**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**
Ústav pedagogiky a sociálních studií

**Bakalářská práce**

Zuzana Chodilová

**Spouštěcí mechanismy k resocializaci jedinců s drogovou závislostí**

Olomouc 2023 vedoucí práce: doc. PhDr. Tomáš Čech, Ph.D.

**Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze zdroje, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2023 Podpis: ..........................................

**Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce doc. PhDr. Tomáši Čechovi, Ph.D. za odborné vedení při výzkumu a psaní mé bakalářské práce. Poděkovat bych chtěla také všem účastníkům mého výzkumu, kteří mi věnovali svůj čas a byli ochotni se ve vzpomínkách vrátit do náročné etapy svého života zodpovězením mých otázek. V poslední řadě také děkuji všem přátelům, kteří mě motivovali tuto práci zdárně dokončit.

[ÚVOD 5](#_Toc144383670)

[TEORETICKÁ ČÁST 6](#_Toc144383671)

[1 ZÁVISLOSTI 7](#_Toc144383672)

[1.1 Definice závislostí 7](#_Toc144383673)

[1.2 Rozdělení závislostí 8](#_Toc144383674)

[1.3 Psychoaktivní látky a jejich charakteristika 8](#_Toc144383675)

[1.4 Vývojová stádia závislosti 10](#_Toc144383676)

[1.5 Znaky závislosti 10](#_Toc144383677)

[2 SPOUŠTĚCÍ MECHANISMY 11](#_Toc144383678)

[2.1 Faktory zvyšující riziko aktivace spouštěcích mechanismů k vytvoření závislosti na návykových látkách 12](#_Toc144383679)

[2.2 Faktory ovlivňující spouštěcí mechanismy k léčbě drogově závislých 15](#_Toc144383680)

[3 Resocializace drogově závislých 15](#_Toc144383681)

[3.1 Socializace 16](#_Toc144383682)

[3.2 Resocializace 16](#_Toc144383683)

[4 Instituce zabývající se léčbou závislostí 18](#_Toc144383684)

[4.1 Terapeutické komunity 18](#_Toc144383685)

[4.2 Křesťanské terapeutické komunity v ČR 19](#_Toc144383686)

[4.3 Doléčovací programy 21](#_Toc144383687)

[4.4 Úspěšnost léčby závislosti 21](#_Toc144383688)

[5 Empirická část 24](#_Toc144383689)

[5.1 Cíle a výzkumné otázky 24](#_Toc144383690)

[5.2 Výzkumná strategie a nástroj 25](#_Toc144383691)

[5.3 Výzkumný soubor 25](#_Toc144383692)

[5.4 Popis průběhu rozhovoru 26](#_Toc144383693)

[5.5 Analýza získaných údajů 27](#_Toc144383694)

[5.6 Otevřené kódování 27](#_Toc144383695)

[5.7 Zodpovězení výzkumných otázek 46](#_Toc144383696)

[5.8 Diskuze 48](#_Toc144383697)

[ZÁVĚR 49](#_Toc144383698)

[SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 50](#_Toc144383699)

**ÚVOD**

Spouštěcími mechanismy k resocializaci jedinců s drogovou závislostí se nezabývá příliš mnoho výzkumů. Právě tato skutečnost mě vedla k rozhodnutí zaměřit se v mé bakalářské práci na toto zásadní téma.

K této problematice mám blízko. Někteří mí přátelé si závislostí prošli a zvítězili nad ní, jiní boj prozatím prohrávají. Jednu dobu jsem vedla kavárnu Teen Challenge (kontaktní pojízdné místo pro klienty s problémem závislosti) v Olomouci. Návykovým chováním spojeným především s látkovými závislostmi se zabývám mnoho let. Slyšela jsem bezpočet životních příběhů přátel, klientů i rodičů závislých dětí. Závislost v životě vyhrává příliš často. Právě proto jsem se v tomto výzkumu zaměřila na impulzy, které vedli dlouhodobé uživatele nejen k abstinenci od návykových látek, ale především k celkové resocializaci, prověřenou roky života bez drog a úspěšného zařazení do většinové společnosti.

Pro dané téma jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu. Důvodů, které mě k tomu vedly, bylo hned několik. Předně věřím, že tato problematika si zasluhuje osobní přístup ve zkoumání jevů vedoucích klienty k tak zásadním krokům, jako je po letech investovaných do návykových látek rozhodnutí, radikálně změnit život, hodnoty, přátele a často i místo bydliště. Nemyslím si, že by bylo možné tento fenomén zobecnit na čísla a pravděpodobnosti kvantitativního výzkumu. Zde je nutné jít do hloubky, a to především proto, že každá další generace dětí rodičů závislých na návykových látkách, má blíže se do závislosti také dostat. Dnes je náročnější vychovat dítě, než tomu bylo před pár desítkami let. Hranice normality se neustále posunují. Vliv médií a sociálních sítí děti ovlivňují od nejútlejšího věku. Já věřím, že je naší povinností dětem, dospívajícím, i dospělým s problémem závislosti, nabídnout možnost zvolit kvalitní prožití života a tím pozitivně ovlivnit další generace přicházejí po nás.

V průběhu výzkumu jsem tedy vedla polostrukturované rozhovory s bývalými, dlouhodobými uživateli návykových látek. Z těchto rozhovorů jsem se poté pokusila co nejpřesněji formulovat klíčové informace, které by vnesly do problematiky nové poznatky.

**TEORETICKÁ ČÁST**

# ZÁVISLOSTI

O závislostech se v České republice začalo otevřeně hovořit po roce 1990, kdy vlivem pádu komunistického režimu došlo na otevření hranic s okolními státy. Dříve se uživatelé sdružovali do malých, uzavřených skupin, drogy si sami vyráběli i konzumovali pouze mezi sebou. Od roku 1990 se drogová scéna začala proměňovat do nynější podoby, kdy jsou narkotika běžně dostupná na nejrůznějších hudebních akcích, v každém městě a vesnici a věk uživatelů neustále klesá. Dřívější uzavřené skupiny se vytratily, drogy začaly být součástí společnosti pro příležitostné i každodenní uživatele. S tímto jevem vzniká potřeba vytvoření Protidrogové politiky založené na komplexním, multidisciplinárním a vyváženém přístupu, který stojí na rovnováze represe a prevence (Kalina a kol, 2003).

## Definice závislostí

Jasně definuje závislost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a z té budeme vycházet. Syndrom závislosti je zde definovaný jako *„soubor behaviorálních‚ kognitivních a fyziologických stavů‚ který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu‚ porušené ovládání při jejím užívání‚ přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky‚ priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky‚ zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“*Můžeme tedy říct, že závislost má celkový negativní dopad na kvalitu života jedince, ale také na jeho okolí. Stanislav Kudrle v knize Drogy a drogové závislosti definuje závislost jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Dává do souvislosti přirozenou lidskou touhu po intensivnějších příjemných prožitcích, která může přerůst až v nutkavé chování jedince, ve kterém pokračuje i přes negativní dopad na ostatní oblasti jeho života.

Závislost vzniká na psychoaktivní látce nebo skupině psychoaktivních látek. Může být jak psychická, tak i fyzická nebo kombinací obou těchto závislostí. Mezi nejčastější návykové látky patří alkohol, tabák, kanabis, kokain, heroin, amfetaminy, opioidy a sedativa. Všechny působí na centrální nervový systém a vyvolávají náhlou změnu vnímání a/nebo bdění ve smyslu např. euforie, stimulace nebo útlumu, uvolnění, odstranění strachu, štěstí, snění, halucinace apod. (Kalina a kol., 2003).

## Rozdělení závislostí

V této podkapitole si vymezíme základní rozdělení závislostí. Dělíme je na psychické a fyzické.

* Psychická závislost

Psychickým závislostem dominuje *nepotlačitelná touha po látce* (nikotin, marihuana, alkohol, drogy apod.) *pro její povzbuzující, euforizující, stimulující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek.* (Göhlert, Kühn, 2001) Uživatel se cítí špatně po psychické stránce, pokud neužije psychoaktivní látku, není zde ovšem nebezpečí fyziologické. Psychická závislost může přejít do fyzické závislosti, ale není tomu tak vždy.

* Fyzická závislost

Fyzické závislosti se týkají látek, které působí na tělo a vyvolávají tělesnou závislost v takové míře, že jedinec není schopný bez konzumace drogy běžného života. V případě absence drogy se objevují tzv. abstinenční příznaky, které mohou mít mnoho klinických znaků a vyžadují vždy lékařský zásah (Göhlert, Kühn, 2001).

## Psychoaktivní látky a jejich charakteristika

* *Alkohol* je nejrozšířenější legální návykovou látkou, která může vést k závislosti a negativním důsledkům pro zdraví. Vzniká procesem kvašení cukrů a váže se na dopaminové a noradrenalinové receptory ovlivňující neuromediátor GABA v CNS. (Křížová, 2021) Alkohol má tlumivý účinek a jeho hlavním nebezpečím pro společnost je obecná tolerance a obvyklé podněcování k jeho užití ve všech skupinách obyvatel napříč generacemi. Návykovost alkoholu je podobná jako u tvrdých drog.
* *Nikotin* je rostlinný alkanoid obsažený v tabáku. Obvyklou aplikací je kouření, popř. žvýkaní. Váže se na nikotinové receptory. Závislost se vyvíjí od psychické po fyzickou a dostavuje se poměrně rychle. (MIČOCHOVÁ, Nikotin – základní informace).
* *Marihuana* obsahuje psychoaktivní látku THC a je nejrozšířenější nelegální drogou, která může vést k závislosti a zdravotním problémům, jako jsou poruchy paměti, zmatenost, únava, apatie, úzkost a psychotické poruchy.

*„Efekt cannabinoidů probíhá v několika fázích. Mezi počáteční symptomy patří sevřenost a úzkost. Druhá fáze s sebou nese pocity euforie a blaženosti, častý je bezdůvodný, neutišitelný smích. Někdy se prohlubují pocity z iniciační (počáteční) fáze a celá intoxikace má pak spíše úzkostný ráz. Někteří uživatelé popisují nepříjemné obsedantní (vtíravé) myšlenky. Celá intoxikace pak může vyústit ve stav přetrvávající úzkosti. Při odeznění účinku se dostavuje často zmatenost, únava a otupělost. Ve všech fázích pak dochází k porušení kontaktu s realitou, kdy se může měnit například vnímání času, naopak se zostřují smyslové vjemy, dochází k poruše krátkodobé paměti.“* (Sananim, ©2009 b).

* *Kokain* je stimulační droga, působící na nervový systém. Způsobuje euforii a zvýšenou aktivitu, ztrátu zábran a zvyšuje libidum. Nevede k fyzické závislosti, ale silné psychické závislosti. Způsobuje srdečním problémy, trombózy, mozkové příhody a dlouhodobé šňupání poškozuje nosní sliznici. Běžné jsou také toxické psychózy, tělové halucinace, pocity sledování. (Kalina, 2003)
* *Heroin –* polosyntetický opioid, derivát alkaloidu morfinu. Lidské tělo si morfin běžně tvoří samo, při užívání opiátů tuto vlastnost ztrácí a bere si potřebnou látku z drogy. Z tohoto důvodu vzniká závislost na heroinu či jiných opiátech velice rychle, a to jak fyzická, tak i psychická. Uživateli je aplikován intravenózně, tedy injekční stříkačkou přímo do žíly, šňupáním či kouření na alobalu. Po jeho užití nastupuje pocit klidu, uvolnění, bezstarostnost, otupuje psychickou i fyzickou bolest. Mezi další účinky patří pocit otupělosti, oblouznění, nízká fyzická aktivita (Vágnerová, 2012).
* *Pervitin* – silná stimulační droga, která *„v CNS zvyšuje koncentraci mediátorů (látky, které přenášejí elektrické vzruchy mezi neurony) – monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) v synapsích (spojení nervových buněk). Po odeznění efektu dochází k vyčerpání mediátorů, což je příčinou tzv. dojezdů.“* (Kolektiv autorů OS Sananim, 2007) Způsobuje euforii a zvýšenou aktivitu, snižuje únavu a chuť k jídlu. Užívání pervitinu vede k psychické závislosti, poruchám spánku, ztrátě chuti k jídlu a psychickým poruchám jako jsou deprese. Při dlouhodobém užívání jsou také velice časté toxické psychózy.
* *LSD* – řadíme mezi halucinogenní drogy. Nejčastěji se užívá ve formě malého papírku napuštěného účinnou látkou, který se nechá rozpustit pod jazykem. Způsobuje silné změny vnímání, sluchové i vizuální halucinace, zrychleným a para logickým myšlením a také euforií. Jeho účinky jsou závislé od momentálního psychického rozpoložení uživatele, jeho osobnosti a také okolnostmi užití. U halucinogenů nejsou zdokumentovány odvykací symptomy. (Křížová, 2021)

## Vývojová stádia závislosti

Nešpor (2007) udává čtyři stádia závislosti:

*Experimentální stadium* – V této fázi uživatelé mohou užívat látku bez problémů a bez potřeby užívání stále větších dávek. Tato fáze může trvat několik měsíců až let.

*Stadium pravidelného užívání* – V této fázi uživatelé již mohou mít problémy s kontrolou užívání látky a mohou začít užívat větší dávky. Mohou se také objevit první abstinenční příznaky.

*Stádium návyku* – V této fázi uživatelé již vykazují těžkou závislost na látkách, která může vést k vážným zdravotním, sociálním a psychologickým problémům. Uživatelé často ztrácejí kontrolu nad užíváním látky a mohou mít silné abstinenční příznaky.

*Plná závislost* – V poslední fázi závislosti již uživatel není schopný bez drogy fungovat, jeho jediným zájmem je sehnat dostatek látky, aby se nedostavil tzv. absťák. Kontrolu nad životem uživatele přebrala již cele užívaná droga, přičemž uživatel pokračuje v užívání i přes jasné negativní důsledky na jeho zdraví.

## Znaky závislosti

* Bažení neboli craving

Intenzivní přemáhající touhu vzít si drogu nazýváme bažením. Nešpor (2018) popisuje projevy bažení jako zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, pocení, snížení tělesné teploty, pomalejší reakce, nižší schopnost se rozhodovat, zhoršení sebeovládání. Bažení může být vyvoláno různými faktory, včetně stresu, nálady, prostředí a předchozího užívání látky nebo aktivity.

* Zhoršené sebeovládání

Druhým znakem vzniku závislosti je zhoršené sebeovládání. Je podobný předchozímu, tedy caravingu, ale nejsou stejné. Uživatel, který prožívá bažení, může mít alespoň z části zachované sebeovládání. Stejně tak si závislý nemusí craving uvědomovat, ale může se přestat ovládat. V knize Návykové chování a závislosti to Nešpor (2018) odůvodňuje čtyřmi okolnostmi:

* Špatné uvědomění sám sebe a svých emocí
* Nadměrná únava a dlouhodobé vyčerpání
* Rizikové prostředí
* Potlačování bažení a tím vyvolaná úzkost
* Somatický odvykací stav

*„Pro diagnostikování odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:*

*Nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném či dlouhodobém užívání;*

*Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího stavu;*

*Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.“* (Nešpor, 2018)

* Růst tolerance

Uživatel potřebuje stále větší dávky drogy k navození požadovaného stavu. S tím je spojená potřeba sehnat více finančních prostředků na drogu, což podporuje další ze znaků závislosti, kterým je zanedbávání ostatních zájmů uživatele.

