



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Drogová závislost u klientů v terapeutické komunitě Karlov

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Aneta Kolářiková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Drogová závislost u klientů v terapeutické komunitě Karlov*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. dubna 2022

.....

Aneta Kolářiková

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, paní doktorce Veronice Benešové, za pomoc a trpělivost při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat terapeutické komunitě Karlov za možnost vypracování dotazníků. Velké poděkování také patří klientům komunity za ochotu při vypracovávání rozhovorů.

Abstrakt

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem drogové závislosti u klientů v terapeutické komunitě Karlov, přičemž hlavním cílem této práce je prozkoumat motivaci u klientů terapeutické komunity Karlov k nástupu na léčbu, a že tuto motivaci mohou ovlivnit druhy užívaných drog. Zaměřuje se také na celkové fungování terapeutické komunity Karlov.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá návykovými látkami a následně jejich rozdělení, dále léčbou návykových látek, motivací, metodami sociální práce a charakteristikou terapeutické komunity Karlov. Pro praktickou část jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výběrový soubor pro rozhovor tvoří klienti terapeutické komunity Karlov.

V empirické části práce bylo zjištěno, že nástup do terapeutické komunity Karlov začali klienti řešit až v případě, kdy začali přicházet i o poslední věc, která pro ně byla důležitá, přestože každého z nich motivovaly různé důvody. Z výzkumu dále vyplynulo, že zkušenost s drogami začali klienti mít ve velmi nízkém věku, avšak výrazné problémy spojené s touto závislostí přicházely až o mnoho let později, kdy droga všem respondentům změnila původní žebříček životních hodnot a zcela narušila osobní vztahy.

Má bakalářská práce poskytuje vhled do problematiky spojené s návykovými látky a jejich následnou léčbou v terapeutické komunitě Karlov. Výsledky práce mohou být využity terapeutickou komunitou Karlov pro informaci či zlepšení svých využívaných postupů.

Klíčová slova

Drogy; léčby závislostí; motivace; metody a techniky sociální práce; terapeutická komunita Karlov

Abstract

The presented bachelor thesis describes drug addiction and its effect on clients in the therapeutic community of Karlov. This bachelor thesis aims to examine the motivation of said clients to start their treatment provided by the therapeutic community of Karlov. Furthermore, this bachelor thesis also discusses the possibility of the motivation to start the treatment being influenced by the types of drugs used by the clients. Lastly, the overall functioning of the therapeutic community is also described in detail within this thesis.

This bachelor thesis is divided into two parts. The theoretical part focuses on various addictive substances and their categorization. The theoretical part also describes the treatment concerning the abuse of such addictive substances, the motivation that leads to treatment and the methods used by social workers. The theoretical part concludes with the description of Karlov's therapeutic community characteristics. The practical part was conducted following the qualitative research strategy, which included the use of semistructured interviews. The sample for the semistructured interviews consists of clients of the Karlov therapeutic community.

In the empirical part of the work, it was found that to join the therapeutic community Karlov, even though each client was motivated by various reasons, they began to solve their situation only when they began to lose the last thing that was important to them. Furthermore, it was found that clients began to experience drugs at a very young age and the problems associated with this addiction did not come until many years later, when the drug changed the original scale of life values for all respondents and completely disrupted personal relationships.

This bachelor thesis provides insight into the issues associated with addictive substances and their subsequent treatment performed in the Karlov therapeutic community. The results of the research conducted in this bachelor thesis could be used by the Karlov therapeutic community as a basis for an improvement of their current practices.

Key words

Drugs; addiction treatment; motivation, methods and techniques of social work; therapeutic community Karlov

Obsah

Úvod	8
1 Vymezení základních pojmů spojených s drogami.....	10
1.1 Droga	10
1.2 Návyková látka	11
1.3 Omamná a psychotropní látka	12
2 Rozdělení drog	14
2.1 Dělení drog dle účinku na psychiku	14
2.2 Dělení drog dle míry rizika	15
2.3 Dělení drog dle postoje společnosti k droze	16
2.4 Charakteristika vybraných drog.....	17
2.4.1 Konopné drogy	17
2.4.2 Pervitin.....	17
2.4.3 Extáze	18
2.4.4 Halucinogeny	19
2.4.5 Heroin	19
2.4.6 Kokain.....	20
2.4.7 Těkavé látky.....	20
3 Drogová závislost	22
3.1 Závislost.....	22
3.2 Příčiny vzniku drogové závislosti.....	24
3.3 Léčba drogové závislosti	24
3.3.1 Detoxikace	25
3.3.2 Substituce.....	25
3.3.3 Psychoterapie	26
3.3.4 Rodinná terapie	26
3.3.5 Následná péče, doléčovací programy	27
3.3.6 Ambulanční léčba	27
3.3.7 Ústavní léčba	28
3.4 Terapeutická komunita	29

3.4.1	Základní představení terapeutické komunity	29
3.4.2	Sociální práce s drogově závislými	30
4	Drogová scéna v České republice	33
5	Empirické šetření.....	37
5.1	Metodologie empirického šetření	37
5.1.1	Metoda výzkumu	37
5.1.2	Cíle a výzkumné otázky.....	38
5.1.3	Terapeutická komunita Karlov	38
5.2	Výsledky výzkumu	39
5.3	Diskuze	49
Závěr		52
Seznam literatury.....		54
Seznam tabulek		59
Seznam Příloh		60

Úvod

Drogy jsou součástí lidské historie de facto již od nepaměti. Nejstarší dochované záznamy pochází z území starodávné Mezopotámie (8000 – 5000 let př.n.l.). V této době se však nejednalo o masový jev a tyto látky směla užívat pouze hrstka vyvolených. V této době byly psychotropní, omamné a halucinogenní látky vyhledávány a používány zejména při slavnostních, magických či náboženských obřadech jako prostředky, které měly navázat spojení mezi člověkem a „božstvy“, případně jako látky vyvolávající příjemné pocity, stavy opojení, povzbuzení či útlum nebo jako látky tišící bolest. K masovému rozšíření drog došlo přibližně v 19. století. Tento rozvoj byl spojen především s rozvojem farmaceutického průmyslu. Masivně se drogy začaly šířit zejména v souvislosti s komerční výrobou morfinu a heroinu a vynálezu injekční jehly. Dle vědeckých odhadů již v polovině 19. století pravidelně užívaly drogy údajně stovky milionů lidí. Celosvětovému rozšiřování závislosti na drogách a jejich zneužívání napomohly značnou měrou i masové konflikty (např. občanská válka v USA, obě světové války aj.). V průběhu druhé světové války byly amfetaminy podávány na obou bojujících stranách, zejména z důvodu vyššího výkonu armádních jednotek. Od druhé poloviny 20. století je možné hovořit o „drogové explozi“. Zneužívání drog se stává velmi závažným a celosvětovým problémem lidstva. Drogy jsou zneužívány i „recreačně“. Je možné konstatovat, že i přes snahu vyspělých zemí světa se nedaří počet lidí závislých na drogách regulovat a neustále se jejich počet zvyšuje.

Právě na problematiku drog se zaměřuje tato bakalářská práce, jejíž název zní „Drogová závislost u klientů v terapeutické komunitě Karlov“. Téma drogy jsem si vybrala ze dvou důvodů. Prvním důvodem je, že drogy a obecně návykové látky mě zaujaly, ne jako někoho, kdo hodlá drogy užít, ale jako jakéhosi badatele. Je pro mě zajímavé zkoumat, čím jsou tak jedinečné, že člověk je ochoten kvůli nim ztratit rodinu, práci, své kamarády a celkově ztratit sociální kontakt s okolním světem, v nejhorším případě lidé riskují i smrt. Dalším důvodem je to, že bych se ráda v budoucnu věnovala či spolupracovala s komunitou drogově závislých, konkrétně v terapeutických centrech či v denních stacionářích.

Primárním cílem této bakalářské práce je zjistit, co je pro drogově závislé osoby motivací pro nástup na léčbu do terapeutické komunity Karlov. Tento primární cíl se skládá z cílů sekundárních. Prvním sekundárním cílem práce je popsat, co to jsou návykové látky, charakterizovat jednotlivé druhy drog, léčbu a sociální práci s drogově závislými. Druhým sekundárním cílem práce je zjistit odpovědi na výzkumné otázky, kterými jsou: Co ovlivňuje motivaci klientů v terapeutické komunitě k nástupu na léčbu do terapeutické komunity Karlov? Jaké druhy drog ovlivňují tuto motivaci k léčbě? a Jaké terapeutické techniky a metody sociální práce využívá terapeutická komunita Karlov pro zlepšení motivace u svých klientů?

Systematicky je tato práce rozdělena na dvě vzájemně provázané části: teoretickou a praktickou. V části teoretické se zaměřuji na vlastní vymezení pojmu droga, respektive omamná a psychotropní látka. Následně je prezentováno rozdělení drog a charakteristiky nejčastěji užívaných drog v České republice. Stěžejní část se následně zaměřuje na popis drogové závislosti, příčinám vzniku závislosti, znakům závislosti a léčbě drogové závislosti. Poslední část teoretické části popisuje rodinu závislého jedince a činitele zvyšující či snižující riziko zneužívání drog. V neposlední řadě jsou zde uvedeny metody sociální práce s drogově závislými. Tato část bakalářské práce je vytvořena na základě rešerše odborné literatury a internetových zdrojů.

V praktické části této bakalářské práce je nejprve pozornost zaměřena na obecnou analýzu drogové scény v České republice. Zde je užitá metoda kvalitativní analýzy dat a statistických dokumentů, které se vztahují k drogám. Poté se pozornost zaměřuje na vymezení Terapeutického centra Karlov, ve kterém je proveden empirický výzkum. V rámci tohoto centra je nejprve proveden kvalitativní sběr dat, a to pomocí standardizovaného rozhovoru mezi 8 klienty centra. Jeho smyslem je zmapovat problémy drogové závislosti, příčiny vzniku drogové závislosti klientů, jejich recidiva, délka a průběh léčby aj. Na základě výsledků jsou vyhodnoceny výsledky a je uvedeno jakési shrnutí diskuze.

1 Vymezení základních pojmů spojených s drogami

Cílem této první kapitoly teoretické části práce je čtenáři přiblížit pojmy a termíny, které se užívají v souvislosti se zneužíváním drog. Vymezení těchto pojmů je nezbytné pro pochopení zpracovávané problematiky. Vzhledem k rozsahu samotného tématu, jež by svou šíří dokázal bez problému dosáhnout rozměrů disertační práce, se zaměřím pouze na základní pojmy a jejich stručné vysvětlení, zejména pro širokou veřejnost. Není zde totiž účelem zabřednout do sociologie a právní teorie, ale naopak povznést toto téma do úrovně praktického a mezilidského chápání.

1.1 Droga

Prvním definovaným pojmem je droga. Vlastní pojem droga pochází dle Matouškové (2013) z francouzského slova „drogue“. Uvedený termín byl převzat do francouzštiny z arabského slova „durana“. Ve slovníku cizích slov Rejman (1971) uvádí, že se jedná o surovinu rostlinného nebo živočišného původu, která se užívá k přípravě léčiv, případně je tato surovina sama označena za léčivo.

Toto pojetí je však v dnešní době již zastaralé. Za vhodnou definici pojmu droga se jeví pojetí autorky Machové (2016, str. 73). Ta drogu definuje, jako *látku, která je syntetická nebo přírodní, která má tzv. psychotropní účinek, tj. působí na psychiku a může vyvolat závislost.*“ Velmi podobné pojetí nabízí i např. Presl (1995), který chápe drogu také za látku, a to bez rozdílu, zda se jedná o syntetickou či přírodní látku. Ta má psychotropní účinek (ovlivňuje lidskou psychiku) a zároveň má potencionál závislosti (tj. je schopna vyvolat závislost člověka na této substanci). U předložené definice však reálně může vzniknout problém s podmínkou spočívající v potencionálu závislosti. Tento problém spočívá v tom, že na některých drogách není, nebo nemusí být prokázán vznik závislosti nebo zde vzniká závislost spíše na prostředí související s požíváním drogy (např. užívání extáze, LSD aj.).

Komise expertů Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1969, v 16. zprávě odborníků WHO k problematice drogové závislosti, definovala drogu jako jakoukoliv látku (substanci), která je vpravena do živého organismu a která je schopna pozměnit jednu nebo více jeho funkcí (Sixteenth report WHO exper, 2022). Podle této definice lze

tedy za drogu považovat i legální léčiva, která jsou vpravena do těla osoby za účelem jejího léčení.

Na základě uvedených definic jsem dospěla k závěru, že drogu je možné definovat jako látku s psychotropním či omamným účinkem, která je za tímto účelem dobrovolně člověkem zneužívána. Droga je velmi často zaměňována za termín návyková látka, ale není tomu tak. Droga a návykové látky nejsou synonyma. Je to pojem podřazený termínu návyková látka. Návyková látka je obecnější a má více neutrální význam, proto jeho vymezení stojí v předmětu další kapitoly.

1.2 Návyková látka

Nešpor (2018) do kategorie návykových látek řadí všechny substance s tzv. psychotropním účinkem, které v lidském těle navozují obměnu emocí a prožívání. Tyto substance mohou zapříčinit uživatele závislého. Z předložené definice je patrné, že se jedná o velice široký okruh substancí, zahrnující veškeré látky, které mohou mít vliv na psychiku člověka, případně se jedná o substance schopné vyvolat závislost.

