

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Tereza Čechová

ÚČINNÉ FAKTORY ADIKTOLOGICKÉ INTERVENCE V KONTEXTU  
SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ ANDRAGOGIKY

Olomouc 2020

Vedoucí práce: doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího práce. Použila jsem jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne 19. května 2020

.....

Tereza Čechová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za poskytnuté cenné rady, odborné vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi věnoval.

Děkuji klientům z léčebny, kteří mi věnovali svůj čas a zapojili se do mého výzkumu. Dále děkuji paní MUDr. Haně Kučerové za to, že mi umožnila spolupráci se zařízením. Také děkuji panu Bc. Vavříkovi za jeho ochotu se mnou spolupracovat a za pomoc při výběru respondentů pro můj výzkum.

V neposlední řadě musím poděkovat své rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

# Obsah

Úvod .....	6
<b>I. Teoretická část.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Adiktologie .....</b>	<b>8</b>
1.1 Adiktologické poradenství .....	8
1.2 Závislost.....	9
1.2.1 Fyzická a psychická závislost.....	10
1.2.2 Abstinenční příznaky .....	11
1.3 Odvykací stav .....	11
1.4 Prevence drogové závislosti.....	12
1.4.1 Primární prevence .....	13
1.4.2 Sekundární prevence.....	13
1.4.3 Terciární prevence .....	14
<b>2 Terapeutická komunita .....</b>	<b>15</b>
2.1 Definice terapeutické komunity.....	15
2.2 Demokratická a hierarchická terapeutická komunita.....	16
2.3 Terapeutická komunita pro závislé .....	17
<b>3 Psychoterapie.....</b>	<b>19</b>
3.1 Charakteristika psychoterapie.....	19
3.2 Cíl a předmět psychoterapie .....	20
3.3 Individuální psychoterapie.....	21
3.4 Skupinová psychoterapie .....	21
3.5 Rodinná psychoterapie.....	22
<b>4 Expresivní terapie .....</b>	<b>24</b>
4.1 Dramaterapie.....	24
4.2 Arteterapie .....	25

4.3	Muzikoterapie .....	26
<b>II.</b>	<b>Praktická část.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>Charakteristika zařízení.....</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Design výzkumu .....</b>	<b>31</b>
7.1	Kvalitativní přístup .....	31
7.2	Výběr výzkumného souboru.....	31
7.3	Metoda sběru dat .....	33
7.4	Metoda zpracování kvalitativních dat.....	34
7.5	Analýza kvalitativních dat .....	34
<b>8</b>	<b>Zpracování výzkumných dat.....</b>	<b>36</b>
8.1	Okruh 1 – Rodinná situace a počátek závislosti .....	36
8.2	Okruh 2 – Užívání návykové látky a život před léčbou .....	37
8.3	Okruh 3 – Léčba závislosti a její účinnost.....	39
8.4	Okruh 4 – Jiné účinné faktory v léčbě závislosti.....	43
<b>9</b>	<b>Výsledky a diskuse .....</b>	<b>46</b>
	<b>Závěr.....</b>	<b>48</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>51</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>55</b>

# Úvod

Pro svou závěrečnou práci bakalářského studia jsem si zvolila téma Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciálněpedagogické andragogiky. Hlavním důvodem výběru tohoto tématu a obsahu práce je můj osobní zájem v oblasti závislosti a adiktologie jako takové. S lidmi závislími na alkoholu a drogově závislími se setkávám poměrně často v psychiatrické léčebně ve Šternberku, kde už šestým rokem pracuji v kantýně. Právě v té době jsem se začala více zajímat o psychoaktivní látky a závislost na nich.

V neposlední řadě ovlivnilo můj výběr tématu závěrečné práce to, že jako výběrové pedie jsem si zvolila etopedii a psychopedii, protože v mém studiu jsem o ně měla největší zájem ze všech speciálněpedagogických disciplín.

V dalším kroku k úspěšnému napsání této práce jsem oslovila paní ředitelku psychiatrické léčebny ve Šternberku, zda by mi umožnila spolupráci se zařízením. Jelikož sama pocházím ze Šternberka a zároveň již nějaký rok působím v prostorách psychiatrické léčebny, tak byla má volba jasná. K zařízení mám velice kladný vztah a prostředí v léčebně dobře znám. Paní ředitelka byla velice vstřícná, a tak naše spolupráce mohla začít. Ještě jednou paní ředitelce psychiatrické léčebny Šternberk děkuji za umožnění spolupráce.

Cílem mé bakalářské práce je popsat zkušenosti klientů s drogovou závislostí. Následně zmapovat účinnost léčby, kterou již podstoupili nebo ji právě podstupují. V neposlední řadě zjistit další účinné faktory, které napomáhají klientům k léčbě, abstinenci a následném začlenění do společnosti.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část tvoří teoretická část a druhá část je praktická.

V teoretické části se v první kapitole zmíním o vědním oboru adiktologie. Dále vymezím pojmy jako je závislost, odvykací stav a primární, sekundární i terciární prevence. Druhá kapitola bude zaměřena na terapeutickou komunitu. Poslední dvě kapitoly budou věnovány terapiím, které působí v léčbě závislosti. Zmíněna bude individuální, skupinová a rodinná psychoterapie. A v neposlední řadě budou uvedeny expresivní terapie, tedy arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie.

V praktické části stručně charakterizuji psychiatrickou léčebnu Šternberku, kde se převážně zaměříme na oddělení návykových nemocí. Samotným výzkumem se budu zabývat v následující kapitole. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila polostrukturované rozhovory s klienty závislími na psychoaktivních látkách. Z výzkumného šetření se pokusím zjistit, zda je léčba závislosti účinná a jaké jiné faktory napomáhají klientům k následné abstinenci.

Věřím, že moje závěrečná práce bude přínosem pro ty, kteří se chtějí dozvědět o účinné intervenci pro klienty závislé na drogách. Také doufám, že by mohla být i přínosem pro ty, kteří se již léčbě se závislími klienty věnují.

# I. Teoretická část

## 1 Adiktologie

V úvodu teoretické části je nezbytné definovat obor adiktologie a její problematiku na základě získaných poznatků prostudováním odborné literatury autorů, kteří se adiktologií a problematice s ní spjaté, dlouhodobě věnují.

Adiktologii můžeme chápat jako multidisciplinární obor zaměřující se na léčbu, prevenci závislosti, užívání návykových látek a závislostní chování. Zkoumá také jejich dopad na samotného jedince a společnost. (Dostupné z: <https://psycholog-jihlava.cz/co-je-adiktologie>)

Kalina a kol. (2001, s. 12) v odborné literatuře popisují adiktologii jako: „*obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy. Může mít čistě medicínský nebo mezioborový charakter.*“

Obor adiktologie spolupracuje i s dalšími obory a mohou být různě propojovány. Přijímá poznatky z jiných vědních oborů jako je např. kriminologie, právo, pedagogika, sociální antropologie nebo politologie. (Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/adiktologie>)

Pojem „klinická adiktologie“ vysvětluje Kalina a kol. (2008) jako výraz pro přímou práci s klientem či pacientem. V širším slova smyslu vyznačuje „léčbu“, která je poskytována současným nebo bývalým uživatelům drog v různých typech zařízení jako je např. ambulance, nízkoprahové centrum či vězeňské zařízení.

### 1.1 Adiktologické poradenství

V publikaci od Millerové (2011) se podrobněji dočteme o adiktologickém poradenství a jeho procesu. Adiktologické poradenství tedy můžeme definovat jako proces, kdy adiktolog



poskytuje klientovi (který má adiktologické problémy) rady, informace a vedení. Podporuje ho při řešení jeho závislostního chování tak, aby se zlepšila jeho schopnost orientovat se ve své životní situaci, kdy na základě využití vlastních zdrojů a sil bude schopen situaci řešit nebo ji přijmout.

K adiktologickému poradenství také doplňuje informace Kalina a kol. (2015). Za nejčastěji využívanou metodu v léčbě závislostního chování se považuje právě adiktologické poradenství spolu s terapií. Důvodem je, že u většiny adiktologických klientů je závislostní chování pouze formou sebeléčby, tedy způsob, jak zvládnou negativní emoce jako je úzkost nebo vztek. Na takové psychologické stavy je zaměřeno právě poradenství a psychoterapie.

Poradenství se zaměřuje na pomoc osobám závislým na návykových látkách, kteří prozatím z osobních důvodů nechtějí nastoupit na pobytovou léčbu do zařízení. Dále abstinujícím absolventům léčby, rodinným příslušníkům i blízkým osobám závislých osob a v neposlední řadě lidem, kteří ještě nedošli k rozhodnutí, co potřebují. Hledají ale pomoc a radu. (Dostupné z: <https://psycholog-jihlava.cz/adiktologicke-poradenstvi>)

## 1.2 Závislost

V následujícím textu se budeme věnovat závislosti na návykových látkách. Pro srovnání si definujeme závislost podle MKN-10 a DSM-V. Představíme rozdíly mezi psychickou a fyzickou závislosti a také abstinenční příznaky, které přicházejí po vysazení drogy.

V odborné literatuře se uvádí mnoho definic závislosti. Pro vysvětlení pojmu jsme zvolili dvě definice závislosti, které zde zmíníme.

Syndrom závislosti je definován v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) jako „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu*

*látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“*

Ve své publikaci Nešpor (2000) uvádí, že dle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-V) se diagnostika závislosti stanovuje podle následujících příznaků a jedinec by měl vykazovat minimálně tři příznaky v období dvanácti měsíců:

- 1) roste tolerance na návykovou látku (zvyšování dávek, pro získání stejného účinku),
- 2) došlo k odvykacím příznakům po vysazení látky,
- 3) užívání látky ve větším množství nebo po delší dobu,
- 4) snaha nebo pokusy omezit či ovládat užívání látky,
- 5) velké množství času tráví obstaráváním či užíváním látky, nebo se snaží jejich účinků zbavit,
- 6) v důsledku užívání látky nebo její omezení dochází ke ztrátě zájmů (př. zaměstnání, koníčky),
- 7) užívání látky i přes sociální, psychické či tělesné problémy, které látka způsobila či zhoršila.

### **1.2.1 Fyzická a psychická závislost**

Závislost na psychoaktivní látce můžeme rozdělit na subjektivní (psychickou) nebo fyzickou (patofyziologickou) závislost, kdy je hlavním příznakem velmi silná touha psychoaktivní látku užívat. (Kalina a kol., 2008)

Popisem psychické a fyzické závislosti se ve své publikaci zabývají Göhlert a Kühn (2001). S psychickou závislostí se pojí termín „craving“, což můžeme přeložit jako bažení po látce. Často bývá narušena kontrola v užívání látky, a také dochází ke ztrátě zájmu o činnosti, které nesouvisí s drogou. Po vysazení drogy se dostavují abstinenci příznaky. Fyzickou závislost definují růstem tolerance a zvyšováním dávky drogy, aby se dosáhlo stejného účinku. Tělo závislého je navyklé na přísun drogy a pokud ji nemá, objevují se abstinenci příznaky.

## 1.2.2 Abstinenční příznaky

Abstinenční příznaky dělíme taktéž na psychické a fyzické. Příznaky nejsou u každého jedince stejné. Projevují se individuálně a záleží na druhu závislosti jedince. Presl (1994) popsal základní rozdíly mezi psychickými a fyzickými abstinenčními příznaky:

- Mezi nejčastější psychické abstinenční příznaky patří úzkost, deprese, poruchy spánku, neklid, podrážděnost, vyčerpanost a jiné.
- Fyzické abstinenční příznaky se projevují především bolestí hlavy, zvracením, nevolností, pocením, křečemi, zrychlením pulzu a poruchou srdečního rytmu.

## 1.3 Odvykací stav

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je odvykací stav definován takto: „*skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání. Nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání. Odvykací stav může být komprimován křečemi.*“ (Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>)

Odvykací stav bývá jedním ze symptomů syndromu závislosti. Příznaky se objevují po snížení užívané látky nebo po jejím vysazení. Tento stav může být životu nebezpečný. Zvláštní formou odvykacího stavu je protrahovaný odvykací syndrom, který trvá šest až dvanáct měsíců. Mezi nejzávažnější psychickou komplikací patří odvykací stav s deliriem, který nejčastěji vzniká po vysazení dlouhodobě užívaných dávek alkoholu, sedativ či hypnotik. Mezi diagnostická kritéria deliria patří dle MKN-10 porucha vědomí a pozornosti, porucha vnímání a myšlení (halucinace a bludy), porucha krátkodobé paměti, porucha psychomotoriky (rychlý přechod z hypoaktivity do hyperaktivity), dezorientace v čase nebo místě, porucha spánku a emoční změny (úzkosti a deprese). (Kalina a kol., 2008)

Proces zvládání odvykacího stavu se nazývá detoxifikace. Jejím popisem se podrobněji zabývá Nešpor (1996). K detoxifikaci dochází během hospitalizace pacienta nebo ambulantní formou, tedy při pravidelném denním docházení do léčebného zařízení. Klienti jsou přijímáni ještě intoxikovaní (ve stavu, který nastává po aplikaci psychoaktivní látky) nebo již s odvykacími příznaky.

