

MENDELOVA UNIVERZITA V BRNĚ

Fakulta regionálního rozvoje a mezinárodních studií

**IDENTITA INTERNÍCH PACIENTŮ
TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT PRO
DROGOVĚ ZÁVISLÉ V INTERKULTURNÍ
PERSPEKTIVĚ**

Diplomová práce

Autor: Bc. Marie Balíková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.

Brno 2016

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci: vypracovala samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací.

Jsem si vědoma, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mému vedoucímu diplomové práce panu Mgr. et Mgr. Miroslavovi Horákovi, Ph.D., za cenné připomínky při zpracování práce a především za jeho čas, ochotu a vstřícný přístup.

Tato diplomová práce je jedním z výstupů projektu **„Efektivita komunitní léčby drogové závislosti v interkulturní perspektivě“**, který byl finančně podpořen Interní grantovou agenturou FRRMS MENDELU. Doba trvání projektu: 01. 01. 2015 – 31. 12. 2015.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá analýzou 30 rozhovorů s drogově závislými pacienty z terapeutických komunit Peru, Nikaragui a České republiky. Hlavním cílem práce je rozpoznat odlišnosti v identitě pacientů a zkoumat rozdíly v jejich hodnocení místní léčby. Ke zpracování rozhovorů bude využita obsahová analýza a vytvořena zakotvená teorie, která vysvětlí sociokulturní rozdíly v identitě interních pacientů z různých terapeutických komunit.

Klíčová slova: interní pacienti, terapeutická komunita, identita

Abstract

This thesis focuses on the analysis of 30 interviews with drug addicted patients from therapeutic communities in Peru, Nicaragua and the Czech Republic. The main objective is to recognize the differences in the identity of patients and examine the differences in their assessment of local treatment. Processing will be used for content analysis and created the grounded theory, which explains the socio-cultural differences in the identity of internal patients from different therapeutic communities.

Key words: inpatients, therapeutic community, identity

Seznam použitých zkratk

AA	Anonymní alkoholici
ATS	amfetamin
CEA	Centro de Especialidades en Adicciones
CNS	centrální nervová soustava
CODAR	Committee on Opportunities in Drug Abuse Research.
DARP	The Drug abuse Reporting Programe
DMT	dimethyltryptamin
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EVLKT	Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti
Ibid.	opakovaná citace
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MDMA	3,4-methylendioxy-N-methamfetamin
NTORS	The National Treatment Outcome Research Study
PL	psychiatrická léčebna
TK	terapeutická komunita

Příklad označení dotazovaného pacienta

C01	C (z centra CEA) 01 – první v MS Excel
R02	R (z centra Renarkon) 02 – druhý v MS Excel
T03	T (z centra Takiwasi) 03 – třetí v MS Excel

Obsah

1. Úvod	9
2. Cíl práce	10
3. Metodologie	11
4. Terapeutická komunita	13
4.1 Vztah mezi pacientem a terapeutem	15
4.2 Přístupy k pomoci	16
4.3 Léčba	17
4.3.1 Substituční léčba	17
5. Výzkumy a aktuální trendy v léčbě drogové závislosti	19
5.1 Výzkumy	19
5.2 Trendy v medicíně.....	20
5.3 Trendy v rostlinné léčbě	21
6. Zkoumané terapeutické komunity	23
6.1 Peru	23
6.2 Nikaragua	27
6.3 Česká republika	31
7. Výzkumná část práce	35
7.1 Vlastní postup kódování rozhovorů.....	35
7.2 Výzkumný vzorek	37
8. Obsahová analýza rozhovorů	39
8.1 Obsahová analýza rozhovorů z Takiwasi	39
8.2 Obsahová analýza pacientů z CEA	43
8.3 Obsahová analýza pacientů z Renarkonu	47
9. Závěr	54

10. Summary	58
11. Diskuze a doporučení.....	60
Literatura	61
Seznam tabulek	69
Seznam grafů.....	69
Seznam obrázků	69

1. Úvod

Konzumace návykových látek je bezesporu přetrvávajícím problémem ve společnosti. Závislost člověka na drogách ničí život jeho i jeho blízkých. Léčba z této závislosti je dlouhotrvající proces plný sebezapření a velké vnitřní motivace, který by měl vést k úspěšné abstinenci. Současné výzkumy a studie se zabývají hledáním nejlepších přístupů a metod, které povedou k vyléčení závislosti. Jedná se o metody lékařské a současně i léčitelské, které pomoc vidí v užívání rostlin či ve spiritualitě.

Léčba závislých jedinců na drogách probíhá v psychiatrických léčebnách, v ambulancích a dalších zařízeních. V této diplomové práci budou čtenáři seznámeni s léčbou závislosti v terapeutických komunitách. V teoretické části práce budou identifikovány základní prvky terapeutické komunity. Poté budou představeny tři vybrané terapeutické komunity. Jedná se o léčebná centra z Peru, Nikaragui a České republiky. Pomocí obsahové analýzy rozhovorů s interními pacienty ze zkoumaných terapeutických komunit dojde k rozpoznání identity těchto pacientů. Jelikož budou zkoumány dvě terapeutické komunity z Jižní Ameriky a jedna ze střední Evropy, je logické, že budou patrné sociokulturní rozdíly v přístupu k pacientovi, ale i samotný postoj pacienta k léčbě. Dalším výstupem této diplomové práce tedy bude popsání rozdílů v léčebných přístupech daných terapeutických komunit.

2. Cíl práce

Cílem této diplomové práce je přiblížit problematiku drogové závislosti z pohledu terapeutických komunit a představit aktuální trendy v léčbě drogové závislosti. Dalším cílem práce je poukázat na rozdíly v léčebných přístupech u zkoumaných terapeutických komunit z Peru, Nikaragui a České republiky. Stěžejním cílem celé práce je provedení obsahové analýzy 30 semi - strukturovaných rozhovorů s interními pacienty pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Následně vytvořit zakotvenou teorii o jejich identitě. Závěrečným cílem bude stanovení doporučení na základě získaných poznatků.

3. Metodologie

Tato diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část práce je pojata jako literární rešerše o terapeutických komunitách. Metodou napsání literární rešerše bylo vyhledávání informací z kvalitních knižních a internetových zdrojů. Knižní zdroje byly hledány především v Moravské zemské knihovně v Brně, která nabízí velké množství kvalitní odborné literatury. Stěžejními knihami byly díla Karla Kaliny o terapeutických komunitách. Mezi další významné autor patří např. Jiří Růžička a Stanislav Kratochvíl. Ze zahraničních autorů se jedná především o díla George de Leona a zakladatele centra Takiwasi, Jacquese Mabita. Internetové studijní texty a publikace byly hledány pomocí databází Web of Science, SpringerLink a dalších přístupných databází, které nabízí Mendelova univerzita.

Výzkumná část práce je založena na kvalitativním výzkumu s názvem zakotvená teorie. Tato metoda spočívá ve vyložení kostry příběhu, který je skryt ve zkoumaných datech. Data, v tomto případě se jedná o 30 semi - strukturovaných rozhovorů s interními pacienty TK, byla rozložena pomocí obsahové analýzy. Tyto rozhovory byly nahrány na diktafon a po přepsání byly přeloženy do českého jazyka.

Obsahová analýza byla vytvořena pomocí třech druhů kódování: otevřeného, axiálního a selektivního. Touto metodou kódování dat se nejvíce zabývali odborníci Strauss a Corbinová ve svém díle Základy kvalitativního výzkumu.

Před začátkem kódování je důležité brát zřetel na teoretickou citlivost, která patří mezi tvořivý aspekt zakotvené teorie. Jde o osobní vlastnost výzkumníka citlivě rozlišovat detaily ve výzkumu údajů. Tato schopnost závisí na znalostech a zkušenostech výzkumníka v dané problematice. Zdrojem teoretické citlivosti tedy jsou profesní a osobní zkušenosti. Dalším zdrojem je literatura např. teoretické práce, dokumenty a analýza samotná (Strauss & Corbin, 1999).

Otevřené kódování představuje analytický proces v metodě zakotvené teorie. Během kódování se přidělují pojmy (kategorie) jednotlivým řádkům, odstavcům

či celému dokumentu. Jedná se o proces rozebírání a přiřazování kategorií údajům (Strauss & Corbin, 1999).

Axiální kódování je proces induktivně - deduktivní, založen na vytvoření paradigmatického modelu. Během axiálního kódování dochází k určování subkategorií do vztahu ke kategoriím (Ibid.).

Selektivní kódování představuje proces uvádění centrální kategorie do vztahu k ostatním kategoriím. Vyloží se tzv. kostra příběhu (Ibid.). Centrální kategorií je myšlena kategorie, kolem které jsou ostatní kategorie integrovány v procesu axiálního kódování (Hendl, 2005).

Cílem celého výzkumu není potvrzení zvolených hypotéz, nýbrž odкрыtí teorie, která je zakotvena v datech. Z toho důvodu se na začátku výzkumu nepokládají hypotézy, nýbrž výzkumná otázka.

Výzkumná otázka: Jaká je identita interních pacientů ze zkoumaných terapeutických komunit?

4. Terapeutická komunita

Definice terapeutické skupiny podle Kratochvíla (1979, str. 11 - 16) zní: „*Zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.*”

Dále se rozlišuje terapeutická komunita v širším a užším smyslu. Tento koncept znamená systém organizace léčebného oddělení, v němž je podporována všestranně otevřená komunikace a ve které se na rozhodování podílejí jak pacienti, tak všichni členové týmu. Důležitou složkou je časté setkávání pacientů s personálem, při kterém dochází k výměně informací a řeší se problémy ve vzájemných vztazích. TK v užším smyslu lze chápat jako psychoterapeutickou metodu, při které se na ukázce modelových situací malých společenských skupin zobrazují stereotypy v prožívání a chování pacientů (Kalina, 2008).

Pro porovnání definice TK podle Kooymana (2004, str.12): „*Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi - morálními i etickými. To představuje sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího statusu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje.*”

Přestože terapeutická komunita čerpá z různých zdrojů, ať už nedávných nebo starověkých, pojem terapeutická skupina je z moderní doby. Poprvé byl tento pojem použit psychiatry z Velké Británie ve 40. letech 20. století. Britští průkopníci, kteří zavedli terapeutické komunity na psychiatrických odděleních, tento krok provedli o 15

let dříve, než se pak stalo v Severní Americe. Vznik TK v psychiatrickém oboru je často vnímán jako součást třetí revoluce v psychiatrii. Došlo k posunu od práce jednotlivých terapeutů k sociálně psychiatrickému přístupu s důrazem na zapojení mnoha lidí, používání skupinových metod, terapie ve společném prostředí a administrativní psychologie (Leon, 2000).