* Zanedbávání jiných zájmů

Ve prospěch zneužívané látky investuje uživatel všechen nebo převážnou většinu svého času pro shánění drogy a jejího užívání. Zanedbává všechny ostatní oblasti svého dosavadního života jako je rodina, práce, zájmová činnost.

* Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

I přes prokazatelnost škodlivosti užívané látky pokračuje závislý uživatel v konzumaci drogy. Může se jednat jak o sociální vyloučení např. od rodiny, vyhození ze zaměstnání, ztrátu přátel mimo okruh uživatelů drog, tak také o fyzické následky v podobě zhoršeného zdravotního stavu psychickými problémy, psychózami, depresemi, ale také např. bércovými vředy, kterými trpí mnoho uživatelů.

# SPOUŠTĚCÍ MECHANISMY

Spouštěcí mechanismus je psychologický nebo fyziologický proces, který spouští nebo aktivuje určité chování nebo reakce u jedince. Jedná se vlastně o aktivaci naučeného instinktivního chování, přičemž tento mechanismus může být buď vnitřního původu, jako například emoční stav, nebo vnějšího původu, jako jsou konkrétní situace a podněty.

V kontextu drogové závislosti může spouštěcí mechanismus být něco, co vyvolává touhu nebo potřebu užít návykovou látku, jako například stres, úzkost, depresivní nálada, společenská situace nebo určité vjemy (zvuky, vůně, místa).

Spouštěcí mechanismy jsou důležité pro porozumění chování jedinců a mohou být klíčové pro navrhování strategií léčby a prevence recidivy. Identifikace spouštěčů může pomoci jedincům lépe porozumět svému chování a naučit se předcházet negativním situacím, které by mohly vést k recidivě užívání návykových látek.

## Faktory zvyšující riziko aktivace spouštěcích mechanismů k vytvoření závislosti na návykových látkách

V této kapitole se budeme zabývat faktory, které zvyšují riziko tzv. spouštěčů závislosti. Jedná se o tzv. **bio-psycho-socio-spirituální model.**

* Biologické faktory

V tuto chvíli není doloženo žádným prokazatelným výzkumem, že by existovaly specifické genetické informace, které by přímo vedly ke vzniku závislosti. Každý jedinec má ale určité geny, které kontrolují receptory pro příjemný pocit, radost apod. „*Většina lidí, kteří mají problémy s alkoholismem, se vyznačuje defektivní formou tohoto genu. Mají tedy méně receptorů pro radost, a proto musí pít více a tím může rychleji vzniknout návyk.“* (Fischer, Škoda, 2009) Je tedy pravděpodobné, že to platí i u ostatních závislostí. V lidském organismu funguje jakýsi systém odměn na základě dopaminového principu. Tento systém je anatomicky reprezentován oblastí, kterou nazýváme **nukleus accumbens** – místo odměny či slasti. Nukleus accumbens je součást limbického systému v koncovém mozku. Křížová (2021) uvádí fakt, že lidské tělo vyplavuje automaticky dopamin, tedy látku způsobující příjemné pocity, při činnostech, které mají životně důležitý význam jako je jídlo, reprodukce, spánek apod. Dále Křížová uvádí, že se stejně tak vyplavuje dopamin užitím psychoaktivní látky, jen ve větším množství. Pokud jedinec zakusí vyplavení zvýšeného množství dopaminu umělou cestou, nebude mu již stačit běžné množství dopaminu dodaného při základních, nenávykových činnostech. Z tohoto důvodu má uživatel znovu a znovu nutkání aplikovat drogu. Zároveň působí psychoaktivní látky na nervový systém podle svých vazebných schopností (Kalina, 2003).

* Psychologické faktory

Psychologický model předpokládá vliv různých psychických prožitků z období dětského věku, které mají vliv až do dospělosti. Podle Kaliny (2003) jde o fixaci osobnostní struktury na orální stadium vývoje, kdy jsou slastné pocity dítěte orientovány zejména na oblast úst, a to je takto závislé na péči druhých. V dospělosti se toto může projevit zvýšenou potřebou péče druhých, netolerancí psychické zátěže, bolesti a také vnitřním zklidněním při konzumaci jídla, pití či návykových látek. Poruchy chování, a tedy i vznik závislosti, jak uvádí Valenta (2014) může souviset také s emoční deprivací. Uživatel má tendenci svou nenaplněnou základní potřebu „pseudodosycovat“ v jiné oblasti. Zmiňuje například vyhledávání sociálních kontaktů bez hlubších vazeb. Dále také poukazuje na možné tzv. volání o pomoc, kdy se problémovým chováním, v našem případě zneužíváním psychotropních látek, snahou dítěte upozornit na problémy jako jsou šikana, týrání, zneužívání apod. *„Alkohol, ilegální drogy a hráčství a také stres (který je často znovuustavením traumatu) pomáhají potlačit posttraumatické syndromy a pomáhají ‚zapomenout‘ na trauma a na vztah mezi symptomy a původním traumatem.“* (Kalina, 2003)

* Sociální faktory

Při zrodu a vývoji závislosti hraje nedílnou roli pohlaví, věk, sociální prostředí, kde jedinec vyrůstá, celkové poměry rodiny, vyznání, rasu, vrstevnické skupiny v jeho okolí apod. Kalina (2003) považuje za důležité faktory pro vznik závislosti rodinné prostředí a malým zájmem o dítě, nekvalitní a mělké vztahy, nesrozumitelné prostředí a nedostatečné vyjadřování negativních pocitů.

* Spirituální faktory

Především v křesťanských komunitách je akcentován spirituální rozměr závislosti. *„Snahou závislého je řešit pomocí psychoaktivní látky svou existencionální prázdnotu, pocity ztráty smyslu života, spirituální krizi, touhu po skupinové transcendenci a stavech rozšířeného vědomí a touhu poznat sám sebe.“* (Křížová, 2001)

Obvykle se faktory, které přispěly ke vzniku závislosti překrývají, a proto mluvíme o **multifaktoriálních příčinách**.

**Vznik deviací a její příčiny**

Deviace rozdělujeme na **deviace pozitivní** (altruismus – nesobeckost často i na úkor samotného altruisty) a **deviace negativní**, kterými se zde budeme zabývat podrobněji (Fischer, Škoda, 2009).

Negativní deviace „znamená odchýlení od soustavy hodnot, norem a zvyklostí, kterými se řídí ve své většině společnost, a které zakládají nutný řád mezilidského soužití. Ohrožuje společnost, která se vůči ní brání – trestá (sankcionuje) osoby, které deviují; deviace tudíž zpětně ohrožuje ze strany společnosti i samotného devianta. Kromě trestání se společnost brání také tím, že aplikuje vůči deviantům nápravná opatření – léčbu, resocializaci či převýchovu.“ (Helus, 2007) Jedná se tedy o jakékoliv porušování sociálních norem dané společnosti, ve které jedinec žije a jsou důsledkem nefunkční socializace.

Helus (2007) vytyčuje pět hlavních příčin deviantního chování jedinců:

* **Citová deprivace** – základní potřebou každého dítěte v raném věku je pevná citová vazba k jeho osobě, která o něj pečuje. Pokud není tato potřeba uspokojována, mluvíme o citové deprivaci nebo také o deprivačním syndromu, který má závažné, často trvalé, následky. Jedinec postižený deprivačním syndromem zjednodušeně nedokáže přijímat emoce druhých a ani je sám vyjadřovat. Nedokáže se vcítit do bližních, vyjadřovat lásku či ji přijímat, a to způsobuje vážný nedostatek v jeho životě. Jeho okolí je jen nástrojem k dosažení vlastních cílů bez respektu vůči druhým či vzájemné zodpovědnosti.
* **Nezpracovaná traumata a životní krize** – neočekávané, životem otřásající události v životě jedince, které nedokáže z různých důvodů zpracovat, jej vrhají do nezvládnutelného šoku. Zcela se jeho „zboří svět“ a jedinec má pocit, že z dané situace není východisko. Důvodů prožití traumatu je mnoho, jako např. nemoc jeho samého nebo blízkých rodinných příslušníků, rozvod rodičů (pečujících osob), jejich časté spory, zneužitím, šikanou či agresí v rodině, smrtí blízké osoby apod.
* **Deviace na základě anatomie** – vnitřní konflikt jedince, kdy každá společnost má jakási kritéria úspěšnosti, ale kterých není jedinec schopen dosáhnout společensky přijatelným způsobem. Alternativou tedy bývá porušení norem.
* **Deviace na základě subkultury** – ve společnosti majoritní žijí různé minority jako jsou třeba vietnamské minority, romské minority a také subkultury různých sekt, motorkářských gangů apod. Jakmile se jedinec přiřazuje či se narodil v jedné z těchto minoritních skupin, má ztíženou integraci do majoritní společnosti, což může vyvolat konflikt a tím podpořit deviaci.
* **Deviace na základě stigmatizace** – např. v dětském kolektivu mají horší startovací pozici děti z rodin, které nemají běžné a vyšší společenské postavení. Už jen starší oblečení z nich může dělat mezi vrstevníky outsidery. Taktéž na některé minoritní skupiny obyvatel se společnost automaticky dívá podezřívavě aniž by porušili normy.

Pokud tedy jedinec vykazuje nežádoucí znaky deviantního chování, společnost se brání sankcemi od nejnižšího stupně, jako je napomenutí, různá omezení, dohled kurátora, ochranná nebo ústavní výchova, vězení… Všechny tyto sankce směřují k resocializaci a znovu začlenění jedince zpět do společnosti.

## Faktory ovlivňující spouštěcí mechanismy k léčbě drogově závislých

Mezi nejúčinnější spouštěcí mechanismy k rozhodnutí pro léčbu a resocializaci drogově závislého patří sociální tlak ať už rodiny či společnosti. Závislý člověk je schopný a ochotný si svůj problém připustit obvykle až tehdy, když zpřetrhal všechny vztahy se svými nejbližšími, přišel o práci či zdraví nebo jej společnost sankcionovala všemi dostupnými nápravnými prostředky až často po výkon trestu, někdy i opakovaně.

To potvrzuje také Röhr (2015), který jako tři hlavní důvody pro nástup do léčby uvádí:

* Opuštění partnerem
* Ztrátu zaměstnání z důvodu drogové závislosti
* Přežití závažného onemocnění

Na počátku rozhodnutí skončit se závislostí stojí obvykle motivační rozhovory.

# Resocializace drogově závislých

V procesu návratu drogově závislého jedince zpět do společnosti hraje hlavní roli resocializace. Abychom tomuto pojmu porozuměli, nejprve si vymezíme pojem socializace, kterým prochází každý jedinec a trvá celý život. Mezery v procesu socializace mají za důsledek deviantní chování jedince, u kterého je poté nutno přistoupit k resocializaci, tedy jakési převýchově a znovu začlenění do společnosti.

## Socializace

*„V sociální psychologii a sociologii chápeme zespolečenšťováním (socializací) to, že výchozí, bio psychický organismus novorozence je postupně přetvářen v organismus společensky začleněné, kulturními vlivy transformované, v intencích společensko-kulturní přináležitosti prožívající a jednající osobnost. Nejde přitom o pouhé přizpůsobení, ale o skutečnou transformaci (přetvoření).* (Helus, 2007)

Průcha (2003) definuje socializaci jako proces, který probíhá celý život a při kterém si každý jedinec osvojuje lidské chování pro společnost, ve které žije, specifické. Bude tedy rozdíl narodí-li se dítě na venkově či ve městě, v asijských zemích, afrických nebo na jiném kontinentu, jiné normy jsou mu vtiskovány v dělnické rodině, v rodině podnikatelů nebo třeba tam, kde se rodiče potýkají se svou vlastní závislostí… Socializace má podle Průchy (2003) tři základní etapy, kterými dítě prochází v ranném stadiu života a odehrává se nejprve v úzké rodině, poté mezi vrstevníky, kamarády, ve škole, prostřednictvím masmédií a práce. *„Nedostatky v procesu socializace, ať již způsobené vrozenými dispozicemi nebo vlivem prostředí, se odráží v deviantním chování jedince, kterého je nutno pomocí resocializace, např. pomocí výchovných a vzdělávacích programů, individuální péče, vězení aj. včlenit zpět do společnosti.“* (Průcha, 2003)

Helus (2007) rozděluje proces socializace na funkční a nefunkční:

* Funkční socializací rozumíme, že si jedinec bere za své hodnoty společnosti, ve které žije, její normy a pravidla, respektuje okolí a společné zájmy společnosti.
* O nefunkční socializaci mluvíme v tom případě, když si daný jedinec osvojil hodnoty a normy, které jsou pro společnost nebezpečné. V případě závažných podob nefunkční socializace až do té míry, že je společnost donucena jednat ochrannými či nápravnými prostředky, označujeme to jako deviace.

## Resocializace

Resocializací rozumíme snahu přimět klienty, kteří žijí společensky nepřijatelným způsobem života, aby se k přijatelnému způsobu vrátili. To vyžaduje, aby změnili celkový postoj a hodnoty jejich dosavadního života. Zda si jedinec společensky přijatelné normy osvojí, záleží na tom, je-li vhodně zvolen program a zda přijme pomoc. Důležitá je především správná motivace, protože ne vždy je klient v léčbě dobrovolně (Matoušek 2008).

Resocializace tedy *„představuje sociologický koncept, který se zabývá procesem mentální a emoční převýchovy člověka, aby byl schopen fungovat v odlišném prostředí, než na jaké je zvyklý.“* (Veteška, 2015) Uživatelé drog jsou často z prvopočátku terapie uzavření, skrývají své pocity, jsou nedůvěřiví a trpí pocity beznaděje. Jejich životem se staly drogy, neustálé shánění finančních prostředků na ně, obvykle nelegálním způsobem. Aby bylo vůbec možné s resocializací začít, je potřeba dobrovolného zapojení klienta. Mnoho uživatelů, kteří nejprve nastoupili léčbu dobrovolně ji v prvních týdnech či měsících opouští, protože nejsou ochotni respektovat pravidla komunity. Obvykle odchází z léčby s vlastním přesvědčením, že dokážou abstinovat sami nebo že najdou jiné zařízení, kde nebudou pravidla tak náročně zvládnutelná.

Jelínek úspěšnou resocializaci nevidí pouze v abstinenci, ale hlavně v znovu osvojení si či získání dovedností potřebných pro běžný život dané společnosti. Abstinenci vidí jako základ a také začátek resocializace. Uživatelé nemají často až takový problém abstinovat, mají ale vážný problém vrátit se do života, který vedli před začátkem závislosti (Jílek 2008). Můžeme se setkat také s uživateli, kteří se nemají kam a k čemu vrátit. Vyrostli v disfunkčních rodinách a prostředí, kam by se vraceli by je mohlo vrátit zpět do relapsu. Tito lidé si potřebují osvojit základní návyky, které jsou pro většinu obyvatel naprosto běžné. Proto není vhodná ve většině případů krátkodobá či ambulantní léčba, ale je potřeba léčba dlouhodobá v jedné z terapeutických komunit.

