



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Reintegrace bývalých uživatelů návykových látek do společnosti**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ POLITIKA**

**Autor:** Karolína Zemanová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Reintegrace bývalých uživatelů návykových látek do společnosti*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 09. 08. 2021

.....

Karolína Zemanová

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost a rychlou komunikaci. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům za jejich ochotu účastnit se výzkumného šetření a za jejich vynaložený čas. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a svým přátelům za pochopení a podporu během psaní této bakalářské práce.

# **Reintegrace bývalých uživatelů návykových látek do společnosti**

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá zkušeností bývalých uživatelů návykových látek s reintegrací do společnosti po jejich odchodu z terapeutické komunity či psychiatrické nemocnice. Cílem práce bylo zjistit uplatnění bývalých uživatelů návykových látek po odchodu z léčebny v osobním životě.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vytyčením nejdůležitějších pojmů týkajících se bakalářské práce. Zpočátku jsou popsány jednotlivé návykové látky, závislost na nich a možnosti léčby závislosti na návykových látkách. Další část je věnována reintegraci a jejím základním pojmům. Poslední část teoretické části se zabývá následnou péčí.

Praktická část se věnuje vlastnímu výzkumu pro, který byli zvoleny dvě výzkumné otázky týkající se způsobu začlenění bývalých uživatelů návykových látek do společnosti a největších překážek se, kterými se během reintegrace setkávají. Pro získání výsledků bylo zvoleno kvalitativní šetření a metoda dotazování, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo jedenáct informantů, kteří byli vybráni na základě samovýběru a metody sněhové koule. Získaná data byla následně zanalyzována pomocí metody zakotvené teorie.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejlepším prostředkem pro úspěšnou reintegraci je zaměření se na následnou péči a ideálně pobyt v doléčovacím centru. Mít zajištěné zaměstnání, kvalitní rodinné zázemí a finanční zabezpečení je nezbytné nejen pro snazší udržení abstinence.

Práce může být využita jako příručka pro různé zařízení pracující s uživateli návykových látek jako mohou být terapeutické komunity, psychiatrické nemocnice a doléčovací centra.

## **Klíčová slova**

Reintegrace; návykové látky; následná péče; závislost; bývalí uživatelé návykových látek

# **Reintegration of Former Drug Abusers in Society**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the experience of former substance users with reintegration into society after leaving a therapeutic community or psychiatric hospital. The aim of the thesis is to find out the application in the personal lives of former users of addictive substances after leaving a treatment centre.

The bachelor thesis is divided into two parts – the theoretical one and the practical one. The theoretical part deals with the definition of the most important terms associated with the bachelor thesis. In the initial part, there are described individual addictive substances, substance abuse, and options of the treatment of substance addiction. The next part focuses on reintegration and its basic terms. The final part deals with aftercare.

The practical part concentrates on the survey for which were chosen two research questions dealing with the way of integration of former users of addictive substances into society and with one of the greatest obstacles that former substance users face during the reintegration. For getting the results was chosen a qualitative survey and the interview method, concretely a method of the semi-structured interview. The examined sample consisted of eleven informants who were chosen by the self-selection and the snowball sampling. Obtained data were subsequently analysed via the grounded theory method.

The results of the survey revealed that the best means for the successful reintegration is the focus on aftercare and, ideally, stay in the aftercare centre. Having secured employment, quality family background, and financial security is necessary for easier maintenance of abstinence.

The bachelor thesis may serve as a manual for various facilities working with users of addictive substances, such as therapeutic communities, psychiatric hospitals, and aftercare centres.

## **Key Words**

Reintegration; Addictive Substances; Aftercare; Addiction; Former Substance Users

## Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická část .....	11
1.1 Drogy a drogová závislost.....	11
1.1.1 Nejčastěji užívané drogy z pohledu žadatelů o léčbu .....	11
1.1.2 Závislost.....	13
1.1.3 Odvykací stav .....	14
1.2 Léčba drogové závislosti.....	15
1.2.1 Adiktologické služby .....	16
1.2.2 Pobytová péče .....	17
1.3 Reintegrace bývalých uživatelů návykových látek do společnosti .....	18
1.3.1 Hlavní aspekty reintegrace.....	19
1.3.2 Problémové okruhy reintegrace .....	20
1.4 Následná péče.....	21
1.4.1 Druhy následné péče .....	22
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	24
2.1 Cíl práce .....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
2.3 Předpokládaný přínos pro praxi .....	24
3 Metodika .....	25
3.1 Použitá výzkumná strategie.....	25
3.2 Popis výzkumného nástroje.....	25
3.3 Metoda a analýza dat.....	25
3.4 Popis výzkumného souboru .....	26
3.5 Realizace výzkumu .....	27
3.6 Etika výzkumu .....	28
4 Výsledky .....	29
4.1 Analýza rozhovorů .....	29
4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1 .....	29
4.2.1 Minulost – před léčbou .....	30
4.2.2 Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici.....	33
4.2.3 Pobyt v doléčovacím centru.....	36
4.2.4 Vztahy s rodinou/přáteli/okolím .....	39

4.2.5	Zaměstnání.....	43
4.2.6	Volný čas .....	46
4.2.7	Abstinence .....	47
4.2.8	Předávání vlastních zkušeností .....	50
4.2.9	Psychický stav.....	52
4.2.10	Bydlení.....	54
4.2.11	Plány do budoucna.....	56
4.2.12	Terapie .....	57
4.2.13	Reintegrace .....	59
4.3	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2 .....	62
4.3.1	Stigmatizace.....	62
4.3.2	Recidiva .....	65
4.3.3	Prostředí.....	68
4.3.4	Finanční situace .....	71
4.3.5	Trestná činnost.....	73
4.3.6	Samota .....	74
4.3.7	Jiné překážky .....	75
4.4	Vazby mezi kategoriemi .....	76
5	Diskuse.....	77
6	Závěr .....	81
7	Seznam literatury .....	83
8	Seznam tabulek a obrázků .....	88
9	Seznam příloh .....	90
10	Seznam zkratk	

## Úvod

Ve své bakalářské práci se zabírám tématem reintegrace. Konkrétně se jedná o reintegraci uživatelů návykových látek, kteří si prošli určitým typem léčby. V tomto případě se jedná o léčbu v psychiatrické léčebně či v terapeutické komunitě. Práce je rozdělena do dvou částí. První je teoretická a druhá praktická. Praktická část se věnuje vlastnímu výzkumu.

V teoretické části jsou nejprve ve zkratce popsány návykové látky a to, proč na nich závislost v nejčastějších případech vzniká. Ve druhé části se věnuji léčbě drogové závislosti a druhům adiktologických služeb, které léčbu provádějí. Ve třetí se zaměřuji celkově na reintegraci, na její hlavní aspekty a problémové okruhy. V návaznosti na terapeutickou komunitu či jiný druh léčby jsou tu služby následné péče, která je v této životní etapě pro klienta velkou oporou. Proto je službám následné péče věnována čtvrtá kapitola. Na teoretickou část lze nahlížet jako na dějovou linku. Nejprve stručně popisují, jaké jsou hlavní důvody vzniku závislosti, poté jak dochází k její léčbě, a nakonec se zabírám tím, co je potom, kdy osoba léčbu opustí.

V teoretické části jsou vymezeny důležité pojmy k tématu a navazuje na ni část praktická věnující se výzkumu. Jsou zde podrobně popsány cíle, metody, technika sběru dat a charakteristika výzkumného souboru.

Během pobytu v terapeutické komunitě je její klient doslova vytržen ze svého přirozeného prostředí a učí se, jak vést svůj život bez užívání návykových látek. Po delší době strávené v léčbě jeho cesta pokračuje, opouští zdi terapeutické komunity a čeká jej „návrat do společnosti“. V tento moment je zásadní, jak dotyčný přechod z komunity, kde žil většinu času mimo město a pod odborným dohledem, zvládne, a vyvstává otázka: „*Jakým způsobem se bývalí uživatelé návykových látek začleňují do společnosti?*“ Tato otázka je první výzkumnou otázkou, která bude pokládána v praktické části práce, jejímž cílem je: „*Zjistit uplatnění bývalých uživatelů návykových látek po odchodu z léčebny v osobním životě.*“ Lze si již odvodit, že předmětem zkoumání budou právě osoby, tedy bývalí klienti, nejméně jeden rok po odchodu z léčebny. Druhá výzkumná otázka je zaměřena na nejčastější překážky, které brání bývalým uživatelům návykových látek k návratu do společnosti.



Strategie bude probíhat formou kvalitativního výzkumu. Bude užita metoda dotazování, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru a výzkum bude vyhodnocen pomocí metody zakotvené teorie.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Drogy a drogová závislost

Kalina et al. (2015) vymezuje drogu jako látku obsahující dvě vlastnosti. První vlastností je její psychotropní efekt, který má schopnost měnit vnímání a prožívání uživatele a druhou vlastností je potenciál závislosti při jejím dlouhodobém a pravidelném užívání a následná ztráta kontroly nad jejím užíváním.

Význam slova droga byl v minulosti podle Mahdalíčkové (2014) užíván pro označení suroviny sloužící k výrobě léků. Tento význam je i nadále využíván ve farmacii. V češtině se pro toto slovo ujaly dva významy. První je shodný s původním označením pro termín droga, tedy léčivo, druhý je užíván pro označení psychoaktivní drogy.

Existuje několik druhů dělení návykových látek. Mezi nejznámější patří rozdělení na „měkké“ a „tvrdé“ drogy (Kalina et al., 2015).

Minařík (2009) uvádí dělení návykových látek nejen na měkké a tvrdé, ale také dělení podle míry jejich rizika, tedy od nejvyšší míry rizika po prakticky bez rizika. Mezi tvrdé drogy s vysokým rizikem uvádí toluen, aceton, heroin, morfin, durain a crack. Tvrdé drogy s vysokou až střední mírou rizika jsou LSD, lysohlávky, kokain a pervitin. Alkohol současně s extází, efedrinem a kodeinem řadí do tvrdých drog se střední mírou rizika. Do posledních dvou zbývajících kategorií zařazuje měkké drogy s relativně malou mírou rizika, kam patří marihuana, hašiš a kokový čaj. Jako poslední zmiňuje Minařík (2009) kávu a čaj, které jsou prakticky bez rizika.

Kalina et al. (2015) návykové látky rozděluje na konopné drogy, halucinogeny, psychomotorická stimulantia, MDMA a taneční drogy.

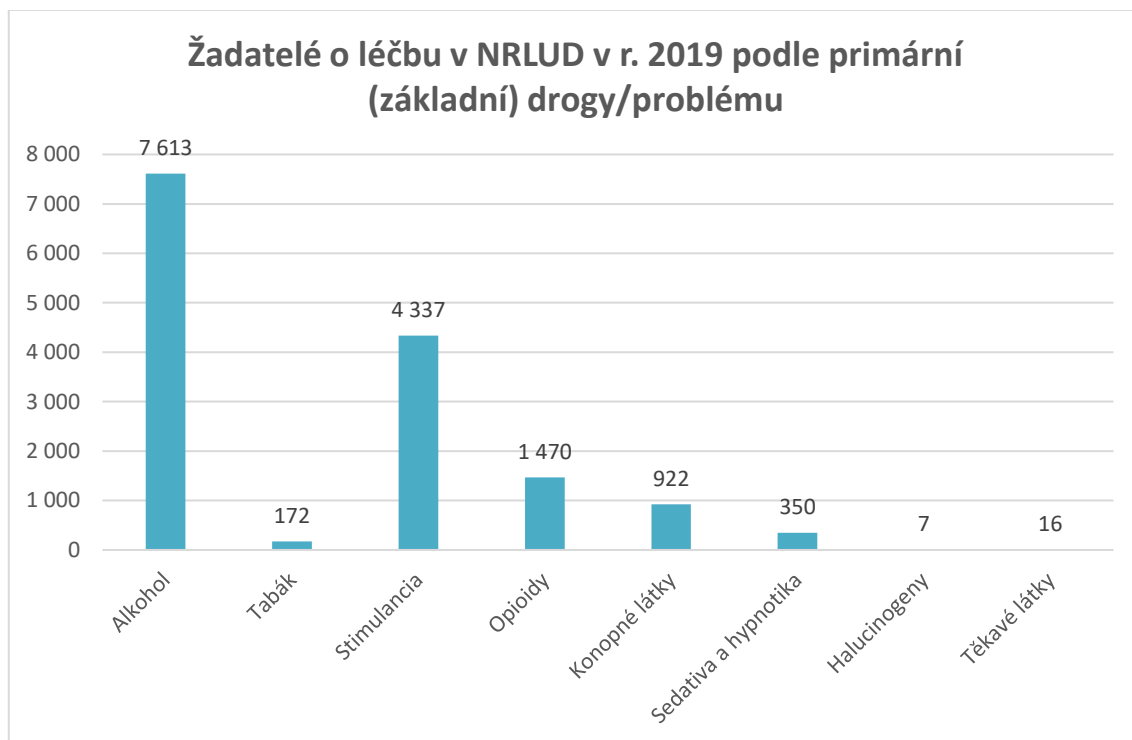
Následující kapitola se věnuje návykovým látkám, které jsou klasifikovány jako „tvrdé“ u nichž je střední a vysoká míra rizika.

### 1.1.1 Nejčastěji užívané drogy z pohledu žadatelů o léčbu

Ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 řadí Mravčík et al. (2020) mezi nejčastější návykové látky, na kterých je klient závislý a jejichž důvod užívání ho přivede na léčbu, alkohol, stimulantia a opiáty. Případy léčby pro závislost na konopných látkách, sedativech, hypnotikách, tabáku, těkavých látkách a halucinogenech jsou uváděny jen v malé míře. Z toho důvodu se další část práce věnuje pouze návykovým

látkám, které uvedl nejvyšší počet žadatelů. Tyto výše zmíněné návykové látky lze pro přehlednost dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 (Mravčík et al., 2020) klasifikovat také jako primární či základní.

**Obrázek č. 1: Žadatelé o léčbu v Národním registru léčby uživatelů drog (dále jen „NRLUD“) v r. 2019 podle primární (základní) drogy/problému**



Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019

Světově nejrozšířenější návykovou látkou jsou alkoholické nápoje. Alkohol vzniká kvašením cukrů, chemicky ho lze označit jako etylalkohol nebo etanol (Kalina et al., 2015). Je společensky akceptovaný a snadno dostupný (Mosel, © 2021). Podle Kaliny et al. (2015) patří společně s nikotinem mezi legální drogy. V malých množstvích byl alkohol uváděn jako přínosný pro zdraví, jakmile však dojde k jeho nadužívání, má negativní dopad na emoční, sociální a zdravotní stav jedince (Mosel, © 2021). Alkohol je rozšířen po celém světě, čímž u něho hrozí snadný rozvoj psychické i fyzické závislosti (Kalina et al., 2015).

Stimulancia povzbuzují organismus. Mezi stimulancia uvádí Kalina et al. (2015) metamfetamin, amfetamin, MDMA a kokain. Napříč Evropou je kokain dle Evropského monitorovacího centra pro drogy a závislost (dále jen „EMCDDA“, 2020) druhou nejčastěji užívanou drogou. Metamfetamin, známější pod pojmem pervitin, je podle

Mravčíka et al. (2020) nejvíce užívanou drogou v České republice za rok 2019. Podle Minaříka (2009) dochází při požití nižšího množství k zostření vnímání. Při středně silné dávce se může intenzita vnímání prohloubit až k nesnesitelnosti a mohou se objevovat halucinace. Při vysoké dávce jedinec ztrácí kontakt s realitou. V případě této návykové látky nastává psychická závislost a dochází k potížím způsobených intoxikací.

Mezi opioidy a opiáty, látky způsobující významný euforický stav, patří v případě přírodních zástupců kodein a morfium. Pro adiktologii nejvýznamnějším polysyntetickým a syntetickým látkám patří heroin, metadon a buprenorfin (Kalina et al., 2015). Heroin je podle Sumnalla a Brotherhood (2012) nejběžnějším z opioidů v Evropě. Jak uvádí Minařík (2009), malé dávky těchto látek způsobují uklidnění, zatímco vyšší dávky navozují spánek. Velmi vysoké dávky jsou příčinou hlubokého bezvědomí. Ve vyšších dávkách dochází k ochromení mozkového centra, to může vést i ke smrti jedince. Vyvolávají u člověka také velice těžkou závislost (Minařík 2009).

### ***1.1.2 Závislost***

Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále jen „DSM-5“, 2013) vymezuje pojem s názvem porucha užívání návykových látek, která se vyznačuje určitými kognitivními, behaviorálními a psychologickými rysy, jejichž podstatným znakem je rozhodnutí jedince v pokračování užívání i přes negativní a nežádoucí účinky.

Na velmi podobné úrovni definuje Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-10“, © 2021) syndrom závislosti. Pro úplnost obou definic je ještě třeba je doplnit o důležitý znak, a to projevující závislost, a tedy nástup zvýšené tolerance pro drogu. V určitých případech může dojít i k propuknutí somatického odvykacího stavu.

Závislost lze dle Kaliny et al., (2015) rozdělit na fyzickou a psychickou. U fyzické závislosti dochází ke zvýšené toleranci pro drogu a k nástupu somatického odvykacího stavu s vysokou intenzitou, doprovázeného o fyzický craving (Kalina et al., 2015). Craving lze označit jako silnou touhu užít návykové látky (Nešpor, 2018). Psychickou závislost Kalina et al. (2015) popisuje jako soubor symptomů spojených s psychickým cravingem. Dalším z projevů je užívání drogy i přes její počáteční negativní důsledky.

Pojem craving je dle Kaliny et al. (2008a) důležitým projevem závislosti. Do češtiny lze craving přeložit jako bažení (Kalina, 2013).

Bažení může být spuštěno, pokud se dotyčný ocitne v rizikovém prostředí nebo i z nudy či únavy. V tomto případě hovoříme o zevních a vnitřních spouštěčích. Jedním z dopadů bažení je zhoršení sebeovládání, dochází k oslabení paměti, schopnosti rozhodovat, zvyšuje se krevní tlak a tepová frekvence. Během bažení dochází k aktivaci určitých částí mozku (Nešpor, 2018).

Pro zvládnutí cravingu je pro dotyčného důležité uvědomit si, že jeho nástup je normální a nejedná se o jeho selhání. Naopak by jej neměl potlačovat či proti němu bojovat, ale naučit se jej zvládnout (Kalina, 2013). Craving také může vést ke zhoršení sebeovládání. Nejčastěji se tak může stát, objeví-li se člověk ve vysoce rizikovém prostředí, které má spojeno s užíváním návykových látek (Nešpor, 2018).

Jak je uvedeno v syndromu závislosti (MKN-10, © 2021), craving a zhoršené sebeovládání patří mezi znaky závislosti. Mezi další znak patří somatický odvykací stav, kterému je pro jeho úplnost věnována podkapitola níže. Dalším znakem je zvýšená tolerance, která se projevuje tak, že k dosažení stejného užitku a účinku z návykové látky je potřeba zvýšení dávky, jelikož předchozí množství již není dostačující. Podle Nešpora (2018) může ke vzniku zvýšené tolerance dojít kvůli nižší reaktivitě centrálního nervového systému na danou návykovou látku. Tolerance se může objevit například, dostane-li se dotyčný do pro něho neznámého prostředí, nebo při předchozí dlouhodobé abstinenci. Z důvodu zvýšené tolerance na látku může dojít až k otravě organismu.

Jako poslední bývá uváděn znak spočívající v užívání návykové látky i přes její prokazatelné škodlivé účinky (MKN-10, © 2021). Nešpor (2018) uvádí, že pro možnost uplatnění tohoto znaku o něm musí být dotyčný informován například od svého lékaře, který ho může upozornit na to, že mu užívání návykové látky poškozuje játra. Všechny znaky na sebe určitým způsobem navazují.

Podle Váchové et. al. (2009) má na závislost velký vliv souhra dědičných predispozic a biotické faktory. Všechny návykové látky v mozku aktivují tzv. systém odměn, který posiluje chování a tvorbu vzpomínek. Aktivace systému odměn je velmi intenzivní, až dochází k zanedbávání normálních činností u jedince (DSM, 2013).

### **1.1.3 Odvykací stav**

Odvykací stav nastává podle Kaliny et al. (2015) primárně ihned po zahájení dlouhodobého terapeutického procesu a jeho zvládnutí je indicií pro další úspěšný průběh

léčby. Nedojde-li k dobrému zvládnutí odvykacího stavu, může být příčinou k návratu užívání návykových látek. Je také nebezpečný tím, že bývá nejčastěji spojen s nástupem křečí až deliriem.

Delirium tremens je nejtěžší formou odvykacího stavu. Jedná se o akutní a život ohrožující stav, který je nutný včas diagnostikovat a diferenciatně odlišit od ostatních podobných život ohrožujících stavů. Řadí se na přední příčky v příčinách úmrtí během psychiatrické diagnózy (Pecinová, 2011). Nejčastěji je pojem delirium spojen s vysazením alkoholu. Způsobuje ho ale také vysazení určitých sedativ či hypnotik po jejich dlouhodobém užívání ve vyšších dávkách (Kalina et al., 2015). Léčbu lehčích delirií lze provést na běžných detoxikačních jednotkách nebo psychiatrických odděleních (Pecinová, 2011).

Dlouhodobé zvládnání odvykacího stavu se nazývá detoxikace (Kalina et al., 2015). Délka detoxikace se významně liší u každého jedince. Podle Jeurgensa (2020) délku jejího trvání ovlivňuje především typ návykové látky, na níž byl dotyčný závislý, délka závislosti nebo metoda, kterou byla látka užívána. Určitou roli zde ale můžou hrát i jeho dědičné predispozice a zdravotní stav. Röhr (2015) uvádí detoxikaci jako první krok k léčbě. Ta se většinou neobejde bez lékařské pomoci. Léčbě drogové závislosti je věnována následující kapitola.

## ***1.2 Léčba drogové závislosti***

Podle Röhra (2015) je léčba závislosti obtížná a ve většině případech dopadá neúspěchem. Heller a Pecinová (2011) uvádí, že během léčby nedochází k úplnému uzdravení a zbavení se závislosti na droze, ale dochází k tzv. úzdravu. Úzdrav popisují jako stav, kdy vymizí příznaky nemoci, ale přesto se dotyčný nedostane zpět do stavu před jejím vznikem.

Podle Kaliny et al. (2015) je základem léčby psychoterapie, u které je třeba, aby trvala dlouhodobě a zaměřovala se i na podporu abstinence.

Velmi často si chorobně závislý člověk projde různými fázemi uzdravování. Zpočátku dochází k fázi popření a k fázi zoufalství a sebelítosti. Může se stát, že určití jedinci zůstanou v těchto fázích a nenajdou z nich cestu ven. Pokud však dokážou úspěšně pracovat se svými emocemi a zpracovat přetrvávající smutek, dokážou se posunout do

dalších fází. Třetí fáze je právě fází překonání smutku a poslední z fází s názvem zmrtvýchvstání označuje začátek nového života (Röhr, 2015).

Jak je uvedeno ve Stavů drogové problematiky v Evropě (2011) od roku 2000 do roku 2010 se výrazně zvýšila dostupnost a rozmanitost protidrogové léčby. Důsledkem byl nárůst kontaktu uživatelů drog s poskytovateli léčby závislostí. Léčba závislosti pozitivně ovlivňuje mnoho oblastí života jedince, ale velmi často vyžaduje další sociální podporu.

### **1.2.1 Adiktologické služby**

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2019 je v České republice 278 různých typů programů, které provozují adiktologické služby (Mravčík et al., 2020).