Rozlišujeme dva typy TK podle přístupu k léčbě. Demokratická terapeutická skupina pochází z již zmíněné Velké Británie a jejím zakladatelem byl Maxwell Jones. Tento typ TK se snažil změnit pevné hierarchické vztahy v psychiatrických nemocnicích na vztahy otevřené a demokratické. V demokratické TK se klade důraz na skupinovou psychoterapii se zaměřením na pochopení skupinové dynamiky (Kalina et al., 2008). Dalším typem je komunita hierarchická založená v roce 1963 v New Yorku. Základ hierarchických TK je spatřován v organizaci zvané Synanon, kde závislí lidé na alkoholu či drogách si podle předem daných pravidel pomáhali, aby se zbavili své závislosti. Základními body, podle kterých se pozná komunita hierarchického typu jsou: komunita nabízí náhradní rodinu, častá konfrontace a frustrace mezi účastníky, systém odměňování a možnost postupu v hierarchickém žebříčku, svépomoc, úloha charismatického vůdce a náboženská oddanost (Kalina, 2008). Synanon byl založen v Kalifornii v roce 1958 a jeho název je zkomolenina slova „seminář“. Hlavní postavou Synanonu byl Charles Dederich, silný vůdce, který se účastnil programu Anonymních alkoholiků. Synanon z počátku navazoval na ideologii organizace Anonymních alkoholiků, později se odtrhl a vytvořil si vlastní pravidla. Základní principy uplatňované v Synanonu byly: vytvoření náhradní rodiny, hierarchický žebříček založený na odměňování a trestech a hluboká víra ve své náboženství. Známou technikou léčby Synanonu byla hra, kdy na tzv. horké židli seděl pacient, který byl podroben kritickému rozboru svého jednání (Kooyman et al., 2004).

Tyto dva základní typy TK dlouho svou činnost navzájem ignorovaly. Ke sblížení, spolupráci a prolínání obou směrů došlo zejména v Evropě v 90. letech. Uvádí se těchto šest společných znaků: neformální a otevřená atmosféra, centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu, sdílení práce na udržování a chodu komunity, terapeutická úloha rezidentů, podíl rezidentů na moci a posledním společným bodem jsou jednotné hodnoty a myšlenky (Kalina et al., 2008).

Pacient terapeutické komunity - (bez ohledu na druh TK) lze definovat podle těchto zásad (Růžička, 2001):

- Diagnóza není rozhodující - klienti se potýkají s mnoha poruchami, např. neurózy, psychózy, poruchy příjmu potravy atd.
- Symptomy nejsou v popředí pozornosti - TK se zaměřuje na podstatu poruchy a nikoliv na příznaky
- Rozhodující je zdraví, nikoliv nemoc - stejné principy jako má Světová zdravotní organizace
- Člověk je bio-psycho-sociální entita ve zdraví i v nemoci - podle zásad terapeutické komunity je člověk vždy jeden celek
- Ohniskem problému či poruchy je osoba a její vztahy - nejdůležitější pro vyléčení je osobnost klienta a jeho způsob sebepojetí a navazování vztahů k lidem a ke světu (Růžička, 2011)

V Evropě se první TK pro uživatele drog začaly využívat v 70. letech. Od té doby došlo k jejich přeměně směrem od modelu chápání závislosti jako nemoci k více holistickému přístupu. Zvýšily se požadavky na profesionalitu, vědu a výzkum v této oblasti. Docházelo k zavádění nových terapeutických metod a k zapojování rodinných příslušníků do léčby klienta. Posun byl zaznamenán též od původního konfrontačního přístupu TK k přístupu terapeutickému, který je primárně založen na dialogu mezi pacientem a personálem (Radimecký, 2006).

4.1 Vztah mezi pacientem a terapeutem

Vztah mezi pacientem a terapeutem je specifický, liší se od běžných mezilidských vztahů, vzniká ve stavu nouze. Je potřebná vzájemná sympatie a vstřícnost. Vztah terapeuta a pacienta má obsahovat prvky přátelského vztahu a prvky vztahu rodič - dítě. Vztah se vyvíjí a nabývá časem různých podob. Častá je prvotní závislost klienta na svém terapeutovi, která ale postupně upadá. Ve všech mezilidských vztazích se objevuje fenomén „přenos“, který představuje silný emocionální vztah. Drogově závislý pacient nevědomě připisuje svému terapeutovi určité charakteristiky, které má

spojené s osobami ze své minulosti. Protipřenos znamená vnášení terapeutových pocitů a zážitků do svého vztahu s pacientem (Kalina, 2003).

4.2 Přístupy k pomoci

Existuje několik přístupů, které se využívají v boji proti závislosti. Tyto přístupy pomáhají v boji se závislostí, ale také chrání veřejnost před možnými nástrahami spjatými s braním drog. Níže je uvedeno několik hlavních přístupů.

Přístup ochrany veřejného zdraví - známý též pod názvem *public health*. Primárně se nezajímá o závislého člověka, ale o ochranu obyvatelstva před možností nákazy infekční choroby. Praktikuje se činnost ochrany populace v podobě výměny jehel a stříkaček, poskytování kondomů, možnost očkování atd. (Kalina, 2003).

Přístup minimalizace poškození - neboli *harm reduction*. Tento přístup je již zaměřen na konkrétního jedince. Hlavním cílem není abstinence, ale minimalizace poškození, které drogy způsobují na pacientově zdraví (Kalina, 2003).

Přístup sociální a sociálně – pedagogický - tento model poukazuje na vnější faktory jako je nepříznivé sociální prostředí, ve kterém klient žije. Špatná výchova či absence dovedností, které by dokázaly závislého integrovat do komunity. Metody, které používá tento přístup, jsou sociální a výchovné poradenství, resocializace a nácviky sociální komunikace a dalších dovedností (Ibid.).

Přístupy morální a spirituální - tento přístup využívá postupy sociálního a sociálně pedagogického modelu spolu s křesťanskou vírou a morálkou. Typickým prvkem těchto přístupů je nedůvěra v odbornou pomoc. Spirituální přístup považuje za jedinou šanci z vyléčení závislosti náboženské obrácení a následný život ve společenství stejně věřících osob (Ibid.).

Z mezinárodního pohledu existují dva protikladné přístupy:

Přístup zastrášovací - vychází z přístupu veřejného zdraví. Hlavním cílem je úplné odstranění drog ze společnosti. Drogy způsobují úpadek celé společnosti, norem a morálky. Hlavními nástroji jsou zastrášující informace v kampaních, prohibice a

tresty. Zastánci tohoto přístupu jsou lékaři, výzkumníci, policie a politici (Heller & Pecinovská, 1996)

Přístup normalizační – vychází z toho, že hlavní problémy nezpůsobují drogy, ale reakce společnosti na jejich zneužívání. Mezi zastánce normalizačního přístupu patří řada terapeutů a sociologů (Ibid.).

4.3 Léčba

Základním cílem léčby drogově závislých je abstinence. Léčba je primárně rozdělena na ambulantní a rezidenční. Podle délky trvání - krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá. Při ambulantní léčbě pacient pouze dochází do zařízení, kde pomoc probíhá a není potřeba se vyčlenit ze svého původního prostředí. Tento typ léčby je vhodný pro klienty s dobrým rodinným zázemím a velkou vlastní dávkou motivace a sebekontroly. Možnou variantou ambulantní léčby je docházka do denního stacionáře, kde pacient tráví celý den terapeutickými aktivitami (SANANIM, 2009). Existuje i léčba v tzv. modifikovaných terapeutických komunitách, což znamená, že léčba probíhá ve specifickém prostředí a podmínkách např. ve vězení (Nešpor, 2011). Léčba, při které pacient žije v léčebném zařízení, se nazývá pobytová rezidenční léčba. Život v takovémto zařízení vytváří jasný a pevný režim s využitím terapeutických metod. Krátkodobý a střednědobý typ léčby se provádí v psychiatrických léčebnách pod lékařským dozorem. Dlouhodobé léčby již probíhají v terapeutických skupinách. Tento typ lze nazvat pojmem rezidenční léčba (SANANIM, 2009).

4.3.1 Substituční léčba

Mezi velmi častý způsob, jak zbavit pacienty závislosti na opiátech patří substituční léčba. Principem je poskytovat uživatelům podobnou drogu, na které jsou závislí. Substituční droga se nazývá agonista. Tento způsob léčby zmírňuje abstinenci příznaky, lépe se zvládá kontrolovat průběh závislosti a snižují se zdravotní rizika pacienta. Typickými agonisty jsou léky metadon, buprenorfin, naltrexon či naloxon (Verster & Buning, 2004). Běžně se za přechod od užívání drog považuje i konzumace alkoholu. Většina terapeutických komunit svým pacientům v poslední fázi léčby nasazuje tzv. alkoholovou výsadu. Pití alkoholu je bráno jako součást rehabilitace.

Často se ale následné omezení alkoholu nepodařilo pacientům zvládnout (Kooyman et al., 2004). Cílem substituční léčby je stabilizovat zdravotní stav pacienta, odvrátit možnost jeho násilného chování a celkově podpořit změnu uživatelova života. Snižuje se i nelegální distribuce drog, klesá možnost nakažení infekcemi a snižuje se i případná budoucí recidiva. Substituční léčba má ale i své negativní dopady. Tento typ léčby je dlouhodobý, což je ve výsledku finančně náročné. Další negativní stránka věci je pacientova závislost nejen na užívané látce, ale i na osobě, která mu látku poskytuje (Verster & Buning, 2004).

5. Výzkumy a aktuální trendy v léčbě drogové závislosti

Specifické přístupy a typy léčby drogové závislosti se staly zájmem mnoha výzkumů. Výzkumy jsou zaměřeny na interkulturní odlišnosti v přístupu léčby a jejich dopady na úspěšnost léčby. V této kapitole jsou uvedeny různé trendy léčby pro drogově závislé jedince v současné době. Další ukázky léčebných metod lze vidět v následující kapitole 6. Zkoumané terapeutické komunity, které popisují současné léčebné postupy ve třech odlišných zemích.