Valenta popisuje resocializaci jako proces učení, kdy jedinec přizpůsobuje své chování a zvyky tak, aby se mohl úspěšně začlenit zpět do společnosti. Jde o dosáhnutí celkového optimálního zdravotního a psychického stavu, obnovy nebo náhrady ztracených či omezených schopností, dovedností a kvalitního sociálního fungování. (Valenta, 2014)

Nejčastější překážky drogově závislých v resocializaci jsou:

* Narušené či zničené vztahy s rodinou a blízkými
* Strach podívat se do očí lidem, kterým ve své závislosti ublížil
* Obtížné navazování vztahů nových, nedůvěra, citová otupělost
* Špatné sociální dovednosti, emocionální nevyrovnanost, pocity bezcennosti
* Špatné nebo žádné pracovní návyky, nízké vzdělání, tzv. díra v životopise, která se vytvořila po dobu drogové závislosti
* Dluhy, často dlouze popsaný trestní rejstřík, popř. trestní stíhání
* Nízké sebevědomí při jednání s lidmi, kteří jsou z „běžného“ světa
* Absence témat k rozhovorům s okolním světem, svět bez drog nerozumí bývalému uživateli a bývalý uživatel nerozumí světu bez drog
* Ve světě drog byl uživatel „někým“, jakmile jej opustí, stává se „nikým“

S těmito a mnohými dalšími problémy se musí potýkat uživatel, který se rozhodne pro celkovou změnu svého životního stylu. Potýkají se s nimi ale také pracovníci terapeutických komunit a ostatních institucí pomáhající závislým. Každý klient má jinou minulost, charakter, potřeby, návyky… Je zapotřebí k němu přistupovat vždy individuálně, ale také s jasně vymezenými hranicemi.

# Instituce zabývající se léčbou závislostí

Existuje několik druhů léčby a resocializace drogově závislých, které se mohou lišit v závislosti na potřebách a cílech jednotlivých klientů. Nejprve vymezíme pojem „léčby“ v drogové problematice a poté se budeme zabývat podrobněji komunitami dlouhodobými, následnou péčí v doléčovacích centrech a chráněném bydlení.

*„Pojem léčba se v drogové problematice užívá v širším významu – tedy pro odbornou dlouhodobou strukturovanou práci s klientem. Vyjma substituční léčby a substitučních programů je léčebný proces směřován k abstinenci uživatelů drog. Jako léčbu v tomto širším pojetí označujeme i léčebné programy mimo resort zdravotnictví. Léčení používá různé metody od farmakologie, poradenství, sociální práce až po psychoterapii skupinovou či individuální. Podle typu se rozlišují léčby ambulantní a rezidenční. Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá.“* (Krahulcová, 2017 )

## Terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou nejúčinnějším druhem léčby drogové závislosti.

„Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými.“ (Nevšímal, 2004) Terapeutická komunita je forma léčby pro drogově závislé, která se zaměřuje na dlouhodobé a intenzivní odborné terapeutické programy. V terapeutické komunitě jsou klienti vedeni k soběstačnosti a sociální adaptaci pomocí tlaku celé skupiny, což vede k pozitivní změně.

**Principy poskytování služeb v terapeutických komunitách** (občanské sdružení Podané ruce, 2023, [online]):

* Klient přichází dobrovolně, s jasnou motivací a dobrovolně může zařízení opustit
* TK se snaží vytvořit prostředí příznivé pro možnost klientovy změny
* V TK se deleguje zodpovědnost za společné dění na všechny členy komunity
* Terapie probíhá především ve skupinových formách
* TK se snaží co nejlépe zajistit následnou péči
* Terapeutický tým není expertem na klientův život, ale především jeho průvodcem a poradcem
* Služba je poskytována bez zbytečných odkladů

Každá terapeutická komunita může mít své specifické zaměření a program, a proto je důležité informovat se předem o podmínkách a možnostech léčby. Délka léčby je přibližně 12 měsíců.

## Křesťanské terapeutické komunity v ČR

1. **Teen Chalenge**

Teen Challenge bylo založeno v roce 1958 v Americe a postupem času se rozšířil do celého světa. V České republice působí organizace od roku 1993 pod záštitou Apoštolské církve a nabízí různé terapeutické programy, včetně intenzivních a dlouhodobých programů v terapeutických komunitách (Poštovice a Šluknov), vzdělávacích kurzů, osobních konzultací, přednášek na školách a dalších služeb.

Programy Teen Challenge jsou založeny na křesťanských principech, ale jsou otevřeny pro každého bez ohledu na náboženství. Přijímáni jsou studenti (v této komunitě nemluvíme o klientech) s různými druhy látkových i nelátkových závislostí. Program trvá 12-18 měsíců a je znám svou náročností a intenzitou.

***„Cílem každého střediska Teen Challenge je pomoci lidem stát se psychicky a fyzicky zdravými, svobodnými od závislosti, citově vyváženými, sociálně zabezpečenými a duchovně živými. aby mohli fungovat v osobním životě, ve společnosti, rodině i zaměstnání jako zralé osobnosti.“* (Teen Challenge, 2023, [online])**

**Financování pobytu v programu Teen Challenge je částečně zajišťováno příspěvky na bydlení od studentů, dary od církví a spřátelených organizací a také výtěžkem z třech různorodých projektů, na kterých se podílí samotní studenti TC.**

* 

**Specializované stavební práce od návrhu řešení až po fyzickou realizaci konkrétní zakázky.**

* 

Realizace unikátních stolů do interiérů, podstavců pod umělecká díla, výrobu svítidel na míru do bytových i nebytových prostor, výrobu dřevěných modelů a předloh pro umělecká díla.

* 

**Pěstování ovoce, zeleniny, výroba marmelád, džemů, krémů, vůní apod.**

1. **Betel**

Komunita Betel z.s.je součástí mezinárodní organizace Betel International a v ČR působí od roku 2005. Funguje na základě svépomocné komunitní skupiny s křesťanskými principy. Důraz je kladen na bezpodmínečné přijetí, odpuštění, naději do budoucnosti, povzbuzení a lásku k bližnímu.

Do komunity Betel jsou přijímáni muži i ženy ve věku 18-50 let jakékoli rasy, příslušnosti nebo náboženského vyznání. Vstup do komunity i případný dřívější odchod z komunity je vždy na základě dobrovolnosti. Pobyt trvá 12-18 měsíců, na vlastní žádost je možné jej prodloužit.

*„Pomoc Betelu spadá především do oblasti sociálního a sociálně pedagogického přístupu. V komunitách jsou využívány následující metody:****sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence, resocializace, reedukace a rekvalifikace, nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností.“* (Komunita Betel, 2023, [online])**

**Pobyt a léčba v komunitě Betel je bezplatný, organizace provozuje tři sociální podniky, z nichž je program financován, a kde klienti po dobu léčby pracují a získávají pracovní zkušenosti.**

* 

Bazar s nábytkem, dekoracemi a potřebami pro domácnost.

* 

Stěhovací a vyklízecí služby.

* 

Sociální podnik zabývající se renovací nábytku.

## Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou sociální službou, která poskytuje následnou péči klientům po ukončení řádné, ať už ambulantní nebo rezidenční léčby. Služba zahrnuje strukturovaný program pracovní, léčebnou a sociální rehabilitací a jejím cílem je dopomoci klientovi znovu začlenit se do společnosti, ustát tlak okolí, osamostatnit se. Doléčovací programy poskytují také možnost chráněného bydlení pro klienty, kteří se nemají kam vrátit po ukončení rezidenční léčby nebo by jejich návrat do původního prostředí byl nebezpečný z důvodu relapsu.

## Úspěšnost léčby závislosti

Úspěšnost léčby závislostí závisí na mnoha faktorech, jako jsou typ a závažnost závislosti, věk, zdravotní stav, sociální a psychologické okolnosti a také na kvalitě poskytované léčby. V některých případech mohou být úspěšné krátkodobé intervence, zatímco jiné případy vyžadují dlouhodobější a intenzivnější léčbu. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se úspěšnost léčby závislostí pohybuje mezi 30-60 %. To znamená, že alespoň 30 % lidí dosáhne dlouhodobé abstinence od závislosti po absolvování adekvátní léčby. *„Z dostupných dat vyplývá, že terapeutické komunity v ČR vykazují značně příznivé průběžná a výstupní ukazatele léčby. 27,4 % klientů léčbu v terapeutické komunitě dokončí.“* (Šafránek, 2014) Vzhledem k tomu, že závislost je komplexní a multifaktoriální stav, je důležité, aby byla léčba přizpůsobena individuálním potřebám a situaci pacienta. Proces zotavování se ze závislosti je obvykle dlouhodobý a náročný. Vyžaduje trpělivost, odhodlání a podporu z okolí. I když lidé dosáhnou abstinence od závislosti, stále čelí riziku relapsu, protože závislost je chronická a remisivní nemoc.

**EMPIRICKÁ ČÁST**

# Empirická část

V empirické části se zaměřím nejprve na cíle celé této výzkumné práce a otázky, které jsem se rozhodla zodpovědět. Následuje kapitola, ve které popisuji výzkumnou strategii a nástroj, jež jsem zvolila, dále představím výzkumný vzorek informantů, analyzuji rozhovory a v závěru vše shrnu v diskusi.

##  Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem této práce je zjistit, **jaké impulzy vedly respondenty k rozhodnutí léčit se či přestat užívat návykové nealkoholové drogy a k celkové resocializaci**. Abych mohla lépe pochopit celou problematiku vzniku závislosti, její průběh a účinnou léčbu, stanovila jsem si čtyři výzkumné otázky:

1. *Jaký vliv sehrálo primární rodinné prostředí?*
2. *Jak resocializace probíhala?*
3. *Na jaké těžkosti v průběhu resocializace informanti naráželi?*
4. *Jak se realita resocializace přiblížila představám o cestě k úspěšné resocializaci?*

V průběhu rozhovorů jsem se rozhodla zkonkretizovat a rozšířit jednu výzkumnou otázku, abych mohla lépe porozumět rodinným vlivům působícím v životech informantů ke vzniku závislosti a také mezníkům, které dotazovaným pomohly v rozhodnutí nastoupit léčbu a vytrvat v abstinenci. Jedná se konkrétně o výzkumnou otázku č.1, kterou jsem použila na různá časová období, a to konkrétně na:

* *Vliv primárního rodinného prostředí před vznikem závislosti, jejím vývoji a průběhu?*
* *Vliv primárního rodinného prostředí na rozhodnutí skončit se závislostí a nastoupit léčbu?*

Především mi šlo o to, zda se udála nějak změna v rodinných poměrech, která by mohla v dotazovaných podpořit tak radikální změnu, jako je právě ukončení drogové kariéry, resocializaci a následnou abstinenci od drog nebo na toto rozhodnutí již rodina neměla další vliv.

## Výzkumná strategie a nástroj

Abych mohla celý výzkum zrealizovat, nejprve jsem musela učinit rozhodnutí, jakou metodu výzkumu bude vhodnější použít. V případě kvantitativního výzkumu je zapotřebí získat vzorek alespoň 30 respondentů, kteří by odpovídali náročným kritériím, která jsem si stanovila. Protože mi nejde v tomto výzkumu pouze o samotné rozhodnutí nastoupit léčbu nebo ji dokončit, jako spíš o úspěšnou resocializaci a dlouhodobou abstinenci, nebylo možné tolik respondentů najít a oslovit s žádostí o vyplnění dotazníku. Také jsem uvažovala, že otázky by byly tak osobního rázu, že by mnozí nemuseli odpovědět upřímně nebo bych si jejich odpověď mohla mylně vyložit. Kdežto pokud použiji metodu kvalitativního výzkumu, kde výsledky neurčuje statistická procedura, postačí mi méně informantů a bude možné jít v osobní rovině rozhovorů více do hloubky. Strauss a Corbinová (1999) uvádí, že se kvalitativní výzkum týká *„života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“* Podle Vízdala (2009) „*jde spíše o nestrukturovaný popis psychických jevů nebo dějů a na něho navazující jeho všestrannou a důkladnou analýzu s cílem podat vysvětlení těchto jevů nebo dějů ve všech jejich vzájemných vztazích a souvislostech“.* Pro splnění cíle tohoto výzkumu se tedy od počátku jevila kvalitativní výzkumná metoda jako vhodnější, a proto jsem ji zvolila.

Jakmile jsem měla jasno v metodě výzkumu, začala jsem plánovat jednotlivé kroky k dosažení cíle. Ve svém okolí mám několik osob, které si prošly závislostí a ty osoby znají zase další jedince, kteří splňují kritéria k tomuto výzkumu. Oslovila jsem je tedy s konkrétní prosbou o osobní rozhovor na dané téma. Pět z nich mi přislíbilo rozhovor absolvovat s tím, že za třemi jsem musela přijet do vzdáleného města. Ekonomicky i časově to bylo tedy náročnější, než jsem zprvu očekávala, ale i přes tyto obtíže jsem se rozhodla rozhovory uskutečnit.

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, díky němuž je možné dodržet základní strukturu, ale přitom má výzkumník dostatek volnosti k pokládání doplňujících otázek, jež v průběhu rozhovoru vyplývají.

## Výzkumný soubor

Informanti výzkumu, jak jsem již zmínila dříve, byly vybrání podle přísně daných kritérií, kterými jsou:

* Drogová závislost na nealkoholových psychotropních látkách
* Délka závislosti minimálně 3 roky
* Úspěšná resocializace min. 3 roky bez recidivy
* Možnost navrácení do rodiny

Výběr informantů byl záměrný s ohledem na cíl výzkumu této práce. Další podmínkou účasti, jak uvádí Miovský (2006) musel být souhlas potencionálního účastníka s rozhovorem. Ten jsem získala ústně před naplánováním jednotlivých rozhovorů a opětovně před jejich uskutečněním již na místě schůzky.

## Popis průběhu rozhovoru

V první fázi jsem si připravila otázky k rozhovorům, na které se zaměřuji a jejichž pomocí budu schopná zodpovědět výzkumné otázky.

Prvními čtyřmi otázkami jsem se chtěla dovědět o dotazovaných základní informace, a především opětovně ověřit, zda tento výzkumný vzorek odpovídá zadaným kritériím. Zde jsem narazila na chybně interpretované kritérium pro výzkum, které jsem určila. Posledním podmínku jsem stanovil jako „možnost navrácení do rodiny“. Čtyři informanti měli tu možnost, jeden nikoli. Při zpětném pohledu by bylo lepší nezadat toto jako kritérium pro výběr vzorku, ale jako jednu z výzkumných otázek, na které stojí za to odpovědět.

Další část jsem již sestavila tak, aby položené otázky odpovídaly na cíl výzkumu a výzkumné otázky.

Provedení rozhovoru

Poté jsem v rozmezí dvou měsíců uskutečnila rozhovory, které jsem vedla ve většině případů u dotazovaných doma, kde se mohli cítit bezpečněji. Pro nerušený průběh jsem použila diktafon. Na počátku schůzky jsem se představila a znovu vyložila dotazovaným mé motivy a cíle celé bakalářské práce. Dále jsem je ubezpečila o anonymitě rozhovorů a celého výzkumu a získala opětovný souhlas s provedením rozhovoru. Po těchto oficiálních záležitostech jsme začali rozhovor. Prvními otázkami jsme prolomili bariéry, které na počátku byly zřetelné. Poté jsme se již plynule dostali do rozhovoru bez větších zábran. Pouze u jedné z dotazovaných jsem po celou dobu průběhu rozhovoru cítila jakousi „stopku“. Měla jsem dojem, že si dávala pozor na svá slova a byla připravena neprozradit ani o malinko víc, než si stanovila. V ostatních případech probíhaly rozhovory uvolněně v duchu přátelství. Bylo možné vnímat, že prožité životní příběhy a zkušenosti dali všem jakousi touhu pomoci s touto problematikou dalším potřebným. Následně jsem celé rozhovory doslovně přepsala na počítači již ve svém domácím prostředí. Tato fáze byla náročnější, než jsem původně předpokládala, a to především díky tomu, že jsem si na počátku nestanovila hraniční limit pro celkovou délku konverzace, a tak se mi stalo, že některé z rozhovorů byly dokonce delší než 60 minut, ale také o to osobnější. Tím jsem si ovšem také prodloužila dobu následné analýzy dat, které se budeme věnovat v následující kapitole.

