

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika resocializace u pacientů Psychiatrické
léčebny Červený Dvůr**

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Dvořáková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 17.8.2012

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce s názvem Problematika resocializace u pacientu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr se zabývá resocializací u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr a systémem poskytované návazné resocializační péče. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část obsahuje základní pojmy týkající se problematiky resocializace, dále konkrétní problémy v resocializaci, které se mohou po návratu do života objevit, problematiku relapsu a recidivy a na závěr popis Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde byl prováděn vlastní výzkum.

V praktické části bylo mým hlavním cílem zmapovat resocializaci u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr s dílčími cíli, kterými bylo zjistit systém poskytované návazné resocializační péče a důvody porušení abstinence. Stanoveny byly předem tři výzkumné otázky, které byly zaměřeny na fungování návazné poskytované resocializační péče, dále na rizikové faktory v rámci resocializace a na nejčastější důvody porušení abstinence.

Vlastní výzkum byl prováděn kvalitativně. Data byla získána metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen sedmi pacienty a třemi terapeuty Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Výzkum byl realizován přímo v této léčebně.

V diskuzi jsem se zaměřila na srovnání výsledků vlastního výzkumu s odbornými publikacemi. Na závěr pak stanovuji hypotézy a uvádím některá doporučení k řešení problémů vyplývajících z šetření. Myslím si, že je potřeba této problematice věnovat více pozornosti než doposud a že je důležité nepodceňovat následnou péči.

ABSTRACT

This bachelor thesis called *The Issues of Rehabilitation of the Psychiatric Hospital Cerveny Dvur* patients deals with both the rehabilitation of the Cerveny Dvur patients and system of the rehabilitation care provided after the stay in this hospital. The thesis is divided into two parts, a theoretical and practical one.

The theoretical part contains basic concepts concerning the issues of rehabilitation, specific problems during the rehabilitation which can appear after the return to a normal life, the issues of relapse or recurrence and finally the information about the psychiatric hospital Cerveny Dvur where the research was realized.

The main goal of the practical part was to chart the rehabilitation of the Cerveny Dvur patients with the emphasis on sub-goals such as the system of the care provided after the stay in this hospital as well as the reasons for the abstinence violation. There were three research issues defined which were focused on the functioning of the aftercare, risk factors during the rehabilitation and the most frequent reasons for the abstinence violation.

The research itself was carried out qualitatively since the data were obtained by the method of semi-structured interviewing. Seven patients and three therapists of Cerveny Dvur took part in it and the research was realized just at this hospital.

During the discussion I was comparing the results of this research with professional publications. Finally I establish hypothesis and give some recommendations to solve the problems resulting from the research. I think that it is necessary to devote more time to these issues and also not to underestimate the aftercare.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17.8.2012

.....

Lucie Dvořáková

Poděkování

Děkuji vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. Pavlu Váchovi, za cenné rady, připomínky a vedení této práce. Dále mé velké poděkování patří především Prim. MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi za jeho vstřícný přístup a ochotu při realizaci vlastního výzkumu. Poděkování patří také terapeutickému týmu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr a všem zúčastněným respondentům za účast na mém výzkumu.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY.....	11
1.1 Vymezení pojmů v problematice resocializace	11
1.1.1 Závislost	11
1.1.2 Sociální exkluze	13
1.1.3 Rehabilitace	14
1.1.4 Resocializace	15
1.1.5 Craving	16
1.1.6 Abstinence	17
1.1.7 Relaps, recidiva	18
1.2 Resocializace.....	20
1.2.1 Základní přehled problémů v resocializaci.....	20
1.2.2 Změna životního stylu	21
1.2.3 Nástroje resocializace.....	22
1.2.3.1 Sociální práce.....	22
1.2.3.2 Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace.....	23
1.2.3.3 Práce s rodinnými příslušníky.....	23
1.2.3.4 Psychoterapie.....	24
1.2.3.5 Prevence relapsu	24
1.2.3.6 Lékařská péče.....	25
1.2.3.7 Volnočasové aktivity.....	25
1.3 Porušení abstinence.....	27
1.3.1 Rizikové situace	27
1.4 Následná péče, doléčování.....	28
1.4.1 Systém resocializační péče.....	29
1.4.2 Programy následné péče.....	29
1.4.2.1 Chráněné bydlení.....	30
1.4.2.2 Chráněná práce.....	31
1.4.2.3 Ambulantní formy doléčování.....	31

1.5. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.....	38
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	41
3 METODIKA.....	42
4 VÝSLEDKY.....	45
5 DISKUZE.....	64
6 ZÁVĚR.....	72
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	80
9 PŘÍLOHY.....	81

Seznam použitých zkratk

AA – Anonymní alkoholici

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

ČR – Česká republika

GA – Anonymní gambleři

Konkr. – konkrétně

NA – Anonymní narkomani

Např. – například

PL ČD – Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Příp. - případně

Tzv. - tak zvaně

Úvod

Drogová závislost je v dnešní společnosti velmi aktuálním tématem. Představuje závažný problém, který postihuje jak jedince, tak celou společnost. Drogově závislí lidé jsou často kvůli své závislosti na různých návykových látkách společnostmi odmítáni a často i kvůli problémům, se kterými se potýkají, ze společnosti vyloučeni. Jejich opětovné začlenění bývá velice složité.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na problematiku resocializace u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Pokud se člověk závislý na drogách rozhodne podstoupit léčbu, udělal správný krok pro to, aby svůj problém začal řešit. Samotná léčba ale není dostatečně efektivní pro to, aby se člověk zbavil problému navždy. Proto je dalším a velmi důležitým krokem po absolvování léčby následná péče, která pomůže člověku k tomu, aby se úspěšně resocializoval. Z tohoto důvodu je nezbytné podporovat ty, kteří se dobrovolně rozhodli absolvovat léčbu a zároveň je tak motivovat k tomu, aby se rozhodli pro některou z forem následné péče a úspěšně se tak začlenili do společnosti. Resocializace je cílem každé léčby.

Myslím si, že toto téma je velice zajímavé a lidé by se o něm měli dozvědět více. Mnoho lidí ví, že závislí lidé se ze své závislosti mohou léčit, málokdo ale ví, že po léčbě je důležité doléčování. Návrat do běžného života je pro závislé lidi velice složitý, protože ztratili řadu sociálních dovedností. Tyto dovednosti je třeba znovu získat, dosáhnout určité změny v myšlení a chování a poté získané změny udržovat. Tito lidé potřebují pomoc a podporu, aby se mohli plnohodnotně zapojit do podmínek běžného života.

Toto téma jsem si zvolila proto, že mě problematika závislostí velmi zajímá. Zajímá mě hlavně to, co se děje po léčbě, jak funguje návrat lidí, kteří se léčili ze své závislosti v léčebně, do normálního života. Během svého studia jsem měla možnost vykonávat praxi v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, kde jsem se s touto problematikou seznámila blíže.

V teoretické části se zaměřuji na vymezení základních pojmů týkajících se této oblasti. V oblasti resocializace je také potřebné se zaměřit jak na oblast závislostí

obecně, tak na oblast léčby, následné resocializační péče a začlenění pacientů do společnosti. Současně je také nutné klást důraz na problematiku abstinence a její porušení. Dále se věnuji v samostatné kapitole Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Praktická část práce je zaměřena na vlastní kvalitativní výzkum přímo v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Výzkum bude prováděn za účelem evaluace resocializace a resocializační péče u pacientů v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr po ukončení léčby, a to v návaznosti na předem stanovené výzkumné otázky.

Smyslem této práce je poukázat blíže na tuto problematiku a více se s ní seznámit, protože představuje velmi důležitý proces v léčbě závislostí a pokud není resocializací a následné péčí věnována dostatečná pozornost, zvyšuje se riziko relapsu a recidivy. Práce by měla také přispět k určitému zefektivnění resocializačních postupů.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

1.1 Vymezení pojmů v problematice resocializace

1.1.1 Závislost

Současná klasifikace nemocí (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) definuje závislost jako: „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.*“ (28, s. 193)

Syndrom závislosti lze tedy chápat jako určitý stav, kdy u člověka dochází v důsledku užívání návykových látek ke změnám, a to změnám psychickým, somatickým, emočním, kognitivním a behaviorálním. Tyto změny nastávají v případě, kdy člověk užívá drogu dlouhodobě a jeho touha užívat tuto látku je velká. Člověk se neovládá, ztrácí sebekontrolu a má potřebu neustále zvyšovat dávky drogy, protože množství, které užíval doposud, mu již nestačí. Organismus si totiž na potřebnou „dávku“ zvykl a k tomu, aby dosáhl daného efektu drogy, potřebuje dávku vyšší. Tento proces se označuje jako růst tolerance. (39) Pokud člověk dávku vysadí či pouze sníží její množství, objevuje se abstinční syndrom. Jedním z podstatných znaků, který vymezuje závislost je ten, že člověk drogu užívá i přesto, že si je vědom jejího škodlivého vlivu, ale není schopen přestat drogu užívat, protože se již dostal do stádia závislosti a není schopen bez drogy žít. Droga se pro člověka stává dominantní. Veškeré zájmy a činnosti, kterým se člověk věnoval postupně mizí a pro člověka je hlavní to, aby získal drogu a udělá pro to cokoliv. Droga se totiž stala jeho smyslem života. (44)

Závislost lze diagnostikovat tehdy, pokud se v během jednoho roku objeví některé z následujících znaků:

- Silná touha užívat látku (bažení, craving)

- Růst tolerance
- Abstinenční syndrom
- Užívání látky i přes její škodlivé účinky
- Omezení aktivit a zájmů, které nesouvisí s drogou
- Ztráta sebekontroly (34)

Závislost je velice složitým problémem, který postihuje jak jedince, tak celou společnost. Z tohoto důvodu bychom mohli pojem závislost nazvat tzv. společenským fenoménem. (39)

Drogovou závislostí jsou nejvíce ohroženi mladí lidé. V roce 1996 tvořili právě mladiství ve věku 15-24 let až 75% uživatelů drog. Někteří z nich užívají příležitostně marihuanu (30%). S marihuanou má dále zkušenost asi třetina žáků 9. ročníku dvou pražských obvodů. A právě 3% z této skupiny má zkušenosti s tvrdými drogami, dále asi 76% zná někoho, kdo užívá měkké drogy a 31% zná nejméně jednoho vrstevníka, který užívá tvrdé drogy. (50)

Závislost dělíme na somatickou a psychickou. U somatické závislosti dochází k adaptaci biologických funkcí organismu na určitou látku. Roste zde tolerance, tudíž musí člověk užívat stále větší množství dávky k tomu, aby dosáhl stejného efektu. Projevují se zde také abstinenční příznaky, a to v případě, pokud člověk drogu nemá či snížil její množství. Tělo člověka si zvykne na určitou dávku, kterou když pak nemá, přicházejí určité abstinenční příznaky, které jsou pro člověka velmi nepříjemné. Mohou to být příznaky jak fyzické, tak psychické. U fyzických příznaků záleží na typu látky, která závislost způsobuje. Mezi nejčastější projevy patří např. neklid, třes, bolesti, nevolnost, nespavost, pocení, tachykardie apod.

Psychická závislost se vyznačuje tím, že člověk velmi touží po droze. Jeho potřeba, vzít se drogu, je nepotlačitelná. Člověk se nedokáže ovládat a veškeré jeho chování směřuje k získání drogy. Jedinec také ztrácí zájem o vše ostatní, co s drogou nesouvisí. Pokud svou dávku drogy nemá, vyvolává to u něj pocit úzkosti a podrážděnosti. (44)

Závislost je spojována také s prostředím, ve kterém se člověk nachází. Vlivy prostředí představují širokou skupinu různých jevů, které na člověka působí a formují

tak postoj k drogám. Existují různé sociální faktory, které mohou mít podíl na vzniku závislosti na návykových látkách. Jedná se především o rodinné prostředí klienta. Vztahy klienta s rodinou hrají v závislosti velkou roli. Velký vliv zde mají dysfunkční rodiny, kde dítě nemá dostatečnou péči ze strany rodičů nebo naopak rodiny, kde je rodičovská péče nadměrná. Dalším významným faktorem, který zvyšuje riziko závislosti, je vliv vrstevníků a party, ve které je užívání návykových látek běžné. V dnešní společnosti je také velkým problémem snadná dostupnost drog, která je typická pro větší města s větší anonymitou a pravděpodobností větší nabídky drog. Velký význam má také neúspěšnost ve škole a s tím spojené nízké vzdělání. Člověk se tak stává sociálně znevýhodněným a může se objevit i sociální deprivace, která označuje nedostatečné uspokojení či pocit strádání. (44)

Je důležité pohlížet na závislost nejen z hlediska psychického, somatického, ale i sociálního, protože prostředí, ve kterém se klient nachází a vztahy, které udržuje s okolím, hrají významnou roli v problematice závislosti.

1.1.2 Sociální exkluze

V souvislosti se sociálními faktory ovlivňujícími závislost se často setkáváme s problémem sociální exkluze neboli vyloučení ze společnosti. Člověk se v důsledku své závislosti stává izolovaným a společností odmítaným a ocitá se tak ve „svém světě“ závislosti, ze kterého není úniku a bez uvědomění si problému a odhodlání se k léčbě, je návrat do reálného života téměř nemožný. Lidé závislí na drogách se potýkají se sociální exkluzí častěji než lidé závislí na alkoholu. Společnost má tendenci je odsuzovat a sociálně izolovat. Dává jim tzv. nálepku narkomana a vytváří si pohrdavý postoj a odpor. (44)

Čím déle se člověk se závislostí potýká, tím menší je šance se znovu začlenit. Znovuzačlenění je procesem dlouhodobým a náročným a vyžaduje velké množství úsilí a odhodlání. Aby se člověk mohl znovu začlenit, je důležité, aby získal zpět své sociální dovednosti. K tomu mu pomáhá kvalita léčebného společenství. Pokud je pacient při léčbě podporován a je dosaženo potřebných cílů, kvalitního a bezpečného prostředí, je

proces začleňování do společnosti snazší. Nejvíce však pomáhá v procesu začleňování do společnosti abstinence. (8)

1.1.3. Rehabilitace

V rámci resocializace pacientů závislých na návykových látkách je tento pojem velmi důležitý, protože právě rehabilitace se snaží o to, aby byl člověk opětovně začleněn do společnosti a nabyl tak znovu sociálních a pracovních dovedností, které ztratil v důsledku závislosti. (10) Rehabilitací rozumíme proces, který používá různých prostředků k tomu, aby byl jedinec schopný znovu fungovat. Jedná se o prostředky léčebné, sociální, výchovné a pracovní, které napomáhají lidem znovu rozvinout či posílit své dovednosti. V souvislosti s resocializací se jedná především o rehabilitaci sociální. V tomto případě má sociální rehabilitace za úkol to, aby si závislý člověk uvědomil svůj problém, naučil se s ním žít a bral ho jako určitou výzvu k tomu, aby se zlepšil a řešil tak svůj problém, ale také, aby se v maximální možné míře začlenil do společnosti, ze které je vyloučen. (15) Člověk se závislostí, který nastoupí do léčby, se potýká s různými problémy, které jsou důsledkem právě jeho závislosti. Tyto problémy ho omezují v každodenním životě a jsou pro něj velmi stresující.