V minulosti byla drogová závislost viděna společností jako morální vada. Léčba této vady bylo např. odsouzení a uvěznění v ústavu či povinné modlení. Je logické, že tyto léčebné metody nebyly účinné. V současné době je známo, že závislost je nemoc, která je řešena moderní léčbou založenou na vědeckých výzkumech. Obvykle se jedná o spojení medikamentů a behaviorální terapie. Výsledky jsou pozitivní, 40% - 70% závislých se vyléčí ze své závislosti (GSLC, 2013). Aktuální trendy v léčbě závislosti podle EMCDDA (2014) ukazují, že léčba je většinou poskytována v ambulantních zařízeních, početně vyjádřeno - 940 000 klientů za rok 2014 v Evropě. Na druhém místě jsou zdravotnická zařízení s 275 000 klienty. Terapeutické komunity představují menší část. Pouze 26 000 závislých jedinců se za rok 2014 v Evropě léčilo v TK. V současné době se v Evropě hojně využívá trend substituční léčby. Jedná se především o léčbu závislosti na opiátech (heroin). Substituční léčba je doplněna psychosociálními intervencemi. V roce 2014 substituční léčbou prošlo v Evropě 644 000 pacientů závislých na opiátech. Výsledky tohoto typu léčby jsou pozitivní, jelikož se daří pacienty udržet v léčbě. Hlavním podávaným lékem je metadon (EMCDDA, 2014).

5.1 Výzkumy

V letech 1969 – 1973 proběhl v USA a Portoriku rozsáhlý výzkum s názvem *The drug Abuse Reporting Program (DARP)*, který analyzoval výsledky léčby u 43 943 klientů. Metodou sběru dat byly rozhovory s klienty. Po prvním roce výzkumu výsledky ukázaly, že 42% klientů zcela přestalo brát opiáty. U klientů se závislostí na alkoholu došlo

k nárůstu konzumace ve velmi vysoké míře, to stejné platí i u závislých na marihuaně. Na konci výzkumu byli klienti rozděleni do skupin. Do nejuspěšnější skupiny (skupina s velmi příznivými výsledky) bylo zařazeno 40% klientů (Šefránek, 2014). Zajímavý americký výzkum vznikl v roce 1996. Zaměřil se na vliv etnika a etnické identity při užívání drog u studentů z různých etnik. Z výsledků výzkumu vyplývá, že etnika se silnou etnickou identitou (Afroameričané, Mexiko-Američané a bílí non-Hispánci) se přihlásila k menšímu užívání drog než silně etničně hrdí Američtí studenti, kteří se přiznali k většímu užívání drog (Marsiglia, 2001).

V Evropě k největším studiím v léčbě drogové závislosti patří *The National Treatment Outcome Research Study*. Z hlavních výsledků NTORS vyplývá, že klienti léčeni v rezidenčním zařízení po dobu více než 90 dnů, měli lepší výsledky než klienti s kratším pobytem. V České republice se provádí výzkum EVLTK, který patří mezi ojedinělé výzkumné projekty. Pomocí jedné metodologie hodnotí výstupy léčby ve čtyřech TK (Šefránek, 2014).

Matrix model, který v současné době patří k hodně využívanému typu léčby, se zkoumá v mnoha výzkumech. Model byl zkoumán v letech 2010 a 2011 v Íránu. Hlavním cílem bylo zhodnotit recidivu pacientů závislých na amfetaminu po ukončení léčby modelem Matrix. Závěr výzkumu ukázal, že pacienti, kteří se programu Matrix dlouhodobě účastnili, měli velmi nízkou pravděpodobnost návratu k braní AMT. U problémových pacientů, s malou podporou rodiny během léčby, delší závislostí na AMT a s trestnou činností, byl prokázán relaps (Moeeni et al., 2016). Další výzkum s modelem Matrix proběhl v letech 2009 - 2014 v Kapském městě. Zájmem studie bylo opět procento abstinujících po dokončení léčby. 986 pacientů, což představuje 54 % ze zkoumaného vzorku, se stalo úspěšnými abstinenty. Důležitým prvkem byla vysoká motivace při zahájení léčby. Pacienti bez vstupní motivace nebyli po ukončení léčby tak úspěšní (Gouse et al., 2016).

5.2 Trendy v medicíně

Významnou pomoc pro léčbu i prevenci drogové závislosti představuje poznání neurobiologických mechanismů. Experimentální modely zabývající se výzkumem neurobiologických mechanismů drogové závislosti využívají metody z okruhů

molekulární biologie, neuropsychofarmakologické behaviorální metody či neinvazní techniky, které pozorují energetické změny v CNS (Fišerová, 2000). Především molekulární patomechanismy představují zlom v současném drogovém výzkumu. Současně jsou významné i nové pokroky ve farmakologických přístupech, které poskytují nástroje pro drogové výzkumy. Jedná se hlavně o vysvětlení genetického polymorfismu v drogové látkové přeměně, enzymech, receptorech a dalších (Kéri & Tóth, 2003). Nové trendy ve farmakologických a psychosociálních léčbách, ať už samostatně nebo ve spolupráci, se ukázaly jako vysoce účinné při léčbě drogové závislosti. Výzkumníci z této oblasti přinášejí zásadní poznatky. Příkladem je výzkum *NIDA*, který identifikoval morfin látkou sloužící jako neurotransmitter ve specifických neuronech (CODAR, 1996).

5.3 Trendy v rostlinné léčbě

V posledních letech se velice zvýšil zájem o využívání rostlin v léčbě drogové závislosti. Výzkumy zkoumají účinky surových extraktů a aktivních látek rostlin na léčbu závislosti. Existuje velká řada rostlin uvedených na seznamu účinných a vhodných pro léčbu drogové závislosti či snižování abstinčních příznaků, ale jen pár z nich je detailněji zkoumáno a analyzováno v klinických studiích (Andrade & De Micheli, 2016).

Mezi významnou rostlinu užívanou při rostlinné léčbě patří Iboga (*Tabernaemontana iboga*), která patří do skupiny psychoaktivních indol alkaloidů. Účinná látka se získává z kořenů rostliny. Iboga má halucinogenní účinky a již po staletí ji užívají členové afrických domorodých kmenů. Podle vědecké literatury je látka ibogain účinná při léčbě ze závislosti na morfinu, heroinu či kokainu. To dokazují klinické studie, které ukázaly uspokojivé výsledky ve snižování závislosti na opiátech a zmírnění abstinčních příznaků. Látka ibogain se zkoumá především na klinikách v Evropě a v Mexiku. Je však nutné být při užívání ibogainu opatrný, jelikož tato látka je ve vyšší míře toxická (Ibid.). Další významnou rostlinou je Kudzu (*Pueraria lobata*), která se využívá v tradiční čínské medicíně. Po dobu více než 2000 let se čaj z kudzu zvaný *xing-jin-ling*, používá jako lék proti alkoholismu. Současné výzkumy z Harvardu na 300 případech potvrdily účinné výsledky této látky. Došlo k potlačení chuti na alkohol a abstinence byla bez vedlejších příznaků. Látka v rostlině kudzu dokáže snížit závislost

na alkoholu během jednoho týdne u 80% případů. Během dvou až čtyřech následujících týdnů by mělo dojít k úplnému vyléčení závislosti (Balch, 2002).

Mezi rostliny, které léčí problémy drogové závislosti, patří i amazonská ayahuaska. Její účinky jsou popsány v podkapitole 4.1 Peru, jelikož ayahuaska je nedílnou součástí léčebného programu v peruánském Takiwasi.

6. Zkoumané terapeutické komunity

Drogová závislost je populačním problémem v rozvojových i rozvinutých zemích. Existují různé přístupy a typy léčby jak pacienty ze závislosti vyléčit. V této diplomové práci jsou zkoumáni interní pacienti z terapeutických komunit ze třech zemí: Peru - terapeutické centrum **Takiwasi**, Nikaragua - terapeutická komunita **Centro de Especialidades en Adicciones** a Česká republika - terapeutická komunita **Renarkon**. Každá zmíněná terapeutická komunita vykazuje určité sobě vlastní specifika přístupu k pacientům a typu léčby.

6.1 Peru

Stejně jako ve většině rozvojových zemí světa patří drogová závislost k velkým společenským problémům i v Peru. Na začátku sedmdesátých let 20. století s pomocí Fondu OSN pro kontrolu zneužívání drog (UNFDAC) byly v Peru založeny první terapeutické komunity (Johnson et al., 2008). Peru patřilo do roku 1996 k největšímu světovému producentovi koky. Dnes je druhým největším producentem hned po Kolumbii. V roce 2009 bylo odhadem pěstováno 40 000 hektarů koky, v roce 2008 byl zaznamenán mírný pokles. Peru je druhý největší producent kokainu, za rok 2009 bylo zaznamenáno 225 tun čistého kokainu. Zpracovaný kokain je posílán z pacifických přístavů na mezinárodní trh s drogami, jenž má rostoucí základnu. Kokain je dovážen do Brazílie, Chile, Argentiny a do dalších zemí Latinské Ameriky. Zboží putuje i do Evropy a Afriky. Peru zažívá i velkou spotřebu drog na domácím trhu (Hanson, Venturelli, & Fleckenstein, 2014).

V Peru, ve městě Tarapoto, se nachází rehabilitační centrum pro výzkum závislostí a tradiční medicíny Takiwasi, s jejichž pacienty byly vedeny rozhovory. Takiwasi je soukromá nezisková organizace, která svou činnost zahájila v roce 1992. Ústava této organizace je dílem účastníků výzkumu v lékařské antropologii z roku 1986, který proběhl v horní peruánské Amazonii. Hlavním cílem Takiwasi je poukázat na lidské a přírodní zdroje tradičních léků, které pomohou s drogovou závislostí. Alternativa by měla být efektivní, levná a zaměřena na osoby z různých kulturních a

společenských úrovní. Pracovní tým se skládá z výzkumných pracovníků a odborníků několika národností z různých oborů (Huaman, 2011). Dotazovaní interní pacienti z centra Takiwasi byli především závislí na již zmíněném kokainu. Užívání kokainu je velice spjato s alkoholismem. Jeden z dotazovaných svou závislost na kokainu popisuje takto: *„Posléze jsem si uvědomil, že už v období adolescence jsem měl vážné problémy s alkoholem. Nevěnoval jsem tomu ale velkou pozornost. Proč? Protože jsem bral kokain. Kokain jednoduše způsobuje to, že tě zbaví opilosti.“* (T01) Další výpověď jiného pacienta tento fakt potvrzuje: *„Nevyzkoušel jsem ani cigarety, ani marihuanu. Rovnou jsem bral kokain. Kokain mi pomáhal s alkoholem. Dřív jsem pil. Od 18 do 22 let jsem hodně pil. Kokain přebije účinky alkoholu. Zbaví tě opilosti.“* (T07)

Metoda léčby v centru Takiwasi je založena na propojení současné moderní psychoterapie s amazonským tradičním léčitelstvím. Oba tyto koncepty se navzájem doplňují a jsou spolu úzce spojeny po celý průběh léčby. Do interní léčby v terapeutické komunitě Takiwasi jsou přijati jen muži v max. počtu 15 osob bez ohledu na jejich sociální situaci (Kavenská, 2013). Ženám není dovoleno vstoupit do rehabilitačního programu v Takiwasi. Hlavním důvodem je omezení, které s sebou nese využívání bylinné léčby. Druhým důvodem je zákaz navázání vztahu mezi mužem a ženou v průběhu léčby v Takiwasi, účinnost léčby by se velice snížila (Horák, et al., 2014). Pacient podává úmyslnou svobodnou žádost, že chce léčbu podstoupit. Tým terapeutů posoudí jeho motivaci a rozhodne o jeho přijetí. Centrum Takiwasi je otevřené, nejsou zde žádné donucovací prostředky, jež by bránily odchodu pacienta z léčebného procesu. Interní léčba v Takiwasi trvá minimálně devět měsíců. I nadále po ukončení léčby pacienti konzultují či dochází k terapeutům z centra (Mabit, et al., 1996). Léčba se řídí čtyřmi principy - otevřenost, dobrovolnost, apolitičnost a žádný nátlak na náboženské vyznání. Léčba v tomto peruánském centru je složena ze třech pilířů, které jsou navzájem propojeny - užívání rostlin, život v terapeutické komunitě a psychoterapie. Postup je zaměřen v první řadě na tělo, mysl a nakonec na duchovno (Kavenská, 2013).