## Analýza získaných údajů

Jakmile jsem přepsala veškeré získané skutečnosti do digitální podoby tak, aby se mi s nimi lépe pracovalo, mohla jsem přistoupit k analýze. Jako formu jsem zvolila otevřené kódování. Rozhovory byly ovšem vedeny tak obsáhle, že jsem se z nich rozhodla nejprve udělat jakýsi „výtah“, který bude na konci celé práce v příloze. Teprve poté jsem přistoupila k vytvoření kategorií a subkategorií. Ty jsem popsala v samostatné kapitole.

## Otevřené kódování

Postupem otevřeného kódování je v první fázi konceptualizovat data, která jsme získali pomocí polostrukturovaných rozhovorů, poté vytvoření jednotlivých kategorií a kódů. Podstatou kódů by měly být významové jednotky (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013). Čím rozsáhlejší výzkum provádíme, tím více pojmů nám během rozboru vyvstane. Je tedy potřeba seskupit pojmy podobné, abychom si s nimi vůbec dokázali poradit (Strauss, Corbinová 1999). Určení podobných jevů nám v identifikaci pomůže, přičemž vzniklé pojmy seskupíme kolem nich (tamtéž). Některé pojmy je možné vypustit, a to v případě, že se neobjevují tak často a nejsou pro dosažení našeho cíle stěžejní. *Stačí najít ty nejrelevantnější a zabývat se dále těmi, které nejvíce reflektují na výzkumnou otázku. U nich pak výzkumník rozvíjí vlastnosti a dimenze a z otevřeného kódování přechází k dalším krokům analýzy.* (Čech, Hormandlová, 2020)

Nejdůležitějšími kategoriemi, které během provádění analýzy pomocí otevřeného kódování vyvstaly, je těchto šest, se kterými jsem se rozhodla dále pracovat:

1. **Vliv rodinného a sociálního prostředí na vznik a vývoj závislosti;**
2. **Impulzy, které vedly k rozhodnutí nastoupit léčbu a následnou resocializaci;**
3. **Vliv rodinného a sociálního prostředí na rozhodnutí závislost ukončit;**
4. **Metody zvolené léčby a její průběh;**
5. **Překážky v průběhu léčby;**
6. **Náročnost návratu do společnosti a doporučení.**

**Kategorie 1; Vliv rodinného a sociálního prostředí na vznik a vývoj závislosti.**

Tabulka č. 1. vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

Funkčnost rodinného prostředí **nízká** – průměrná – vysoká

Ekonomické poměry nízké – průměrné – vysoké

Patologické jevy v rodině nikdy – zřídka – často – **téměř vždy** – vždy

Užívání tělesných trestů nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Citové nenaplnění nikdy – zřídka – často – téměř vždy – **vždy**

Rodina je ve většině případů prvotní prostředí, ve kterém každé dítě vyrůstá. Ať chceme nebo nechceme, má na nás zásadní vliv po celý náš život. Pravdou je, že ne všechny děti, které mají náročné dětství se dostanou do problémů, bohužel je ale pravděpodobnost mnohonásobně vyšší. Ze všech odpovědí respondentů vyplynulo, že jejich dětství neprobíhalo tak, aby byly jejich citové potřeby naplněny. Můžeme pozorovat časté hádky, pocit odmítnutí, alkohol u jednoho z rodičů a nadměrné bití. Nejvíce respondentů ale zmiňovalo nezájem rodičů.

Respondentka Lucie například uvádí: *„Moje máma onemocněla, když mi bylo pět let. Bylo to jedno ráno v sobotu nebo v neděli a já jsem jako za ní chodila vždycky ráno si lehnout. Vstala jsem v 7 nebo 6 a vlezla jsem si k ní do postele. No hele a ona byla v kómatu. Šla jsem za tátou a říkám, že máma nevstává... „Tak jí vzbuď.“ Ale to nejde… Tak on vstal a šel za ní. Zkoušel jí budit, ale ona nereagovala. Vyhnal nás z pokoje, zavolal záchranku a pak byla máma 3 měsíce na JIP, pak zase 3 měsíce doma, na JIP… A už to nikdy nebylo jako dřív“.* Do této chvíle to byla běžná, funkční rodina, docela dobře zajištěná. Událost, kterou nemohl nikdo ovlivnit, vše změnila. *„Ségra si jí pamatovala jako usměvavou, pekla buchty… Já už ne tak moc, když jsem o 2 roky mladší. Já si jí pamatuju jako ztrápenou, nemocnou, nepřítomnou... Táta se zhroutil. Do tý doby měl velkou firmu po revoluci a jak mamá onemocněla, o všechno přišel.“* Respondentka Lucie se musela z ničeho nic začít starat nejen o sebe, ale také o svou starší sestru, jak uvádí: *„Mě bylo 5-6 let a ta rodina se rozpadla. Musela jsem se o sebe starat sama, dělat si svačiny, učila jsem ségru zapínat pračku, ač byla starší a takový dle věci. Musela jsem rychle mentálně dospět. Máma byla nepřítomný člověk v rodině, nemocná… a já jsem tam byla sama.“* Potom již mělo všechno rychlý spád. Pokud nejsou emocionální potřeby dítěte naplněny, hledá jejich naplnění jinde. Respondentka Lucie to vyřešila jediným způsobem, který uměla. Uvádí, že *„Pak jsem hledala ty vztahy a zázemí někde jinde už od těch 11 let, 10 let. Od 12 let jsem začala žít s muži a tím, jak jsem byla předčasně mentálně vyspělá spoustu těch lidí si myslelo, že mi je 16-17 let. Musela jsem prostě fungovat.“* Dcerynavíc potřebují od svých otců získat potvrzení jako ženy. Měly by být opečovávané z jejich strany téměř jako princezny. Je to způsob, jakým si dívky vytvoří vědomí vlastní hodnoty a mohou se tak lépe rozhodovat při výběru svých budoucích partnerů. Bohužel respondentka Lucie také uvedla, že se v dětství ze strany otce setkávaly spolu se sestrou s častými fyzickými tresty. *„A ještě ona (sestra), jak byla doma, tak jí táta mlátil víc než mě. Byly jsme obě mlácený… Táta jediný způsob, jaký znal, byla agresivita. Všechny terapeutky se shodly, že to už bylo fyzický týrání. Ale já jsem si pořád říkala, že si to neuvědomoval…“* V takovém prostředí by bylo těžké žít i dospělému člověku. Ideální základ pro nejrůznější patologické jevy v dospívání.

Podobné dětství můžeme pozorovat také u respondentky Hanky, která popisuje svůj vztah s rodiči jako citově nenaplněný. *„Nikdy si nepamatuju, že by máma přišla a obejmula mě nebo řekla, že mě má ráda. Nebo prostě jen, že by přišla si se mnou popovídat nebo si hrát. Neznám to ani u mámy ani u táty.“* I ona měla tátu, který svou povinnost vůči rodině nijak zvlášť neprožíval… Díky tomu byla finanční situace rodiny velice náročná. *„Táta skoro doma nebyl. Ten byl buď v práci nebo přišel z práce vzal si věci a šel do hospody. I doma si otevřel Ferneta, vzal si noviny a lehnul si na gauč. Chtěl mít klid. A nikdo mě neotravujte. A máma, jak na všechno byla sama, tak pořád řvala. Pořád se hádali. Hlavně když táta přišel z hospody. Peněz jsme moc neměli. Žili jsme od výplaty k výplatě. Táta všechno, co měl navíc, propil. Navíc na automatech nám ve finále nadělal spoustu dluhů. To máma neunesla a skončila v nemocnici se srdcem, že jí zkolabovalo srdce.“*

Časté hádky rodičů uvádí i respondent Vlasta. Jeho rodiče se brzy rozvedli, ale i tak jejich vztah hluboce zasahoval do jeho vývoje. *„Moji rodiče se v mých dvou letech rozvedli. (To si ještě dítě ve dvou letech nepamatuje, ne…?)  Nepamatuje, ale protože se moji rodiče opravdu hodně nemuseli, tak jsem celé dětství poslouchal od táty, že špatná je máma a od mámy, jak je špatný můj táta. Nevěděl jsem, komu věřit. Oba byli moji nejbližší a zákonitě musel jeden z nich lhát. A to se v tom potom ztratíš.“* Vlasta je přesvědčený o tom, že hádky mezi rodiči, nejednotnost výchovy a nečitelnost rodinné situace ho postrčily k užívání návykových látek. Jako další problém uvedl: *„Pak taky kvůli mému příjmení, protože se mi děcka ve druhé a třetí třídě smály a byl jsem šikanovaný. Naučil jsem se tedy prát, abych ty druhé zbil, aby se mi nesmáli.  Protože jsem zjistil, že když druhého zbiju, tak už se mi nebude smát.“*

Se šikanou měl problém také respondent Tomáš, který byl ale naopak aktérem. Tomáš o sobě říká, že *„Já jsem byl opravdu parchant celou základku jsem šikanoval děti a byl jsem fakt svině na základce.“* Fyzické tresty v jeho případě užívala spíš máma, *„máma mě vždycky ztřískala vařečkou“,* u táty můžeme ale také pozorovat podobnost v holdování alkoholu stejně jako u Hanky. Tomáš popisuje své dětství takto: *„Táta chlastal jako prase a já jsem byl od mala ve stresu, když se odemkly dveře a on přišel nalitý z hospody co se bude dít. On teda nikoho nemlátil ani mámu ani nás, ale řval vožralecký kecy. Od tý doby nesnáším chlast. Nepamatuji si moc věcí z dětství.“* Shoduje se také se všemi přítomnými na nezájmu ze strany rodičů. Vypráví: *„Já si třeba nepamatuji, že by si se mnou rodiče hráli nikdy, fakt nikdy.  Vždycky to bylo na ségrách. Bylo mi 16 a to už jsem byl víc venku než doma. Takže podle mě to pramení z tohohle.“*

Pocity jsou pro děti a dospívají obzvlášť důležité, nedokáží ještě tak dobře logicky uchopit dění kolem a rozklíčovat to, čemu často ani dospělí nerozumí nebo s tím neumí cokoliv udělat. Obvykle dítě cítí i to, co se rodiče snaží skrývat. Respondentka Petra vidí zásadní problém opět ve vztahu s otcem. Uvádí: *„A asi to nejvíc, co mě jako by ovlivnilo, tak ten vztah s tatínkem, že jsem od něho cítila takové odmítnutí. A na základě toho jsem já potom začala rebelovat ve svým životě, až mě to vlastně dostalo k těm drogám.“* A ani s mámou to u Petry nebylo jiné. *„Neměly jsme jakoby blízký vztah s mojí maminkou, možná jsem tím strádala. V momentě, kdy se začaly řešit nějaké problémy v mém životě, tak jsem se neměla o koho opřít a s kým si popovídat.“*

U všech respondentů můžeme tedy vypozorovat mnoho podobností z primárního rodinného prostředí.

**Kategorie 2;** **Impulzy, které vedly k rozhodnutí nastoupit léčbu a následnou resocializaci.**

Tabulka č. 2 vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

Nespokojenost se životem nikdy – zřídka – často **– téměř vždy –** vždy

Zdravotní důvody nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Opakované uvěznění nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Touha po rodině nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Vědomé rozhodnutí nikdy – zřídka – často – **téměř vždy** – vždy

Vliv pomocných organizací nikdy – zřídka – často – **téměř vždy** – vždy

Boží láska a přijetí nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Rozhodnutí skončit se závislostí a naprosto změnit dosavadní způsob života není nikdy snadné. Téměř u všech respondentů můžeme pozorovat nespokojenost s životem a vyhlídkami do budoucna. Někteří si prošli opakovaně výkonem trestu a nelíbila se jim myšlenka, že by se tam měli stále vracet. Jiné respondenty už nebavilo, stálé shánění peněz na drogy, prožívání abstinenčních příznaků, zoufalost…

Respondent Vlasta uvažoval o ukončení závislosti minimálně rok. Popisuje tehdejší situaci takto: *„Vždycky jsem si říkal že je to poslední a další den jsem si kupoval další.  Dokonce jsem jednou složil básničku o piku, když jsem byl úplně na dně, zoufalý…  Tak jsem složil na zastávce básničku, jak se z toho dostat. Ale nešlo mi to, protože vždycky to skončilo tou “poslední” a nikdy to poslední nebyla. Přemýšlel jsem o tom, že skončím se závislostí, ale nikdy mi to nešlo.  Přemýšlel jsem o tom fakt minimálně rok.“* Nakonec jej už život přestal úplně bavit a setkal se s Bohem. To bylo z jeho pohledu rozhodující. *„Přestal mě bavit život. Uvěřil jsem v Boha vlastně. Šňupal jsem skoro gram denně a kouřil 1-2 krabičky cigaret. Jak jsem uvěřil, přestal jsem se vším ze dne na den.“* V hledání síly a odpovědí mu pomohla organizace Archa a především pocit přijetí, které našel u jejich pracovnice Miriam. *„Jezdil jsem na víkendovky pro děti z pěstounských rodin “Mosty”. Když to jako přeženu, tak Miriam byla taková jako naše máma. My jsme ztratili ty rodiče tím, jak jsme žili špatně, tak to bylo takové jediné místo, kde jsme se cítili přijatí. Ona mi tehdy nabídla, to si fakt pamatuji jako definici..., že buď mi nabídne rohlík, což představovalo jako tu klasickou léčbu anebo dort, což je Bůh.“*

Respondentka Petra uvedla jako hlavní důvod svého rozhodnutí strach z toho, že by mohla přijít o dceru, rodinu a přátele. *„Věděla jsem, že jsem na tom špatně, a že můžu takhle přijít o svojí dceru, o svojí rodinu a svoje přátele. A toho už jsem měla dost. Takže jsem to chtěla změnit.“* Nejdůležitějším impulzem byl ale strach o ztrátu možnosti být dobrou mámou a uvědoměním si možné smrti… *„Moje dítě bylo tím impulsem. Chtěla jsem se o ni starat. Jako feťák jsem to nedokázala. Taky jsem věděla, že bych brzy zemřela a ubližuju si.“*

 O dítě přišla stylem svého života respondentka Hanka, ale stále toužila mít jednoho dne rodinu. *„Já jsem vlastně přišla o dítě tenkrát a věděla jsem, že chci mít rodinu. A že chci žít normální život.“* K rozhodnutí ukončit závislost u ní došlo při výkonu trestu, kdy se nechtěla smířit s neustále opakujícím se návratem do vězení, kde byla toho času již podruhé a stále tam potkávala ty samé lidi. *„Asi to bylo nějaký vnitřní rozhodnutí, když jsem byla zavřená že jo. Tím, že prostě jako bych věděla, že nechci žít takovejhle život, jak žijou ty lidi v tom kriminále. Neustále se točej, vracej…“* Respondentka Hanka v průběhu výkonu trestu jezdívala v rámci programu zacházení na přednášky do škol, kde mluvila o negativech užívání návykových látek. Na jedné takové přednášce si uvědomila, že chce něco jiného… *„Já jsem vlastně chodila na ty programy pro drogově závislý, jezdívala jsem dělat přednášky dětem ze škol, kam se na mě vlastně jezdívala dívat máma no, tak nějak to ve mně vlastně docvaklo a prostě jsem řekla, že chci žít prostě normálním životem. Nedovedla jsem si představit, že se budu pořád jen vracet do kriminálu.“* Další, co respondentce Hance pomohlo, byl program ‚Zastav se, zamysli se, změň se‘, také využívaný ve výkonu trestu pro odsouzené za trestnou činnost spojenou s užíváním návykových látek. Hance pomohlo, že mohla o svých problémech mluvit a zamýšlet se nad sebou*. „A taky tím programem, kterým jsem prošla. Jmenoval se “Zastav se, zamysli se, změň se”. Mě strašně pomáhaly tyhle programy, kdy jsem se zamýšlela sama nad sebou. Ne, jenom tím, že jsem si mohla postěžovat v některých věcech a dávali mi i za pravdu, co se týče i rodiny. Asi tím hlavním impulzem bylo, že jsem se začala zaobírat tím, co bylo. Prostě jak to v sobě mám.“*