Podle Vavrinčikové et al. (2013) se adiktologické služby dělí na zdravotní služby a služby nezdravotní, které jsou brány jako sociální. Kromě substituční léčby a jiných programů substituce hovoříme o výkonu, jehož cílem je abstinence klienta (Drogová poradna, 2009). V České republice je síť adiktologických služeb velmi pestrá. Tato síť pokrývá téměř celou problematiku pojící se s užíváním návykových látek (Mravčík et al., 2020).

Do cílové skupiny klientů či pacientů adiktologických služeb patří osoby vyžadující odbornou péči, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a sociální situaci, která byla ovlivněna v důsledku užívání návykových látek nebo patologickým hráčstvím (Vavrinčiková et al., 2013). Služby adiktologie lze rozdělit na ambulantní léčbu a rezidenční neboli pobytovou péči (Mravčík et al., 2020).

V případě ambulantní léčby se jedná podle Vavrinčikové et al. (2013) o psychické ordinace zabývající se léčbou návykových poruch a o stacionární programy, jak uvádí Mravčík et al. (2020).

Vavrinčiková (2013) dělí pobytovou péči na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu. Léčba bývá zajištěna pomocí psychiatrických léčeben, od roku 1990 vznikem terapeutických komunit a následně doléčovacích center (Vavrinčiková, 2013). Dále mezi adiktologické služby patří také programy zajišťující detoxikaci, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, adiktologické služby ve vězení a substituční léčba (Mravčík, 2020).

Adiktologické služby se opírají o určité základní principy, které musí splňovat. Jedná se zejména o podmínku kvalitních a bezpečných služeb, která spočívá v uplatňování

individuálního přístupu ke klientům podle bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Dalším z principů je přiměřená cena služeb, jež je zaručena pomocí rovnoměrného rozdělování dotačního fondu (Vavrinčíková, 2013).

Během ambulantní léčby podle Drogové poradny (2009) klient dochází do určitého zařízení, ve kterém se léčba poskytuje. Nedochází zde k vytržení z klientova prostředí, proto je tento druh léčby doporučován především osobám se sociálním či rodinným zázemím, kteří si jsou jisti v oblasti sebekontroly a mají dostatek motivace k tomu, aby během kontaktu s rizikovým prostředím neužili návykové látky. Pro osoby, které mají zázemí pro zlepšení jejich stavu v nevhodné kondici, bývá doporučen jiný druh léčby.

Mezi ambulantní léčbu patří také služby následné péče a doléčovací programy (Vavrinčíková et al., 2013). Tyto služby mají velký vliv na úspěšné navrácení člověka do společnosti, proto je jim věnována speciální kapitola. Jak bylo již zmíněno podle Drogové poradny (2009), ambulantní léčba, do níž klient denně či týdně dochází, probíhá v klientově přirozeném prostředí a z hlediska navrácení do společnosti nehraje tak klíčovou roli. Proto je následně dáván větší důraz na služby následné péče a v této části na služby pobytové.

### ***1.2.2 Pobytová péče***

V případě pobytové péče se jedná o typ služby, ve které žije klient v chráněném prostředí, má jasně stanovený řád, režim a pravidla pobytu (Drogová poradna, 2009). Mezi základní nástroje léčby zde patří farmakoterapie, edukace, rodinná či partnerská terapie, rehabilitace a využívána je i pracovní terapie, sport nebo různé zátěžové programy (Vavrinčíková et al., 2013).

Léčba může trvat v rozmezí do dvou měsíců, kdy hovoříme o léčbě krátkodobé, od dvou do třech měsíců o léčbě střednědobé a do šesti měsíců o léčbě dlouhodobé. Pro krátkodobou léčbu bývá typická psychiatrická léčebna a pro terapeutickou komunitu léčba dlouhodobá (Drogová poradna, 2009). Podle Kaliny (2008b) je klíčovým faktorem pro úspěšnou léčbu již zmiňovaný úzdrav. Pro úzdrav je v terapeutické komunitě vytvářen pouze základ a předpoklad. Úzdrav musí být rozvíjen v životě klienta i po ukončení pobytu v komunitě.

Léčba v terapeutické komunitě je dle Vavrinčíkové et al. (2013) programem léčby a resocializace, která probíhá od 6 do 15 měsíců v zařízení, která mohou být jak zdravotní,



tak nezdravotní. Terapeutická komunita je podle zákona č. 108/2006 Sb. (§ 68) o sociálních službách pobytová služba, která slouží pro osoby se závislostí na návykových látkách se zájmem o návrat do společnosti.

Do terapeutické komunity, kde mají klienti poskytnuté ubytování a stravu, nejčastěji nastupují lidé po detoxikaci nebo krátkodobé až střednědobé léčbě. Po ukončení navazují na léčbu v doléčovacím centru (Vavrinčíková et. al, 2013).

Kalina (2008b) uvádí, že klient terapeutické komunity by se měl na začátku léčby soustředit na to, co je „tady a teď“, na otázky co bude „potom“, by neměl brát ohled, jinak u něho nedojde k výzvě ke změně. Změna životního stylu a sebepojetí klientů je důležitou cestou k životu bez drog (Vavrinčíková et al., 2013). Člověk závislý na návykových látkách může být pro její sehnání dle Debaere et al. (2013) schopen všeho. Může se dopustit různých negativních činů, ať už se jedná o lhaní, krádeže, podvádění a jiné. Jakmile se dotyčný stane klientem terapeutické komunity, dojde k ustání v jeho rizikovém chování, naopak se učí, jak se postarat sám o sebe, upřímnosti a zodpovědnosti.

Kalina (2008b) popisuje, že člověk, který opouští terapeutickou komunitu a dosáhl úzdravu, by si měl dokázat udržet určité vzorce chování, které se zde naučil a využít je v „reálném světě“. Jedná se především o udržení nového pohledu na sebe, své chování a o změny ve vztazích. Dále by měl pokračovat v obnově ztracených schopností, které jsou důležité pro plnohodnotný život. Dotyčný by měl být schopen řídit se podle norem, kterých se naučil v terapeutické komunitě, jako je chování podle etiky a morálky. Mělo by dojít k zeslábnutí symptomu závislosti, jako je craving, úzkosti, deprese či paranoidně-halucinogenní bludy. Člověk by měl dojít k celkové změně svého životního stylu. Úzdava pokračuje po celý život a souvisí s osobním růstem člověka. Jako poslední je uváděna abstinence.

Dle Nešpora (2018) je pro bývalého klienta terapeutické komunity snazší úplná abstinence než se pokoušet užívat návykové látky jen v malé míře. I po užití malé dávky může dojít znovu ke spuštění cravingu.

### ***1.3 Reintegrace bývalých uživatelů návykových látek do společnosti***

Pro začátek je třeba vyjmenovat jednotlivé pojmy, které spolu určitým způsobem souvisí, a tedy socializaci, resocializaci a reintegraci. Během socializace dochází dle Biedermanové a Petruse (2011) ke kontaktu se sociálními normami a hodnotami

a k celoživotnímu vývoji jedince, ve kterém díky zlomovým událostem, jako je například nástup do školy, sňatek nebo narození dítěte, si člověk utváří určité role, se kterými se identifikuje. Resocializaci lze vnímat jako další či opakovanou socializaci jedince i přesto, že si již procesem socializace prošel. Lze o ní hovořit například v případě, kdy se člověk setkává s novým prostředím nebo musí přijmout nové autority a sociální normy. Pojem reintegrace podle Matouška (2008) vznikl odvozením od slova integrace, během které dochází k začlenění sociálně nebo zdravotně znevýhodněných osob do společnosti.

Podle Sumnalla a Brotherhood (2012) není pojem sociální reintegrace zcela užívaným napříč celou Evropou, ale je hlavním z aspektů úspěšného překonání závislosti na návykových látkách. Yokotani a Tamura (2017) přikládají reintegraci význam, co se týče prevence recidivy, ale uvedli, že je toto téma ještě nutné k prozkoumání a obsahuje značné mezery.

Kalina et al. (2015) vymezuje reintegraci jako efektivní sociální zákrok, který má za cíl začlenit bývalé nebo současné uživatele návykových látek do společnosti. Pojem reintegrace je také možné podle Matouška (2008) chápat jako navrácení ke společensky přijímanému chování u lidí, kteří se od něho z různých důvodů odloučili. Nemusí k ní vždy docházet dobrovolně, proto je důležité, aby program reintegrace byl dostatečně motivující. Dle Brinkerhoffa (2007) je smyslem reintegrace nahrazení naučených vzorců chování za nové.

### ***1.3.1 Hlavní aspekty reintegrace***

Klíčové jsou pro sociální reintegraci tři pilíře. Prvním pilířem je oblast bydlení, druhým vzdělání, třetím oblast zaměstnání, počínaje odbornou přípravou (Sumnall, Brotherhood, 2012). Fischer a Škoda (2014) uvádějí, že sociální reintegrace by měla pomáhat se zajištěním bydlení, vhodného zaměstnání a s rozvojem dovedností potřebných k zvládnutí určitých situací a relapsu ve formě terapie.

Tři pilíře reintegrace hrají důležitou roli. Jak zmiňuje Sumnall a Brotherhood (2012), může docházet k mylnému přesvědčení o úspěšném dokončení reintegrace tak, že dotyčný nastoupí do zaměstnání. Toto tvrzení však neznamená, že došlo ke splnění podmínek reintegrace. Zaměstnanost by neměla být jediným cílem, ale měl by se klást důraz i na jiné důležité aspekty života jedince. I přesto hraje zaměstnanost důležitou roli

například v tom, že může bývalým uživatelům zvýšit sebevědomí a navrátit respekt k jejich osobě (Keane, 2007).

Mezi další aspekty, na které je nutné se zaměřit, patří podpora navázání kvalitní sítě vztahů. Kvalitní vztahy jsou pro jedince stejně důležité společně ještě s dovedností vést svůj vlastní život správnou cestou bez možných překážek, jimiž může být stigma či diskriminace (Sumnall, Brotherhood, 2012). Stabilní ubytování, v němž se dotyčný cítí bezpečně, přispívá k prevenci relapsu. To, že již nežije v určité izolaci, s níž se může setkat během pobytu na ulici či na ubytovně, má pozitivní vliv ve vnímání sebe samého jako součást společnosti (Keane, 2007).

Nařízení zahájení sociální reintegrace může být uloženo i ze strany společnosti, když se snaží předejít určitým sociálním problémům, které by jí mohly hrozit (Brinkerhoff, 2010).

Sociální reintegraci vnímají Sumnall a Brotherhood (2012) jako základ pro zotavení z drogové závislosti. Jako taková zahrnuje určité aktivity, které rozvíjí lidský, sociální a ekonomický potenciál. Aktivity podporující sociální reintegraci by měly vždy být na úrovni etiky a nedílnou součástí léčby drogové závislosti.

Se sociální reintegrací je velmi úzce spojena následná péče, která, jak uvádí Kalina et al. (2015), pomáhá klientovi po ukončení léčby zvládat návrat do normálního života a vypořádat se s problémy, které může přinést. Následné péči se věnuje podrobněji následující podkapitola.

O sociální reintegraci lze hovořit jako o méně dobře zavedené praxi na problémové užívání drog než o léčbě. Sledování a informovanost jsou tedy na tomto úseku méně rovnoměrné (Sumnall, Brotherhood, 2012). Nedojde-li ke splnění určitých podmínek reintegrace, může u bývalého uživatele dojít k relapsu (Keane, 2007).

### ***1.3.2 Problémové okruhy reintegrace***

Příležitostné užívání drog se velmi snadno dle Sumnalla a Brotherhood (2012) překlene v dlouhotrvající závislost. Závislost na návykových látkách ovlivňuje jedince v mnoha ohledech. Velký vliv má na profesionální oblast či oblast vzdělávání, rodinný život a vztahy s přáteli. Vzhledem k tomu je proces socializace značně ohrožen, především u klientů v období dospívání.

Jedním z problémových okruhů reintegrace bývalých uživatelů návykových látek bývá stigmatizace. V českém jazyce se můžeme setkat s výrazem nálepkování, který má velmi podobný význam jako stigmatizace. Podle Lloyda (2010) se stigmatizace jeví jako status, kvůli kterému se na jedince pohlíží jako na méně atraktivního a akceptovaného ve společnosti, což negativně ovlivňuje jeho reintegraci do společnosti. Se stigmatizací se pojí také pojem značkování neboli labelling, který stojí na jejím počátku a spočívá ve vyznačování určitých osobnostních charakteristik, které jsou odlišné oproti společenské normě (Ocisková, Práško, 2015).

Společnost je k uživatelům návykových látek značně netolerantní, mnohdy se jedná i o nulovou toleranci. Stigma „feťáka“ je často nepřijatelnější než stigma alkoholika. Společnost jej většinou ztotožňuje se subkulturou, s níž mívá negativní zkušenosti (Fischer, Škoda, 2014). Tím dochází k postupnému vyloučení jedince na okraj společnosti (Sumnall, Brotherhood, 2012). Silveira et al. (2018) popisuje, že uživatelé návykových látek patří mezi nejvíce stigmatizovanou skupinu, což může mít za následek ztížený přístup na trh práce, přístup ke vzdělání a ve výsledku může vést k nižšímu finančnímu ohodnocení.

Sociální vyloučení definuje Mathieson et al. (2010) jako extrémní vyloučení určité skupiny lidí z kulturního, ekonomického, společenského a sociálního hlediska v sociálním začleňování. Poté co klient projde léčbou, je pro jeho ochranu nutné předejít dalšímu sociálnímu vyloučení a podporovat ho v jeho úsilí o reintegraci (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Dalším z problémů, které mohou znesnadnit návrat do normálního života, mohou být například problémy s dluhy. Může se jednat i o velmi vysoké částky, jež klient musí splácet až do konce života. Pro klienta může být v tomto případě složité najít motivaci k tomu získat práci s legálními příjmy. Dalším z problémů může být zápis v trestním rejstříku, což má vliv opět při hledání zaměstnání, jelikož je pro klienta jeho hledání ztíženo (Kalina, 2008a).

#### ***1.4 Následná péče***

Cíle následné péče lze zjednodušeně dle Kaliny et al. (2015) definovat jako naplnění podmínek reintegrace. Dle zákona č. 108/2006 Sb. (§ 64) o sociálních službách mohou být služby následné péče pobytové i ambulantní.

Ačkoli je dokončení programu protidrogové léčebny velmi významným mezníkem pro jedince, léčba drogové závislosti tímto nekončí. Právě pro osoby, opouštějící zdi terapeutické komunity či psychiatrické nemocnice, funguje typ služby známý jako následná péče (Mission Harbor, © 2021).

V případě následné péče se jedná o poslední fázi procesu léčby (Makovská Dolanská, Pavlovská in Kalina, 2015). Ve své podstatě je za následnou péči možné považovat vše, co následuje po detoxikaci (Kuda in Kalina, 2008a).

Jak uvádí Kuda (in Kalina, 2008a), v doléčování jde především o podporu abstinence po absolvování léčby a jedná se tak pouze o součást následné péče. Cílem následné péče není pouze udržení abstinence. Abstinence se v tomto případě stává takzvaným prostředkem, který vede k dosažení cíle, jímž je reintegrace závislého do společnosti. Mezi metody následné péče patří například podpůrná psychoterapie. I přestože již klient prošel mnoha sezeními, můžou se i tak objevit nová témata, která během léčby nebyla řečena, nebo je již klient považoval za vyřešené.

Následná péče se rovněž zaměřuje na prevenci relapsu (Růžička et al., 2014). Jakmile dojde k návratu k návykovým látkám, jedná se o recidivu, která se, jak uvádí Nešpor (2018), podle americké literatury dělí na „lapsus“ a „relaps“. V případě „lapsu“ se jedná o recidivu, která měla jen krátké trvání. Oproti tomu „relaps“ trvá po delší dobu. Pro jeho prevenci je vhodná tělesná aktivita, různé kreativní koníčky, zdravý životní styl a neustání v terapiích (Růžička et al., 2014).

#### ***1.4.1 Druhy následné péče***

Služby následné péče, zabývající se doléčováním, mohou být jak ambulantní, tak pobytové (Čermák, 2013). Mezi ambulantní službu patří především doléčovací programy, které fungují formou ambulantních skupin, kam klient týdně dochází, nebo formou volnočasových aktivit (Makovská Dolanská, Pavlovská in Kalina, 2015).

Ambulantní léčba je většinou poskytována v prostředí, v němž se klient běžně pohyboval, a tudíž neposkytuje tak silnou oporu v abstinenci. Pobytová léčba je vhodná především pro osoby, pro něž by rychlý návrat do běžného života byl rizikový, a doporučuje se volit v jiném prostředí, např. v jiném městě, než odkud klient pochází (Čermák, 2013).

Růžička et al. (2014) popisuje důležitost doléčovacích center a chráněných bytů. U klienta, který se vrátil z léčby obohacen novými vědomostmi o své závislosti, lze předpokládat, že zvládá úspěšně abstinovat v prostředí terapeutické komunity či psychiatrické léčebny. V doléčovacím centru se klient učí, jak abstinovat v běžném životě. Následně nastupuje do zaměstnání a učí se zvládat určité stresové situace, které mohou nastat.

Makovská Dolanská, Pavlovská (in Kalina, 2015) se také zmiňují o typu následné péče, která zahrnuje chráněné neboli podporované zaměstnání. Usiluje se zde o větší množství pracovních míst pro klienty, kteří mají zkušenost s protidrogovou léčbou, a zároveň se zde nabízí možnost získání rekvalifikace a znovunabytí pracovních návyků.

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Jakmile dotyčný opustí terapeutickou komunitu či psychiatrickou nemocnici, kde trávil většinu svého času mimo civilizaci a „běžný“ život, je pro něho klíčové, aby se úspěšně reintegroval do společnosti. To, jakým způsobem se znovu začleňuje, zkoumá tato práce.

Cílem této bakalářské práce je tedy zjistit uplatnění bývalých uživatelů návykových látek po odchodu z léčebny v osobním životě.

### **2.2 Výzkumné otázky**

V souvislosti se stanoveným cílem byly zvoleny následující otázky:

1. Jakým způsobem se bývalí uživatelé návykových látek začleňují do společnosti?
2. Jaké jsou nejčastější překážky, které brání bývalým uživatelům návykových látek v reintegraci do společnosti?

### **2.3 Předpokládaný přínos pro praxi**

Zjištění připravenosti a vybavenosti daného zařízení na odchod svých klientů z léčebny a jejich následnou úspěšnost v sociální reintegraci, konkrétně v oblasti vzdělání, bydlení a zaměstnání.

### **3 Metodika**

#### **3.1 Použitá výzkumná strategie**

Bakalářská práce se v první části věnovala teorii, kde jsou popsány důležité pojmy vztahující se k tématu. Praktická část práce se zabývá samotným výzkumem. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie.

Jak uvádí Hendl (2016), zpočátku výzkumník vybírá téma, z něhož poté volí výzkumné otázky. Sběr dat probíhá přímo v přirozeném prostředí. Výzkumník sám vybírá jedince, o nichž získává data, která současně vyhodnocuje.

#### **3.2 Popis výzkumného nástroje**

Byla užitá metoda dotazování, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. Dochází u něho k vytvoření schématu otázek a jeho běžnou činností je měnit pořadí otázek. Je vhodné se během rozhovoru ujistit, zda výzkumník odpovědím informantů rozumí správně (Miovský, 2006).

Otázky by neměly být pokládány tak, aby dotyčnému vnucovaly názor výzkumníka, ale měly by být zjevné, neutrální a pokládané s citem (Hendl, 2016). Miovský (2006) hovoří o vytváření tzv. jádra rozhovoru, které stanovuje limity pro to, kam až se může výzkumník svými otázkami vydat. Okruhy otázek jsou k nahlédnutí v Příloze č. 1.

#### **3.3 Metoda a analýza dat**

Pro zpracování dat je užitá metoda zakotvené teorie. Užití zakotvené teorie je dle Hendla (2016) vhodné především při zkoumání vymezené populace a při menším počtu informantů, čemuž odpovídá vybraná cílová skupina.

Rozhovory byly zakódovány trojím způsobem, které uvádí Hendl (2016). Jedná se o otevřené, axiální a selektivní kódování. Nejprve došlo k otevřenému kódování v MS Word, během něhož byl vytvořen seznam kódů. Během otevřeného kódování byly vytvořeny a pojmenovány kategorie a podkategorie, do nichž byly následně kódy roztříděny. Následovalo kódování axiální, ve kterém došlo k hledání konexí mezi kategoriemi a subkategoriemi, a následně kódování selektivní. Vztahy mezi kategoriemi a podkategoriemi byly vyjádřeny pomocí diagramů vytvořených v programu Atlas.ti.



### **3.4 Popis výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořili klienti a klientky nejméně jeden rok po odchodu z terapeutické komunity či psychiatrické nemocnice. Ti byli závislí na návykových látkách, a to konkrétně na tvrdých drogách.

Získání výzkumného souboru probíhalo pomocí metody sněhové koule a samovýběru. Metoda sněhové koule spočívá v získání prvního kontaktu. Dochází při ní ke kombinaci více metod. Konkrétně zde byla poprvé použita metoda samovýběru, kdy byla dotyčnému, jakožto potenciálnímu účastníkovi navržena možnost zúčastnit se výzkumu. On poté na základě svého dobrovolného rozhodnutí souhlasil se svou účastí (Miovský, 2006). První z oslovených během samovýběru se stali tzv. „gatekeepers“ neboli dveřníci, kteří díky svým kontaktům umožňují výzkumníkovi dostat se do jejich prostředí (Hendl, 2016). Výzkumník tak získá přístup k dalším potenciálním účastníkům, kteří mohou také doporučit další ze svých kontaktů, tím dochází k jejich postupnému „nabalování“. Tento proces probíhá do doby, dokud nedojde k saturaci dat (Miovský, 2006).

Výzkumný soubor tvořilo jedenáct účastníků výzkumu neboli informantů. Devět informantů bylo mužského pohlaví a dvě informantky pohlaví ženského. Nejmladšímu z informantů bylo dvacet let, nejstaršímu bylo padesát čtyři let.

První dva z informantů byli vybráni na základě osobní známosti. Jedna osoba byla oslovena na základě své aktivity na sociálních sítích ve skupině zabývající se reintegrací bývalých uživatelů návykových látek. Další informanti byli osloveni v rámci doléčovacího centra, kde bylo výzkumníkovi umožněno svůj výzkum a jeho cíle prezentovat. Na tomto základě se poté dva klienti doléčovacího centra rozhodli na jeho průběhu participovat. Zbytek informantů byl již získán na základě metody „snowball“ neboli sněhové koule. Proto, aby došlo k saturaci dat, byly rozhovory pořizeny postupně.

Rozhovory obsahovaly zkušenosti informantů s průběhem vlastní léčby v terapeutické komunitě či psychiatrické nemocnici a jejich zkušenost s navrácením se do společnosti po odchodu z léčby.

Tab. č. 1 obsahuje základní informace o informantech a počet jejich absolvované léčby v terapeutické komunitě (dále jen „TK“), psychiatrické nemocnici (dále jen „PN“) a doléčovacím centru (dále jen „DC“).