Užívání rostlin v léčbě - centrum Takiwasi využívá koncept tradiční amazonské domorodé medicíny. Hojně užívaným medikamentem je přípravek ayahuaska, který je složen obvykle z rostliny *Banisteriopsiscaapi* a *Psychotriavidis*. Ayahuaska má

psychotropní účinky a to díky působení chemických sloučenin harmalových alkaloidů a dimethyltryptaminu (DMT), které jsou obsaženy ve zmíněných rostlinách (Labate & Jungaberle, 2011). Rostliny, které se používají do ayahuasky patří podle vegetalistů do skupiny *doctores*, což znamená, že obsahují ducha. Ayahuaska má zásadní roli při náboženském a kulturním životě amazonských indiánských kmenů. Tento nápoj se používá za účelem diagnostiky a léčby nemocí. Dalším důvodem je navazování komunikace s duchy rostlin, zvířat a osob. Indiáni věří, že ayahuaska jim dodává vědomosti, sílu a znalosti o jiných světech a budoucích událostech. Dále jim pomáhá objevit zvěř na lovu, znát plány svých nepřátel či cestovat v časoprostoru. Domorodé kmeny tomuto nápoji též přiřkládají roli odpovědnou za umělecké nadání svých členů (Luna, 2002). Požitím ayahuasky dochází především k otevření srdce a mysli, aby z člověka odešly všechny věci, které si nosí uvnitř sebe a které brání dalšímu vývoji osobnosti člověka (Regueiro, 2014). Nápoj z ayahuasky mohou požit muži, ženy i děti. Na ayahuasku není nahlíženo jako na drogu, nevzniká na ni závislost. Je to projímadlo, které vyvolá silné, ale účinné průjmy a zvracení. Zároveň dochází k zesílení stavu vědomí, proto má ayahuaska psycho - terapeutické, tradiční a náboženské využití (CLS, 2001). Ayahuaska se pojmenovává také jako *la purga*, což v překladu znamená očista, a toto označení tak potvrzuje její účinky (Luna, 2002). Rituál pití ayahuasky je doprovázen zpěvem *ícaro*. Šaman, který obřad řídí, zpívá *ícaro* ve svém rodném jazyce. Důležitější než text je však melodie a rytmus. Šaman svým zpěvem určuje průběh rituálu a dává pacientovi impulsy, které jsou spjaté s pitím ayahuasky. Při a po tomto rituálu se dostavuje i několikahodinové zvracení (Kuchař, 1998). Při rostlinné léčbě je velice důležité dodržovat předepsaná pravidla. Jedná se o sexuální abstinenci, dietu (nekonsumovat cukr, vepřové maso, smažená jídla atd.), vyvarovat se hlučnému prostředí a především zákaz konzumace alkoholu a drog. Porušení těchto pravidel znamená nežádoucí vydání energie, což by přineslo negativní dopad na stav jedince, podstupující tuto léčbu (Kavenská, 2013). Je třeba zdůraznit, že používané rostlinné medikamenty jsou využívány pouze terapeuticky. Významnou úlohu při léčbě má léčitel, který vystupuje v Takiwasi jako kněz, i když nepřijal svátost kněžství. Tento léčitel slouží pro své pacienty i jako sociolog. Typ léčitelského systému v centru Takiwasi pochází z části od indiánského kmene Aguaruna a Asháninků (Horák, 2013).

Život v terapeutické komunitě - jak je již napsáno v kapitole 4. Terapeutická komunita, život v TK je hlavně o společném soužití, sdílení svých problémů s ostatními pacienty, ale i personálem. Podle výpovědi dotazovaných pacientů z centra Takiwasi je toto soužití přínosné ale někdy i velmi náročné. *„Žít pohromadě je dobré proto, aby se člověk zbavil frustrace. Když se cítím špatně, můžu se o to podělit s ostatními lidmi. Někdy ale jsou chvíle, kdy mám chuť být sám. Je to obtížné, protože celou dobu je kolem tebe plno lidí. Chvilí pro sebe má člověk jenom na dietě, jinak ne.“* (T02)

Souhrnně lze říci, že pravidla života v terapeutické komunitě Takiwasi jsou stejná jako v jiných TK. Jedná se především o zákaz užívání drog, zákaz fyzického násilí či dodržování denního režimu. V Takiwasi platí zákaz komunikace s rodinou po dobu prvních třech měsíců pobytu. Při léčení pomocí rostlin je pacient povinen dodržovat sexuální abstinenci, držet dietu a pohybovat se v klidném, ničím nerušeném prostředí (Kavenská, 2013).

Psychoterapie - je potřeba zdůraznit, že užívání rostlin v centru Takiwasi probíhá v rituálním kontextu, ve kterém se spojí účinky rostlin s psychoterapeutickými praktikami. Všechny látky přijaté skrze léčbu rostlin si následně pacient sám analyzuje, dešifruje, interpretuje a zpracovává prostřednictvím různých psychoterapeutických technik, a to buď individuálně, nebo s celou TK (Mabit, 2007). V Takiwasi mají pacienti možnost se zapojit do velkého množství aktivit. Jedná se např. o pravidelné „*Matitunas*“ - ranní setkávání všech pacientů, z nichž vždy jeden má vyprávění o připraveném tématu. Probíhají pre a postayahuskové sezení, kde se rozebírá vliv ayahuasky na pacienta. Dále lze jmenovat spoustu seminářů např. Seminář o snech, Seminář pohádek či Seminář otcovství (Kavenská, 2013). Nedílnou součástí léčebného programu v Takiwasi jsou rituály. Úplně prvotní rituál, který pacient podstupuje, se nazývá Přejímací rituál. Jedinec se silnou vnitřní motivací a zbaven abstinenciho syndromu, přistupuje k rituálnímu ohni a za přítomnosti všech z TK vykonává předepsané úkoly. V průběhu rituálu spálí určitou věc, která symbolizuje jeho závislost. Dále mluví o svém budoucím životě bez drog. Mezi další rituály patří např. Rituál potní chýše, Rituál za nenarozené dítě a Rituál masek (Horák, 2013).

Souhrnně lze léčebný program v peruánském centru Takiwasi popsat jako propojení tradiční amazonské léčby s velkým důrazem na účinky rostlin spolu s moderní léčbou závislosti typickou pro současné TK. Nejedná se o léčbu substituční.

6.2 Nikaragua

Hlavní problém užívání drog v Nikaragui je způsoben geografickou polohou. Pobřeží Atlantiku leží na trase mezi překladištěm výrobců drog a spotřebitelských zemí. Dochází k situaci, kdy posádka naloženou loď drogami ze strachu ze zadržení svůj náklad hodí do moře. Rybáři tyto balíčky s drogami naleznou a poté dochází k nelegálnímu prodeji. Tyto výnosy z prodeje drog jsou mnohem vyšší, než je možné získat z rybaření a zemědělství (Thomas & Richardson, 2008). Nikaragua obecně představuje jihoamerickou námořní a pozemní cestu pašování heroinu do USA. Nikaragua byla také označena za výrobce a dodavatele metamfetaminu. Organizace obchodu s drogami (DTOs) však nadále z Nikaragui přepravuje pozemními, leteckými i vodními cestami drogy do USA. V roce 2009 došlo k velkému nárůstu pseudoefedrinu a záchytů amfetaminu. Kromě zabavení uvedených drog došlo i ke zničení tajné laboratoře na výrobu drog (INCSR, 2011). Užívání drog v Nikaragui vzrostlo v roce 2011 a to zejména při pobřeží Atlantiku. Vzrostla konzumace cracku, metamfetaminu a marihuany, především mezi 16ti až 35letými lidmi. Úřad OSN pro drogy a kriminalitu zveřejnil zprávu, že 0,7 % obyvatelstva užívá kokain. V boji proti braní drog slouží vzdělávání a donucovací prostředky, které vedou k řešení tohoto problému (INCSR, 2011).

Programy: *The NNP's Drug Abuse Resistance Education (DARE)*

The NNP's Second Step (Segundo Paso)

The Gang Resistance Education and Training (GREAT) (Ibid.)

V Nikaragui ve městě Managua se nachází nezisková organizace Centro de Especialidades en Adicciones a s jejími pacienty byly pořizeny rozhovory. Toto zařízení poskytuje pomoc lidem závislým na drogách a alkoholu. Filozofie léčby je založena na fyzických, mentálních, emocionálních, sociálních a duchovních dimenzích každého člověka. Posláním této neziskové organizace je pomoci jednotlivcům, rodinám

a komunitám, které jsou postihnuty závislostí a vytvořit jim takové podmínky, které jim dokážou najít cestu k důstojnému a naplněnému životu. Hodnoty, na kterých si CEA zakládá, jsou respekt a důstojnost, naděje, etika, závazek k zotavení, závazek k vědeckému výzkumu a závazek ke vzdělání a prevenci (CEA, 2014a).