Vymezení pojmu návyková látka je možné najít i v § 130 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník jako „*omamné látky, alkohol, psychotropní látky, jiné látky, které jsou schopny nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, rozpoznávací či ovládací schopnosti jedince, či sociální chování.*“ Z této definice vyplývá, že není u pojmu omamná a psychotropní látka závislost pojmovým znakem, jako je tomu u drogy (kap. 1.1).

Z pohledu legislativy je dále důležitý zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, který ji definuje jako omamnou a psychotropní látku upravenou v příloze č. 1 až 7 nařízení vlády o seznamu návykových látek.

Definici návykové látky je možné nalézt i v § 2 písm. zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Zákon návykovou látku definuje jako „*tabák, alkohol, psychotropní a omamné látky, jiné látky, které mají psychoaktivní účinky. Jsou to látky, které po užití mohou vést ke vzniku a rozvoji poruch chování a duševních poruch*“.

Z výše uvedených definic je tak patrné, že je návyková látka široce vymezena. V žádném z uvedených zákonů není vyčet taxativní. I po přijetí nového trestního zákona v roce 2009 se situace nijak nezlepšila. Zůstává tak otázkou, zda se pod tyto látky dají

zařadit nově vznikající chemické sloučeniny, dosud nedefinované v předmětných zákonech, nařízeních a vyhláškách. Výčet látek v zákoně je totiž velmi neurčitý, a proto také často kritizovaný, především pro skutečnost, že vyvolání návyku není znakem každé návykové látky.

1.3 Omamná a psychotropní látka

V neposlední řadě je nutné v první kapitole vymezit pojem omamná a psychotropní látka. Svým zaměřením se jedná o užší pojem než pojem návyková látka a je možné se s tímto pojmem setkat zejména v případě trestně právní odpovědnosti, konkrétně ve skutkových podstatách drogových deliktů (§ 283 až 287 Trestního zákona, 2022). Terminologii je možné najít také ve dvou jednotných úmluvách OSN o omamných a psychotropních látkách.

Legislativní výčet omamných a psychotropních látek je upraven v přílohách č. 1–7 Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, jež provádí zák. č. 167/1998 Sb., o návykových látkách.

Omamnými a psychotropními látkami jsou „*látky, které mohou vést ke vzniku nebezpečí v podobě psychických změn, chorobných návyků, které jsou pro společnost nebezpečné. Jsou také nebezpečné pro toho, kdo je opakovaně užívá, a to bez odborného dohledu*“ (Hendrych, et al., 2009, str. 105).

Bližší poté omamné látky popisuje Šámal (2013, str. 671) jako látky, „*u kterých existuje nebezpečí návyku chorobného a vzniku psychických změn*“. Jinými slovy jsou to dle Kaliny (2001) látky chemické, které navozují poruchu vědomí, útlum, necitlivost k bolesti. Jejich výčet je náplní příloh č. 1–3 Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek (2022).

Psychotropní látky jsou látky, které mění lidské duševní procesy a ovlivňují lidskou psychiku. Jejich výčet je náplní příloh č. 4–7 Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek (2022).

Pojem návykové a psychotropní látky se svým významem blíží definici drogy, neboť se zde u obou pojmů vyskytují podobné účinky, jako jsou ovlivnění psychiky, riziko vzniku závislosti a dále ohrožení jedince, jenž látku užívá (resp. celé společnosti).

I když v české legislativě absentuje legální definice pojmu návykové a psychotropní látky, bohatá judikatura k drogovým deliktům tento nedostatek vynahrazuje.

2 Rozdělení drog

Drogy je možné z pohledu teoretického různě členit, a to dle různých hledisek a kritérií, na což se zaměřuje tato druhá kapitola bakalářské práce. Ta se následně soustředí i na definování vybraných drog významných z pohledu České republiky.

2.1 Dělení drog dle účinku na psychiku

Kalina (2003) člení drogy dle účinku na psychiku do třech skupin, Toto dělení vychází z hlavního účinku látky v běžně zneužívaných dávkách:

- Tlumivé látky,
- Povzbuzující látky,
- Halucinogenní látky.

Do první skupiny „tlumivé látky“ patří návykové látky, které navozují pocity zklidnění, pocity euforie a poblouznění. Malé množství drogy uživatele uklidní, příliš velké množství uživatele dovede i do hlubokého bezvědomí (v tomto stavu se ocitl skoro každý z nás pod tzv. narkózou). Pokud drogu uživatel delší dobu neužije, je velké riziko abstinenčních příznaků a vzniká fyzická závislost (Kalina, 2003). Dle Geisslerové et al. (2012) jsou hlavní skupinou tlumivých látek opioidy (heroin, morfium, sedativa), psychofarmaka (barbituráty, benzodiazepiny) a rozpouštědla (toluen, alkohol).

Povzbuzující neboli stimulační látky působí na aktivní výkon uživatele. Uživatel nemá potřebu spát, jíst, zrychluje se tok myšlenek a svalové napětí. Po odeznění látky se organismus navrácí do původního stavu až několik dní. Při dlouhodobém užívání těchto látek je velké riziko vzniku tzv. toxické psychózy, kterou můžeme svými příznaky přirovnat k schizofrenii. Tyto látky vyvolávají závislost pouze psychickou (Kalina, 2015). Mezi stimulační látky patří dle Geisslerové et al. (2012), např. kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), pervitin (derivát amfetaminu) a halucinogenní aminy (MDMA neboli extáze). Halucinogenní aminy však stojí na pomyslné hranici mezi stimulanty a halucinogenními drogy.

Třetí skupinou jsou halucinogenní látky. Ty mohou nejvíce, ze všech návykových látek, ovlivnit vnímání reality. Při užívání halucinogenů jsou velmi důležité okolnosti užití tzv. set a setting. Pokud je set a setting dobrý, mívá uživatel příjemný průběh, který pro někoho může být i obohacující (spousta umělců vytvářela své díla pod vlivem halucinogenů) (Kalina, 2003). Pokud ale uživatel není dobře naladěný a set a setting není dobrý může se dostat do tzv. bad tripu. Uživatelé tento stav popisují jako horor, zážitek, kvůli kterému ztrácí kontakt s realitou a mohou být nebezpeční sobě i svému okolí. V nejhorších případech může u uživatele dojít k nevratným zvrátům a může skončit v psychiatrické léčebně. Mezi přírodní halucinogeny náleží dle Geisslerové et al. (2012) cannabionidy (marihuana, hašiš), psilocybin obsažený v lysohlávkách, meskalin objevený indiány v tamním kaktusu. Dále je to prudce jedovatý durman. Z poloumělých a umělých halucinogenů je to např. LSD, PCP.

2.2 Dělení drog dle míry rizika

Druhým zde uvedeným dělením drog, je dle míry rizika, které je nejznámějším a mediálně nejužívanějším rozdělením drog, i když je vypovídací schopnost tohoto členění velmi omezená (Minařík, © 2009). O rozdělení drog dle míry rizika hovoří poté následující tabulka.

Tabulka 1: Členění drog dle míry rizika

MÍRA RIZIKA	"TVRDOST"	ZÁSTUPCI
vysoká	tvrdé	Toluen Heroin Morfin Durman Crack LSD
vysoká až střední	tvrdé	Lysohlávky Kokain Pervitin
střední	tvrdé	Alkohol Ecstasy Efedrin Kodein
relativně malá	měkké	Marihuana Hašiš Kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	Káva Čaj

Zdroj: Vlastní zpracování dle (Minařík, © 2009), 2022

V uvedené tabulce jsou tučně vyznačeny drogy, které budou následně podrobněji charakterizovány a z nichž jsou ze závislosti léčení klienti z terapeutického centra Karlov. Látky s vyšší mírou rizika adiktivity jsou označovány jako „tvrdé drogy“ a látky s nižší mírou adiktivity jsou označovány jako „drogy měkké“. Za „měkké drogy“ je tedy možné označit návykové látky, které jsou společností považovány za méně hrozné než návykové látky „tvrdé“. K poškození tělesného a duševního zdraví dochází až po vícekrát opakované aplikaci „měkké“ drogy (Kukla et al. 2016). Za „tvrdé drogy“ je možné považovat takové látky, které zapříčiňují vysokou adiktivitu i po prvním použití a současně s sebou přináší riziko počátku závislosti a poruchy zdraví. Porucha zdraví až smrt může u „tvrdých“ drog nastat již po první aplikaci (Kukla et al. 2016).

V souvislosti s mírou rizika závislosti je třeba zmínit i dělení zabývající se možnostmi vzniku závislosti. Toto dělení člení návykové látky portál Drogová poradna (2021) na ty s:

- mírným rizikem – u těchto návykových látek je pravděpodobnost závislosti malá. Mezi tyto látky je možné zařadit:
 - Kofein
 - Marihuana
 - Extáze
- vysokým rizikem – u těchto návykových látek je pravděpodobnost závislosti velká. Mezi tyto látky je možné zařadit:
 - Heroin
 - Pervitin
 - Organická rozpouštědla (Toluen)

2.3 Dělení drog dle postoje společnosti k droze

Dále je možné rozdělit drogy i podle kritéria postoje společnosti k drogám. Podle tohoto postoje dělíme návykové látky na legální a nelegální. Tato otázka je však dle mého plná rozporů, protože například vysoce návykový a zdraví škodlivý tabák, je drogou zcela legální.

Legální návykové látky jsou dle Kaliny et al. (2008) takové návykové látky, které jsou volně dosažitelné nebo ve zvláštních případech (věk, z důvodu nemoci), jejich aplikace je společností připouštěna. To, že je návyková látka společností tolerována, neznamená, že droga nemůže způsobit uživateli závislost. Geisslerová et al. (2012) řadí mezi tyto drogy alkohol, nikotin, kofein, léky a organická rozpouštědla.

Nelegální návykové látky jsou dle Geisslerové et al. (2012) formulovány zákonem a za produkci či vlastnění může uživatel dostat pokutu až trest odnětí svobody. Mezi tyto drogy se dle autorky řadí heroin, extáze, kokain, konopné látky, pervitin.

2.4 Charakteristika vybraných drog

V této části práce jsou popsány drogy, které jsou nejčastějšími drogami u klientů z terapeutického centra Karlov. Absolutní výčet drog není možné vzhledem k rozsahu práce realizovat.

2.4.1 Konopné drogy

Konopné drogy jsou přírodní látky, které patří mezi nejčastěji užívané drogy v České republice, společně s tabákem, alkoholem a kofeinem. Konopné drogy jsou zelené rostliny, které pocházejí z Himalájí. Zástupci těchto látek jsou marihuana, hašiš a hašišový olej, který se však v České republice neobjevuje. Mezi uživateli jsou konopné látky známější pod pojmem tráva, džoint, marjánka, mařka, brko, špek, hulení, model a haš (Miovský, 2008).

Typické pro užívání těchto drog je načervenalé bělmo, hlasitý smích, nemožnost udržet stabilitu, abnormální chuť k jídlu. Nebezpečí dlouhodobého užívání se projevuje sníženou imunitou, často se opakující nemoci horních cest dýchacích, poruchy krátkodobé paměti, neschopností udržet pozornost a demotivací vést běžný život (Kalina, 2015).

2.4.2 Pervitin

Pervitin je droga, která je na české drogové scéně hojně využívána. Mnohdy bývá pervitin označován jako „česká droga“. Pervitin se objevil na přelomu 19 a 20 st. Typický nažloutlý prášek, mládeží nazývaný jako perník, piko, peří, péčko a pardubice se užívá

nitrožilně či vdechováním nosem. Po intravenózní aplikaci účinek nastoupí do několika vteřin, po intra nasálním užití se účinek dostaví až po několika minutách. Látka na uživatele působí 8–12 hodin a z těla ven se definitivně dostane až po 25 dnech (Marečková et al.2007).

Běžné dávky se pohybují kolem 50–250 miligramy. Dlouhodobí uživatelé mohou užívat až 1 g denně.

Pro užívání této drogy jsou typické dle Kaliny (2015) zvětšené zornice, hyperaktivita, zvýšená a zrychlená komunikace, nechutě k jídlu, úbytek na váze, výrazné otevřené až hnisající rány po celém těle i na obličeji. Po vyprchání působení drogy v těle se dostaví deprese a dlouhodobý spánek. Při dlouhodobém užívání hrozí riziko poškození centrální nervové soustavy, paměti i spánku.

2.4.3 Extáze

Methylenedioxyamfetamin (MDMA) je popisována jako taneční droga, která se nazývá také jako éčko, extoška, extasy, extáze. Za taneční drogu je označována proto, že se nejvíce užívá mládeží na festivalech a jiných muzikálových akcích. MDMA během užití v mozku spouští vyplavování hormonu, který se nazývá serotonin neboli hormon štěstí. Po odeznění účinku drogy, dojde k poklesu serotoninu, díky čemuž je uživatel poté skleslý a vyčerpaný. Jedná se o fázi tzv. mid week blues. Tato droga se začala nejdříve užívat v USA, kde zářilo hnutí Hippies a posléze se dostala do celého světa (Pelcová et al. 2014).