**Tabulka č. 1: Identifikační údaje**

	<b>Věk</b>	<b>Absolvovaná léčba</b>	<b>Vzdělání</b>
<b>Informant</b> <b>1</b>	29 let	2x TK, 3x PN, 1x DC	střední vzdělání s maturitní zkouškou
<b>Informant</b> <b>2</b>	26 let	1x TK, 1x PN, 1x v DC	střední odborné vzdělání s výučním listem
<b>Informant</b> <b>3</b>	20 let	1x TK, 1x DC	základní vzdělání
<b>Informant</b> <b>4</b>	21 let	1x TK, 1x PN, 1x DC	střední vzdělání s maturitní zkouškou
<b>Informant</b> <b>5</b>	36 let	1x TK, 4x PN, 1x DC	střední odborné vzdělání s výučním listem
<b>Informant</b> <b>6</b>	23 let	1x TK, 1x PN, 1x DC	střední vzdělání s maturitní zkouškou
<b>Informant</b> <b>7</b>	54 let	1x TK, 1x PN	vyšší odborné vzdělání
<b>Informant</b> <b>8</b>	44 let	1x TK, 1x DC	střední odborné vzdělání s výučním listem
<b>Informant</b> <b>9</b>	41 let	3x TK, 1x PN, 1x DC	střední odborné vzdělání s výučním listem
<b>Informant</b> <b>10</b>	36 let	3x PN, 2x DC	střední vzdělání s maturitní zkouškou
<b>Informant</b> <b>11</b>	38 let	1x TK, 1x PN, 1x DC	střední vzdělání s maturitní zkouškou

Zdroj: vlastní výzkum

### **3.5 Realizace výzkumu**

Rozhovory proběhly v únoru a březnu roku 2021.

Otázky (viz Příloha č. 1) byly pokládány tak, aby odpovídaly výzkumným otázkám. Zpočátku bylo dotazováno, jak probíhal odchod z léčby, následně otázky směřovaly na to, s jakými překážky se informanti setkali.

Část rozhovorů se odehrála osobně, ale vzhledem k nastalé situaci během koronavirové krize, kdy došlo k omezení cestování a osobního setkávání, proběhly některé rozhovory

pomocí videohovoru prostřednictvím aplikace Skype a WhatsApp. Rozhovory, které proběhly osobně, byly celkem čtyři. Dva proběhly v rámci doléčovacího centra a další dva v prostředí, které si informanti sami vybrali a bylo pro ně nejvhodnější, tedy přímo v obydli informanta a u druhého informanta na místě jeho pracoviště.

Všichni informanti byli seznámeni s průběhem výzkumu a s tím, že slouží pouze pro výzkum k bakalářské práci. Informanti byli požádáni o ústní souhlas s rozhovorem a byli informováni o anonymizaci jejich osobních údajů. K zaznamenávání rozhovorů posloužil diktafon v mobilním telefonu. Rozhovory byly následně přepsány do MS Word a všechna citlivá data anonymizována. Nejdelší rozhovor trval po dobu padesáti minut a nejkratší po dobu dvaceti minut. Po ukončení rozhovoru bylo všem informantům poděkováno a došlo ke společné dohodě, že v případě dalších otázek, které mohou vyplynout, mohou být znovu kontaktováni.

### **3.6 Etika výzkumu**

Během výzkumu a interakce s informanty prostřednictvím rozhovoru je nutné dbát na určité etické zásady.

Konkrétní etické zásady, které je třeba dodržovat, uvádí Hendl (2016) ve své publikaci *Kvalitativní výzkum*. Jak již bylo nastíněno v předchozí části, je před zahájením rozhovoru nutné mít od dotyčného informovaného souhlas s účastí na výzkumu. Informant musí být poučen o možnosti kdykoli svou účast na výzkumu ukončit. Získaná data, která by mohla dotyčného určitým způsobem identifikovat, musí být anonymizována. Nutné je hledět i na emoční bezpečí dotyčného a princip reciprocity.

Všichni informanti byli před zahájením rozhovoru informováni o jeho anonymizaci, postupu výzkumu a o tom, že mohou dle své vlastní vůle účast na výzkumu ukončit. Od všech informantů byl získán ústní souhlas s účastí na výzkumu. Identifikační údaje informantů nebyly uváděny proto, aby nedošlo k vytržení určitých informací z kontextu. Z důvodu anonymizace byla data nahrazena pouze obecnými názvy a umístěna do hranatých závorek. Informanti sami zvolili, kde si přejí uskutečnit rozhovor či jakou aplikaci preferují pro zprostředkování videohovoru. Ke konci rozhovoru bylo informantům nabídnuto zaslání výsledků výzkumu na jimi uvedené kontakty.

## **4 Výsledky**

### **4.1 Analýza rozhovorů**

VO1

1. Minulost – před léčbou
2. Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici
3. Pobyt v doléčovacím centru
4. Vztahy s rodinou/přáteli/okolím
5. Zaměstnání
6. Volný čas
7. Abstinence
8. Předávání vlastních zkušeností
9. Psychický stav
10. Bydlení
11. Plány do budoucna
12. Terapie
13. Reintegrace

VO2

14. Stigmatizace
15. Recidiva
16. Prostředí
17. Finanční situace
18. Trestná činnost
19. Samota
20. Jiné překážky

### **4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1**

První výzkumná otázka je: Jakým způsobem se bývalí uživatelé návykových látek začleňují do společnosti?

#### 4.2.1 Minulost – před léčbou

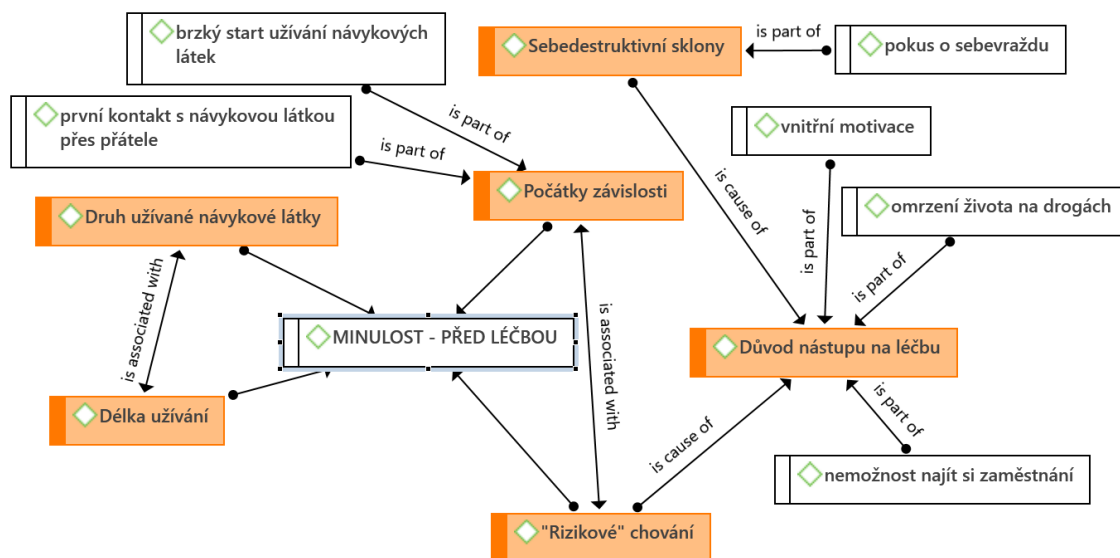
Tab. č. 2 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Minulost – před léčbou. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 2: Minulost – před léčbou**

Počátky závislosti	Druh užívané návykové látky	„Rizikové“ chování
sporadické užívání návykových látek	užívání – pervitin	ztráta příjmu peněz z drog
první kontakt s návykovou látkou přes přátele	kombinovaná závislost	bezdomovectví
užívání návykové látky z nudy (převážně z nudy v zaměstnání)	užívání – kokain, pervitin	náročný návrat zpět do společnosti
brzký start užívání návykových látek	užívání – alkohol, marihuana	rizikové situace
<b>Důvod nástupu na léčbu</b>	nitrožilní užívání	obtíže se zařazením do společnosti před nástupem na léčbu
život jako motivace k nástupu na léčbu	užívání – pervitin, marihuana	drogy na pracovišti
vnitřní motivace	užívání - pervitin, alkohol	špatný vztah s rodiči
omrzení života na drogách	závislost na hazardních hrách	útěk z domova
nemožnost najít si zaměstnání	<b>Sebedestruktivní sklony</b>	stýkání se v minulosti pouze s rizikovými kontakty
opětovný nástup do léčby v TK kvůli úrazu	užívání – pervitin, opiáty	výchovný ústav
<b>Délka užívání</b>	pokus o sebevraždu	nedostatečná příprava do života
25 let užívání	sebedestrukce	snaha o vyrovnání se otci
užívání návykových látek před rokem 1993		
2 roky aktivního užívání		
12 let aktivního užívání		
chvilková abstinence po návratu z vězení		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 2 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 2: Minulost před léčbou**

Minulost informantů a jejich důvod nástupu na léčbu je důležité zmínit, aby došlo k lepšímu pochopení jejich následujících životních rozhodnutí. Především se tato kategorie věnuje tomu, jak se informanti k návykovým látkám dostali a jaké byly jejich životní situace, které je poté nasměrovaly ke zvolení léčby v terapeutické komunitě či psychiatrické nemocnici.

Téměř všichni informanti se s návykovými látkami poprvé setkali již v době, kdy chodili na střední školu či odborné učiliště. Brzký start užívání návykových látek uvádí především informanti č. 1, 4, 6. Avšak i od ostatních informantů, ač to nebylo doslovně řečeno, vyplynulo, že užívali návykové látky již v období dospívání. Informant č. 1 uvádí, že se na střední škole poprvé dostal k marihuaně a po nástupu na vysokou školu začal užívat kokain a pervitin, což jej donutilo školu opustit. Informant č. 3 uvedl, že se k návykovým látkám dostal přes partu a k tvrdým drogám přes přítelkyni. U informanta č. 10 došlo k postupné gradaci četnosti užívání: „Ze začátku jsem bral jen tak víkendově, jednou za měsíc. Pak už to bylo, dá se říct denní báze.“ (I10)

Délka užívání se u většiny informantů liší, což je samozřejmé vzhledem k jejich věkové rozmanitosti. Informant č. 8 užíval návykové látky po dobu dvaceti pěti let. U informanta č. 9 se jedná o dvacet dva let, u informanta č. 10 o sedmnáct let. Informant č. 3 užíval návykové látky po dobu dvou let, což doplňuje fakt, že je nejmladší mezi informanty.

Ač je informant č. 7 nejstarší z informantů, uvádí užívání návykových látek trvající po dobu sedmi let.

Mezi nejčastěji užívané návykové látky mezi informanty se řadí pervitin. Nejedná se však pouze o užívání pervitinu, ale o jeho kombinaci s dalšími návykovými látkami. Informant č. 1 zmiňoval užívání pervitinu pouze během doby studií na vysoké škole, následně uvádí především užívání kokainu. U informanta č. 2 se naopak jedná o užívání heroinu. Informanti č. 4 a č. 6 společně s pervitinem zmiňují i užívání marihuany a informanti č. 9, 10 současně k tomu připojují i problémy s alkoholem. Problémy s alkoholem a pervitinem měli také informanti č. 5 a č. 11. Informant č. 7 doplňuje užívání pervitinu s opiáty a informant č. 8 uvedl pouze pervitin. Informant č. 6 kromě užívání návykových látek byl také gamblerem. „... *pro mě je to provázaný. Já, když bych si šel zahrát, tak skončím zfetovanéj a když bych se zfetoval, tak skončím v herně.*“ (I6)

Jak je patrné z diagramu na obr. č. 2, u některých informantů docházelo k výskytu určitých rizikových situací, které je poté přivedly do léčby. Informant č. 11 ztratil příjem peněz z distribuce drog, na níž se podílel s partnerem, který skončil ve vězení. Bylo pro něj velmi náročné sám se navrátit do společnosti, určitou dobu strávil na ulici a nemohl si najít zaměstnání. Určitou část během doby užívání strávil na ulici také informant č. 6 potom, co utekl z domova. Potíž s návratem do společnosti měl i informant č. 8, který v dětství prošel výchovným ústavem. Rozhodl se pro léčbu potom, co ho život na drogách omrzela. Informant č. 5 uvádí, jak je důležité nalézt vnitřní motivaci jako důvod nástupu na léčbu. V určité době v minulosti, kdy se ve stavu opojení návykovými látkami málem utopil, rozhodl se pro léčbu: „*Takže můj motiv je život. Ideální je, když má člověk vnitřní motivaci. Často lidé abstinují kvůli dětem, rodině, kvůli někomu a většinou to nemá úspěch.*“ (I5) Život jako motiv nástupu na léčbu uvedli i respondenti č. 7, 8, 9. „... *já jsem se za těch 12 let dostal až do fáze takové sebedestrukce, až bych řekl smrti, protože kdybych zůstal na drogách, tak asi s váma dneska nemluví.*“ (I7)

Informanti č. 4 a č. 6 neviděli ze své situace východisko a pokusili se o sebevraždu, neúspěšný pokus je poté přivedl na léčbu. Informant č. 2 si musel zvolit mezi léčbou a výkonem trestu odnětí svobody: „... *do [terapeutická komunita] jsem se dostal hlavně proto, že mi hrozil trest za výrobu a distribuci drog, takže jsem se šel léčit, než abych šel sedět.*“ (I2) Nemožnost sehnat si zaměstnání přivedla na léčbu informanta č. 10. Informant č. 3 již před nástupem na léčbu docházel na individuální terapie, které měl

nařízené částečně od OSPODu a částečně od rodičů. Stejně jako informant č. 11 před nástupem do terapeutické komunity podstoupil detoxikaci. U informanta č. 1 docházelo k užívání návykových látek v zaměstnání, jelikož mu jeho práce zevšednila a začal se v ní nudit, což rozhodně nevnímal pozitivně a snažil se situaci změnit nástupem na léčbu.

#### 4.2.2 *Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici*

Tab. č. 3 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

**Tabulka č. 3: Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici**

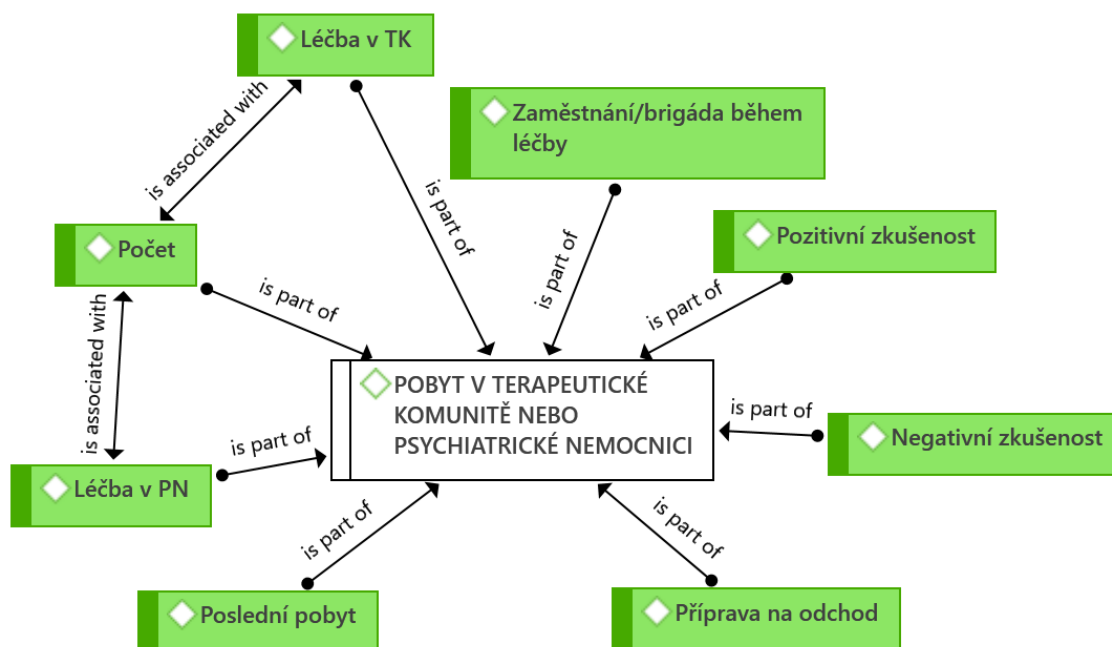
Léčba v TK	Počet	Poslední pobyt
rok a půl léčby v TK	1 rok léčby v TK	3 měsíce po opuštění poslední léčby v TK
7 měsíců v TK	2x v TK	1 rok po opuštění poslední léčby v TK
13 měsíců léčba v TK	4x v léčbě	rok a půl po opuštění poslední léčby a doléčování
necelý rok v léčbě	5x v léčbě	rok a půl po opuštění poslední TK
9 měsíců v TK	Zaměstnání/brigáda během léčby	2 roky po opuštění poslední léčby v TK
2 roky v léčbě	brigáda během pobytu v TK	3 roky po opuštění poslední léčby v TK
4 a půl měsíce v TK	sehnání zaměstnání přímo v TK, kde proběhla léčba	6 let po odchodu z poslední léčby
téměř rok léčby v TK	zaměstnání během pobytu v TK	27 let po opuštění poslední léčby
5 měsíců v PN	Příprava na odchod	Pozitivní zkušenost
2 měsíce v PN	upozorňování na rizikové prostředí či chování během pobytu v TK	pochopení sebe samého díky terapiím v TK
opuštění a navrácení se do léčby	příprava na odchod z TK	pozitivní vzpomínky na léčbu v TK a vděčnost
3 měsíce v PN	větší důraz na následnou péči v TK	pozitivní pohled na léčbu v TK
delší pauza mezi jednotlivými léčbami	rozhodnutí nad budoucím místem pobytu v TK	spokojenost s léčbou v TK
8 měsíců v TK	Negativní zkušenost	nic, co by bylo nutné změnit v TK



tři čtvrtě roku v TK	nedokončená léčba	nalezení nového přístupu k sobě samému v TK
Léčba v PN	jiné očekávání od léčby v TK	
půlroční léčba v PN	vyloučení z TK 14 dní před řádným koncem léčby	
10 měsíců od opuštění poslední léčby v PN	nedokončení léčby kvůli nástupu do zaměstnání	
2 měsíce posilující léčba		
v roce 2015 návrat do léčby v PN		
druhý pobyt v PN		
2 měsíce v PN		
měsíc léčby v PN		
dokončení léčby v PN		
hospitalizace na psychiatrii		
spokojenost z odchodu z PN		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 3 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy.



**Obrázek č. 3: Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici**

Doba od opuštění terapeutické komunity či psychiatrické nemocnice je téměř u každého informanta jiná. Informant č. 9 byl naposledy v terapeutické komunitě před třemi měsíci,

nejedná se ovšem o jeho první léčbu, tu absolvoval již před patnácti lety, proto má již mnohé zkušenosti s reintegrací a mohl být zařazen do výzkumu. Jeho zkušenost je především v tom, jak se změnil pohled na následnou péči v terapeutické komunitě. V minulosti, uvádí, nebyl kladen velký důraz na následnou péči: „*Tak hlavně před těmi patnácti lety to byla ta komunita, kde to skončilo a člověka vyšoupli znovu na tu ulici a starej se, vlastně svým způsobem. I když byla nabídka doléčováků, ale v té době se ještě tolik nebazírovalo na tom, aby člověk šel někam dál.*“ (I9)

Od opuštění poslední léčby dělí informanta č. 7 dvacet sedm let. Jeho následná péče probíhala tím, že po ukončení vlastní léčby začal přímo v terapeutické komunitě pracovat jako údržbář a mohl být tak stále v kontaktu s ostatními klienty, čímž si v podstatě nahradil nutnost následné péče.

Šest let od pobytu v poslední léčbě v terapeutické komunitě dělí informanty č. 2 a č. 5. Doba od opuštění komunity či psychiatrické nemocnice se u ostatních informantů pohybuje v rozmezí od jednoho roku do tří let.

Informant č. 2 a č. 9 hovořili o tom, jak je v terapeutické komunitě připravovali na odchod. Informant č. 2 byl spokojen s přípravou na běžný život, i když si uvědomuje, že měl udělat spoustu věcí jinak. Spokojen byl především s pomocí najít si brigádu a peníze z ní poté zužitkovat během pobytu v doléčovacím centru. Docházení na brigády během pobytu v terapeutické komunitě uvádí téměř všichni informanti. Informant č. 9 již během pobytu v poslední terapeutické komunitě dojížděl do zaměstnání. Více se tomuto tématu věnuje jiná kategorie přímo s názvem zaměstnání.

Informant č. 1 byl během svého prvního pobytu v terapeutické komunitě značně nespokojen a pobyt, který nesplnil jeho očekávání, po deseti dnech opustil. Po určité době byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici, z níž pokračoval zpět do stejné terapeutické komunity, které dal ještě druhou, a ne poslední šanci. S dalším pobytem byl již velmi spokojen: „*...musím říct, že děkuju [terapeutická komunita]. Oni mě naučili spoustu věcí. Oni tě nepřipraví na to, co dělat, když přijde recidiva, podle mě. Připraví na to, že by se člověk měl někomu ozvat, mít nějakého blízkého člověka, kterému to může říct, myslím, že to je hrozně důležitý.*“ (I1) Téměř všichni informanti byli s pobytem v terapeutické komunitě či v psychiatrické nemocnici spokojeni. Informant č. 10 projevil nespokojenost s pobytem vzhledem k režimu, který zde musel dodržovat: „*Cítím úlevu, tam bejt v tom režimu, kterej je v té léčbě, je dost únavný a úmorný.*“ (I10)

U informanta č. 9 došlo k větší spokojenosti ovšem až s poslední léčbou. Pobyt ve dvou komunitách před patnácti lety příliš kladně nehodnotil. Z první komunity musel odejít o čtrnáct dní dříve, než bylo plánováno, jelikož nenahlásil, že ostatní klienti, za které v daný moment zodpovídal, užívali během pobytu mimo komunitu alkohol. Do poslední léčby jej potom přivedl úraz a i přesto, že nevěřil, že mu může ještě pobyt pomoci, odcházel s pozitivní zkušeností. „*Takže jsem se rozhodl jít do té komunity, i když jsem patnáct let tvrdil, že když mi nepomohly dvě komunity, že už mi nic nepomůže, ale já byl v prdeli. Já byl zdravotně, psychicky v prdeli.*“ (I9) Nejvíce ocenil, že se momentálně dbá na následnou péči a více se hovoří o možných rizicích, která mohou nastat, pokud se člověk např. dostane do rizikového prostředí.

Informanti č. 5, 6, 8, 11 byli velmi nadšení z pobytu v terapeutické komunitě. Informant č. 11 díky komunitě našel nový přístup k sobě samému a také finanční gramotnost, současně jako informant č. 8, č. 5, a jiné dovednosti, které mu kvůli nedostatečné životní přípravě od rodičů byly odepřeny. Informanti č. 6, č. 8 a č. 9 i v současnosti navštěvují či alespoň jednou navštívili terapeutickou komunitu. Informant č. 6 je v kontaktu se svou bývalou terapeutkou z komunity. Velmi pozitivně na léčbu vzpomíná a poukázal na velkou pomoc z jejich strany.

Jsou samozřejmě i jiné způsoby, které během léčby motivovaly klienty k tomu, aby navrácení do společnosti proběhlo úspěšně. Protože se jedná o rozsáhlou problematiku, je jí věnován prostor i v jiných kategoriích.