Léčba v CEA (CEA, 2014b):

- Počáteční zhodnocení - identifikace problémů související se závislostí, doporučení léčby s ohledem na zdravotní, psychické a sociální problémy klienta.
- Rezidenční program - léčba ve strukturovaném a bezpečném prostředí zařízení. Jsou jasně odděleny prostory pro ženy a pro muže. Aplikuje se holistický model léčby s prvky Matrix modelu, který je zaměřen na léčení konkrétního jedince a jeho fyzické, psychické, sociální a duchovní dimenze. Probíhají individuální sezení, setkání s významnými odborníky, rodinné vzdělávání a skupina sociální podpory. Konají se přednášky na téma jako je závislost jako nemoc, ovládání hněvu, sebevědomí, smutek a mnoho dalších témat. V rámci léčby filozofií se využívá cvičení, zdravá výživa, meditace a jóga. CEA je zapojena do aktivit Anonymních alkoholiků a prostřednictvím návštěv, konzultací, přebírání činností se zvyšuje úspěšnost léčby.
- Ambulantní program - je určen pro pacienty s ohledem na jejich aktuální duševní a fyzickou kondici, kteří mají silnou rodinnou podporu při dokončení jejich léčby. Tento program vychází ze znalostí modelu Matrix, který se prokázal jako účinný. Doba trvání ambulantního programu je 16 týdnů.
- Následná péče - méně strukturovaná forma léčby pro ty, kteří úspěšně dokončili rezidenční či ambulantní program. Hlavním smyslem následné péče je poskytnout trvalou podporu těm, kteří začínají novou etapu svého života.
- Program Rodina - závislost silně ovlivňuje také rodinné příslušníky pacienta. Program Rodina učí rodinu pacienta chápat závislost jako nemoc. Pomáhá zvládat fáze závislosti, období léčby a zotavení. I tento model je postaven na základech modelu Matrix. Pacienti se svými rodinami se jednou týdně dostávají na setkání. Též probíhají týdenní sezení pouze s rodinnými příslušníky bez přítomnosti závislého (CEA, 2014b).

Je vhodné dodat, že v CEA bývá aplikována i substituční léčba, což potvrzuje ukázka z rozhovoru s pacientem z této terapeutické komunity (C09): „*Suboxine mi hodně pomohl, opravdu, prakticky jsem nepociťoval žádné vedlejší účinky nebo abstinenční příznaky. A přinesl jsem si ho sem, a když jsem začal tady svůj první den, navštívil jsem doktorku, a svěřil se jí s mým plánem. A ona souhlasila. A dokonale to zafungovalo.*“

Centro de Especialidades en Adicciones vede i několik projektů. Projekt *CEA Libre* vznikl v roce 2013 a hlavní činností je realizace společenských aktivit, kde je zakázán alkohol a jiné drogy. Projekt podporuje ty, co se rozhodli žít střízlivý život bez léků. Mezi aktivity, které Libre pořádá, jsou např. výlety, surfování, fotbalové zápasy, grilování a mnoho dalšího. Jedinou podmínkou k zapojení se do projektu Libre je vést abstinenční život a svou vůli sdílet s ostatními členy (CEA, 2014b).

CEA se velice zabývá prevencí. Činností CEA jsou besedy na školách a univerzitách, kde svou prezentací varují děti před užíváním drog. Projekt *The Brotherhood for hope* podporuje ostatní léčebny, kterým CEA pomáhá. Tento projekt svou činnost začal v roce 2011. Pomoc zahrnuje především najímání a školení poradců, kteří následně pracují v léčebných zařízeních (Ibid.).

Model matrix - tento model představuje intenzivní ambulantní léčbu pro drogově závislé, který zahrnuje i prevenci relapsu. V rámci programu probíhá i vzdělávání ohrožených skupin, sociální podpora, individuální konzultace a testování na přítomnost drog z dechu a moči (NCJFCJ, 2016).

Model Matrix byl vyvinut s odkazem na neurobehaviorální model na počátku 80. let 20. století v jižní Kalifornii, kde bylo následně založeno i centrum. Podnětem pro vznik Matrix centra byl velký nárůst jedinců užívajících kokain. Přes 3500 závislých na kokainu podstoupilo léčení metodou Matrix a poznatky z průběhu léčby byly využity pro další vývoj a modifikaci modelu. Od roku 1985 došlo k rozšíření o dalších 6 center v Kalifornii (Rawson et al., 1995). Základním principem Matrix modelu je utvoření pozitivního a hlubokého vztahu mezi pacientem a terapeutem. Terapeut svého pacienta pozorně naslouchá, ale určuje mu i směr nové cesty. Důležitá je empatie, důstojnost a respekt. Mezi další zásady modelu patří vytvoření explicitní

struktury léčby či vzdělávat i rodinné příslušníky pacienta (Rawson & Mccann, 2014). Samotný program je složen z osmi bodů. Prvním bodem je individuální konzultace mezi terapeutem a pacientem, kde si vyjasní cíle, kterých chce dosáhnout. Skupina pro rychlou obnovu dovedností, která je určena pro pacienty v prvním měsíci léčby. Dalšími body programu jsou prevence relapsu, rodinný vzdělávací program a sezení 12 kroků. V rámci modelu Matrix se provádí testování dechu a moči a analýza relapsu, kde by si měl pacient uvědomit příčiny, které ho vedou k relapsu. Poslední částí léčby je program sociální podpora, v němž se pacienti učí navázat nová přátelství v bezdrogovém prostředí (Rawson & Mccann, 2014).

Dotazovaní pacienti z CEA velice často v rozhovorech zmiňovali program 12 kroků např. (C04): *„Když člověk jednoduše aplikuje těch 12 kroků, je to jako plnit přikázání Ježíše Krista, Buddhy, kteréhokoliv filozofa, proroka, co žil. Je to v základu o tom, polepšit se, milovat sám sebe, milovat bližního svého a být dobrý člověk.“* Proto bude tomuto bodu z modelu Matrix věnováno více prostoru.

12 kroků bylo poprvé popsáno v knize Anonymní alkoholici od Billa Wilsona v roce 1939. Vydání těchto 12 přikázání mělo nesporný význam pro lidi bojující se svou závislostí. Tento program je jakýsi návod na obnovu myšlení, vytvoření duševního zdraví a podporuje celkovou regeneraci člověka. Jedná se o určitou filozofii (Carnes, 2012). 12 kroků se nijak nespojuje s jakýmkoliv náboženstvím nebo organizacemi, pouze dochází ke spolupráci s různými formami víry a ty tento program podporuje (Kathleen, 2006). 12 kroků poskytuje cestu k najetí svého boha a vytvoření si vztahu s ním. Pokud jedinec přijme to, že je bůh tím, co hledal a postrádal, dojde k spirituálnímu zážitku a k vyléčení se z jeho závislosti (Wilson & Dick, 2011). Sdružení AA aplikují při svém učení dané rituály a často opakované formulace, např. se modlí *Modlitbu míru*. Toto opakování jim pomáhá si dané formulace a přikázání lépe uložit do paměti, což napomáhá léčbě (Nešpor, 2011).

Pro ukázkou, jak 12 kroků zní, jsou vybrané kroky citovány (Kathleen, 1997, str.13, 81, 145):

- *„Krok první – připouštíme, že jsme bezmocní vůči (alkoholismu, ostatním lidem, nutkavým vzorcům chování) a přestali jsme být schopni zvládat své životy.“*

- „Krok šestý – začínáme si přát celou svojí duší, aby nás bůh zbavil všech našich charakterových vad.“
- „Krok dvanáctý – duchovní probuzení, jež jsme získali díky těmto krokům, se snažíme předávat ostatním a praktikovat tyto principy ve všech svých záležitostech.“

Závěrem této podkapitoly, lze konstatovat, že léčba v centru Centro de Especialidades en Adicciones v Nikaragui je založena na hlubokém vztahu pacienta a terapeuta, velkém množství konzultací, vzdělávacích akcí pro závislého i jeho rodinu. Léčebné metody vycházejí z učení Anonymních alkoholiků a z modelu Matrix.

6.3 Česká republika

Situace před rokem 1989 byla typická pro totalitní společnost. Skupiny narkomanů byly velice uzavřené a uživatelé drog si drogy sami vyráběli. Veřejnost i legislativa byla v otázce drog velice přísná. Díky uzavřeným hranicím a tehdejší měně nepatřilo Československo do mezinárodního drogového obchodu. Marihuana byla typickou nelegální drogou v té době, dále i braun a pervitin. Hojně se užívaly i těkavé látky a alkohol (Radková & Rausová, 2015). Dnes je na našem území plně rozvinuta drogová scéna. ČR je cílovou zemí pro všechny druhy omamných a psychotropních látek, je také zapojena do výroby a přepravy marihuany a pervitinu či do praní špinavých peněz z drogového prodeje. Podle odhadů se v ČR za rok vyrobí 6 tun pervitinu (Mahdalíčková, 2014). Podle všech studií od roku 2008 je nejčastěji užívanou drogou konopí (27 % obyvatelstva). Extáze se řadí dlouhodobě na druhé místo nejčastěji užívaných drog. Mezi další užívané drogy patří pervitin, amfetamin, kokain a LSD. Pouze heroin patří mezi velmi málo užívanou drogu (pod 1%). Na velmi vysoké úrovni je riziková konzumace alkoholu (17% obyvatelstva). Výsledky Národního výzkumu užívání návykových látek z roku 2012 potvrdily využívání konopných látek a byl zaznamenán pokračující pokles v užívání dalších nelegálních drog. Česká společnost obecně má stabilní postoje k užívání návykových látek. Je zaznamenán mírný pokles přijatelnosti kouření tabákových výrobků. Zvyšuje se však přijatelnost konzumace alkoholových nápojů a užívání konopných látek (NMSDDZ, 2013).