MDMA se užívá ve formě tablety per os. Účinky po užití nastupují nejdříve po 30 minutách a tento stav vydrží až kolem 7 hodin. V moči se užití MDMA může prokázat i po několika dnech. Typický stav po užití této drogy je, dobrá nálada, žádný stres, zvýšená komunikace. Když si tuto drogu vezme společně jeden pár, navodí se jim navzájem silné pocity lásky, porozumění a souznění. Mají potřebu všeho se dotýkat, hladit a nabydou dojmu, že člověk nic jiného ani nepotřebuje. Dlouhodobé užívání může spustit různá psychická onemocnění, poškození paměti, dehydratace, citovou nevyrovnanost, velké nebezpečí při přehřátí organismu a nebezpečí suicidálního chování. (Kalina, 2015)

2.4.4 Halucinogeny

Halucinogeny se též označují jako trip, kyselina, papírek, houby nebo houbičky. Skupina těchto přírodních látek dokáže vyvolat jak drobné změny, tak i těžké halucinace. Nejznámější z této skupiny jsou houby lysohlávky a LSD. Účinek LSD nastupuje do 30 min, vrcholí po 3 hodinách a za 6–12 hodin odeznívá. Účinky látky jménem Psilocibyn, která je obsažena v lysohlávkách, jsou podobně dlouhé, ale pro její získání je nutné užít až několik desítek plodů. Tyto drogy se užívají ústy. Účinky těchto látek, závisí na dvou podstatných věcech. 1. užitá dávka a za 2. rozpoložení uživatele tzv. set a setting. Když je uživatel ve špatném rozpoložení jeho tzv. „jízda“ se může změnit v hororový zážitek, který se nazývá Bad trip, který je charakteristický záchvaty paniky, úzkosti a velmi těžkými halucinacemi (Pelcová, Semrádová, 2014).

Celkově halucinace, které tyto látky vyvolávají mohou být zrakové, např. místo nábytku můžeme vidět zvíře. Sluchový, např. slyšíme, jak si za oknem o nás cizí lidé povídají. Tělesný, např. máme pocit, že nám narostli křídla, že se nás někdo cizí dotýká. Uživatel po užití mívá nápadné rudé skvrny po těle, často nadměrně kouří a vulgárně se projevuje. Dlouhodobé užívání může spustit některá psychická onemocnění (Kalina, 2015).

2.4.5 Heroin

Heroin nebo také hero, háčko, herák, jsou látky s velmi výrazným euforickým efektem. Heroin se řadí do opiátů, jejichž název je odvozen ze sušené šťávy z nezralých makovic. Jak uvádí Kalina (2015), je to velmi stará droga, jejíž počátky se datují do roku 1874. O 20 let později jej německá firma začala prodávat jako lék proti kašli.

Nejčastěji se droga užívá nitrožilně. Mezi méně nebezpečné způsoby užívání poté náleží šňupání, kouření či inhalace. Velkou roli v užívání hraje i vzhled. Hnědý heroin je zásaditý a z důvodu špatného rozpouštění se kouří a inhaluje. Pokud uživatel i nadále trvá na užití hnědého heroínu nitrožilně, musí látku smíchat s kyselinou (krystalický vitamin C), která ho lépe rozpustí. Druhý druh je bílý heroin, který se podává nitrožilně.

Jak uvádí Kalina (2015), obvykle uživatel začíná s dávkou, která obsahuje 100mg, denní dávka se může vyšplhat až na 1–3 g denně. V dnešní době je poměrně velké riziko

kupovat si tuto látku na ulici od neznámých prodejců, často jsou do drogy přidány i jiné látky. Zatímco bílý heroin byl v roce 1998 zachycen s čistotou přes 70 %, v roce 2011 čistota nedosahovala ani 30 %.

Pro uživatele této drogy jsou velmi typické zorničky o velikosti špendlíkových hlaviček, dále také zhoršení smyslového vnímání, zvýšená únava, pocity štěstí, zhoršené komunikační schopnosti. Při dlouhodobém užívání hrozí psychické onemocnění, silné abstinenci příznaky. Při dlouhodobém užívání vzniká na látku mírná tolerance, která se postupem času zvyšuje a uživatel už není schopen odhadnout dávku navozující pocit euforie a hrozí předávkování a následně smrt (Kalina, 2015).

2.4.6 Kokain

Návyková látka, známá také jako koks, sníh, kokos nebo lajna, je původem z jihoamerického keře *Erythroxylum coca* neboli coca pravá. Tradiční způsob užití této drogy je žvýkáním listů a tzv. „žvýkači“ jsou schopni denně sežvýkat až 25–50 gramů těchto listů. Většina uživatelů ale tuto návykovou látku užívají nosem a to tzv. šňupáním (Souček et al, 2011).

Kokain jako takový je ve formě bílého prášku, avšak existuje ještě jedna forma, a to nahnědlé kostky a ty nazýváme Crack. Crack se užívá především kouřením. Dávky kokainu se pohybují mezi 10 g až 30 g denně.

Užíváním této drogy jsou známí lidé, kteří obchodují na burze, kokain jim pomáhá zbystřit mysl a rychle se rozhodovat. Další účinky jsou nadměrná aktivita, pocity euforie, nadměrné svalové napětí, tlaky na hrudi a zrychlený tep. Lidé závislí se chovají hyperaktivně a bez společenských zábran. Stimulační účinky jsou však relativně krátkodobé (Martínková et al, 2007).

2.4.7 Těkavé látky

Těkavé látky jsou chemické látky, které rozpouštějí tuky a lipidní látky a obsahují narkotický účinek. Tyto látky uživatel nejčastěji užívá, když u sebe nemá drogy primární a z důvodu nízké ceny se tyto látky také nejčastěji vyskytují v sociálně slabších vrstvách. Mezi nejčastěji zneužívané těkavé látky náleží benzen, toluen, benzín, eceton (Hosák, et al. 2015).

Účinek těkavých látek lze nejlépe přiblížit pocitu opilosti a krátkým pocitem euforie, po vyprchání pocíťuje uživatel těžkou kocovinu. Způsob aplikace bývá nejčastěji inhalace. Vstřebání výparů přes plicní sklípky je téměř okamžité a účinky nastupují ihned. Velké riziko užívání těkavých látek je poleptání dýchacích cest, závažné onemocnění jater a ledvin, nemoci srdce. Vedlejší účinky, jako u všech drog, degradace osobnosti, ztráta zájmů (Kalina, 2015).

3 Drogová závislost

Třetí kapitola teoretické části této bakalářské práce zaměřuje svou pozornost na drogovou závislost. Nejprve tato část práce popisuje závislost na teoretické rovině, poté uvádí příčiny závislosti a léčbu závislosti. V neposlední řadě je uvedena terapeutická komunita.

3.1 Závislost

Než zde bude popsán pojem drogová závislost, je vhodné zde nejprve uvést samotný termín závislost. Tento termín na teoretické rovině popisuje řada publikací. Plocová (2022) definuje závislost jako „stav, kdy je někdo podmíněn nějakou okolností nebo situací, kterou potřebuje ke své existenci. Závislost nám většinou něco nahrazuje nebo přináší únik.“ Dále uvádí Nešpor (2005), že závislost je stav, který vyplývá z opakovaného užívání návykové látky a projevuje se změnami v prožívání a chování. NZIP (2021) se na závislost také zaměřuje a uvádí, že závislost je dlouhotrvající stav, kdy je jedinec nucen k uspokojování svých potřeb a rozděluje závislost do dvou skupin:

- látková závislost,
- nelátková závislost.

Mezi látkové závislosti jsou řazeny jak legální návykové látky (např. alkohol, tabák), tak nelegální návykové látky (např. halucinogenní látky, konopné drogy, stimulační látky aj.). Do nelátkových závislostí řadí NZIP (2021) např. gamblerství, hypersexualitu, kleptomani, netolismus, stalking a workoholismus.

Mimo to NZIP (2021) zmiňuje i jiné rozdělení závislosti, a to takové:

- drogová závislost,
- psychická závislost,
- fyzická závislost.

Drogová závislost je klíčovým typem závislosti, které se věnují další kapitoly této práce.

Psychická závislost je, jak uvádí Kolektiv autorů (2006), primární, chronické, neurobiologické onemocnění, jehož rozvoj a manifestaci ovlivňují genetické a psychosociální faktory a faktory prostředí. Představuje tedy závislost na účincích vyvolaných drogou. Typicky se projevuje „štěstím, pohodou a euforií“. Vyléčení této závislosti může trvat mnoho let a uživatel musí mít zejména pevnou vůli pro zvládnutí léčby drogové závislosti.

Fyzická závislost vzniká tam, kde si tělo zvyká na přítomnost drogy. Osoba musí dodržovat její užívání, aby zabránila příznakům abstinenci (Nešpor, 2005). Projevuje se především u dlouhodobého užívání drog. Tělo reaguje na nedostatečné množství látky (drogy) ve svém organismu a samo si žádá dodání drogy, případně zvětšení dávky, aby se nedostavily abstinenci příznaky.

Při popisu závislosti dále Nešpor (2018) uvádí, že abychom mohli pacientovi přiřadit diagnózu drogové závislosti, měly by se u něj za poslední rok potvrdit alespoň tři znaky z těchto jevů:

- Nekončící přemýšlení nad aplikací drogy.
- Neschopnost ukončení užívání drogy.
- Uživatel užívá látku už jen z důvodu zmírnění příznaků vyvolávaných abstinenci stavem.
- Uživatel je nucen navyšovat své dávky drog.
- Uživatel vnímá svou drogu jako jediného přítele a jedinou věc pro kterou se rozhodl žít.
- Uživatel dále užívá látku i přes jeho špatný zdravotní stav.

Ať již použijeme jakoukoliv definici závislosti platí, že může vzniknout z řady příčin, jak je uvedeno níže.

3.2 Příčiny vzniku drogové závislosti

Na příčiny vzniku závislosti nahlíží autoři různě. Například Nešpor (2018) popisuje tři hlavní motivy k užívání drog. V první řadě je to působení drog neboli euforie. Ta nastává po přímé aplikaci drogy. Dochází totiž ke změně nálady a přivození pocitů štěstí. Druhým motivem je fantazie. Jedince pod euforií z drogy nic netrápí, nepřemýšlí nad špatnými věcmi a svět kolem něj se zdá krásný a úplně v pořádku. Třetím důvodem je únik. Tento motiv je podobný prvnímu zde uvedenému. Jedinci droga pomáhá utéct před světem a před problémy.

Kalina (2015) poté uvádí, že pro vznik závislosti dětí a mladistvých na droze hraje významnou roli i rodina závislého, či potenciálně závislého jedince. Příčinu závislosti vnímá jako konečnou fázi problémů týkající se rodiny a jako možnost, která vede jedince nadále v rodině fungovat. Velmi často se toto stává v rodinách, kde jsou jeden, či oba rodiči sami závislí na návykové látce. Dítě v takovém prostředí vyrůstá a od dětství má snadný přístup k droze. Neuvědomuje si, že je takové jednání špatné, protože je vnímá jako normální, jako normu.

Dle Duška, Večeřové, Procházkové (2010) je pro vznik závislosti rozhodující struktura osobnosti. Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) je vznik determinován multifaktoriálně. Jinými slovy zde působí mnoho podnětů exogenních, endogenních a genetických. Mezi genetickými a negenetickými faktory dochází k četným interakcím, což znesnadňuje rozpoznávání podílu genetických vlivů. Vznik závislosti je dle autorů vyznačován také kvantitativním typem dědičnosti, který je charakterizován často srovnatelnými vlivy genetické a negenetické složky. Na predispozici závislosti v populaci se často podílejí časté varianty celé řady genů, přičemž příspěvek jednotlivých genů na rozvoj znaku je malý. Určení jejich vlivu je možné detekovat jen v rozsáhlých studiích s přesně definovanými soubory. Dle Kaliny (2015) jsou poté ženy rizikovějším adeptem ke vzniku drogové závislosti. Ženy jsou schopny se mnohem rychleji stát závislé, a to i po menších dávkách užívání.

3.3 Léčba drogové závislosti

Žádný uživatel se závislým na droze nestane přes noc, ale závislost si buduje v dlouhodobém období. Toto období je možné rozdělit na tato stádia: stádium

experimentální, stádium sociálního užívání, stádium každodenního užívání, stádium konečné závislosti (Nešpor, 2005).

Poté, co je závislost na droze identifikována, je nutné drogovou závislost léčit. Přitom by však měla být věnována větší pozornost prevenci drog než jejich léčbě.

Léčba drogově závislých je zpravidla velmi náročná a aby bylo dosaženo úspěchu, ideálně bez recidivy, záleží na mnoha faktorech. Mezi významné okolnosti patří zejména:

- Druh drogy užívané jedincem (např. velmi rychle se stává závislý jedinec na heroinu, pervitinu. Naopak se např. na konopné látce stává závislé jen malé procento uživatelů dlouhodobých).
- Doba závislosti na droze.

Krom uvedených kritérií vždy záleží i na individuálních účincích drogy na konkrétního uživatele. Druhů léčby existuje celá řada a pacient je často léčen různými kombinacemi léčby současně. Druhy léčby jsou poté patrné v následující části práce.

3.3.1 Detoxikace

Prvním krokem v léčbě závislosti je detoxikace. Klimeš (1994) chápe detoxikaci jako zbavení jedovatosti, odstranění jedovatých látek, zneškodnění jedu. Dle serveru Drogová poradna (2021) se v procesu detoxikace uživateli podává substituční látka, která je nejvíce podobná droze, kterou pacient užíval. Detoxikace trvá přibližně dva týdny a pacient je propuštěn až několik dní poté, co nejsou přítomny detoxikační projevy a substituční látky se již nepodávají. V případě, když pacient opustí a přeruší detoxikační léčbu předčasně, existuje značné riziko navrácení se zpět k užití drogy. Úspěšným dokončením detoxikace proces léčby závislosti nekončí, ale naopak teprve začíná.