#### **4.2.3 Pobyt v doléčovacím centru**

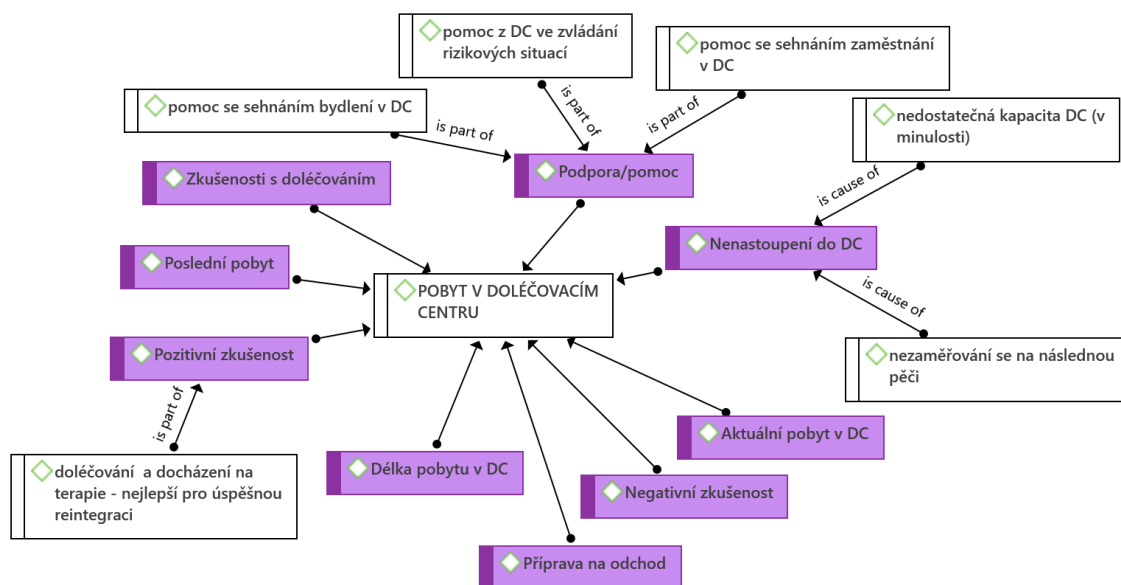
Tab. č. 4 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Pobyt v doléčovacím centru. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 4: Pobyty v doléčovacím centru**

Poslední pobyt	Délka pobytu v DC	Pozitivní zkušenost
rok a půl po opuštění DC	6 měsíců v DC	zaměření se na následnou péči
dřívější odchod z DC	4 měsíce v DC	DC – nejlepší prostředek pro úspěšnou reintegraci
odchod z DC do jiného zařízení	druhý pobyt v DC	pozitivní pohled na DC
Aktuální pobyt v DC	Podpora/pomoc	doléčování – nejlepší pro úspěšnou reintegraci
Příprava na odchod	pomoc se sehnáním bydlení v DC	nutnost návaznosti na následnou péči
postupná příprava na odchod z DC v DC	pomoc se zajištěním rekvalifikace ze strany DC	nic, co by bylo nutné změnit v DC
pozdvolná příprava na odchod do běžného života v DC	pomoc se sehnáním zaměstnání v DC	doléčování a docházení na terapie – nejlepší pro úspěšnou reintegraci
Nenastoupení do DC	pomoc z DC ve zvládnutí rizikových situací	pozitivní pohled na individuální terapie v DC
Nenastoupení do DC kvůli velké prodlevě	sehnání zaměstnání přes DC	kontrola v DC
nedostatečná kapacita DC (v minulosti)	vzájemná podpora klientů v DC	Negativní zkušenost
doléčování pomocí zaměstnání v TK	Zkušenosti s doléčováním	možná až nadbytečná péče v DC
nezaměrování se na následnou péči	první zkušenost s doléčováním	méně prostoru pro svěřování se na DC (vnímáno negativně)
	nástup do DC pro větší osobní kontrolu	negativní pohled na nemožnost úschovy peněz v DC
		DC zaměřeno spíše na látkové závislosti – vnímáno negativně

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 4 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 4: Pobyt v doléčovacím centru**

Doléčovacím centrem v rámci vlastní léčby si prošli všichni informanti až na jednoho. Jedná se o informanta č. 7, který, jak již bylo zmíněno v předchozí kategorii, měl životní cestu po ukončení léčby poměrně specifickou tím, že začal pracovat v terapeutické komunitě, kde se léčil: „*Já jsem se víceméně doléčoval tou prací a pomocí vlastně téma lidma... moje následná péče byla v procesu práce a i mně samotnému to pomáhalo.*“ (I7) Vzhledem k tomu, že se jednalo o období před rokem 1997, neměl informant možnost využít služeb doléčovacího centra. Protože tato oblast nebyla ještě příliš zmapována, sám se zajímal, co potom bude s lidmi, kteří opouští komunitu a v této oblasti zůstal i dodnes zaměstnán.

Informanti č. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9 a 11 mají pozitivní pohled na prodělanou léčbu v doléčovacím centru. Informant č. 5 nebyl příliš spokojen s doléčovacím centrem, ve kterém dva měsíce bydlel. Dané doléčovací centrum si zvolil proto, že bylo ve městě, kde plánoval následně i zůstat žít. Jiná doléčovací centra ovšem nezpochybňoval a naopak si velmi dobře uvědomoval důležitost následné péče: „*...existují lepší doléčovací centra, horší a průměrný. V [město] je to takový dost průměrný. Je to tam hodně o tom, že se tam střídají terapeuti a střídají se tam mladý terapeuti a já s tímhle úplně nemám dobrou zkušenost.*“ (I5)

Důvodem pro dřívější opuštění doléčovacího centra byla u informanta č. 1 nespokojenost s jeho spolubydlícím, který chrápal. Co mu zde nejvíce pomohlo, bylo mluvení o rizicích na skupinových terapiích, se kterými se během dne setkal, což považoval za velmi důležité i přesto, že dává přednost individuálním terapiím. Informant č. 2 si pobyt zkrátil o dva měsíce. Ne však z důvodu, že by zde nechtěl nutně být, ale našel si již práci a bydlení, pobyt proto nepovažoval za tak důležitý. Svůj pobyt hodnotí kladně: „*Tam je to docela příjemný na tom doléčovák. Já si myslím, že to tam dělají bezchybně.*“ (I2)

Informant č. 3 byl spokojen s tím, že mu v doléčovacím centru pomohli s rekvalifikací. Negativně vnímal to, že zde nebylo tolik prostoru pro svěřování se na rozdíl od komunity. Svůj pobyt si zkrátil i informant č. 4, jelikož byl ve svých dvaceti letech v centru jediný v tomto věku. Přes doléčovací centrum si informant č. 4 sehnal zaměstnání stejně jako informant č. 11, čehož si váží. Celých šest měsíců strávili v doléčovacím centru informanti č. 8 a č. 11. Již po druhé je v doléčovacím centru informant č. 10 a pro současný pobyt se rozhodl z důvodu, aby lépe zapadl do nového města.

Kvůli nedostatečné kapacitě byl informant č. 9 před patnácti lety po absolvování léčby v terapeutické komunitě vržen zpět do bývalého prostředí. Čekal tři měsíce, až dojde k uvolnění kapacity v doléčovacím centru. Nakonec do něho nenastoupil, nikdo jej k nástupu nenutil či k tomu nepřikládal vyšší hodnotu. Docházel do doléčovacího centra alespoň na terapie, které záhy také opustil, jelikož v nich v té době neviděl větší smysl. V současnosti si chválí, že v komunitě, i když nikoho nemůžou nutit, kladou velký důraz na nástup do doléčovacího centra. Důraz na to, aby si klienti zařídili pobyt, zažil i během svého pobytu v psychiatrické nemocnici. Vyhovuje mu převážně, že si díky doléčovacímu centru mohl zařídit dluhové poradenství: „*Víceméně kdybych ze začátku neměl ten doléčovák, tak nevím, kam mám jít kvůli té insolvenci. Vlastně nevím, kam se mám vůbec vrátit, abych se poradil, jak mám teď znova navázat a podobný věci.*“ (I9)

#### **4.2.4 Vztahy s rodinou/přáteli/okolím**

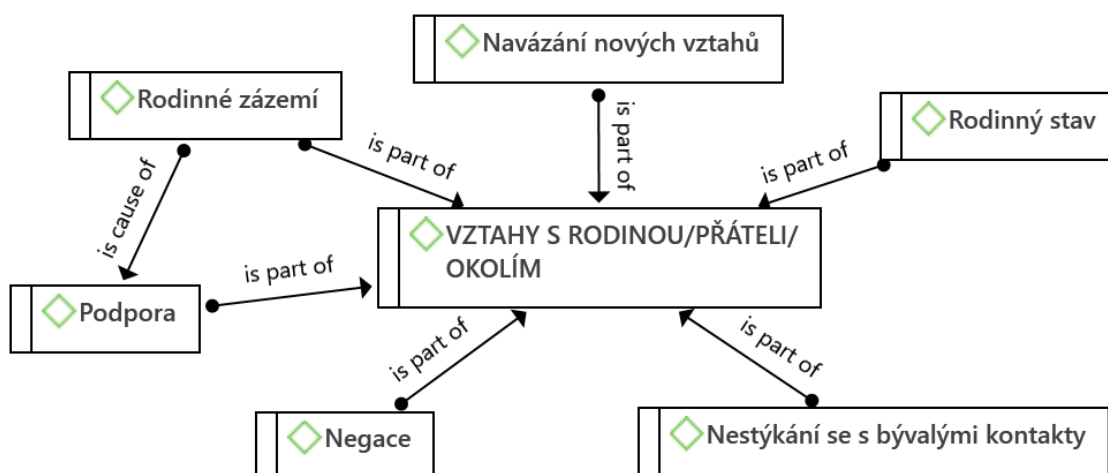
Tab. č. 5 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Vztahy s rodinou/přáteli/okolím. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

**Tabulka č. 5: Vztahy s rodinou/přáteli/okolím**

Navázání nových vztahů	Podpora	Negace
seznámení s partnerkou	podpora ze strany kolegů v zaměstnání	narušení vztahu s matkou
partner z DC	podpora ze strany rodiny	rozpory s přítelkyní kvůli užívání
získání nových přátel	úspěšná reintegrace díky podpoře přítelkyně	úmrtí v rodině
seznámení s partnerkou v DC	pomoc/podpora ze strany rodiny v hledání zaměstnání	partner ve vězení
noví přátelé	rodina jako největší motivace v léčbě	rozchod – důvod spuštění recidivy
nalezení kvalitních kontaktů	potřeba blízké osoby ke zvládnutí abstinence	rozchod
<b>Rodinné zázemí</b>	podpora ze strany partnerky	ztráta podpory ze strany rodiny
dobrá vztah s rodinou	pomoc/podpora ze strany rodiny v hledání bydlení	špatný vztah s rodiči
zlepšení vztahu s rodiči po návratu z léčby	starost z okolí, aby nedošlo k navrácení k drogám	<b>Nestýkání se s bývalými kontakty</b>
srovnání rodinné atmosféry díky nástupu na léčbu	pozitivní vnímání abstinence od blízkých osob	<b>Rodinný stav</b>
obnovení kontaktu s rodiči	podpora v abstinenci ze strany okolí	očekávání potomka
obnovení komunikace se sestrou	pomoc od blízkých osob s návratem do společnosti	dítě
zaměření se na finanční zabezpečení a rodinu (partnerku)	podpora ze strany blízkých osob	střídavá péče
obnovení vztahu se synem	podpora ze strany blízkých osob v hledání bydlení	snaha o obnovení styku se synem
obnovení vztahu s rodiči a dcerou		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 5 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



**Obrázek č. 5: Vztahy s rodinou/přáteli/okolím**

Rozsáhlou kategorii tvoří kategorie s názvem Vztahy s rodinou/s přáteli/okolím. Mít okolo sebe vytvořené kvalitní vztahy je velmi důležité, ať už se to týká pomoci s vytrváním v abstinenci. Například informant č. 1 zmiňuje potřebu blízké osoby k tomu, aby v abstinenci ustál, taktéž co se týče reintegrace týče.

Často se stává, že jedinec skončí bez podpory svých rodičů, kteří už vzdali pokusy o to určitým způsobem svého potomka v užívání usměrnit. Informant č. 11 byl kompletně bez podpory rodičů. Může se stát, že špatný vztah s rodinou přetrvává i poté, co se dotyčný vrátí z léčby, naštěstí informant č. 11 uvedl, že po jeho návratu došlo ke zlepšení, a to i vztahu s dcerou, která je v péči rodičů. O svém stavu s rodinou často mluvil na terapiích v terapeutické komunitě. Zmínil, že právě tam mu pomohli svůj rodinný stav napravit a začal po léčbě rodinu častěji navštěvovat: „*Já jsem začala často jezdit zpátky do toho rodného města za rodinou, a to mi hodně udrželo nad vodou, že jsme si s mamkou o spoustu věcech promluvíly. Vlastně proč se to dělo ... a takový zásadní věci. Úplně nás to stmelilo ten zážitek s mamkou i s tatškou i s mojí dcerou...*“ (11) Také si uvědomuje, jak je důležité najít si nové přátele. Zdůrazňuje, že se nestýká s bývalými kontakty: „*... nemůžu všechny brát za svoje kamarády nebo známý. Některým lidem se musím vyhýbat, i když je mi to třeba kolikrát proti srsti, ale vím, že nemůžu, protože by mě to zase stáhlo tam, kde jsem byla.*“ (11)

Vztah s rodiči se po návratu zlepšil i u informanta č. 4. Popisuje, že díky jeho nástupu na léčbu došlo k urovnání rodinné situace. Také u informanta č. 3 došlo ke zlepšení vztahu s rodiči po jeho návratu z léčby. I informanti č. 4 a č. 6 mluvili o tom, že se snaží



vyhýbat bývalým kontaktům. Informant č. 6 popsal, že je pro něho tato situace složitá. Na návštěvě bývalého místa bydliště došlo k jeho setkání s dotyčným, se kterým kdysi společně užívali: „*Lidi si řeknou jako feťáci a tak, ale na druhou stranu jsou tam taky nějaký citový vazby, nebo prostě něco jsme spolu zažili.*“ (I6)

Jak je patrné z diagramu, většina informantů má od svého okolí či rodiny značnou podporu. Informant č. 1 hodně mluvil o podpoře od své matky. Podpora z její strany se odvíjela v tom, že mu často pomohla sehnat bydlení, zaměstnání a všeobecně jej podporovala: „*Potom mi moje máma zase pomohla sehnat práci, fakt si říkám, co bych bez ní dělal...*“ (I1) Podobnou podporu má i momentálně od své partnerky, se kterou očekává potomka. Bohužel informant č. 1 nevytrval v abstinenci, čemuž se věnuje zvlášť kategorie recidiva, kvůli tomu u něho dochází k častým rozporům s partnerkou. Ta se se současným stavem postupem času smířila, ale oba doufají, že jej příchod potomka dostane z drogového opojení napořád: „*Ted' spoléhám na to dítě, co ted' nosí přítelkyně v břiše...*“ (I1) Svě matce a jejímu partnerovi zatajil, že se vrátil k užívání návykových látek, jelikož jak řekl, „*jim nechce lámat srdce*“. (I1)

Podobně je na tom informant č. 2, který se nezmiňuje svým rodičům, že po léčbě opět začal užívat. V minulosti podporu ze strany rodiny ztratil, ale momentálně ho alespoň jednou za čas k sobě pozvou na oběd. Nechce tímto znovuzískanou důvěru ztratit. S informantem č. 2 se v minulosti rozešla partnerka, což byl důvod k jeho recidivě dva roky po absolvování léčby. Společně s bývalou partnerkou mají syna ve střídavé péči.

U informanta č. 6 také došlo k vylepšení vztahu s rodiči, kteří ho v minulosti úplně odřízli. Informant chápe jejich rozhodnutí, proč to udělali a nemá jim to za zlé. I přesto, že se jejich vztah omezil spíše na sporadické hovory po telefonu a dosud jednu návštěvu informanta, je za to rád a jejich předchozí rozhodnutí chápe. Momentálně má velkou oporu od své partnerky. Informant č. 5 by si rád vylepšil svůj vztah se sestrou, která ho v minulosti přivedla k návykovým látkám. Mrzí ho, že o tomto tématu s ním nechce mluvit a rád by jí řekl, že jí odpustil.

Informant č. 3 a č. 5 hovořili o navázání nových vztahů po léčbě. Informant č. 4 se seznámil se svým partnerem v doléčovacím centru, což hodnotí kladně. Vzájemně se podporují v abstinenci. Po léčbě se i informant č. 8 seznámil s partnerkou, jež ho podporuje.

Po absolvování své vlastní léčby pracoval informant č. 7 nadále s bývalými či stále aktivními uživateli. „Možná výhodou bylo i to, že jsem byl furt mezi těma lidma. I když byli aktivní uživatelé, byli to klienti služby. I to mi pomáhalo v nějakém růstu. Já jsem byl furt v nějakém procesu. I s něma. To mně asi nejvíc pomohlo.“ (I7) Informant č. 5 měl podobnou zkušenost a s bývalými uživateli je v častém kontaktu. V terapeutické komunitě byl upozorňován na to, že kontakt s bývalým uživatelem jej může ohrozit, především nastane-li u něho recidiva, informant č. 5 to však vnímá pozitivně, převážně v možnosti bývalým uživatelům předat svoji zkušenost a určitým způsobem je podpořit.

#### 4.2.5 Zaměstnání

Tab. č. 6 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Zaměstnání. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

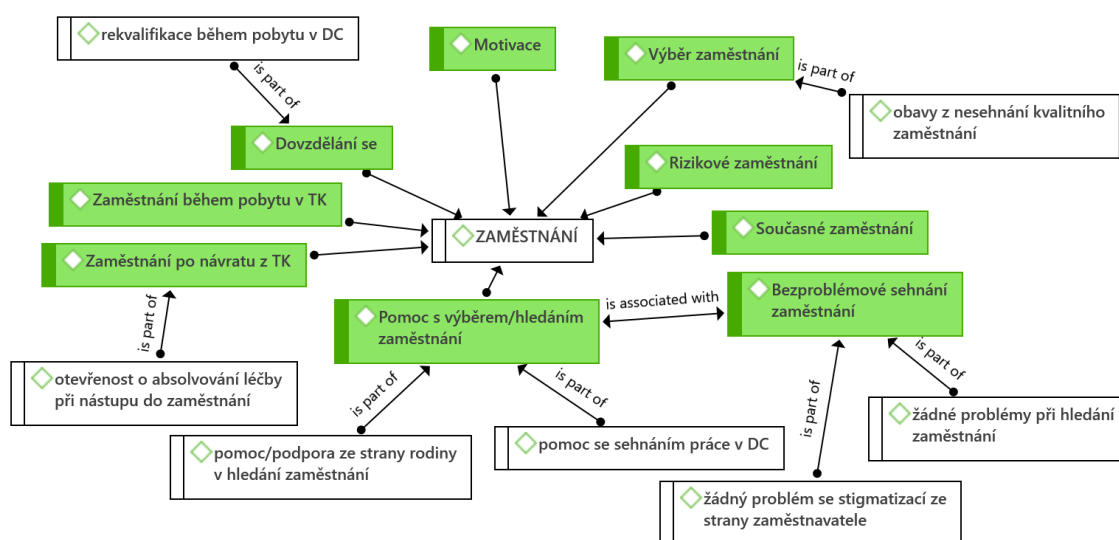
**Tabulka č. 6: Zaměstnání**

Zaměstnání během pobytu v TK	Zaměstnání po návratu z TK	Současné zaměstnání
brigáda během pobytu v TK	první zaměstnání po návratu z léčby	podpora v zaměstnání
Pomoc s výběrem/hledáním zaměstnání	otevřenost o absolvování léčby při nástupu do zaměstnání	spokojenost se zaměstnáním
sehnání zaměstnání přes DC	první zaměstnání po návratu z TK	plánování změny zaměstnání
pomoc/podpora ze strany rodiny v hledání zaměstnání	sehnání zaměstnání přímo v TK, kde proběhla léčba	současné zaměstnání ve filmové branži
pomoc se sehnáním práce v DC	volba zaměstnání	kvalitní zaměstnání
motivace v hledání práce v DC díky nastaveným pravidlům	sehnání zaměstnání již v TK	24 let zaměstnán v sociálních službách
Dovzdělání se	sehnání zaměstnání v TK jako domovník, údržbář, pomocný terapeut	absolvování školicího kurzu
rekvalifikace	sehnání zaměstnání	nové zaměstnání v neziskové organizaci pro prevenci a léčbu drogově závislých

rekvalifikace během pobytu v DC	Bezproblémové sehnání zaměstnání	zaměření se na zaměstnání
zahraniční stáž v Asociaci Monar	žádný problém se sehnáním zaměstnání	zaměření se na zaměstnání a bydlení
Rizikové zaměstnání	žádný problém se stigmatizací ze strany zaměstnavatele	zaměstnání pro splácení dluhů
vidina velkého výdělku i přesto, že jde o filmovou branži = rizikové zaměstnání	žádné problémy při hledání zaměstnání	Výběr zaměstnání
začátek práce v rizikovém zaměstnání u filmu s vidinou většího výdělku	Motivace	úspěšná reintegrace díky vnitřní motivaci a zaměstnání
zaměstnání náročné na psychiku	chuť do práce	sehnání zaměstnání přes agenturu
vyhoření ze zaměstnání		obavy z nesehnání kvalitního zaměstnání
		negativní pohled na práci „na černo“

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 6 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 6: Zaměstnání**

Zda je sehnání zaměstnání náročné, zda se informanti setkali s určitým stigmatem při pohovoru či od kolegů i to, jak se jim v zaměstnání daří, je obsahem této kategorie.

Vyvstává zde otázka, která byla během výzkumu probírána s informanty, tedy, zda říct budoucímu zaměstnavateli o prodělání léčby. Informanti č. 5 a č. 9 zmínili, že se tato problematika často probírá v terapeutické komunitě či v doléčovacím centru.

Informant č. 5 oznámil zaměstnavateli, že léčbou prošel. Nikdy se nesetkal se špatnou zpětnou vazbou. Dalších šest informantů výslovně uvedlo, že se se stigmatem ze strany zaměstnavatele nesetkali. Informanti č. 2 a č. 3 si zaměstnání sehnali přes rodinné známosti, čímž si proces shánění zaměstnání značně ulehčili. Informanti č. 4 a č. 11 si našli zaměstnání v doléčovacím centru díky spolku, který v něm figuruje. Informant č. 8 a č. 10 také neuvádí nějaké problémy se stigmatizací: „*Víte co, já mám dvanáct let odsezených a kdybych po výkonu pokaždý někam šel a vylouval se na to, že jsem kriminálník a že mě nikdo nezaměstná, nebo feťák. To je nesmysl. Vždycky do 14 dnů jsem si našel práci, není problém s prací.*“ (I8)

Naopak informant č. 9 měl značné obavy a raději o léčbě nemluvil: „*...lidi jsou různý, některý na to koukaj dobře, fanděj. Některý si zase říkaj: „...ty vole, to je bejvalej feťák, ten nám do toho může spadnout, jdeme od toho pryč.*“ (I9) Informant č. 1 namísto pobytu v léčbě zmínil, že absolvoval jazykový pobyt: „*Bohužel je to trochu o lhaní, ale já radši tu věc, že jsem byl v léčebně, přiznávám až po nějaký době.*“ (I1)

Téměř všichni informanti během hledání zaměstnání nenarazili na větší překážky. Ztížené hledání zaměstnání měl informant č. 6 kvůli záznamu v trestním rejstříku. Zaměstnání se mu nakonec povedlo poměrně snadno sehnat, ale o absolvování léčby měl obavy se zmínit. Informanta č. 10 provází obavy z toho důvodu, zda se mu povede najít kvalitní zaměstnání v místě, do kterého se přestěhoval kvůli doléčovacím centru. Prozatím je zaměstnán ve firmě, která specificky zaměstnává bývalé uživatele. V práci není příliš spokojený, ať už co se týče platového ohodnocení, pro nedostatečnou seberealizaci, také zmínil, že až bude možnost, najde si novou.