Problémy v důsledku závislosti člověka:

- narušené nebo neexistující blízké vztahy a kontakty
- ztráta sociálních dovedností v oblasti sebeprosazení a komunikace
- problémy se zaměstnáním, se školou, s bydlením (ztráta zaměstnání, bydlení nebo nedokončení školní docházky)
- finanční problémy (zadlužení)
- trestná činnost (7)

Sociální rehabilitace řeší právě tyto problémy, které jsou důsledkem závislosti na návykových látkách. Pro to, aby se mohl člověk opětovně začlenit do společnosti je důležité věnovat těmto problémům pozornost a snažit se je vyřešit. Pacienti musí

dosáhnout určitých změn, a to v oblastech, které se týkají právě těchto problémů. Co se týče vztahů, je velmi důležité znovu navázat vztahy s rodinou, pokud byly narušeny. Rodina pacienta představuje určitou formu sociální podpory. (10) V PL ČD se uplatňuje v rámci řešení těchto problémů především sociální práce, kterou provádí sociální pracovník. Zahrnuje poradenství právní, pracovní a sociální. Jedná se především o poradenství v oblasti práva rodinného, občanského a trestního. Důležité při řešení těchto problémů je, aby byl pacient motivovaný a chtěl problémy řešit. Musí je však řešit sám s pomocí sociálního pracovníka, nikoliv aby problémy řešil za něj právě sociální pracovník. (7)

1.1.4. Resocializace

Jedná se o proces opětovného začlenění člověka do společnosti. Zde se konkrétně jedná o opětovné začlenění lidí, kteří jsou závislí na drogách, alkoholu a patologickém hráčství. Teoretické východisko resocializace lze uplatnit v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Vzhledem k závislosti člověka je nutné vnímat všechny tyto aspekty, protože navzájem spolu souvisejí. S resocializací úzce souvisí pojmy léčba a rehabilitace, bez kterých by byla resocializace nemožná. (45) Člověk, který se resocializuje, získává opět sociální znalosti a dovednosti, které v důsledku své závislosti ztratil. (6)

Pojem resocializace bychom mohli také chápat jako určitou formu převýchovy osob, u kterých můžeme spatřovat problémy v chování, konkrétně pak osoby označující jako delikventy s asociálními poruchami chování. (3)

Jako určitou formu resocializace a sociální rehabilitace lze chápat terciární prevenci. Po absolvování základní léčby funguje terciární prevence jako určitá forma psychoterapie, která pomáhá klientovi posílit a uplatnit změny získané během léčby v běžném životě. Tato forma prevence je realizována zdravotnickými a sociálními institucemi. (49)

1.1.5. Craving = bažení

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) hovoří o cravingu jako o „*silné touze nebo pocitu puzení užívat látku.*“ (19) Bažení můžeme rozdělit na tělesné a psychické. Význam v oblasti abstinence má především psychické bažení, které se může u člověka objevit i po delší abstinenci. V tomto případě se mohou objevit určité projevy, jako je např. oslabení paměti. Touha po droze může u člověka také ovlivnit rozhodování, kdy se zhoršuje schopnost rozhodovat se správně. Craving můžeme chápat jako varovný signál toho, že pacientův životní styl není vyvážený. Proto je právě v resocializaci důležitá stabilizace životního stylu, která také posiluje prevenci relapsu. U klientů se craving objevuje nejčastěji v období, kdy jsou na počátku abstinence. Je její běžnou součástí. Po absolvování léčby je pacient opět vystaven rizikům běžného každodenního života, kde se setká s nejrůznějšími problémy a situacemi, které mohou právě craving vyvolávat. (37)

Pro klienta, u kterého se bažení objevuje, je důležité to, aby byl schopný svou touhu zvládat. Téměř u každého klienta se v počátcích abstinence chutě objeví. Nemusí však ale nutně vést k relapsu. Riziko je zde ale velké. (7)

Existují různé způsoby, jak tuto touhu zvládat:

- uvědomění si rizika relapsu či recidivy
- uvědomění si nepříjemných zážitků z minulosti spojené s užíváním návykové látky
- uvědomění si toho, co mu může abstinence a zdravý způsob života přinést
- vyhýbání se rizikovým situacím a místům, což někdy není reálné
- pokud se craving objeví, je důležité ho rozpoznat včas
- dávat najevo své emoce a mluvit o nich
- odvést svou pozornost jiným směrem a soustředit se na něco jiného (7, 33)

Mezi další strategie zvládnání cravingu, které jsou vhodné pro průběžné udržování dobrého stavu, patří různé relaxační techniky, pozorování dechu, sex, spánek, odpočinek, tělesná aktivita apod. (35)

1.1.6. Abstinence

V léčbě závislostí, ale i v resocializaci má klíčovou roli. Abstinencí rozumíme určitou zdrženlivost či vzdání se návykové látky, ať už alkoholu či drog. Tato zdrženlivost je pro úspěšné opětovné začlenění do společnosti nezbytná. (6) Samotná abstinence však není efektivní, pokud není doprovázena dalšími změnami v životě klienta. (47)

Aby mohl být člověk považován za abstinenta, nesmí užívat žádnou návykovou látku po určité období. Většinou se jedná o tři měsíce až jeden rok. (21)

Stádia abstinence

1) V tomto stádiu je pro člověka abstinence nejtěžší. Jedná se zpravidla o první rok abstinence, kdy musí mít člověk neustále na paměti to, že je abstinent a musí se vyhýbat rizikovým situacím. Tento první rok je většinou rizikový a rozhodující. Nejvíce recidiv se objevuje právě do 1 roku od ukončení léčby. Člověk se musí odprostit od rizikového způsobu života, který vedl v minulosti a začít život nový, bez drog.

2) Druhé stádium se týká druhého roku abstinence, které můžeme charakterizovat jako období, kdy udržené změny v životě člověka nabývají smyslu a situace se začíná lepší, protože člověk je motivovaný k lepšímu životnímu stylu a je schopen problémy řešit.

3) Třetí rok abstinence je obdobím, kdy člověk věnuje pozornost především svým schopnostem a zaměřuje se tak na zdokonalování sebe sama. (37)

1.1.7 Relaps, recidiva

Relapsy představují v resocializaci častý problém, se kterým se klienti potýkají. To pro ně představuje velké selhání, které je často doprovázeno depresemi, pocity viny a studu. Je třeba počítat s tím, že se to může stát. Pojem relaps bychom mohli definovat jako porušení abstinence, kdy člověk tzv. „uklouzne“ či jednorázově užije drogu. Relaps však nemusí být důvodem k tomu, aby se člověk navrátil k užívání drog. (7) To by se pak jednalo o recidivu. (20)

Recidivu je třeba od relapsu odlišovat. Tyto dva pojmy spolu ale úzce souvisí. Recidiva je v léčbě a resocializaci závislostí spíše pravidlem než výjimkou. Pro srovnání s relapsem bychom mohli uvést, že recidiva neznamena „uklouznutí“ a jednorázové užití drogy, ale jedná se o opětovné navrácení k užívání návykových látek, kdy se člověk vrací k původnímu stylu života, který vedl, když užíval návykové látky. Jedná se o návrat k tomu, co již bylo vyléčeno. (24)

Zatímco relaps může člověka posílit v tom, že si uvědomí rizika s tím spojená, recidiva již představuje závažnější formu selhání, kdy se stala droga pro člověka opět závažným problémem a je důležité začít tento problém znovu řešit léčbou. Léčbu je třeba v tomto případě brát jako jedinou možnost, jak začít znovu. Je důležité ale myslet také na abstinenci, která zde hraje významnou roli a člověk ji musí začít chápat jako součást svého života. (24)

Klient, který zrecidivoval a podstoupil znovu léčbu, často chápe svou recidivu jako obrovské selhání. Na každého člověka však působí recidiva jinak. Někdo ji bere jako určitou výzvu, jak začít znova a být lepším člověkem, na někoho však působí velice depresivně s pocity velkého studu a viny. Bohužel není možné dopředu určit, koho recidiva zasáhne více a koho méně. Je to velice individuální a člověk nikdy neví, jak danou recidivu zvládne. Je důležité, abychom znali rizikové situace a spouštěče, které nás mohou v tomto případě ovlivňovat a způsobovat craving. Mnoho klientů řeší svou minulost, vzpomínají na ni, nebo naopak příliš hledí do budoucna a přemýšlí nad tím, jak ji budou zvládat. Tyto minulé vzpomínky a představy do budoucna mohou být

stěžejním problémem v resocializaci, protože mohou návrat k užívání návykových látek posílit. Měli by se spíše zaměřit na přítomnost. (16)

1.2. Resocializace

Lidé závislí na alkoholu či drogách se potýkají s mnoha problémy, které nejsou schopni po ukončení léčby řešit sami a potřebují pomoc. Droga ovlivnila jejich život natolik, že se jí ve všem přizpůsobují. Typická je změna chování, ztráta režimu a morálních hodnot, problémy v zaměstnání, ve škole a v rodině. Člověk často v důsledku své závislosti nezvládá běžně sociálně fungovat a přizpůsobit se požadavkům prostředí. (31)

1.2.1. Základní přehled problémů v resocializaci

S řadou problémů přichází člověk již do léčby, kde se je snaží vyřešit, což ale není vždy možné, protože problémy se mohou objevovat postupně i po ukončení léčby. (7)

Jedná se především o problémy sociální. Výjimkou však ale nejsou ani problémy zdravotní či psychické. (11)

Nejčastějšími problémy klientů po ukončení základní léčby jsou především:

- Ztráta bydlení či zaměstnání
- Psychické a zdravotní problémy
- Problémy v rodinných a partnerských vztazích
- Nevyhovující sociální život
- Dluhy
- Výplň volného času
- Craving
- Problémy v oblasti trestního práva (trestní stíhání, záznam v trestním rejstříku apod.) (7, 23)

1.2.2 Změna životního stylu

Životní styl

Každý člověk preferuje odlišný životní styl. U většiny závislých lidí je životní styl velmi špatný a rizikový. To vše v důsledku užívání drog, protože ty pro ně představují hlavní smysl. Ztrácí veškeré dovednosti a z prostředí, ve kterém žili, si odnášejí často špatné návyky, které je důležité pro fungování v běžném životě bez drog odstranit a změnit tak životní styl. Pokud člověk během léčby získá opět dobré návyky a změní svůj životní styl, je důležité, aby si tyto návyky udržel a byl schopný je po ukončení léčby brát jako součást svého změněného životního stylu. (33)

Změna životního stylu je v resocializaci stěžejní a zásadní, protože pokud člověk nezmění svůj životní styl, nemůže se nikdy úspěšně resocializovat. Tato změna umožňuje člověku cítit se lépe, což ho motivuje k tomu svůj život dále zlepšovat a být tak spokojenější sám se sebou. Tuto změnu však nelze zrealizovat z dne na den. Je to proces dlouhodobý a postupný. Nesmí se chvátat příliš dopředu a klást si mnoho cílů, které by pak nebylo možné splnit. (37)

Pro závislé na návykových látkách je v rámci změny životního stylu důležité následující:

- Odpoutat se od lidí, kteří berou návykové látky a přerušit s nimi kontakty
- Navázat kontakty s novými lidmi, kteří návykové látky neberou
- Nevracet se do původního prostředí, ale změnit prostředí
- Mít dostatek zájmů, koníčků a aktivit (33)

V rámci změny životního stylu hraje důležitou roli také fyzická aktivita, která zahrnuje např. sport, ale i práci. Přispívá ke zlepšení fyzické kondice, ale také celkově ke zlepšení našeho zdraví. Tělesná námaha nesmí být ale nadměrná, protože to pak může vyvolat spíše komplikace v podobě recidivy. Je důležité si zvolit takovou aktivitu, která bude člověka bavit a která mu přinese pocit uspokojení. Lidé závislí na

návykových látkách se potýkají s problémy, kterými jsou deprese, úzkost či samota a právě sport nebo práce jim pomáhá v tom, aby se těchto problémů zbavili, odreagovali se, uvolnili a přišli tak na jiné myšlenky. (36)

Při zdokonalování své fyzické aktivity mají klienti ale často pocit, že nejsou dostatečně výkonní a zdatní. Tato nedostatečná výkonnost je jedním z nepříjemných důsledků závislosti. V rámci resocializace je ale klientům nabídnuta možnost účastnit se různých resocializačních programů, které pomáhají klientům zlepšit svou fyzickou aktivitu a kondici nejrůznějšími aktivitami. (17)

1.2.3 Nástroje resocializace

V procesu léčby a doléčování lze k úspěšné resocializaci používat různé nástroje. Nejprve to mohou být nástroje, které pomáhají přímo řešit cíle resocializace.

Sociální práce

Nejen v ústavní léčbě, ale také v následné péči má sociální práce svůj význam při řešení různých problémů. Využívá se bio-psycho-socio-spirituální přístup, protože problémy zasahují člověka ve všech těchto složkách. V počátcích se jedná s klienty spíše prakticky, aby byli schopni se zorientovat ve své situaci. Sociální pracovník pomáhá klientovi při řešení jeho problémů a snaží se ho zároveň motivovat k tomu, aby chtěl tyto problémy řešit hlavně on sám. Jedná se především o pomoc v oblasti sociálně právních problémů, které se týkají hledání zaměstnání, vyřizování sociálních dávek, dluhů, trestního stíhání apod. (23)

Sociální práce zahrnuje profesionální pomoc, která je určena jak jednotlivcům, tak skupinám. (21)

Cílem sociální práce není, aby sociální pracovník vyřešil všechny problémy za klienta, ale aby právě klient byl schopen poradit si sám, ovšem s pomocí sociálního pracovníka, který ho vede a motivuje. Po léčbě své závislosti se musí postavit na vlastní nohy a nesmí se stát závislým na pomoci ostatních při řešení svých problémů. Je

důležité, aby zlepšil a obnovil své sociální fungování, které v minulosti ztratil a byl schopen jednat v sociálním prostředí, které na něj působí. (32)

Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace

Důsledkem, který se v závislosti často vyskytuje, je ztráta zaměstnání. Užívání drog totiž člověka dříve nebo později vyřadí z pracovního procesu. Nejčastějšími problémy, se kterými se klienti potýkají, jsou buďto nedostatečná kvalifikace nebo postrádání pracovních návyků. Proto programy následné péče umožňují klientům opět získat kvalifikaci prostřednictvím úřadu práce, který jim umožňuje rekvalifikace v různých oborech či nabízí volná pracovní místa. Pro klienty, kteří mají značné problémy ve znovuuplatnění na trhu práce a chybí jim pracovní návyky či kvalifikace, je zde možnost chráněných dílen, které umožňují klientům tyto návyky opět získat. (23)

V PL ČD funguje spolupráce s neziskovou organizací, která pacientům zajišťuje přímé resocializační aktivity. Jedná se o počítačové kurzy, kurzy orientace na trhu práce a nově také možnost udělat si výuční list v kuchyni.

Podle průzkumů má asi polovina drogově závislých pouze základní vzdělání či nemá vzdělání řádně dokončené, dlouhodobě nezaměstnaných je asi 60% a na ulici žije asi jedna desetina lidí. (5)

Práce s rodinnými příslušníky

Práce s rodinou je nezbytnou součástí léčby i doléčování. Rodiče, ale i ostatní příbuzní představují důležitou složku v léčbě závislostí svého dítěte. Zafixovaný způsob myšlení a chování rodičů, kteří často nevěří tomu, že by se jejich dítě mohlo vyléčit, je velmi typický. Problém se závislostí nelze ale vztahovat pouze na dotyčného závislého. Je třeba se zaměřovat na celý rodinný systém, který v tomto případě hraje důležitou roli. Narušené rodinné vztahy jsou častým sociálním důsledkem závislosti. (44)

To, že se klient stal závislým na návykových látkách, představuje značný problém i pro jeho rodinné příslušníky. Vztahy v rodině jsou narušeny, rodiče bývají často zklamaní a mnohdy nedůvěřují v to, že by se jejich dítě mohlo vyléčit. V léčbě, ale i po ní, je důležité napravit vztahy s rodinou. Rodina musí přijmout závislost dítěte jako fakt,

na kterém je nutno se také podílet. Lze sem zařadit rodičovské skupiny nebo rodinnou terapii. (23)

Dále jsou to nástroje, které pomáhají zvyšovat celkovou kondici a kompetenci člověka k tomu, aby resocializace byla úspěšná.

Psychoterapie

S psychoterapií se setkáváme jak v léčbě ústavní, tak v doléčování. Je nezbytnou součástí všech léčebných programů, které se věnují lidem závislým na návykových látkách. (33)

V rámci doléčování se psychoterapie zabývá různými tématy, která v době léčby nebyla otevřena a řešena a nyní se objevují jako nová. Klient v léčbě buďto nechtěl o těchto tématech mluvit nebo je považoval za vyřešená. Cílem psychoterapie je v tomto případě stabilizovat abstinenci klienta. (23)

Prevence relapsu

Prevence relapsu je stěžejním tématem v léčbě závislostí. Hlavními prvky, které se zde uplatňují, jsou prvky kognitivně behaviorální terapie, kdy klient poznává své chybné způsoby chování a myšlení a snaží se je odnaučit. Jedná se o nácvik přijatelného chování a myšlení, kde je hlavním cílem změna a udržení tohoto přijatelného způsobu myšlení a chování. (11)

Prevenici relapsu chápeme jako určitou formu intervence. Důležité je, aby klient znal a uměl rozpoznat svá rizika a spouštěče, které u něj mohou relaps vyvolat a aby věděl, jak s těmito riziky pracovat. (24)

S relapsem se klienti mohou setkat i v ústavní léčbě, kdy jsou např. propuštěni na vycházku. Klienti se vrací zpět do reálného života a mohou se zde setkat s různými rizikovými situacemi. Mnoho klientů tento nátlak nezvládne a objeví se relaps. Na druhé straně však platí, že právě tyto vycházky mohou být v léčbě efektivní, protože je klient vystaven přirozeným situacím, se kterými se po ukončení léčby bude setkávat. Toto setkání je tzv. „zkouškou“, co klient zvládne a co ne. Pokud tyto situace zvládne,

může ho to do budoucího života v mnohém posílit. Samozřejmě však záleží na konkrétní osobě. Každý tyto situace vnímá jiným způsobem a v mnoha případech záleží také na okolnostech prostředí. (8)

Lékařská péče

Na lékařskou péči nesmíme zapomínat ani v následné péči. Pro to, aby se člověk úspěšně resocializoval, je důležité, aby se cítil dobře jak po psychické stránce, tak po stránce fyzické. V důsledku závislosti se klienti potýkají s problémy, které nelze vyřešit pouze v rámci ústavní léčby, protože se jedná o problémy dlouhodobé, které trvají i po základní léčbě. Proto se musí tyto problémy řešit i po odchodu z léčby. Jedná se především o hepatitidy typu B a C, dentální a gynekologické problémy, příp. HIV.