V době komunismu se v Československu zprvu nepoužíval termín TK ale léčebný kolektiv. Pro české odborníky byly významné práce od ukrajinského pedagoga A.S. Makarenka, který byl zakladatelem modelu výchovných komun. Vůbec první zařízení pro drogově závislé používající prvky TK vzniklo v roce 1948 Jaroslavem Skálou známé pod názvem Apolinář. Zde byly poprvé použity principy léčebně výchovného kolektivu (Růžička, 2011). Jaroslav Skála zavedl v TK přísný režim léčby s důrazem na kázeň a pořádek a touto metodou dosahoval skvělých výsledků. Pacienti byli směřováni k větší odpovědnosti, k posilování své vůle či k nalezení nových zájmů a činností. Důležité bylo zvládat kritické stavy napětí a frustrace bez potřeby alkoholu. Tento Skálův přístup se začal praktikovat v mnoha léčebnách. Tento model ale nebyl ideální pro mladé drogově závislé s nevyzrálou osobností, jelikož se ukázalo, že nejsou schopni v léčbě obstát (Kamil Kalina et al., 2008). Od druhé poloviny 60. let vznikla další zařízení s principy TK v Praze, v Brně a Kroměříži. Kroměřížské oddělení představuje dodnes typický model demokratické terapeutické komunity v České republice (Růžička, 2011). Za zmínku také stojí terapeutická komunita v Lobči z roku 1954, která svou činností udala směr dalším komunitám. Terapeutky, které v Lobči působily mnoho let, tvořily se svými pacienty jakousi jednu rodinu. TK v Lobči měla výhodnou polohu, jelikož se TK nacházela daleko od Prahy, a tak pacienti díky špatné dostupnosti měli svůj život v izolaci o to jednodušší (Kratochvíl, 1979). Velkou vlnu diskuzí vyvolal zákon po roce 1948 a po roce 1970, který povolil nedobrovolnou ambulantní léčbu. Otázka byla, zda je možné vyléčit závislou osobu bez její vlastní motivace. Pracovníci léčebných zařízení však tvrdili, že jsou schopni pomoci jen motivovaným lidem. Podle mínění Jaroslava Skály je tedy potřebné, aby byl motivován i terapeut, jelikož dokáže svým přístupem motivovat i pacienta (Kalina, 2003). Po revoluci v roce 1989 se začal angažovat do systému lékařské péče nestátní a neziskový sektor. Mezi nejznámější organizace patřila nadace DROP-IN a SANANIM. Od 90. let nastal velký pokrok v systému péče (Ibid.). V těchto letech nastaly změny v trendech léčby, které byly způsobené vysokým nárůstem zneužívání nelegálních drog (Csémy et al. 2005). V zahraničí se rozvíjely nové metody léčby a terapeutické modalities, které se aplikovaly i do českého systému. Zakládala se nízkoprahová zařízení, probíhaly terénní programy či programy na minimalizaci škod. Ve 2. pol. 90. let se vyprofilovaly státní a nestátní organizace, zabývající se léčebnou péčí. Tyto organizace v léčbě využily nové moderní poznatky

z oblasti neurobiologického výzkumu. Velkým přínosem bylo zavedení léčebných programů, které byly cíleně zaměřeny na specifické skupiny např. na závislé z etnických menšin, matky s dětmi či na závislé ve vězení (Ibid).

V České republice je léčbě drogově závislých využívána i metadonová substituční léčba. Metadon je však dodáván pouze do některých substitučních center v ČR, jedná se o centra v krajských městech. Na rozdíl od jiného substitučního léku - buprenorfinu, který je distribuován bez omezení (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Metadon se užívá u substituční terapie závislých jedinců na opiátech. Cílem je nahradit opiát (např. heroin) substitučním lékem (Orel & Facová, 2010). V rámci metadonového programu se klientům denně perorálně podává metadon ve formě sirupu. Výsledky studií ukazují, že úspěšnost léčby touto metodou je až 25% (Švarc, 2008). Nežádoucí účinky této léčby metadonem je zvracení, sucho v ústech, ospalost či pocení. Na lék metadon se též může vyvinout závislost (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

V České republice vznikly rozhovory s pacienty z terapeutické komunity Renarkon, sídlící v Beskydech. Terapeutická komunita Renarkon o.p.s. poskytuje léčbu drogově závislým po dobu 6-12 měsíců. Cílem Renarkonu je pomáhat pacientům TK překonat svoji drogovou závislost, nalézt cestu k trvalé abstinenci a vrátit se zpět do plnohodnotného života. Metoda léčby využívána v TK Renarkon je založena na resocializačním procesu s poznatky z bio - psycho - sociálním modelu léčby drogově závislých, který je složen ze skupinové terapie a klade důraz na pracovní terapii. Léčba je složena ze čtyř fází, které mají pacienta motivovat do takové míry, aby zvládl život bez drog a navrátil se do společnosti (RENARKON, 2015). Bio- psycho - sociální model se začal aktivně využívat od 60. let. Tento model pracuje s genetickými a biologickými dispozicemi, se zranitelností pacienta a se spouštěči závislosti. Do léčby jsou zahrnuty léky spolu s psychosociálními terapiemi. Model má široký záběr. Využívá prvky biomedicínského modelu s poznatky z psychologických a společenských věd, rozvíjí spolupráci s jinými obory a aplikuje nové metody léčby. Tento model praktikovaný v zařízení Renarkon tvrdí, že je díky příznivým podmínkám možné závislost přerůst, tedy zcela se uzdravit (Kalina, 2003). Mezi další stěžejní metody v Renarkonu patří arteterapie, vzdělávací skupiny, prevence relapsu, krizová intervence a jiné

(RENARKON, 2015). Léčba v zařízení Renarkon je hrazena státem, což je rozdíl oproti dvěma předešlým představeným komunitám, kde si pacienti hradí poměrně drahou péči ze svých financí. Tento fakt dokazuje následující výpověď (R11): „*Všichni jsme tady evidováni přes Úřad práce a bereme sociální dávky. Takže z těch sociálních dávek se vlastně pokrývá léčba*“.

TK Renarkon je součástí občanského poradenského střediska Renarkon, které bylo založeno v roce 1997 v Ostravě. Mezi některá další zařízení Renarkon o.p.s. patří Centrum primární prevence, Kontaktní centrum Ostrava, Terénní program Ostrava či Klub absolvent (RENARKON, 2015). Renarkon vede i preventivní programy (*Bud' OK*) pro žáky ZŠ a studenty SOU, SŠ a VOŠ. Program *Bud' OK* je zaměřen na problematiku drog a šikany, pomáhá si osvojovat komunikační a argumentační dovednosti, vztahy v kolektivu. Učí zásady zdravého životního stylu, toleranci k menšinám atd. (Sikorová, 2012).

České terapeutické komunity řeší problém se získáváním financí na svůj provoz. Každým rokem je ohrožena existence TK z důvodu systému jednoletého financování. V případě nedostatku finančních prostředků může dojít k zhoršení kvality péče. Profesionální TK by se staly více svépomocné, což by ale mohlo znamenat menší efektivitu (Kooyman, 2004). Tento problém se ale netýká terapeutické komunity Renarkon. V TK Renarkon sídlící v obci Čeladná došlo v roce 2011 k velké rekonstrukci budov tohoto centra, které byly v nevyhovujícím stavu. Díky evropským dotacím a finanční podpoře od města Ostrava v celkové výši 20 milion korun, mohla být tato rekonstrukce zhotovena. Úklidových pomocných prací se zúčastnili i klienti TK Renarkon (Machálek, 2011).

Léčbu pacientů v české terapeutické komunitě Renarkon lze shrnout jako léčbu typickou pro současné evropské terapeutické komunity založené na bio - psycho - sociálním modelu. Klienti podstupují skupinové terapie i individuální pohovory. Léčba je hrazena státem.

7. Výzkumná část práce

Tato diplomová práce bude v praktické části postupovat na základě kvalitativního výzkumu. Pro lepší pochopení budou vysvětleny základní postupy a techniky, které povedou k vytvoření zakotvené teorie o identitě interních pacientů terapeutických komunit pro drogově závislé v interkulturní perspektivě. Zakotvené teorie bude dosaženo pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Základní literaturou pro výzkum založený na zakotvené teorii je kniha Základy kvalitativního výzkumu - postupy a techniky metody zakotvené teorie od odborníků Strauss a Corbinové (1999).

7.1 Vlastní postup kódování rozhovorů

Existuje více postupů, jak prakticky provádět kódování. Někteří výzkumníci používají metodu bez použití počítače, k textu ručně připisují kódy, které dále analyzují. Kódování lze provádět i ve speciálních programech pro toto určené. Já si zvolila metodu analyzování v MS Excel, kde jsem následně vytvořila grafy z výsledků otevřeného a axiálního kódování.

Po obdržení rozhovorů v elektronické podobě jsem rozhovory zkopírovala do programu MS Excel do první buňky A. Tento krok byl potřebný pro následné jednodušší a přehlednější vytváření kódů. Otevřené kódování proběhlo po odstavcích, jinak řečeno, byla okódovaná odpověď od dotazovaného pacienta. Pro jeden odstavec se může použít i více kódů, které se zapisují do buněk B, C, D atd. Je důležité podotknout, že kódy mají subjektivní charakter. Každý výzkumník by pro zkoumanou část textu uvedl označení jiné, i když se stejným smyslem. Pro představu uvádím výstřižek z kódování rozhovoru s pacientem C05 z CEA.

Obrázek 1: Ukázka otevřeného kódování

94	Další otázka je trochu stejná, jako jedná, o které jsme již mluvili, takže uvidíš. Jaký faktor tě nejvíc motivuje, abys pokračovala v léčbě?			
95	Osobní život, moje budoucnost, chci mít v budoucnu rodinu, což jsou velké motivace.	touha po rodině	motivace	
96	Včera jsme dělali škálu, dotazník. Teď mám tady čtyři otázky, které se k tomu dotazníku váží, abychom to prohloubili. Řekla bys, že spolužití s pacienty je klíčové pro tuto léčbu?			
97	Jasně, že je. Protože když je tu pacient, který tě nasírá, je to osina v zadku při léčbě. Ale když je tady družnost, všechno jde dobře. Takže spolužití je velmi důležité, s jinými lidmi a také se velmi praktikuje level tolerance jedince.	velká důležitost spolužití	spolupráce	tolerance

Zdroj: vlastní zpracování

Po skončení přiřazení jevů jsem si vytvořené kódy zkopírovala do nového listu, kde jsem kategoriím určila nadřazenou kategorii (subkategorii). Vytvořila jsem si sloupce s názvem Zakotvenost a Hustota, jejichž výsledky jsem graficky zpracovala. Jde o zakotvení a hustotu kódů z otevřeného kódování na vytvořené subkategorie. Dalším bodem u axiálního kódování je určení vztahu mezi kategoriemi a subkategoriemi. Pro vytvoření správného paradigmatického modelu mi sloužila následující tabulka s pomocnými otázkami.

Tabulka 1: Vytvoření paradigmatického modelu

Paradigmatický model axiálního kódování	Pomocné otázky
Příčinné podmínky - PP	Co zapříčinilo to, že se něco stalo.
Jev - J	Jak se něco jeví.
Kontext - K	Za jakých okolností se něco děje.
Intervenující podmínky - IP	Co má na průběh toho, co se děje vliv.
Jednání/interakce – J/I	Jak někdo reagoval na to, co se děje.
Následky - N	Jaké následky mělo to, co se stalo.

Zdroj: vlastní zpracování

Obecně lze tedy říci, že při otevřeném kódování jsem rozhovory otevřela a při axiálním kódování došlo k jejich poskládání zpět, za pomoci najití vztahů. V selektivním kódování, poslední části výzkumu, jsem vyložila kostru příběhu. Tato kostra příběhu je založena na paradigmatickém modelu z předešlého kroku analýzy. Hlavním bodem je navazování vztahů kategorií na centrální kategorii. Centrální kategorie vyplyne ze selektivního kódování jako jev, označený písmenem J ve sloupci C v MS Excel. Takto získanými výsledky, jsem odhalila to, co bylo v datech skryto. Vytvořila se zakotvená teorie.