Změnu zaměstnání plánují i informanti č. 3, 4 a 11, měli však obavu ho momentálně v období covidové krize měnit. U informanta č. 4 a č. 11 se nejedná o nutnost změny zaměstnání proto, že by nebyli spokojeni, naopak zaměstnání brali spíše jako přechodnou stanicí. Informant č. 4 si přeje najít lépe placené zaměstnání a informant č. 11 si do budoucna plánuje dodělat vysokou školu. Informant č. 3 není příliš spokojený se zaměstnáním. Během pobytu v doléčovacím centru, jak je patrné z diagramu, absolvoval rekvalifikační kurz tetování a rád by si otevřel vlastní tetovací studio, ale kvůli

vládním opatřením nemohl. Proto se těšil, až se postupně situace rozvolní a on se bude moci věnovat tomu, co ho baví. Další informanti č. 1, 5, 7, 9 jsou v zaměstnání spokojeni.

Informant č. 2 pracuje tzv. „na černo“. Vzhledem k jeho nepříznivé finanční situaci a vysoké zadluženosti je to podle jeho slov: „*Úplně nejlepší věc, co může být, protože vám nešáhnou na peníze a můžete normálně fungovat, ale není to nafurt. Je to boj. Vlastně vůbec si nedokážu představit, jak bych měl začít chodit do normální práce, protože by vám všechno vzali, a to je prostě konec.*“ (I2)

Téměř všichni informanti měli během pobytu v terapeutické komunitě brigádu či v případě informanta č. 9 již rovnou zaměstnání.

#### 4.2.6 Volný čas

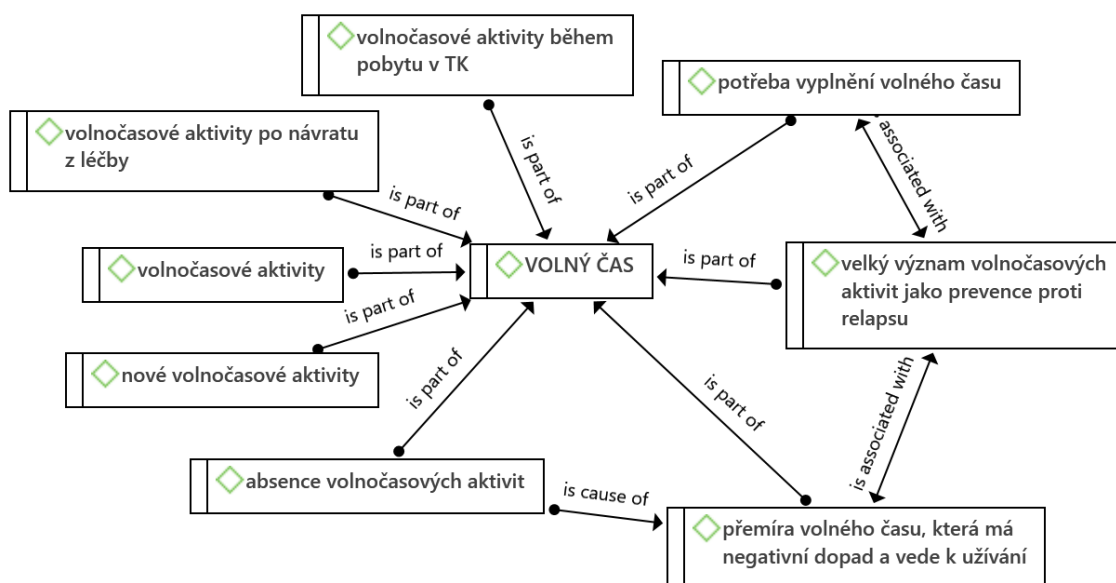
Tab. č. 7 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Volný čas. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

**Tabulka č. 7: Volný čas**

volnočasové aktivity
volnočasové aktivity během pobytu v TK
absence volnočasových aktivit
volnočasové aktivity po návratu z léčby
přemíra volného času, která má negativní dopad a vede k užívání
velký význam volnočasových aktivit jako prevence proti relapsu
potřeba vyplnění volného času
nové volnočasové aktivity

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 7 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



**Obrázek č. 7: Volný čas**

Dobře si vyplnit svůj volný čas po odchodu z doléčovacího centra uvádí informant č. 11 za velmi důležité, převážně jako prevenci proti relapsu: „Najednou přemíra volného času, člověk najednou nevěděl, co sám se sebou, kolikrát, jako neříkám, že furt, ale byly takový situace. A najednou ta svoboda. Člověk si řekne: „Aha, tak teď už můžu zase dělat všechno, co chci (smích).“ (I11)

Vyplnění volného času po návratu z léčby různými sportovními aktivitami či výlety uvedli informanti č. 1, 3, 5, 8, 10 a 11.

Možnost vyplnění volného času značně ovlivnilo období koronaviru. Informant č. 6 popsal, že ho toto období naopak sblížilo s partnerkou a byl rád za více volného času, kterého se mu kvůli jeho dvěma zaměstnáním moc nedostává. Naopak informant č. 2 označil období koronaviru jako: „Nejhorší, co může být. ... Člověk nemá ty aktivity. Kolikrát se ráno probudím a nevím, co budu dělat, nic mě nenapadne, tak zvednu telefon a jdu si koupit půlku. Je to v tomhle špatný, žádný koníčky nemám. Vůbec nevím, co bych měl mít za koníčka v téhle situaci. To je nesmysl.“ (I2)

#### 4.2.7 Abstinence

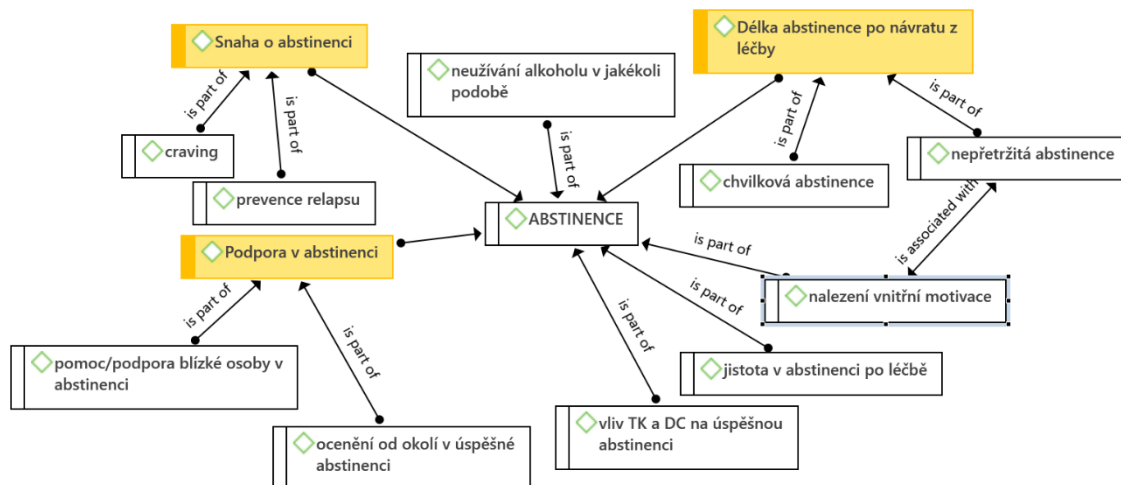
Tab. č. 8 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Abstinence. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 8: Abstinence**

Snaha o abstinenci	ABSTINENCE	Délka abstinence po návratu z léčby
snazší udržení abstinence v TK	vliv TK a DC na úspěšnou abstinenci	chvilková abstinence
užívání antabusu	abstinence jako samozřejmost	1 rok abstinence po opuštění TK
alkoholový plán	zvládání abstinence	1 rok abstinence po návratu z léčby
craving	zvládání abstinence díky zaměstnání	2 roky abstinence po odchodu z léčby
prevence relapsu	jistota v abstinenci po léčbě	2 roky výročí abstinence
uvědomování si abstinence	jistota v abstinenci	8 měsíců abstinence po návratu z léčby
Podpora v abstinenci	víra v to, že dlouhodobá abstinence od tvrdých drog je možná	nepřetržitá abstinence
ocenění od okolí v úspěšné abstinenci	neužívání alkoholu v jakékoli podobě	6 let abstinence
pomoc/podpora blízké osoby v abstinenci	motivace k abstinenci	
potřeba blízké osoby ke zvládání abstinence	nalezení vnitřní motivace	
pozitivní vnímání abstinence od blízkých lidí	absence problémů s alkoholem	
podpora v abstinenci ze strany okolí	pokora k abstinenci	
	smíření se se závislostí	
	absence cravingu	

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 8 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 8: Abstinence**

Informant č. 1 uvedl užívání antabusu pro lepší udržení abstinence. Také stejně jako informanti č. 2 a č. 4 upozorňuje, jak je důležitá podpora v abstinenci od blízkých lidí. Pro zvládnutí abstinence je třeba nalézt vnitřní motivaci, o níž hovořil informant č. 5 a č. 7. Informant č. 5 měl značné problémy i s alkoholem, jak je patrné z diagramu, odmítá ho užívat v jakékoli podobě, mezi kterou uvedl i užívání repelentu či pití Birellu. Úspěšně se mu tak daří abstinovat po dobu šesti let. Informant č. 4 se snaží příjem alkoholu zvládat nastavením si konkrétního alkoholového plánu. Absenci problémů s alkoholem uvedl informant č. 6, a proto pro něho není problém si občas dát například pivo.

U informanta č. 8 se již neobjevuje craving. Zmiňuje, že je tomu tak díky důkladné přípravě v terapeutické komunitě, kde byli záměrně vystavováni rizikovému prostředí, aby se lépe připravili, až se v něm po konci léčby ocitnou. Například nevynechávali návštěvy restaurací či společně chodili sbírat návykové látky na hudební festival. Také příkládá velkou váhu terapiím: „...pokud je člověk upřímnější sám k sobě a říká, měl jsem takovýhle nebo to se mnou tlouklo, tak v upřímnosti se to vyřeší. Pokud tam bude lhát a tvrdit, nic to se mnou nedělalo, přitom se tam potil jak křeček, tak s tím nic nevyřeší“ (I8), popisuje informant č. 8 důležitost mluvit na terapii, jak se člověk v daný moment při kontaktu s rizikovým prostředím cítil.

Informant č. 6 popsal, že se u něho bažení v určitých situacích objevuje. Craving se týká i informanta č. 9. Svou minulost a ostatní, co se týče návykových látek, raději nechce moc probírat ani na terapiích: „Vracet se k tomu, mně to nedělá dobře. ... Samozřejmě jsem



*měl období, kdy jsem měl chuť se vším švihnout a jít si uvařit, dát si pivo nebo něco. ... Ze začátku v těch [terapeutická komunita C] jsem přes den neměl chutě, ale v noci se mi o tom zdálo, já jsem vstával zpocenený, klepal jsem se.“ (I9)*

Když informant č. 9 před patnácti lety opouštěl terapeutickou komunitu, abstinenci zvládl naplnit pouze v období jednoho roku. Jak již bylo zmíněno, nedostatečná návaznost na následnou péči měla velký vliv: *„Já jsem byl vykořejenej, když mě vypustili z té léčby. Z té terapie, kde je společnost lidí, kde je to chráněný a najednou vás vypustěj zase a ani si neuvědomíte ty rizika všechny. Ani si neuvědomíte, že když si sednete na to pivo, že vedle vás si může sednout člověk, kterej vám ještě na stůl hodí perník ...“ (I9)* Informant č. 10 popsal, že si člověk během léčby musí vyzkoušet, co mu funguje: *„Já jsem po každé léčbě našel nějakou chybu, tu jsem opravil. Každou léčbou se člověk naučí něco nového o sobě. Třeba po té první léčbě jsem myslel, že můžu pít alkohol, to se ukázalo, že nemůžu. Druhá léčba tráva, že můžu. Zase to nešlo.“ (I10)*

Abstinenci jako samozřejmost bere informant č. 7, kterému se v ní daří setrvat po dvacet sedm let. Informant č. 3 si je jistý v abstinenci a v nedávné době měl výročí dva roky abstinence.

Informanti č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 věří, že je možné navždy se zbavit užívání návykových látek. U všech, mimo informantů č. 1, 2, 8, se po jejich poslední léčbě neobjevila recidiva. Více se tématu recidivy věnuje stejnojmenná kategorie.

#### **4.2.8 Předávání vlastních zkušeností**

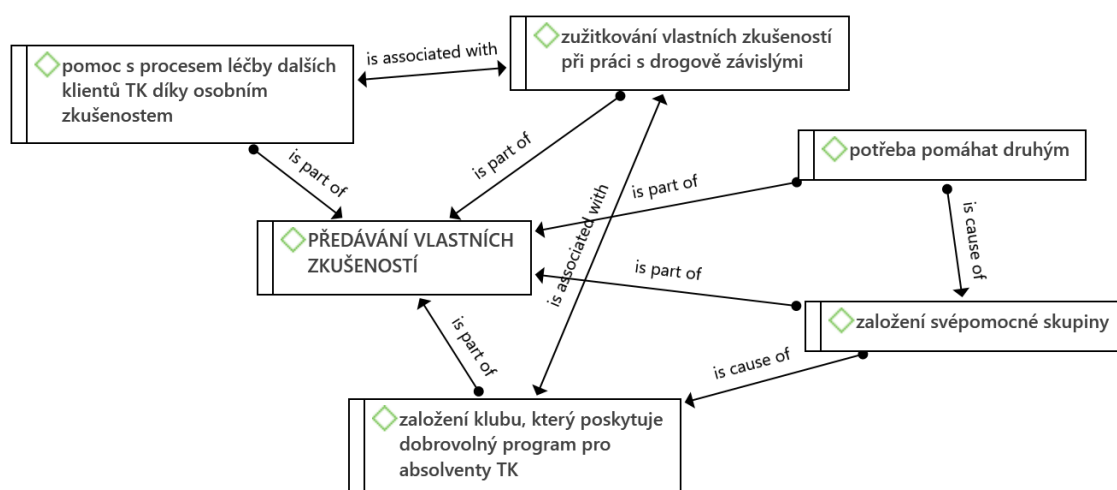
Tab. č. 9 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Předávání vlastních zkušeností. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a kódy.

**Tabulka č. 9: Předávání vlastních zkušeností**

potřeba pomáhat druhým
založení svépomocné skupiny
zužitkování vlastních zkušeností při práci s drogově závislými
založení klubu, který poskytuje dobrovolný program pro absolventy TK
pomoc s procesem léčby dalších klientů TK díky osobním zkušenostem

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 9 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a kódy.



**Obrázek č. 9: Předávání vlastních zkušeností**

Možnost, jak zužítkovat svou zkušenost, prožili převážně informanti č. 5 a č. 7. Již bylo v předchozích kategoriích zmíněno angažmá informanta č. 7 jako zaměstnance v terapeutické komunitě, doléčovací centru a K-centru. V neposlední řadě je důležité doplnit i jeho činnost coby zakladatele klubu pro bývalé uživatele: „Mimo jiné jsem i založil klub [...]. Už tehda mě zajímalo, co bude s těmi lidmi po léčbě, takže jsem založil klub, který funguje už 19 let.“ (I7)

Informant č. 5 založil svépomocnou skupinu, která funguje formou skupinových terapií.

#### 4.2.9 Psychický stav

Tab. č. 10 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Psychický stav. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

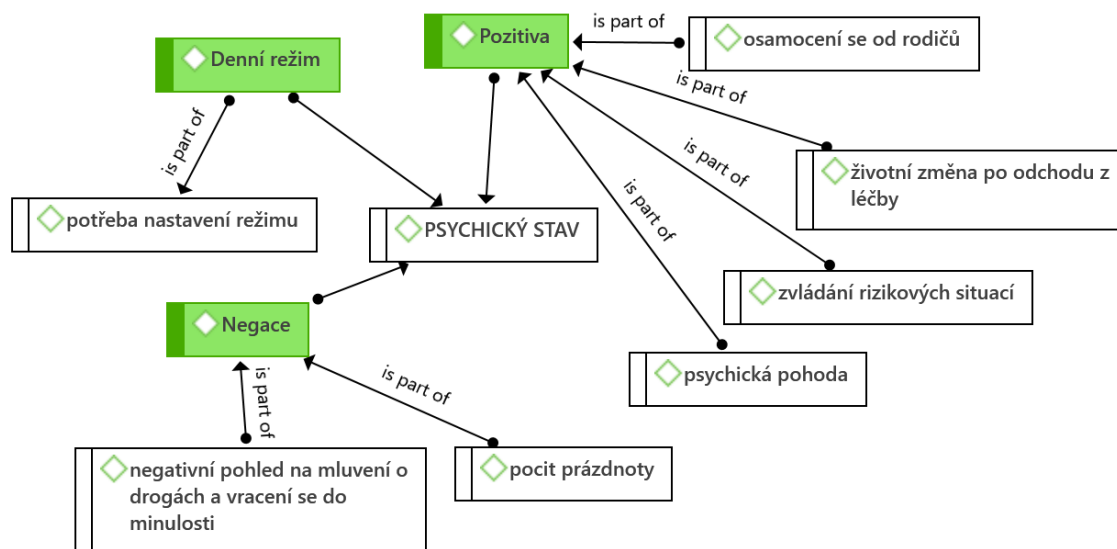
**Tabulka č. 10: Psychický stav**

Negace	Pozitiva	
negativní vzpomínky na období užívání	osamocení se od rodičů	nalezení nového přístupu k sobě samému
průměrná spokojenost	životní změna po odchodu z léčby	radost z maličkostí
negativní pohled na mluvení o drogách a vracení se do minulosti	změna ve zlepšení komunikace s lidmi	potřeba adrenalinu
pocit prázdnoty	nový pohled na svět díky léčbě	chut' do práce
uzavírání se do sebe	snaha žít normální život	snaha o děláni věcí hned
<b>Denní režim</b>	pozitivní změna pohledu na vlastní osobnost	životní jistoty
zdravý životní styl	zvýšení sebevědomí během léčby	spokojenost
nevypadnutí z rutiny	přiznání si závislosti	dělání věcí pro radost
nastavení řádu	hledání příčiny začátku užívání	zaneprázdněnost
potřeba nastavení režimu	uvědomování si závislosti	psychická pohoda
nastavení režimu	přístup k sobě samému	žádné projevy závislosti na vzhledu
	jistota v různých aspektech života po léčbě	úleva od opuštění režimu, který byl v TK
	ocenění ze strany vrstevníků v osamocení v mladém věku	pevné zázemí
	životní změna	snaha o nalezení nového životního smyslu
	pochopení sebe samého díky terapiím v TK	vnitřní motivace

doléčování pomocí zaměstnání	snaha o napravení vlastních chyb
zvládání rizikových situací	naučení se komunikace
nalezení vnitřní motivace	

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 10 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 10: Psychický stav**

Tato kategorie představuje to, jak ovlivnil pobyt v léčbě psychický stav informantů. Pro informanty č. 3, 5, 7, 8, 9, 10 a 11 došlo po léčbě či během ní k životní změně. Informant č. 3 si díky léčbě zvýšil sebevědomí a stejně jako informant č. 11 našel nový přístup k sobě. Informant č. 11 popsal, s čím mu v léčbě pomohli: „...*jak si mám poradit v tom životě, co mám dělat, když se mi děje tamto, nebo vnímat víc sama sebe, svoje pocity.*“ (I11)

S vyrovnaným psychickým stavem souvisí i nastavení určitého denního režimu. Nastavení si denního řádu uvádí informanti č. 4 a č. 6, kteří se taktéž snažili co nejdříve nastoupit do zaměstnání právě proto, aby zabránili vypadnutí z režimu: „... *jakmile jsem měl víc volného času, tak jsem začal přemýšlet o věcech, který jsou zbytečný, začal jsem dělat kraviny a potřeboval jsem režim.*“ (I6)

Informant č. 3 se po ukončení léčby osamostatnil od rodičů, což jak popsal, přineslo pozitivní ohlas především od jeho vrstevníků: „Když si člověk projde drogami, tak se celou dobu nijak neposouvá a nedospívá. Potom v komunitě a v terapii, tak musí dospět co nejrychleji a dostat se do života a osamostatnit se. ... Myslím si, že to je něco, co vrstevníci hodně ocení. To, že bydlím sám, sám se žívím.“ (I3) Podle informanta č. 3 a č. 7 je také důležité vyplnit tzv. pocit prázdnoty: „Člověk, protože když přestane užívat, tak je prázdný, že. Je prázdný a potřebuje hledat smysl svého života a zaplňovat postupně tu prázdnotu.“ (I7)

#### 4.2.10 Bydlení

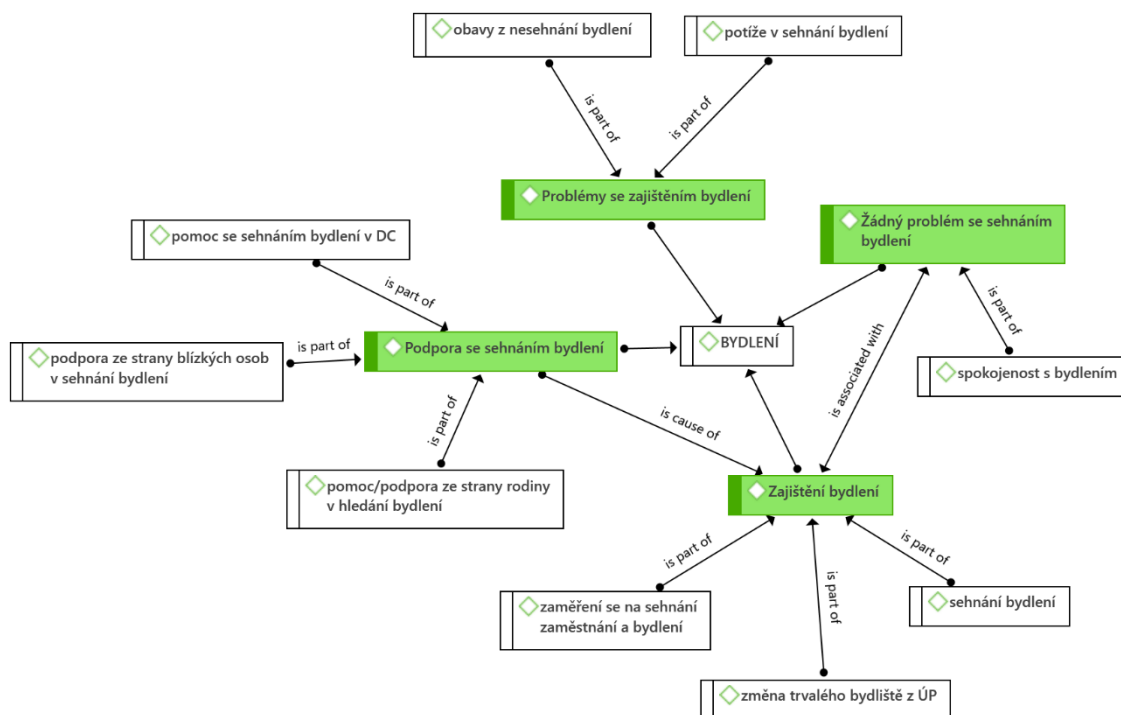
Tab. č. 11 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Bydlení. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 11: Bydlení**

Problémy se zajištěním bydlení	Žádný problém se sehnáním bydlení
obavy z nesehnání bydlení	spokojenost s bydlením
potíže v sehnání bydlení	Podpora se sehnáním bydlení
Zajištění bydlení	pomoc se sehnáním bydlení v DC
zaměření se na sehnání zaměstnání a bydlení	podpora ze strany blízkých osob v sehnání bydlení
změna trvalého bydliště z ÚP	pomoc/podpora ze strany rodiny v hledání bydlení
sehnání bydlení	

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 11 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 11: Bydlení**

Zaměření této kategorie spočívá v zajištění bydlení. Informantovi č. 3 pomohli v sehnání bytu v doléčovacím centru. Podporu ze strany rodičů zmiňuje informant č. 1. Mírné potíže v sehnání bydlení měl informant č. 7, ale popsál, že mu ve shánění bydlení pomohli jeho přátelé.