Následná péče pomáhá klientovi zajistit vhodnou lékařskou péči. (23)

Volnočasové aktivity

Člověk, který se léčí ze své závislosti, by se měl naučit využívat volný čas jinak než dříve. Jediným zájmem v jeho minulosti byly drogy, díky nimž neměl pomyslení na jakékoliv jiné aktivity. Nyní se nachází ve světě bez drog, ve kterém je třeba si najít jiné aktivity nespojené s drogou. Klienti často neví, jak naložit s volným časem. Proto se v rámci resocializačních nástrojů nabízí možnost různých volnočasových aktivit, kterým se člověk může věnovat, mít z nich radost a vybrat si ty, které ho budou bavit. Výběr aktivit je velmi rozsáhlý, aby si každý klient mohl zvolit tu, která mu bude nejlépe vyhovovat. (23)

Aktivity

- Divadlo
- Počítače
- Sport (plavání, jízda na kole, turistika)
- Kino
- Pořádání různých akcí (Vánoce, Velikonoce)
- Výtvarná činnost a keramika

- Výlety
- Hry (21)

1.3 Porušení abstinence

Porušení abstinence (relaps či recidiva) je v procesu léčby závislostí typickým jevem, se kterým je třeba pracovat hlavně preventivně, a to v rámci prevence relapsu. Pokud k relapsu dojde, je důležité ho podchytit včas. Při porušení abstinence se objevuje syndrom porušení abstinence, kdy je člověk zahlcen pocity viny z vlastního selhání. (7)

1.3.1 Rizikové situace

Za rizikové situace můžeme považovat jakékoliv situace v běžném životě, které mohou závislého člověka ohrozit v porušení abstinence. Těchto situací je mnoho a každý jedinec může vidět riziko v něčem jiném. Jsou ale situace, které jsou vysoce rizikové, a to tyto:

- Negativní emoční stavy, které člověk prožívá uvnitř své psychiky. Tyto stavy se jeví jako nejrizikovější, a to až u 35% všech relapsů. Jedná se hlavně o deprese, úzkosti, hněv či samotu.
- Interpersonální konflikty, které se týkají především narušených vztahů v rodině, s okolím, s partnerem či v jakýchkoliv jiných situacích, kdy je člověk v kontaktu s lidmi.
- Sociální tlak, který se dělí na přímý a nepřímý. Přímý se týká setkání člověka s rizikovými přáteli, nepřímý znamená, že se člověk nachází v blízkosti rizikových přátel nebo míst (např. na párty).
- Negativní fyzické stavy, kdy je člověk nemocný nebo ho něco bolí.
- Craving
- Pokusy o to, zda člověk vydrží fungovat v rizikovém prostředí. (24)

1.4 Následná péče, doléčování

Následná péče a doléčování představuje důležitou složku v léčbě závislostí. Následná péče se týká všech doléčovacích aktivit v různých typech zařízení, doléčování pak zahrnuje komplex metod, které se v následné péči používají. (43)

Závislost představuje většinou dlouhodobý problém, který je potřeba řešit postupně, protože důsledky závislosti jsou mnohdy závažné. Nejprve klient nastoupí do léčby, kde získává nové poznatky a dovednosti, dosahuje změn ve svém životě a je odhodlaný a motivovaný vstoupit zpět do běžného života a fungovat v něm běžně jako ostatní. Návrat zpět do reálného života bývá velmi složitý. V léčbě je klient určitým způsobem chráněn, nachází se v bezpečném prostředí, kde má zajištěné bydlení a jídlo a ví, že se zde může obrátit na odborníky či si jen tak popovídat s lidmi, kteří sdílejí podobné osudy. Po léčbě však klient přichází zpět do reálného života, kde musí začít fungovat znovu, musí se postavit na vlastní nohy. To mnohdy nezvládne sám bez pomoci a podpory okolí. Proto se zde nabízí možnost následné péče, která umožňuje klientům po odchodu z léčby uplatňovat své znalosti a dovednosti, které získali během léčby, a to pomocí různých forem následné péče poskytujících odborné služby. Jedná se o služby, které klient po léčbě využije, od pracovního poradenství, přes chráněné bydlení až po psychoterapeutické programy, a to vše za pomoci odborníků. (7)

Následná péče navazuje většinou na léčbu základní. Tou je ústavní léčba v psychiatrických léčebnách nebo v terapeutických komunitách. V následné péči je nutné se zaměřit na individuální potřeby klientů a na charakter problémů, se kterými se potýkají. Jejím cílem je tedy znovu začlenit závislého do společnosti a umožnit mu tak najít místo ve svém abstinujícím životě. (23)

Následná péče je z pohledu léčby závislostí na návykových látkách po ukončení léčby nezbytná. Pro úspěšnost v léčbě nestačí pouhá hospitalizace, ale je důležité v léčbě pokračovat i po ukončení standardní léčby. Proto by neměla být důležitost následné péče podceňována, což se ale často stává. (7)

1.4.1 Systém resocializační péče

Systém resocializační péče je v ČR budován od roku 1989. Resocializační péče zahrnuje systém nejrůznějších služeb a programů, které jsou určeny lidem závislým na návykových látkách. Pro každého klienta je vhodný jiný typ služby, proto se zde nabízí více možností, ze kterých si klienti mohou vybrat dle svých potřeb. Celkový systém léčebné péče, nejen následné, by měl odpovídat daným potřebám klientů a měl by být dostatečně efektivní jak po stránce kvalitativní, tak kvantitativní. Důležitá je provázanost a komplexnost služeb, ale také jejich rozsah a dostupnost časová i místní. (2)

Cílem všech služeb je začlenit drogově závislé opět do společnosti s uplatněním sociálních dovedností, které jsou pro sociální začlenění nezbytné. Většina doléčovacích programů navazuje na základní léčbu v psychiatrických léčebnách nebo terapeutických komunitách. V tomto případě se jedná o určitou formou terciární prevence, která zde umožňuje resocializaci klientů, kteří absolvovali základní léčbu zaměřenou na abstinenci. (21) Pokud klient odchází ze zařízení, kde podstupoval základní léčbu do zařízení následné péče, je důležité, aby tato zařízení mezi sebou komunikovala a fungovala zde určitá spolupráce. V následné péči klient přebírá plnou zodpovědnost za svůj život, a proto by měl být také on informován o tom, jak následná péče funguje. Důležité je podpořit jeho kontakt s daným programem ještě v ústavní léčbě. Také léčebné zařízení by mělo informovat zařízení následné péče o tom, jaký program absolvoval klient, který k nim přichází. (23)

V PL ČD jsou pacienti dostatečně informováni o možnostech následné péče. Terapeutický tým s pacienty v této oblasti dostatečně spolupracuje.

1.4.2 Programy následné péče

Doléčovací programy mají v resocializační péči velký význam. Programů existuje celá řada, záleží však na konkrétních potřebách klienta a na jeho volbě.

Cílovou skupinou pro programy následné péče jsou „*abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci.*“ (23, s. 208)

1.4.2.1 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení představuje jednu z možností následné péče, která je určena klientům přicházejícím z léčby. Jedná se o pobytovou službu, která umožňuje intenzivní doléčování v podobě běžného života. Tuto službu lze charakterizovat také jako službu sociální, která spadá do komplexu služeb zdravotních a sociálních. (21)

Chráněné bydlení představuje pro klienta prostředí, ve kterém má určitou volnost, ale na druhé straně se jedná o prostředí bezpečné, protože je zde možnost se kdykoliv na někoho obrátit a klient má určitou podporu od terapeutů, kteří mu pomáhají při řešení jeho problémů. Tato forma doléčování umožňuje klientovi snazší zapojení se do běžného života a uplatnění svých praktických dovedností, které získal během léčby. Během pobytu v chráněném bydlení klient chodí do práce, věnuje se svým koníčkům, shání si vlastní bydlení, hledá nové kontakty a přátele a celkově se osamostatňuje. Cílem je, aby klient nebyl závislý na léčebném zařízení, ale aby si dokázal naplánovat svůj život sám a byl schopen v něm fungovat samostatně. (7)

Pobyt v chráněném bydlení si klienti buďto hradí plně nebo na něj pouze přispívají. Bydlení má různé podoby. Jedná se buďto o samostatný byt nebo byt či pokoje, které jsou určeny více osobám. Na rozdíl od azylových domů, umožňuje chráněné bydlení klientům posilovat své sociální kompetence. Mohou přijímat návštěvy, mají ve vlastnictví klíče od bytu a mají možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu. Fungují zde ale také pravidla, která musí klienti dodržovat. Jedná se o dodržování „bezdrogového“ prostředí a o respektování práv ostatních ubytovaných. Doba pobytu v chráněném bydlení je pouze přechodná. Pohybuje se v rozsahu 6-12 měsíců.

Konkrétně záleží na tom, jak bude klient dodržovat terapeutický a resocializační program, který je kromě zajištění ubytování cílem chráněného bydlení. (9)

1.4.2.2 Chráněná práce

Chráněné pracovní programy jsou další součástí doléčovacích programů. Glosář zahrnuje pod pojmem „chráněná dílna“ také službu, která je vázána na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. (21) Cílem chráněných pracovních programů je zvyšování pracovních dovedností, obnovení pracovních návyků, dosažení kvalifikace či finanční příjem. Tyto programy směřují k samostatnosti klienta. Je však důležité věnovat pozornost tomu, jaké profesionální schopnosti klient má a dobře zhodnotit jeho možnosti. Práce je konaná v chráněných dílnách, kde je uzavřena pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Pracovní programy jsou dotovány a úřady práce mohou přispívat na mzdy zaměstnaných osob, pokud jsou klienti evidováni v registru uchazečů o zaměstnání. Práce v chráněné dílně trvá zpravidla od 4 měsíců do jednoho roku.

Je třeba odlišovat práci v chráněné dílně a pracovní terapii. Pracovní terapie je součástí krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé léčby a klienti za ní nepobírají mzdu. Chráněná dílna musí věnovat pozornost situaci na trhu práce. Práce v chráněných dílnách se týká většinou prací pomocných, jako je úklid, údržba, opravy, vaření apod. (9)

Mnoho doléčovacích programů také spolupracuje se sociálně-pracovní agenturou, která klientům pomáhá při hledání práce po ukončení léčby. (40)

1.4.2.3 Ambulantní forma doléčování

Ambulantní doléčování představuje formu následné péče, která je určena klientům, kteří po léčbě neodcházejí do pobytových služeb jako je chráněné bydlení či terapeutická komunita. Tato forma doléčování je vhodná pro klienty, kteří mají své zázemí. Klienti docházejí do doléčovacího zařízení na základě dohody a podle jejich

potřeb. Má různé formy a možnosti, které je třeba dobře zvážit a zvolit podle individuálních potřeb klientů. (7)

Probíhá v ambulantních zařízeních, která jsou také zaměřena na udržení změn v životě klienta, kterých dosáhl během ústavní léčby. Cílem je pomoci klientovi vytvořit podmínky pro to, aby úspěšně abstinovat. (22)

Centra následné péče

Centra následné péče neboli doléčovací centra poskytují klientům mnoho služeb. Proto i personální zastoupení je zde širší. Pracují zde sociální pracovníci, adiktologové, psychologové, psychoterapeuti apod. Doléčovací centra pomáhají klientům nejen udržovat změny, ale také zvládat praktické problémy, se kterými se v běžném životě setkávají. Jedná se o problémy spojené se zaměstnáním, bydlením, lékařskou péčí, financemi apod.

Podle Matouška je jedním z cílů služeb v doléčovacích centrech sociální integrace či reintegrace klientů po absolvování léčby. (26)

Služby doléčovacích center

- Individuální rozhovory – pomáhají vytvořit důvěrný a kvalitní vztah mezi klientem a pracovníkem. Forma individuálních rozhovorů je vhodná v případě, kdy se jedná o citlivá témata, o kterých nechce klient mluvit před skupinou. Klient se cítí bezpečněji a je tak více otevřený. Je vhodná také pro klienty s poruchami osobnosti (21)
- Skupinová terapie – má velký význam nejen v léčbě, ale také v doléčování. Bývá často účinnější než terapie individuální, protože klient má možnost sdílet své problémy s ostatními, vyslechnout si jejich názory, otevřít se tak vůči ostatním a navzájem si pomoci v různých situacích, které jim přináší nový vstup do běžného života bez drog (27)
- Sociálně – právní poradenství
- Poradenství v oblasti rodinných a partnerských vztahů
- Volnočasové aktivity

- Vzdělávací aktivity (42)

Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní formu doléčování klientům přes den, většinou v pracovní dny. Klienti sem mohou docházet kdykoliv a jakýkoliv den. Služby jsou určeny klientům, kteří jsou schopni dobře zvládat svou abstinenci. Denní stacionář poskytuje denní péči, která zahrnuje strukturovaný program, založený především na skupinové práci, práci s rodinou, ale také na zodpovědnosti klienta a na prevenci relapsu. (21)

Strukturovaný program je zaměřen léčebně, ale i resocializačně. Zahrnuje především přesný časový rozvrh, pravidla, která musí být dodržována, aktivity pracovní, sportovní a klubové. Program by měl pokrývat 4-5 hodin denně po 5 dní v týdnu. Důležité je také pracovat s relapsem. Klienti jsou vedeni k tomu, aby uměli označit rizikové situace a spouštěče. (18)

Socioterapeutické kluby

První socioterapeutický klub u nás založil doc. Jaroslav Skála. Ten uvádí, že „*kluby sdružují, léčí a doléčují závislé osoby různého věku, různých povahových rysů, různého vzdělání, povolání a společenského postavení, přesvědčení, zájmů i koníčků.*“ (43, s. 94)

V doléčování hrají tyto kluby a aktivity, v nich provozované, velkou roli. (13) Jsou většinou zřízeny při zdravotnických zařízeních a jsou vedeny profesionálním terapeutem, čímž se liší od svépomocných skupin, kde si pomáhají navzájem pouze klienti. Není zde ale vyloučeno, že se jedná pouze o profesionální pomoc. Prvky svépomoci se zde uplatňují také, ale vždy za účasti profesionálů. (33) Pro mnoho bývalých klientů mají kluby velký význam a pomáhají jim v udržování abstinence. Hlavním znakem těchto klubů je tedy vzájemná podpora, pomoc a spolupráce. Ti, co dlouhodobě abstínují, nabízejí své zkušenosti těm, co teprve abstínovat začínají a jsou tak pro ně dobrým příkladem. (37)

Jedním z takových socioterapeutických klubů je KLUS – klub usilujících o střízlivost. Jedná se o první klub, který vznikl z iniciativy doc. Skály v Apolináři v roce

1948 a funguje dodnes. (43) Tento klub se stal základem pro další systém péče o závislé, jako jsou doléčovací programy, svépomocné programy a zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby. (2)

Výhody socioterapeutických klubů

- Dočasná nebo dlouhodobá náhrada chybějících sociálních vztahů
- Zařízení, kde se socioterapeutický klub nachází, poskytuje léčeným pozitivní modely lidí, kteří závislost překonávají, což zvyšuje motivaci klientů ke spolupráci v doléčování
- Zvyšování morálky a sebedůvěry u pracovníků zařízení
- Kluby napomáhají dlouhodobému udržování kontaktů (34)

Svépomocné organizace

Svépomocné organizace jsou skupiny lidí, kteří se snaží společnými silami zvládnout své problémy se závislostí na návykových látkách. Tyto organizace jsou zřízeny při ambulantním nebo lůžkovém zařízení. V doléčování hrají důležitou roli a účast klientů na těchto skupinách má velmi pozitivní vliv na jejich budoucí život. „Podle výzkumů v oblasti sociální podpory a léčby mají klienti, kteří jsou zapojeni do podpůrné sítě lidí, kteří drogy neberou, daleko lepší léčebné výsledky.“ (41, s. 182)

V rámci svépomocných organizací se uplatňuje termín svépomocné programy, který zahrnují různé aktivity a intervence. Podle Kaliny se termín svépomocné programy v širším slova smyslu týká „*podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním.*“ (46, s. 84) V užším slova smyslu se tento termín používá v souvislosti s konkrétními programy, jako jsou např. Anonymní alkoholici či Anonymní narkomani.

Pokud jsou do svépomocných programů zapojeni také rodinní příslušníci klienta, je to velice efektivní např. v prevenci relapsu. U těch, kteří se aktivně účastní svépomocných skupin je riziko relapsu menší. Pokud se však relaps objeví, má klient jistotu, že nezůstane sám a že má určitou podporu od ostatních členů skupiny. (41)

Anonymní alkoholici (AA)

AA představují svépomocnou skupinu, která je známá po celém světě. Jedná se o celosvětové svépomocné hnutí, které zahrnuje lidi, jejichž problémem je alkohol. Skupina AA vznikla v roce 1935 v USA a v dnešní době zahrnuje asi 96 000 skupin ve 134 zemích. Inspirovali řadu organizací, které fungují také na základě svépomoci. Jedná se o Anonymní narkomany a Anonymní hazardní hráče. (46)

Skupina AA spočívá ve vzájemné podpoře, pomoci a porozumění lidí, kteří mají společný problém – alkohol. Hlavním účelem je abstinence a pomoc při abstinování ostatním alkoholikům. Velký přínos mají AA také v posilování abstinence, kdy se používají různé strategie, jak zvládat bažení. Uplatňují také zásadu, která říká „abstinovat právě dnes“. Člověk by se měl zaměřovat na to, že abstinuje právě teď a nezatěžovat se obavami z toho, jak bude abstinovat po celý život. (33)

AA jsou velice známí svými dvanácti kroky, kterými se řídí jak věřící členové, tak nevěřící. Bohem se rozumí především síla tradice a zkušenosti, které se při překonávání závislosti nashromáždily. Průběh setkání AA probíhá zcela anonymně a členství je dobrovolné. (38)

Aby byli členové úspěšní, musí zvolit správný přístup. Přiznat si a uvědomit si svou závislost, zbavit se obranných mechanismů, pocitů viny a zlosti. Hlavní roli zde hraje to, že klient musí sám chtít přestat pít a přijmout tak abstinenci jako hlavní součást programu. Klient by si měl také uvědomit své slabé stránky, na které je třeba se zaměřit a věnovat pozornost především motivům, reakcím na stres, zlost, odmítnutí, dále strachu a následkům alkoholického či drogového životního stylu. Měli by také přijmout sebekritiku a převzít zodpovědnost. (46)

Anonymní narkomani (NA)

NA fungují na stejném principu jako AA. Jedná se o narkomany, kteří již abstinují a snaží se začít žít normálním životem bez drog. Pravidelně se scházejí a navzájem si pomáhají. Podmínkou pro to, aby toto společenství mohlo úspěšně fungovat je to, že musí sami chtít změnit svůj život. (1)

Hlavním principem, který je v NA uplatňován je to, že se zde činnost nezaměřuje na minulost osob, ale na přítomnost a budoucnost. Hlavní témata se týkají toho, co chce člověk v budoucnu dělat, čeho chce dosáhnout a jak chce změnit svůj život k lepšímu. (30)

Anonymní gambleři (GA)

GA jsou samostatnou svépomocnou skupinou, jejichž problém je hazardní hra. Ta však nebývá problémem samostatným, ale je často spojována se zneužíváním drog nebo alkoholu. Z tohoto důvodu se mohou např. patologičtí hráči účastnit podle svých potřeb setkání AA. Pokud člověk potřebuje větší počet setkání, mohou mu právě AA poskytnout v těžkém období určitou podporu. (34)

Účastnit schůzek AA se mohou GA také z důvodu toho, že v místě, kde žijí, není organizace GA. Jedná se především o případy menších měst, kde tyto organizace nefungují. Netýká se to ale pouze GA, ale také NA, kterých také není mnoho. (33)

Poradny

Součástí ambulantního doléčování mohou být poradny různého typu. Jedná se o poradny psychologické, rodinné či partnerské, právní či poradny týkající se hledání zaměstnání. Poradny poskytují lidem, kteří se zotavují z dlouhodobého užívání návykových látek především sociální poradenství základní a odborné. (48)

Samotné poradenství není typickou formou doléčování a nelze ho chápat jako způsob doléčování. Poradenství má zde roli doplňkovou a lze ho využít při jakékoliv formě doléčování. Pokud se klient např. rozhodne pro doléčování ambulantní, může využívat poradenství v různých oblastech. Klienti se často neorientují v základních praktických věcech, jako je vyřizování na úřadech či vyplňování formulářů. Problémem je zde také to, že neznají svá práva a povinnosti. V tomto případě se uplatňuje především poradenství odborné. (25)

Psychiatrické ambulance a psychiatrické AT ordinace

Klienti se v důsledku své závislosti potýkají s mnohými duševními poruchami, které není možné vyléčit pouze v ústavní léčbě, ale je třeba jim věnovat pozornost i v následné péči. Proto se zde nabízí možnost návštěvy psychiatrické ambulance.