3.3.2 Substituce

Od detoxikace je vhodné oddělit substituci. Primární úkol substituční léčby je dle portálu Substituční léčba (2021), co nejvíce snížit dopad závislosti na droze u závislého. Tato léčba spočívá v tom, že se uživateli nahradí jeho nezákonná škodlivá látka (droga) látkou, která je pro organismus pacienta vhodnější. Látka v sobě nenese žádné škodlivé

složky a v těle uživatele vydrží mnohem déle než klasická droga. Léčba je prováděná pod dohledem lékaře, který se snaží zcela nahradit původní škodlivou látku. Substituční léčba může trvat týdny, ale i několik let. Substituční léčbu je dle Kaliny (2003) možné rozdělit do tří forem: krátkodobá (cca 14 dnů), střednědobá (několik měsíců) a dlouhodobá, kdy jedinec dochází do centra pro látku, díky ní mu je umožněno vést normální život. Tuto léčbu upřednostňují pacienti, kteří se už ve svém životě jednou či vícekrát léčili a léčbu nedokončili. Nejčastější prostředky pro substituční léčbu jsou: metadon, Laam, Subutex.

3.3.3 Psychoterapie

Nešpor a Csémy (1996) uvádí, že psychoterapie představuje nezbytnou a klíčovou součást léčby závislosti. Kratochvíl (2017) ji popisuje jako systematické a záměrné léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky, které zároveň napomáhají harmonickému rozvoji osobnosti. Psychoterapie může být dle Práška et al. (2004) individuální nebo skupinová. Individuální terapie má výhody v tom, že pacient se nemusí stydět před ostatními, má terapeuta „jen sám pro sebe“, může se mu otevřeněji svěřit se svými problémy, které by nikomu jinému neřekl a neodvážil by se o tom mluvit před skupinou. Výhodou skupinové psychoterapie je, že pacient může ve skupině cítit podporu od lidí se stejným problémem a jistotu, že podobný problém nemá jen on sám. Ve skupinové terapii se pacient může inspirovat přístupem jiných, při řešení obdobných problémů.

3.3.4 Rodinná terapie

Rodinná terapie představuje dle Gjuričové, Kubička (2009) způsob řešení jak zdravotních, tak i jiných problémů. Je realizována ve spolupráci s terapeuty. Mohou se jí účastnit různí členové rodiny. Nejužívanější situací je, kdy se v rodinné terapii setkávají všichni členové rodiny s terapeutem. Existují však i způsoby, kdy terapeut pracuje jen s jednotlivci či dvojicemi. V oblasti drogové závislosti je rodinná terapie obvykle využívána, jak uvádí Hajný (2001), v rámci hospitalizace, pobytové či komunitní léčby. Rodina je do léčby zapojena proto, jak uvádí Rotgers (1999), že zapojení blízkých osob závislého do léčebného procesu se jeví jako prospěšné. Cílem rodinné terapie není hodnocení rodinné situace, ale hledání náhrady za věci, které ubližovaly pospolitosti rodiny.

3.3.5 Následná péče, doléčovací programy

Služba následné péče je definována přímo v § 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o ambulantní nebo pobytovou službu, která je zaměřena na osoby s chronickým duševním onemocněním a na osoby závislé na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.

Adiktologie (2021) uvádí, že tato forma léčby pomáhá pacientovi k úspěšnému dokončení vyléčení z drogové závislosti. Cílem následné péče je podpora pacienta v abstinenci, pomáhání zvládnutí obtížných životních situací aj. Doléčovací programy jsou vhodné po absolvování základní léčby v terapeutické komunitě, v psychiatrické léčebně či ve vězení. Touto formou léčby pacienti pokračují v léčbě po dokončení střednědobé i dlouhodobé léčby. K této léčbě se může přihlásit i drogově závislý jedinec, který doposud neprošel žádnou léčbou. V rámci doléčovacích center jsou dle serveru Drogová poradna (2021) realizovány různé programy, například ambulantní individuální terapie, skupinová terapie, poradenství v sociální sféře, arteterapie, volnočasové aktivity aj. Program center je schválně upraven tak, aby se ho mohli zúčastnit všichni klienti, a to včetně těch, kteří pracují, či navštěvují školu. V České republice je možné najít doléčovací centra, která do svého programu řadí i chráněné bydlení. Doléčování může probíhat i formou individuálních nebo skupinových sezení mezi které patří i svépomocné skupiny. Nejznámější svépomocnými skupinami jsou:

- AA – Anonymní Alkoholici,
- AN – Anonymní Narkomani.

3.3.6 Ambulanční léčba

Kalina (2003) uvádí, že tato léčba se provádí ve zdravotnických či nezdravotnických prostorách a provádí ji široký multidisciplinární tým odborníků. Službu může využít i nedospělý jedinec, je dobrovolná a zaměřená na všechny osoby s problémy s návykovými látkami. Autor dále uvádí, že cílem této léčby je změna životního stylu klienta, jejíž součástí je abstinence od návykových látek. Dle serveru

Substituční léčba (2021), v rámci této léčby pacient dále žije svůj život a pouze v rámci léčby dochází do ordinace, kde se léčba poskytuje. Pro větší úspěšnost léčby, by měl pacient docházet nejméně po dobu tří měsíců nejméně třikrát týdně, jak uvádí také server Drogová poradna (2021). Speciálním typem ambulantní léčby je denní stacionář. Do denního stacionáře klient dochází každý den v týdnu a tráví s terapeutickým týmem celý den a po skončení ve večerních hodinách odchází domů.

3.3.7 Ústavní léčba

Ehrmann, Hůlek, et al. (2010) uvádí, že ústavní péče v mnohém vytrhuje pacienta z jeho dosavadního života, následuje postupná konfrontace s realitou. Nejdůležitějším principem ústavní léčby je udržení klienta od drogového prostředí v prostředí plné motivace a podporování. V České republice se můžeme setkat s dvěma druhy ústavní léčby:

- krátkodobá ústavní léčba,
- střednědobá ústavní léčba.

Krátkodobá ústavní léčba trvá 4-9 týdnů a dlouhodobá ústavní léčba trvá 3-6 měsíců. Na tuto léčbu je připraveno v České Republice 12 míst, z toho pouze jedno je přizpůsobeno na krátkodobou léčbu (Kalina, 2003). Ústavní léčba je velmi podobná ambulantní léčbě a však má dvě hlavní výhody. Konkrétně se jedná o:

- bezpečné prostředí (je opravdu těžké při léčbě sehnat drogu a pacient má neustále při ruce odbornou péči),
- je mnohem snadnější dohlížet na pacienta a upravovat jeho denní program, tak aby léčba byla úspěšná.

Bohužel s výhodami se objevují i nevýhody. Konkrétními nevýhodami je ta skutečnost, že tato léčba je velmi drahá, pacient musí na nějakou dobu opustit své zázemí, přerušit práci aj. Ústavní léčba je nařízená soudem či okresním úřadem a pacient nemá možnost léčbu ukončit bez souhlasu (Nešpor, Csémy, 1996).

Z výše uvedeného je zřejmé, že nelze stanovit obecný a vše zahrnující plán léčby. Plán léčby se může také v průběhu léčby drogové závislosti měnit, zejména s ohledem na jeho efektivnost pro jedince. Léčba drogově závislých může trvat i celý život. S drogovou léčbou je úzce spjata i zdravotní léčba fyzických komplikací, které se vyvinuly za dobu užívání drog.

3.4 Terapeutická komunita

Poslední kapitola této bakalářské práce se zaměřuje na terapeutické komunity a na sociální práci, její techniky, metody a jiné.

3.4.1 Základní představení terapeutické komunity

Matoušek (2013) ve své knize popisuje terapeutickou komunitu jako společnost, která dovoluje komunikaci mezi pacienty, personálem a umožňuje jejich společné rozhovořování o léčbě.

Portál Drug abuse (2021) popisuje terapeutickou komunitu jako běžnou formu dlouhodobé rezidenční léčby užívání návykových látek. Léčba v terapeutické komunitě se vznikla koncem 50. let z hnutí, jehož součástí byly skupiny jako Anonymní alkoholici aj. Rostoucí počet komunitních center v dnešní době zaujímá komplexní přístup k uzdravení tím, že kromě závislostí léčí i další zdravotní problémy pacientů. Mnoho dnešních terapeutických center nabízí kromě dlouhodobé rezidenční léčby také krátkodobou pobytovou či ambulantní denní léčbu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (2022) definuje terapeutické komunity jako *„komunity, které poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.“*

Dle portálu Baldy hughes (2020) by terapeutická komunita měla dodržovat zásady jako oddanost, ochranu, aby jedinec měl terapeutickou komunitu jako své bezpečné místo, kde může všem věřit. Další zásadou je respekt, který ukazuje pacientovi, že každý má svou hodnotu a každý si ho zaslouží. Komunikace, vzájemná podpora také patří mezi zásady, které mohou zvyšovat u pacienta motivaci k dokončení léčby. Dále portál uvádí

odpovědnost, kde každý jedinec má určitou odpovědnost vůči skupině a skupina má naopak odpovědnost vůči každému jedinci, který je jeho součástí. Jako poslední zásadu uvádí rovnováhu. Tedy rovnováhu mezi pozitivními i negativními zážitky, protože i ty negativní zážitky jsou velmi důležité pro zdravý a správný vývoj jedince, skupiny i celé komunity.

V těchto terapeutických centrech jsou realizovány různé sociální práce s drogově závislými, jak je uvedeno níže.

3.4.2 Sociální práce s drogově závislými

V této podkapitole jsou představeny sociální práce s drogově závislými jedinci. Jak uvádí Matoušek (2007), sociální práce jako taková má mnoho definic. Záleží na společenském a politickém kontextu, době, ve které definice vzniká a na autorovi, jak sociální práci pojme. Ve své podstatě se jedná o práci, kdy je těmto lidem nabízena pomoc, jsou jim nabídnuty konkrétní služby. Sociální práce je činnost, jejímž cílem je zmírňování a pomoc při sociálních problémech. Je poskytována individuálně nebo skupinově. Tato práce se tedy zabývá lidskými vztahy, souvislostmi souvisejícími s výkonem sociálních rolí.

V rámci sociální práce se realizují různé aktivity, jak uvádí např. Adameček (2006). V první řadě je to kontaktní práce. Jedná se o hledání a upevňování hranic komunikace s klientem. Dochází ke kultivování schopnosti jedince vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Součástí kontaktní práce je získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta. Rozlišuje se práce v terénu a práce v kontaktní místnosti. Kontaktní místnost je chráněným prostředím, které má charakter blízký neformálnímu kavárenskému prostředí, ale zároveň jsou dána jasně definovaná a transparentní pravidla.

Další činností je např. sociální poradenství. To můžeme rozdělit na odborné a základní. Základní sociální poradenství poskytuje informace o službách, možnostech, nárocích, které mohou směřovat ke zlepšení situace daného jedince, nebo mohou vést k vyřešení obtíží jedince. Informace, které jsou zde poskytovány, vyplývají ze systému sociální ochrany obyvatel. Jedná se o pojištění, pomoc, podporu, nebo také ze systému

zaměstnanosti. V rámci základního poradenství je zprostředkována i potřebná odborná pomoc (Hartl, 2013). Tato odborná sociální pomoc a poradenství je zaměřeno na poskytnutí přímé pomoci lidem při řešení jejich problémů sociálních. Je tedy zaměřena na konkrétní pomoc i praktické řešení obtížné sociální situace daného jedince. Většinou se jedná o hmotnou nebo sociální nouzi, někdy souběh obojího (Hartl, 2013).

Jak uvádí Culley, Bond (2008) není možné klienty pouze sledovat nebo jim pouze naslouchat. Dobré sledování klientů umožňuje dobře naslouchat jejich verbálnímu i neverbálnímu sdělení. Sledování slouží jako základ pro naslouchání a pro pozorování klientů. Naše chování by mělo říkat, že se zajímáme o klienta a o to, co nám sděluje. Pokud bude pracovník klienty pečlivě pozorovat, pomůže mu to lépe jim porozumět, jelikož sledování nesrovnalostí mezi verbálním a neverbálním chováním klientů usnadňuje zkoumání. Klienti si nemusí vůbec uvědomovat to, co pociťují, ani význam svých pocitů.

Motivace drogově závislých při jejich léčení je nesmírně důležitá. Motivace uživatelů drog je klíčem ke změně jejich životní situace. Jelikož je vlivem užívání drog značně oslabena, je nutné s ní v průběhu intervencí pracovat. Proto jsou realizovány především motivační rozhovory. Koncepce motivačního rozhovoru je duchem i stylem poradenství zároveň. Jde o kombinaci direktivních a na klienta zaměřených přístupů s důrazem na pomoc při dosažení změny v chování prostřednictvím rozebírání a řešení ambivalence. Poradce má na léčbu výrazný vliv tím, že utváří ducha poradenství, atmosféru, která přispívá k uskutečnění změny. Jádrem motivačního rozhovoru je spolupráce mezi poradcem a klientem, vyvolání změny v klientově nitru a samostatnost ve vztahu ke změně. Čtyři základní principy motivačního rozhovoru tvoří – empatie, rozpor, motivace, odpor (Kalina, 2003).