Cílem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a dále pomoci klientovi přestat případné abstinenci příznaky. Detoxifikace průměrně trvá čtrnáct dní a během této doby se péče soustředí na motivaci klienta, aby pokračoval v další léčbě. (Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>)

Kalina a kol. (2015) k procesu detoxifikace doplňují, že dochází ke kombinaci zdravotnické, psychoterapeutické a sociální práce. Zdravotnický přístup je zaměřený na zmírnění odvykacích příznaků (ošetřovatelská péče, farmakoterapie). Psychoterapeutické metody se věnují motivaci, která směřuje k pokračování v terapeutickém programu. Postupy sociální práce řeší potíže klienta v sociální oblasti.

## **1.4 Prevence drogové závislosti**

Na prevenci můžeme nahlížet jako na soubor intervencí, které mají za cíl zamezit výskyt či snížit šíření rizikového chování. (Miovský, 2010) Prevence drogové závislosti hraje důležitou roli v dnešní společnosti, kdy je potřeba docílit toho, aby mladí lidé nepovažovali užívání drog za něco zcela normálního.

Následně si rozdělíme prevenci drogové závislosti na primární, sekundární a terciární. Každé části věnujeme pozornost, abychom nastínily rozdíly mezi všemi třemi prevencemi. Vymezíme jejich hlavní cíl.

### 1.4.1 Primární prevence

Podstatou primární prevence je odradit jedince od prvního užití drogy nebo co nejdále odložit první kontakt s drogou. Za specifický cíl primární prevence se pokládá předcházení v užívání návykových látek v rizikové skupině. Důležitou součástí je podpora vývoje jedince, aby nedošlo k narušení jeho identity. (Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>)

Programy, které se věnují primární prevenci, musí brát v potaz určité předpoklady, a to jsou biologické, psychologické, sociální a spirituální. Mezi biologické předpoklady řadíme přiměřený zájem o své tělo, výživu, prevenci úrazů a včasnou léčbu nemocí. Psychologické se zaměřují na faktory, které vedou k užití návykové látky, to jest zvědavost, nuda, absence zájmů, vlastního programu či nízké sebevědomí. Cílem je tedy vést jedince k otevřené komunikaci s druhými a klást důraz na vlastní program a zájmy. Dále se primární prevence stará o sociální integritu jedince. (Kalina a kol., 2015)

### 1.4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence zahrnuje veškeré léčebné programy. Jejím úkolem je léčit závislost, předcházet rozvoji a přetrvávání závislosti u jedinců, kteří drogu již užívají. Důležitý je komplexní přístup, který zahrnuje psychologickou intervenci, úpravu sociálního zázemí a farmakoterapii. Obvykle je označována tímto názvem pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. (Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>)

Kalina a kol. (2003) doplňují, že cílovou skupinou sekundární prevence není jen jedinec závislý na návykové látce. Pomocná ruka je nabízena také jeho rodině. V průběhu léčby se zjišťuje důvod vzniku závislosti, pracuje se na odpovědnosti za své chování.

### 1.4.3 Terciární prevence

Ve své publikaci Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí Kalina a kol. (2001, s. 109) definují terciární prevenci takto: „*1. Resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, 2. intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction – zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog.*“.

Terciární prevence se snaží předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození důsledkem užívání drog. Mezi programy, které terciární prevence poskytuje uživatelům drog, patří nácvik bezpečného užívání drog, výměna stříkaček a zavedení místností se zázemím pro uživatele. Právě proto mají své podstatné místo v terciární prevenci kontaktní centra, která jsou pro uživatele snadno dostupná. (Dostupné z: <https://www.bezpecnaplzen.eu/projekty/protidrogova-prevence/protidrogova-prevence-1.aspx>)

## 2 Terapeutická komunita

V následující kapitole se budeme zabývat terapeutickou komunitou, která představuje jednu z možných cest k abstinenci pro osoby závislé na drogách. Za nezbytné považujeme na začátku této kapitoly zmínit definici pro terapeutickou komunitu podle Kratochvíla, Kaliny, De Leona a Heartla.

### 2.1 Definice terapeutické komunity

Kalina (2008) a Kratochvíl (2017) ve svých publikacích popisují terapeutickou komunitu neboli léčebné společenství, jako zvláštní formu skupinové psychoterapie, které se účastní klienti různého věku, pohlaví a různého vzdělání. V komunitě se podporuje účast klientů na léčbě, řízení a organizování společných aktivit. Klienti spolu po celou dobu v komunitě žijí, dochází na skupinové sezení a mají společný program činností.

Další definici terapeutické komunity uvádí ve své knize Heartl (1997), který ji rozděluje na ekologickou, morální a terapeutickou. Ekologická komunita je vymezena prostředím. V morální komunitě jsou lidé na základě stejného přesvědčení či víry. Poslední, terapeutická komunita je léčebné zařízení, kde se dodržuje program, který má daný přesný časový rozvrh.

De Leon (in Kalina, 2008) definuje terapeutickou komunitu (TK) z různých hledisek:

- Generické hledisko – TK je společenství lidí, kteří se řídí interpersonálními principy. Jsou ochotni pomáhat druhým, aby dosáhli komunitní sounáležitosti a časem i adaptace do společnosti.
- Funkcionální či metodologické hledisko – TK má své metody, kterými dosahuje vytyčených cílů. Vytváří tlak na osobní změnu a zajišťuje morální a etické hranice.
- Účelové hledisko – TK se zaměřuje na jednotlivce či skupinu. Klient se snaží pochopit své jednání a chování. Cílem je zařadit se do velké společnosti.
- Normativní hledisko – Zaměřuje se na důvěru, vnitřní hodnoty a normy v TK.

- Historické hledisko – Základ je především v minulosti a v jejich principech, které se dotvářely až do současné podoby TK.
- Strukturální hledisko – Zaměřuje se na organizační formy TK, na jejich rozdíly, velikost a členství. Pojmenovává různé typy zařízení, jako jsou psychiatrická oddělení, psychoterapeutická střediska atd.

Mezi základní principy terapeutické komunity řadíme aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření oboustranné komunikace mezi klientem a terapeutem, zvýšení rovnoprávnosti v rozhodování, sociální učení, kolektivnost a podporování vztahů mezi všemi členy. (Kratochvíl, 1979)

## **2.2 Demokratická a hierarchická terapeutická komunita**

Terapeutické komunity mají ve světě dvě hlavní linie. Pro klienty s poruchami duševního zdraví se označuje terapeutická komunita demokratická a tzv. hierarchická terapeutická komunita je určena pro drogově závislé. Každá linie má svou kulturu, tradici a principy. Demokratické a hierarchické terapeutické komunity se ve své publikaci věnuje Kalina (2008), v níž uvádí základní rozdíly mezi liniemi.

Jeden ze zakladatelů linie demokratických terapeutických komunit byl Maxwell Jones, který definoval pět zásad TK:

- Oboustranná komunikace na všech úrovních – snaha o vytvoření prostředí pro bezpečnou a otevřenou komunikaci.
- Proces rozhodování na všech úrovních – každý v komunitě má právo se podílet na rozhodování a může se svobodně vyjádřit.
- Společné vedení – klienti se aktivně zapojují do odpovědnosti za fungování TK.
- Konsenzus v přijímání rozhodnutí – vztah mezi pracovníky a klienty, kde se učí naslouchat, porozumět a přijímat odlišné názory.
- Sociální učení v interakci tady a teď – zaměřeno na přítomnost, využití zpětné vazby a zkušeností.



Linie hierarchické terapeutické komunity byla inspirována hnutím Anonymních alkoholiků a abstinenční komunitou Synanon, kterou v roce 1958 založil Charles E. Dederich. Za první terapeutickou komunitu pro drogově závislé můžeme dle jiné publikace od Kaliny a kol. (2015, s. 449) považovat Daytop Lodge v New Yorku, kterou založil Daniel Casriel spolu s dalšími bývalými zástupci Synanonu. Mezi základní principy, se kterými tato komunita pracovala a některé jsou i doposud platné, patří:

- „Komunita nabízí náhradní rodinu;
- *Charismatický vůdce má v sobě velký terapeutický potenciál;*
- *Vytvoření systému odměňování jako základu změny;*
- *Konfrontace a frustrace jsou neoddělitelnou součástí rehabilitace;*
- *Specifické nástroje změny chování, například synanonská hra, učení nápodobou a sebeřízením;*
- *Oddanost hodnotám komunity“.*

## **2.3 Terapeutická komunita pro závislé**

Světová federace terapeutických komunit (WHTC) vytvořila ucelenou definici terapeutické komunity pro závislé, kterou ve své publikaci uvádí Kalina a kol. (2015):

1. Cílem komunity je pomoci klientovi v osobním růstu a dosáhnout změny v jeho životním stylu.
2. Popisují komunitu jako prostředí s určenými morálními i etickými hranicemi, kde se člověk stává součástí něčeho, co ho přesahuje.
3. Lidé v komunitě jsou členové, nejsou pacienti instituce. Členové mají významnou roli v řízení komunity.
4. Členové a tým pracovníků spolu spolupracují na určitých úkolech ve prospěch komunity. Je kladen důraz na osobní odpovědnost za vlastní život. Za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám považují učení na základě prožitků, úspěchů i selhání.
5. Komunita zajišťuje integraci každému členu a napomáhá mu ke změně v jeho chování.

6. V komunitě jsou dvě linie moci. První je horizontální a druhá vertikální. Linie umožňují podporu při společném rozhodování, pokud je to v souladu s cíli terapeutické komunity.

Terapeutickou komunitu pro drogově závislé lze charakterizovat jako léčebné pobytové zařízení, mající vysoce strukturovaný a intenzivní program s přesným časovým rozvrhem dne. Důležitým předpokladem ke změně je abstinence, která je v terapeutické komunitě důsledně vyžadována. Cílovou skupinu tvoří jedinci závislí na návykových látkách. Všichni v komunitě musí dodržovat stejná pravidla, ale povinnosti se jim průběžně mění. Základním cílem léčby je zapojení klienta do běžného života. Proto si v komunitě rozdělují úkoly, jako je úklid a provoz domu, zajištění stravy pro celou komunitu nebo starost o zvířata. (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007)

Martien Kooyman, George De Leon a Petr Nevšimal (2004) v publikaci *Terapeutická komunita pro drogově závislé* popisují multidisciplinární terapeutický tým. Tým tvoří odborníci s různým vzděláním (psychoterapeuti, speciální pedagogové, adiktologové, lékaři či sociální pracovníci). Důležitým předpokladem pracovníka jsou jeho osobnostní vlohky pro práci se závislými. Do terapeutického týmu se mohou dostat také bývalí uživatelé drog, kteří úspěšně dokončili léčbu a dále se vzdělávají v problematice závislosti. Pro členy týmu je nezbytnou součástí další odborný i osobnostní růst.

## 3 Psychoterapie

Psychoterapie má v léčbě závislosti svůj podstatný význam, proto jsme jí věnovali samostatnou kapitolu. Uvedeme několik definic psychoterapie od autorů, kteří se ve své literatuře dlouhodobě věnují právě zmíněné terapii. Popíšeme cíl psychoterapie. Pro srovnání následně charakterizujeme psychoterapii individuální, skupinovou a rodinnou.

### 3.1 Charakteristika psychoterapie

V odborné literatuře nalezneme mnoho definic psychoterapie. Pro srovnání jsme vybrali definice od Vymětala, Kratochvíla, Prochasky a Norcrosse, které následně zmíníme.

Definice psychoterapie podle Vymětala (2010, s. 15) zní takto: *„Považuji ji za interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality.“*

Další definici, kterou uvedeme, uvádí v odborné literatuře Kratochvíl (2017). Popisuje psychoterapii jako obor a jako činnost.

- Psychoterapie jako obor:

Psychoterapie je vědní disciplína neboli také empirická a aplikovaná věda. Protože zasahuje do oblastí medicíny a psychologie, je považována za interdisciplinární obor. Zabývá se léčením onemocnění a poruch, proto se skládá z části obecné a speciální. V současnosti nemá psychoterapie pouze jednu přijímanou teorii, ale přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů, kde každý má svou teorii osobnosti, obsah terapie a terapeutické procesy, metody a techniky léčby.

- Psychoterapie jako činnost:

Psychoterapie je léčebná činnost, specializovaná metoda léčení či soubor léčebných metod. Specifickými rozdíly odlišující tuto činnost od jiných jsou: léčebné působení psychologickými prostředky (rozhovor, neverbální

chování, sugesce, učení), působení na nemoc, poruchu nebo anomálii (působení na psychiku, duševní procesy, funkce a stavy osobnosti), odstranění nebo zmírnění potíží, změny v prožívání a chování klienta. Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba.

Poslední definice, kterou zmíníme, je od Prochasky a Norcross (1999), kteří charakterizují psychoterapii takto: „*Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“.

Psychoterapii můžeme považovat za zvláštní druh psychologické intervence, která působí na duševní život člověka, jeho chování, meziosobní vztahy i tělesné procesy. Usnadňuje dosažení změn nebo změny přímo vyvolává, a tím podporuje uzdravení, zabraňuje vzniku a rozvoji poruchy zdraví. (Vymětal, 2004)

Délka psychoterapeutické hodiny bývá 45-50 minut, skupinová psychoterapie trvá 90 minut. Zakladatel psychoanalytické skupinové terapie S. H. Foulkes řekl: „Psychoterapie trvá tak dlouho, jak trvá.“. Kalina (2013) uvádí pojmy, se kterými se obvykle setkáváme:

- Psychoterapie krátkodobá – většinou se jedná o ambulantní sezení jednou týdně po dobu tří až šesti měsíců. Pro nastartování změny a udržení přínosu se za dostačující dobu pokládá 20 - 30 sezení.
- Psychoterapie střednědobá – nejčastěji se jedná o psychoterapeutický program trvající jeden až tři roky, kdy považují dosažené změny za velmi podstatné.
- Psychoterapie dlouhodobá – intenzivní psychoterapie trvá tři až pět let.