7.2 Výzkumný vzorek

V tabulkách níže jsou uvedeny základní údaje o dotazovaných pacientech ze zkoumaných komunit. Respondenti jsou z různých sociálních vrstev a s rozličnými společenskými statusy. Jedná se např. o jedince, kteří nebyli schopni zvládnout své školní povinnosti, ale i o jedince, kteří ve svém povolání zastávali vysoký post. Někteří dotazovaní závislí jsou matky či otcové od rodin, jiní svobodní a bez závazků. Lze tedy vidět, že zkoumaný vzorek je různorodý.

Tazatel pokládal na začátku základní otázky o jméně, stavu a typu drog, na kterém je pacient závislý. Dále se v rozhovoru objevily otázky o důvodech, které iniciovaly braní drog. Následně pokračovaly otázky o podpoře rodiny či rodinných problémech. Zajímavé byly otázky o motivaci. Dotazovaní mluvili i o svých názorech na soužití s ostatními pacienty. Poslední otázky se týkaly náboženství a jeho vlivu na uzdravení z drogové závislosti. Některé otázky byly položeny podle dotazníku s názvem Dimenze změny. Průměrná délka rozhovoru byla 23 minut.

Tabulka 2: Charakteristika dotazovaných z Takiwasi

	Kód pacienta	Věk	Národnost	Pohlaví	Závislost
1	T01	31	argentinská	muž	alkohol, marihuana, kokain, LSD, extáze, MDMA, syntetické drogy
2	T02	29	francouzská	muž	marihuana
3	T03	23	peruánská	muž	PBC, marihuana
4	T04	27	argentinská	muž	kokain, alkohol, marihuana
5	T05	30	peruánská	muž	marihuana, kokain, crack, kokainová pasta
6	T06	27	brazilská	muž	marihuana, taneční drogy, crack, kokain, rajský plyn, syntetické drogy
7	T07	29	španělská	muž	kokain
8	T08	30	chilská	muž	kokainová pasta, marihuana
9	T09	29	francouzská	muž	heroin, kokain, amfetamin, MDMA, LSD, houby, ketamin, ředidla, marihuana, alkohol
10	T10	26	francouzská	muž	heroin, marihuana

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3: Charakteristika dotazovaných z CEA

	Kód pacienta	Věk	Národnost	Pohlaví	Závislost
1	C01	21	nikaragujská	muž	marihuana, kokain, crack, alkohol
2	C02	35	americká	muž	marihuana, kokain
3	C03	26	nikaragujská	muž	alkohol, kokain
4	C04	24	nikaragujská	muž	marihuana, kokain, extáze, LCD, alkohol
5	C05	-	nikaragujská	žena	crack, marihuana, houbičky, extáze, LCD, DMT
6	C06	28	nikaragujská	muž	hazardní hry
7	C07	43	nikaragujská	muž	hazardní hry
8	C08	29	nikaragujská	muž	alkohol, kokain, marihuana, crack
9	C09	29	americká	muž	alkohol, marihuana, kokain, léky proti bolesti, heroin
10	C10	22	nikaragujská	žena	benzen, kokain, alkohol

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4: Charakteristika dotazovaných z Renarkonu

	Kód pacienta	Věk	Národnost	Pohlaví	Závislost
1	R01	32	česká	muž	marihuana, alkohol, pervitin
2	R03	22	česká	muž	marihuana, pervitin
3	R04	33	česká	muž	pervitin
4	R05	26	česká	muž	pervitin, syntetické drogy
5	R06	22	česká	žena	pervitin
6	R07	34	česká	muž	pervitin, alkohol, marihuana
7	R09	25	česká	muž	pervitin, alkohol, marihuana
8	R10	32	česká	muž	pervitin
9	R11	24	česká	muž	pervitin, heroin, alkohol, marihuana, opiáty
10	R12	22	česká	žena	pervitin, marihuana

Zdroj: vlastní zpracování

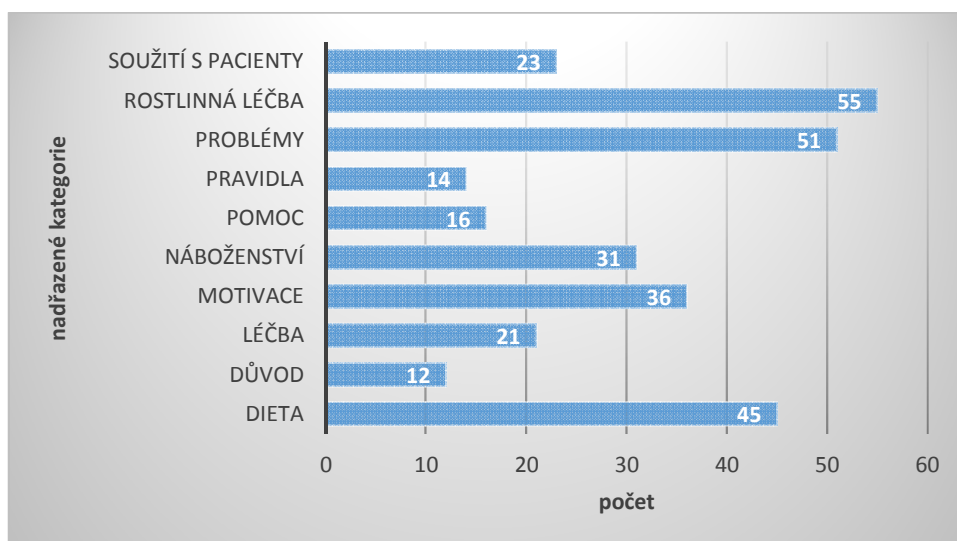
8. Obsahová analýza rozhovorů

V této kapitole budou prezentovány výsledky obsahové analýzy třiceti semi-strukturovaných rozhovorů s pacienty s terapeutických komunit v Peru, Nikaragui a České republiky.

8.1 Obsahová analýza rozhovorů z Takiwasi

Během otevřeného kódování deset semi-strukturovaných rozhovorů z Takiwasi z Peru vzniklo 365 kódů. Tyto kódy se rozpadly do 10 rodin, nebo-li nadřazených kategorií s určitou hustotou, která je vidět v grafickém zpracování. U nadřazených kódů s největší četností či nejvíce vystihující daný typ léčby, jsou pod daným grafem citovány výpovědi pacientů.

Graf 1: Výsledky otevřeného a axiálního kódování Takiwasi



Zdroj: vlastní zpracování

A) Rostlinná léčba

Pacienti zmiňovali užívání rostlin v léčbě, jako jeden z hlavních aspektů léčby v Takiwasi. „Zároveň nemohu bez pochyby opomenout užívání rostlin. Nemám tím na mysli pouze entheogeny jako je ayahuasca, ale také rostliny používané při dietě. Jde o léčivé rostliny. A pak jsou zde také purgy. Je neuvěřitelné, jak ty rostliny fungují. Stále víc a víc si uvědomuji, jak mi pomáhají.“ (T01) Odpověď na otázku, která z metod léčby

je pro pacienta nejzásadnější: „Tady to, že se mohu spojit s rostlinami. Pomáhají mi vidět člověka, kterého jsem nedokázal spatřit. Moje sebevědomí bylo nulové. Nevěřil jsem si. Teď mi rostlinami pomáhají vidět sebe sama mýma očima. Vidím jak stránky, které se mi na mě líbí, tak i ty, které se mi nelíbí. Dávám si to dohromady a cítím se víc sám sebou. Je to ale důsledek úsilí, které vzniká mezi mnou a rostlinami, mezi terapeuty.“ (T05)

B) Dieta

„Podle mě jsi po post-dietě a po léčbě schopný vyjmenovat rozdíly. Po 3... 5 nebo 6... 7 nebo 8... 9, 10 měsících... Po dietě jsi schopen hovořit o rozdílech. Je to propojené. Na dietě jsi ale 10 dní sám a máš čas přemýšlet, zpracovat a vstřebat veškeré věci, jimiž sis tady během posledních pár... během 3 měsíců prošel.“ (T06) „Co se mi nejvíc líbí, co mi nejvíc pomáhá, je dieta.“ (T07)

C) Soužití s pacienty

Život v TK znamená sžít se s ostatními pacienty a společně si pomáhat při léčbě závislosti. To dokazuje následující výpověď: „Z toho, co mi nejvíc pomáhá, bych jmenoval soužití s ostatními pacienty (convivencia). Žít s lidmi, kteří mají obdobné problémy a které jsem si nevybral. Naučilo mě to toleranci.“ (T01) „Ze začátku jsem si to nijak zvlášť nemyslel. Žít s ostatními je ale domnívám se důležité. Máme k sobě důvěru. Víme, co se smí a co ne... Na čem je třeba v rámci soužití s ostatními zapracovat. Žijeme celou dobu spolu. Je to jako trošku jako v rodině. Nevybíráme si ji, ale musíme žít pohromadě. A když nastanou problémy, musí se řešit.“ (T10)

D) Náboženství

Vliv náboženství, či víry obecně, nelze v peruánském centru opomenout. „Cítím, že mi to velmi pomáhá. Dává mi to sílu pokračovat v léčbě. Občas mě to skolí, srazí na kolena, snaží se mě to porazit. Pomodlím se za to a to mi dodá sílu.“ (T03) „Náboženství pro mě v tuto chvíli hraje důležitou roli, pomáhá mi stát nohama na zemi, nelítat tolik v oblacích, nepřemýšlet tolik... Pomáhá mi to v tom, abych byl vyrovnanější. Před tím jsem cítil prázdnotu. Nic nemělo smysl. Teď to ale vím.“ (T08)

E) Problémy

Závislost na drogách rozvrací vztahy v rodinách. „Ano, způsobilo mi jich to spoustu. S mou matkou, s mou rodinou, s mými partnerkami. Ovlivňuje to všechno. Přátele... Všechny vztahy. Nejsem to já, změní mě to v někoho jiného. Nelíbí se mi to.“ (T05)

Problémy vznikají i ve škole či zaměstnání. „Ano. Problémy s chováním. Vždycky to bylo s chováním. Občas jsem se s někým popral. S mými nadřízenými. Lhal jsem. Byl jsem násilnický anebo prostě jen nechodil do práce. Prostě jsem nešel. Byl jsem zdrogovaný. Drogy ovládaly mou mysl natolik, že jsem nebyl ani schopný zavolat šéfovi, abych mu řekl, že nepřijdu.“ (T06)

Braní drog má za následky i fyzické problémy, často i s doživotním trváním. „Byl jsem velmi pohublý, velice štíhlý. Toto víc než cokoli jiného. Mnohokrát jsem trpěl tachykardií. Párkrát jsem omdlel.“ (T07)

„Mám poškozenou bránici a špatně se mi prokrvuje organismus v důsledku mého systematického užívání ředidel, inhalantů. Bolí mě to. To je jeden příklad. Mám ucpané dutiny. Jsem tady 7 měsíců, nekouřím, žiju zdravě, ale... Uvědomil jsem si, že mám také další problémy v jiných částech těla. Hlavně je to ale na těchto dvou místech.“ (T01)

Určení vztahů mezi kategoriemi došlo pomocí paradigmatického modelu. Každý kód dostal zkratku PP, J, K, IP, J/I, N (viz. Tabulka 1 - Vytvoření paradigmatického modelu, str. 35)

Paradigmatický model rozhovorů s pacienty z Takiwasi vyloženého pomocí zkratk pro axiální kódování vypadá následovně.