AT ordinace mohou poskytovat ambulantní služby osobám, které jsou závislé na návykových látkách a základní léčbu nepodstoupili nebo těm, kteří již absolvovali základní léčbu a nyní využívají AT ordinaci jako formu doléčování. Zkratka AT zahrnuje pojmy alkohol a toxikomanie, ze kterých vznikla. (25) V následné péči mají AT ordinace uplatnění hlavně v tom, aby se klient úspěšně resocializoval a navrátil do plnohodnotného života. Hlavním prostředkem je ale abstinence. (12) V AT ordinacích může mít následná péče formu individuálních rozhovorů. (21)

1.5 Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je léčebnou, která se specializuje již od roku 1966 na léčbu závislostí. Jedná se o jedinou léčebnu v ČR, která je přímo specializovaná na léčbu závislostí na alkoholových a nealkoholových drogách, včetně patologického hráčství. Od počátku svého fungování byla zaměřena na léčbu lidí závislých alkoholu, v současné době je zaměřena i na léčbu lidí závislých na nealkoholových drogách. Léčba je určena lidem z celé ČR od 18 let. (4)

Podle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách spadá PL ČD pod sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Léčba ústavní je více intenzivní a systematicky uspořádaná než léčba ambulantní. Je zde tudíž větší šance se vyléčit. *„Včas a dobře indikovaná ústavní léčba může předejít rozbití sítě sociálních vztahů i zdravotním škodám v důsledku těžké recidivy.“* (33, s. 114)

S člověkem, který se rozhodne pro léčbu závislosti na návykových látkách se spolupracuje na bázi toho, aby získal zpět své ztracené role, sebevědomí a zodpovědnost a byl tak připraven se po léčbě vrátit opět do společnosti. Pro úspěšnou resocializaci je absolvování léčby a její kvalitní poskytování nezbytné. (10)

Některými cíli střednědobé ústavní léčby, které jsou významné v resocializaci mohou být:

- Získání náhledu na problém závislosti
- Postupné řešení problémů, které vznikly v důsledku závislosti
- Přijetí abstinence jako součást svého života
- Změna systému životních hodnot
- Změna původního prostředí
- Zvnitřnění strukturovaného dne a režimu
- Rozpoznání rizik relapsu a identifikace strategie zvládnání těchto rizik (8)

Terapeutický proces je zde rozdělen do několika fází. Důležitou fází v resocializaci představuje hlavně fáze přípravy na odchod, kdy se klient snaží konkretizovat a zrealizovat plány do budoucna, vyřešit potřebné problémy a zajistit si doléčování,

zaměstnání, bydlení atd. (7) Pro klienty může být však tato fáze velmi náročná a riziková, proto potřebují určitou podporu od okolí a odborníků. (22)

V rámci následné péče poskytuje léčebna opakovací (motivační) léčbu. Tuto léčbu si klient plánuje před odchodem z léčebny. Opakovací pobyty trvají jeden týden a klient by měl absolvovat během jednoho roku, kdy abstinuje, čtyři pobyty, a to v tříměsíčním intervalu. Klient, který se zde léčil se tak po nějakém čase abstinence vrací opět do léčebny, kde se účastní standardního programu, včetně terapeutických skupin. Cílem opakovací léčby je především prevence recidivy. Také pro klienty, kteří jsou nyní v léčbě, je abstinující klient velkým vzorem, který je důkazem toho, že abstinence není nemožná. Předává své zkušenosti a úspěchy ostatním a je pro ně určitou motivací v léčbě.

Dále poskytuje posilovací léčbu, která je přijatelná v případě, kdy došlo k relapsu nebo recidivě. Tato forma léčby se snaží o to, aby byl problém znovu podchycen včas a klient tak byl schopný fungovat dále. Klient se v tomto případě také účastní programu léčebny, kde sdílí s ostatními svůj problém a diskutuje se o tom, proč k relapsu došlo. Délka této léčby závisí na tom, jak dlouho recidiva trvá a s jakými problémy se klient potýká. (7)

Celkový proces léčby v PL ČD směřuje k tomu, aby se člověk navrátil opět do společnosti, změnil své myšlení a chování a získal tak zpět dovednosti, které ztratil. V rámci terapeutického procesu jsou ale pro resocializaci významné následující terapie:

- **Skupinová terapie** – velmi významná pro sdílení problémů s ostatními, pochopení a emoční podporu (33)
- **Rodinná terapie** - pokud je to možné, pracuje se s takovou rodinou klienta, která je schopná tuto terapii akceptovat. (27) Doporučuje se rodinám, kde jsou různé problémy jak v komunikaci, tak v interpersonálních konfliktech a nepochopení. Rodinná terapie pomáhá řešit tyto problémy a navázat zpět ztracenou důvěru. Dobré vztahy v rodině jsou v resocializaci důležité, protože klienta posilují a motivují ho. (7)
- **Pracovní terapie** – je důležitá z hlediska strukturovaného dne a režimu, který pacienti potřebují znovu získat. Umožňuje jim také získat zpět

pracovní návyky a sociální dovednosti. Učí se zodpovědnosti a týmové spolupráci. V resocializaci je třeba, aby tyto návyky měli. (8)

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl práce:

Cílem práce je zmapovat resocializaci u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr

Dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit systém poskytované návazné resocializační péče

Dílčí cíl 2: Zjistit důvody porušení abstinence pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr

Výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jak funguje návazná poskytovaná resocializační péče, která posiluje dlouhodobou abstinenci?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou rizikové faktory v rámci resocializace závislostí?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou nejčastější důvody porušení abstinence u pacientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr?

3 METODIKA

Použitá metoda

Na základě tématu mé bakalářské práce jsem pro vlastní výzkum zvolila kvalitativní metodu výzkumu, a to vzhledem k cílové skupině, se kterou jsem pracovala. Kvalitativní výzkum se mi v tomto případě jevil jako vhodnější, neboť se jedná o pružný typ výzkumu, který umožňuje zkoumat dané jevy do hloubky. Dále také umožňuje navrhnout teorie a tvořit hypotézy. (14)

„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.“ (14, s. 50)

V rámci šetření jsem využila metodu dotazování, která zahrnovala techniku polostrukturovaného rozhovoru, který uplatňuje především otevřené a polouzavřené otázky.

Polostrukturovaný rozhovor má určitou osnovu s jasně definovaným účelem. Celkově se vyznačuje velkou pružností celého procesu získávání informací. (14)

Techniku polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila na základě toho, aby mohli jednotliví respondenti dostatečně vyjádřit svůj názor a doplňovat tak v průběhu rozhovoru své odpovědi na předem připravené otázky. Zároveň výzkumník může klást pro upřesnění a správné pochopení doplňující otázky, které umožní prozkoumat problém do větší hloubky. Tento typ rozhovoru je velice vhodný pro práci s určitými cílovými skupinami. (29)

Výzkumné šetření bylo prováděno během měsíců březen až červen roku 2012 v PL ČD. Pro získání dat byla využita metoda dotazování, a to za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s pacienty a terapeuty přímo v PL ČD. Na počátku byli pacienti a terapeuti seznámeni s obsahem mé bakalářské práce a s účelem rozhovorů, které jsou důležité pro zpracování dat. Před samotným výzkumem byli respondenti

informování také o tom, že všechna získaná data budou využita pouze pro účely mé bakalářské práce a také o tom, že vše, co v rámci rozhovorů sdělí, je zcela anonymní. Některé rozhovory byly zaznamenány na diktafon, některé byly zapisovány ručně do záznamového archu. Pro záznamy na diktafon bylo nutné získat předem souhlas jednotlivých respondentů. Stanovené okruhy otázek (viz. přílohy 1 a 2) byly zaměřeny na stanovené cíle a výzkumné otázky.

Rozhovory s pacienty probíhaly v areálu PL ČD na daných odděleních v komunitní místnosti, kde byl se mnou pouze dotazovaný pacient, a to z důvodu zachování soukromí a důvěrnosti daných informací. Pacienti byli vybráni na základě náhodného víceetapového výběru.

Rozhovory s terapeuty byly prováděny v kanceláři jednotlivých terapeutů. Terapeuti byli vybráni také na základě náhodného víceetapového výběru. Délka trvání rozhovorů byla asi 30 minut. Při rozhovorech s pacienty byla klidná a přátelská atmosféra. Pacienti byli velmi otevření, nebáli se komunikovat a na otázky byli ochotni odpovídat. Psychiatrická léčebna byla navštěvována již dříve v rámci studijní praxe, kde bylo možné pozorovat a zmapovat situaci a získat tak potřebné informace pro výzkumné šetření. Místo výzkumného šetření bylo výzkumníkovi díky praxi známé, což umožnilo snazší začlenění do tohoto místa.

První rozhovory, které jsem uskutečnila, byly s pacienty. Vždy před každým rozhovorem jsem pacientům sdělila téma mé bakalářské práce, její účel, využití a publikování. Dále také zachování veškeré anonymity.

Začátek každého rozhovoru probíhal na základě získání základních informací o daném respondentovi. Tyto informace se týkaly především pohlaví, typu závislosti a regionu, odkud pochází. Pacienti byli vybráni náhodně. Základní informace byly získány až po náhodném výběru pacientů, a to pouze z toho důvodu, abych se lépe orientovala v daném souboru a mohla ho lépe zpracovat. Poté jsem se již v průběhu jednotlivých rozhovorů držela daného schématu otázek, které jsem měla předem připravené (viz. přílohy 1 a 2). Respondentům jsem kladla jednotlivé otázky obsažené ve schématu, ale také otázky, které nebyly dopředu připravené. Ty byly pokládány

dodatečně pro upřesnění informací jako doplňující otázky. Respondenti tak mohli vyjádřit svá stanoviska přesněji a mohli se více rozhovořit.

Charakteristika výzkumného souboru

Celkový výzkumný soubor byl složen ze sedmi pacientů a třech terapeutů PL ČD.

První výzkumný soubor byl tvořen sedmi pacienty, kteří se léčí ze závislosti už po několikáté a mají proto zkušenost s relapsy a recidivou.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen třemi terapeuti PL ČD. Oba výzkumné soubory byly získány na základě náhodného vícestupňového výběru.

Pro lepší přehlednost uvádím tabulky (viz. příloha č. 3), které se týkají základních informací o daných pacientech. Rozdělení v tabulkách není ale rozhodující a podstatné pro zpracování výsledků. Slouží pouze orientačně pro lepší přehlednost a snazší zpracování. Druhý výzkumný soubor (terapeuti) nebyl takto rozdělen, protože tyto informace získány nebyly.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole mé bakalářské práce se zaměřuji na následnou interpretaci získaných dat. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a do záznamových archů. Trvaly přibližně 30 minut.

Pro lepší přehlednost jsem zkoumané téma rozdělila do třech okruhů, pod které spadaly další následující otázky. Tyto okruhy navazují na předem stanovené výzkumné otázky.

Zkoumané okruhy:

Okruh „A“ týkající se následné péče a doléčování

Okruh „B“ týkající se rizikových faktorů, které se mohou v resocializaci objevit

Okruh „C“ týkající se nejčastějších důvodů porušení abstinence

Pro interpretaci dat je důležité rozdělení výzkumného souborů pacientů a terapeutů následovně:

7 pacientů (P1 – P7)

3 terapeuti (T1 – T3)

V rámci zpracování jednotlivých okruhů se zaměřím nejprve na zpracování výsledků u pacientů, potom zvláště zpracuji výsledky terapeutů.

Okruh následné péče a doléčování „A“

V návaznosti na první výzkumnou otázku jsem zkoumala systém poskytované návazné resocializační péče, která posiluje dlouhodobou abstinenci. Nejprve jsem se zaměřila na to, co si pacienti myslí o následné péči a proč je nebo není důležitá.

Všichni respondenti se shodli na tom, že následná péče a doléčování je velmi důležitá věc, která může velmi snížit riziko relapsu či recidivy.

P1 a P2 se shodují v tom, že když člověk využije doléčování, pomáhá mu to hlavně v tom, že není na problémy sám a má někoho, na koho se může obrátit v případě krize. Může si popovídat, probrat své úspěchy či neúspěchy a poradit se o různých věcech.

P1: *„Důležitá je hlavně podpora od personálu, ale i od lidí, kteří se tam doléčují také. Pomůžeme si navzájem.“*

P3, P4, P6 a P7 si myslí, že doléčování by mělo být součástí léčby základní. Každý, kdo se léčí, by ho měl využít. Léčba sama o sobě je krátká a většinou nestačí, pokud má člověk opravdu zájem se vyléčit.

P5 uvádí: *„Myslím si, že pro člověka, který je sám a je odhodlaný nepít, je doléčování velmi dobrá věc. Pro člověka, který ale nemá vyřešené problémy, má malé dítě, je na vše sám a potýká se ještě s domácím násilím jako já, může doléčování způsobovat stres. Byla to pro mě spíše zátěž.“*

Další otázka byla, zda si pacienti myslí, že je následná péče dostatečně využívána.

P2, P3, P5, P6 uvádějí, že ti, co jsou opravdu odhodlaní se vyléčit, chtějí abstinovat a snaží se, doléčování využijí. Ti, co jsou ale v léčbě nedobrovolně či z jiných důvodů a neberou léčbu vážně, většinou doléčování nevyužijí.

P1 a P7 se domnívá, že doléčování využívá mnoho pacientů a je o něj velký zájem.

P4: *„Doléčování využije jak kdo. Často pacienti využijí chráněné bydlení, protože po léčbě nemají kam jít nebo se nechtějí vracet tam, kde pobývali dříve. Chtějí změnu.“*

Následující otázka byla zaměřena na to, zda pacienti znají možnosti následné péče a zda jsou dostatečně informovaní. Všichni respondenti uvádějí, že možnosti následné péče znají. Nejvíce se orientují v možnosti chráněného bydlení nebo ambulantního doléčování. Co se týče informovanosti pacientů o následné péči, jsou velice dobře informovaní právě v PL ČD. Všichni se shodují na tom, že pracovníci PL ČD pomáhají pacientům najít vhodnou možnost následné péče, informují je, proč je důležitá a motivují je k tomu, aby se chtěli doléčovat, protože je to důležité.

P2: *„Než jsem nastoupila sem do léčby, moc možností doléčování jsem neznala. Tady jsem se o tom dozvěděla hodně. Informují nás tady, hledají s námi na internetu vhodné doléčování, dávají nám brožury a doporučují nám různé možnosti.“*

Dále jsem se respondentů ptala na to, jaký podle nich mají jednotlivé formy doléčování přínos. Pro všechny respondenty je doléčování jako celek velmi přínosné. Každá forma doléčování má taky svůj přínos.

P1, P5 a P7 se shodují v tom, že jednotlivé formy následné péče posilují člověka při abstinenci a je zde tak menší pravděpodobnost toho, že dojde k relapsu či recidivě, než kdyby se nedoléčoval.

P1: *„Seznámíte se také s novými lidmi s podobnými problémy a máte možnost je společně řešit. Hlavní přínos proto také vidím v tom, že sdílíte své problémy s ostatními.“*

P7: *„Také to pomáhá v tom, že si člověk může vyřešit problémy, které se nevyřešily v léčbě. Máte tak dostatek času si uspořádat myšlenky.“*

P2, P3 a P6 uvádějí, že to, jaký mají jednotlivé formy přínos, je velice individuální a záleží na konkrétním člověku, s čím má problém a co hledá.

P6: *„Hlavní přínos také vidím v tom, že člověk nezůstane na problémy sám, má si s kým popovídat a poradit se v případě krize.“*

Pro P4 je v rámci doléčování důležité to, že je pod dohledem a kontrolou.

Nejpřínosnější jsou podle pacientů pobytové formy doléčování, konkrétně pak chráněné bydlení, o kterém se pacienti zmiňovali nejčastěji a hodnotí ho jako nejpřínosnější. Shodlo se na tom celkem 6 respondentů, kromě P1. Ten se k tomu, která z forem následné péče je nejpřínosnější, nevyjádřil. Uvedl pouze celkový přínos následné péče.