Stejně tak, jako předchozí respondentka, i respondent Tomáš byl ve výkonu trestu již podruhé. Shodli se v tom, že takový život žít nechtějí. Respondent Tomáš uvedl*: „Pro mě asi největší impuls byl, že už jsem točil druhý kolečko kriminálu.“* Život jej nebavil. Byl na ulici, stále sháněl peníze na drogy a probouzel se s abstinenčními příznaky. *„Furt jsem byl na ulici, furt jsem si ty subáče* (Subotex – bupremorfin předepisovaný lékaři na odvykání ze závislosti na heroinu, hojně zneužívaný mezi uživateli) *šlehal, a už jsem jako fakt neměl náladu na to se probouzet do absťáku a denně řešit, kde seženu prachy. Měl jsem toho už dost celkově, že už mě ten život jako fakt nebavil, že se mi to nějak přehodilo v hlavě, že udělám cokoliv abych to změnil. Jediné jsem věděl, že na tom závisí všechno, že už nemám co ztratit že…“* Tento respondent musel přijít o všechno a všechny, aby se dokázal rozhodnout pro léčbu ze své závislosti. *„Já jsem vlastně pocítil potřebu všechno změnit až když jsem byl úplně sám. Až v tu chvíli jsem začal koketovat s tím, že se toho zbavím.“*

U respondentky Lucie je dost okolností odlišných od ostatních. Lucie nešla dobrovolně na léčbu. Nerozhodla se v první fázi sama. Byla nezletilá a předávkovala. *„Nebylo to dobrovolný, nechtěla jsem se léčit. Dostaly mě do léčby právní postupy z důvodu nezletilosti. Měla jsem soudní léčbu, předávkovala jsem se. Do Bohnic jsem se dostala z traumatologie z Motola s rozbitou hlavou a rozjetou psychózou. Měla jsem 3 dny před koncem léčby v Bohnicích, kdy se stalo to, že mi řekli, nemůžeš jít domů, doma tě nechtěj, půjdeš do komunity.“* Respondentka Lucie si musela najít komunitu, do které by ji přijali hned jako nezletilou s nařízenou soudní léčbou. Úplnou náhodou se dozvěděla o Teen Challenge. V této křesťanské komunitě zažila Boží lásku skrze pracovníky, kteří měli dostatek trpělivosti a nevzdali to s ní. *„Zlomilo mě to, že to se mnou ti pracovníci pořád nevzdávali. Věděla jsem, že to byli jediní lidi, kteří to se mnou nevzdali. Bylo mi 17 let a nikdo si se mnou nevěděl rady. Měla jsem hroší kůži a s věcmi jsem se nesrala. Pak jsem si uvědomila, že mě má Bůh asi fakt rád, když to se mnou tihle lidi nevzdali a neposlali mě do hajzlu.“* Jak sama respondentka uvádí, nebylo to s ní zprvu jednoduché. Trvalo půl roku, než jí život plný drog přestal dávat smysl a rozhodla se, že už jej nechce. Zásadním faktorem se zde stalo přijetí a láska, kterou v Teen Challenge cítila. *„Po asi 6-ti měsících v programu jsem věděla, že už takhle žít nechci. Nechtěla jsem k tátovi, ale už jsem ani nechtěla žít s drogama. Zlomila to ta Boží láska, kterou jsem mezi těmi lidmi cítila, ale nikomu jsem o tom neřekla. Ale to, co mě zlomilo, to zásadní, viděla jsem, že přes to všechno mě mají ti lidi pořád rádi. Začalo to donucením jít na léčbu a najednou jsem v tom neviděla smysl. Neměla jsem chuť na drogy a ani na kouření.“*

**Kategorie 3; Vliv rodinného a sociálního prostředí na rozhodnutí závislost ukončit.**

Tabulka č. 3 vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

„Zachraňování“ nikdy – zřídka – často – téměř vždy – **vždy**

Vliv zachraňování **negativní** – neutrální – pozitivní

Stopka nikdy – zřídka – často – téměř vždy – **vždy**

Vliv stopky negativní – neutrální – **pozitivní**

Návrat k rodině nikdy – **zřídka** – často– téměř vždy – vždy

Můžeme pozorovat, že stejně tak jako mělo primární rodinné prostředí vliv na vznik závislosti, mělo jej také na rozhodnutí skončit. Každý z respondentů uvedl, že v určitých fázích života jim jeden z rodičů pomáhal. Nakonec ale shodně vypověděli, že nejvíce jim rodiče pomohli tím, že je přestali podporovat. Většina respondentů se mohla vrátit zpět k rodičům, ale udělala to pouze jedna respondentka na delší dobu. Ostatní buď nemohli, nechtěli se vracet nebo této možnosti využili pouze na přechodnou dobu.

Respondent Tomáš se k rodině vrátit nemohl. Rodiče mu oba umřeli, než se ze závislosti dokázal vymanit. Během té doby mu ale máma pomáhala. *„Teď vím, že díky mámě se ta agonie jen prodlužovala. Protože když byl doma táta, tak jsem tam nemohl. Ale když byla máma, tak jsem jí vždycky nějak přemluvil. Přišel jsem s nějakou historkou a ona mi pomohla. Tím to vlastně protahovala déle. Máma za mnou byla i v kriminálu. Na Ruzyni chodila, ale do Ostrova to už bylo daleko. Balíky mi posílala pravidelně.“* Po mnohých léčbách a terapiích, kterými respondent Tomáš prošel, vidí jednoznačně pozitivní vliv v tom, když rodiče závislého dítěte seberou všechnu odvahu a potomka přestanou vytahovat z problémů, které si sám udělal. *„Ale takhle, když ti pomáhají a zachraňují tě, tak jsi vlastně v pohodě a nemáš potřebu a radikálně měnit styl života****.“*** Tomášovi to pomohlo. Až když už neměl kam jít, začal přemýšlet o radikální změně životního stylu*. „Já jsem vlastně pocítil potřebu všechno změnit až když jsem byl úplně sám. Až v tu chvíli jsem začal koketovat s tím, že se toho zbavím. Zpětně si říkám, že kdyby to tehdy naši udělali a vykopli mě, tak bych se ulice tak lekl, že bych ušetřil 15 let života anebo taky ne.“*

Respondent Vlasta nakonec zůstal také sám. Jak říká, kvůli nikomu by se změnit nedokázal. Musel chtít sám. *„Rodina ode mě dala ruce pryč, takže v tom nefigurovala. Bylo mi to tehdy jedno, jestli se mnou mluví nebo ne. Kvůli rodině ani nikomu jinému bych, si myslím, skončit nedokázal.“* Nakonec ho ale po pár měsících v léčbě přeci jen začala rodina opět podporovat. *„Na začátku tomu nevěřila (rodina), ale asi po čtvrt roce léčby mě začala podporovat.“* Respondent Vlasta se po úspěšném zakončení léčby mohl vrátit k domů, zvolil ale raději jistější cestu, aby sám zbytečně nevystavoval riziku recidivy. *„Ano, měl. Ale nechtěl jsem se tam vrátit především z toho důvodu, že bych musel být na Vsetíně, kde mě všichni znají a já bych se vracel do toho prostředí, kde jsem bral a bylo by to pro mě mnohem těžší. Setkával bych se s drogami častěji než kdekoliv jinde. Proto jsem po léčbě šel raději do Kladna. K mámě ale jezdím občas na víkendy.“*

Stejně tak se nechtěla vrátit po léčbě respondentka Lucie. Její vztah s otcem byl stále natolik komplikovaný, že si to netroufala. *„Mohla jsem se vrátit, ale po tom všem, čím jsme si se ségrou díky tátovi prošly, jsem neměla nejmenší chuť.“* Táta ji ale vlastně k ukončení závislosti nakonec i pomohl. Nevzal ji domů, a tak musela nedobrovolně do komunity. Pokud by to neudělal, její závislost by se jen prohlubovala. *„Měla jsem 3 dny před koncem léčby v Bohnicích, kdy se stalo to, že mi řekli, nemůžeš jít domů. Doma tě nechtěj, půjdeš do komunity. Já tam byla s tím, půjdu domů, dobře teda, nebudu brát tvrdý drogy, ale budu hulit a chlastat. Vlastně jsem neviděla, že bych měla nějaký problém.“* Respondentka Lucie viděla jako podraz, když ji táta řekl něco jiného než doktorce. V konečném důsledku ji to ale pomohlo. *„Měla jsem daný nůž na krk takovou ne přímou manipulací. Můj táta mi řekl, že se vrátit můžu, ale doktorce na psychiatrii řekl, že si mě domů nevezmou. Tehdy jsem byla nezletilá. Takže z té psychiatrie, kde jsem měla soudní léčbu mi řekli, že mě domů nevezmou a musím se jít dál léčit. Na druhou stranu mi ten samý den otec řekl, že mě mají rádi a že domů můžu. Tím pádem jsem už ani domů jít nechtěla. Bylo mi 17 let, 4 měsíce do 18.“*

 Také respondentce Hance máma pomáhala po celou dobu její závislosti. Nejprve to zkoušela sama, ale když to nešlo, šla pro radu k odborníkům. Tam se dozvěděla, že největší pomocí je nepomáhat. *„Máma se radila s odborníkama celých těch 12 let mojí závislosti, co se mnou má dělat. Ze začátku ne, ze začátku se mi snažila pomáhat sama. Takže ona věděla, že mě v tom musí nechat utopit a tím, že už jednou mi půlku podávala a první moje, co bylo, že moje kroky vedly zpátky k drogám, tak se rozhodla že prostě ne… Že si můžu podat půlku, ale že se mi k ní rozhodně připojovat nebude. Že prostě chce, abych si to odseděla celý a bylo to dobře. Protože kdybych tehdy vyšla, tak bych to asi nezvládla, kdybych šla tehdy na tu půlku.“* Respondentka Hanka měla podporu mámy opravdu obrovskou. Navíc ji také doprovázelo vědomí, že pokud se rozhodne skončit, bude mít kam jít. *„A tím, že jsem měla ještě tu celoživotní podporu mámy, jako opravdu celoživotní, tak jsem věděla že by to nemusel být zas takový problém, kdybych se k tomu rozhodla (skončit s drogami).“* Když nakonec toto rozhodnutí učinila, byla tam máma, která ji pomáhala vypořádat se s dluhy a s naskočením do normálního života. *„V tomhle mi pomohla moc máma. Nikdy jí za to nepřestanu být vděčná. V té druhé polovině života mi pomohla. Nebyla jsem schopná jít sama ani na úřad. Tak ona byla ten impuls, když řekla: “A běž.” A já jsem musela jít sama. Měla jsem dluhy, nějaké jsem zaplatila a v té poslední fázi, kdy mi tam zbývalo asi nějaký 90.000, -, tak to mi zaplatila máma s tím, že jí to budu splácet. Což jsem vlastně už nemohla zaplatit, protože umřela. Takže mě v tomhle taky hodně pomohla máma. Tu pomoc od ní jsem měla neskutečnou.“*

Jedinou respondentkou, která se vrátila k rodičům, je respondentka Petra. K rodičům se vrátila přímo z prostředí plného drog, kde se svou dcerou žila a odkud musela utéct. V době závislosti ji táta vyhazoval z domu, ale sama připouští, že to pro ni bylo v konečném důsledku dobré. *„Mě vlastně tatínek, i když jako v době, když jsem brala drogy, tak mě častokrát vyhazoval z domu, což bylo dobře, protože se to nedalo asi jiným způsobem už se mnou řešit. Věci by se nezměnily.“* Jako každý rodič ale čekal, až ji destruktivní chování přestane bavit a vrátí se zpět domů*. „Podpořil mě v tom, když věděl, nebo viděl na mě, že se chci změnit. Tak mě brával zpátky domů, i když tam bylo riziko, že se to může opakovat, ale chtěl mi pomoct v té době, když už jsem měla dítě. I maminka v podstatě.“* Respondentka Petra si nakonec uvědomila, že ji má táta přece jen rád a zpětně je rodičům za mnohé vděčná. *„Moji rodiče mají spoustu dobrých vlastností, za který si je vážím. Jestli je to takhle myšleno. Vždycky tak jako by držely pohromadě a v zásadě jsem asi cítila, že mě mají rádi, i když jsem to tak nevnímala, jako třeba dospívající. Postupem času, když člověk nad tím mohl mít prostě prostor přemýšlet, tak jsem věděla, že mě mají rádi, a že se mám kam vrátit, a že se můžou ty problémy řešit jinak.“*

**Kategorie 4; Metody zvolené resocializace a její průběh.**

Tabulka č. 4 vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

Léčba v komunitě nikdy – zřídka – často – **téměř vždy** – vždy

Bez léčby nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Délka léčby nedůležitá – důležitá – **obzvlášť důležitá**

Pocit přijetí nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Rozhodnutí nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Bůh nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Většina respondentů se léčilo v komunitě, v jednom případě se nejednalo přímo o komunitu, ale hlavní léčba probíhala ve výkonu trestu a jedna respondentka léčbou neprošla. V církvi potkávala lidi, kteří ji pomohli zpracovat minulost a zaplnit život hodnotnými věcmi. Pro všechny respondenty hrály vztahy hlavní roli. Možnost promluvit si s někým, ať už je to psycholog, pracovník komunity nebo přítel, považují všichni za velmi důležité. Tři z pěti respondentů uvádí, že jim především pomohl Bůh a víra v Něj.