### **3.2 Cíl a předmět psychoterapie**

Vymětal (2004) ve své knize zmiňuje, že cíl psychoterapie můžeme spatřit ve změnách osobnosti, chování a sociálních vztazích jedince. Tyto změny jsou předem stanoveny a jsou dosahovány vlivem psychologických prostředků v procesu. Po prostudování další publikace od Kratochvíla (2017) doplňujeme, že cílem psychoterapie je redukovat či odstranit

chorobné příznaky, podpořit klienta v rozvoji jeho osobnosti. Terapeut má za úkol zbavit klienta potíží, se kterými přichází.

Předmět psychoterapie vymezuje Vymětal (2004, s. 25) takto: *„Předmětem psychoterapie je lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska možnosti jejich ovlivňování komunikační a vztahovou cestou. Využívá se zde poznatků zejména psychologie a přístupů psychosomatické medicíny.“*

### **3.3 Individuální psychoterapie**

V individuální psychoterapii se setkává terapeut pouze s jedním klientem. Takle forma psychoterapie je pokládána za velmi intimní a z historického hlediska se považuje za základní. Většina psychoterapeutických přístupů dává přednost rozhovoru vsedě neboli „tváří v tvář“. Terapeut by měl spolu s klientem sedět tak, aby měl jeden druhého ve svém zorném poli a přitom, aby nebyli nuceni se na sebe neustále dívat. Můžeme se setkat i s nevhodným chováním terapeuta, kdy bude hovořit s klientem přes svůj psací stůl nebo si bude všechno zapisovat do počítače během sezení. (Kalina, 2013)

Vymětal (2010) doplňuje, že mezi terapeutem a klientem vzniká intenzivní vztah, který se vyvíjí především vlivem chování a osobnosti terapeuta i jeho způsobem práce s klientem. Individuální psychoterapie je tedy tvořena interakcí, vzájemnou komunikací a ovlivňováním z obou stran.

### **3.4 Skupinová psychoterapie**

Kratochvíl (2017) popisuje skupinovou terapii jako postup, při kterém se k léčebným účelům využívá skupinová dynamika, tj. vztah a interakce mezi členy skupiny a také mezi členy a terapeutem. Setkání nejsou primárně zaměřena na léčbu diagnostikovaných chorob, ale na rozvoj, osobní růst, zvyšování vnímavosti a umění radovat se ze života. V terapii je kladen důraz na emoční složku osobnosti a na vyjadřování pocitů „ted' a tady“.

Skupinová terapie, kterou většinou vede jeden až dva terapeuti má své výhody i nevýhody. Terapeutická dvojice by měla být sehraná a měla by se vzájemně podporovat, aby byla intervence účinná. Výhodou může být, že jeden z dvojice se zaměří na individuální příběh klienta a druhý na skupinovou dynamiku. Mohou si taky rozdělit verbální a neverbální komunikaci. V ideálním případě může skupina zaznamenat různost pohledů, neshod a hledání shody. Nevýhodou skupinové terapie může být přetahování se o vliv nad skupinou nebo soupeření o to, kdo skupině nabídne lepší výklad. Psychoterapeutickým schůzkám se říká „sezení“. Symbolem skupinové psychoterapie je kruh tvořen židlemi. Kruh značí symbol pro jednotu a harmonii. (Kalina, 2013)

Vymětal (2010) ve své publikaci uvádí, že skupiny můžeme sestavovat a dělit podle různých hledisek, přičemž záleží na problematice klientů. Skupiny mohou být heterogenní či homogenní dle věku, problematiky nebo zdravotních obtíží. Setkat se můžeme se skupinami klientů stejného pohlaví a se skupinami, které tvoří ženy i muži. Také počet klientů ve skupině bývá různý.

### **3.5 Rodinná psychoterapie**

Problémy závislých klientů často začínají nebo souvisejí s prostředím a různými situacemi v jejich rodinách. Kuklová (2016) hovoří o tom, že spolupráce rodiny či partnera je pro závislého klienta v léčbě vždy velkým přínosem. Témata rodinné terapie vycházejí jak z aktuální problematiky klienta, tak i z jeho minulosti, kdy závěr terapie by měl vlivem terapeutických metod směřovat ke společné budoucnosti rodinných členů.

Vlivem otevřené komunikace mezi závislým klientem a členy rodiny se mohou na obou stranách projevit či uvolnit dlouhodobě potlačované emoce jako je hněv, lítost, smutek nebo zklamání. Stává se, že klienti hovoří o problémech v dětství, které je trápily. Po většinou negativních emocích, kdy se tzv. „pročistí vzduch“, je vhodné přejít do pozice, kdy si členové vymění i pozitivní emoce, aby si řekli, co mají na druhém rádi a co oceňují.

Rodinná psychoterapie se podle Kratochvíla (2017) zabývá problémy, které vznikly u jednoho z členů rodiny. Jejím cílem je odstranit vzniklé potíže a navrátit rodině harmonické žití. Terapeuti předávají rodině cenné informace o závislosti, ale také poskytují rady, jak se

zachovat, pokud u klienta dojde k recidivě v užívání návykové látky, nebo jakým způsobem po léčbě přistupovat k závislému klientovi.

Během rodinných sezení se psychoterapeut snaží navodit takové změny, které by vedly k „uzdravení“ rodiny. Změna může nastat ve vzájemné komunikaci či náhledu na vzniklé problémy z užívání drog. (Dostupné z: <https://domus-cpr.cz/rodinna-terapie/>)

## 4 Expresivní terapie

V následující kapitole se budeme věnovat expresivním terapeutickým procesům, které napomáhají k relaxaci a uvolnění. Hudba, barvy a pohyb mají blahodárné účinky již od nepaměti. Také v léčbě závislosti mají expresivní terapie velký význam, protože pomocí hudby, kresby a hry se klienti s drogovou závislostí mohou vyjadřovat neverbálně, a přitom však sdělit své pocity.

Především se budeme zabývat terapeutickými účinky dramaterapie, arteterapie a muzikoterapie. Charakterizujeme jednotlivé terapie a představíme jejich roli v léčbě závislosti.

Vymětal (2007) v odborné literatuře popisuje expresivní postupy v psychoterapii jako metody, kterými se klient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím uměleckého či pohybového projevu.

### 4.1 Dramaterapie

Valenta (in Krahulcová a kol., 2017, s. 15) definuje dramaterapii takto: *„Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace.“*

Dramaterapie využívá léčivé aspekty dramatického a divadelního procesu pro dosažení terapeutického cíle. U klientů s drogovou závislostí uvádí Vymětal (2007), že cílem dramaterapie je změna postojů a chování jedince samotného k sobě, ale i ke společnosti. Mezi techniky dramaterapie můžeme zařadit divadelní činnosti, práci s loutkami, inscenaci představení, improvizaci či práci s pohybem.

Klientela, s níž dramaterapeut pracuje, je různorodá. Nejpočetnější skupinu tvoří klienti s mentálním postižením. Další skupinu tvoří klienti s psychiatrickou diagnózou a



s poruchami emocí či chování, do nich spadají klienti s drogovou závislostí. V neposlední řadě hovoříme o skupině osob seniorského věku. (Krahulcová a kol., 2017)

## 4.2 Arteterapie

Arteterapii popisuje Vymětal (2007) jako terapii prostřednictvím výtvarného umění či média. Klienti mohou pomocí arteterapie vyjádřit své vnitřní pocity, protože pro mnoho klientů je jednodušší komunikovat s terapeutem pomocí uměleckých objektů než přímo verbálně. Arteterapeutická činnost je vědomý proces, který dává formu těžce sdělitelným pocitům klienta. Výtvoři klientů mohou mít charakter jeho minulosti, přítomnosti či budoucnosti.

Liebman (2005) ve své publikaci hovoří o tom, že arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace. Nehodnotí se estetické úpravy výsledného díla.

Česká arteterapeutická asociace uvádí, že hlavní cíle arteterapie jsou zaměřeny na kognitivní, motivační a emocionální aspekty. Především se jedná tedy o sebevyjádření, sebepoznání, osobnostní růst, uvědomění, vhodném řešení problémů a zpracování konfliktů. (Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>)

Arteterapie může probíhat individuální nebo skupinovou formou. Individuální arteterapie se provádí za předpokladu, že by klient vyžadoval veškerou pozornost terapeuta nebo by jeho chování bylo pro ostatní členy kolektivu příliš rušivé. Častější formou je skupinová arteterapie, která je ovšem mnohem náročnější pro arteterapeuta. (Hornáková, Liebman in Šicková-Fabrice, 2002)

### 4.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebný faktor hudbu (poslech i aktivní provozování). Interakce probíhá mezi klientem, terapeutem a hudbou. Hudba ovlivňuje náladu a pocity člověka, může být stimulující a vyvolávat fantazii. (Vymětal, 2007)

Muzikoterapii dělíme dle Nešpora (1996) na receptivní (pasivní) a aktivní formu (hra na hudební nástroj). Při receptivní muzikoterapii klienti poslouchají hudbu, která v nich vyvolává různé pocity a vzpomínky. V aktivní muzikoterapii se klienti vyjadřují především pomocí zpěvu, melodií a tance.

Muzikoterapie má určité charakteristické znaky a je prováděna muzikoterapeutem. Má uplatnění v prevenci, léčbě i následné rehabilitaci. Během terapeutického procesu využívá zvuk, hudbu a hudební elementy (rytmus, melodie). (Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>)

## II. Praktická část

### 5 Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření je realizováno v psychiatrické léčebně Šternberk. Léčebna se nachází v Olomouckém kraji. Psychiatrická léčebna Šternberk je státní rozpočtová organizace a zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví.

Oddělení léčby závislosti je součástí komplexu Psychiatrické léčebny Šternberk. Charakteristickým rysem oddělení je režimový způsob léčby. Primariát je organizačně rozdělený na koedukované (muži i ženy) oddělení pro léčbu závislostí (21A) a na mužské oddělení pro léčbu závislosti (21B). Obě oddělení jsou otevřená. Součástí žádného z oddělení léčby závislosti není detoxifikační jednotka.

Na oddělení 21A probíhá komplexní ústavní léčba závislosti na alkoholu, nealkoholových psychoaktivních látkách a léčba patologického hráčství. Komplexní ústavní léčba závislosti trvá čtyři měsíce. Léčba klade důraz na změnu života, který vede k trvalé a důsledné abstinenci od návykových látek. Oddělení 21A je určené pro muže i ženy a má daný denní strukturovaný program. Je to otevřené oddělení, které vychází z principů terapeutické komunity. Základem léčby je režim. Součástí režimové léčby jsou pravidla, řád a bodovací systém.

Oddělení 21B je otevřeným oddělením pro muže se závislosti na alkoholu, psychoaktivních látkách a patologickým hráčství Případně s další psychiatrickou diagnózou (duální diagnózy). Jedná se o léčebně-resocializační oddělení závislosti. Základní myšlenkou oddělení 21B je umožnit léčbu závislosti pacientům za účelem regenerace organismu a prodloužení období abstinence u klientů, kteří nejsou tak silně motivovaní, aby přestali užívat návykové látky. Léčbu závislosti je možné absolvovat v trvání tří až čtyř měsíců. Na oddělení 21B jsou přijímáni pacienti, kteří nejsou schopni absolvovat standardní režimovou léčbu závislosti na oddělení 21A.

Psychiatrická léčebna Šternberk nabízí klientům v rámci léčby závislosti skupinovou terapii, arteterapii, muzikoterapii, pohybovou terapii a činnostní terapii. Klienti mají možnost věnovat se sportovním aktivitám. V areálu mají k dispozici tělocvičnu i posilovnu. (Dostupné z: <https://www.plstbk.cz/>)

## 6 Cíle práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat zkušenosti klientů s léčbou závislosti na drogách. Zjistit účinnost každé léčby, kterou účastníci výzkumu podstoupili. Zaměříme se také na další účinné faktory, které klientům pomáhají v léčbě se závislosti a v následné socializaci do společnosti.

Zaměřovat se budeme pouze na subjektivní pocity účastníků výzkumu, abychom zjistili jejich pohled na účinnost léčby a zda se v průběhu léčby změnil jejich postoj k drogám. Zajímat se budeme, jak o terapii, které jim pomáhají v léčbě se závislosti, tak o ostatní faktory, které napomáhají klientům neuzívat návykové látky a začleňovat se do společnosti.

Dílčí cíl jsme zvolili záměrně během rozhovoru. Důvodem bylo množství informací, které nám klienti poskytli. Dílčím cílem budeme zjišťovat, zda se u klientů vyskytuje stejný či podobný spouštěcí faktor ve vzniku drogové závislosti.

### Výzkumné otázky

*„Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však výzkumné hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního přístupu naproti tomu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze.“* (Mioviský, 2006, s. 88)

Výzkumná otázka musí být všem respondentům položena jasně, tak aby bylo možné na ni vůbec odpovědět. V případě, že je otázka položena nesmyslně nebo nepřesně, můžeme ji změnit, upřesnit nebo úplně zavrhnout a formulovat otázku novou. (Mioviský, 2006)

Výzkumné otázky byly stanoveny před rozhovorem s klienty. V průběhu rozhovoru jsme se jich snažili držet. Popřípadě byly pokládány doplňující otázky nebo jsme rozhovor nechali volně plynout, abychom získali potřebné informace.