P2: *„Přínos chráněného bydlení vidím v tom, že se člověk osamostatní a má možnost fungovat jako v normálním životě, protože v tom normálním životě už je.“*

P4: *„V chráněném bydlení jste pod kontrolou a můžete se poradit s odborníkem. Přitom ale žijete samostatně.“*

P5: *„Domnívám se, že chráněné bydlení je vhodné jak pro starší lidi, tak pro mladší, pokud nemají své zázemí. Problém je ale v tom, že sem nelze tolik začlenit rodinné příslušníky, a to pak nic neřeší. Přínos vidím také u Anonymních alkoholiků, kde je na klienty více času a lidé jsou si schopni zde pomoci navzájem. Není zde ani potřeba vysokých finančních nákladů.“*

P6: „*V chráněném bydlení jsou přínosné jak individuální pohovory, tak skupinová sezení. Celkově je CHB dobré v tom, že si hledáte práci, kterou si najít musíte, jinak vás za čas vyhodí. Hledáte si vlastní bydlení a stavíte se na vlastní nohy. To je hodně motivující.*“

Další zkoumanou částí v oblasti následné péče bylo to, zda mají pacienti zkušenost s doléčováním a jakou formu následné péče po léčbě využili nebo teprve využijí.

S doléčováním má zkušenost pět respondentů ze sedmi. Absolvovali již více léčeb, kdy většinou po první léčbě využili možnosti doléčování.

Nyní zde uvádím formy doléčování, které pacienti již využili.

P1 – K-centrum v Plzni

P1: „*Doléčovala jsem se pouze jednou a to před 11 lety, kdy v Plzni nic jiného kromě K-centra nebylo. Moc se mi tam ale líbilo.*“

P2 – doléčovací centrum SANANIM

P5 – centrum služeb následné péče pro ženy ALMA FEMINA o.s.

P6 – doléčovací centrum PREVENT v Českých Budějovicích – chráněné bydlení

P7 – centrum následné péče v Praze

Dva zbylí respondenti P3 a P4 se shodují v tom, že i když je to nyní jejich několikátá léčba, tak možnosti doléčování nevyužili a podcenili ho. Mají ale v plánu se doléčovat po této léčbě.

P3: „*Po léčbě tady v Červeném dvoře mám v plánu jít ještě do komunity a pak na chráněné bydlení.*“

P4: „*Já jsem doléčování dvakrát podcenila. Byla jsem pouze párkrát na sezení skupin, která se konala v zařízení, kde jsem měla svou 2. léčbu. To mi ale nic nedávalo. Teď po léčbě tady mám v plánu jít do střediska následné péče na chráněné bydlení. Už to mám domluvené.*“

Z daných informací vyplývá, že z pěti respondentů, kteří již někdy využili doléčování, se doléčovali čtyři z nich ambulantně. Lze tedy spatřovat určitý rozpor mezi

tím, když uváděli jako nejpřínosnější formu následné péče právě služby pobytové, konkrétně chráněné bydlení, ale sami využili spíše formy ambulantní.

Po položení otázky, jakou formu následné péče chtějí využít teď po léčbě, se shodlo pět pacientů ze sedmi na tom, že chtějí využít právě formu chráněného bydlení.

P1 má po léčbě v plánu využít opět možnosti K-centra, protože se jí tam líbilo a kvůli malým dětem si nemůže chráněné bydlení dovolit.

P5 by chtěla využít formu individuálních pohovorů s odborníkem, který se specializuje jak na závislosti, tak na domácí násilí. Kvůli dětem a zaměstnání si také chráněné bydlení dovolit nemůže.

Důvody, proč si většina pacientů zvolila právě formu chráněného bydlení, byly různé.

P3: „*Drogy беру už od 16 let a je mi 24 let. Myslím si, že jsem se tak nějak zabrzдила ve vývoji. Chtěla bych to dohnat, napravit a začít od začátku.*“

P4: „*Doporučili mi to tady v Červeném Dvoře a také se chci vídat se svým přítelem. Proto jdu na chráněné bydlení do Plzně.*“

P6: „*Chci hlavně změnit prostředí, abych nepotkával lidi, co berou. Také nemám své zázemí a u rodičů se mi být nechce. Chráněné bydlení jsem využil již dříve a líbilo se mi tam, proto není důvod to měnit.*“

P2 a P7 se shodují v tom, že chráněné bydlení jim pomůže při návratu do běžného života a v osamostatnění se.

Dále bylo zkoumáno to, jak funguje následná péče a zda se zaměřuje dostatečně na prevenci relapsu.

Pět respondentů se shodlo na tom, že následná péče funguje dobře a na prevenci relapsu se zaměřuje velmi intenzivně. Uvádějí fakt, že prevence relapsu je hlavním účelem doléčování. Dále se většina z nich domnívá, že následná péče dobře funguje v těchto oblastech:

- Rozpoznání spouštěčů
- Příprava na běžný život v běžných podmínkách
- Psychická podpora
- Pomoc při řešení problémů a krizových situací

- Posílení abstinence
- Odborné vedení

Respondenti P3 a P7 nedokáží posoudit, jak následná péče funguje, domnívají se však ale, že na prevenci relapsu se zaměřují dostatečně.

P2 a P7 se domnívají, že nejlépe fungují služby pobytové, zejména chráněné bydlení. Funguje to z důvodu toho, že člověk je v kontaktu s prostředím, má určitou volnost, osamostatňuje se, ale na druhé straně je pod dohledem odborníků, kteří mu pomáhají a podporují ho. Nejméně fungují služby ambulantní, které nejsou dostatečně intenzivní a pacientům není věnována taková péče, kterou potřebují.

P5 se domnívá, že by měly organizace následné péče více spolupracovat s jinými organizacemi, které se zaměřují i na jiné problémy než je pouze závislost. Závislost může být totiž často způsobena jinými problémy, které nejsou dostatečně řešené.

P5: *„Moje závislost na alkoholu vznikla v důsledku domácího násilí. Kromě doléčovacího centra ALMA FEMINA jsem docházela ještě do organizace Rosa, která je zaměřena na domácí násilí. Terapeuti v Rose nebyli příliš informovaní o problematice závislosti a nehledali proto souvislost mezi těmito jevy. To byl v mém případě velký problém.“*

Další otázka zněla následovně: Je ve Vašem regionu dostatek forem následné péče nebo zde nějaká chybí?

Většina respondentů pochází z velkých měst, kde je forem následné péče dostatek. P1, P4 a P6, kteří jsou z Plzně se shodli v tom, že zde nic nechybí a je toho dostatek.

P2 a P5 pochází z Prahy a shodují se na tom, že je zde také dostatek jednotlivých forem následné péče, ale problém je v tom, že je vše obsazené a čekací doby jsou dlouhé. P5 také uvádí, že mnoho zařízení následné péče ubývá, protože na jejich provoz není dostatek financí. *„Mělo by jich tedy být určitě více.“*

P3 pochází z vesnice u Prahy. *„Tam u nás není nic. Chtělo by to nějaké zařízení i na vesnicích. Musí se dojíždět do Prahy. Tam je toho dost.“*

Respondent P7 pochází z Mostu, kde se domnívá, že toho moc není. *„Vím pouze o K-centru, jinak se o to nezajímám. Nechci se vracet do Mostu.“*

Poslední otázkou tohoto okruhu bylo, zda existuje nějaká forma následné péče, kterou by pacienti nevyužili nebo odmítli.

P1, P2 a P6 se shodli v tom, že by nevyužili psychiatrickou ambulanci, protože v této formě ambulantního doléčování nenalézají větší smysl, co se resocializace týče.

P5 společně s P1 uvádí chráněné bydlení, a to z důvodu toho, že se musí starat o své děti.

P3, P4 a P7 by nevyužili ambulantní formu doléčování.

Okruh resocializace a rizikových faktorů, které se mohou v rámci resocializace objevit „B“

V rámci tohoto okruhu jsem se zaměřila na to, jaké se mohou v resocializaci objevit rizikové faktory.

Respondenti P1, P2, P3, P6 a P7 se shodují v tom, že hlavní riziko pro ně představuje návrat do původního prostředí, kde brali drogy a styk s bývalými přáteli, kteří jsou uživateli drog. Původní prostředí, do kterého se pacienti vrací, může vyvolávat u člověka vzpomínky na minulost a chutě. Také myšlenky, které má závislý člověk v podvědomí a momentálně si je neuvědomuje, se vrací v tomto prostředí zpět, aniž by člověk chtěl.

Pro P4 a P5 nejsou tyto faktory rizikové. Jako riziko vnímají především samotu, neúspěchy, nejistotu budoucnosti, vypjaté situace a nevyřešené problémy, se kterými se člověk musí potýkat. Může se jednat o problémy s financemi, s hledáním zaměstnání apod.

Dále mě zajímalo, jaká mohou být úskalí v oblasti vzdělávání, bydlení, sociálně právní oblasti a oblasti rodiny a zaměstnání.

Všichni respondenti se shodují v tom, že hlavním úskalím v oblasti vzdělávání je nedokončené studium s nedostatečnou kvalifikací, což může představovat problém při shánění budoucího zaměstnání, kde je dosažení určitého vzdělání podmínkou pro přijetí.

P2 navíc uvádí: *„Nároky ve škole jsou velké a závislý člověk na to často nestačí. Nedokáže se soustředit, pamatovat si věci a učit se. Je myšlenkami jinde.“*

V oblasti bydlení se všichni respondenti kromě P5 shodují v tom, že hlavním úskalím je to, když člověk nemá po léčbě kam jít, nemá vlastní zázemí a nechce být závislý na ostatních, např. na rodině.

Pro P5 je hlavním úskalím to, když člověk nemá na zaplacení nájmu, pokud vlastní bydlení má. Pokud ho nemá, musí si najít adekvátní práci k tomu, aby si mohl dovolit určité bydlení.

V oblasti sociálně právní je hlavním úskalím pro P1, P3 a P7 to, že mají problémy s policií a soudy. Lidé závislí na alkoholu a drogách často páchají trestnou činnost, proto také mají záznamy v trestním rejstříku, což pro ně představuje také velký problém při hledání zaměstnání.

Pro P2, P4, P5 a P6 jsou hlavním problémem dluhy a nemožnost je splácet pro nedostatek financí.

V oblasti rodiny se všichni respondenti shodují v tom, že hlavním úskalím jsou narušené vztahy, případně rozpad vztahů, kdy člověk nemá podporu, kterou potřebuje a je na vše sám. Také rodinné tragédie a nevyřešené problémy v rodině představují velký problém.

V oblasti zaměstnání P2, P4, P6 a P7 spatřují hlavní úskalí v tom, že závislý člověk má ve společnosti nálepku závislého a problémového člověka, kterého většinou nikde nechtějí. Pak může nastat velký problém, najít si práci. P2 navíc uvádí, že úskalím může být i špatný zdravotní stav v důsledku užívání drog.

P1, P3 a P5 se shodují v tom, že nároky v zaměstnání jsou často vysoké a neodpovídají dosaženému vzdělání a pracovním zkušenostem, které člověk má. Závislí lidé často nemají pracovní návyky, dostatek pracovních zkušeností a sociálních dovedností, proto dané požadavky na pracovním trhu často nemusejí zvládat.

Dále jsem zkoumala, co je pro pacienty při opětovném návratu zpět do života nejtěžší.

Jako nejtěžší se v tomto případě jeví shánění zaměstnání. Na tom se shodují všichni dotazovaní pacienti. Dále P1, P3, P5 a P7 uvádějí, že nejtěžší je čelit běžným denním problémům, které se na člověka najednou valí. Celkově je nejtěžší nový začátek, nový životní styl a opětovná adaptace na běžný život.

Všichni pacienti také uvedli, že jsou nyní ve fázi, kdy jsou připraveni změnit svůj životní styl, mají plány do budoucna a představy, co by chtěli dělat. Prioritou je pro ně sehnání zaměstnání a úspěšná abstinence pro to, aby mohli fungovat jako ostatní. Chtějí se osamostatnit, postavit na vlastní nohy a začít nový život. Na změnu životního stylu pohlíží pozitivně a snaží se ji brát jako výzvu, která jim umožní lepší život.

Dále jsem se pacientů ptala na to, jaké jsou jejich vztahy s rodinou, okolím a zda jsou ve styku s lidmi z jejich minulosti, kteří berou drogy. V případě pokud ano, tak zda je tyto styky mohou ohrozit.

Co se týče vztahů v rodině, uvádí P1, že vztahy s rodinou má velmi dobré, má dostatečnou podporu a může se na ní obrátit.

P2 a P3 uvádějí, že jejich vztahy v rodině jsou nyní lepší než dříve a rodina jim více důvěřuje v tom, že se chtějí opravdu vyléčit.

Vztahy v rodině nejsou příliš dobré u P4, P5, P6 a P7. Rodina se potýká s různými problémy, jako jsou hádky, spory a závislosti v rodině. Kromě tohoto tvrzení se navíc P5 a P7 shodují v tom, že jejich vztahy v rodině jsou špatné jen s některými členy.

Ve vztazích s okolím nemají problém respondenti P4 a P5. Nemají rizikové přátele, protože se jedná o pacienty se závislostí na alkoholu, kteří pili doma potají. Okolí k nim tedy přistupovalo kladně.

Spíše záporně jsou okolím hodnoceni P1, P2, P3, P6 a P7, protože se jedná o pacienty se závislostí na drogách, kteří mají rizikové přátele a k těm okolí přistupuje většinou záporně, s odstupem a s předsudky.

Kontakty s lidmi z minulosti, kteří užívají drogy, se snaží přerušit P1, P2, P3, P6 a P7, protože se domnívají, že by je mohl kontakt a styk s nimi velmi ohrozit v tom, že by porušili abstinenci. Z toho P3 a P7 přerušili kontakty úplně a jsou v kontaktu pouze s lidmi, kteří nejsou závislí. To jim dává velkou podporu při abstinenci. P1, P2 a P6 se o to snaží, ale s některými uživateli drog v kontaktu pořád jsou.

Na otázku, jak je možné s těmito riziky pracovat v rámci prevence relapsu a co konkrétně pacienti dělají v PL ČD pro to, aby tato rizika snížili, odpověděli P1 a P7, že by se člověk měl rizikům umět vyhýbat, pokud je to možné.

P2, P4, P5 a P6 se shodují v tom, že je třeba tato rizika umět rozpoznat a vědět, co může člověka ohrozit. P3 spolu s P6 uvádějí, že je důležité se zabavit a mít činnost. Člověk tak přijde na jiné myšlenky a vytěsňuje ty špatné.

Na tom, co pro to, aby se rizika snížila, pacienti dělají v léčbě, se shodují P1 a P6 v tom, že se snaží komunikovat, být otevřený a nebýt na problémy sami. Když je potřeba, poradí se s terapeutem, promluví si s ostatními a získají tak určitou podporu, což jim pomáhá při snižování těchto rizik. P2, P3 a P7 přerušují kontakty s bývalými uživateli drog, snaží se celkově změnit životní styl a žebříček hodnot a také se snaží určitým způsobem zabavit a odreagovat např. sportem. P4 a P5 se snaží vyřešit dlouhodobější problémy jiným způsobem než pitím alkoholu. Důležité je pro ně také dodržování režimu. P5: *„Když pijete, rozpadne se vám určitý řád a režim. Aby ale člověk byl schopný nepít, musí ten řád mít, aby vám pak nepřerůstaly denní požadavky běžného života přes hlavu.“*

Dále mě zajímalo, jak celkově pacienti hodnotí přínos léčby v PL ČD. To, jaký má léčba pro pacienty přínos, ovlivňuje jejich následnou resocializaci.

Všichni respondenti se shodli na tom, že léčba je pro ně přínosná. P1, P2, P4, P5 a P7 považují za přínosné to, že již tady v léčbě se člověk připravuje na běžný život po léčbě. Přínosný je zde také režim, který se musí dodržovat.

P2: *„Je tady dobře strukturovaný den. Máte tady režim, kdy musíte být v určitém čase na určitém místě, tak jako v běžném životě. Učí nás tu také zodpovědnosti a samostatnosti.“*

P3: *„Přínos to má pro mě v tom, že jsem schopná se otevřít a mluvit před ostatními o svých problémech, což jsem dříve nedokázala. Pokud není člověk otevřený a nemluví o svých problémech, odnáší si je s sebou ven a nemá je vyřešené, což způsobuje další problémy.“*

P6: *„Vyřizují si tady doléčování, práci, splácení dluhů. To je pro mě hlavním přínosem. Že se mnou někdo řeší moje problémy.“*

Dalším dotazem bylo, jaký názor mají pacienti na rodinnou a pracovní terapii v PL ČD. Tyto terapie jsou v rámci léčby velice důležité a jejich absolvování pomůže k lepšímu začlenění do společnosti.

Ani jeden z dotazovaných respondentů neměl zatím v rámci léčby rodinnou terapii. P1, P2, P3, P4 a P5 se shodují v tom, že rodinná terapie je jistě velice přínosná pro urovnání a zlepšení vztahů v rodině.

P6 a P7 rodinnou terapii nechtějí, protože si myslí, že by jim nepomohla.

S pracovní terapií mají zkušenost všichni dotazovaní respondenti.

Pro všechny respondenty kromě P6 je pracovní terapie přínosná. Uvádějí, že se při ní odreagují, zabaví a uvolní. Také je pro ně přínosná v tom, že mají režim, který se musí dodržovat. Pomáhá jim také v opětovném získání pracovních zkušeností a sociálních dovedností.

Názor P6 je v rozporu s ostatními respondenty. V pracovní terapii nevidí žádný význam. Nic mu to nedává a nebaví ho to.

Okruh nejčastějších důvodů porušení abstinence u pacientů PL ČD „C“

V tomto okruhu jsem dále zjišťovala, jaké jsou nejčastější důvody porušení abstinence u pacientů PL ČD.

Důvody porušení abstinence byly u jednotlivých pacientů různé. Je to velice individuální. V mnohém se ale shodovali.

P1, P2, P3 se shodují v tom, že nejčastějšími důvody porušení abstinence může být nuda, stres, samota, rozchod s přítelem, rizikové prostředí a přátelé, chutě či nevyřešené problémy. P2 se dále také shoduje s P6 v tom, že relaps může způsobit to, když si člověk vezme jinou návykovou látku, než tu, na které je závislý.