Respondent Vlasta nastoupil léčbu v křesťanské komunitě Teen Challenge. Programem prošel za 13 měsíců, zůstal ale v návazné škole intershipu pro budoucí pracovníky Teen Challenge a následně v komunitě také nějakou dobu pracoval. *„V Teen Challenge. V léčbě jsem byl 13 měsíců. Pak jsem šel do intershipu, což je taková škola pro budoucí pracovníky Teen Challenge. Ta trvá jeden rok. Poté jsem tam nějakou dobu pracoval.“* Celý program Teen Challenge je velmi náročný. Respondent Vlasta popisuje dobu strávenou v léčbě jako nejtěžší rok v jeho životě. Drogy otupují emoce. Po jejich vysazení uživatelé naopak prožívají často vinu a lítost. Potom je důležité mít kolem sebe lidi, od kterých mohou klienti cítil přijetí a lásku. Respondent Vlasta to popisuje takto: *„Takové druhé peklo…  Ne jako... Řekl bych, že asi můj nejtěžší rok v životě jednoznačně. Na druhou stranu se mi tam líbilo, že tam člověk mohl cítit tu Boží lásku a tyto věci. Že tam byli pracovníci, kteří se mi hodně věnovali. Já jsem za ty roky už byl úplně asociál, protože jsem dělal hodně špatné věci. To svědomí už prostě za ty roky není a teď když se postupně člověkovi vrací city do srdce, tak já jsem nejvíc cítil vděčnost a věděl jsem, že ti lidi se mnou mluví normálně, a ještě mi dávají naději. A ještě navíc jsou tam lidi většinou hodně inteligentní a já jsem si inteligentních lidí vždycky moc vážil. Takže mi to pomáhalo. Na druhou stranu má jednoznačně největší zásluhu Bůh. Prostě když mi nejvíc teklo do bot, tak pak si pamatuji, že jsem se díval na hvězdy a brečel jak želva a prosil jsem o sílu.“* Je potřeba, aby klienti nebyly pouze někým dalším, kdo prochází léčbou… *„Bylo pro mě důležité, že jsem cítil, že jim na mě záleží.“* V Teen Challenge je léčba založená na jiných základech než v běžných komunitách. Studenti si sami rozhodují o tom, který svůj charakterový rys chtějí změnit. Po té jej uvádějí vědomě do praxe v běžném životě.  *„Řekl bych, že je tam více osobní léčba. Každý má svého poradce, který mu dává smlouvy na míru s těmi charakterovými rysy, a to postupně mění ten charakter. A když je tam člověk rok, jí tam, pracuje tam, je tam ve volném čase..., tak ten rok se nezvládneš přetvařovat.“* Jako důležité uvedl respondent Vlasta také jeho osobní rozhodnutí. *„A samozřejmě druhá věc byla, že se neumím vzdávat. Takže jsem věděl, že když jdu do toho programu, tak že ho udělám.“*

Respondentka Lucie prošla také léčbou v komunitě Teen Challenge. Ve chvíli, kdy do programu nastoupila, nebyla ještě plnoletá a léčbu měla nařízenou soudně. První 3 měsíce strávila v Bohnicích, poté nastoupila do programu TC. *„Byla jsem 3 měsíce v Bohnicích a 17 měsíců v TC.“* Rodina Lucie ji po celou dobu podporovala*. „Rozhodně, podporovala. Někdy až tak, že jsem tátovi nezvedala telefony.“*

Respondentka Lucie byla po dobu léčby uzavřená, zpočátku nebyla rozhodnutá přestat užívat návykové látky. Pomohlo jí cítit lásku pracovníků ve středisku Teen Challenge. *„Dokonce jsem se zpětně dívala do mých posudků a všude bylo napsáno “ nevíme, co si myslí, co prožívá”... Jinak jsem všechno plnila na výbornou, ale držela jsem všechno v sobě. Byla jsem takový samorost, nikomu jsem o sobě nic nechtěla říkal, já o sobě vím, jak to mám, a ostatním to říkat nemusím. Ale to, co mě zlomilo, to zásadní, viděla jsem, že přes to všechno mě mají ti lidi pořád rádi.“* Někdy v průběhu programu uvnitř ní došlo k zásadnímu zvratu. Ten popisuje jako „aha moment“. *„Já jsem měla prostě aha moment, jako vždyť já to vlastně jako nemusím dělat, že jo? To je prostě uvědomění si, jako musím koupit chleba a nebo prostě nemusím koupit chleba, že jo? Tak tohle byl moment jako já prostě nemusím jako ty drogy brát, vždyť já to prostě vůbec nemusím dělat, že jo?“*

Respondentka Petra neprošla žádnou léčbou. Skončit s užíváním drog chtěla ale již dlouho před tím než se jí to podařilo. I ona se ale setkala s Boží láskou skrze lidi z církve a ti ji pomohli zvládnout toto náročné období života*. „Přicházelo to řádově možná i roky. Chtěla jsem přestat už o dost dřív, možná 3 roky. Já jsem přestala tak, že jsem uvěřila v Boha. Měla jsem prostě takovou silnou víru v to,* *že On mi pomůže, a to mě z toho dostalo nějak postupem času. Takže na samotné léčbě jsem nikdy nebyla.“* Petra uvádí, že jí osobně pomohla především církev a kamarádka, která ji nasměrovala k Bohu a pomohla zaplnit čas, dříve investovaný do užívání drog*. „Hodně mi pomohla církev. Potkala jsem tam jednu kamarádku, která mě hodně ovlivnila v mém životě a pomohla mi vlastně v těch začátcích najít takový ten správný směr. Přivedla mě vlastně i k Bohu. Ukazovala mi takový ty správné hodnoty a určitě taky to, že jsem se rozhodla hned na začátku, že si najdu práci a začnu se zabývat věcmi, které nemají s tímto prostředím těch drog nic společného. To znamená, že začnu sportovat a zkrátka zaplním tu svoji mysl takovými věcmi, které jsou prospěšné životu.“* Respondentka Petra nechodila tedy na žádné terapie, ale přece jen se musela vrátit zpět do minulosti, aby vyřešila své vnitřní konflikty a začít znovu. I zde tedy hrály velkou roli vztahy s lidmi a jejich přístup k respondentce. *„Já jsem nechodila na žádné terapie, ale setkala jsem se samozřejmě s dalšími lidmi, kteří se mnou procházeli minulost nebo s člověkem, který se mnou procházel takovým tím vnitřním uzdravením, co jsem potřebovala nejvíc. Myslím si, že na tom to stojí, když člověk nemá v pořádku svoji duši tak se pak můžeš snažit, jak chceš, ale vždycky se pak nějaká závislost zase objeví.“*

Respondent Tomáš se rozhodl pro léčbu hned po propuštění z výkonu trestu. Byl již zoufalý a uvědomoval si, že všechno je lepší než žít dosavadním způsobem života. *„Bylo to rychlé tak, že to trvalo asi 3/4 roku, celý ten proces od propuštění. Protože mě v únoru pustili a do Bohnic jsem nastupoval v září. No tak teda půl roku, no. Šel jsem do léčby ve stavu, když jsem si říkal, že všechno bude lepší, než je to, v čem jsem. Paradoxně i ten kriminál byl lepší než být na ulici. Věděl jsem, že to sám nedám a že musím úplně pryč z ulice a od všeho, co jsem celé ty roky žil, úplně do neznáma.“* Tomáš popisuje prvotní léčbu v Bohnicích takto: *„Bohnice mají mega hroznou pověst mezi feťákama. Přijdeš na příjem, sepíšou s tebou papíry a vezmou tě na oddělení 31, kde je příjem a detox. To je uzavřené oddělení s dvěma nebo třema pokojema, nasadí subáče a vysnižovávaj tě. Potom, co primář rozhodne, tak tě vykopnou na příjmový, kde jsi asi měsíc. Tam už se účastníš nějakých aktivit. Po měsíci tě pošlou na další oddělení, kde už je to klasická léčebna.“* Celkově byl respondent Tomáš v různých zařízeních dohromady 2,5 roku. Jeho cesta za uzdravením nebyla vůbec jednoduchá. *„Já jsem tam byl dva a půl roku v kuse a dobrovolně. Šel jsem do Bohnic, kde ta léčba trvá tři měsíce. To jsem normálně udělal. Jenže po třech měsících jsem zjistil, že jsem tak v prdeli, že jako fakt ještě víc, než jsem si myslel na začátku. Takže jsem si dal žádost do Němčic do komunity. Tam mi to teda schválili, takže jsem přejel do Němčic. Tam jsem se trochu zapytlíkoval s nějakou buchtou, takže mě zase vykopli, ale s řízeným odchodem. Jediný, kde mě vzali hned byly Beřkovice. Další pakárna...  Takže jsem přejel do Beřkovic. Když skončili Beřkovice, byl jsem na tom pořád stejně, že se nemám kam vrátit. A to je základní kámen úrazu, protože skončíš na té ulici, kde to znáš, kde se umíš pohybovat a seš zpátky do dvou dnů. Takže jsem si dojednal doléčovák v Děčíně. Odjel jsem do Děčína, tam jsem byl rok. Teda Magdaléna, že má doléčovací byty, kde už žiješ normálně sám, akorát jednou týdně chodíš na individuály. Tak říkám..., to je super. Takže mě vzali tam na “Synkáč”, na nejhorší feťácký místo v Praze. Tam jeden spolubydlící prodával herák, ale mě už to neházelo zpět. Věděl jsem, že brát nechci.“*

 Respondentka Hanka prošla oddělením „Toxi“ v prvním výkonu trestu, ale jak uvádí, i tam se dostala k drogám. *„V prvním trestu jsem byla na toxičce, ale pořád jsme se dostali k drogám i tam. Podruhé jsem dostala 4 roky.“* Další léčbou již neprošla, pomohl jí dlouhý trest a psycholožka, na kterou se mohla v případě potřeby kdykoliv obrátit*. „Za pomoci psychologů z vězení. Jiným léčením jsem neprošla.*

 *Procházela jsem programem “Zastav se, zamysli se, změň se”, kde jsme si s tou psycholožkou povídaly hodně. Bylo to tak, že kdykoliv jsem něco potřebovala nebo se mi cokoliv honilo hlavou, mohla jsem jít za vychovatelem, aby mi zavolal psycholožku. To mi pomáhalo.“* Před propuštěním respondentka Hanka musela mít jasně stanovené kroky, které udělá. To jí pomohlo v první fázi, kdy je nebezpečí relapsu největší. *„Vím, že jsme to tehdy řešili, že si musím vše plánovat. Proto jsem měla domluvený doléčovák v Sananimu. Musela jsem mít přesný plán, jak to bude probíhat, co se bude dít. Ale jinak asi ne. Po výstupu jsem ale šla do doléčovacího programu Sananimu, denního stacionáře. Během toho denního stacionáře v Holešovicích jsem se rozhodla, že jsem dospělá že už potřebuji něco jiného než bydlet u mámy. Zařídila jsem si tehdy chráněné bydlení. Takže když jsem odcházela ze Sananimu, stěhovala jsem se do chráněného bydlení.“*

**Kategorie 5; Překážky v průběhu léčby.**

Tabulka č. 5 vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

Vztah v komunitě nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Navázanost na terapeuta nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Bažení nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Přístup k drogám nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Sociální návyky nikdy – zřídka – **často** – téměř vždy – vždy

Překážky v průběhu léčby vyvstaly u každého respondenta jiné.

Respondent Tomáš byl nucený změnit komunitu z důvodu navázání vztahu, který je v průběhu léčby zakázaný. V další léčbě se musel vyrovnat s dostupností drog. *„V Němčicích jsem se trochu zapytlíkoval s nějakou buchtou, takže mě zase vykopli, ale s řízeným odchodem. Takže jsem přejel do Beřkovic. To tenkrát bylo ještě ta,k že byli dobrovolný léčby spojený s ústavníma léčbama. Takže tam se fetovalo jako blázen. Tím, že tam dávali ty soudně nařízený.“* Největší problém ale viděl ve svém naučeném závislostním chování. *„Jak moc se mě to závislostní chování týká, nebo je ve mně zakořeněný, že se to netýká toho jen brát nebo nebrat drogy, ale že je to ve mně od první chvíle, co ráno otevřu oči až do večera, než je zavřu, je vlastně závislostní chování. Využívat situace, manipulovat s lidmi, snažit se vytěžit z ničeho užitek na úkor druhých… A když mi tohle docvaklo, tak jsem se úplně rozbrečel, že jsem úplně v prdeli. Že nevím, jak se z toho dostanu ven, že je to všude ve mně tak hluboko, že to bude těžký.“*

Respondentka Hanka nejvíc toužila po vztahu a tak se zamilovala do terapeuta. *„A tenkrát jsem se tam zamilovala do terapeuta a ve finále jsem ho musela změnit a probírat raději vše, co se ve mě odehrává raději s terapeutkou.“*

Jako těžkosti popisu respondent Vlasta především práci rukama, na kterou nebyl zvyklý. Náročné pro něj bylo i sdílení pokoje s více studenty. *„Byla to práce rukama. Byl jsem zvyklý spíš pracovat hlavou. Neuměl jsem třeba ani držet lopatu…  Potom taky spát se 6 lidmi na pokoji ve vojenských postelích a třetí věc, já jsem tam třeba hned po týdnu dostal vyrážku. Tím, jak jsem nebyl zvyklý dejme tomu na ty vojenské poměry, tak já jsem se celý osypal.“* Potýkal se v průběhu programu s vlastními předsudky. Ty byl nucen změnit. *„Protože jsem musel dělal věci, které jsem v životě nedělal, sice ne špatné, ale pro mě, než jsem to pochopil, byly ponižující. Než jsem pochopil, že moje žebříčky jsem měl zaryté, a i moje předsudky, tak to trvalo dlouho a do toho musela vstoupit láska.“*

Respondentka Lucie vidí 17 měsíců v léčbě jen jako jakýsi start. Projít léčbou podle jejích slov není nic náročného. Teprve až člověk opustí to chráněné místo, začíná obtížně zvládnutelné období. *„Resocializace jako 17 měsíců je hodně krátká doba, že jo? To bych spíš řekla, že je to taková jako startovní rovinka, kdy vyběhneš, jo? A pak prostě ty další roky jako jsou vlastně jako zásadní, že jo? Takže v léčbě jako prostě zjistíš, získáš nějakej návod, jak to jako máš dělat, že jo? Abys mohla jako fungovat, že jo? Ty roky potom ukážou jako, jak to máš jakoby hozený, že jo? Takže těžkosti ty vole furt jako doteď.“* Jako důležité zmínila opět Lucie přístup pracovníků/lékařů, sester… *„V Bohnicích je vidět, že si to tam jdou sestry a doktoři odmakat. V Teen Challenge se zajímají o lidi jako takový. V Bohnicích jsem tu doktorku nezajímala. Byla jsem jen někdo, kdo tam tudy proteče. Kdybych strávila těch 20 měsíců v Bohnicích, tak by to ten účinek nemělo. V Teen Challenge do mě pořád ryli… Hrozně záleží na přístupu lidí, které v průběhu léčby potkáváš.“* Respondentka Lucie dále uvádí vnitřní rozpor, který se v ní odehrával. Na jednu stranu jí opravdu pomohlo, že s ní měli pracovníci Teen Challenge trpělivost a nevyhodili ji, na stranu druhou měla pocit, že je opět do něčeho nucená a od rozhodnutí odejít z léčby ji ochránil pouze strach z pobytu na ulici. *„Na jednu stranu mě nevyhodili, ale jinak mě strašně srali. Oni mě ani nemohli vyhodit, protože jsem byla nezletilá. To mě zachránilo krk, že mě nemohli jen tak vyhodit a nechat odejít. Já sama jsem měla pocit, že nemůžu odejít, i když by mě nemohli zastavit, kdybych se rozhodla. Ale měla jsem pocit, že jsem nucená zase dělat něco, co nechci. Já jsem se bála jít na ulici. To jsem nechtěla. Byla jsem venku 3 dny a už jsem to zažít nechtěla. Ten zážitek zapříčinil, že jsem raději vydržela na té léčbě.“*

 Respondentka Petra uvedla bažení jako jednu z obtížně zvládnutelných, opakujících se situací. *„Určitě v těch začátcích to bylo náročné, protože tam bylo potřeba prostě se dozvědět tu realitu, kdo mě ovlivnil. Jakým způsobem jsem se dostala do závislosti… Chuť na drogy jsem měla ještě i spoustu let po tom. Třeba po tom samotném rozhodnutí, že s drogami přestanu, ale vždycky jsem si vzpomněla na to, co by to způsobilo. Na důsledky, kam bych se dostala, kdybych si jen jednou třeba vzala a musela jsem prostě svoje myšlení nahradit věcma, který tu chuť potlačily.“* Resocializace Petry probíhala v domácím a církevním prostředí, kde procházela vnitřním uzdravením. Tedy probírala s blízkým člověkem svou minulost, a to pro ni bylo často velmi obtížné. *„Když jsem vlastně začala měnit svoje místo nebo se snažila a byly tam věci, který prostě byli neuzdravený v mém nitru, a když si tím člověk prochází, tak je to hodně bolestivé někdy a těžké. Ale jak už jsem řekla, prostě spoléhala jsem se v tom na Boha a měla jsem kolem sebe přátele a rodinu a moji dceru, kterou jsem milovala. Chtěla jsem být dobrou maminkou… Tak tohle všechno mě jako by drželo, abych to zvládla. Ale těžkosti jsou vždycky a byly a budou.“*

**Kategorie 6; Náročnost návratu do společnosti a doporučení.**

Tabulka č. 6 vlastnosti a dimenze

**Vlastnosti**  **Dimenze**

Zázemí nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Sociální návyky nikdy – zřídka – často – **téměř vždy** – vždy

Vztahy  nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Alkohol nikdy – **zřídka** – často – téměř vždy – vždy

Hlídat si myšlenky nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Koníčky nedůležité – důležité – **obzvlášť důležité**

Všichni respondenti se shodli, že léčba jako taková, je pouze začátek. Život v chráněném prostředí je mnohem jednodušší než život mimo komunitu. Jedna z respondentek začala nadměrně užívat alkohol. Ostatní respondenti neuvádí žádné škodlivé závislosti, kterými by nahradili zneužívání návykových látek. Jako náročné uvádí osvojit si běžné sociální návyky a najít si nové přátele či partnery pro život ve společnosti mimo drogovou scénu. Důležité je dle respondentů najít si správnou výplň času, nové koníčky a záliby.