Důležitou součástí motivace je i motivační trénink. Ten popisuje Kalina (2003) jako pět základních principů. Mezi ně řadí vyjadřování empatie, vytvoření rozporu (tedy toho, co klient chce v budoucnu a jak se chová v současnosti), vyhýbání se neproduktivním sporům a práce s odporem (tedy reflexe odporu, změna vztahového rámce a uvažování o jeho příčinách). Tyto principy následně spojují s kategoriemi, kterými jsou probírání typického dne nebo sezení, chtěné a nechtěné následky užívání

návykových látek, poskytování relevantních informací, probírání problémů (zejména působených návykovou látkou). K tomu je vhodné mít i další dovednosti jako je kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí.

Dále Kalina (2003) uvádí, že s klientovou motivací se pracuje různými způsoby podle toho, v jaké fázi se na základě výše uvedených modelů procesu změny nachází. Dokázat rozpoznat, v jaké fázi se právě klient nalézá, je důležité proto, aby pracovník dokázal zvolit adekvátní způsob, který zvolí při dalším postupu s klientovou motivací. Nutit někomu nějakou změnu nemá smysl, pokud o ní nejeví žádný zájem. Klient by v tomto případě měl pravděpodobně pocít, že mu pracovník nenaslouchá a nereaguje na jeho potřeby. Mohl by pak například přestat věřit tomu, že mu pracovník dokáže nějakým způsobem pomoci. Pokud by pracovník vůbec nerefletoval fázi klientovy motivace, mohl by tak celkově uškodit jeho situaci a v tom nejhorším případě ho od změny dokonce odradit.

4 Drogová scéna v České republice

V následující části bakalářské práce je nejprve pozornost zaměřena na obecnou analýzu drogové scény v České republice. Zde je užitá metoda kvalitativní analýzy dat a statistických dokumentů, které se vztahují k drogám. Poté se pozornost zaměřuje na vlastní empirický výzkum v Terapeutickém centru Karlov.

V České republice jsou drogy hojně rozšířeny, což mimo jiné vyplývá i ze statistik, které uvádí, že s drogami má zkušenost přibližně 1/3 populace ve věku 15 až 64 let. Přitom je nejčastěji užívanou nelegální drogou, droga v podobě konopné látky. Tu užilo cca 28,6 % až 36,9 % osob. Užívání konopné látky zůstává tedy po dlouhou dobu spíše stabilní, i přes to, že vysoký obsah THC vede ke zdravotním rizikům. Vysoký podíl THC byl zaznamenán např. v hašiši (v průměrném rozmezí 20 % až 28 %). Jedinci, kteří tuto drogu užívají, by se měli vyvarovat konopí kontaminovaného vysoce potentními syntetickými kanabinoidy.

Dále jsou v České republice hojně užívány také drogy v podobě extáze. Tu užívá přibližně 4,3 % až 5,8 % jedinců. Další hojně užívanou drogou jsou halucinogenní houby, které užívá cca 4,4 % až 4,7 % osob.

Méně rozšířenými drogami v české populaci jsou pervitin, který užívá dle statistik 2,1 % až 3,3 % jedinců a LSD, které užívá 2,0 % až 3,1 % jedinců. Poté je to kokain, které užívá 1,9 % až 2,4 % osob. Míra zkušeností s ostatními drogami, včetně nových psychoaktivních látek (rostlinných nebo syntetických), těkavých látek a anabolických steroidů, je na poměrně nízké úrovni. Užívá je méně než 2 % populace.

Zkušenost s užitím nelegálních drog mají častěji muži, nejčastěji pak muži ve věkové skupině 15 až 34 let. I zde platí nepoměr mezi pohlavími: na jednu mladou ženu užívající nelegální návykové látky připadají téměř dva mladí muži (Statistiky drog, 2021). Celkovou spotřebu drog v České populaci přehledně zobrazuje následující tabulka, která uvádí vývoj v čase. Novější data bohužel dostupná nejsou.

Tabulka 2: Vývoj spotřeby drog

	Konopné drogy v tunách	Pervitin v tunách	Heroin v tunách	Kokain v tunách	Extáze v mil. ks	LSD V mil. ks
2016	20,1	6,5	0,7	1,0	1,2	--
2013	21,4	6,0	0,8	0,8	1,1	0,1
2010	25,1	5,0	1,1	0,6	3,1	0,5
2007	29,4	4,2	1,5	0,5	5,2	0,6
2004	26,5	3,8	2,0	0,1	6,3	0,4

Zdroj: Vlastní zpracování dle (Statistiky drog, 2021), 2021

Z tabulky je patrné, že ve sledovaném období docházelo k postupnému poklesu konopných drog, konkrétně k poklesu z 26,5 tun na 20,1 tun. Jedná se o propad ve výši 31 %. Tento trend je patrný jak v pravidelném, tak v experimentálním užívání konopných látek. Naopak ve zkoumaném období došlo k nárůstu spotřeby pervitinu. Zde došlo k růstu z 3,8 tun na 6,5 tun, což činí nárůst ve výši 42 %.

Pervitin se ve velké míře vyrábí i v České republice. Jak uvádí konkrétně Zábranský (2003), Česká republika má historickou zkušenost, se zneužívání podomácku připravovaného pervitinu, která sahá až do sedmdesátých let minulého století. V evropském kontextu má tedy tradičně zcela výsadní postavení. Pervitin se z České republiky distribuuje i do zahraničí, například do Německa či do Rakouska.

Další drogou, která zažila růst, je kokain. U této drogy došlo k růstu z 0,1 tun na 1 tunu za rok. Rekordní záchyty kokainu jsou znepokojivým signálem dopadů na zdraví české populace. Jak vyplývá z informací uveřejněných na serveru Vláda: Drogová scéna (2022), dochází také k růstu čistoty kokainu, lidé také do léčeben chodí častěji právě kvůli užívání kokainu. Předběžné údaje za rok 2020 také naznačují, že dostupnost této drogy se v době pandemie nijak nesnížila.

Naopak spotřeba heroínu v čase klesla z 2 tun na 0,7 tun. Přitom zde však existuje trend, kterým je vyšší dostupnost heroínu. Ten již není dostupný jen ve velkých městech, ale je dostupný i v rámci venkova. Velké záchyty heroínu na půdě Evropské unie (7,9 tun v roce 2019) však vyvolávají obavy z možného dopadu na zvýšení míry užívání. Propad poté zaznamenaly i drogy, jako je LSD a extáze. Spotřeba extáze v letech 2004 až 2016 poklesla na 1,2 mil. ks z 6,3 mil. ks. Spotřeba LSD poklesla z 0,4 na 0,1 v roce 2013.

V době pandemie viru Covid 19 je patrný nový trend, kterým je růst prodeje drog pomocí internetu. Nouzový stav, díky kterému byla většina populace doma, vedl k poklesu v rámci pouličního prodeje. Prodejci začali masivně využívat sociální sítě a šifrovanou komunikaci. Zásilky začaly být zasílány pomocí doručovacích služeb (např. PPL, DHL, Zásilkovna aj.) či přímo poštou.

Právě pospaná digitalizace a relativně jednoduchý způsob doručení drogy v rámci Evropské unie představuje pravděpodobně trend, kterým se drogová scéna nejen v České republice bude ubírat. V dlouhodobém období je možné také sledovat růst závislostního chování u jedinců, konkrétně je patrný nárůst poptávky po léčbě psychických problémů, které jsou spojeny nejen s izolací v rámci pandemie COVID-19, ale právě i s užíváním drog. Tento problém se objevuje nejen u dospělých jedinců, ale i u dětí.

Poskytovatelé adiktologických služeb zároveň informují o zhoršení stavu svých současných klientů. Pandemie zřejmě byla eskalátorem růstu dlouhodobého užívání nelegálních drog. Užívání drog se tak pro mnohé jedince stalo pravidelností. Došlo k růstu užívání i legálních drog, jako je alkohol, sedativa a hypnotika. Intenzivní uživatelé těchto drog zaznamenali zhoršení duševního zdraví, došlo k dalším problémům v oblasti závislosti, zhoršuje se i jejich sociální situace. Díky tomu roste poptávka po adiktologických službách. Přitom tento problém se týká spíše mužů, ale ženy také nejsou výjimkou.

Díky skutečnosti, že v době pandemie COVID-19 byly zavřené noční kluby, bary a jiné podniky, poklesl v tomto období zájem o kokain o extázi. I když by se mohlo zdát, že tento útlum bude patrný, není tomu tak. Jak poukazují některé evropské studie odpadních vod, v řadě velkých evropských měst se situace vrátila na původní úroveň. Přibližně 70 % Čechů drogy nelegálně užívá nitrožilně, přičemž tento způsob je považován za nejnebezpečnější způsob užívání drog.

Celkově Česko patří mezi země s nejvíce rizikovými uživateli na počet obyvatel. Zde však hraje roli i historie, kdy se pervitin užíval téměř výhradně v Česku a na Slovensku a až poměrně nedávno se začal rozšiřovat například do Německa či Turecka.

Nebezpečným trendem je též zvyšování počtu užívání benzodiazepinů a psychoaktivních látek. Nárůst užívání těchto látek je spojen zejména s jejich s nižší cenou a jejich vysokou dostupností. Uvedené látky také byly ve větší míře předepisovány v rámci legitimní léčby zhoršeného duševního zdraví obyvatel v době pandemické krize.

V současnosti se na trhu také objevují nové psychoaktivní látky, které jsou spojené s otravami a úmrtími. Jedná se zejména o syntetické kanabinoidy, syntetické opioidy aj.

V době pandemie bylo v Evropské unii hlášeno 46 nových psychoaktivních látek.

5 Empirické šetření

Pátá kapitola této bakalářské práce provádí výzkum v konkrétním Terapeutickém centru Karlov.

5.1 Metodologie empirického šetření

V rámci metodologie je představen způsob empirického šetření, harmonogram, výzkumný vzorek a samotné Terapeutické centrum.

5.1.1 Metoda výzkumu

V této bakalářské práci je využit kvalitativní výzkumu. Kvalitativní výzkum představuje dle Kutnohorské (2009) takový postup, který je v protikladu ke kvantitativnímu přístupu. U kvalitativního výzkumu nepoužíváme jeden postup, ale střídáme různé postupy. Dlouhodobě byl tento typ výzkumu dle Kozla et al. (2011, s. 165) podceňován, ale v současné době je spatřován jeho význam především v marketingu, ale i v sociologii, pedagogice. *„Cílem kvalitativního výzkumu je hledat motivy, příčiny, postoje atd., prostřednictvím práce s jednotlivci nebo malými skupinami. Názory a postoje se analyzují často psychologicky. Nejčastěji je realizován prostřednictvím skupinových diskuzí a hloubkových rozhovorů. Chybou by však bylo myslet si, že v tomto typu výzkumu chybí čísla. Naopak i zde je snaha o jakousi kvantifikaci, ale statistika zde nemá své zásadní místo.“*

V rámci kvalitativního výzkumu je možné užít různé metody. V rámci předložené bakalářské práce byl použit standardizovaný rozhovor. Jedná se o soubor pevně stanovených otázek, u kterých jsou zpravidla uvedené i varianty odpovědí a otázky mají stanovené pořadí. Formální podobou se blíží dotazníku. Rozvíjejícím činitelem u formalizovaného standardizovaného rozhovoru je tazatel, ale toto rozvíjení je už zakotveno ve scénáři rozhovoru a tazatel do něj nesmí vkládat svůj osobní zájem, přesvědčení atd. Výhodou standardizovaného rozhovoru je možnost získání údajů o jevech hromadného charakteru, které jsou dobře zpracovatelné prostřednictvím statistického aparátu. V příloze této práce jsou patrné otázky ke standardizovanému rozhovoru.

Proces výzkumu je možné rozdělit do několika fází. V rámci harmonogramu výzkumného šetření je popsána časová osa, která se zaměřuje na organizaci výzkumného šetření.

První fáze byla zaměřena na zpracování informací, které se týkaly konkrétního tématu a vytvoření teoretické části této bakalářské práce. Jednalo se o období září 2021 až duben 2022. Druhá fáze se již zaměřila na konkrétní metodu rozhovoru. Tato fáze byla realizována v období března 2022. V této fázi byly získány data. Třetí fáze je fáze vyhodnocovací. Ta byla zaměřena na vyhodnocení a korekci získaných informací. Jednalo se o období března až dubna 2022.

5.1.2 Cíle a výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit motivaci drogově závislých osob pro nástup na léčbu do terapeutické komunity Karlov.

Výzkumné otázky zní:

- Co ovlivňuje motivaci klientů v terapeutické komunitě k nástupu na léčbu do terapeutické komunity Karlov?
- Jaké druhy drog ovlivňují tuto motivaci k léčbě?
- Jaké terapeutické techniky a metody sociální práce využívá terapeutická komunita Karlov pro zlepšení motivace u svých klientů?