Obavy z nesehnání bydlení měl informant č. 11. Najít si bydlení pro něj ale nakonec nebylo tak náročné: „...i s těma bytama to není tak hrozný. Já jsem z toho třeba měla hrůzu, ale nakonec to bylo v pohodě.“ (I11) Stejně tak i ostatní informanti neuvedli větší překážky či nemožnost bydlení si zajistit.

Informant č. 6 žil po léčbě půl roku ve spolubydlení, které musel opustit, protože se ukázalo, že jeho spolubydlíci užívají návykové látky. Poté si pronajal byt společně s partnerkou a těší se, až si bude moct změnit trvalé bydliště: „Nemusím mít třeba časem trvalý bydliště na úřadě jako bezdomovec.“ (I6) Informant č. 9, který žije momentálně v doléčovacím centru, po jeho opuštění plánuje bydlet v chráněném bydlení.

#### 4.2.11 Plány do budoucna

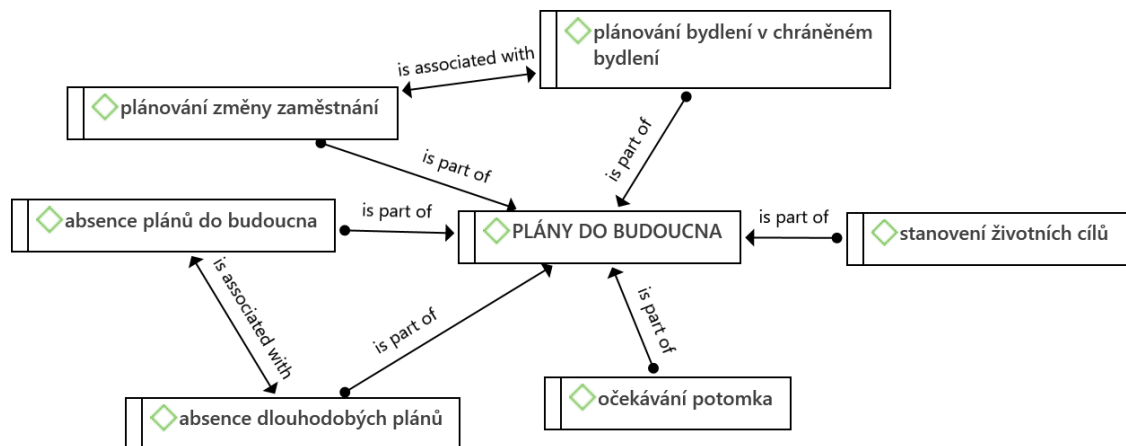
Tab. č. 12 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Plány do budoucna. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

Tabulka č. 12: Plány do budoucna

očekávání potomka
plánování bydlení v chráněném bydlení
plánování změny zaměstnání
absence dlouhodobých plánů
absence plánů do budoucna
stanovení životních cílů
životní cíle
stanovení cílů

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 12 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



Obrázek č. 12: Plány do budoucna

Tato kategorie se zabývá plány do budoucna. Informant č. 1 očekává příchod potomka. Žádné plány do budoucna nemá informant č. 2. Rád by se zbavil exekucí, ale neví příliš, jak by toho měl dosáhnout. Plánuje pouze nadále se vídat se synem a chodit do práce: „To je zatím všechno. Už jsem tak nějak stagnoval. Už jsem vyšší cíle měl. No, moje nejlepší doba už je dávno pryč, já už teď asi nemůžu dělat nic v téhle době.“ (I2)

Vyšší plány nemají informanti č. 6 a č. 11. Jejich záměr je přesunut převážně na dokončení insolvence. Informant č. 8 se zaměřuje hlavně na pracovní cíle, například na dokončení všeho potřebného pro svou firmu, která je v začátcích.

Na větší plánování se nezaměřuje ani informant č. 4: „...zrovna se na to tolik neohlížím. Snažím se to nějak zvládat teď, protože jsem měla takový náročnější období a nějaký plánování šlo hodně bokem. Určitě skrze práci nebo i přestěhování bych chtěla během nějaký doby uskutečnit.“ (I4) Změnu zaměstnání plánuje i více informantů, již tak bylo řečeno v kategorii Zaměstnání. Informant č. 9 plánuje po odchodu z doléčovacího centra bydlet v chráněném bydlení a pořídit si psa.

#### 4.2.12 Terapie

Tab. č. 13 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Terapie. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 13: Terapie**

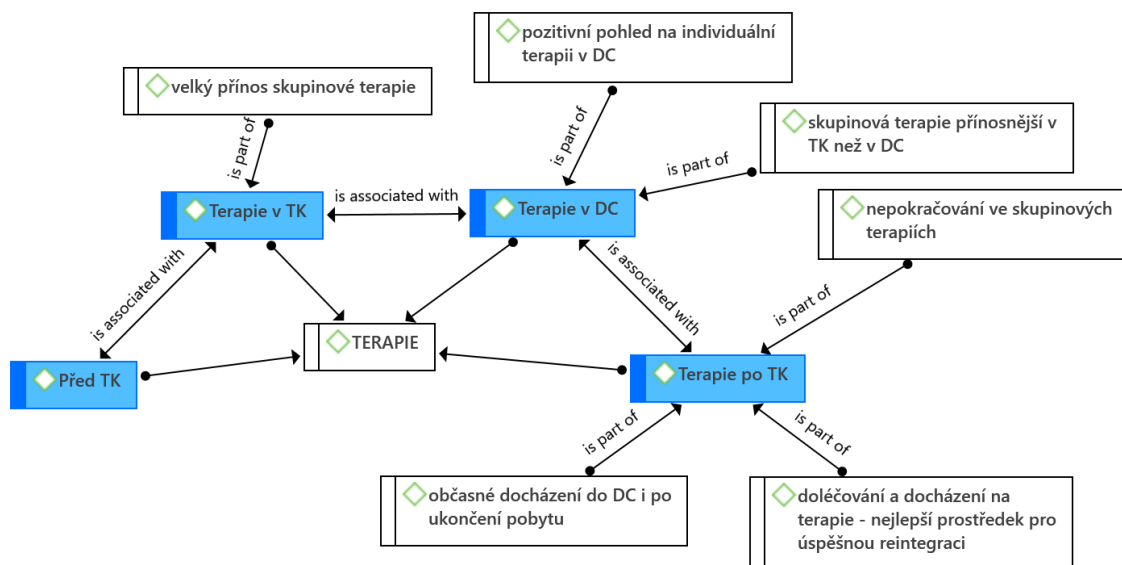
Před TK	Terapie po TK	
individuální terapie před nástupem do TK	absence svépomocných skupin	účast na terapii pomocí videohovoru
Terapie v TK	hledání příčiny začátku užívání	docházení na svépomocnou skupinu
preferenze individuální terapie	účast na konzultacích	setkávání s aktivními uživateli a lidmi v léčbě během zaměstnání v TK jako forma skupinové terapie
velký přínos skupinové terapie	účast na skupinách anonymních narkomanů	občasné docházení do CPPT na skupinové a individuální terapie
Terapie v DC	zanedbání psychologických schůzek	preferenze svépomocných skupin zaměřujících se na hazard
pozitivní pohled na individuální terapii v DC	občasné docházení do DC na terapii	možnost probírat více témat s psycholožkou
skupinová terapie přínosnější v TK než v DC	absence na skupinách	docházení na klasickou terapii



občasné docházení do DC i po ukončení pobytu	nedostupnost odborné pomoci
nepokračování ve skupinových terapiích	snaha o řešení prvotních problémů
1x za 2 týdny účast na individuální terapii v rámci DC	ukončení terapií v DC
pozitivní pohled na skupinové terapie	doléčování a docházení na terapie - nejlepší prostředek pro úspěšnou reintegraci
občasné docházení na skupinové a individuální terapie	individuální terapie

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 13 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 13: Terapie**

Kategorie poukazuje na využití terapie v terapeutické komunitě, v doléčovacím centru a po opuštění zařízení.

Účast na terapiích pokládá informant č. 1 za nejprínosnější část z pobytu v terapeutické komunitě. I nadále dochází na terapie, ale jedná se již o klasickou terapii: „*Je to ale spíš takový obecný terapeut než se zaměřením na drogy, protože si myslím, že je pro mě důležitější, abych spíš řešil svoji povahu než důvod, proč beru drogy.*“ (I1) Skupinové a

individuální terapie v komunitě vnímá velmi pozitivně i informant č. 3 a informant č. 4, který vyzdvihuje důležitost hledání příčiny začátku závislosti: „Řešit, jaký byl ten problém, proč daný člověk do těch drog spadl, co byl ten hlavní kámen úrazu.“ (I4)

Po ukončení pobytu v doléčovacím centru informanti č. 3, 4, 5, 10, 11 i nadále do centra docházeli na terapie. Informant č. 3 do doléčovacího centra dochází jednou za dva týdny, jelikož preferuje individuální terapii, dochází pouze na ni. To, že nadále nepokračoval ve skupinových terapiích v doléčovacím centru, vnímá negativně informant č. 2. Předpokládá, že pokud by pokračoval, nemuselo by u něho dojít k recidivě. Informant č. 4 po léčbě občas dochází na skupiny anonymních narkomanů, když cítí něco v nepořádku. Do svépomocné skupiny dochází logicky i informant č. 5, jakožto její zakladatel. Koronavirová krize bohužel na určitou dobu znemožnila průběh skupiny a její aktivita musela být pozastavena. Informant č. 11 tuto nepříznivou situaci vyřešil tak, že se se svým terapeutem stýkal přes videohovor.

Jelikož je informant č. 6 kromě závislosti na návykových látkách závislý i na herních automatech, po ukončení pobytu v doléčovacím centru do něho již nedocházel na terapie a vyhledal si zařízení, které se věnuje nelátkovým závislostem. Zároveň se stejně jako informant č. 9 nerad během terapií vrací ke své drogové minulosti: „Mluvení o drogách mi to víc spouští, než mi to pomáhá a mě už to nebaví. Nechci řešit drogový věci, ale to už se ani neřeší. To je málokdy. Je to jiný. Bavíš se o tom, jak se máš.“ (I6)

#### **4.2.13 Reintegrace**

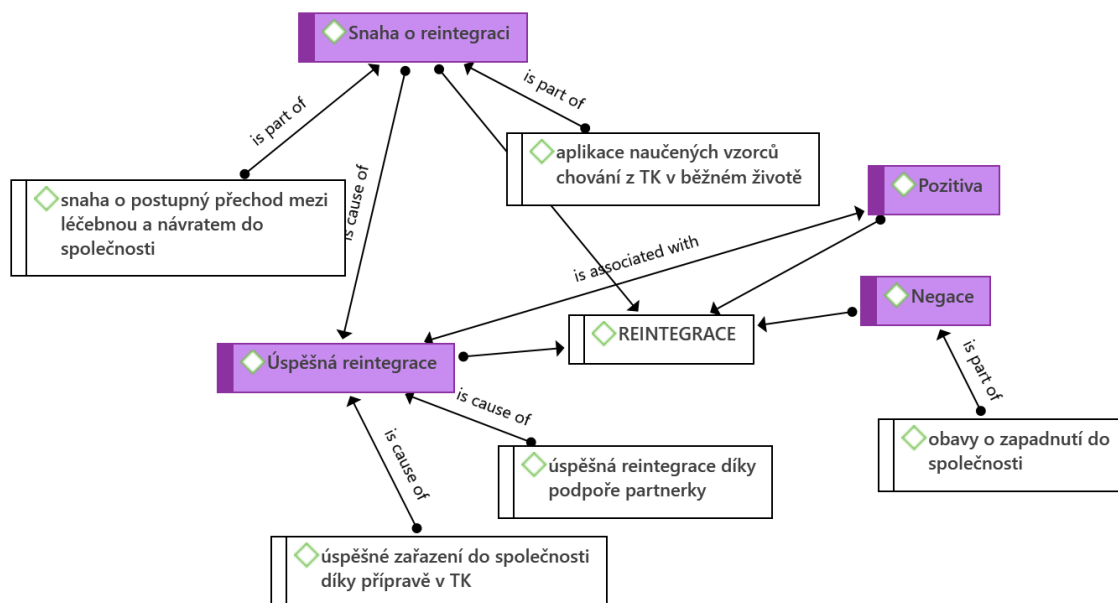
Tab. č. 14 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Reintegrace. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

**Tabulka č. 14: Reintegrace**

Úspěšná reintegrace	Snaha o reintegraci	Pozitiva
návrat do společnosti bez přítomnosti větších problémů	snaha o postupný přechod mezi léčebnou a návratem do společnosti	menší problém s opouštěním zařízení díky osobním zkušenostem
nic, co by informant udělal jinak po návratu z DC	zaměření se na – zaměstnání, bydlení, sociální život	Negace
úspěšné zařazení do společnosti díky přípravě v TK	učení se běžným věcem	obavy o zapadnutí do společnosti
užívání si návratu do společnosti	aplikace naučených vzorců chování z TK v běžném životě	nezvládnutí přechodu z TK zpět do společnosti
úspěšná reintegrace díky podpoře partnerky	zkušenost s reintegrací	
nesetkávání se s většími překážkami během přechodu z DC do běžného života		
žádné překážky po odchodu z léčby		
úspěšná reintegrace díky vnitřní motivaci a zaměstnání		
postupné začleňování		
nový život bez drog		
nalezení místa ve společnosti (úspěšná reintegrace)		
užívání si být mezi lidmi		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 14 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 14: Reintegrace**

Tato kategorie se zaměřuje na úspěšnost reintegrace mezi informanty. Ve své podstatě vše souvisí se vším, převážně co se této kategorie týče, proto se reintegrace může považovat za úspěšnou, jakmile dojde k naplnění jejích základních pilířů.

Informant č. 8 zmiňuje, že si vytvořil dva pilíře, které jsou pro něho nejdůležitější. Mluvil také o tom, že každý si tyto pilíře může stanovit přesně podle sebe a nezáleží na tom, kolik jich bude celkově: „Pro mě to jsou ty finance, že nemůžu zůstat bez koruny. Druhá je rodina, přítelkyně. Zbytek už je pro mě ... v uvozovkách taková brnkačka, já mám zdraví, to je potřeba ...“ (I8)

U většiny informantů lze hovořit o úspěšné reintegraci. Pro informanta č. 1 byl návrat do společnosti snazší díky pomoci jeho matky. Informant č. 2, který momentálně opět užívá návykové látky, poznamenal, že na reintegraci má největší vliv, v jaké situaci je dotyčný během pobytu v doléčovací centru. V minulosti, poté co opouštěl doléčovací centrum, neměl větší potíže: „Já jsem v tu dobu byl ještě bez exekucí, takže jsem neměl problém. Sehnal jsem si práci a za tři měsíce jsem si šel i koupit auto, protože jsem si mohl vzít úvěr. Pronajmul jsem si byt. Vylezl jsem z doléčováků úplně jako nový člověk.“ (I2) Popsal, že pokud by opouštěl doléčovací centrum v jeho současné situaci vzhledem k jeho vysoké zadluženosti, trestné činnosti a menší podpory ze strany rodiny, by byla situace

úplně jiná. „*V tuhle chvíli, kdybych byl v doléčováku, tak jsem taky v pěkný kaši, protože mám ty exekuce, záznamy a rodina už mi moc nepomáhá.*“ (I2)

Největší vliv na reintegraci u informanta č. 5, 8 a 11 měla terapeutická komunita. Informanti se shodli, že díky pobytu v komunitě nabyli finanční gramotnosti a našli nový přístup k sobě samému. „*No, ono ti vlastně nepomůže ta věc aktuální, ale to, co prožiješ v komunitě. Tam se tak pracuje. Tam jsem se naučil finanční gramotnosti, tam jsem se naučil volnočasový aktivity, naučil jsem se, že může být sranda i bez alkoholu a bez drog.*“ (I5)

Informanti č. 3, 4 a 6 se dle vlastních slov úspěšně reintegrovali. V minulosti neměl větší problém ani informant č. 10, ale objevila se u něho recidiva a opět nastoupil do léčby. Informant č. 9 v minulosti po odchodu z terapeutické komunity nebyl tolik úspěšný. Opět přikládá největší význam tomu, že chyběla návaznost na následnou péči.

Pro informanta č. 7 bylo pro úspěšné začlenění nejdůležitější najít vnitřní rozhodnutí a jeho zaměstnání, během kterého byl ve stálém kontaktu s bývalými či současnými uživateli návykových látek a v němž nacházel smysl: „*Smysl tím způsobem, že můžu nějakým způsobem pomoci těm lidem a zároveň i sám sobě... postupně, že jsem si nacházel svoje místo nejenom v práci, ale i v té společnosti a žil jsem s pocitem, že můžu eventuálně něco splatit té společnosti.*“ (I7)

### **4.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2**

Druhá výzkumná otázka je: Jaké jsou nejčastější překážky, které brání bývalým uživatelům návykových látek v reintegraci do společnosti?

#### **4.3.1 Stigmatizace**

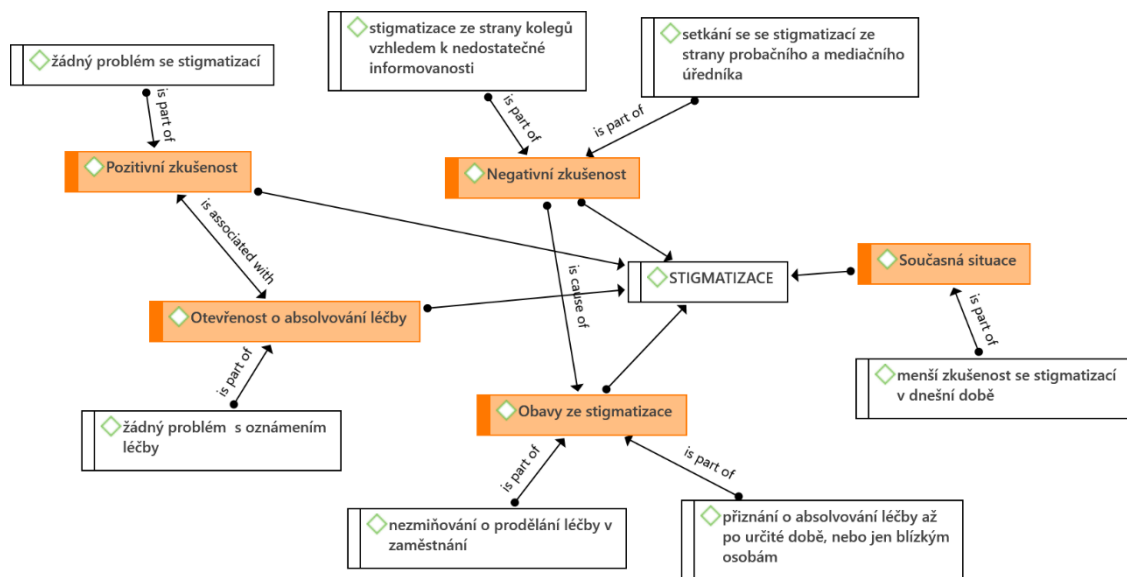
Tab. č. 15 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Stigmatizace. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy.

**Tabulka č. 15: Stigmatizace**

Pozitivní zkušenost	Negativní zkušenost	Otevřenost o absolvování léčby
žádný problém se stigmatizací	stigmatizace ze strany kolegů vzhledem k nedostatečné informovanosti	otevřenost o absolvování léčby jen blízkým osobám
žádný problém se stigmatizací ze strany zaměstnavatele	negativní pohled společnosti na abstinenta (alkohol)	otevřenost o absolvování léčby při nástupu do zaměstnání
žádný problém se stigmatizací ze strany kolegů v zaměstnání	stud	žádný problém s oznámením léčby
<b>Obavy ze stigmatizace</b>	setkání se se stigmatizací ze strany probačního a mediačního úředníka	<b>Současná situace</b>
přiznání o absolvování léčby jen blízké osobě	nutnost prokazování dovedností	stigma více skryté
nezmiňování se o prodělání léčby mezi kolegy	stigmatizace lidí se zálibou o tetování	nepřikládání větší roli stigmatizaci
nezmiňování o prodělání léčby v zaměstnání	stigmatizace lidí se zájmem o punk, rock	menší zkušenost se stigmatizací v dnešní době
přiznání o absolvování léčby až po určité době, nebo jen blízkým osobám	zkušenost se stigmatizací	
otevřenost o drogové minulosti mezi blízkými		
není nutno zmiňovat se o minulosti, která byla spojena s užíváním		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 15 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 15: Stigmatizace**

Jak je patrné z diagramu, někteří informanti mají negativní zkušenost se stigmatizací. Informant č. 1 se se stigmatizací v minulosti setkal. Proto se raději o prodělání léčby zmiňuje jen blízkým osobám: „...*například, když jsem pracoval v divadle, ale to bylo ještě před léčbou, tak se o mně vědělo, že kouřím trávu, někdo tam ukradl kolo a hodili to rovnou na mě. A tím pádem jsem se z toho poučil. Když to má člověk říct tak jedině lidem, kterým věří.*“ (I1)

Se stigmatizací se setkal i informant č. 3 během skupinových terapií v doléčovacím centru. Informant č. 3 se v minulosti částečně věnoval tetování, a proto se v doléčovacím centru rozhodl udělat si rekvalifikační tatérský kurz, což se nesetkalo s velkým přijetím: „...*ted'ka se v té skupině začalo šířit, že to nemůžu dělat, že to je komunita lidí, který nejsou čistý, nebo jsou rizikový nějakým způsobem ... nakonec jsem zjistil, že všichni, co se tam se mnou učili, nebo co se tam učí ted'ka, i když tam už moc nechodím, tak to není skvadra feťáků a kriminálníchků. Je to hromada lidí, který studujou, který mají rádi umění.*“ (I3)

Obavy ze stigmatu měl informant č. 6, který cítí stud za svou minulost a raději nechce o této části svého života mluvit. Informant č. 7 poukazoval na to, jak se změnilo vnímání společnosti na uživatele návykových látek: „*Určitě kdybych to měl srovnat, tak stigmata té společnosti už nejsou takové, ale přetrvávají. Spíš jsou takové víc skryté.*“ (I7)

Zda se informanti setkali se stigmatizací ze strany zaměstnavatele, již bylo vyzdvihnuto v kategorii Zaměstnání. Bylo zde popsáno také to, zda se rozhodli oznámit o absolvování pobytu v léčbě. Informant č. 1 popsal, proč je podle něho lepší se o prodělané léčbě nezmiňovat: „...pokud člověk neřekne, že tenhle problém někdy měl a není to na něm extra vidět, což já jsem ten případ nikdy nebyl, tak si myslím, že ten problém mít nemusí.“ (I1)

Informant č. 11 se se stigmatizací setkal převážně před zahájením léčby: „Spousta lidí nás vidí, že jsme odpad společnosti, nebo já nevím co... .. ale třeba spousta lidí ... kolikrát ty životní příběhy jsou hodně smutný, co se jim stane, jak se k tomu dostali.“ (I11)

Informanti č. 2, 4, 5, 8 a 10 neuvedli, že by měli se stigmatizací větší problém.

#### **4.3.2 Recidiva**

Tab. č. 16 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Recidiva. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategorií a vybranými kódy.