P4 a P5 se shodují v tom, že příčinou relapsu může být pokus o kontrolované pití a nedostatek doléčovacích postupů. Pro P4 a P7 může být důvodem také to, že pokud se člověku něco podaří, tak má radost a má chuť to oslavit.

Na závěr mě zajímalo, jak pacienti osobně hodnotí abstinenci a její porušení.

Všichni pacienti hodnotí abstinenci jako důležitou a nutnou součást úspěšného života. Je to podmínka pro úspěšnou resocializaci a normální fungování.

P2: „Je důležité abstinovat od všeho, i když na tom ostatním závislý nejste, protože i tohle může relaps vyvolat.“ P7: „V abstinenci musíte změnit vše. Musíte celkově změnit životní styl.“

P3, P4, P5, P6 a P7 se shodují také v tom, že nelze užívat drogu pouze občas a v malém množství. Když si člověk jednou dá, spadne do toho znovu.

Porušení abstinence hodnotí pacienti negativně.

P1, P2, P3, P6 hodnotí jako nezvládnutou situaci, kdy nezvládli to, co chtěli. Objevují se výčitky a pocity viny.

Pro P4, P5 a P7 je porušení abstinence osobním selháním a prohrou.

Okruh následné péče a doléčování „A“

V rámci tohoto okruhu byly terapeutům pokládány otázky týkající se systému poskytované návazné resocializační péče.

Na tom, jaký je systém resocializační péče a v čem spočívá, se jednotliví respondenti shodují. Systém resocializační péče je velice široký. Zahrnuje mnoho programů a služeb, které mohou pacienti využít. Všechny jsou ale zaměřeny na resocializaci, na řešení problémů, které se postupně objevují a na posílení abstinence. Tento systém navazuje většinou na základní léčbu v psychiatrických léčebnách nebo komunitách, kde se pacient stabilizuje. Po stabilizaci je ale nutné doléčování. Všichni respondenti považují doléčování za velmi důležitou součást léčby a hodnotí ho jako velice přínosné.

Další otázkou bylo, jak terapeuti hodnotí fungování jednotlivých forem následné péče a zda se tyto formy dostatečně zaměřují na prevenci relapsu.

T1 uvádí, že je to velmi komplikované. Ve větších městech fungují většinou dobře, v malých městech a na vesnicích nefungují téměř žádné formy. Pokud se zvaží dopravní dostupnost a pracovní možnosti, tak se dá říci, že doléčování jako celek ve většině republiky nefunguje tak, jak by mělo. Nejméně fungují psychologické a psychiatrické ambulance, kde práce s pacienty není tak intenzivní jako jinde. Ta zařízení, která

fungují, se zaměřují na prevenci relapsu velice intenzivně. T1: „*Sít' doléčování podle knih funguje dobře, ale realita je trochu jiná.*“

T2 a T3 se shodují v tom, že každý program následné péče funguje tak, aby co nejvíce vyhovoval individuálním potřebám pacientů. Systém tedy funguje dobře a na prevenci relapsu se zaměřuje dostatečně. Každá forma následné péče nabízí služby a aktivity, které se týkají resocializace. Nejlépe podle T2 funguje chráněné bydlení. T3 navíc ale uvádí, že některá doléčovací centra nekladou tak velký důraz na plnou abstinenci od všech návykových látek.

Dále mě zajímalo, proč je doléčování důležité a jaký má přínos.

Respondenti se shodují v tom, že doléčování je důležité hlavně proto, aby se zabránilo relapsům. Pacienti po léčbě musí řešit řadu problémů. Potřebují pomoc a vedení. V tom jim doléčování pomáhá. T1 uvádí, že řada problémů není vyřešena během léčby. Problémy a nedořešené věci se objevují postupně, a to hlavně v kontaktu s prostředím. Všichni respondenti vidí hlavní přínos v tom, že pacient není na problémy sám a má možnost se poradit s odborníky a popovídat si s někým. Dále také uvádí fakt, že pacienti mají často problém s běžným fungováním, když se vrací po léčbě zpět do běžného života. Doléčování jim v tomto směru pomůže a umožní jim lepší začlenění. Pro T2 a T3 je nepřínosnější formou v resocializaci chráněné bydlení.

Za nejdůležitější v resocializační péči považují T2 a T3 to, že pacienty je třeba neustále motivovat k tomu, aby sami chtěli na sobě pracovat a do ničeho je netlačit. Důležité je také, aby získali znovu denní náplň. T1 uvádí, že resocializace je velmi individuální a každý má problém s něčím jiným. Někdo má problém s bydlením, někdo se zaměstnáním atd. Proto je pro každého pacienta důležitá jiná věc.

Na otázce, zda je následná péče dostatečně využívána, se shodli T1 a T3 v tom, že spíše ne. Všichni pacienti jsou o možnosti doléčování dostatečně informováni. Jsou zde o tom přednášky a mohou to vidět na příkladech opakovací léčby. S pacienty se také sepisují dohody o doléčování, ale i přesto mnoho pacientů doléčování po léčbě nevyužije, protože si myslí, že to zvládnou i bez toho nebo se ztratí motivace. Svou roli, proč pacienti často doléčování nevyužijí, hraje také časová, pracovní a dopravní komplikovanost. T2 uvádí, že pacienti, kteří jsou připraveni změnit svůj životní styl,

možnosti doléčování využijí a řada z nich úspěšně. Ti, co nemají základní návyky a nejsou připraveni, jsou tlačeni spíše do komunit, aby pokračovali v léčbě.

Nejčastěji pacienti využívají ambulantní formu doléčování. Na tom se shodují všichni respondenti. Ti, kteří nemají vlastní zázemí a práci, využijí často chráněné bydlení, které jim pomůže v tom, aby si práci a bydlení našli sami. T1 uvádí, že někteří pacienti využijí možnosti opakovací léčby v případě, že abstinují. Někteří si ale opakovací léčbu nemohou dovolit kvůli zaměstnání. Opakovací léčba trvá totiž 1 týden.

Formy doléčování, které pacienti nejméně využívají, jsou psychologické a psychiatrické ambulance. Na tom se shodují T2 a T3. Je to ale velice individuální a záleží na konkrétních problémech a situaci, ve které se pacient nachází. Podle toho pak volí vhodnou formu doléčování. T1: „*Každá forma doléčování si najde svého člověka. Z toho, co se nabízí, není žádná vyloženě špatná.*“

Další otázkou bylo, zda je v jednotlivých regionech ČR dostatek forem následné péče nebo zde nějaká chybí.

Již z předchozí odpovědi T1 vyplývá fakt, že ve větších městech je dostatek forem následné péče. V menších městech, na vesnicích a v pohraničí je jich velký nedostatek. Tam doléčování určitě chybí. Pacienti musí často dojíždět na doléčování do větších měst, což je mnohdy nereálné z důvodů finančních či dopravních. Na této odpovědi se shodují i T2 a T3. Také uvádí, že v našem regionu je jednotlivých forem následné péče dostatek. T3 zastává navíc názor, že zařízení následné péče by mělo být po celé republice více.

Okruh resocializace a rizikových faktorů, které se mohou v rámci resocializace objevit „B“

Mým dalším záměrem bylo u terapeutů zjistit, jaké se mohou podle nich v rámci resocializace objevit rizikové faktory.

Všichni respondenti uvádějí, že nejrizikovější je návrat do původního prostředí mezi drogově závislé lidi. Shodují se také v tom, že velice rizikový je stres, samota a nedostatečná podpora od okolí. Také nevyřešené problémy dlouhodobého charakteru a

krizové situace, jako je např. ztráta bydlení, zaměstnání, rozchod s partnerem či narušené rodinné vztahy, jsou velice rizikovými faktory v resocializaci.

T1: *„Rizikem jsou také vnitřní problémy, kdy věci nejdou napravit tak rychle, jak by pacienti chtěli. Mají pak problém s trpělivostí a rozložením věcí v čase. Když to trvá moc dlouho, mohou ztratit motivaci. Riziko vidím také v tom, že většina lidí v okolí hledí na pacienty skrze prsty, a to jak v zaměstnání, tak všude jinde. Vytvořili se během své drogové kariéry kolem sebe velkou nedůvěrou. Náročný a rizikový je pro ně celkový návrat a adaptace na běžný život, který klade určité požadavky. Ty mnohdy pacienti nezvládají, protože náhlý střet s realitou je pro ně velice náročný.“*

Dále jsem se zaměřila na to, jaká se mohou objevit úskalí v oblasti vzdělávání, bydlení, sociálně právní oblasti a v oblasti rodiny a zaměstnání.

V oblasti vzdělávání je hlavním úskalím pro všechny respondenty nedostatečné vzdělání, které je často nedokončené nebo přerušené. Nedostatečná kvalifikace způsobuje většinou další problémy v oblasti zaměstnání. T1 dále uvádí, že pacienti často vypadnou ze vzdělávacího procesu, protože si odvykli a je pak těžké se do něj znovu vrátit, protože mozek je poškozený drogami.

T2: *„Spolužáci i učitelé se na pacienta dívají skrze prsty“.*

V oblasti bydlení je hlavním úskalím finanční stránka. Většina pacientů nemá dostatek financí na to, aby si mohli dovolit vlastní bydlení. Často mají problém i se zaplacením nájmu. Některé finanční nároky jsou neúměrné. Na tomto tvrzení se shodují všichni respondenti. T1 a T3 vidí také velký problém s umístěním bezdomovců, kteří nemají kromě vlastního zázemí ani zaměstnání a dostatek financí. Jsou těžko umístitelní.

V oblasti sociálně právní se shodují všichni respondenti na tom, že hlavním úskalím je splácení dluhů. Pacienti mají často dluhy, které nejsou schopni pro nedostatek financí splácet. Dalším úskalím jsou nevyřešené problémy v oblasti trestně právní. Jedná se většinou o exekuce, trestní stíhání, insolvence, odsouzení apod.

Co se týče rodiny, je zde mezi respondenty jasná shoda v tom, že zde panují nedůvěry a vztahy v rodině jsou většinou velmi narušené či rozpadlé. T3: *„Rodina také často nechápe pojem závislost a neví, co to obnáší.“*

T1 a T2 se shodují v tom, že úskalím v oblasti zaměstnání může být to, že zaměstnavatelé jsou často netolerantní k tomu, že byl člověk závislý na návykových látkách a zaměstnat ho proto nechtějí. T1 a T3 vidí hlavní úskalí také v tom, že pacienti delší dobu nepracovali, tudíž nemají dostatek pracovních zkušeností a návyků. Neumí mnohdy systematicky pracovat a zvládat běžné pracovní problémy. T1: „*Úskalím může být také problém se sehnáním zaměstnání z důvodu toho, že delší dobu nikde nepracovali a nemají dostatečnou praxi pro daný typ zaměstnání.*“

Dále jsem zkoumala, co je podle terapeutů u pacientů nejtěžší při návratu do života.

T1: „*Spíše než věci vnější, jsou to věci vnitřní. Musí věřit ve svou lepší budoucnost a v to, že mají šanci být lepší. Nesmí propadnout rezignaci a musí důvěřovat tomu, že to jde.*“

T2 a T3 se domnívají, že nejtěžší je odolat spíše problémům vnějším, což je v rozporu s tvrzením T1. Nejtěžší je podle nich adaptace na nové prostředí, ve kterém je třeba umět fungovat, dále komunikace s rodinou, odpoutání se od původního prostředí a shánění zaměstnání.

Zda jsou pacienti připraveni změnit svůj životní styl, se shodují respondenti v tom, že je to velice individuální a nelze obecně říci, jestli připraveni jsou nebo ne. T1 a T3: „*Většina pacientů má v léčbě dojem, že jsou dostatečně připraveni na život venku, protože jsou zde určitým způsobem chráněni před vnějším světem. Pak ale, když přijdou ven, zjistí, že dostatečně připraveni nebyli. To, jestli jsou připraveni na život venku, poznají, až když tam přijdou. Tam je třeba pokračovat v terapii.*“

T2: „*Připraveni jsou hlavně ti, kteří berou léčbu vážně a řádně ji dokončí.*“

Dále mě zajímalo, jaké jsou nejčastější vztahy pacientů s rodinou, okolím a v čem je riziko, pokud pacienti zůstanou v kontaktu s lidmi z jejich minulosti, kteří jsou také závislí.

Všichni respondenti se jednoznačně shodli na tom, že vztahy v rodině jsou většinou narušené nebo již rozpadlé. To samé platí ve vztazích s okolím. Rodina i okolí k nim přistupuje s nedůvěrou a nepochopením. T3: „*Problémy v rodině se často neřeší v počátcích, což je velký problém.*“

Největším rizikem toho, když pacienti zůstanou v kontaktu s původním prostředím a lidmi, kteří jsou také závislí, je riziko relapsu a recidivy. T1: „*Mozek si pamatuje určitá místa, situace a chování, které se mu dříve líbilo. V kontaktu s tímto prostředím mohou vzpomínky naskočit a nastává relaps. Je to velké riziko.*“

Dále jsem zkoumala, jak je možné s těmito riziky pracovat v rámci prevence relapsu a co dělají pacienti v PL ČD pro to, aby tato rizika snížili.

T1 a T2 odpověděli, že hlavní je, aby se pacienti naučili tato rizika rozpoznat a uvědomili si, co je může ohrozit. Když o tom budou informováni a budou vědět, co je může a nemůže ohrozit, mohou s tím dále pracovat. T3: „*Měli by hlavně změnit přátele a prostředí. Doporučuje se také plná abstinence od všech návykových látek.*“

T1 a T2: „*Tady se s riziky pracuje v rámci léčby. Pacienti se věnují těmto tématům v rámci skupinové psychoterapie. Zlepšují také své vzorce chování, což směřuje k minimalizaci rizik.*“ T3: „*Pacienti se snaží přerušit kontakty s drogově závislými přáteli. My je k tomu motivujeme.*“

Další, co mě zajímalo bylo, jak terapeuti hodnotí přínos léčby.

Všichni dotazovaní terapeuti hodnotí přínos léčby kladně.

T1: „*Přínosné to může být pro pacienty z toho důvodu, že na ně pohlížíme jako na normální lidi a neodsuzujeme je. Také jsou tu chráněni před stresem a mohou si tak v klidu ujasnit, co chtějí. Je to tady pro ně ideální pozastavení se v bezpečném prostředí, kdy člověk o sobě a svém životě může přemýšlet a pracovat na sobě.*“

T2: „*Je to velmi individuální. Někoho to osloví, někoho ne. Hlavní přínos je ale v tom, že se pacienti naučí dennímu řádu a režimu, což je pro resocializaci velmi důležité.*“

T1 a T2 se shodují v tom, že psychoterapie sama o sobě není dostačující faktor pro úspěšnost léčby.

Poslední, co mě v tomto okruhu zajímalo, byl přínos rodinné a pracovní terapie.

Přínos rodinné terapie je velký. Ne často ji ale pacienti využívají. Respondenti se shodli v tom, že rodinná terapie pomáhá urovnat narušené vztahy, zlepšit vzájemnou komunikaci, navzájem se pochopit a snažit se navázat znovu důvěru.

T3 navíc odpověděla, že přínosem v rodinné terapii není pouze vyřešení věcí negativních, ale i posílení toho, co v rodině funguje.

Pro opětovné začlenění je přínosná i pracovní terapie. Všichni respondenti uvádí, že hlavním smyslem pracovní terapie je obnovit u pacientů pracovní návyky, naučit se opět systematicky pracovat, zvládat běžné pracovní problémy, pracovat v týmu a dodělávat věci do konce. Pomáhá jim to také v tom, že se v rámci této terapie naučí dodržovat časy.

T1: *„Výsledky jsou viditelné, ale nepřichází hned a samy, ale až po pacientovo úsilí.“*

Okruh nejčastějších důvodů porušení abstinence u pacientů PL ČD „C“

V rámci tohoto okruhu jsem se zaměřila na to, jaké jsou podle terapeutů nejčastější důvody porušení abstinence.

T1 neuvádí konkrétní důvody, ale vidí hlavní důvod v tom, že je člověk na dané látce závislý. Závislost je recidivující onemocnění mozku a mozek si pamatuje věci spojené s kontextem užívání.

T2 a T3 se shodují na tom, že porušit abstinenci může člověk, který je v kontaktu s původním prostředím. Dále to mohou být problémy v rodině, v zaměstnání, v partnerském vztahu.

T2 uvádí také craving, a to z důvodu nedostatečně a nekvalitně vyplněného denního programu, kdy má člověk nedostatek koníčků a má spoustu volného času.

Závěrem bylo zkoumáno, jak osobně hodnotí terapeuti dodržování a porušování abstinence.

T1: *„Motivace k abstinenci je kolísavá. Někdy je velká, někdy ne. Záleží na konkrétní situaci, ve které se člověk nachází. Relapsy jsou součástí abstinence a objevují se často. Léčba závislosti je dlouhodobý proces a změn nelze dosáhnout hned. Každému se může stát, že do toho spadne znovu a my mu dáváme šanci začít znovu, buďto v rámci posilovací léčby nebo nové léčby.“*

T2: *„Je to úspěch, když pacient abstínuje. Relapsy se ale objevují často. Jsou součástí abstinence. Relapsy hodnotím tolerantně a pacienty neodsuzuji. Je však potřeba to podchytit včas a pracovat s tím. Zásadně ale netoleruji porušení abstinence tady v léčebně.“*

T3: *„Abstinence je nutná pro úspěšnou resocializaci. Nejefektivnější je úplná, od všech látek. Pokud člověk abstínuje, je dobré, aby využil opakovací léčby nebo byl alespoň v kontaktu s léčebnou. V případě relapsů pacienty neodsuzujeme a dáváme jim druhou šanci např. v rámci posilovací léčby. Důležité je ale podchytit relaps včas.“*

5 DISKUZE

Ve svém výzkumu jsem se snažila zjistit, jak podle respondentů funguje návazná poskytovaná resocializační péče, jaké jsou rizikové faktory v resocializaci a dále, jaké mohou být nejčastější důvody porušení abstinence.