5.1.3 Terapeutická komunita Karlov

Výzkum kvalitativní je realizován v Terapeutické komunitě Karlov. Tato komunita spadá pod nestátní neziskovou organizaci SANANIM z.ú. Tato nezisková organizace byla založena již v roce 1990 a věnuje se primárně drogové problematice a nabízí komplexní systém prevence, léčby, péče a resocializace. Souběžně se aktivně zapojuje do vytváření drogové politiky na celostátní úrovni. První komunitou pro drogově závislé SANANIM se stala Terapeutická Komunita Němčice a o osm let později v roce 1998 byla otevřena již zmíněná Terapeutická komunita Karlov. Mezi obecné cíle organizace SANANIM patří poskytování efektivní a profesionální pomoci osobám ohroženým drogovou závislostí v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém

prevence, péče, léčby a resocializace. Dále se zaměřuje na zdokonalování rozvoje systému v oblasti poskytování specifických služeb. Tato organizace spolupracuje na místní i centrální úrovni při plánování a realizaci protidrogové politiky, včetně zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí. V neposlední řadě je cílem zprostředkovat vzdělávání laiků, profesionálů a paraprofesionálů v oblasti drogové závislosti (Sananim, 2021).

Dále na svých stránkách Sananim (2021) popisuje organizaci i samostatné Terapeutická komunita Karlov. Tým Terapeutické komunity Karlov, která se nachází v městečku Smetanova Lhota nedaleko Písku, se skládá z terapeutů, adiktologů, pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků, má jednotnou myšlenku a to, pomoci dostat své klienty se závislosti. Primární důvod, díky kterému se tato komunita proslavila a dostala se do podvědomí je, že se jedná o jedinou terapeutickou komunitou v České republice, která umožňuje svým drogově závislým klientkám po dobu léčby mít u sebe své dítě. Vedle léčených matek v terapeutickém centru najdeme i část, která se specializuje na mladistvé (16–25 let). Terapeutická komunita Karlov nabízí různé prostředky léčby, mezi které patří například skupinová terapie, které se musí každý pacient účastnit 22 hodin týdně. Dále je v komunitě Karlov rozvíjena pracovní terapie, díky které si pacient osvojuje různé dovednosti (např. práce v kuchyni, na zahradě aj.). Při pracovní terapii je klient zapojen do běžného denního režimu, učí se a je vychováván k povinnostem. Klienti mohou v komunitě využívat i mnoho volnočasových aktivit, mají možnost vyjet na víkendové nebo týdenní zážitkové akce aj. Klientovi jsou také po celou dobu pobytu dostupné sociální služby, jejichž cílem je pomoci klientovi zbavit se všech negativních dopadů jejich bývalé drogové situace a připravit se na život v abstinenci. Dále jsou v komunitě Karlov aplikovány i individuální, rodinné terapie, je poskytována nezbytná zdravotní a psychiatrická péče.

5.2 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou představeny výsledky kvalitativního šetření mezi osmi respondenty. Ti jsou zde nejprve představeni, poté je hodnocena jejich motivace k drogám, motivace k léčbě, drogy, které užívali a jiné informace.

1. Kolik je vám let?

První otázka se zaměřila na to, kolik je respondentům roků. Tyto informace jsou pro lepší přehlednost shrnuty do následující tabulky.

Tabulka 3: Věk respondentů

Respondent 1	21
Respondent 2	19
Respondent 3	23
Respondent 4	26
Respondent 5	23
Respondent 6	20
Respondent 7	26
Respondent 8	26

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Věk respondentů je různý, jak uvádí předchozí tabulka. Respondenti v současné době mají od 19 do 26 let. 19, 20 a 21 let má jen jeden respondent. Dva respondenti mají 23 let a tři respondenti mají 26 let.

2. V kolika letech jste poprvé užil/la drogu?

Druhá identifikační otázka se zaměřila na věk, ve kterém respondenti prvně užíli drogu. Výsledky prezentuje následující tabulka.

Tabulka 4: Věk respondentů při užití první drogy

Respondent 1	13–14 let
Respondent 2	13 let
Respondent 3	16 let
Respondent 4	15 let
Respondent 5	14 let
Respondent 6	17 let
Respondent 7	12 let
Respondent 8	17 let

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Z výsledků uvedených v tabulce je patrné, že počátek drogové kariéry je u respondentů velmi brzký. Jeden respondent dokonce uvedl, že začal drogy užívat už ve 12 letech. Polovina respondentů pak začala drogy užívat až po dosažení 15 let.

Při porovnání věku respondentů je také možné vyvodit, že se se svou drogovou závislostí potýkali řadu let.

Na základě uvedeného zjištění se domnívám, že by bylo nezbytné, začít již u nižších věkových skupin (ideálně na druhém stupni základní školy) s předáváním informací o drogové problematice. Osvěta v podobě prezentace toho, co návykové látky způsobí s tělem a psychikou jedince, nejlépe přímo od jedince, který následky zažil na vlastní kůži, by mohla být velmi přínosná a v konečném důsledku by mohla snížit riziko experimentování s drogami či vznik závislosti.

3. Jaké drogy jste užíval?

V rámci třetí otázky byly zjišťovány informace vztahující se k typu užívaných drog. Nejčastěji respondenti začali s lehčími drogami. Ty poté rozšiřovali o drogy tvrdší. Všichni respondenti uvedli, že začali s kouřením marihuany. Jeden z respondentů uvedl, že přibližně po měsíci aplikace marihuany začal užívat tvrdší drogu v podobě pervitinu. Pervitin přitom po marihuaně užívalo šest respondentů, dva respondenti užili LSD. Tři respondenti dále užívali kokain. Jeden respondent uvedl, že postupem času vyzkoušel téměř vše, hlavně pervitin a opiáty.

Na základě uvedeného zjištění se domnívám, že by bylo třeba lépe prezentovat rizika spojená s užíváním užívání marihuany a jiných „lehkých drog“, neboť právě tyto drogy jsou v současnosti relativně lehce dostupné a jejich užívání může být předstupněm užívání drog tvrdších. Například ve větších městech jsou dokonce dostupné i automaty umožňující zakoupení malého množství marihuany. Do preventivních programů na základních školách by se měly zařadit rizika spojená s užíváním lehkých drog a upozornit, že právě tyto drogy jsou zpravidla prvním krokem vzniku závažnější závislosti.

4. Jakou drogu jste užíval/la v největší míře?

Další otázka v našem rozhovoru se zaměřila na to, jakou drogu respondenti v největší míře užívali. Všichni respondenti se v této otázce shodli na tom, že užívali nejčastěji pervitin. Přitom první respondent uvedl, že tuto drogu užívá od 15 let, tedy od doby, kdy nastoupil na učiliště. Poslední respondent uvedl, že tuto drogu užívá od svých 19 let.

Pervitin je droga, která je relativně dobře dostupná a na rozdíl od ostatních drog poměrně levná, takže toto zjištění není překvapující. Cenu drogy a její dostupnost nelze v současných podmínkách nijak ovlivnit. Vize zdražení drog či úplné odstranění návykových látek z území České republiky je utopie a zbožné přání těch, kteří pracují s drogově závislými.

5. V případě, že byste byl/la závislí jen na té lehké droze (marihuana), léčil/la byste tuto závislost?

Léčení závislosti u lehké drogy, jako je marihuana, by respondenti neřešili. Tuto myšlenku potvrdili téměř všichni respondenti. Jedna respondentka konkrétně uvedla: *„Ze začátku jsem jen hulila a vůbec jsem to neřešila. Prostě jsem to brala jako v pohodě věc, která mi vůbec neškodí, takže rozhodně bych to neřešila.“* Obdobně respondentka třetí uvedla, že kouření brala v té době jako *„úplně normální a v pohodě věc“*. Čtvrtá respondentka si myslela, *„že to dělá každý a rozhodně nedělám něco, co mi ničí zdraví.“* Jediná první respondentka byla při odpovědi na tuto otázku váhavější. Uvedla, že to nedokáže takto zpětně posoudit, ale myslí si, že by závislost úplně neřešila. *„Podle mě není marihuana nic zásadního a špatného a život člověka to nenarušuje, teda aspoň ten můj to nenarušovalo. Můj život začaly ničit až opiáty, hlavně pervitin.“*

Většina respondentů sice na počátku uvedla, že by užívání lehkých drog vůbec neřešila, ale sami po svých životních zkušenostech uznali, že je třeba i tuto závislost řešit a neopomíjet ji v rámci preventivních programů. Toto tvrzení také potvrzují i odpovědi respondentů na další otázku.

6. Je podle Vás potřeba léčit i závislost na lehkých drogách?

Ve spojitosti s lehkými drogami byla položena otázka, zda je nutné léčit závislost na lehkých drogách. V minulé otázce tedy bylo zjištěno, že by to respondenti v době, kdy užívali lehké drogy, nijak neřešili.

Při pohledu zpět mají v současné době respondenti názor jiný, jak uvedlo šest respondentů. Ti jsou názoru, že i lehké drogy je nutné řešit. Tři respondenti jsou totiž názoru, že po tom všem, čím prošli, je nutné řešit i problémy s lehkými drogami. Jak uvedla respondentka sedmá, *„ted', po to všem, čím jsem si prošla, vím, že to*

u marihuany jen nekončí. Takže rozhodně teď bych doporučila léčit i tohle. Je to jen schůdek k mnohem horším věcem.“ I respondentka pátá je názoru obdobného a dále doplňuje, že marihuana je „*tzv. odrazová droga a spousta lidí jen u marihuany nezůstane, protože mu nestačí a začne si k ní přidávat jiné drogy, ale myslí, že lidé začnou o léčbě přemýšlet až když opravdu jedou v tvrdších drogách.*“ Respondentka však uvedla, že záleží na každém člověku, každý je jiný.

Respondentka šestá nahlíží na měkké a tvrdé drogy jednotně. Neřešila by tedy rozdělení měkká a tvrdá droga. Dle ní je to „*furt droga a mělo by se to řešit a je jasné, že spousta lidí se jde léčit až když užívají tu tvrdou drogu a měkkou moc neřeší, a to je špatně*“. Respondentka druhá je však názoru, že záleží na každém jedinci. Jak sama uvedla, „*jsou slabší jedinci, kteří to nevydrží a přejdou k mnohem tvrdší droze. Na druhou stranu jsou i tací, co zůstanou jen u toho a používají ji, protože jim dělá zdravotně dobře.*“ Jediná respondentka č.4 uvedla, že si myslí, že není nutné léčení tehdy, „*když to uživatel užívá občas, jen rekreačně, a opravdu to má pod kontrolou*“.

7. Kdy jste si uvědomil/la problém s Vaší závislostí? (V jakém momentě?)

Většina respondentů uvedla, že si problém začali uvědomovat až v momentě, kdy si sáhli na své dno, kdy byli v koncích a kdy ztráceli mnoho důležitého ze svého života.

V tom, co je pro respondenty důležité, se však odpověděly lišily. První respondent uvedl, že si problém uvědomil, když začal přicházet o svůj byt, o svou přítelkyni. Ta se s ním dle jeho slov rozešla hned, jak zjistila, že je závislý: „*Já jsem podnikal jako OSVČ, takže jsem přestal chodit i do práce a tím mi narůstaly dost dluhy. Tohle vše byl hlavní problém. Zkrátka jsem neměl vůbec nic a potřeboval jsem jen tu drogu, bez které jsem nemohl dál fungovat a nějak normálně přežít svůj den. Celkově jsem měl narušené vztahy se všemi, které jsem znal.*“

Druhá respondentka uvedla, že začala problém řešit tehdy, když nedělala nic jiného, než sháněla peníze na drogu. Dle jejích slov to bylo asi půl roku zpět. Její den tedy vypadal následovně: „*Ráno jsem vstala, musela jsem sehnat peníze na pervitin a koupit si ho. V ten moment jsem si řekla, panebože, co to děláš?*“. Třetí respondentka uvedla, že ztratila vše, domov, peníze. Neměla žádné zázemí, rodina ji úplně odstříhla. Čtvrtá

respondentka si uvědomila problém poté, co porodila druhého syna. Jak sama uvedla: *„Jsem vdaná a můj manžel vůbec neví, že něco беру. Pak si toho začal postupně všímat, celá moje rodina si toho začala všímat. Rozvinuly se mi do toho silné zdravotní problémy.“* Jak tedy dále uvedla, uvědomila si to v momentě, kdy nebyla schopná se postarat o své děti.

Respondentka osmá uvedla velmi podobnou odpověď. Důvodem byl syn, o kterého nebyla schopná se postarat, když to jednou přehnala s dávkou. Dále uvedla: *„Musela jsem poprosit svou maminku, aby mi ho pohlídala. Vždycky jsem si říkala, že jsem v pohodě, když se dokážu postarat o svého syna, a že to mám pod kontrolou. V daný moment jsem si však uvědomila, že to tak není a že se to rozhodně jen tak nezlepší. Pokud pro něj chci být dobrou mámou, musím se sebou něco dělat.“*

Respondent čtvrtý přišel o svůj osobní život, vyhodili ho ze školy, ztratil kamarády. Dle něj mu zůstali jen rodiče. *„Jediní rodiče se mi snažili do poslední chvíle nějak pomoci. Když jsem viděl i na nich, že opravdu neví, co se mnou a že je to opravdu trápí, tak mi vše došlo. Opravdu se sebou musím něco dělat, protože nechci ztratit i ty poslední, kterým na mě ještě záleží.“*

Respondentka pátá uvedla, že ztratila práci, neměla vůbec žádný příjem. *„Rozhodla jsem se sama od sebe přestat, ale vůbec to nešlo, přišly toxické psychózy a já jsem vůbec nevěděla co se se mnou děje. To byl pro mě signál, že sama to rozhodně nezvládnou a že potřebuji odbornou pomoc.“*

Poslední respondentka uvedla, že v jednom momentu, kdy to přehnala s drogou, dostala první epileptický záchvat. *„Nevěděla jsem, co se se mnou děje. Koupila jsem si nějakou divnou dávku, zřejmě mnohem silnější. Měla jsem strašné mžitky před očima a blikající světélka, to všechno vyvolalo epileptický záchvat.“*

8. Co Vás motivovalo tento problém řešit a nastoupit na léčení?

Z odpovědí uvedených v minulé otázce také vyplývají motivy, které respondenty směřovaly k léčení. U třech žen, které mají děti, to byly především ony, které je motivovaly k léčení. První matka začala situaci řešit kvůli ještě nenarozenému synovi. Toho má však v současné době v péči otec. Uvedla, že by jej chtěla zpět a chtěla by být

dobrou matkou. Druhá matka uvedla, že chce být svým dětem dobrou mámou a chce, aby si na ni pamatovaly jen v dobrém, a ne aby ji viděli jako závislou trosku. Obdobně odpověděla i respondentka osmá. U respondentů, kteří začali s drogami velmi brzy, byly motivem jejich rodiče.