V případě, kdy nebylo možné na výzkumné otázky vhodně odpovědět nebo z nich zjistit požadované informace, formulovali jsme otázky jiným způsobem nebo je pokládali konkrétněji.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké terapie a její účinné faktory napomáhají klientům v léčbě drogové závislosti?
- 2) Jaké jiné účinné faktory, kromě nařízených terapií v léčebnách napomáhají klientům k léčbě závislosti a jejich následné abstinenci?
- 3) Shledávají klienti změnu ve svém chování či postoji k drogám během léčby?

## 7 Design výzkumu

Definice dle Miovského (2006, s. 90): „*Projekt výzkumu (design výzkumu) je technickým plánem konkrétní výzkumné studie, který je na míru „šitý“ zvolenému výzkumnému problému v daném teoretickém rámci.*“. Upřesňuje způsoby použití konkrétních metod pro získání a analýzu dat, popisuje konkrétní výzkumný vzorek a kontext, v jakém bude studie realizována.

### 7.1 Kvalitativní přístup

Praktická část bakalářské práce je zpracována na základě kvalitativního přístupu. Definici kvalitativního výzkumu jsme zvolili podle metodologa Cresswella (in Hendl, 2005, s. 50): „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“.

Kvalitativní přístup využívá principy jedinečnosti, neopakovatelnosti, dynamiky, procesuálnosti a kontextuálnosti. Pro popis, analýzu a interpretaci využívá kvalitativní metody. (Miovský, 2006)

### 7.2 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr vzorku jsme nejdříve zvolili metodu sněhové koule. Základním východiskem této metody je získání kontaktu s první vlnou účastníků (nultá fáze), kteří nominují potenciální účastníky výzkumu (první fáze). Pokud souhlasí s účastí ve výzkumu, tak po získání potřebných informací účastníci dále nominují kandidáty pro druhou fázi. Metodu sněhové koule lze kombinovat se záměrným výběrem a prostým náhodným výběrem. (Miovský, 2006)

Téměř půl roku před zahájením výzkumu jsme se telefonicky informovali, zda je s organizací možné spolupráci uskutečnit. Druhý kontakt proběhl osobně, kdy jsme navštívili paní ředitelku psychiatrické léčebny ve Šternberku. Rozhovor byl informativní, během kterého nám poskytla kontakty na pracovníky, kteří působí na oddělení léčby závislosti. Dále jsme komunikovali s panem adiktologem Bc. Vavříkem. Byl informován o výzkumu této bakalářské práce. Následně jsme se domluvili na schůzce, kde byly probrány podrobnosti.

Metodu sněhové koule jsme dále kombinovali s metodou prostého záměrného výběru a stanovili jsme určitá kritéria, které účastníci výzkumu museli splňovat. Pan Bc. Vavřík nám zprostředkoval kontakty na následující respondenty, kteří splňovali daná kritéria a byli ochotni se do výzkumu zapojit.

Patton (in Miovský, 2006) hovoří, že se jedná o metodu záměrného výběru, kdy na základě kritérií, které si stanovíme, vyhledáváme pouze ty jedince, kteří je splňují a současně souhlasí s účastí v daném výzkumu.

Účastníci výzkumu museli splňovat následující kritéria:

- pohlaví: muži,
- závislost: drogy/alkohol,
- klienti PL Šternberk, kteří nemají nařízené ochranné léčení,
- souhlas účastníků s nahráváním rozhovoru na záznamník.

### **Charakteristika respondentů**

Výzkumného šetření se zúčastnili tři muži různého věku a vzdělání. Všichni respondenti užívali psychoaktivní látky.

<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Délka závislosti</b>	<b>Typ závislosti</b>
Muž (1)	27	Základní	4 roky	Pervitin
Muž (2)	29	Střední	12 let	Pervitin
Muž (3)	35	Střední	4 roky	Pervitin/Alkohol



## 7.3 Metoda sběru dat

Pro získání kvalitativních dat jsme zvolili metodu moderovaného rozhovoru (interview), tedy konkrétně polostrukturované interview.

Vytvoříme si určité závazné schéma, které dále specifikujeme okruhy otázek, na které se budeme ptát. Pořadí okruhů můžeme zaměňovat dle potřeby. V průběhu rozhovoru je možné klást doplňující otázky tak, abychom dostali požadované informace k výzkumným otázkám. Je vhodné si ověřit, zdali jsme správně pochopili odpověď, kterou nám poskytl účastník výzkumu. Popřípadě ho žádáme o upřesnění či vysvětlení jeho odpovědi. (Miovský, 2006)

Polostrukturovaný rozhovor je rozdělen do čtyř částí. Okruhy na sebe navazují a každá část má svůj význam pro získání potřebných dat. Rozhovor byl veden v kombinaci direktivního i nedirektivního stylu. Vedení rozhovorů bylo přizpůsobováno klientům dle toho, co jim více vyhovovalo. S navázáním důvěry s klienty jsme neměli problém, jelikož jsme se často s klienty setkávali při mé brigádě v kantýně daného zařízení.

Před zahájením rozhovorů jsme se všichni (autorka, respondenti, pan Bc. Vavřík) sešli ve společenské místnosti, abychom se navzájem představili. Následně byli respondenti informováni o samotném výzkumném šetření, k čemu nám výsledky budou sloužit a jaké bude jejich zpracování.

Samozřejmě byl informovaný souhlas účastníků o poskytnutí výzkumného rozhovoru. Poté byli dotazováni seznámeni s jednotlivými okruhy a otázkami. Byl jim ponechán čas na rozhodnutí, pokud by o některém okruhu nechtěli hovořit.

V úvodní části byli účastníci vždy seznámeni s účelem rozhovoru. Dále byly pokládány tzv. uvolňovací otázky, aby opadla nervozita mezi účastníky výzkumu. Následovně jsme se zaměřili na první okruh rodinné situace a počátek jejich závislosti. Druhý okruh se zabývá užíváním návykové látky.

Za nejdůležitější část rozhovoru pro získání kvalitativních dat považujeme okruh třetí. Respondenti byli dotazováni na průběh léčby a na jejich subjektivní pocity z terapií. Dále jsme se zaměřili na jiné účinné faktory, které napomáhají klientům v léčbě závislosti a jejich

následné abstinenci. V závěrečné části byli respondenti dotazováni na jejich pohled do budoucnosti.

Výběr místnosti byl ponechán na každém respondentovi na základě toho, aby se cítil příjemně a rozhovor probíhal přirozeně. Časově a termínově jsme se přizpůsobili klientům a jejich terapiím tak, abychom jim nenarušili program.

## 7.4 Metoda zpracování kvalitativních dat

Pro zpracování kvalitativních dat byl zvolen audiozáznam, se kterým všichni účastníci výzkumu souhlasili. S pomocí audiozáznamu jsme se mohli více soustředit na respondenty, protože jsme nemuseli nic zaznamenávat na papír a zdržovat se psaním.

*„Zvukový záznam fáze získávání dat představuje pro výzkumníka velikou podporu a pomoc. Zachycuje veškeré kvality mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlk, různé doprovodné zvuky atd.“* (Miovský, 2006, s. 197)

Zvuková nahrávka byla následně převedena do textové podoby. Tenhle krok dle Miovského (2006) nazýváme transkripce.

## 7.5 Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu kvalitativních dat jsme zvolili metodu vytváření trsů, kterou popisuje ve své knize Miovský (2006) takto: *„Metoda vytváření trsů slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd.“*. Tyto trsy vznikají na základě vzájemné podobnosti. Tímto procesem vznikne obecnější kategorie, pro které jsou charakteristické opakující se znaky.

V rozhovorech s dotazovanými jsme se tedy zaměřovali na výroky, které se týkají určitého tématu. Získané informace z rozhovorů jsou tříděny a řazeny do trsů. Díky audiozáznamu jsou některé pasáže rozhovoru převedeny doslovně. Rozhovory byly poměrně dlouhé, většinou trvaly okolo dvou hodin, a proto jsme některé části vynechali. Vynechané

části neobsahovaly potřebné informace k výzkumu. Účastníci výzkumu si také nepřáli, abychom určitá sdělení zveřejňovali.

## 8 Zpracování výzkumných dat

### 8.1 Okruh 1 – Rodinná situace a počátek závislosti

#### Respondent č. 1

*„Celý život bydlím u maminky, protože má jenom mě. Jsem jedináček a můj otec se na nás vykašlal, když mi bylo 12 let. Odešel k jiné ženě. Nestaral se o mě. Maminka byla moc měkká a mně chyběl otcovský vzor. Od svých 17 let jsem začal kouřit trávu. Kouřil jsem téměř každý den, než se stivil jednou kámoš, teď už těžkej narkoman a prostě jsme zkusili pervitin.“*

#### Respondent č. 2

*„Jsem takový levoboček od táty, takže jsem vyrůstal převážně s mámou. Měl jsem pěkné dětství, bydlel jsem na sídlišti. Moji sousedi byli z punkové skupiny, jakože narkomani, těžcí narkomani. Takže mezi takovými lidmi jsem vyrůstal, ale byla to sranda. No, a tak jsem se čím dál víc zapléтал mezi ně, až mi bylo 15 let a byla mi podána žárovka, že to musím zkusit. Tak jsem to vdechl ten perník, a tak mě to začalo motat. Pak jsem si dal tak čtyřikrát čáru. V 17 letech mi podali jehlu, já jsem s tím neuměl, tak mi ji kámoška píchla do krku.“*

#### Respondent č. 3

*„Měl jsem dobrý rodinný zázemí, hlavně po materiální stránce. Jsem z úplné rodiny. Mám dva mladší sourozence, sestru a bratra. Nestrádal jsem nějak finančně, ale chyběl mi doma otec, který jezdil často pracovně pryč, třeba na rok. Už jako malý jsem se snažil na sebe upoutat pozornost a na základní škole jsem měl menší průšvihy. S matkou jsem měl horší vztah už od 7 třídy. V 8 - 9 třídě jsem začal kouřit trávu, pak jsem přestal řešit emoční věci v rodině.“*

Z rozhovorů vyplynulo, že rodinná situace v dětství měla velký vliv na počátek závislosti všech respondentů. Dále všichni potvrdili, že jim doma chyběl otcovský vzor, kdy buď otec od rodiny odešel, nebo se spolu vídali velmi málo a na výchovu otec neměl žádný vliv.

Dále z rozhovorů vyplynulo, že k drogám se všichni dostali přes partu kamarádů, a tak pro ně nebylo těžké si drogu obstarat. Konstatovali, jak lehké bylo spadnout do takové party lidí a koneckonců jim to dlouho vyhovovalo.

Všichni respondenti byli velice ochotní a otevření mluvit o své minulosti a rodině. Až na jednoho dotazovaného byli všichni se svou minulostí téměř vyrovnaní a necítily žádnou nevraživost k rodině. Respondent č. 1 se snaží nadále vyrovnat s tím, že jeho otec od rodiny odešel a nestaral se o něj.

V průběhu rozhovorů se projevovala velká odhodlanost přestat s drogami a žít jiný život než doposud. Ačkoli jeden z dotazovaných měl dost protichůdné názory, kdy jednou sdělil, že chce přestat brát drogy a podruhé si stál za názorem, že když bude brát, je to taky cesta.

## **8.2 Okruh 2 – Užívání návykové látky a život před léčbou**

### **Respondent č. 1**

*„Trávu kouřím od 17 let, pervitin jsem šňupal poslední 4 roky. Prostě jsem to zkusil a pak už to jelo. Nechodil jsem mezi lidi, hrál jsem počítačové hry a tak...prostě pervitin a tráva.“*

*„Babičce jsem nešel na narozeniny, protože jsem viděl něco, co není. Za všechno mohl ten pervitin a tráva. Byl jsem v uzavřeném světě, kde jsem měl jen počítač a drogy. Nic jiného mě nezajímalo...takovej život neživot, no.“*

*„Na pervitinu jsem vydržel třeba tři až čtyři dny nespát a jen hrát hry. Pak jsem měl paranoii a diagnostikovali mi toxickou psychózu...měl jsem krůček ke schizofrenii.“*

### **Respondent č. 2**

*„Začal jsem žárovkou, pak čárou a jehlou, a od té doby se mi všechno přetočilo. Ze začátku to byly víkendové bavenda, ale pak už tě to chytne.“*

*„S přítelkyní (teď už ex) jsme se přestěhovali do Zlína, nový město a tak, bylo to super. Když jsme se rozešli, tak jsem odjel do Londýna za kámošem a tam jsem se rozjel docela těžce*

v heroinu. S kamarády jsme vařili kvalitní peří (pervitin), takže nemám žádný zdravotní potíže víc...játra, a tak mám čistý.“

„Pořád jsem rajtoval a tak. Procestoval jsem půl republiky a měl slušný zaměstnání. Pak mě jednou přivezla záchranka do Kroměříže...až po týdnů mě identifikovali. Neměl jsem nic a byl jsem o 36 kilo lehčí.“

### **Respondent č. 3**

„Chlast se semnou v podstatě táhne už od střední školy, později jsem to kombinoval s perníkem (pervitin). Když jsem byl pod vlivem alkoholu, tak jsem měl potřebu vystřízlivět. Potřeboval jsem jakoby nějaký stimulant, abych fungoval...a naopak po perníku jsem se vždycky musel zklidňovat, tak jsem si dal alkohol.“

„Nejdřív to byla víkendová záležitost, pak už i v týdnů a potom to bylo denně. Když jsem si nedal perník, tak jsem nebyl schopný fungovat jak v práci, tak doma.“

„Pak už jsem pil třeba 1,5 litru tvrdého denně. Spával jsem s flaškou pod polštářem, protože ten absták byl tak šílený, že jsem to nedával. Chodil jsem do krámu a hned jsem pil u regálu, a když jsem neměl prachy, tak jsem vypil půlku a vrátil ji tam.“

Respondenti se shodli na tom, že tvrdé drogy chtěli pouze vyzkoušet, převážně kvůli partě, ve které byli. Ale po několika dávkách se stali již závislými a jak sami řekli „pak už je to chytlo“.