Prvním sledovaným okruhem byl systém návazné resocializační péče (následné péče). Konkrétně jsem zjišťovala, jak respondenti hodnotí tento systém, jeho využití, fungování a jaké mají pacienti zkušenosti s tímto systémem péče.

Jak pacienti, tak terapeuti považují následnou péči za důležitou a velmi podstatnou složku terapeutického procesu. Většinou navazuje na ústavní léčbu, kde je pacient stabilizován. To ale většinou nestačí, proto je nutné doléčování. Toto tvrzení se shoduje s tvrzením Kudy, který uvádí, že následná péče navazuje na základní léčbu např. v terapeutické komunitě nebo psychiatrické léčebně. Podle něj je důležité, aby mezi léčebným a doléčovacím zařízením fungovala dostatečná komunikace a spolupráce. Klienti by měli být dostatečně informováni o fungování následné péče. Měli by být také podporováni v kontaktu s daným programem následné péče, a to ještě před ukončením základní léčby. (23)

Všichni respondenti uvedli, že v PL ČD jsou pacienti dostatečně informováni o možnostech následné péče. Pracovníci PL ČD jim pomáhají shánět vhodné doléčování, mají přednášky o tom, proč je důležité se doléčovat a sepisují s nimi před ukončením léčby dohody o doléčování. Celkově se snaží pacienty motivovat k tomu, aby doléčování využívali. Pacienti, kteří jdou do léčby dobrovolně a chtějí se opravdu vyléčit, tak doléčování většinou využijí. Ti, co jsou v léčbě nedobrovolně či z jiných důvodů, ho využijí málo. Nejvíce je využívána ambulantní forma doléčování nebo chráněné bydlení. Ten, kdo má své zázemí a neodchází po léčbě do pobytových služeb, využije většinou ambulantní formu doléčování. (7) Většina dotazovaných pacientů má zkušenost právě s ambulantním doléčováním, protože ho již dříve využili. Spatřují ale problém v tom, že tato forma není dostatečně intenzivní pro to, aby se člověk mohl úspěšně resocializovat. Hampl uvádí, že ambulantní péče se v současnosti potýká s řadou nedostatků, proto je kladen větší důraz na pobytová zařízení. Cíl by však měl

být stejný – úspěšná resocializace a návrat do plnohodnotného života. (55) Tohoto cíle však ale dotazovaní pacienti v ambulantním doléčování nedosáhli a považují ho proto za méně přínosné. Otázkou ale je, zda lze ambulantní formu doléčování považovat opravdu za méně přínosnou nebo ne. Soubor dotazovaných pacientů byl malý a jejich názory velice subjektivní. Výsledky mohou být pravděpodobně ovlivněny také tím, že jsem se ptala pouze těch pacientů, kteří jsou v léčbě již po několikáté, tudíž jejich začlenění nebylo úspěšné z mnoha důvodů. Pokud bych se ptala pacientů, kteří využívají doléčování a úspěšně abstinují, výsledky by mohly být jiné.

Jako nepřínosnější formu doléčování hodnotí respondenti chráněné bydlení. Jedná se o pobytovou službu, která umožňuje sociální stabilizaci formou přechodného ubytování. Podle Dvořáka posiluje sociální kompetence. (9) Na tom se shodují i jednotliví respondenti. Chráněné bydlení má pro ně velký smysl a přínos. Člověk má zajištěné bydlení, ale hledá si vlastní, hledá si také zaměstnání a celkově se osamostatňuje, protože je v kontaktu s prostředím a může se tak zapojit do běžného života. Důležité pro respondenty je také to, že jsou klienti pod vedením odborníků a mají možnost se na někoho obrátit, když potřebují pomoc či podporu. S tímto tvrzením také koresponduje PL ČD, kde je uvedeno, že podpora terapeutů v chráněném bydlení hraje důležitou roli při řešení různých problémů, které musí klienti řešit a často neví jak. (7)

Celkový přínos doléčování spočívá v posilování abstinence, v prevenci relapsu, v lepším začlenění do společnosti a v pomoci při řešení problémů. Prevence relapsu je stěžejním tématem v léčbě závislostí, proto by se jí měla věnovat jak léčebná, tak doléčovací zařízení. Respondenti uvádějí, že prevenci relapsu se věnuje většina zařízení. Jedná se ale o ta zařízení, která lze hodnotit jako dobře fungující. Pokud klienti docházejí v rámci ambulantního doléčování do psychologických nebo psychiatrických ambulancí, nelze zde spatřovat dle respondentů příliš viditelné výsledky. Již z předchozích odpovědí lze vyvodit fakt, že některé programy následné péče fungují dle respondentů lépe, některé hůře. Celý systém resocializační péče zahrnuje mnoho služeb a aktivit, ze kterých si mohou klienti vybrat tu, která odpovídá jejich potřebám. Dle Béma by měl být systém péče efektivní jak kvalitativně, tak kvantitativně. Důležitá je

v tomto případě komplexnost a provázanost služeb, ale také rozsah systému péče a jeho dostupnost míst i časová. (2) Respondenti se shodují na tom, že následná péče jako celek funguje hlavně ve větších městech, ale na vesnicích nebo v pohraničí nefunguje téměř vůbec. Problém pak mohou mít ti klienti, kteří jsou z vesnic nebo pohraničí a chtějí se doléčovat ambulantně. Komplikace se mohou objevit v dopravní dostupnosti či finančních nebo pracovních možnostech. Ne každý si může dovolit vzít si volno v práci jen pro to, aby mohl dojíždět na doléčování. Také to stojí hodně peněz. Klienti se po návratu z léčby do běžného života potýkají s mnoha problémy. Jedním z nich je právě i finanční tíseň či dluhy. (23) Velký problém vidí respondenti také v tom, že v mnoha doléčovacích programech je nedostatek volných míst a klienti pak musí dlouho čekat. Nevyužijí tak možnosti doléčování, což může vést k relapsu.

Na základě takto subjektivně vnímané situace jsem u daného souboru respondentů stanovila hypotézu H1: Návazná poskytovaná resocializační péče funguje pravděpodobně lépe ve větších městech, méně pak v městech menších, na vesnicích či v pohraničí. Dále mají pravděpodobně větší přínos služby pobytové než ambulantní.

Druhým zkoumaným okruhem byl okruh rizikových faktorů. Rizikových faktorů a situací je mnoho a u jednotlivých klientů se mohou lišit. Kuda uvádí, že jako nejrizikovější se jeví negativní emoční stavy, kam může patřit úzkost, deprese, hněv či samota, a to až ve 35% všech relapsů. (24) Z výsledků výzkumu je zřejmé, že vnímat rizika mohou jinak alkoholici, jinak toxikomani. Pohled dotazovaných respondentů na tuto situaci může být tedy ovlivněn typem závislosti. Toxikomani uvedli, že nejrizikovější je pro ně návrat do původního prostředí mezi drogově závislé. Alkoholici uvedli jako nejrizikovější dlouhodobě nevyřešené problémy a právě negativní emoční stavy, konkrétně samotu, s čímž se shodují s T1 a Kudou. Dalšími často uváděnými faktory byl stres, rozchod s partnerem, ztráta zaměstnání, bydlení či nedostatečná podpora okolí. Co se týče návratu do původního prostředí, shoduje se většina respondentů na tom, že je to velice rizikové pro vznik relapsu. Proto jsou klienti motivováni k tomu, aby přerušili rizikové kontakty a nevraceli se, pokud to jde, do původního prostředí.

V prevenci relapsu je důležité znát rizikové faktory a umět je rozpoznat. Nešpor uvádí, že v kontaktu s riziky se často objevuje craving, který je běžnou součástí abstinence. Objevuje se hlavně na počátku abstinence, kdy může být v kontaktu s prostředím velice intenzivní a může být jedním z důvodů porušení abstinence. Klienti se s cravingem setkali mnohokrát a zastávají názor, že je důležité rizika znát a pokud možno se jim vyhýbat, příp. vědět, co dělat, když chutě přijdou. Na tom se shodují i terapeuti. V rámci léčby se klienti snaží s riziky pracovat. Kromě terapií, které jsou součástí léčby, se snaží komunikovat o svých problémech, být otevření, přerušovat rizikové kontakty, věnovat se sportu, relaxaci a dalším činnostem, kterými se zabaví a přijdou na jiné myšlenky. Všichni klienti se shodují na tom, že jim tyto aktivity pomáhají se odreagovat a přijít na jiné myšlenky. To se shoduje i s názorem Nešpora, který tvrdí, že přerušování kontaktů s rizikovými přáteli, změna prostředí a dostatek zájmů a aktivit pomáhá při změně životního stylu. (36)

Změna životního stylu je velice složitý a dlouhodobý proces, kdy změn nelze dosáhnout hned. Je důležité řešit problémy postupně, protože klienti jich mají většinou více a nelze je řešit najednou. (37)

V resocializaci mohou nastat úskalí v různých oblastech. Dle názorů respondentů je hlavním úskalím v oblasti vzdělávání nedostatečná kvalifikace, která může způsobovat další problémy v oblasti zaměstnání, kdy klient nemusí sehnat práci kvůli nízkému vzdělání. Nároky dnešní společnosti jsou vysoké a často neodpovídají danému vzdělání či zkušenostem. Klienti často také nemají dostatek pracovních návyků, proto řada závislých lidí nemá práci. V tom se shodují i další průzkumy, které uvádějí, že asi polovina závislých lidí má nedokončené nebo pouze základní vzdělání. Dlouhodobě nezaměstnaných je až 60%. (5)

V získání pracovních návyků může v rámci léčby pomoci pracovní terapie. Pomáhá v rehabilitaci pracovních návyků a sociálních dovedností, které klienti v důsledku své závislosti ztratili a pro to, aby mohli úspěšně fungovat v běžném životě, tyto návyky a dovednosti potřebují získat zpět. Některé činnosti jsou spojeny i s konkrétní zodpovědností, kterou také potřebují získat. (8) S tímto stanoviskem se ztotožňují terapeuti, kteří tvrdí, že pracovní terapie je přínosná v tom, že se pacienti učí režimu,

obnovují své pracovní návyky, učí se zvládat běžné pracovní problémy a pracovat v týmu. Klienti vnímají pracovní terapii spíše jako odreagování. Pomáhá jim ale také v tom, že mají režim. Pracovní terapie může mít v resocializaci velký přínos, protože pokud člověk nemá dostatečné pracovní návyky a zkušenosti, může mít problém s uplatněním na trhu práce.

Respondenti se dále domnívají, že problémem při shánění zaměstnání může být tzv. „nálepka“ špatného člověka, který je kvůli své minulosti většinou odmítán, a to nejen zaměstnavateli, ale celou společností. Zajímavým zjištěním bylo, že 2 klienti závislí na alkoholu, problémy s okolím nemají, ale zbylých 5 klientů uvedlo, že k nim okolí přistupuje s odstupem a jsou často odmítáni. Tento výsledek se naprosto ztotožňuje s tvrzením Vágnerové, která uvádí, že postoj společnosti k lidem závislým na drogách je odmítavější a více odsuzující než k alkoholikům. (44)

Co se týče oblasti sociálně právní, mohou se zde objevit také různá úskalí. Jak klienti, tak terapeuti se shodují v tom, že nejčastějším úskalím v této oblasti jsou dluhy, které klienti často nesplácejí, protože nemají dostatek finančních prostředků. Dále to mohou být problémy se soudy, policií, trestná činnost, záznamy v trestním rejstříku. Ty mohou být také velkým problémem při shánění zaměstnání. Tyto problémy lze řešit v rámci sociální práce. Ta je klíčovou součástí procesu léčby. Podle Navrátila je však důležité, aby se snažil klient vyřešit problémy sám. Sociální pracovník by mu měl pouze pomáhat a radit. (32)

V oblasti bydlení je hlavním úskalím ztráta bydlení, kdy člověk po léčbě nemá kam jít. Z odpovědí terapeutů vyplývá, že nastává velký problém s umístěním bezdomovců.

Co se týče rodiny, shodují se všichni respondenti na tom, že hlavním problémem u závislého člověka jsou narušené či rozpadlé vztahy, nevyřešené problémy, rodinné tragédie, nedůvěry, nepochopení, spory a hádky. Většina klientů se dle výsledků výzkumu shodla v tom, že jejich vztahy v rodině nejsou zrovna ideální. Někteří z nich nemají takovou podporu, jakou by potřebovali. Někteří o ni ani nestojí, protože mají pocit, že je zbytečné se o něco snažit. Vytvořili si v rodině takovou nedůvěru, že rodiče jim často nevěří, že by se mohli opravdu vyléčit a hlavně, že se chtějí vyléčit. Zde může být příčinou také to, že u všech dotazovaných klientů se jedná o několikátou léčbu,

proto mohla rodina ztratit důvěru ještě více než dříve. Navázání důvěry je o to těžší. Terapeuti uvádějí, že rodinné problémy jsou častým problémem v procesu léčby závislostí. Jsou spíše pravidlem než výjimkou. Nejčastěji se objevují nedůvěry a nepochopení problému závislosti ze strany rodinných příslušníků.

Toto zjištění odpovídá výroku Vágnerové, která vidí narušené vztahy v rodině jako častý sociální důsledek závislosti, se kterým se většina klientů potýká. Uvádí, že rodina a práce s ní je velice důležitou složkou v procesu léčby, protože rodina představuje pro klienta určitou podporu, kterou když má, tak mu to velice pomáhá. Nelze se zaměřovat pouze na klienta, ale je třeba řešit celý rodinný systém, se kterým je třeba intenzivně pracovat. (44) Terapeuti uvádí, že ve vyřešení vztahů v rodině často pomůže absolvovat v rámci léčby rodinnou terapii. Ta umožňuje zlepšit komunikaci mezi členy rodiny, pomáhá pochopit problém závislosti a změnit tak pohled na danou situaci a celkově se snaží pomoci najít cestu k navázání důvěry. I přesto, že je tato terapie velmi důležitá, terapeuti se shodují v tom, že je využívána málo. Nikdo z dotazovaných pacientů zatím rodinnou terapii nevyužil, protože jsou v léčbě zatím krátce. Někteří z nich uvedli, že ani nemají zájem ji využít, protože to považují za zbytečné.

Co se týče názorů na celkový přínos léčby, lze z výsledků vyvodit, že všichni respondenti hodnotí přínos léčby kladně. Spočívá hlavně v režimu a struktuře dne, což klientům pomáhá nejvíce. Klienti si musí strukturu dne a režim osvojit tak, aby ho mohli běžně používat v přirozeném prostředí. (8) Pro klienty je opětovné začleňování do společnosti velmi těžké, proto je třeba se na resocializaci zaměřit již v léčbě. Jako nejtěžší se jeví dle respondentů celková adaptace na nový způsob života a odpoutání se od původního prostředí. Klienti se shodují hlavně v tom, že nejtěžší bude sehnat si zaměstnání a přizpůsobit se novému životnímu stylu a běžným podmínkám každodenního života, který klade určité nároky. Na změnu životního stylu se snaží klienti pohlížet pozitivně, berou ji jako nutnou součást života, pokud se chtějí ze závislosti opravdu vyléčit, ale také jako výzvu, která směřuje k úspěšnosti. Dle Nešpora je změna životního stylu stěžejní. Hlavní je změna původního prostředí a nejlépe i změna přátel. To ale není všechno. Člověk musí postupně měnit svůj celkový životní styl ve všech oblastech. Pokud člověk změní alespoň něco a daří se mu, může ho to

motivovat k dalším změnám. (33) Tato motivace se shoduje s výrokem pacientů, kteří uvedli, že berou změnu životního stylu i jako určitou výzvu mít se lépe než dříve.

Z výše zmíněného tvrzení dotazovaných respondentů vyvozují hypotézu H2: Rizikových faktorů je mnoho a jejich vnímání je pravděpodobně ovlivněno typem závislosti.

Posledním zkoumaným okruhem byly důvody porušení abstinence u pacientů PL ČD. Záměrem zde bylo také zjistit názory klientů a terapeutů na abstinenci jako celek, ale také vyjádření k jejímu porušení. Respondenti se jednomyslně shodli na tom, že abstinence je důležitou a nutnou součástí života vyléčeného klienta. Pro to, aby mohl klient opět normálně fungovat v běžném životě, je abstinence nezbytná. Toto tvrzení je totožné s názorem Kudy, který tvrdí, že role abstinence je velice významná a člověk ji musí chápat jako součást svého budoucího života. (24) Co se týče dodržování abstinence, shodují se 2 klienti a 1 terapeut na tom, že je důležité abstinovat od všech látek. Drogově závislý člověk by se měl zdržet i alkoholu, protože jeho konzumace může vyvolat craving a následně relaps. Někteří pacienti mají s tímto faktem již zkušenost, proto uvádějí jako některý z důvodů porušení abstinence právě craving nebo konzumaci alkoholu v případě závislosti na drogách. Studijní materiál PL ČD uvádí, že relapsy jsou součástí abstinence a objevují se u klientů velmi často. (7) Terapeuti se s tímto faktem ztotožňují a dávají klientům další šanci v podobě posilovací léčby. Pokud klienti abstinují, mají možnost využít v PL ČD doléčování v podobě opakovací léčby. S touto zatím dotazovaní klienti nemají zkušenost. Klienti většinou vnímají porušení abstinence negativně. Uvádějí, že se objevují pocity viny, výčitky a mají pocit naprostého selhání.