 Respondent Tomáš nevidí problém projít léčbou v komunitách. Poukazuje na problémy vyvstávající až po opuštění léčebny. *„Když začneš fetovat v pubertě, tak nevytvoříš takový ty mechanismy sociálního chování. Zajišťovat placení složenek, že prostě nevytvoříš, nemáš kdy. Že jsi vlastně dítě, když začínáš a najednou tě to kopne do dospělého života po třicítce, kdybys už měl tohle všechno umět a mít zažitý a to nemáš. Takže startuješ fakt z nuly. A když ještě k tomu nemáš kde být, tak to prostě nedáš. Proto si myslím, že je úspěšnost léčeb tak malá. Projít léčbou je brnkačka. Pokud nejsi kretén a opravdu nechceš fetovat, protože tě to baví, tak tou léčbu úspěšně projdeš. Jsi schopný fungovat v těch chráněných zařízeních, kde v práci, když tě někdo seřve tak si odpoledne sedneš k terapeutovi a on tě z toho dostane. Máš prostě někoho, na koho se můžeš obrátit. Ale pokud se vracíš z práce na ubytovnu, kde je vedle tebe v pokoji 20 ukrajinců, který jsou veliký, jak děla, tak ti garantuju, že to nevydržíš ani týden a vrátíš se zpátky do toho prostředí, které znáš a v kterým se umíš pohybovat a víš, jak to tam funguje. Na tomhle si myslím, že to ztroskotává celý. I pro mě to byl největší strašák. Že nemám zázemí. Protože o tom, že nechci brát, jsem měl jasno už po těch třech měsících v Bohnicích. Ale to samotné nestačí.“* Po opuštění léčebny je stěžejní najít si nové přátele, zájmy a vhodně vyplnit volný čas. Respondent Tomáš si to velice dobře uvědomoval. *„Drogy ti v životě udělají úplnou díru, a pokud nemáš něco, k čemu se upneš tak je to těžký. O to těžší je začít znova, protože ty lidi, se kterýma jsem byl kamarád, ty lidi fetovali od konce základky se mnou. Jiný kamarády jsem neměl. Musel jsem ze dne na den přerušil kontakt a neměl jsem vůbec nikoho.“* A potom je tu dobře míněná snaha o pomoc kamarádům, se kterými dřív Tomáš užíval drogy. I tím si mnoho bývalých uživatelů prochází. *„Když jsem vyšel z léčby, tak jsem měl ještě takový záchranářský komplex, že já už vím, jak na to, takže já všechny jakoby vyvedu z toho ven…  A takového k\*\*\*ta!  S**\*\*\* na všechny…“* Bohužel rychle zjistil, že to takto ale nefunguje. A tak si Tomáš našel závislost, která neškodí jemu ani jeho okolí. *„Podle mě si musí najít nějaký koníček. Něco, v čem se zasekne a baví ho to. Já mám třeba to focení. Podle mě jde prostě o to, najít závislost, která neškodí. Často jsem si to analyzoval, přemýšlel jsem o tom. K tomu focení mám podobný přístup, jako k těm drogám. Že to prostě potřebuju, musím to mít, ale není to škodlivý.  Někdo si to upne do dětí, já mám focení. Teď se pohybuji v tom prostředí dál, ale úplně na jiné pozici, jako fotograf. Vlastně je to pro mě i taková terapie, když to vidím tak jsi stále uvědomuji, že tam nechci být. Fotím v léčebnách, na ulici, na squatech...  Je to pro mě strašně zvláštní pocit. Já si připadám, že jsem za nějakou stěnou. Už mi přijde, že tam nepatřím. Za těch 10 let abstinence se mi už podařilo dostat do pozice, kdy už nejsem abstinující feťák, ale sem někdo, kdo to prostředí zná, ale už tam nepatřím.“*

Naopak respondentka Hanka spadla do jiného extrému. Neměla potřebu dřívějším kamarádům ukazovat cestu ven ze závislosti. Pohrdala jimi*. „Spíš naopak... Což mi taky říkali, že je špatně. Cítila jsem k nim odpor, jak jsem byla najednou uvědomělá. Říkala jsem si, jak v tomhle můžou žít, slaboši. Ale nedělalo mi to žádný problém je vidět i s nimi promluvit. Vůbec jsem neměla problém, že bych se k tomu životu chtěla vrátit. Ale teď si vybavuji, že jsem řešívala, že mám chutě. Jako že občas přišly. Já jsem měla největší problém v tom, že se mi vracely ty stavy absťáku a bylo mi zle. Potila jsem se, flashbacky jsem měla často, ale to jsem věděla, že zase přejde.“* Stejně jako předchozí respondent si uvědomila, kolik času ji drogová závislost vzala a začala toužit po partnerovi, který by jí byl oporou. *„Pro mě bylo nejtěžší, že nemám nikoho k sobě. Tenkrát v tom denním stacionáři, když už jsem byla dospělá, jsem si uvědomila, že mně ty drogy vlastně zarazily v nějakých 14 letech a pak mě jako by propustily v 26 letech, obrazně řečeno. Já jsem byla hrozně nevyspělá. Já si myslím, že pro mě byl největší problém že jsem podvědomě pořád prostě chtěla mít partnera prostě. Někoho, kdo bude prostě vedle mě, kdo nade mnou bude držet tu ochrannou ruku. Jinak si nevybavuji, co by pro mě bylo tak náročné.“* Respondentka Hanka si sebou z předchozího života přinesla mnoho dluhů. Tím se musí potýkat mnoho závislých. Můžeme se také domnívat, že tím, že neprošla klasickou léčbou a její terapie probíhala ve výkonu trestu, nebyla až tak připravená na vstup do společnosti, a tak začala nadužívat alkohol. *„Ve finále jsem si zařídila splátkový kalendář a nechala jsem si dluhy sloučit dohromady z dopravního podniku, a to mi padly dluhy níž o velké peníze. Zdravotní pojišťovna – tam jsem zaplatila jen to co jsem dlužila a penál mi odpustili. Zbytek mi doplatila máma. Problémy mám s alkoholem prakticky od počátku, ale pořád zvládám fungovat normálně. Jako já neříkám, že bych byla den, co den ožralá. Samozřejmě, že ne. Je to o tom, že mám v sobě, že jednou za týden se prostě opít “musím”. Přijde to úplně samo.“* Ani psychicky na tom respondentka Hanka nebyla dobře. Vztah, který našla, musel projít nejednou zatěžkávací zkouškou z důvodu její nevyrovnanosti. Jak ale sama uvádí, nakonec se srovnala. *„Na začátku to bylo naprosto šílený.  Za prvé já jsem nebyla psychicky vyrovnaný člověk, jo. Takže když malinký problém, já jsem to hned vnímala tak, že mě nemá rád, a že jsem pro něj jen feťák. Ale on mi to nikdy neřekl, bacha. Já jsem mu vždycky utíkala. Šla jsem se projít s brekem. Bylo to prostě náročný. Ale je pravda, že jsem taky pila. Postupem času jsem se srovnala, ale ty začátky byly opravdu příšerný.“*

Respondentka Petra zmiňuje důležitý krok na cestě ke svobodě od závislosti. Dle jejích slov není možné se stále vracet k tomu, co bylo. Jednoho dne prostě musela převzít zodpovědnost za svůj další život a neotáčet se zpět. *„Člověk prochází nějakým i vnitřním uzdravením a odpouští těm lidem a tak dále tak i postupem času prostě přebírá víc a víc tu zodpovědnost za svůj život a je třeba se tam už potom zpátky nevracet, když už to má člověk vyřešený. Jakmile se začnu točit v kruhu a pořád se k tomu vracet a pořád hledat teda ty viníky a prostě se tím zaobírat, tak se z toho nedostanu. Jednoho dne je potřeba si uvědomit, že já teď přebírám zodpovědnost a dělej z toho děj. A to postupně samozřejmě..., ale pak to někdy musí už vyvrcholit za moje rozhodnutí.“* Petra uvádí jako důležité mít smysl života. Zjišťovat, proč jsme na světě a žít nejen pro sebe, ale také pro druhé. *„Především asi to, že má smysl žít a zabývat se tím, proč tady jsem na tomto světě. Žít pro druhé, a ne pro sebe, že ten život není o mně... Jenom o mě teda. Věřím tomu, že pokud směřujeme k tomu, že naplníme svoje nitro dobrými věcmi, svoje myšlení a tak, tak prostě pak nemáme potřebu se upínat nějaký takový devastující závislosti.“*

Respondent Vlasta po opuštění komunity bydlel s kamarádem, který drogy nadále bral. Naučil se tedy své myšlenky usměrňovat tak, aby se nerozvinuly a neměly možnost jej stáhnout do relapsu. *„Potom po odchodu z Teen Challenge jsem byl třeba u Mirka, tam jsem bydlel a on bral drogy. Já jsem nad tím ani nezapřemýšlel, že bych si znovu dal. Uvědomil jsem si, že svoje chutě neovlivníme, ale svoje myšlenky ano. A když nějaká taková přicházela tak jsem jí hned vetoval. Ani jsem jí nedovolil se rozvíjet. Takže si myslím, že je to hlavně v tom rozhodnutí, že si ani nedovolím o tom přemýšlet. Mám strach, že když o bych tom začal přemýšlet, tak od myšlenky k činu už není tak daleko. Že je lepší to stopnout hned.“* Jako další důležitou věc zmiňuje respondent Vlasta eliminování rizik. Rozhodl se drogy neužívat, a proto změnil své bydliště, kde by potkával dřívější kamarády. Nechodí již ani na riziková místa, kde by se s drogami mohl setkat*. „Asi to rozhodnutí a pak eliminovat rizika. Třeba já asi vím, že by to bylo mnohem těžší, kdybych byl na Vsetíně, protože dejme tomu teď to riziko potkám jednou za půl roku, protože nemůžu říct, že bych nikdy před sebou neviděl koks nebo čáru perníku. To bych kecal, ale setkám se s tím mnohem míň, než kdybych byl na Vsetíně. Takže je důležité i znát rizika, správně je vyhodnotit a znát sám sebe. Třeba já už jsem nikdy od té doby nebyl na diskotéce, protože za prvé nevím, co bych tam teď hledal, a za druhé vím, že to riziko, ten flashback, by mohl být dost silný.“* Respondent Vlasta se nadále řídí doporučením z komunity a pečlivě si plánuje svůj čas. Má náročnou práci, vstoupil do manželství a podle jeho slov již na přílišné koníčky nemá čas. Hlavní je pro něj smysl života. *„Nepotřebuji si něco dokazovat, ale potřebuji nějaký smysl. Myslím si, že je strašně důležité mít nějaký plán. My jsme se taky učili v Teen Challenge, že je dobré mít plán do roku, do 5 let a do 10 let. Já se tím snažím řídit. Věřím, že je dobré, snažit se mít nějakou cestu, nějaký cíl. Neumím si představit, že bych neměl žádné sny, nebo když to přeženu, tak nějaké iluze. Ale rozhodně mnohem víc promýšlím svůj časový harmonogram, protože si myslím, že člověk vymyslí spoustu blbosti, když se nudí. Ale když pak ten člověk má nabitý program, má třeba náročnou práci a manželství, tak už moc dalšího času na koníčky nemáš.*“ Jako důležité v práci se závislými vidí tento respondent upřímný zájem ze strany pracovníků komunit či zdravotnických zařízeních. *„Myslím si, že je důležité, aby to bylo pro ty lidi, terapeuty, ne jenom jako práce, ale spíš jako poslání. Je jedno, jestli křesťani nebo nekřesťani. Jedině tak mohou lépe poznat, jestli to ti lidé myslí upřímně nebo ne. Na těch pracovnících v Teen Challenge jsem hned po dvou měsících poznal, kdo je tam jenom proto, že ještě nechce ven do běžného světa, a kdo je tam protože ti chce opravdu pomoct. Protože ti lidi na drogách mají opravdu vyvinutý smysl a ví, kdo to s nimi myslí upřímně a kdo ne. Myslím si, že to je právě trošku problém, že to ne vždycky dělají lidi, protože chtějí pomáhat druhým. Někteří jsou tam jenom ze zvyku.“*

Respondentka Lucie popsala jako zásadní moment v životě období až po 13 letech, kdy drogy již neužívala. Dokonce i po tak dlouhé době měla blízko k recidivě, a to z důvodu zrady blízkých lidí, od kterých by to nejméně očekávala. *„Hele jednou jedinkrát no. Za těch 20 let jednou, jako chuť tak, že vyloženě jako na drogy. To bylo asi po 13 letech, co jsem nebrala. Ještě, že jsem byla mezi vesnicema, kde nic nebylo. To byl jeden z nejzásadnějších momentů. Ale nebylo to kvůli chuti na drogu, ale z toho zoufalství…“* Respondentka si uvědomila, že nikdo na světě jí nestojí za to, aby se vracela zpět do vězení závislosti. *„No, takže jsem si jako uvědomila, že mě to za to nestojí, jo? Že jsem neviděla důvod, proč bych měla fetovat. Nic by se nezměnilo. Postrádám v tom ten smysl.“* Lucie pracovala po ukončení léčby v Teen Challenge jako pracovnice v ženském středisku. Jako zásadní postoj v účinné pomoci lidem trpící závislostí uvádí*: „Je nutné si uvědomit, že ti lidé jsou zranění, nesou si defekty. A nikdy lidem nepomůže, když k nim budeme přistupovat jako k úkolu. Potřebují cítit ten zájem, a ne být pro něj jako ta práce, že jo. Největší efekt pro mě měly vztahy s těmi lidmi, a to si myslím, že v mnohých léčbách chybí.“*

## Zodpovězení výzkumných otázek

Po otevřeném kódování a sekundární interpretaci můžeme přistoupit k zodpovězení výzkumných otázek.