V rozhovoru respondenti vylíčili, jak moc jim ze začátku droga dávala. Cítily se dobře, nic jim nechybělo a byli spokojení. Později se však všechno obrátilo a to, když se droga pro ně stala spíše trápením a ocitli se v bludném kruhu.

„Droga mi dala všechno, co mohla, ale teď už mi nemá co dát a jen mi bere.“

Každý účastník výzkumu vedl svůj život s drogovou závislostí odlišným způsobem. Respondent č. 1 sdělil, že jeho život v době závislosti se odehrával převážně mezi čtyřmi stěnami, kdy trávil čas jen na počítači a „šňupal“ pervitin. Nechodil pravidelně do práce a o okolní svět i společnost již ztratil zájem. Až psychické a fyzické potíže ho přesvědčily o tom, že chce přestat brát drogy.

U respondenta č. 2 trvala drogová závislost nejdéle. Rád vzpomínal na ty časy, kdy s drogou zažíval dle jeho slov „dobrodružství“. Ačkoliv se rozhodl pro léčbu a nechce být závislý na drogách, tak je rád zato, co mu drogy daly. Nyní je přesvědčený, že s drogami již nic nového nezažije a chce nový život bez drog, protože to dobrodružství, které s drogami měl už skončilo.

Respondent č. 3 má za sebou již osmiletou abstinenci a nyní se primárně léčí z alkoholové závislosti. Potřebné informace, které pro výzkum sdělil, se však týkají závislosti na alkoholu i pervitinu. Při rozhovoru byl účastník velice klidný a vyrovnaný. Plně si uvědomoval, co mu drogy vzaly a čemu se musí vyvarovat. Po osmileté abstinenci pro něj tato léčba znamená malý krůček zpátky, ale bere to jako poučení a cítí se připraven na další abstinenci. Velkou motivací pro něj jsou jeho děti.

*„Za regálem „lup“ a zas na chvílku dobře, ale stejně jenom člověk už má v hlavě tu časomíru, protože zas mu bude špatně.“*

Respondenti se shodují v rozhovorech, že pro léčbu se rozhodli sami, ačkoliv každý z jiného důvodu. Konstatují, že drogy jim sebraly pár let života, ale další roky mají před sebou.

### **8.3 Okruh 3 – Léčba závislosti a její účinnost**

#### **Respondent č. 1**

*„Rozhodl jsem se sám pro léčbu a tohle je moje první. Dva měsíce jsem byl na patnáctce, tam jsem zažil různé případy a byla to pro mě hrozná zkušenost, takže jsem rád, že jsem teď tady. Ona mi ta patnáctka strašně moc dala, to už mi tady nikdo nedá. Tady budu jen rozebírat problémy a co dělat v určitých situacích.“*

(Pozn.: Patnáctka je uzavřené mužské psychiatrické oddělení v psychiatrické léčebně, kam nastoupil respondent č. 1, protože v době jeho nástupu nebylo volné místo na oddělení pro léčbu závislosti.)

*„Už dávno vím, co chci a nechci, ale pomáhá mi skupinová terapie...slyšet problémy druhých lidí. Hodně mě baví pracovní terapie, kde něco tvořím a sportovní aktivity. Ale, že by mi to něco dávalo, to těžko říct, protože už to mám nějakou dobu srovnány v hlavě.“*

Pro respondenta č.1 byl začátek léčby trochu odlišný, jelikož byl přijat na mužské psychiatrické oddělení. V rozhovoru sdělil, že to pro něj byla přínosná zkušenost, ale zároveň si k drogám vytvořil odpor, protože si uvědomil, že i on sám měl blízko k samotné schizofrenii způsobené užíváním drog.

Samotný režim na oddělení hodnotí pozitivně, ale je to pro něj více náročné než pro ostatní. V rozhovoru uvedl, že se o něj celý život stará jeho matka, on sám téměř nepracoval. Zaměstnání si neudržel z toho důvodu, že do něj častokrát ani nepřišel nebo byl pod vlivem drog. Doma neměl žádný režim ani povinnosti, celý den byl zavřený v pokoji a hrál hry na počítači. Nyní si hledá práci a po odchodu z léčebny si chce najít nový byt, za účelem osamostatnění.

*„Musí se tady dodržovat pravidla. Ten režim tady je takový přísný. Všechno se musí dodržovat na minutu, když se zpozdíte, tak máte napomenutí. Za šest napomenutí už se letí.“*

*„Je to tady udělaný, aby člověka připravili do života.“*

Respondent shledává velká pozitiva ve skupinových terapiích. Ačkoliv uvedl, že neví, zda mu terapie něco dávají, protože již má všechny priority srovnané, tak z rozhovoru vyplynulo, že právě ty změny v jeho postojích nastaly díky psychoterapii.

*„Už jsem tady přehodnotil myšlení, drogy nechci už nikdy vidět.“*

Během léčby si také začal uvědomovat, že kvůli drogám ztratil zájem o veškeré koníčky, které měl. S jiskrou v očích popisoval, jak hrál dříve hokej, než začal brát drogy. Již v léčebně se opět začal věnovat sportu.

## **Respondent č. 2**

*„Už mám za sebou dvě léčby. První byla v Kroměříži, pak jsem šel hned do Opavy. Bylo mi to málo, tak jsem potřeboval ještě zkusit další léčbu. Jak mi skončila léčba v Opavě, tak jsem se hned sjel a půl roku na to jsem přišel do Šternberka.“*



*„Připadám si tady jako porouchaná gramofonová deska. Všechny terapie už mám vyzkoušený, dělám to potřetí. Já si umím pojmenovat svoje problémy, vím, co mi pomůže.“*

Respondent č. 2 nastoupil na první léčbu hned po tom, co ho propustili z nemocnice, kde byl odvezen, protože ho našli v bezvědomí na ulici. Dle jeho slov sice dokončil léčbu v Kroměříži, ale stále mu to nestačilo, tak vzápětí nastoupil na další léčbu v Opavě. Po propuštění se během jednoho dne vrátil k užívání drog. Nemá problém s dokončením léčby, ale když skončí a vyjde „ven“, tak má problém s abstinencí a sebekontrolou.

Svoji závislost na drogách popisuje jako zlovyk, kterého se nemůže zbavit. Jistou dobu si myslel, že závislost zvládne sám. Když se po první léčbě vrátil k drogám, tak svůj postoj přehodnotil. Z rozhovoru jsem vyplynulo, že nyní podstupuje léčbu jen proto, aby následně mohl jít do doléčovacího zařízení.

*„Po Opavě jsem to venku zkusil a nedal jsem to. Měl jsem jít hned na doléčovák, ale já si myslel, jak to zvládnou sám.“*

Terapie v léčebně nyní hodnotí jako nepřínosné, a to z toho důvodu, že je tohle už jeho třetí léčba ze závislosti a vše zná z předchozích léčení. Když byl v léčebně v Kroměříži, byly pro něj efektivní psychoterapie, které mu napomáhaly k abstinenci a úspěšnému začlenění do společnosti. Režim na oddělení není podle něj přísný, je zvyklý mít určitý harmonogram dne. Volný čas tráví převážně v pokoji, kde si čte knížky, nebo si jde zasportovat.

### **Respondent č. 3**

*„Půl roku jsem se léčil v komunitě z pervitinu a alkoholu. To byl hodně tvrdý režim, jinak bych letěl, a to mi hodně pomohlo. Tady je to moje třetí léčba a doufám, že už poslední.“*

*„Po tom, co mám za sebou, komunitu a tak, mi to tady už nemá moc co dát. Jako jo, můžu si dát zpětnou vazbu sám sobě, ale už žádné nové uvědomění, to už mám všechno vyřešený z předchozí léčby. Nejvíc mi teď pomáhá sport, dost mě to tady chytlo.“*

Respondent č. 3 nastoupil na první léčbu do křesťanské komunity u Prahy, kde strávil půl roku. V té době byl závislý na pervitinu a alkoholu. Během pobytu v komunitě neměl žádný kontakt s vnějším světem, a to považuje za svoji záchranu. Je rád, že si zažil přísnější režim, protože jinak by se ze závislosti nejspíš nedostal.

*„Struktura dne je tam taková, že 9 hodin denně děláte těžce fyzickou práci v paletárně. Z těch palet se financuje provoz komunity, pak ještě ze sbírek, kdy chodíte s kasičkou po různých městech a oslovujete lidi, aby přispěli na boj proti drogám.“*

*„Nemáte u sebe mobil. Kdo kouří, tak hned první den přestane nebo odejde. První kávu dostanete až po 3 měsících.“*

*„Je tam jedna až dvě hodiny volna denně a čtyři hodiny je bohoslužba, kde si čtete bibli. Jinak pracujete a fungujete jenom v tom režimu.“*

*„Ovšem mělo to něco do sebe. Dalo mi to fakt hodně. Když člověk zažije něco tak hrozně tvrdého, tak ho to zocelí.“*

Po půl roce z komunity odešel, protože začal mít zdravotní problémy a cítil se už dost zmatený z víry, kterou mu dle jeho slov „tloukli do hlavy“. Následně měl 14denní recidivu a z toho důvodu nastoupil na další léčbu do Havlíčkova Brodu.

*„Tam jsem byl taky půl roku. Byla to změna po komunitě, musel jsem se aklimatizovat. Zažil jsem jiný režim, terapie a tak. Tady mi hodně pomáhali psychoterapie, kdy jsem si v klidu mohl v hlavě všechno srovnat.“*

Po dokončení léčby nastoupil do doléčovacího zařízení a osm let abstinovat. Bez alkoholu a pervitinu se mu dařilo dobře jak v osobním životě, tak v kariéře. Po osmi letech zažil v práci syndrom vyhoření a upadl do deprese. Začal brát lehká antidepresiva a později je kombinoval s alkoholem. Po pár měsících nastoupil na léčbu do Šternberka.

Nyní je mu nejbližší sport. Téměř každý den chodí běhat. Léčbu hodnotí pozitivně, ale žádné nové informace zde nenachází.

*„Mně už po tom, co mám za sebou, tady nemůžou nic nového říct. Můžu si dát sám sobě zpětnou vazbu na skupinovce, ale už žádný překvapivý výraz v mém obličejí nepřichází, že bych se dozvěděl něco nového.“*

V průběhu rozhovorů jsme se snažili zjistit, které účinné faktory všem třem mužům v léčbě závislosti pomáhají. Všichni se shodli na tom, že pro ně byla užitečná psychoterapie. Ale klientům, kteří postupují již třetí léčbu, se může zdát, že už všechno znají a jen se to opakuje.

Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že pro bývalé uživatele drog je velký problém, když se po léčbě opět shledají se svými dřívějšími přáteli, kteří stále drogy užívají. Všichni respondenti jsou rozhodnutí přerušit kontakty s uživateli drog a najít si nové přátele. Chtějí se izolovat od staré party.

Respondenti č. 1 a 3 se v léčbě začali pravidelně věnovat sportu. Snaží se obnovit své bývalé zájmy a shodli se, že nyní jim sportovní aktivity nejvíce pomáhají.

## **8.4 Okruh 4 – Jiné účinné faktory v léčbě závislosti**

### **Respondent č. 1**

*„Chci si najít byt, začít chodit do práce a osamostatnit se. Taky chci více chodit do společnosti a najít si přítelkyni, už nechci být sám a hrát jen hry na počítači. To už mě nebaví.“*

*„Mám jednoho dobrého kamaráda, který nikdy drogy nebral. S těmi, co berou se stýkat už nechci.“*

*„Strašně mě baví vařit, takže si chci dodělat školu a časem pracovat jako kuchař. Taky mám rád zvířata, doma mám dva psy a už mi moc chybí.“*

*„Budu docházet do P-centra, mamina už tam chodí teď za paní psychologkou a říká, že ji to moc pomáhá.“*

Respondent č. 1 byl dost fixovaný na svou matku. Celý život se o něj starala, on téměř nepracoval a neměl žádné povinnosti. Nyní jí to chce vše vynahradit. Bojí se o ni a chce, aby viděla, jak žije rádným životem. Po léčbě se už nechce vrátit domů, takže je pro něj velkou motivací hledání bydlení a zaměstnání.

*„Ona je můj nejbližší člověk a už jí nechci přidělovat starosti, protože už toho bylo dost.“*

Během rozhovoru často mluvil o svých psech. Je mu líto, že se o ně nestaral a těší se, až si je vezme k sobě, aby nebyl sám. Má jednoho dobrého kamaráda, který mu pomáhá. Bere

ho jako svůj vzor. Má ženu, děti, dům a práci. Postupem času si chce taky najít přítelkyni a plánovat budoucnost.