Respondent první uvedl, že to byl právě otec: *„Snažil se mě dohánět na léčení poslední 3 roky, ale já jsem si to furt sám nepřipouštěl a furt jsem tátovi opakoval, že nemám žádný problém s drogami, že mám vše pod kontrolou a jsem naprosto v pořádku. On jediný mi zbyl ze všech lidí a vydržel se mnou nejdéle. Když jednoho dne i on, můj otec, nade mnou „zlomil hůl“ a bylo mu už jedno, jak to se mnou dopadne, tak jsem si uvědomil, že svého otce opravdu nechci ztratit a chci mu dokázat, že na to mám a že zvládnou se z toho všeho dostat a pokusím se žít normálně.“*

U respondentky druhé to byla matka. Matka respondentku dovezla na detox. *„Bylo to poté, co jsem přišla z večírku, z jedné akce, úplně sjetá a spala jsem dva dny v kuse. Máma už byla zoufalá a bála se, že umřu, protože jsem opravdu dva dny jen spala a skoro se vůbec nehýbala. Následně mne sebrala a já věděla, že když s ní neodjedu na detox a následně sem do komunity, tak o ni přijdu, což jsem nechtěla.“*

Respondent třetí uvedl, že motivem byli oba rodiče. Dle jeho slov stačilo, že *„jsem ztratil všechny své kamarády a rodiče opravdu nechci zklamat.“* U dvou respondentů to byl zdravotní stav.

Respondentka pátá uvedla, že měla hrozný pocit a opravdu se bála. Věděla, že již překročila své možnosti a že to již není legrace a může přijít i o svůj život. Obdobně to bylo u respondentky sedmé. *„Strach o své zdraví a hlavně vědomí, že sama to rozhodně nezvládnou.“*

9. Jak dlouho jste již v terapeutické komunitě Karlov?

Devátá otázka se zaměřila na to, jak dlouho jsou respondenti v komunitě Karlov. Výsledky jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka 5: Délka pobytu v komunitě Karlov

Respondent 1	Už přes dva měsíce
Respondent 2	Od 5. 1. 2022
Respondent 3	5 měsíců
Respondent 4	Od 8. 6. 2021. Respondentovi zbývají 3 týdny léčení
Respondent 5	2 měsíce
Respondent 6	Cca 5 měsíců
Respondent 7	Skoro 6 měsíců
Respondent 8	Cca 4 měsíce

Zdroj: Vlastní zpracování, 2022

Z tabulky je patrné, že respondenti jsou v komunitě Karlov různou dobu. Nejdéle je zde respondent čtvrtý. Naopak nejkratší dobu je zde pátý respondent.

10. Mění se Vaše motivace v průběhu léčby?

Další otázka se zaměřila na léčení respondentů v komunitě Karlov a na to, zda se mění jejich motivace v rámci léčby. Zde bylo zjištěno, že odpovědi jsou závislé na prvotní motivaci respondentů. V případě, že byly prvotní motivací k léčení rodiče, zde se všichni respondenti shodli na tom, že se mění jejich motivace. Z rodičů se motivace změnila na skutečnost, že v současné době se respondenti léčí primárně kvůli sobě. Jak uvedl první respondent: *„Ze začátku jsem se chtěl léčit kvůli svému otci, ale teď vím, že to dělám pro sebe a že kvůli sobě se chci vyléčit. Nechci si dál ničit svoje tělo.“*

Druhá respondentka také již nechce léčbu kvůli rodičům, ale kvůli sobě. Respondent pátý uvedl, že ze začátku se léčil také kvůli rodičům. Nyní má pocit, že to dělá již kvůli sobě. Konkrétně uvedl: *„Sobě zachraňuju budoucnost a já pak budu mít možnost vést relativně normální život a třeba si v budoucnu najít i partnerku a založit svou rodinu.“* V případě, že motivací pro respondenty byly jejich děti, tak zde se motivace nezměnila. Všechny matky uvedly, že se léčí kvůli dětem. Respondenti, kteří uvedli, že se začali léčit kvůli svému zdraví, tak činí stále. Zde se tedy také motivace nezměnila.

11. Jak vypadá Váš běžný den v terapeutické komunitě Karlov?

Dále byly otázky zaměřeny na to, jak vypadá léčení v komunitě Karlov. V první řadě bylo cílem zjistit, jak vypadá běžný den v komunitě. Respondenti uvedli, že režim v komunitě je pevný a nikterak se neliší. Budíček je zde brzy, kolem 6:30. Celý den mají

respondenti nějakou práci. Konkrétně první respondent uvedl, že se někdy stará o zvířata, protože je v komunitě malý statek. Dále uvedl, že někdy naopak pomáhají v kuchyni. Sedmá respondentka uvedla, že momentálně má na práci přidělené činnosti spojené s úklidem a starosti o dům. Práce se zvířaty realizuje v současné době i druhá respondentka. Jedná se dle ní o nakrmení zvěře (kůzle, kráva, kozy). V současné době v kuchyni pomáhá třetí a čtvrtá respondentka.

Poté mají všichni snídani. Po snídani následuje ranní skupina. Zde se řeší předešlý den. Následuje oběd a po obědě je hodina a půl odpočinek. Následují otevřené skupiny. Zde se řeší dle druhého respondenta „náš problém nebo co nás trápí.“ O víkendu existuje možnost i skupiny s rodinou, kdy rodina přijede na Karlov a spolupracuje s respondenty. Dále druhý respondent dodal: *„Když mám nějaký velký problém a nechci to řešit se skupinou tak mám možnost i individuálního sezení a tam můžu svůj problém řešit.“*

Dále je večere a poté následuje osobní volno. Večerka je v 22:30 a v pátek je ve 23:00. Dva respondenti dále dodali, že den je hodně nabitý a jsou rádi, že vždy *„večer padnou do postele a spí“*. Jediný respondent, který již za 3 týdny končí uvedl: *„Teď je to docela nudné, protože jsem se přestěhoval z baráku na Hájenu. Za chvíli končím a půjdu pryč a na Hájence už jsou klienti, kteří jsou samostatní a nemají tolik povinností na Karlově, ale vyřizují si svoje záležitosti. Ale jinak je to takové, že ráno vstanu, udělám si svou funkci, třeba vaření v kuchyni, potom mám volno. Máme jen 2 povinné skupiny týdně, avšak když si vyžádám, tak mám i individuální skupinu.“*

12. Jaké metody a techniky soc. práce v terapeutické komunitě Karlov mají pro Vás největší význam?

Mezi metody, které mají největší význam, radí téměř všichni respondenti především skupinové terapie. Důvodů je několik. Jak uvedl první respondent, je to proto, že se zde může podělit o svůj problém a říci, co ho štvě. Lidi, co jsou zde déle, třeba 8 měsíců, mohou nabídnout svůj názor a nahlédnout tak na problém úplně jinak. Je to pro respondenta výborná zpětná vazba. Dále uvedl, že zpětná vazba je pro něj nejdůležitější. Druhý respondent uvedl, že se zde naučil mluvit a vyjádřit svůj problém a přijímat i problémy ostatních a hledat v nich i ponaučení.

Také se hojně respondenti naučili aktivně naslouchat ostatním a dávat zpětnou vazbu, a hlavně ji přijímat a řídit se radami. O vhodnosti skupinové terapie hovoří i respondentka pátá. Ta uvedla, že ze začátku se bála, ale poté vše opadlo. V současné době přiznává, že *„až vylezu, tak mi ty skupiny budou chybět. Ráda jsem si poslechla názor ostatních, přijala jsem zpětnou vazbu a ten kamarádský přístup od všech, hlavně od terapeutů, tak za to všechno jsem moc vděčná.“* Sedmá respondentka uvedla, že je ráda i za možnost rodinné terapie, která se odehrává o víkendu. *„Pomáhá mi to sblížit se se svými rodiči a pocit, že jim na mě záleží mi dodává sílu“.*

Obdobného názoru je i respondentka šestá, která uvedla, že pro ni mají největší přínos rodinné terapie o víkendech, kdy se setkává se svou maminkou a synem. Jak sama respondentka uvedla, *„to mi dodává tu největší sílu a práce s nimi mi dává naději. Dále také skupinové terapie, kde můžu říct co mě trápí a vím, že se budou snažit mi všichni pomoci a dají mi svůj názor a já jsem ráda že si jejich zpětnou vazbu můžu vzít k srdci. Myslím, že ta zpětná vazba dává hodně i ty rozhovory a reflexe toho kde jsme byli na začátku svého léčení a kde jsme teď“.*

Dva respondenti uvedli, že jsou velmi vhodné i práce, které zde dělají. Konkrétně je dle jednoho respondenta nejvhodnější práce se zvířaty, kdy člověk dokáže vypnout a přijít na jiné myšlenky. Obdobně je i pro osmou respondentku je přínosná pracovní činnost. *„Naučí mě to dodržovat nějaký režim a přijdu na jiné myšlenky. Dál jsem taky ráda za skupinové terapie.“*

13. Jaké metody a techniky soc. práce v terapeutické komunitě Karlov byste změnil/la?

Zde respondenti jednotně uváděli, že by nic nezměnili. Se vším jsou zde spokojeni a vše má dle respondentů význam.

Uvedeným tvrzením respondenti potvrzují účel terapeutické komunity Karlov. Klienti jsou s chodem komunity spokojeni. Tato spokojenost může vést k úspěšnému dokončení léčby, což je také hlavní priorita komunity. Pracovníci komunity dokonale ovládají náplň své práce.

5.3 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala drogovou závislostí u klientů v terapeutické komunitě Karlov. V této části budou prezentovány zjištěné výsledky. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, technika formou standardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 8 respondentů, kteří byli vybráni samotnou komunitou Karlov, všichni s poskytnutím rozhovorů souhlasili. Rozhovory probíhaly v terapeutické komunitě Karlov při osobním setkání.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit motivaci drogově závislých osob pro nástup na léčbu do terapeutické komunity Karlov. K dosažení cíle byly použity 3 výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Co ovlivňuje motivaci klientů v terapeutické komunitě k nástupu na léčbu do terapeutické komunity Karlov?

Motivace je oblastí velmi zajímavou ale také složitou. Štikar et al. (2000, str. 67) konstatuje, že „*motivace člověka představuje soubor vnitřních vlivů, které usměrňují jeho jednání a prožívání. Integruje a organizuje psychickou a fyzickou aktivitu jedince ve směru orientace na dané cíle*“. Říčan (2007) také uvádí, že motiv je faktor, který vede k aktivitě, například k pohybu myšlenek, přání či představ.

Motivy dotázaných klientů terapeutického centra jsou, jak bylo zjištěno, odlišné, ale všechny respondenty tyto vlivy ženou ke splněním svých cílů. Pro matky, které mají vlastní děti, jsou motivem pro léčbu právě tyto děti. Mladší respondenty k léčbě motivovali především rodiče, protože je nechtěli zklamat poté, co v životě ztratili vše. Pro ostatní respondenty to byly zdravotní problémy nebo to, že ztratili vlastně vše ve svém životě, na čem jim záleželo. Až poté, co si „sáhli na své dno“, začali přemýšlet o léčbě a o změně svého života.

I přes to, že každého respondenta motivovalo něco jiného, dalo by se shrnout, že ze všech odpovědí respondentů je zřejmé, že svou situaci, způsobenou závislostí na návykové látce, začali opravdu řešit až v případě, kdy začali přicházet i o tu poslední věc, která pro ně byla důležitá a díky ní jsou motivováni se ze své závislosti dostat.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké druhy drog ovlivňují tuto motivaci k léčbě?

Všichni respondenti jednotně uznali, že je lehké drogy vůbec nevedly k tomu, aby o léčbě začali přemýšlet. Lehká droga pro ně byla příjemné odreagování od každodenních starostí a vůbec je netrápilo, jaké potíže s tímto užíváním mohou nastat. Až užívání těžších drog přimělo klienty přemýšlet o léčbě. NZIP (2022) uvádí, že *rozdělení na drogy měkké nebo tvrdé je nepřesné a dost zavádějící, i na měkkých drogách lze velmi rychle získat závislost a mohou ovlivnit život jedince. Například jedinci, kteří užívají marihuanu každý den jsou vyřazeny z běžného života a s velkými zdravotními následky stejně, jako uživatelé drog těžších.*

Zřejmě je to také způsobeno tím, že následky užívání lehkých drog vznikají postupně, dlouhodobě a nejsou tak drastické jako u těžších drog, zatímco následky drog těžších dopadají rychleji, jsou mnohem hroší a s normálním životem téměř neslučitelné. Odpověď na tuto otázku by se dala zkrátit do jednoho výstižného souvětí: *Motivaci v léčbě ovlivňují pouze a jen „drogy těžké“, protože jen ty dokáží přimět uživatele k uvědomění si, že bojuje se závislostí a měl by tento problém začít řešit.*

Výzkumná otázka č. 3: Jaké terapeutické techniky a metody sociální práce využívá terapeutická komunita Karlov pro zlepšení motivace u svých klientů?