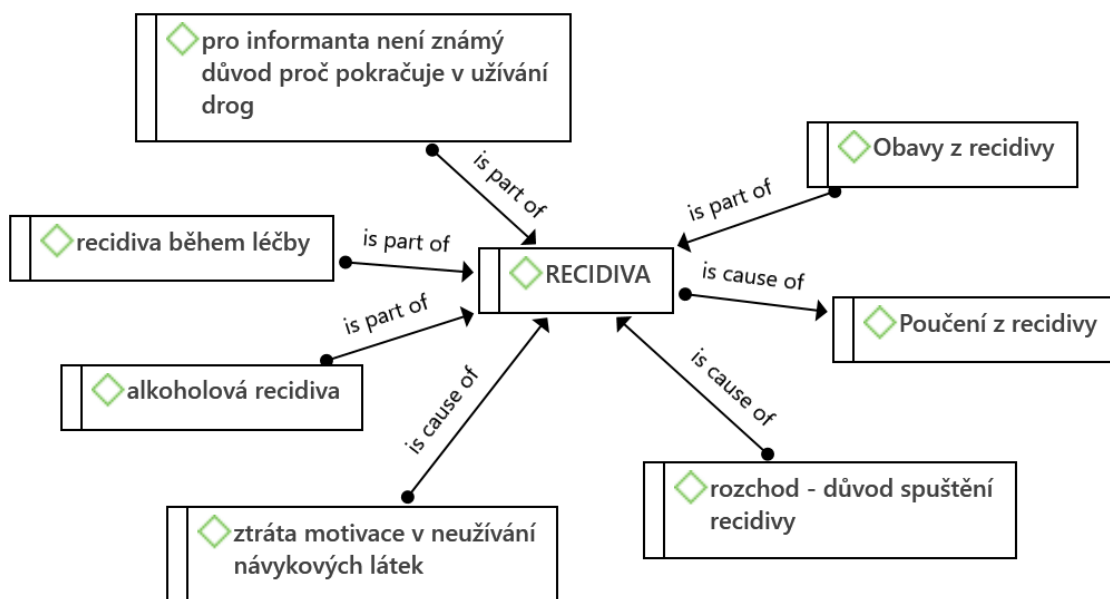


**Tabulka č. 16: Recidiva**

RECIDIVA	Obavy z recidivy
ztráta motivace v neuzívání návykových látek	Poučení z recidivy
problémy s alkoholem	
užívání marihuany i po odchodu z léčby	
rozchod – důvod spuštění recidivy	
pokračování i přes nežádoucí účinky	
recidiva – marihuana	
jistota v abstinenci jako překážka v jejím pokračování	
recidiva během léčby	
návrat k drogám	
recidiva a pokračování v užívání návykových látek	
nezvládnutí abstinence po léčbě	
měsíc a půl recidiva	
recidiva – znovuužívání pervitinu půl roku po odchodu z DC	
pro informanta není znám důvod, proč pokračuje v užívání drog	
občasné užívání návykových látek	
alkoholová recidiva	
2x recidiva	

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 16 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy. Pro grafické znázornění byly vybrány pouze nejvýznamnější kódy.



**Obrázek č. 16: Recidiva**

U informanta č. 1 a u informanta č. 2 došlo ke spuštění recidivy, která nadále přetrvává. Pro informanta č. 2 bylo důvodem ke spuštění recidivy nepohodnutí se s partnerkou a jejich následný rozchod. Ze své situace nevidí východisko. Rád by využil určitých adiktologických služeb, ale vzhledem k jeho pracovní vytíženosti je nemůže v jejich otevírací době navštívit: „Chtěl jsem začít substituční léčbu, ale na tu nemám možnost, protože tam člověk musí chodit každý den a je to asi nejpozději do pěti a já v pět končím v práci. A když bych nešel do práce, tak mě to bude stát peníze.“ (I2) Informant č. 1 doufá, že mu v ustání užívání návykových látek pomůže narození potomka.

U informantů č. 5, 8, 9 a 10 se objevila recidiva po ukončení jejich prvních pokusů o léčbu v terapeutické komunitě či psychiatrické nemocnici. Po opětovném nástupu do léčby v současnosti úspěšně abstinují. Informant č. 8 po poslední léčbě prodělal recidivu. V jeden den dvakrát po sobě užil návykových látek. Dodnes má na tento moment negativní vzpomínky: „Měl jsem dva lapsy po komunitě i potom ... takže jsem skončil na intenzivní péči. Přítelkyně mě tam odvezla a od té doby žiju šťastně (smích), je to pro mě obrovská zkušenost, ano nechci to ve svém životě tuplem, to říkám, ty drogy.“ (I8) Recidivu prožil i informant č. 11. V jeho případě se jednalo o užití alkoholu. Důvodem bylo především období koronaviru, které bylo pro informanta značně omezující: „Párkrát jsem se napila a zjistila jsem, že je asi něco špatně. Protože jsem zase neřešila ty věci,

*který jsem měla sama v sobě řešit. Ta těžká doba, která teď je, že bylo málo práce, že bylo málo peněz a člověk je zase na nějakou dobu odřízlej od svojí rodiny.“ (I11)*

Informant č. 6 se obává období, kdy dokončí insolvenční řízení a nabude větší svobody. Pro zvládnutí tohoto období se plánuje vrátit na skupinové terapie: „...*postupně všechny ty samopaly nade mnou, co byl ten dohled, podmínka, tak odpadávají a jak se znám, tak to bude těžký.*“ (I6)

#### **4.3.3 Prostředí**

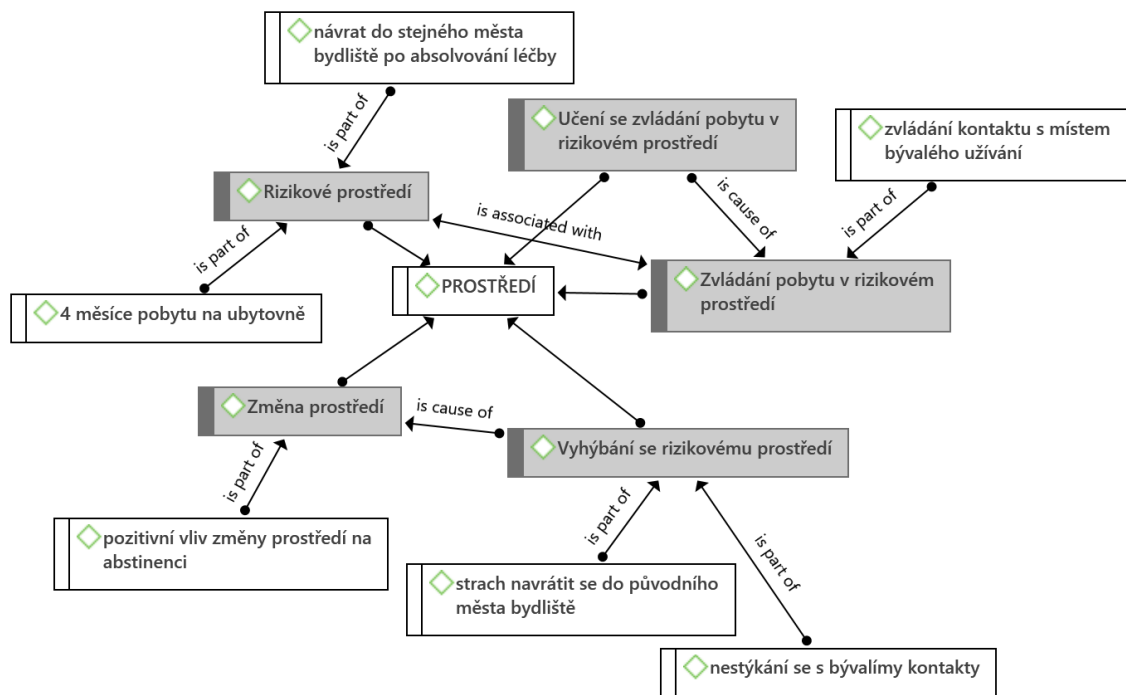
Tab. č. 17 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Prostředí. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými kódy.

**Tabulka č. 17: Prostředí**

Rizikové prostředí	Změna prostředí	Vyhýbání se rizikovému prostředí
4 měsíce pobytu na ubytovně	změna prostředí po návratu z léčby	vyhýbání se rizikovému prostředí z počátku léčby (hospody, bary atd.)
neuvědomování si rizikových situací	snaha o změnu prostředí (odjezd do zahraničí a snaha o srovnání psychického stavu)	nestýkání se s bývalými kontakty
negativní vzpomínky na období užívání během návštěvy místa, kde dříve užíval	změna prostředí se snahou o změnu životního stylu a snaha o ustání v užívání drog	nenavracení se do původního prostředí
kontakt s aktivními uživateli	prospěšná změna prostředí	strach navrátit se do původního města, bydliště
obkloповání se lidmi, kteří si prošli léčbou	pozitivní vliv změny prostředí na abstinenci	strach z návratu do stejného místa
odchod z TK zpět do původního prostředí	Zvládání pobytu v rizikovém prostředí	opuštění spolubydlení kvůli rizikovému chování spolubydlících
stýkání se v minulosti pouze s rizikovými kontakty	žádné problémy s nepřerušením abstinence během návštěvy barů, koncertů	Učení se zvládat pobytu v rizikovém prostředí
návrat do stejného města, bydliště po absolvování léčby	zvládání kontaktu s místem bývalého užívání	učení se zvládat být v rizikovém prostředí během pobytu v TK
návrat do stejného prostředí		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 17 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



**Obrázek č. 17: Prostředí**

Zkušenost s tím, že je důležité být ve vhodném prostředí, má informant č. 9. Ještě než nastoupil do své poslední léčby v terapeutické komunitě, byl před nedávnou dobou v léčbě v psychiatrické nemocnici. Když léčbu v psychiatrické nemocnici opouštěl, vrátil se opět do prostředí mezi návykové látky, což mělo kritické následky: „... šel jsem zpátky na ulici. Na ulici do [město], mezi drogy. No a při jednom nepovedeném varu jsem si píchnul louheň a to jsem asi věděl, že jsem přehmátl, protože mi hrozila amputace ruky.“ (I9) Momentálně si uvědomuje rizika spojená s návštěvou místa, kde dříve užíval a uvedl, že se na toto místo i bojí podívat.

Informant č. 1 se po léčbě vrátil zpět do města bydlíště. Naopak všichni informanti, kromě informanta č. 7, během své poslední léčby v doléčovací centru volili úplně nové město. Nejblíže prostředí, ve kterém užíval návykové látky, konkrétně osm kilometrů od současného bydlíště, je z nich informant č. 8: „Jezdím přes ty místa, kde jsem bral, kde jsem měl i schůzi a takovýchle věci a jo vzpomenu si na to a jenom mi je špatně, jak jsem v tej době žil... Nemám chuť na to. Je mi jen špatně, kam až jsem to nechal dojít.“ (I8) Jako velmi prospěšné vidí změnu prostředí informant č. 6.

Informant č. 11 po léčbě v psychiatrické nemocnici měl velké obavy z návratu do stejného prostředí, proto raději ještě nastoupil do komunity: „...protože se mám vracet

*zpátky do toho města a neměla jsem kde bydlet, furt jsem věděla, že mě bude pronásledovat to, jak jsem skončila, takže ta práce tam pro mě nebyla. Takže toho jsem se hrozně bála, tak jsem se rozhodla, že chci jít ještě do komunity...“ (I11)*

Negativní vzpomínky a pocity mají informanti č. 3, 5, 6, 9 při návštěvě místa, kde dříve užívali. Informanti č. 4, 5, 6 a 11 také uvedli, že se nestýkají s bývalými kontakty. Výjimku opět zase tvoří informanti č. 5 a č. 7, kteří jsou i nadále v kontaktu s bývalými uživateli.

Informanti č. 4 a č. 7 se také z počátku snažili vyhýbat barům či hospodám. Informant č. 3 byl z počátku během své první návštěvy baru či hospody značně nervózní. Popsal, že ve zvládnutí podobných situací mu pomohli převážně v doléčovacím centru. Jeho návštěva určitého podniku poté dopadla lépe, než očekával.

Informant č. 10 se po ukončení jedné ze svých prvních léčeb navracel zpět do svého bytu, což na něho nemělo kladný dopad a po osmi měsících abstinence se navrátil k návykovým látkám. Poté se rozhodl opět nastoupit na léčbu.

#### **4.3.4 Finanční situace**

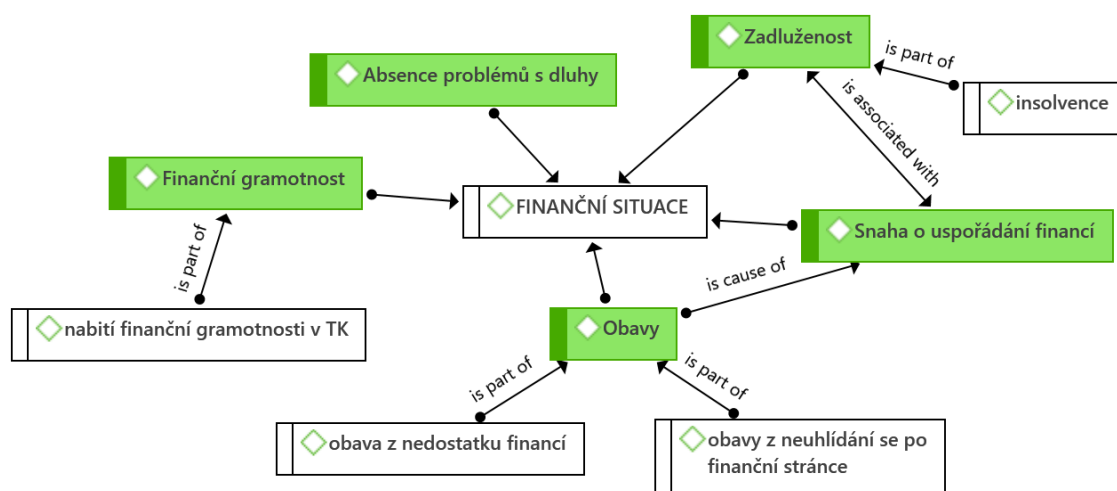
Tab. č. 18 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Finanční situace. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

**Tabulka č. 18: Finanční situace**

Finanční gramotnost	Zadluženost	Snaha o uspořádání financí
prevence zadlužování	snaha o vymanění se z dluhů	zaměření se na finanční zabezpečení
uvědomování si důležitosti splacení dluhů	problém se zadlužením	zaměření se na finanční zabezpečení a rodinu (partnerku)
nedostatečná finanční gramotnost	zaměstnání pro splacení dluhů	zaplacení insolvence
nabytí finanční gramotnosti v TK	insolvence	Absence problémů s dluhy
<b>Obavy</b>	snaha o zbavení se exekucí	
obava z nedostatku financí		
obavy z neuhlídání se po finanční stránce		

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 18 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



**Obrázek č. 18: Finanční situace**

Již v kategorii s názvem Reintegrace došlo k nastínění toho, že jednu z velkých překážek v úspěšné reintegraci hraje především finanční situace. S dluhy se potýká informant č. 1, 2, 5, 6, 8, 9. Z toho jsou informanti č. 5, 6, 8 a 9 v insolvenční. Informant č. 2 nevidí v insolvenční větší smysl. Rád by se zbavil exekucí, ale neví, jakým jiným způsobem.

Po opuštění léčby měli obavu z nedostatku financí informanti č. 3, 4 a 5. Během pobytu v doléčovacím centru měl informant č. 6 značné obavy z neuhlídání sám sebe po finanční

stránce a mrzelo ho, že zde nebyla možnost si peníze uzamknout sám před sebou: „Ty tam nějak žiješ v lese. Najednou ti začnou chodit vejplaty, seš ve městě a chceš si to užít, ale může se to rozjet až moc.“ (I6)

#### 4.3.5 Trestná činnost

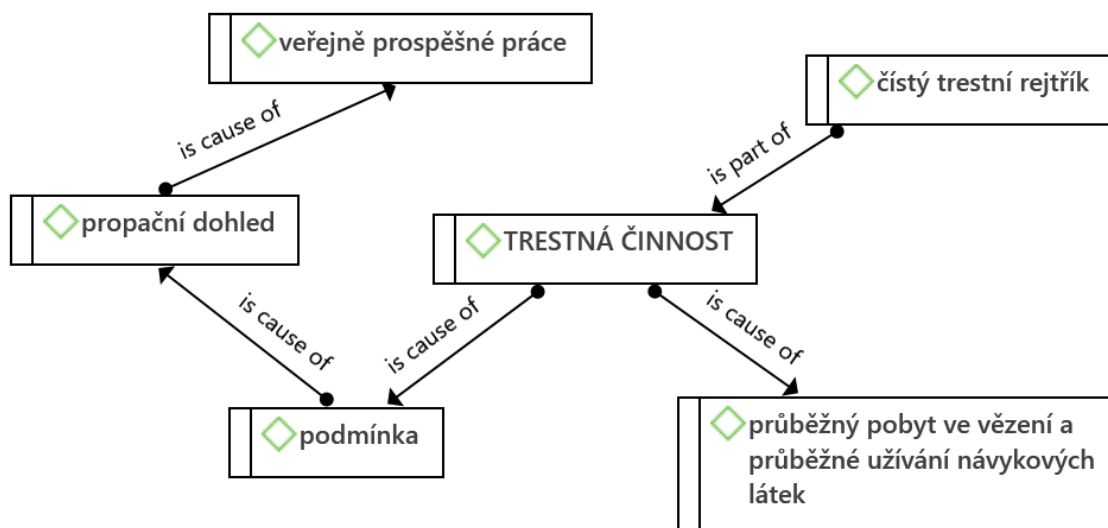
Tab. č. 19 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Trestná činnost. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a vybranými kódy.

Tabulka č. 19: Trestná činnost

negativní zkušenost s probační a mediační službou
čistý trestní rejstřík
podmínka
veřejně prospěšné práce
probační dohled
průběžný pobyt ve vězení a průběžné užívání návykových látek

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 19 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a vybranými kódy.



Obrázek č. 19: Trestná činnost

Trestná činnost může souviset se stigmatizací a pro bývalé uživatele návykových látek, kteří mají záznam v trestním rejstříku, to může představovat problém především při hledání zaměstnání. To se týká především informanta č. 6, který musel docházet na



probační a mediační dohled a informanta č. 8. V kategorii Zaměstnání, informant č. 6 měl počáteční obavy, zda se mu zaměstnání povede sehnat. S jeho nalezením neměl ani jeden z informantů problém. I informanti č. 5 a č. 7 mají zkušenosti s trestnou činností. Momentálně pro ně, ale již není překážkou.

Informant č. 9 je rád, že má trestní rejstřík čistý: „*Je to teda divný, ale já mám trestnej rejstřík čistej, úplně za ty léta.*“ (I9) Mimo informanta č. 2, který je momentálně v podmínce, další informanti nemají trestnou minulost.

#### 4.3.6 Samota

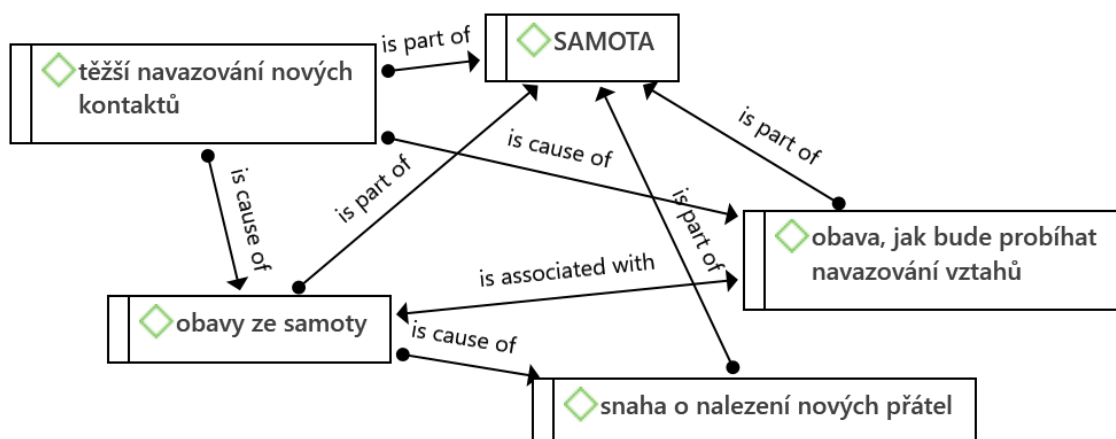
Tab. č. 20 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Samota. Tato kategorie je popsána níže s grafickým znázorněním obsahujícím vztahy mezi kategorií a podkategorií.

**Tabulka č. 20: Samota**

obavy ze samoty
obava, jak bude probíhat navazování vztahů
snaha o nalezení nových přátel
těžší navazování nových kontaktů

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. č. 20 znázorňuje vzájemné vztahy mezi kategorií a podkategoriemi.



**Obrázek č. 20: Samota**

Informant č. 4 uvedl, že jednou z jeho největších obav po odchodu z léčby byla samota. Také informant č. 10, který zmínil, že je pro něho těžší navázat nové vztahy, měl značné obavy. Obavy ze samoty měli i informanti č. 5, 9, 10 a 11. Strach z toho, jak bude vypadat

navazování vztahů, měl informant č. 5: „*Vztahy jsem měl vždy závislý. Takže úplně zase věci, jestli si najdu holku, jak to bude se sexem, protože do mé abstinence jsem nikdy neměl střízlivý sex. Navozování vztahů, kontaktů, přátelství a tak dále. To byla samozřejmě obava. Měl jsem narušený vztahy v rodině a vztahy obecně, jestli se budou dařit.*“ (I5) Informant č. 9 je momentálně rád, že je v doléčovacím centru obklopen lidmi a po jeho opuštění má ze samoty mírné obavy.

I přestože se většina informantů samoty obávala, téměř všichni informanti mají momentálně kvalitní vztahy, jak je uvedeno v kategorii Vztahy s rodinou/přáteli/okolím.

#### 4.3.7 Jiné překážky

Tab. č. 21 znázorňuje seznam jednotlivých kódů kategorie Jiné překážky. Tato kategorie je popsána níže.

**Tabulka č. 21: Jiné překážky**

očekávání rizikového období po zaplacení všech dluhů a nabytí svobody	pocit nedostatečné propagace možnosti léčby v TK apod. v K-centrech
obavy z dospělého života	ztráta motivace kvůli nemožnosti věnovat se zaměstnání vzhledem k vládním opatřením
nejistota v úředních záležitostech	obavy z vypadnutí z nastaveného režimu
problém v dodržování pravidel	obavy z přebírání odpovědnosti
fyzické následky užívání	drogy jako zapovězené téma
nedostatek informací o léčbě	tolerance společnosti vůči hazardu
karanténa jako překážka i plus	větší problém s hazardem než s látkovou závislostí
Absence větších překážek	

Zdroj: vlastní výzkum

Tato kategorie obsahuje kódy, které příliš nezapadají mezi předchozí kategorie.

Například informant č. 4 uvedl, že měl obavy z různých úředních záležitostí, se kterými se předtím vzhledem ke svému mladému věku nesetkal, jelikož bylo vše v rukách rodičů.