## **Respondent č. 2**

*„Nechci být sám, už mě to nebaví. Ještě tento rok se chci věnovat léčbě a pak si najít nějakou slušnou holku a začít normálně žít.“*

*„Založit si rodinu, nějaký pěkný baráček a tak. Jak jsem starší, tak to vidím jinak. Vidím na ulici chlapa s děckem a závidím mu to. To teď já chci. Když deset let bereš, tak už máš všechno vyzkoušené, takže teďka se chci věnovat vztahům a pak rodině.“*

*„Nemám dobré kamarády, nechci se s nimi vídat, oni by mě stáhli zpátky. Odsud půjdu hned na doléčovák, tam chci aji bydlet, abych měl tu jistotu. Sám to venku nezvládnu, to už jsem si zkusil a nevyšlo to, potřebuju tu záchrannou berličku.“*

Respondent č. 2 užíval drogy více než deset let a během té doby ztratil zájem o veškeré koníčky, které měl. Nyní je odhodlaný, že ještě rok stráví v léčebně a doléčovacím zařízení, aby neztratil kontrolu sám nad sebou. Chce si pomalu plnit své cíle.

V rodině má velkou podporu. Kamarády teď nemá téměř žádné, protože mezi nimi nemá žádného, který by nežíval drogy.

Svoji pozornost chce zaměřit na hledání partnerky. Touží po rodině a klidném životě. V léčebně se cítí v bezpečí, ale má strach, že to sám „venku“ nezvládne, proto chce jít do doléčovacího zařízení.

## **Respondent č. 3**

*„Mojí největší motivací jsou moje děti. Chci je vídat pravidelně a žít s nimi normální život.“*

*„Chci zase abstinovat, zdravě žít a sportovat. To mě teď nejvíce povzbuzuje, během tady přes deset km několikrát týdně a vnitřně je mi líp.“*

*„Už mám poslanou žádost do P-centra, takže odsud půjdu rovnou tam, najdu si práci a pak přítelkyni. Musím si dávat pozor na vztahy, najít si hlavně někoho, kdo s drogami nemá zkušenosti.“*

Respondent č. 3 má za sebou již dlouhodobou abstinenci a po léčbě v ní chce pokračovat. Po zkušenostech, které má, si je vědom toho, že to není lehká cesta, proto chce po léčbě navštěvovat pravidelně P-centrum.

Jako jediný z účastníků má děti, a ty jsou jeho největší motivací. Chce se jim naplno věnovat a být dobrým otcem. Jejich odloučení nebylo dlouhé, ale i tak si uvědomuje svoji chybu.

Respondent č. 3 je velice aktivní typ člověka. Neustále musí být v dění. Tady opět našel vášeň ke sportu, kterému se chce i nadále věnovat. Po dokončení léčby se chystá pravidelně docházet na thajský box, který dělal pár let zpátky.

## 9 Výsledky a diskuse

Hlavním cílem závěrečné práce bylo popsat zkušenosti klientů s léčbou závislosti na drogách, zjistit účinnost léčby a jiné účinné faktory, které napomáhají klientům v léčbě se závislostí.

Nejdříve jsme se chtěli věnovat pouze terapiím, které klienti v léčebně mají, ale během výzkumného šetření jsme zjistili, že je potřeba zaměřit se na účinnost léčby celistvě a prozkoumat všechny účinné faktory, které klientům pomáhají v léčbě se závislostí. Pro většinu klientů tohle není první léčba, proto jsme náš záměr rozšířili na všechny léčby, které podstoupili, abychom zjistili, co konkrétně klientům pomohlo v dané léčebně.

Všichni účastníci výzkumu se rozhodli pro abstinenci. Ačkoliv jsou někteří na léčbě již potřetí, jejich odhodlanost je stále silná. Z počátku si mysleli, že závislost na drogách zvládnou sami a vyléčí se, ale po uplynulých letech si uvědomili, že závislost je natolik silná a vytrvalá, a proto vyhledali odbornou pomoc. Účastníci výzkumu nám poskytli potřebné informace pro splnění hlavního cíle, a proto můžeme říct, že léčba drogové závislosti v léčebnách je účinná a napomáhá klientům v tom, aby se stali abstinenty a úspěšně se začleňovali zpět do společnosti. Pracovníci v léčebně jsou ochotní a pomáhají především tomu, kdo pomoci chce.

Během léčby ze závislosti je důležitá motivovanost klientů. Bez silné motivace je léčba mnohem těžší a často končí recidivou klientů. V rozhovoru jeden klient sdělil, že při jeho nástupu na první léčbu, nebyl rozhodnutý s užíváním přestat. Proto se k užívání drog vrátil a nyní je jeho odhodlání zcela jiné. Právě proto shledáváme velká pozitiva v dalších účinných faktorech než jen v terapiích probíhajících v léčebně. Pro klienty, kteří nastoupili na svoji třetí léčbu, jsou právě tyto faktory nyní více účinnější než např. psychoterapie, která pro ně byla neefektivnější v první léčbě a nyní je k abstinenci vedou především jiné okolnosti.

Dílčím cílem bylo zjistit, jestli se u klientů objevuje stejný nebo alespoň podobný spouštěcí faktor ke vzniku drogové závislosti. Za spouštěcí faktor ve všech třech případech považujeme rodinnou situaci v dětství a dospívání. Klienti se shodli na tom, že jim doma chyběl otcovský vzor, kdy je buď otec opustil, nebo se s ním vídali méně často, a proto na výchovu neměl vliv. Všichni jsou si vědomi toho, že se rozhodli sami užívat drogy a nesvalují

vinu na nikoho z rodiny. Jen si myslí, že právě tento faktor je v dětství ovlivnil a sami se s touhle skutečností museli vypořádat na skupinových sezeních.

Výsledky z výzkumu jsme se snažili zpracovat objektivně bez zkreslených faktů. Pro objektivnost jsme tedy vyhledali další výzkumy a práce, které se věnují léčbě drogově závislých osob a zmiňují účinnost jejich léčby pomocí terapií či jiných faktorů.

Jako první zmíníme bakalářskou práci Bc. Petry Šeredové, která se zabývala ergoterapií u drogově závislých osob. Pomocí kazuistik dvou klientů, kteří byli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici popsala ergoterapeutický proces, kdy ergoterapeut využil aktivity a činnosti k navrácení soběstačnosti klienta do běžného života. Závěrem měla ergoterapeutická intervence velice pozitivní vliv na oba dva klienty. (Šeredová, 2018)

Diplomová práce Mgr. Olgy Šustrové je zaměřena na pohybovou terapii v léčbě drogově závislých klientů, kteří se nacházejí ve vězení. Cílem práce je zkoumání vlivu pohybové terapie u osob závislých. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pohybová terapie může významně přispět k léčbě závislosti. Účinnost terapie se u klientů nejvíce projevila v oblasti emocionální, kognitivní, ale i sociální vzhledem k prostředí. (Šustrová, 2017)

Poslední zmíněná bakalářská práce Bc. Anety Koželuhové popisuje účinné faktory pracovní terapie v rámci intervence drogově závislých osob. Pro výzkumné šetření zvolila terapeutickou komunitu Grunt a pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjišťovala, jak pracovní terapie a komunitní léčba napomohla klientům k socializaci, léčbě a abstinenci. Výsledkem šetření je, že pracovní terapie napomohly klienty opět vrátit do pracovního procesu a neměli čas tolik myslet na drogy. (Koželuhová, 2019)

Výsledkem je tedy shoda, že klientům napomáhají terapie k úspěšnému zvládnutí léčby, následné abstinenci a efektivnímu začlenění do společnosti.

## Závěr

V teoretické části jsme v první kapitole definovali obor adiktologie a drogovou závislost. V závěru kapitoly je zmíněna primární, sekundární a terciární prevence drogové závislosti. Následující kapitola byla věnována terapeutické komunitě, ve které vymezujeme právě komunitu pro osoby závislé na návykových látkách.

Poslední dvě kapitoly jsou zaměřeny na psychoterapii a expresivní terapii, které působí v léčbě závislosti. Byla zmíněna individuální, skupinová a rodinná psychoterapie. Dále je krátce nastíněna dramaterapie, arteterapie a muzikoterapie.

V praktické části je charakterizována psychiatrická léčebna Šternberk, kde bylo výzkumné šetření realizováno. V následujících kapitolách se zabýváme cílem práce, výzkumnými otázkami a designem výzkumu. V neposlední řadě je kapitola věnována zpracování výzkumných dat.

Závěrem práce uvedeme odpovědi na výzkumné otázky:

### **1) Jaké terapie a její účinné faktory napomáhají klientům v léčbě drogové závislosti?**

Za účinnou terapii v léčbě závislosti respondenti považují psychoterapii. Napomohla jim k uspořádání svých myšlenek, přehodnocení priorit, a především se vnitřně vypořádat a smířit se svou minulostí. Někteří respondenti považují psychoterapii za přínosnou v tom, že slyší problémy jiných osob a dojdou k uvědomění, že v tom nejsou sami.

Klienti měli psychoterapii v každé léčbě, kterou absolvovali. Byla jim nabídnuta individuální psychoterapie, ale nikdo z nich ji nevyužil. Raději všichni chodili na skupinová sezení s dalšími členy.

Pro klienty je psychoterapie přínosná, ale někteří v rozhovoru uvedli, že nyní, když absolvují třetí léčbu, tak jim skupinová terapie nedává tolik jako v první léčbě. V té době pro ně byla nejefektivnější. Stále ale využívají té možnosti, že sami sobě dávají zpětnou vazbu a uvědomují si důvody, proč u nich došlo k recidivě.

Respondent č. 1 sledává také pozitivně pracovní terapii, při níž se příjemně uvolní, přejde na jiné myšlenky a je spokojený s výsledkem svojí práce. Pracovní terapie mu napomáhá k zapojení se do pracovního procesu.



## **2) Jaké jiné účinné faktory, kromě nařízených terapií v léčebnách napomáhají klientům k léčbě závislosti a jejich následné abstinenci?**

Každý klient je motivovaný z jiných osobních důvodů, a proto jsou pro ně další účinné faktory napomáhající k abstinenci většinou odlišné. Shledáváme ale i pár stejných faktorů, které klienti zmiňují v rozhovorech.

Respondentu č. 1 nejvíce pomohlo, když byl při přijetí umístěn na jiné oddělení. Konkrétně na psychiatrické mužské oddělení, kde byl na pokoji s muži, kteří měli diagnostikovanou schizofrenii důsledkem užívání návykových látek. Tahle zkušenost ho velmi ovlivnila. Často na dobu strávenou tam vzpomíná, a z toho důvodu si k drogám vytvořil odpor.

Dále je pro něj přínosem režim v léčebně. Nebyl zvyklý na denní režim z domu a nyní si osvojuje povinnosti dospělého člověka. Chce se osamostatnit, najít si práci a nové bydlení. V léčebně začal opět projevovat zájem o své koníčky, kterým se přestal věnovat v důsledku užívání drog. Baví ho sport a ruční práce. Sportu se chce věnovat i po skončení léčby, protože ho naplňuje a má k němu kladný vztah. V neposlední řadě klientovi k abstinenci napomáhá podpora od jeho matky. Mají spolu pěkný vztah a chce ji ty roky, kdy byl závislý na drogách vynahradit.

Pro respondenta č. 2 je taky účinný faktor podpora rodiny. Zmiňuje, že měl rád svoji práci a těší se, až začne opět pracovat. Je zvyklý neustále něco dělat a trávit čas ve společnosti lidí. Největší motivací je pro něj představa, že bude žít normální život bez drog.

Respondentu č. 3 k abstinenci nejvíce napomáhají jeho děti. Již předtím osm let abstinoval a dokázal žít bez drog. Nyní si ujasnil, v čem má být opatrný, aby nedošlo k recidivě. Je odhodlaný žít nový život. Respondenta taky pozitivně ovlivňuje sport. Běhá téměř každý den. Dle jeho slov má rád ten pocit, když se fyzicky zničíte. V léčebně mu je velkou oporou jeho kamarádka. Vzájemně se jeden druhého snaží podporovat, a proto se necítí na všechno sám.

Pro shrnutí můžeme říct, že klientům k léčbě závislosti a následné abstinenci napomáhají i jiné účinné faktory než pouze nařízené terapie v léčebně. Pozitivní vliv mají rodinní příslušníci, blízcí přátelé, sportovní aktivity, režim na oddělení a špatné zkušenosti ostatních uživatelů drog.

### **3) Shledávají klienti změnu ve svém chování či postoji k drogám během léčby?**

Během léčby se klienti vyrovnávají s tím, že budou již celý život abstinovat. S touto myšlenkou do léčby nastoupili, ale během ní se ještě více prohloubila a přijali ji za vlastní.

Respondent č. 1 sdělil, že během dvou měsíců v léčebně, se mu v hlavě všechno přetočilo a k drogám začal přistupovat úplně jinak. Nyní má odpor k drogám. Ukončil kontakty s lidmi, kteří užívají návykové látky a vyhledává jen přátele, kteří drogy neberou. Jeho postoj se nezměnil jen k drogám, ale taky k tomu, jak vedl svůj dosavadní život. Jeho cílem je najít si práci, odstěhovat se a taky si najít přítelkyni, které se chce věnovat.