**Hlavní výzkumná otázka:** *Jaké impulsy vedly závislé k léčbě a resocializaci?*

Na hlavní z mých otázek položených v tomto výzkumu najdeme odpovědi v kategorii č. 2. Nejvíce respondentů uvádělo *celkovou nespokojenost* s dosavadním způsobem života. Respondenti, kteří prošli výkonem trestu odnětí svobody, shodně uvedly jako hlavní impulz k resocializaci vyhlídku na *stále se opakující uvěznění* a pobyt mezi vězni. Dvě respondentky toužily *být matkami*, ať již v budoucnu nebo se se postarat o již narozené dítě. Respondenti zmiňovali také *zoufalství*, jako jeden z hlavních impulzů k rozhodnutí skončit se závislostí. Pouze jedna respondentka prožívala *strach ze zdravotních následků a smrti*. Na většinu respondentů měla *vliv organizace či program pro drogově závislé***.** V těchto zařízeních často uváděli jako hlavní impulz *pocit přijetí*, v křesťanských komunitách to navíc byla *Boží láska*. Nejdůležitějším faktorem, který respondenti shodně potvrdili, bylo *vědomé rozhodnutí*přestat s užíváním návykových látek.

**Výzkumná otázka č. 1:** *Jaký vliv sehrálo primární rodinné prostředí?*

Touto otázkou jsme se zabývali v kategorii č. 1 a č. 3. Zajímal mě vliv nejen na rozhodnutí skončit se závislostí, ale také prvotní vliv rodiny na vytvoření návyku. Obojí se po provedeném výzkumu ukázalo jako zásadní.

Všichni respondenti uvedli primární rodinné prostředí jako hlavní hybnou sílu pro vytvoření návyku. Jeden respondent spatřoval jako hlavní problém *v nejednotnosti výchovy a neustálých hádkách* svých rozvedených rodičů. Tři respondenti jako jeden z problémů viděli *alkoholismus v rodině* a z toho plynoucí *strach z nepředvídatelných situací*. *Fyzické týrání* zmínila jedna respondentka, další dva potom *časté fyzické tresty*. Jako jeden z hlavních důvodů dysfunkčnosti rodiny uvedla respondentka *zdravotní stav matky*. Všichni respondenti shodně uvedli *nezájem ze strany rodičů*.

Rodina pak měla vliv u všech respondentů také na ukončení jejich závislosti. V tomto se respondenti shodli úplně. Každá z rodin respondentů se snažila nejprve řešit závislost dítěte svépomocí, byť v některých případech využívali konzultací s organizacemi pomáhajícími drogově závislým. *Pomoc rodiny měla negativní dopad na závislost respondentů.* Jen závislost prodlužovala. To, co vždy pomohlo respondentům k rozhodnutí závislost ukončit byl pravý opak. Až ve chvíli, kdy rodina našla sílu nepomáhat, se respondenti rozhodli se závislostí vypořádat.

**Výzkumná otázka č. 2:** *Jak resocializace probíhala?*

Metody zvolené resocializace a její průběh jsme zkoumali v kategorii č. 4. Z výzkumu vyplynulo, že respondenti vnímají resocializaci jako *dlouhodobý proces*, sahající daleko za ukončení komunitní léčby. Tři z pěti dotazovaných respondentů prošli *léčbou v komunitách*, jedna respondentka uvádí jako hlavní místo resocializace *vězení a program „zastav se, zamysli se, změň se“*, poslední z respondentek pomohla *církev*. Třem dotazovaným pomohl dle jejich slov především *Bůh a víra v Něj*, ti také uvedli jako jeden z pozitivních vlivů v průběhu resocializace *přijetí a lásku*. Každý z respondentů opakovaně zdůrazňoval důležitost vlastního *rozhodnutí k abstinenci*.

**Výzkumná otázka č. 3:** *Na jaké těžkosti v průběhu resocializace respondenti naráželi?*

Těžkostmi jsme se zabývali v kategorii č. 5. Každý z respondentů měl své vlastní problémy v průběhu léčby. Vícekrát byly zmiňovány *chutě na drogu a sociální návyky*. V dalších jednotlivých případech k tomu respondenti přidali *partnerský vztah v komunitě*, který je zakázaný, *zamilovanost do terapeuta* a *užívání drog ostatních klientů ve věznici či chráněném bydlení*. Jedna respondentka také uvedla *psychickou nevyrovnanost* a další z respondentů *strach z bydlení mimo komunitu*.

**Výzkumná otázka č. 4:** *Jak se realita resocializace přiblížila představám o cestě k úspěšné resocializaci?*

Po rozhovorech s respondenty jsem zjistila, že nikdo neměl představy o tom, jak bude resocializace probíhat. Na počátku *chtěli pouze změnit dosavadní způsob života a neměli představy o průběhu resocializace*. Jeden z respondentů se ovšem vyjádřil o době strávené na léčbě jako o nejtěžším roku života. Můžeme z jeho slov tedy konstatovat, že *takto náročnou si resocializaci nepředstavoval*.

## Diskuse

Tématem výzkumu, které jsem zvolila pro mou bakalářskou práci, byly spouštěcí mechanismy k resocializaci jedinců s drogovou závislostí. Této problematice se osobně věnuji již několik let, a proto jsem se rozhodla téma zkoumat do hloubky. Hlavní výzkumnou otázku jsem formulovala takto: Jaké impulsy vedly závislé k léčbě a resocializaci? Jednalo se mi především o to zjistit, jestli si uživatelé návykových látek uvědomují zásadní momenty v určité fázi závislosti, které dohromady napomohly k rozhodnutí nastoupit léčbu v komunitě nebo jinak ukončili svou drogovou závislost. Předpokládala jsem, že stejně jako je tomu u spouštěčů k užití drogy, musí existovat i spouštěcí mechanismy, které závislým pomohou v rozhodnutí k trvalé abstinenci. Jak jsem z rozhovorů s respondenty zjistila, opravdu je tomu tak. Jedná se vždy o souhru různých impulzů v průběhu delší doby, kdy závislí koketují s myšlenkou přestat užívat návykové látky a na konci které nastane zásadní zlom. U uživatelů, kteří se vrací opakovaně do výkonu trestu, je tento zlomový okamžik často právě další uvěznění. Všichni respondenti shodně uvedli, že jim nepřímo pomohla rodina tím, že je přestali neustále zachraňovat. Tím mohli prožít hlubokou zoufalost způsobenou nespokojeností s životním stylem jednotlivých respondentů. Až poté byli ochotni hledat možná východiska ze svých četných problémů a učinit zásadní kroky pro jejich nápravu.

V další dílčí otázce jsem se zabývala rodinným prostředím a jeho vlivem na vznik a zánik závislosti. Odpovědi jednotlivých respondentů měli hlavního společného jmenovatele a tím je dětství prožívané v dysfunkční rodině. Nejvíce uváděli nezájem rodičů, hádky a alkohol. Je zajímavé, že pokud měla rodina respondentů více dětí, každé z nich na situaci doma reagovalo jinak. Pokud bychom mluvili o vlivu rodiny na rozhodnutí respondentů přestat užívat návykové látky, bylo by to, jak jsem již uvedla v předchozím odstavci, rozhodnutí rodiny přestat uživatele neustále zachraňovat. Velice zajímavá mi přijde skutečnost, že i když respondenti vyrůstali v dysfunkčních rodinách, během léčby je jejich blízcí podporovali. To by mohlo být téma pro další výzkum, kdy by respondenti byli sami rodiče uživatelů nebo ještě dál jejich sourozenci. Na rodině je postavená celá společnost a proto věřím, že má smysl se jí do hloubky zabývat i nadále.

Další má dílčí otázka zněla takto: Jak resocializace probíhala? Chtěla jsem zjistit, zda je nějaká ověřená léčebná metoda, která funguje na většinu uživatelů návykových látek. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že každý má svou cestu individuální. Tři z pěti respondentů ovšem shodně uvedli, že jim největší pomocí v cestě za svobodou, byl sám Bůh a nový životní smysl, který díky víře nalezli. Dokonce i další respondent zmínil jakousi hybnou sílu, která mu v průběhu resocializace připravovala cestu, a kterou popsal slovy: „Když se člověk opravdu rozhodne, ono to nějak přichází samo.“ Můžeme tedy mluvit o důležitosti víry v celém průběhu resocializace. Víry v něco většího, než jsou oni sami, co respondentům pomohlo překonat tak obtížné životní období.

Další otázkou, na kterou jsem hledala odpověď, byla tato: Na jaké těžkosti respondenti v průběhu léčby naráželi? Jednouchá odpověď se hledá těžko. Samozřejmě jsou těžkosti vždy individuální. Respondent, který neměl možnost návratu k rodině, se nejvíce obával návratu do většinové společnosti. Dle jeho slov projde léčbou každý, kdo je rozhodnutý drogy již neužívat. Komplikace ale nastávají právě až po opuštění komunitního zařízení. Další z odpovědí, které stojí za zmínku, byla náročnost programu kvůli nutným změnám v charakteru a psychická nestabilita respondentů.

Poslední podotázka mé bakalářské práce zněla: Jak se realita resocializace přiblížila představám o cestě k úspěšné resocializaci? Respondenti shodně uvedli, že žádné představy o průběhu resocializace neměli. Znali svůj cíl, jímž byla trvalá abstinence, ale nikdo z nich již nepromýšlel, co všechno to bude obnášet.

**ZÁVĚR**

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na hledání impulzů k resocializaci jedinců s drogovou závislostí. Závislých na návykových látkách neustále přibývá, a proto je nutné se tímto fenoménem zabývat podrobně.

Volba tématu bakalářské práce byla snadná. Již několik let se zabývám problémem závislosti ve společnosti jako takové a také individuálními problémy jednotlivců se závislostí na návykových látkách. Pokaždé, když mám možnost vidět další šťastně končící příběh jedince, na počátku svého života zařazeného do kategorie problémových, nepřizpůsobivých recidivistů s velmi nízkou pravděpodobností resocializace, mám obrovskou radost. A samozřejmě také naději, že tento celosvětový problém má řešení. Tedy alespoň pro ty, kteří se rozhodnou pro radikální změnu svých životů.

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolila polostrukturované rozhovory a následně jsem použila metodu otevřeného kódování. Otázky jsem měla dopředu připravené, ale v průběhu jednotlivých rozhovorů jsem je doplňovala o další, pro mě zajímavá témata. Respondenti na mé dotazy odpovídali otevřeně a upřímně. Výhodou vedení rozhovorů s respondenty, kteří prošli terapiemi, bylo především jejich osobní dlouhodobé zkoumání svých pocitů, postojů a důvodů, kvůli kterým se do kolotoče závislosti dostali.

Jak jsem zjistila, všichni zúčastnění měli společného jmenovatele a tím bylo zoufalství. Neutěšené poměry v primárních rodinách respondentů z nichž někteří zmiňovali fyzické týrání, alkoholismus či nepřítomnost jednoho z rodičů, odmítnutí a nezájem, způsobily v životech dospívajících dětí takovou díru, že nenašly jiný způsob utlumení vnitřních zranění než byly právě návykové látky. Než se dostavily důsledky užívání drog, žádného z respondentů nenapadlo, že by nastoupili léčbu pro drogově závislé. Teprve, když zakusili tíživé dopady na zdraví (předávkování, strach o život), byli poněkolikáté uvězněni za trestnou činnost nebo přišli o podporu rodiny, teprve tehdy začali hledat východisko ze závislosti.

Můžeme tedy s jistotou tvrdit, že jednou z nejdůležitějších věcí v pomoci závislým je, co nejdříve nechat jedince jejich vlastním, devastujícím rozhodnutím. Teprve tehdy, jak vyplynulo z mého výzkumu jsou schopni přijít do bodu, kdy udělají zásadní krok a svou závislost začnou účinně řešit. Respondenti shodně uvedli fakt, že pokud se jednou doopravdy rozhodnou drogy neužívat, užívat je nemusí. K tomu, aby toto rozhodnutí učinili, je podstatná nejen správná motivace, ale také postoj pomáhajících pracovníků či terapeutů kontaktních center a jejich upřímný zájem o osud každého jednotlivce. Velmi odrazující vnímali respondenti postoj zdravotních sester a doktorů v krátkodobých léčebných zařízeních, kde si připadali jen jako další mnoha případů, kterými se tamní pracovníci nemají čas či prostor zabývat na osobní úrovni. Je samozřejmé, že na detoxifikačním oddělení není možné se věnovat každému pacientovi individuálně. Právě k tomu jsou určeny uzavřené komunity s nízkým počtem klientů a dlouhou dobou terapeutické léčby. Zde respondenti vyzdvihovali jejich laskavý přístup, který jim dopomohl k utvrzení v jejich rozhodnutí k abstinenci, resocializaci a touze být přínosem pro společnost, kterou dříve opovrhovali.

Věřím, že tato má práce by mohla být přínosem a povzbuzením nejen pracovníkům s drogově závislými, ale také samotným uživatelům a jejich rodinám. Právě ti totiž nejvíce potřebují najít sílu učinit kroky vedoucí k tomu základnímu, nepostradatelnému rozhodnutí v boji se závislostí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80–86734–05–6.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

KŘÍŽOVÁ, Ivana. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada, 2021. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-1754-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 6. vydání. Praha: Portál. 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Portál, 2008. ISBN 978-80-7367- 368-0

*Drogy: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.

NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. Středočeský kraj/ Magdaléna O.P.S., 2004, s. 156. ISBN 80-7106-876-4

JÍLEK, Jan. Ze závislosti do nezávislosti: (spoluzávislí a nešťastní). Praha: Jan Jílek ve spolupráci s Janou Krupičkovou v nakl. Roční období, 2008. ISBN 978- 80-85524-03-1

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

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

ŠEFRÁNEK, Martin. *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislostí: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-103-9.

KALINA, K. et al., 2001. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-238-8014-4.

Vízdal, František, Doňková, Olga, Novotný, Jan Sebastian. Sociální psychologie. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KRAHULCOVÁ, Kristýna. *Využití dramaterapie na detoxikačním oddělení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5275-3.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4

**INTERNETOVÉ ZDROJE**

SANANIM. Konopné drogy. Drogová poradna [online]. ©2009 [cit. 14.08.2023]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/konopne-drogy-uvod/konopne-drogy.html>

MLČOCHOVÁ, Eva. Nikotin – základní informace o nikotinu a jeho účinku v organismu – Kuřákova plíce. Vítejte na kurakovaplice.cz - Kuřákova plíce [online]. Copyright © [cit. 08.08.2023]. Dostupné z: https://www.kurakova-plice.cz/zdravi/nikotin-a-informace-onem/50-nikotin-zakladni-informace-o-nikotinu-a-jeho-ucinku-v-organismu

*Podané ruce: Terapeutická komunita v Podcestném mlýně* [online]. Brno, 2023 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/centra-sluzby/terapeuticka-komunita-v-podcestnem-mlyne/#1528790977650-57e6dc37-c68c>

*Teen Challenge: O nás* [online]. 2023 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: <https://www.teenchallenge.cz/o-nas/>

*Betelcz: Jaké metody léčby závislosti využíváme* [online]. Kralupy nad Vltavou, 2023 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: <https://komunitabetel.cz/metody-a-prostredky-lecby/>

ŠOTOLOVÁ, Eva. Resocializace osob závislých na návykových látkách. [online]. [cit. 2023-08-17]. dostupné z: http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/1135/041- 043.pdf?sequence=1&isAllowed=y