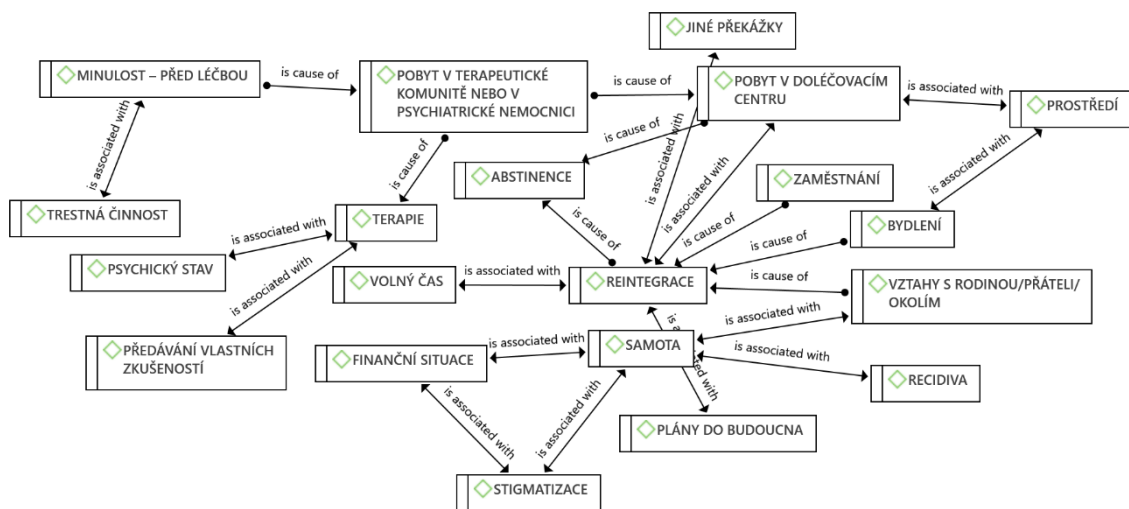
Také zmínil, že měl celkově obavy z osamostatnění se a z dospělého života. Informant č. 3 mluvil o svém odchodu z léčby, který proběhl v době, kdy začala první karanténa, tedy na jaře roku 2020. Toto období pro něho mělo výhodu v tom, že čerstvě po léčbě nemohl do různých podniků, kde by hrozilo, že znovu užije návykovou látku. Naopak nevýhodu pro něho představovala nemožnost věnovat se svým koníčkům.

Jak je patrné z diagramu, jsou i informanti, kteří se nesetkali s žádnými většími překážkami, jako je například informant č. 6. Popsal, že se bál setkání s odmítnutím při pracovním pohovoru, ale nakonec se tak nestalo.

Informant č. 11 zmínil jednu z překážek, která jej potkala ještě před léčbou. Byl rád, kdyby možnosti léčby v terapeutické komunitě či psychiatrické léčebně byly více propagovány, například v K-centrech. Uvedl, že kdyby o takových možnostech věděl dříve, šel by i na léčbu v dřívější době.

#### 4.4 Vazby mezi kategoriemi

Obr. č. 21 znázorňuje vazby mezi jednotlivými kategoriemi.



Obrázek č. 21: Vzájemné vazby mezi kategoriemi

## 5 Diskuse

K výsledkům bakalářské práce se dospělo pomocí polostrukturovaných rozhovorů a vyhodnocení vycházelo z metody zakotvené teorie. Jednotlivé podkategorie a kódy byly vypsány v tabulkách a následně vztahy mezi kategorií, podkategoriemi a vybranými významnými kódy byly vyjádřeny pomocí diagramů. Cílem bylo zjistit uplatnění bývalých uživatelů návykových látek po odchodu z léčebny v osobním životě. Tato kapitola se věnuje srovnání výsledků výzkumu s odbornou literaturou.

První výzkumná otázka spočívala v záměru zjistit, jakým způsobem se bývalí uživatelé návykových látek začleňují do společnosti. Sumnall a Brotherhood (2012) zmiňují důležitost tří pilířů, které definují sociální reintegraci a jež pokládají za nutné naplnit, aby došlo k úspěšné reintegraci. Pilíře již byly zmíněny v teoretické části a patří mezi ně bydlení, vzdělání a zaměstnání. Důležitost těchto pilířů zmiňuje informant č. 8, který přímo mluvil o tom, že si sám určil své vlastní pilíře a i jejich počet podle toho, co je pro něho nejdůležitější. V jeho případě se jednalo o finanční zabezpečení a o rodinné zázemí.

Všichni informanti mají zkušenost s úspěšnou reintegrací. Informantovi č. 9 se povedlo úspěšně reintegrovat až po několikátém pokusu. V minulosti po absolvování terapeutické komunity nešel z kapacitních důvodů do doléčovacího centra. Navrátil se zpět do svého předchozího prostředí a po nedlouhé době i zpět k návykovým látkám. Momentálně proto přikládá největší význam návaznosti na následnou péči jako nejlepšího prostředku pro úspěšnou reintegraci. V tom se shodne se všemi informanty.

I přestože se cíl práce zaměřuje na uplatnění bývalých uživatelů v jejich osobním životě, bylo nutné se dotázat i na jejich zkušenost s hledáním zaměstnání a na jejich současné zaměstnání z prostého důvodu a tedy, jelikož jejich finanční příjem a spokojenost v daném zaměstnání velmi ovlivňuje spokojenost informantů v životě osobním. Výzkum se tedy zabýval osobními zkušenostmi dotyčného z celkového pohledu, co se týče zaměstnání, rodinného zázemí, finančního zázemí a v neposlední řadě také trávení volného času.

Předpokládaným přínosem výzkumu pro praxi je zjištění připravenosti a vybavenosti daného zařízení na odchod svých klientů z léčebny a jejich následnou úspěšnost v sociální reintegraci, konkrétně v oblasti vzdělání, bydlení a zaměstnání. Během výzkumu se došlo k tomu, že téměř všichni informanti byli s danou přípravou v terapeutické komunitě či

psychiatrické nemocnici nadměru spokojeni. Pouze informant č. 10 zmínil, že pro něho během pobytu v psychiatrické nemocnici bylo únavné být pod neustálým režimem. Informant č. 11 měl v minulosti před nástupem do léčby problémy se sehnáním zaměstnání a se začleněním všeobecně. To vedlo až k tomu, že skončil na ulici. Díky tomu, že nastoupil do léčby, prožil životní změnu. V terapeutické komunitě ho naučili finanční gramotnosti, lepšímu přístupu k sobě samému. Po komunitě nastoupil do doléčovacího centra, kde mu také pomohli se sehnáním zaměstnání. Nejen informant č. 11, ale i informanti č. 5, 6, 7, 8, 9 nabyli nové dovednosti. Ocenili především nabytí zmíněné finanční gramotnosti a navrácení do pracovního procesu díky brigádám.

Z výzkumu lze určit, že návaznost terapeutické komunity či psychiatrické nemocnice na doléčovací centra a na následnou péči celkově, je dostatečná. To potvrzují všichni informanti, především informant č. 9, který se setkal i s tím, jak tomu bylo v minulosti, kdy se tolik na následnou péči nezaměřovalo. Nezaměřování se v minulosti na následnou péči potvrzuje i Růžička et al. (2014), který během výzkumu získal informaci, že dříve byla nahrazena ve zmíněné terapeutické komunitě poslední fází léčby, při níž si klient musel najít zaměstnání.

Je také velmi důležité zaměřit se na to, aby člověk po opuštění léčby měl kam jít a neskončil například na ubytovně. Doléčovací centra v tomto poskytují klientovi rozhled a dostatek času na to bydlení si sehnat. Většina informantů také zmínila nutnost celkově změnit místo svého bydliště. Někteří informanti (č. 5, 6 a 9) mají i obavy z nastání recidivy během návštěvy místa, kde užívali. U informanta č. 2 ke zmiňované recidivě došlo. Během rozhovoru zmínil, že na tom může mít i určitý vliv to, že nepokračoval ve skupinových terapiích v doléčovacím centru, kam dříve docházel.

V případě spokojenosti s doléčovacím centrem je výzkum shodný s výzkumem ve sborníku *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii* (Růžička, Klusová, 2010: in Růžička et al., 2014). Ve zmíněném výzkumu bylo zjištěno, že s integrací neměli jejich účastníci výzkumu větší problém. Všichni byli spokojeni se službami doléčovacího centra. Jeho služby jim pomohly především v tom, že posloužily jako tzv. odrazový můstek. Stejně tak i všichni informanti výzkumu této práce hodnotí svůj pobyt pozitivně. Pouze informant č. 6 upozorňoval na to, že by bylo vhodné do centra umístit trezor, kam by mohl uložit své peníze a uschovat je sám před sebou, aby jej nelákalo všechny peníze utratit najednou.

Největší indicií kvalitního a naplněného života je podle Twenge a King (2005) dostatek kvalitních vztahů. Pozitivní změnu ve svých vztazích s okolím, přáteli či rodinou po návratu z léčby zaregistrovali všichni informanti. Mnozí informanti uvedli, že díky rodinné podpoře se jim povedlo lépe se začlenit. Na co je také třeba se zaměřit, je vnitřní motivace dotyčného. Ta je potřeba už od samého začátku léčby a díky ní bude i jeho začlenění snazší.

Další výzkumnou otázkou bylo zjistit, s jakými překážkami se bývalí uživatelé návykových látek nejčastěji setkávají po jejich odchodu z psychiatrické nemocnice či terapeutické komunity.

Jedním z předpokladů bylo, že velkou roli jako překážku, například při hledání zaměstnání, bude hrát stigmatizace. Téměř všichni informanti se ovšem se stigmatizací neselekali. Informant č. 3 si udělal v doléčovacím centru rekvalifikační tatérský kurz, od kterého jej, při zmínce o něm na skupinové terapii, odrazovali. Stigma spočívalo především v tom, že na lidi věnující se tetování je pohlíženo jako na osoby žijící rizikovým způsobem života. Informant č. 3 však popsal, že se s tímto neselekal. Ostatní informanti se se stigmatizací setkali spíše v období před léčbou. Po léčbě neuváděli žádné větší problémy.

Někteří informanti se rozhodli o léčbě nezmiňovat při pracovním pohovoru. Informant č. 6 se obával, že by ho kvůli jeho minulosti nezaměstnali a raději nevedl, že léčbu prodělal. Stejně tak informant č. 9. Informant č. 1 se o prodělané léčbě raději zmiňuje až po delší době. Ostatní informanti, i když se o prodělané léčbě zmínili, nevedli větší problém se sehnáním zaměstnání. Informanti č. 4, 10 a 11 si našli zaměstnání díky doléčovacím centru a jeho spolupráci s různými organizacemi zaměstnávajícími jejich klienty.

Z vyjmenovaných překážek je příkládána největší váha zadluženosti. Informanti č. 1, 2, 5, 6, 8, 9 se potýkají s dluhy. Především informant č. 2 kvůli svým vysokým dluhům nevidí východisko ze své současné situace. Po léčbě se mu nepodařilo vytrvat v abstinenci a velmi se zadlužil. Také zmiňuje, že velký vliv na jeho pokračování v užívání mělo i období koronavirové krize, kdy byl člověk značně omezen v rozhodnutí, jak trávit volný čas. Právě vyplnění si volného času příkládají velkou roli všichni informanti. Díky zaměření se na určité zájmy či koníčky může být pro informanty snazší vytrvat

v abstinenci. Převažovaly i obavy ze samoty, ale všem informantům se povedlo navázat nové vztahy.

Nesmí se opomíjet ani obavy z recidivy. Jakmile se objeví jednou, může být pro dotyčného náročné opět začít abstinovat (Ackermann, © 2021). Výjimkou je v tomto případě informant č. 8, který v rozhovoru zmínil, že naopak prodělání lapsu pro něho bylo poučujícím zážitkem v tom, že už se k návykovým látkám nechce vrátit.

## 6 Závěr

Tato práce se věnovala reintegraci bývalých uživatelů návykových látek do společnosti.

V teoretické části jsou stručně shrnuty druhy návykových látek a je popsáno, jak vzniká závislost. Další kapitola se zaměřuje na léčbu závislosti, další kapitola se soustředí na reintegraci a poslední z této části se věnuje vymezení následné péče.

Druhá část je zaměřena na vlastní výzkum, který probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů a metody zakotvené teorie. Výzkumu se účastnilo celkem jedenáct informantů, jejichž kontakt byl získán pomocí metody sněhové koule a samovýběru. Tito informanti měli zkušenost s léčbou v terapeutické komunitě či psychiatrické nemocnici.

Na základě analýzy rozhovorů a porovnání s odbornou literaturou v diskusi vyšlo, že nejlepší co může dotyčný udělat pro úspěšné začlenění, je zaměřit se na následnou péči. Není-li si dotyčný ještě jistý v různých životních situacích, je vhodné po terapeutické komunitě či psychiatrické léčebně zvolit pobyt v doléčovacím centru. Všichni informanti, až na informanta č. 7, mají zkušenost s léčbou v doléčovacím centru. Pobyt v doléčovacím centru hodnotili informanti velmi kladně a shodli se, že právě pobyt v něm a pokračování v terapiích je nejlepším prostředkem k reintegraci.

Díky doléčovacímu centru se člověk pomalými kroky navrácí do společnosti, kde se může setkat s různými rizikovými situacemi. Zde záleží především na terapeutické komunitě či psychiatrické léčebně, jak dokázala dotyčného vybavit na úspěšné zvládnání těchto situací. Všichni informanti hodnotí, že příprava byla dostatečná.

Reintegrace je úspěšná, jakmile dojde k naplnění jejích tří pilířů, kterými je bydlení, vzdělání a zaměstnání (Sumnall a Brotherhood, 2012). Také je podstatné nezaměřovat se pouze na to, zda se bývalému klientovi daří v abstinenci, ale na jeho celkovou úspěšnost i v jiných aspektech života, jelikož v tomto případě lze říct, že vše souvisí se vším. Dotyčnému se bude lépe abstinovat, pokud je v dobré psychické pohodě, má kde bydlet a má kolem sebe dostatečnou podporu ze strany okolí. S úspěšnou reintegrací měli zkušenost všichni informanti.

Během psaní této bakalářské práce bylo získáno mnoho informací o tom, co je pro dotyčného nejvhodnější pro úspěšnou reintegraci i to, jak probíhá. Tato práce je tedy



vhodná jako příručka pro různé zařízení pracující s uživateli návykových látek nebo pro osoby zajímající se o danou problematiku.

## 7 Seznam literatury

1. ACKERMANN, K., © 2021. *Warning Signs of Relapse: Depression, Stress, and Other Triggers*. [online]. American Addiction Centres. [cit. 2021-2-14]. Dostupné z: <https://americanaddictioncenters.org/adult-addiction-treatment-programs/signs-of-relapse>
2. BIEDERMANOVÁ, E., PETRAS, M., 2011. *Možnosti a problémy resocializace vězňů, účinnost programů zacházení*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). 99 s. ISBN 978-80-7338-115-8.
3. BRINKERHOFF, D.B., ORTEGA, S.T., WHITE, L.K., WEITZ, R., 2010. *Essentials of Sociology*. 8. vydání. USA: Wadsworth Publishing. 480 s. ISBN 978-0-495-81295-1.
4. ČERMÁK, J., 2014. *Sociální práce s klientem se závislostí a návykovou poruchou chování*. 2. rozšířené a upravené vydání. Benepal. 30 s.
5. DEBAERE, V., VANHEULE, S., INSLEGERS, R., 2013. *Beyond the “black box” of the Therapeutic Community for substance abusers: A participant observation study on the treatment process*. 22(3), 251-262. DOI: 10.3109/16066359.2013.834892. ISSN 1606-6359. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/16066359.2013.834892>
6. *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: DSM-5*, 2013. 5. vydání. Washington, DC, London, England: New School Library. 947 s. ISBN 978-0-89042-554-1.
7. *DROGOVÁ PORADNA*, 2009. [online]. Léčebné programy. [cit. 2021-2-14]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
8. *European Drug Report 2020: Trends and Developments*, 2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9497-545-4.
9. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
10. HELLER J., PECINOVSKÁ O., et al., 2011. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.

11. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
12. JUERGENS, J., 2018. *What Is Detoxification?*. [online]. Addiction Center. [cit. 2021-2-14]. Dostupné z: <https://www.addictioncenter.com/treatment/drug-and-alcohol-detox/>
13. KALINA, K. et al., 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing., a.s. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0. (a)
14. KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2. (b)
15. KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada. 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
16. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
17. KEANE, M., 2018. *Social reintegration as a response to drug use in Ireland: Overview 5*. Dublin: Health Research Board. ISSN 1649-7198.
18. KUDA, A., 2008. Sociální rehabilitace a následná péče. In: *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing., s. 215-224. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
19. LLOYD, C., 2010. *Sinning and Sinned Against: The Stigmatisation of Problem Drug Users*. London: The UK Drug Policy Commission. 74 s. ISBN 978-1-906246-24-2.
20. MAHDALÍČKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer. 122 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
21. MATHIESON, J., POPAY, J., ENOCH, E., ESCOREL, S., HERNANDEZ, M., JOHNSTON, H., RISPEL, L. (2008): *Social Exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities*. WHO Social Exclusion Knowledge Network Backround Paper 1, 91 s.
22. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
23. MINAŘÍK J., 2009. *Drogová poradna* [online]. O drogách obecně. [cit. 2019-12-21]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>.

24. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
25. *Mission Harbor*, © 2021 [online]. Why Aftercare Is Critical For Addiction Recovery. [cit. 2021-2-15]. Dostupné z: <https://sbtreatment.com/aftercare/>
26. MKN-10, © 2021. *F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek* [online]. [cit. 2021-2-20]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>
27. MOSEL, S., © 2021. *Alcoholism Treatment: Alcohol Addiction and How to Treat Alcoholism*. [online]. American Addiction Centres. [cit. 2021-2-16]. Dostupné z: <https://americanaddictioncenters.org/alcoholism-treatment>
28. MRAVČÍK, V. et al., 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019: [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Praha: Praha: Úřad vlády České republiky. 273 s. ISBN 978-80-7440-254-8.
29. NEŠPOR K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. 255 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
30. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
31. PAVLOVSKÁ, A., MAKOVSKÁ DOLANSKÁ, P., 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. In: *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). s. 469-477. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
32. PECINOVSKÁ, O., 2011. Delirium u závislostí na návykových látkách. *Neurologie pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, 5(11), s. 317-320 [cit. 2021-2-14]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/05/06.pdf>
33. RÖHR, H.-P., 2015. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). 176 s. ISBN 978-802-6209-270.
34. RŮŽIČKA, M., PRACHAŘOVÁ, P. et al., 2014. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4171-9.

35. RŮŽIČKA, M., KLUSOVÁ, K., 2014. Průzkumné šetření č. 2: Kvalita života absolventů doléčovacího programu. In: *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii: sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 58-73. ISBN 978-80-244-4171-9.
36. SILVEIRA, P.S. da, TOSTES, J.G.A. de, WAN, H.T.W., RONZANI, H.T.W.T.M., CORRIGAN, P.W., 2018. The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. *Drugs and Social Context*. Springer International Publishing, 15-25 s. DOI: 10.1007/978-3-319-72446-1\_2.
37. *Stav drogové problematiky v Evropě: Výroční zpráva za rok 2011*, 2011. Lucemburk: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. ISBN 978-92-9168-466-3.
38. SUMNALL, H., BROTHERHOOD, A., 2012. *EMCDDA INSIGHTS: Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 207 s. DOI: 10.2810/72023. ISBN 978-92-9168-557-8.
39. TWENGE, J.M., KING, L.A., 2005. A good life is a personal life: Relationship fulfillment and work fulfillment in judgments of life quality. *Journal of Research in Personality*. 39(3), 336-353. DOI: 10.1016/j.jrp.2004.01.004. ISSN 00926566. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0092656604000868>
40. VÁCHOVÁ P. et al., 2009. *Neuromechanismy účinku návykových látek, systém odměn*. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_6\\_263\\_268.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_263_268.pdf)
41. VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J., MIOVSKÝ, M., 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. *Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*. Praha, 4,7(13), s. 1-69.
42. YOKOTANI, K., TAMURA, K., 2017. The effect of a social reintegration (parole) program on drug-related prison inmates in Japan: a 4-year prospective study. *Asian Journal of Criminology* [online]. 2(12), 127–141 s. [cit. 2021-5-14]. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11417-016-9235-4>. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11417-016-9235-4>

43. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2021-02-24]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1273-1274. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16>

## 8 Seznam tabulek a obrázků

Obrázek č. 1: Žadatelé o léčbu v Národním registru léčby uživatelů drog (dále jen „NRLUD“) v r. 2019 podle primární (základní) drogy/problému .....	12
Obrázek č. 2: Minulost před léčbou .....	31
Obrázek č. 3: Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici .....	34
Obrázek č. 4: Pobyt v doléčovacím centru .....	38
Obrázek č. 5: Vztahy s rodinou/přáteli/okolím.....	41
Obrázek č. 6: Zaměstnání .....	44
Obrázek č. 7: Volný čas .....	47
Obrázek č. 8: Abstinence .....	49
Obrázek č. 9: Předávání vlastních zkušeností.....	51
Obrázek č. 10: Psychický stav .....	53
Obrázek č. 11: Bydlení .....	55
Obrázek č. 12: Plány do budoucna .....	56
Obrázek č. 13: Terapie.....	58
Obrázek č. 14: Reintegrace .....	61
Obrázek č. 15: Stigmatizace .....	64
Obrázek č. 16: Recidiva.....	67
Obrázek č. 17: Prostředí.....	70
Obrázek č. 18: Finanční situace .....	72
Obrázek č. 19: Trestná činnost .....	73
Obrázek č. 20: Samota .....	74
Obrázek č. 21: Vzájemné vazby mezi kategoriemi .....	76

Tabulka č. 1: Identifikační údaje .....	27
Tabulka č. 2: Minulost – před léčbou .....	30
Tabulka č. 3: Pobyt v terapeutické komunitě nebo v psychiatrické nemocnici.....	33
Tabulka č. 4: Pobyt v doléčovacím centru.....	37
Tabulka č. 5: Vztahy s rodinou/přáteli/okolím .....	40
Tabulka č. 6: Zaměstnání.....	43
Tabulka č. 7: Volný čas .....	46
Tabulka č. 8: Abstinence .....	48
Tabulka č. 9: Předávání vlastních zkušeností .....	51
Tabulka č. 10: Psychický stav.....	52
Tabulka č. 11: Bydlení.....	54
Tabulka č. 12: Plány do budoucna.....	56
Tabulka č. 13: Terapie .....	57
Tabulka č. 14: Reintegrace .....	60
Tabulka č. 15: Stigmatizace.....	63
Tabulka č. 16: Recidiva .....	66
Tabulka č. 17: Prostředí.....	69
Tabulka č. 18: Finanční situace .....	72
Tabulka č. 19: Trestná činnost.....	73
Tabulka č. 20: Samota .....	74
Tabulka č. 21: Jiné překážky .....	75



## **9 Seznam příloh**

**Příloha č. 1** Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru

## **Příloha č. 1** Okruhy a otázky k polostrukturovanému rozhovoru

### I. Proces reintegrace po odchodu z léčby

Jak dlouho jste byl v terapeutické komunitě (či v psychiatrické nemocnici), případně ve které?

Jak je to dlouho, co jste zařízení opustil?

Kdo Vám nejvíce pomohl dostat se ze závislosti?

Navštěvoval jste po odchodu z terapeutické komunity nějakou službu následné péče jako doléčovací centrum apod.?

Co Vás motivuje nadále pokračovat v abstinenci?

Jak Vás motivuje rodina, přátelé?

### II. Překážky během reintegrace

Co pro Vás bylo nejtěžší překážkou po odchodu ze zařízení?

Jak těžké bylo najít si zaměstnání?

Setkal jste se během hledání zaměstnání s určitým stigmatem ze strany zaměstnavatele?

### III. Plány informantů

Máte nějaké plány do budoucna?

## **10 Seznam zkratek**

DC – Doléčovací centrum

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

EMCDDA – Evropské monitorovací centrum pro drogy a závislost

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

NRLUD – Národní registr léčby uživatelů drog

PN – Psychiatrická nemocnice

TK – Terapeutická komunita