Respondent č. 2 svůj postoj k drogám změnil ještě před nástupem do léčebny. Dle jeho slov mu drogy dali všechno, co mohli, ale teď už mu jen berou. Chtěl přestat s užíváním drog, ale sám to nedokázal. Právě proto nastoupil na léčbu a následně se chystá nastoupit do doléčovacího zařízení.

Respondent č. 3 abstinuje od pervitinu již přes osm let. Jedinou věc, kterou ještě nemá v sobě vyřešenou je spojitost drog se sexuálním životem. V ostatních věcech má jasno a zaujímá postoj striktní abstinence od všech návykových látek. Jeho chování se během léčby nepatrně změnilo. Našel v sobě pokoru, váží si věcí, které má a chce se plnohodnotně věnovat svým dětem.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat zkušenosti klientů s léčbou závislosti na drogách, zjistit účinnost léčby a dalších faktorů, které jim napomáhají k léčbě a následné abstinenci. Můžeme říct, že výsledky, které z výzkumu vyplynuly jsou uspokojivé. Vzhledem k tomu, že výběr zkoumaného vzorku je menšího počtu, tak výsledky, které jsme popsali nelze aplikovat globálně pro všechny klienty, kteří léčbu závislosti podstupují. Ačkoliv se klienti shodovali názorem v prospěšnosti a účinnosti léčby, tak pro získání procentuálního výsledku úspěšnosti léčby závislosti, by byla potřeba provést výzkumné šetření se všemi klienty v léčebně.

## Seznam použitých zdrojů

ADIKTOLOGIE. Online [cit. 2019-12-11]. Dostupné na: <<https://psycholog-jihlava.cz/co-je-adiktologie>>

ADIKTOLOGICKÉ PORADENSTVÍ. Online [cit. 2019-12-17]. Dostupné na: <<https://psycholog-jihlava.cz/adiktologicke-poradenstvi>>

ARTETERAPIE. Online [cit. 2020-3-2]. Dostupné na: <<http://www.arteterapie.cz/arteterapie>>

DETOXIFIKACE. Online [cit. 2020-1-28]. Dostupné na: <<https://www.substitucni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>>

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

HARTL, Pavel, 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 14. ISBN 80-85850-45-1

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

KALINA, Kamil, c2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALINA, Kamil a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s.FILIA NOVA. ISBN 80-238-8014-4.

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

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

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL, 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Praha: Středočeský kraj. ISBN 8071068764.

KOŽELUHOVÁ, Aneta, 2019. *Účinné faktory pracovní terapie v rámci intervence drogově závislých*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.

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

KRATOCHVÍL, Stanislav, 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia, 1979, 122 s.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.

KUKLOVÁ, Marie, 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1101-3.

LIEBMANN, Marian, 2005. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál. ISBN 8071788643.

MILLER, Geraldine A., c2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 9788072627653.

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

MIOVSKÝ, Michal, Lenka SKÁCELOVÁ, Jana ZAPLETALOVÁ, et al., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-392-1.

MKN-10 ODVYKACÍ STAV. Online [cit. 2020-1-20]. Dostupné na: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html> >

MKN-10 SYNDROM ZÁVISLOSTI. Online [cit. 2020-1-12]. Dostupné na: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

MUZIKOTERAPIE. Online [cit. 2020-3-3]. Dostupné na: <http://www.muzikoterapie.cz/clanky/lipsky-m-2009-muzikoterapie-a-psychoterapie>>

NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY, 1996. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 807178432x.

OBOR ADIKTOLOGIE. Online [cit. 2019-12-11]. Dostupné na: <https://www.substitucni-lecba.cz/adiktologie>>

PRESL, Jiří, 1994. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, Medica. ISBN 80-85800-18-7.

PRESTON, Andrew a Andy MALINOWSKI, ŠEFRÁNEK, Martin, ed., 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-28-4.

PRIMÁRNÍ PREVENCE. Online [cit. 2020-2-8]. Dostupné na: <https://www.adiktologie.cz/co-je-prevence>>

PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS, 1999. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-766-4.

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ŠTERNBERK. Online [cit. 2020-3-2]. Dostupné na: <https://www.plstbk.cz/>>

RODINNÁ PSYCHOTERAPIE. Online [cit. 2020-2-28]. Dostupné na: <https://domus-cpr.cz/rodinna-terapie/>>

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE. Online [cit. 2020-2-8]. Dostupné na: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/prevence-drogovych-zavislosti-163718>>

ŠEREDOVÁ, Petra, 2018. *Ergoterapie u drogově závislých*. Ústí nad Labem. Bakalářská práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-616-0.

ŠUSTROVÁ, Olga, 2017. *Pohybová terapie jako nástroj podpory resilience v léčbě drogové závislosti*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

TERCIÁRNÍ PREVENCE. Online [cit. 2020-2-9]. Dostupné na: <<https://www.bezpecnaplzen.eu/projekty/protidrogova-prevence/protidrogova-prevence-1.aspx>>

VYMĚTAL, Jan, 2004. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, Jan, 2007. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

VYMĚTAL, Jan, 2010. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – informovaný souhlas (respondent č. 1)

Příloha č. 2 - informovaný souhlas (respondent č. 2)

Příloha č. 3 - informovaný souhlas (respondent č. 3)

Příloha č. 4 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 5 – Přepis rozhovorů s respondenty

## Příloha č. 1: informovaný souhlas (respondent č. 1)

### **Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Terezy Čechové s názvem Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět na otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Tereza Čechová použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi zmíněnými body.

Datum: 12.2.2020

Podpis respondenta:



Podpis výzkumníka:





## Příloha č. 2: informovaný souhlas (respondent č. 2)

### **Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Terezy Čechové s názvem Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovídat na otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Tereza Čechová použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi zmíněnými body.

Datum: 12. 2. 2020

Podpis respondenta:



Podpis výzkumníka:



### **Příloha č. 3: informovaný souhlas (respondent č. 3)**

#### **Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Terezy Čechové s názvem Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět na otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Tereza Čechová použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi zmíněnými body.

Datum: 12.2.2020

Podpis respondenta:



Podpis výzkumníka:



## **Příloha č. 4: Polostrukturovaný rozhovor**

### **1. Úvodní část**

- Představení se.
- Seznámení s účelem rozhovoru.

### **2. Okruh 1 – rodinní situace a počátek závislosti**

- Jaké bylo vaše rodinné zázemí v dětství?
- Máte rodinu/kamarády?
- Kdy jste s užíváním návykové látky začal?

### **3. Okruh 2 – užívání návykové látky**

- Jak dlouho jste závislý na drogách?
- Jak probíhal váš život, když jste užíval návykové látky?

### **4. Okruh 3 – léčba závislosti a její účinnost**

- Kolikátou léčbu nyní podstupujete?
- Rozhodl jste se pro léčbu sám?
- Shledáváte v léčbě závislosti spíše pozitiva či negativa?
- Jaké nařízené terapie v léčbě vám napomáhají k abstinenci?

### **5. Okruh 4 – jiné účinné faktory pomáhající v léčbě závislosti**

- Co jiného vám pomáhá v léčbě závislosti?
- Co vás motivuje k abstinenci?

### **6. Závěr**

- Je něco, co byste ve vašem životě rád udělal či změnil po dokončení léčby?
- Rozloučení.

## **Příloha č. 5: Přepis rozhovorů s respondenty**

Respondent č. 1 – Muž, 27 let, pervitin

### **Jaké bylo vaše rodinné zázemí a jak jste se k drogám dostal?**

*„Celý život bydlím u maminky, protože má jenom mě. Jsem jedináček. Můj otec se na nás vykašlal, když mi bylo 12 let, takže to nechal všechno na mamince. Odešel k jiné ženě. Nestaral se o mě, maminka byla moc měkká a mě chyběl otcovský vzor. Od svých 17 let jsem začal kouřit trávu. Tu jsem kouřil hodně, téměř každý den, dá se říct. Pervitin asi poslední čtyři roky, ale jenom jsem ho šňupal. Dostal jsem se k tomu tak...no prostě se stavil jeden kamarád, teď už těžkej narkoman, no a ani nevím, jak k tomu došlo, ale prostě jsem to zkusil a od té doby to už jelo. Nejdřív co týden, pak už co dva dny...ale nikdy jsem u sebe neměl nějaký velký dávky, neznal jsem žádného vaříča nebo tak.“*

### **To trochu zní, jako byste bral drogy z nudy...**

*„Jo z nudy, a taky jsem byl zvyklý hrát hry na tom. Hrál jsem po nocích, vlastně se dá říct i celý dny, kdy jsem třeba 3-4 dny vůbec nespál. Pak už jsem měl takovou paranoiu, kdy jsem viděl něco, co se nestalo.“*

### **Pracujete? Máte nějaké zaměstnání?**

*„Ne, nepsal jsem moc. No prostě maminka mi to teď nějakou dobu táhla, takže takový mamánek docela.“*

### **Co jste tedy celé dny dělal?**

*„Nechodil jsem vůbec mezi lidi, hrál jsem doma počítačové hry a tak. Pervitin plus tráva. Byl jsem uzavřen do svého světa. Veškerý čas jsem trávil v pokoji, uzavřen mezi čtyřma stěnami. Do společnosti jsem nechodil, měl jsem takovej život neživot. Ztratil jsem hodně roků, ale teď si to chci vynahradiť, vlastně i mamince. Důležitý je, že jsem s tím začal něco dělat.“*

### **Z jakého důvodu jste se rozhodl nastoupit na léčbu?**

*„Rozhodl jsem se sám pro léčbu, ale vlastně i kvůli mamince. No, přijeli policajti, protože mi jsme se už docela dost hádali. Měl už jsem takový myšlenky...ne, že bych si něco*

*udělal, to bych nikdy neudělal, ale už mě prostě nebavil život. Prostě pořád dokola jenom drogy. Nechodil jsem mezi lidi. Sem tam se stavil nějaký kamarád, ale to prostě nebyl život. Dělal jsem špatný rozhodnutí. Nestýkal jsem se s rodinou, což mě teď hodně mrzí (hovoří o babičce). Mám dva psy, kterým jsem se taky nevěnoval. Chci si je pak vzít k sobě.“*

### **Jaký byl váš nástup do léčebny?**

*„Když jsem nastoupil, tak mi diagnostikovali toxickou psychózu. Byl jsem přijat na jiné oddělení, protože na oddělení se závislosti neměli místo. Mám velkou zkušenost, protože jsem byl dva měsíce na patnáctce. Zažil jsem tam různé případy, byl jsem na pokoji se dvěma kluky, co měly schizofrenii. Tady je to lepší. Hlavně tady nejsou tak nemocní lidi, na patnáctce byli lidi, co měli schizofrenii z drog a tak, takže taková horší zkušenost. Jak jsem viděl ty lidi, tak už mám k těm drogám odpor no. Měl jsem k tomu taky jen krůček a teď děkuju bohu, že nejsem taky nemocnej. Ona mi ta patnáctka strašně moc dala, to už mi tady nikdo nedá. Tady budu jen rozebírat problémy a co dělat v určitých situacích.“*

### **Jaké terapie vám pomáhají?**

*„Skupiny jsou super. Slyšíte lidi, kteří mají taky problémy a víte, že nejste sami. Já už jsem dva a půl měsíce čistej a je mi dobře. Drogy mi nechybí. Tady máme činnostní terapii, arteterapii a skupinové terapie. Baví mě pracovní terapie. Teď jsem udělal košík, malujeme mandaly a tak. Vždycky se u toho uvolním. Už dávno vím, co chci a nechci, ale pomáhají mi skupinovky (psychoterapie). Řešíme tam svoje problémy, proč jsme začali brát a tak. Když má někdo propustku na den volna, tak se pak rozebírá, co dělal, jak se cítil. Určitě mi to hodně dává, ale stejně v závěru bude všechno na mě a budu na to sám. Už to mám v hlavě srovnaný tady, takže vím, co chci a nechci.“*

### **Co jiného vás ovlivňuje a podporuje k tomu nebrat drogy?**

*„Je tady přísný režim, musí se dodržovat pravidla, a tak no. Všechno se musí dodržovat na minutu, když se zpozdíte, tak máte napomenutí a za šest napomenutí se letí. To mi pomáhá. Neměl jsem žádný režim doma, takže od toho je to tady asi tak zařízený, aby člověka připravili nějak do života. Už jsem přehodnotil svoje myšlení. Drogy ani trávu už nikdy nechci. Hodlám se vzdát i alkoholu, protože do toho se taky lehce spadne. Chci všechno vynahradiť mamince. Dělán to hodně kvůli ní, protože ona už má hodně let, má jenom mě a už toho bylo dost. Natrápila se kvůli mně hodně. Teď mi dost pomáhá, podporuje mě a často*

*zamnou jezdi. Ještě jsem začal docela sportovat tady, když jsem byl mladší, tak jsem hrál hokej. Docela mi to chybí, ty starý věci, co jsem dělal. Rád plavu, jezdím na kole, takže na to se těším.“*