V komunitě Karlov jsou užívány různé metody a techniky pro práci s klienty. Téměř všichni respondenti se shodli, že největším přínosem pomáhajícím s motivací k dokončení svého léčebného procesu jsou skupinové práce s klienty, kde mají možnost se vyprávět ze svých problémů, poslechnout si zpětnou vazbu a najít si v ní poučení pro příště. Není divu.

Cílem skupinové práce je zajistit prostřednictvím skupinových zkušeností jednotlivých členů ve skupině jistotu, uznání, podporu a pomoc, zprostředkovat jim hodnoty a normy a nabídnout jim různé možnosti řešení problémů. Tato metoda umožňuje klientům společnými silami dosáhnout vysněných cílů. (Truhlářová, 2014)

Na těchto skupinách také klienti vidí i posun u ostatních klientů. To je pro ně příkladem toho, že nic není nemožné a vše se dá se zvládnout. Jedna klientka také uvedla, že přímo pro ni má největší význam práce s rodinnou, kterou terapeutická komunita Karlov umožňuje. Má možnost pobýt se svým synem a připomínat si důvod nástupu na léčbu a dokončení léčby.

Mezi nejvíce motivující techniky sociální práce, dle výpovědí klientů, patří i zpětná vazba. Drucker (2006) uvádí, že zpětná vazba je začátek nepřetržitého učení a odhaluje silné či slabé stránky jedince a tím se řadí mezi nejdůležitější stimul, který pomáhá člověku ve zlepšení sebe sama a následnému zdokonalování. Také pomáhá v pochopení a poznání sebe sama, co vše dokážu a čeho jsem schopný. Respondenti také uvedli, že jim pomáhá aktivní naslouchání a sebereflexe. Ukazuje onu dlouhou cestu, kterou klienti ušli za úspěchem dokončení léčby, posunutí svého myšlení a postoje k životu bez návykových látek.

ZÁVĚR

Primárním cílem bakalářské práce bylo zjistit, co je pro drogově závislé osoby motivací pro nástup na léčbu do terapeutické komunity Karlov.

Pokud jde o otázku motivace pro nástup do terapeutické komunity Karlov, lze konstatovat již vícekrát zmíněné. Přestože každého respondenta motivovalo a hnalo jeho snahu zlepšit svou situaci něco jiného, ze všech odpovědí vyplynulo, že svou situaci způsobenou závislostí na návykové látce začali opravdu řešit až v případě, kdy začali přicházet i o tu poslední věc, která pro ně byla důležitá. Díky ní jsou motivováni se ze své závislosti dostat.

Domnívám se, že primární důvody vzniku drogové závislosti nelze hledat v rodinách. Mnoho respondentů mělo úplnou funkční rodinu. Mnohdy drogová závislost vznikla na základě experimentování s lehkou drogou, což následně přešlo k závislosti a konzumaci drog tvrdších. Respondentům často trvalo i řadu let, než si uvědomili svůj problém.

Motivy dotázaných klientů terapeutické komunity Karlov pro změnu stavu k závislosti byly různé. Pro matky, které mají vlastní děti, jsou motivem pro léčbu právě tyto děti. Mladší respondenty k léčbě motivovali především rodiče, protože je nechtěli zklamat poté, co se dostali až na pomyslné dno. Pro další respondenty to byly zejména zdravotní problémy.

V současné době jsou respondenti v rámci realizované léčby plní víry v jejich lepší budoucnost. Původní motivy, proč nastoupili na léčbu, se většinou rozšířily v současné době o fakt, že léčbu podstupují zejména kvůli sobě. Uvědomují si, že úspěšné dokončení léčby jim otevírá dveře k lepší budoucnosti a kvalitnějšímu stylu života. Změna v motivaci je dle mého názoru dána i vhodným prostředím komunity Karlov, která činí pro své pacienty maximum.

Z výzkumu též vyplynulo, že si většinou respondenti problémy uvědomili až po řadě let drogové závislosti. Dále většina respondentů začala drogy užívat ve velmi nízkém věku, konkrétně nejpozději v 15 letech.

Otázkou tedy je, zda je v České republice poskytována dostatečná pozornost prevenci drogám, zejména vzniku závislosti na nich. Domnívám se, že této problematice by měla být věnována mnohem větší pozornost, především v současné „covidové a post covidové“ době, kdy se mladým lidem výrazně změnil život. Tyto osoby se potýkají s různými psychickými problémy, které v řadě případů řeší užíváním lehkých drog. Vlastním šetřením bylo zjištěno, že právě lehké drogy jsou zpravidla jen začátkem vzniku závislosti a přechodu na drogy těžší.

Dále bylo ve výzkumu zjištěno, že droga všem respondentům změnila původní hierarchii životních hodnot a zcela narušila osobní vztahy. Přesto respondenti brali drogy dále, a to až do situace vážných rodinných, pracovních a jiných problémů. Drogy pro ně představovaly způsob úniku od problémů reálného světa.

Při zpracovávání mé bakalářské práce jsem dospěla nejen k výše uvedeným závěrům, ale měla jsem zároveň možnost seznámit se zajímavými lidmi. Mám na mysli jednak všechny pracovníky a pečovatele, kteří se maximálně snaží klienty vrátit do života, jednak také klienty samotné. Aktivity související s mou bakalářskou prací byly pro mne velice přínosné. Věřím, že stejně tak přínosné budou i závěry, k nimž jsem došla.

SEZNAM LITERATURY

1. ADAMEČEK, D., 2006. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-867-3481-1.
2. *Adiktologie: Následná péče* [online]. [cit. 2021-11-16] dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/hledat?searchtext=n%C3%A1sledn%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De#>
3. *Baldy hughes.: What is therapeutic community* [online]. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z <http://www.baldyhughes.ca/program/what-is-a-therapeutic-community/>
4. CULLEY, S., BOND. T., 2008. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii: dovednosti a strategie pro zvyšování kompetence v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-526.
5. *Drogová poradna: Detoxikace* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>
6. *Drogová poradna: Doléčování* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/dolecovani.html>
7. *Drogová poradna: Léčebné programy* [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
8. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*, 2007. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
9. DRUCKER, P., 2006. *Drucker na každý den*. Praha: Management press. ISBN 80-7261-140-2
10. *Drugabuse: Drug topic* [online]. [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/drug-topics>
11. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
12. EHRMANN, J., HŮLEK P. et al., 2010. *Hepatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3118-6.

13. GEISLEROVÁ, E., 2012. *Mít přehled: průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. Praha: Národní institut dětí a mládeže Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. ISBN 978-80-87449-02-8.
14. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J., 2009. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0415-3.
15. HAJNÝ, M., 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
16. HARTL, P., 2013. Poradenství. In: MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., vyd. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-134.
17. HENDRYCH, D. et al., 2009. *Právní slovník*. 3., podstatně rozš. vyd. V Praze: C.H. Beck. Beckovy odborné slovníky. s. 105. ISBN 978-80-7400-059-1.
18. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-2998-8.
19. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
20. KALINA, K., c2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
21. KLIMEŠ, L., 1994. *Slovník cizích slov*. 5., přepr. a dopl.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-04-26059-4.
22. KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. *Vše o léčbě bolesti*. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1720-4.
23. KOZEL, R., et al., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada Publishing. s.165, ISBN 80-247-3527-X.
24. KRATOCHVÍL, S., 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
25. KUKLA, L., et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-2713-7.

27. MACHOVÁ, J., 2016. *Biologie člověka pro učitele*. Druhé vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. s. 73. ISBN 978-80-246-3357-2.
28. MAREČKOVÁ, J., et al., 2007. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.
29. MARTÍNKOVÁ, J. et al., 2007. *FARMAKOLOGIE pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6993-6
30. MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
31. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-802-6202-134.
32. MATOUŠKOVÁ, I., 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.
33. MINAŘÍK, J., © 2009. *O drogách obecně: Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. In: Sananim: Drogová poradna [online]. 2009 [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>
34. MIOVSKÝ, M., 2008. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0865-2.
35. *Monika Plovcová: Drogy a drogová závislost* [online]. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/drogy-a-drogova-zavislost>
36. Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek, 2013. [online]. [cit. 2022-03-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 77. s. 1538-1551. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
37. NEŠPOR, K. et al., 2005. *Zaostřeno na drogy. Legální drogy v České republice*. roč. 3, č. 1, Praha: Úřad vlády České republiky, s. 1–10. ISSN 1214 – 1089.
38. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1357-4.
39. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 1996. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.

40. NZIP: *Fáze drogové závislosti* [online]. [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/322-faze-drogove-zavislosti>
41. NZIP: *Návykové látky* [online]. [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy>
42. NZIP: *Návykové látky* [online]. [cit. 2022-04-25]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy>
43. PELCOVÁ, N., SEMRÁDOVÁ, I., 2014. *Fenomén výchovy a etika učitelského povolání*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2636-9
44. PRESL, J., 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Medica. ISBN 80-85800-25-x.
45. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.
46. REJMAN, L., 1971. *Slovník cizích slov*. 3. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství v Praze. ISBN 14-305-66.
47. ROTGERS, F., 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.
48. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3133-9.
49. *Sananim: O nás* [online]. [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas-1.html>
50. *Sixteenth report WHO expert committee on drug dependence* [online]. [cit. 2022-02-16]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_407.pdf?ua=1.
51. SOUČEK, M. et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
52. *Statistiky drog* [online]. [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.drogy.net/zpravy-a-statistiky/>
53. *Substituční Léčba: Rozdělení drog* [online]. [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

54. ŠÁMAL, P., 2013. *Trestní řád: komentář*. 7., dopl. a přeprac. vyd. V Praze: C.H. Beck. Velké komentáře. s. 671. ISBN 978-80-7400-465-0.
55. ŠTIKAR, J. et al., 2000. *Metody psychologické práce a organizace*. Praha: Karolinum. s. 67. ISBN 80-246-0048-X.
56. TRUHLÁŘOVÁ, Z., 2014. *Metody sociální práce se skupinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, CD-ROM. Texty k sociální práci. Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce. ISBN 978-80-7435-445-8.
57. *Vláda: Drogová scéna* [online]. [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/media/evropska-zprava-o-drogach-2019-eu-celi-rekordni-dostupnosti-kokainu--inovativni-vyrobe-a-zneužívání-syntetických-drog-ci-virtualni-realite-174226/>
58. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2022-04-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
59. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, 1998. [online]. [cit. 2022-04-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 57. s. 6770-6781. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
60. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, 2009. [online]. [cit. 2022-04-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 11/2009. s. 354-461. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
61. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, 2017. [online]. [cit. 2022-03-26]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 21. s. 671-703. ISSN 1211-1244. Dostupné z <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Členění drog dle míry rizika

Tabulka č. 2 Vývoj spotřeby drog

Tabulka č. 3 Věk respondentů

Tabulka č. 4 Věk respondentů při užití první drogy

Tabulka č. 5 Délka pobytu v komunitě Karlov

SEZNAM PŘÍLOH

1. Vysvětlení potřeby empirického výzkumu

Jmenuji se Aneta Kolářiková a studuji na Jihočeské univerzitě, Zdravotně sociální fakultě a zpracovávám bakalářskou práci na téma Drogová závislost u klientů v terapeutické komunitě Karlov. Chtěla bych Vás požádat o provedení rozhovoru s Vámi, jako klientem terapeutické komunity Karlov. Pokud s rozhovorem budete souhlasit, bude nadále zaznamenáván na diktafon. Nahrávka bude sloužit pouze pro účely bakalářské práce. Rozhovor bude anonymní a nikde nebude uveřejněno Vaše jméno. Pokud nebudete souhlasit s nějakou otázkou, nemusíte odpovídat. Vše je dobrovolné. Děkuji.

2. Otázky rozhovoru

- Kolik Vám je let?
- V kolika letech jste poprvé užil/la drogu?
- Jaké druhy drog jste užíval/la?
- Jakou drogu jste užíval/la v největší míře?
- V případě, že byste byl/la závislí jen na té lehké droze (marihuanu), léčil/la byste tuto závislost?
- Je podle Vás potřeba léčit i závislost na lehkých drogách?
- Kdy jste si uvědomil/la problém s Vaší závislostí? (V jakém momentě)
- Co Vás motivovalo tento problém řešit?
- Co Vás motivovalo nastoupit na léčení?
- Jak dlouho jste již v terapeutické komunitě Karlov?
- Mění se Vaše motivace v průběhu léčby?
- Jak vypadá Váš běžný den v terapeutické komunitě Karlov?
- Jaké metody soc. práce v terapeutické komunitě Karlov mají pro Vás největší význam?
- Jaké techniky soc. práce v terapeutické komunitě Karlov mají pro Vás největší význam?

- Jaké metody a techniky soc. práce v terapeutické komunitě Karlov byste změnil/la?