Jak vyplývá z výsledků, důvody porušení abstinence jsou různé a velice individuálně vnímané. Nelze tedy uvést přesné důvody, kvůli kterým klienti svou abstinenci nezvládnou. Lze ale vyvodit, že většina důvodů má velkou spojitost právě s rizikovými faktory zmíněnými výše. Rizika, se kterými se klienti setkávají, mohou člověka ohrozit natolik, že abstinenci poruší. Tato rizika podle Nešpora vyvolávají craving, který může být spouštěčem relapsu. (37) Zajímavým výsledkem výzkumu bylo, že klienti, kteří již nějakou dobu abstinovali a dařilo se jim, měli radost a chtěli to

oslavit. Sáhli proto po droze nebo alkoholu a problém tu byl znovu. Někteří alkoholici se také snažili o kontrolované pití, což nebylo reálné.

Na základě odpovědí dotazovaných respondentů vyvozují H3: Důvody porušení abstinence mají spojitost s rizikovými faktory, které mohou člověka ohrozit natolik, že abstinenci poruší.

Na závěr diskuze bych ráda ještě shrnula, že jednotlivé názory klientů jsou velmi subjektivní. Dotazovanými klienty byli ti, kteří absolvují již několikátou léčbu, tudíž mají zkušenost s relapsy a neúspěšným nebo podceněným doléčováním z jejich strany. Nemohu tedy posoudit, zda by byly výsledky stejné i u těch, kteří již mají po léčbě, doléčují se a úspěšně abstinují. Pracovala jsem také s menším souborem, ze kterého lze těžko vyvodit obecné závěry, a proto si myslím, že by se výsledky mohly u většího souboru lišit.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat resocializaci u pacientů PL ČD. Za konkrétní cíl jsem si stanovila zmapovat oblast systému poskytované návazné resocializační péče, dále zjistit rizikové faktory v rámci resocializace a na závěr zjistit nejčastější důvody porušení abstinence.

Teoretická část představuje souhrn informací, které se týkají problematiky resocializace a následné péče. Samostatnou kapitolu věnuji PL ČD.

Praktická část je věnována vlastnímu kvalitativnímu výzkumu, který byl proveden u pacientů a terapeutů v PL ČD. Na základě výsledků jsem u daného souboru pacientů a terapeutů stanovila v návaznosti na předem stanovené výzkumné otázky následující hypotézy:

H1: Návazná poskytovaná resocializační péče funguje pravděpodobně lépe ve větších městech, méně pak v městech menších, na vesnicích či v pohraničí. Dále mají pravděpodobně větší přínos služby pobytové než ambulantní.

H2: Rizikových faktorů je mnoho a jejich vnímání je pravděpodobně ovlivněno typem závislosti.

H3: Důvody porušení abstinence mají spojitost s rizikovými faktory, které mohou člověka ohrozit natolik, že abstinenci poruší.

Z mého výzkumu vyplynulo, že řada klientů, kteří mají zájem se doléčovat, se setkává s problémem nedostatku volných míst v doléčovacích zařízeních. Nastávají pak dlouhé čekací doby a klienti pak mohou v důsledku této situace ztrácet motivaci k doléčování a nastávají tak relapsy. Problémem v následné péči je dle respondentů hlavně nedostatek doléčovacích zařízení v menších městech, na vesnicích a v pohraničí. Dostupnost služeb je podle nich nízká a lidé jsou nuceni dojíždět, což je velmi náročné hlavně po finanční stránce, ale také z hlediska dopravní dostupnosti a pracovních možností. Pravděpodobně tedy funguje následná péče lépe ve větších městech a méně v městech menších či na vesnicích. Myslím si, že by služeb následné péče mělo být více

a měly by se rozšířit kapacity míst v jednotlivých zařízeních, aby klienti mohli následnou péči plně využít, čímž by se mohl snížit počet relapsů. Co se týče ambulantního doléčování, konkr. psychologických a psychiatrických ambulancí, jeví se tato služba dle dotazovaných klientů jako nejméně přínosná. Tyto názory jsou velice subjektivní a vnímání fungování ambulantního doléčování může být u řady jiných klientů odlišné. Nelze tedy vyvodit jasný závěr, zda ambulantní péče funguje dostatečně či nikoliv. Všichni dotazovaní klienti, kteří se zúčastnili mého výzkumu, nejsou v léčbě poprvé. Z toho lze vyvodit, že mnozí z nich následnou péči nevyužili nebo podcenili, proto ji mohou subjektivně vnímat jako méně intenzivní. Pravděpodobně se ale dle subjektivních názorů respondentů jeví jako přínosnější pobytové služby, konkr. pak forma chráněného bydlení.

Výzkum dále ukazuje, že rizikové faktory v resocializaci mohou být vnímány jinak u alkoholiků, jinak u toxikomanů. Alkoholici vnímají jako hlavní riziko dlouhodobé problémy, které nejsou vyřešené a samotu, pro toxikomany je nejrizikovější návrat do původního prostředí mezi drogově závislé lidi. Myslím si, že tento fakt se odvíjí od toho, že většina alkoholiků pije doma potají, tudíž nemají rizikové přátele a okolí často ani neví, že mají problém. U toxikomanů je drogové prostředí a styk s dalšími toxikomany typický. Proto, pokud se rozhodnou léčit, neměli by se zpět to takového prostředí vracet, protože riziko relapsu je pak velmi vysoké. Myslím si, že žádný vyléčený toxikoman není schopný abstinovat, pokud se vrátí do původního prostředí. Toxikomani by dle mého názoru měli být více informovaní a motivovaní k tomu, aby se do původního prostředí nevraceli a aby přerušili kontakty s rizikovými lidmi.

Co se týče problémů, se kterými se klienti v procesu léčby a doléčování setkávají, vidím hlavní problém v tom, že řada klientů neřešila své problémy již v počátku a nechala je zajít příliš daleko. Problémy se pak hromadí a když klienti po léčbě přijdou opět do normálního života, často je nezvládají řešit. Klíčovou a efektivní složkou při řešení problémů je sociální práce. Řada klientů nemá také dostatečnou podporu v rodině, což představuje v resocializaci velký problém. Zastávám názor, že mít fungující a podporující rodinu je základem. Rodina by měla držet při sobě, ať se děje cokoli. Závislost, její léčba a následná resocializace je dlouhodobý proces, který klient

nemůže bez podpory okolí a rodiny zvládnout sám. Důležité také je, aby měl klient možnost se v případě krize obrátit na odborníka.

Ve svém výzkumu jsem se dále zabývala tématem abstinence a důvody jejího porušení. Výzkum ukazuje, že abstinence je dle respondentů vnímána jako základní předpoklad úspěšného fungování. Vyléčený člověk by ji měl přijmout jako součást svého života. Všichni dotazovaní klienti mají zkušenost i s porušením abstinence, proto může být jejich názor jiný než u abstinujících osob. Mnoho klientů si také myslí, že jsou schopni užívat drogy či alkohol občas nebo v případě abstinence od drog konzumovat alkohol. To je většinou nereálné. Doporučuje se plná abstinence od všech návykových látek. Bylo by proto potřebné, aby byl kladen větší důraz na plnou abstinenci, a to jak v léčebných, tak doléčovacích zařízeních. Klienti by si měli uvědomit riziko užívání více návykových látek, a to i těch, na kterých závislí nejsou. Co se týče konkrétních důvodů porušení abstinence, hodnotím tyto důvody jako velice subjektivně vnímané a nelze je přesně definovat. Lze však vyvodit závěr, že velice úzce souvisí s rizikovými faktory zmíněnými výše.

Přínos mé bakalářské práce spočívá především v poskytnutí informací o této problematice odborné i široké veřejnosti. Také může posloužit jako podnět pro další publikační a vědeckou činnost. Výsledky práce mohou být využity i v praxi pro zkvalitnění a zefektivnění resocializačních postupů.

Na závěr bych ráda shrnula, že opětovný návrat klienta do života není jednoduchý. Resocializace sama o sobě je složitým a dlouhodobým procesem, kterému je potřeba věnovat dostatek pozornosti. Skrývá za sebou mnoho problémů, které je potřeba řešit. Důležité je také zamyslet se nad tím, že pokud má být léčba závislosti úspěšná a účinek dlouhodobý, neměla by se podceňovat následná péče.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) *A Kluby České republiky, o.p.s.* [online]. A Kluby ČR: © 2000-2012 [cit. 22.3.2012]. Dostupné z: http://www.akluby.cz/?page_id=292.
- 2) BÉM, P. *Složky systému péče v ČR.* In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 3) CZAPOW, CZESLAW, JEDLEWSKI, Stanislav. *Resocializační pedagogika.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1981, 414 s.
- 4) *Červený Dvůr: Tradice a kvalita v léčbě závislosti.* [online]. [cit. 22.3.2012]. Dostupné z: http://cervenydvor.cz/?page_id=3
- 5) ČTK. Brněnská charita chce učit narkomany, jak se ucházet o práci. In: *Cekas.cz* [online]. 20.10.2005 [cit. 16.3.2012]. Dostupné z: http://www.cekas.cz/oldweb/php/20_10_05_Brno.php.
- 6) *Drogy-info. cz: Informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: © 2003-2006 . Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>
- 7) DVOŘÁČEK, J. a kol. *Červenodvorské studijní texty.* 1. vyd. Červený Dvůr: prosinec 2011. ISBN chybí.
- 8) DVOŘÁČEK, J. *Střednědobá ústavní léčba.* In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 9) DVOŘÁK, D. *Chráněné bydlení a chráněná práce.* In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 10) DVOŘÁK, D. *Sociální rehabilitace.* In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a

- drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 11) GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog : důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 104 s. ISBN 978-80-87041-81-9.
 - 12) HAMPL, K. *Lékařská ambulantní péče o závislé*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
 - 13) HELLEROVÁ, P. *Psychoterapie*. In: ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Vydala Univerzita Karlova. Praha: Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
 - 14) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
 - 15) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2005. 103 str. ISBN 80-7040-826-X.
 - 16) JÍLEK, J. *Recidiva jako proces...chutě a malé techniky jejich zvládnání*. In: *Janjilek.cz* [online]. 23.2.2011 [cit. 10.3.2012]. Dostupné z: <http://www.janjilek.cz/blogy/recidiva-jako-proceschute-a-male-techniky-jejich-zvladani>.
 - 17) JÍLEK, J. *Ze závislosti do nezávislosti (spoluzávislí a nešťastní)*. 1. vyd. Praha: Roční období, 2008. 224 s. ISBN 978-80-85524-03-1.
 - 18) KALINA, K. *Denní stacionáře*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
 - 19) KALINA, Kamil , et al. *Drogy a drogové závislosti I : mezioborový přístup*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-06.

- 20) KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 2. vydání. Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-06.
- 21) KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova. 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
- 22) KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 23) KUDA, A. *Následná péče, doléčovací programy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 24) KUDA, A. *Relaps a prevence relapsu*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 s. ISBN 80-86734-05-6.
- 25) MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 26) MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 344 s. ISBN 80-7178-548-2.
- 27) MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. 136 s. ISBN 80-7178-314-5.
- 28) *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize : duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Psychiatrické centrum Praha. Praha : Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 8085121379.
- 29) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 30) *Narcotics Anonymous: World Services* [online]. Narcotics Anonymus: © 2011 NA World Services [cit. 22.3.2012]. Dostupné z: <http://www.na.org/index.php>.

- 31) NAVRÁTIL, P. *Sociální práce*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 32) NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: MZ, 2001. 162 s. ISBN 80-903070-0-0.
- 33) NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 1996. 199 str. ISBN 80-85121-52-2.
- 34) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- 35) NEŠPOR, K. *Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I : mezioborový přístup*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-06.
- 36) NEŠPOR, K. *Týká se to i mne?: Jak překonat problémy s alkoholem*. Praha: Sportpropag, 1992.
- 37) NEŠPOR, K. *Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké*. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.
- 38) PAVLOVSKÝ, P. *Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek (F-10-F19)*. In: ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Vydala Univerzita Karlova. Praha: Karolinum, 2003. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
- 39) PRESL, J. *Drogová závislost : může být ohroženo i Vaše dítě* 2. rožš. Vyd. Praha : Maxdorf, 1995. 87 s. (Medica : Praktické rady lékaře ; sv. 9). ISBN 80-85800-18-7.
- 40) PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠEFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2007. 59 s. ISBN 978-80-87041-28-4.
- 41) ROTGERS, Frederick, a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.

- 42) SANANIM, o.s. *Drogová poradna* [online]. SANANIM, o.s.: © 2009. [cit. 17.3.2012]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/dolecovani.html>.
- 43) SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1987. 208 s. ISBN chybí.
- 44) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál , 2004 . 870 s. . ISBN 80-7178-802-3.
- 45) VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika – integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido. 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- 46) VOBOŘIL, J., KALINA, K. *Svépomocné programy*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 197 str. ISBN 80-86734-05-6.
- 47) VOKURKA, M. Hugo, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 1.vyd. Praha: Jesenius Maxdorf. 2004. 966 str. ISBN 80-7345-037-2.
- 48) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- 49) ZÁŠKODNÁ, H., *Práce s drogově závislým v pomáhajících profesích*. In. *Kapitoly ze sociální práce*, Ostrava: 2004, FF Ostravské univerzity v Ostravě, ISBN 80-7042-682-9.
- 50) ZÁVOROVÁ, H.: *Zpráva o postoji mladistvých k užívání drog*. Interní materiál OÚ Praha 4, 2001.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Abstinence

Následná péče

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Resocializace

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Schéma rozhovoru pacienti

Příloha č. 2 – Schéma rozhovoru terapeuti

Příloha č. 3 – Základní informace o pacientech

Schéma polostrukturovaného rozhovoru - PACIENTI

Úvodní informace

pohlaví, region, odkud pacient pochází, typ závislosti

Okruh A

Jak funguje návazná poskytovaná resocializační péče, která posiluje dlouhodobou abstinenci?

Následná péče

- 1) Co si myslíte o následné péči? Proč je/není důležitá?
- 2) Jak osobně hodnotíte využití následné péče?
- 3) Znáte možnosti doléčování?
- 4) Jaký mají podle Vás přínos jednotlivé formy následné péče?
- 5) Máte zkušenost s následnou péčí? Využil jste nebo máte teprve v plánu využít této možnosti po léčbě? Jestliže ano, tak jakou formu?
- 6) Proč jste si vybral tuto formu?
- 7) Myslíte si, že jednotlivé formy dobře fungují? Zaměřují se např. na prevenci relapsu?
- 8) Je ve Vašem regionu dostatek forem následné péče?
- 9) Je nějaká forma, kterou jste odmítl nebo byste nikdy nevyužil?

Okruh B

Jaké jsou rizikové faktory v rámci resocializace závislostí?

- 1) Jaké rizikové faktory se mohou v resocializaci objevit?
- 2) Jaká se mohou objevit úskalí v resocializaci v různých oblastech?
 - vzdělávání
 - bydlení

- sociálně-právní oblast
- rodina
- zaměstnání

3) Co je pro Vás nejtěžší při návratu do života?

4) Jaké jsou nyní Vaše vztahy s rodinou a okolím? Stýkáte se s lidmi z Vaší minulosti, kteří užívají drogy?

5) Jak si myslíte, že je možné s těmito riziky pracovat v rámci prevence relapsu? Co děláte zde pro to, abyste tato rizika snížil?

6) Jak osobně zde hodnotíte přínos léčby?

7) Jak hodnotíte přínos pracovní terapie? rodinné terapie?

Okruh C

Jaké jsou nejčastější důvody porušení abstinence (relapsu) ?

1) Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody porušení abstinence?

2) Jak osobně hodnotíte abstinence a její porušení?

Schéma polostrukturovaného rozhovoru - TERAPEUTI

Okruh A

Jak funguje návazná poskytovaná resocializační péče, která posiluje dlouhodobou abstinenci?

Následná péče

- 1) Jaký je systém poskytované návazné resocializační péče a v čem spočívá?
- 2) Jak hodnotíte fungování jednotlivých forem následné péče? Zaměřují se na prevenci relapsu?
- 3) Proč je/není důležitá? Jaký má přínos?
- 4) Je následná péče dostatečně využívána?
- 5) Jsou nějaké formy, které pacienti nechtějí využít nebo je odmítají?
- 6) Myslíte si, že je v jednotlivých regionech ČR dostatek forem následné péče?

Okruh B

Jaké jsou rizikové faktory v rámci resocializace závislosti?

- 1) Jaké rizikové faktory se mohou v resocializaci objevit?
- 2) Jaká se mohou objevit úskalí v resocializaci v různých oblastech?
 - vzdělávání
 - bydlení
 - sociálně-právní oblast
 - rodina
 - zaměstnání
- 3) Co je u pacientů nejtěžší při návratu do života?
- 4) Jaké jsou nejčastější vztahy pacientů s rodinou, okolím a v čem je riziko, pokud zůstanou v kontaktu s lidmi z jejich minulosti, kteří jsou také závislí?

- 5) Jak je možné pracovat s riziky v rámci prevence relapsu? Co zde pacienti dělají pro to, aby tato rizika snížili?
- 6) Jak osobně hodnotíte přínos léčby?
- 7) Jak hodnotíte přínos pracovní terapie? rodinné terapie?

Okruh C

Jaké jsou nejčastější důvody porušení abstinence u pacientů PLČD?

- 1) Jaké jsou podle Vás nejčastější důvody porušení abstinence?
- 2) Jak osobně hodnotíte abstinenci a její porušování?

Příloha č. 3

Tabulka č. 1 - Informace týkající se pohlaví

RESPONDENTI	ŽENA	MUŽ
1	×	
2	×	
3	×	
4	×	
5	×	
6		×
7		×

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 - Informace týkající se závislosti

RESPONDENTI	ALKOHOL	DROGY	GAMBLING
1		×	
2		×	
3		×	
4	×		
5	×		
6	×	×	×
7		×	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 - Informace týkající se regionu, odkud pacienti pochází

RESPONDENTI	REGION
1	Plzeň
2	Praha
3	Vyžlovka, okres Praha
4	Plzeň
5	Praha
6	Plzeň
7	Most

Zdroj: vlastní výzkum