### **Máte plány do budoucna, co byste chtěl po léčbě udělat?**

*„Chci docházet do P-centra, mamina už k jedné paní psychologce chodí a říká, že ji to hodně pomáhá. Určitě bych chtěl plno věcí změnit. Chci abstinovat už celý život. Začnu fungovat a chodit do práce. Taký si chci najít byt, abych se osamostatnil. Chci si zkusit žít sám, vydělávat si peníze, platit si nájem a tak. Tohle jsem nikdy nezažil, měl jsem všechno od maminky. A samozřejmě bych si chtěl najít nějakou přítelkyni a s ní žít normální život jako normální člověk. Nechci být sám. Hrát hry už nechci, takový život mě nebaví. Strašně mě baví vařit, chtěl bych dělat kuchaře do budoucna. Taký mám jednoho dobrýho kamaráda, který nebere, takže se chci s ním víc stýkat, protože mi hodně pomohl.“*

Respondent č. 2 – Muž, 29 let, pervitin

### **Jaká byla tvoje rodinná situace?**

*„Jsem takový levoboček od táty, takže jsem žil s mámou. S tátou jsme měli taky dobrý vztah, jen jsem ho vídal méně. Měl jsem pěkné dětství, bydleli jsme na sídlišti. Oba rodiče měli dost peněz, takže mi nic nechybělo. Oni se ke mně taky vždycky chovali pěkně. Moji sousedi byli z punkové skupiny, jakože narkomani, těžcí narkomani. Takže mezi takovýma lidma jsem vyrůstal, ale byla to sranda.“*

### **Jak jsi se poprvé dostal k drogám?**

*„No prostě jsem se čím dál víc zaplétal mezi ně a až mi bylo 15 let, byla mi podána žárovka, že to musím zkusit. Tak jsem to vdechl ten perník, a tak mě to začalo motat. Pak jsem si dal tak čtyřikrát čáru. A z ničeho nic se mi blížili sedmnáctiny a podali mi jehlu. Já jsem s tím neuměl že, tak mi ji kámoška píchla do krku. Od té doby se mi všechno přetočilo. Pak jsme se s přítelkyní (ted' už ex) přestěhovali do Zlína. Nový město a tak...bylo to super. Když jsme se ale rozešli, tak jsem odjel do Londýna za kámošem a tam jsem se rozjel docela těžce v heroinu.“*

### **Kde jsi sháněl drogy?**

*„Nejdřív od těch kámošů, ale potom jsme si vařili. Vařili jsme kvalitní peří, mělo to okolo 80-90 %, takže nemám žádný zdravotní potíže viš. Játra, a tak mám čistý.“*

### **Tvoje přítelkyně a rodiče nevěděli, že užíváš drogy?**

*„Rodiče nic nevěděli. Na mě to nešlo poznat. Já jsem normálně jedl, pracoval a všechno. Zjistili to před rokem, když mě odvezla záchrana do Kroměříže a po týdnu mě teprve identifikovali, tak jim dali vědět. Byl jsem o 36 kilo lehčí. Jo přítelkyně to věděla, že si občas dám, někdy si dala semnou, ale nevěděla, že beru každý den.“*

### **Proč jsi se rozhodl jít na léčbu?**

*„Už mi to nic nedává. To dobrodružství s drogama už skončilo. Dali mi všechno, co mohli, ale teď už mi jen berou. Nechci být sám, nikdo nechce být sám. Chci se věnovat teď léčbě a pak žít normálně a abstinovat.“*

### **Kolikátá je tohle tvoje léčba?**

*„Třetí. Předtím jsem byl v Kroměříži a pak hned v Opavě. Z nemocnice jsem šel do Kroměříže a když mi léčba skončila, tak jsem nastoupil hned do Opavy. Bylo mi to málo, potřeboval jsem vyzkoušet ještě něco dalšího. V Opavě mám za sebou tři měsíce, ale to byl spíš jen detox. Jak jsem vyšel ven z té druhé léčby, tak jsem se hned sjel. Pak jsem během půl roka nastoupil sem. Myslel jsem si, že to zvládnou sám, ale měl jsem jít hned z tamo na doléčovák.“*

### **Chybí ti drogy?**

*„Psychicky mám k drogám odpor...jako ani fyzicky mi to nechybí. To je prostě zlovyk. Já nemám s ním problém, ale prostě je to hnusnej zlovyk. Spoustu let jsem byl u všeho sjetej, takže to mám prostě tak naučené. Co já ještě objevím? Když deset let bereš, tak už máš všechno vyzkoušené, už nemám co objevovat. Teďka bych měl objevovat tu rodinu, ten vztah. Za deset let už bude pozdě, musím to změnit teď.“*

### **Pomohla ti léčba v Kroměříži?**

*„V Kroměříži je to mnohem tvrdší než tady. Tam nemáš telefon, nesmíš mluvit s cizíma lidma. Cigarety máš tři za den. Dostaneš štos knih o adiktologii a musíš je všechny přečíst a*

*umět to. Když neumíš, tak letíš. Ale když to zvládneš a pak spolu mluvíte na skupině na různé témata, tak toho člověka fakt bereš vážně. A i on tebe. Naučilo mě to tam hodně. Nejvíc mi tam pomohly skupinovky, to jsem si všechno srovnal. Když jsem v léčebně, tak je to dobrý, ale jak vyjdu ven, tak to nezvládám. Proto půjdu na ten doléčovák, abych měl tu záchrannou berličku.“*

### **Co ti teď nejvíce pomáhá v léčbě?**

*„To, že budu žít normální život. Mě už to tady nemá moc co dát, protože tohle všechno už znám. Připadám si tady jako porouchaná gramofonová deska. Všechny terapie už mám vyzkoušený. Dělán to potřetí. Já si umím pojmenovat svoje problémy, vím, co mi pomůže. Šel jsem sem, protože chci na doléčovák a tam mě vezmou jen po léčbě, takže proto jsem tady.“*

### **Jaké jsou tvoje plány po léčbě?**

*„Mám v plánu to udělat tak, že půjdu na doléčovák a postupně se budu uvolňovat do toho světa. Potom si chci pomaličku najít nějakou holku, ale slušnou a s ní pak normálně žít. Chci si založit rodinu, mít baráček a žít klidný život. Těším se do práce, ta mě vždycky bavila. Pořád jsem někde rajtoval a tak. Procestoval jsem půl republiky a měl slušný zaměstnání, ale všechno to bylo na drogách. Chci abstinovat a zvládnout to, když to nevyjde, půjdu zase jinam na léčbu.“*

### **Respondent č. 3 – Muž, 35 let, pervitin a alkohol**

#### **Jaké jste měl dětství a rodinné zázemí?**

*„Měl jsem dobré rodinné zázemí, teda po materiální stránce. Jsem prvorozený syn a mám ještě dva sourozence. Finančně jsem nestrádal. Jsem z úplné rodiny. Otec jezdil na delší dobu (půl roku až rok) často pracovně pryč, když jsem byl malý. Já jsem to nesl špatně, nechtěl jsem, aby odjížděl. Už na základní škole jsem se snažil na sebe upoutat pozornost. Už v té době bylo něco špatně, ale tehdy jsem si to neuvědomoval. Na to, že mi chyběl otcovský vzor jsem přišel, když jsem šel do hloubky počátku závislosti v rámci léčby. S mamkou jsem měl zhruba od 7 třídy horší vztah. Byla zklamaná z těch průšvihů ve škole, co jsem měl. Citově jsem na tom byl s matkou hůř, lásku jsem dostával převážně od babičky. Ale i od otce, jenže ten byl často pryč.“*



## **Kdy a proč jste začal brát drogy?**

*„Už ve škole jsem měl takové sklony k darebáctví, nevím proč, ale asi tam byla nějaká snaha o to, abych na sebe upozornil. V podstatě jsem se vždycky připojil jakoby k té horší partě. A v 8-9 třídě jsem už poprvé experimentoval s marihuanou. Začal jsem ji pravidelně kouřit a najednou už jsem neřešil žádný emoční problémy v rodině. Zalíbilo se mi to, být pod tím vlivem a nic neřešit. Potom jsem se už nebál experimentovat s jinými drogami na párty a tak.“*

## **Jak jste se dostal k užívání pervitinu?**

*„Ze začátku to byla jednorázová zkušenost na párty, kde se drogy rozdávaly jak na jarmarku. Pak to byla převážně víkendová záležitost, ale později jsem bral už denně. Měl jsem kombinaci alkoholu, pervitinu a trávy. Takový trojboj, který jsem vždycky vyvažoval. Když jsem byl pod vlivem toho alkoholu, tak jsem měl potřebu jakoby vystřízlivět. Potřeboval jsem nějaký stimulant, abych fungoval a zase naopak, když jsem se potřeboval zklidnit, tak jsem si dal pervitin.“*

## **Jaký byl počátek vaší závislosti na alkoholu?**

*„Chlast se semnou v podstatě táhne už od střední. Po maturitě jsem šel dva roky dělat na stavbu. Tam jsem byl s těma chlapama. To byli všichni téměř alkoholici, když si ráno nedali, tak se jim klepali ruky. A já, abych zapadl do kolektivu, tak jsem chlastal s něma. Do toho jsem si ještě zakouřil trávu a potom jsem se spravoval pervitinem. To už jsem byl závislý na všech třech návykových látkách. Už jsem po práci nechodil nikam s partou, ale kupoval jsem si chlast domů. Všude po baráku jsem měl poschovávané flašky. Spával jsem s flaškou pod polštářem, protože ten absták byl tak šílený, že jsem to nedával. Když mi chlast došel, tak jsem šel do krámu a hned jsem pil u regálu. Když jsem neměl prachy, tak za regálem jsem vypil půl flašky a vrátil ji zpátky.“*

## **Jak v téhle situaci reagovali vaši rodiče?**

*„Aby toho nebylo málo, tak mě naši vyhodili z domu. Nešel jsem úplně na ulici. Otec mi našel garsonku na konci města, ale tam jsem se málem uchlastal. To už jsem pil 1,5 litru tvrdého denně. Pak mě otec se strejdou odvezli do komunity u Prahy.“*

## **Jaké to bylo v komunitě?**

*„V komunitě jsem se léčil půl roku z pervitinu a alkoholu. To byl hodně tvrdý režim, jinak bych letěl. Ale to mi hodně pomohlo. Struktura dne je tam taková, že devět hodin denně děláte těžce fyzickou práci v paletárně. Takže jsme tam s klukama vyráběli palety. Z těch palet se financuje provoz komunity, pak ještě ze sbírek, kdy chodíte s kasičkou po různých městech a oslovujete lidi, aby přispěli na boj proti drogám. Vybíráte třeba čtyři hodiny. Nemáte u sebe mobil. Kdo kouří, tak hned první den přestane nebo odejde. První kávu dostanete až po třech měsících. Zakázaná je hudba, teda kromě křesťanské. To stejný literatura. Je tam jedna až dvě hodiny volna denně a čtyři hodiny je bohoslužba, kde si čtete bibli. Jinak pracujete a fungujete jenom v tom režimu. Každý víkend se jezdí do Prahy na shromáždění. V sobotu je práce do dvanácti, takže fakt jako tvrdá škola. Ovšem mělo to něco do sebe. Dalo mi to fakt hodně. Když člověk zažije něco tak hrozně tvrdého, tak ho to zocelí.“*

## **Co vám nejvíce v léčbách pomohlo?**

*„Z komunity jsem po půl roce odešel a nastoupil jsem do léčebny v Havlíčkově Brodě. Tam to bylo úplně jiné, musel jsem se aklimatizovat. Probíhali tam různé terapie. Tam mi dost pomohla psychoterapie, kde jsem se dostal až do hloubky a počátku závislosti. V klidu jsem si mohl všechno srovnat v hlavě. Tady v léčebně mi nejvíce pomáhá sport. Mě už po tom, co mám za sebou tady nemůžou nic nového říct. Můžu si dát sám sobě zpětnou vazbu na skupinovce, ale už žádný překvapivý výraz v mém obličejí nepřichází, že bych se dozvěděl něco nového.“*

## **Motivuje vás k abstinenci ještě něco dalšího?**

*„Mám děti. Chci být pro něj dobrý táta a starat se o ně. Ty jsou pro mě největší motivací. Taky mě vždycky bavil sport. Dlouho jsem se věnoval thajskému boxu, basketu a tak. Teď jsem se ke sportu vrátil a téměř každý den tady běhám. Mám rád ten pocit, když se fyzicky zničím.“*

## **Je něco, co byste rád udělal či změnil ve vašem životě až vám skončí léčba?**

*„Mám poslanou žádost do P-centra, takže odsud chci jít tam. Víím, na co si mám dávat pozor, aby mě to zase nespálilo. Často si voláme s dětma, chci jim ten čas vynahradiť a snažit se. Chci pokračovat v abstinenci.“*

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Tereza Čechová
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název závěrečné práce:</b>	Účinné faktory adiktologické intervence v kontextu speciálněpedagogické andragogiky
<b>Název závěrečné práce v angličtině:</b>	Effective factors of addictologic intervention in the context of specialpedagogical andragogy
<b>Anotace závěrečné práce:</b>	Bakalářská práce obsahuje základní informace o závislosti na návykových látkách. Pozornost je zaměřena na terapie, které působí v léčbě závislosti. Zmíněna je individuální, skupinová a rodinná psychoterapie. Teoretická část je ukončena vymezením expresivních terapií. Praktická část je zaměřena na účinnost léčby a jiných faktorů, které napomáhají klientům v léčbě se závislosti.
<b>Klíčová slova:</b>	Drogová závislost, léčba, abstinence, terapie, účinné faktory
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	5
<b>Rozsah práce:</b>	55
<b>Jazyk práce:</b>	Český