PP: Důvod > **J:** Rostlinná léčba > **K:** Náboženství > **IP:** Motivace, Dieta, Soužití s pacienty > **J/I:** Pomoc, Pravidla > **N:** Problémy

V posledním kroku obsahové analýzy, **selektivním kódování**, se vyloží celá kostra příběhu. Tento krok přímo navazuje na paradigmatický model vytvořený v axiálním kódování, dojde k jeho vysvětlení, nalezení zakotvené teorie. Vytvoření vztahů kategorií s centrální kategorií, která je označena písmenem J.

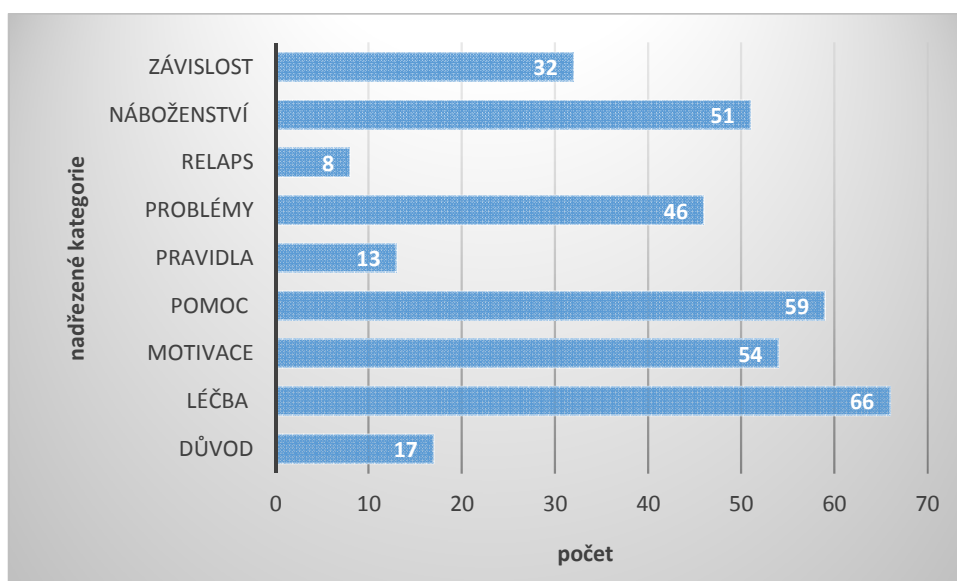
Příčinnými podmínkami, proč dotazovaní započali s užíváním návykových látek, jsou důvody. Mezi tyto důvody patří touha zkusit něco nové, vyrovnat se svým kamarádům a zapadnout do party. Důvodem je i špatné rodinné zázemí, problémy ve vztazích a snaha uniknout z reality. Jev, tedy centrální kategorie v kostře příběhu rozhovorů s pacienty z Takiwasi, je rostlinná léčba. Tato léčba podle výpovědí nejvíce pomáhá pacientům léčit se ze své závislosti. Díky ní našli i sami sebe, došlo k nalezení příčin problémů a k jejich řešení. Tato rostlinná léčba se děje za určitých okolností. Kontextem v tomto případě je náboženství. Víra obecně je v centru Takiwasi nedílnou součástí léčebného programu. Bez spirituální stránky nelze léčbu dokonale podstoupit, jelikož léčba není zaměřena jen na lidské tělo, ale i na lidské myšlení. Intervenujícími podmínkami, tedy jevy, které mají na rostlinnou léčbu vliv, jsou motivace, dieta a soužití s pacienty. Motivace je velice důležitým bodem v léčbě. Každý, kdo je do léčení přijatý, musí prokázat silnou vnitřní motivaci. Pacienti mají mnoho cílů, proč léčbu dokončit a začít život bez drog. Těmito motivacemi jsou např. děti, partnerka, dokončení školy či si najít slušné zaměstnání. Dieta je další intervenující podmínka. Bez držení diety není možné dosáhnout požadovaných výsledků rostlinné léčby. Soužití s pacienty je další bod, který pacienti identifikovali jako jeden z nejdůležitějších pro jejich vyléčení. Jak někdo reagoval na to, co se děje, je v tomto případě hledání pomoci a dodržování pravidel v dané komunitě. Pomoc je nalezena v práci terapeutů, společném bydlení s kolegy a hlavně v užívání rostlin. Reakcí na léčbu je i dodržování základních pravidel v TK. V tomto případě se kromě základních pravidel typických pro každou TK jedná i o zákaz žen do léčby v centru Takiwasi. Následky toho, co se stalo, tedy braní drog, jsou problémy. Tyto problémy jsou rázu rodinného, ale i problémy ve škole a na pracovišti.

Centrální kategorií v případě Takiwasi byl určen jev - rostlinná léčba.

8.2 Obsahová analýza pacientů z CEA

Během otevřeného kódování deseti semi-strukturovaných interview z CEA z Nikaragui vzniklo 434 kódů. Tyto kódy se rozpadly do 9 rodin, neboli nadřazených kódů.

Graf 2: Výsledky otevřeného a axiálního kódování CEA



Zdroj: vlastní zpracování

A) Léčba

„Už jsem byl v této léčbě tři krát. Ale vrátil jsem se, protože jsem o tom přesvědčený, a jsem si jistý, že tato léčba funguje. Proč? Protože ve chvíli, kdy jsem vyšel z této léčby, dělal jsem věci, které mi říkali tady, abych dělal. Četl jsem literaturu, chodil jsem na skupiny, poslouchal jsem hudbu, dělal jsem si harmonogram, sledoval jsem si kroky... Rozumíš?“ (C03)

Odpoověď na otázku, proč si pacient vybral právě centrum CEA *„Protože si myslím, že je nejlepší z Nikaragui. Už jsem tu léčbou prošel, takže jsem věděl, že funguje. Věděl jsem, že je to tu pěkné, znal jsem terapeuty, lidi, co tu byli“ (C04).*

B) Pomoc

Dle funkce zakotvenost a hustota vyšly výsledky, že pacienti dostávají pomoc hlavně od své rodiny. *„Podporuje tě někdo v léčbě? Ano, můj manžel a můj tatínek.“ (C01)*

Někteří pacienti však hledali pomoc hlavně u boha. „V první řadě jsem prosil o pomoc Boha, protože jsem cítil tu potřebu. Cítil jsem potřebu, aby mi něco externího pomohlo. Nic z toho, čím jsem se chtěl vyléčit, nefungovalo. Taková je skutečnost.“ (C06)

Jelikož je léčba v CEA hrazena pacientem samotným, pro některé jedince je důležitým faktorem především finanční pomoc. „Můj ex přítel a moje rodina mě podporují. Také finančně, oni to platí, já minula úplně všechno kvůli závislosti.“ (C05)

C) Motivace

Otázka tazatele zněla, co pacienta nejvíce motivuje v léčbě. „To, že chci změnit svůj život. Chci mít jiný život. Vyjít z toho pekla, ve kterém jsem byl. Chci tohoto pekla zbavit mou rodinu. Tím, jak má nemoc postupoval, nakazil jsem je jí také. Každý den jsme měli víc problémů. Okradl jsem je o klid a štěstí. A už jsem z toho unavený. Už jsem unavený z toho, že nejsem schopný žít život tak, jak bych měl.“ (C06)

„Vidět se bez toho, abych bral drogy, můžu se jít projít s dětmi na nějaké místo bez jakékoliv drogy, alkoholu. A také mít kariéru. Protože jsem studoval a nedokončil jsem studium na své povolání. Mít kariéru, být s mojí manželkou, a kdybych nebyl s manželkou, cítit se dobře sám se sebou. Vlastně, mít vnitřní klid. To je to, co chci nejvíc.“ (C03)

D) Náboženství

Terapeutická komunita v Nikaragui má spirituální program. To znamená, že nikdo není nucen věřit nějaké víře či účastnit se mší a svátostí. Víra je však pro pacienty jeden z hlavních aspektů, který jim pomáhá v léčbě. Někteří pacienti vyznávají konkrétní náboženství, např. křesťanství nebo buddhismus. Mnoho z nich však věří v určitou vyšší moc.

„Já se denně obracím na vyšší sílu, aby mi dal sílu a energii a mír, abych mohla pokračovat v léčbě. Vždy hledám podporu, abych mohla jít kupředu.“ (C05)

„Náboženství hraje ale svou roli. Závislý člověk si totiž obyčejně není schopný pomoci sám. Někdy mu ani profesionálové nedokážou pomoci, přestože sám chce.“

Člověk se musí chytit něčeho, co ho přesahuje. V tomto ohledu hraje náboženství důležitou roli, protože ti dodá sílu pokračovat. “ (C07)

„Podle mě má víra zásadní roli. Věřím v Ježíše Krista, v Pána Boha. Myslím si, že to byl on, kdo mě vysvobodil, že díky němu jsem naživu. Potom, co jsem se předávkoval, jsem mohl být jednoduše mrtvý. Měl jsem nehody. Pokusil jsem se o sebevraždu. Usadilo se mi to v hlavě a nedokázal jsem se toho zbavit. Myslím si, že to dokáže jenom Bůh. Jsem přesvědčený o tom, že na celém světě jsou lidi, co nevěří v náboženství, ale ve spiritualitu. Já ale v Boha věřím. Jsem katechumen. Katolík.“ (C04)

E) Problémy

Podobně jako u předchozí analýzy rozhovorů z Takiwasi, i u pacientů z CEA jsou problémy následky toho, že začali s braním návykových látek.

„Ano, měl jsem problémy. Když jsem bral opiáty a šel jsem ráno do práce, musel jsem si dát malou dávku drogy a když ne, začal bych mít abstinenční příznaky v práci. Byl jsem hodně asociální, úzkostlivý, panický; úplný proklad k tomu, jaký jsem normálně. A dostalo se to do bodu, kdy jsem odešel z práce shánět drogy.“ (C09)

„Ale za posledních pár let mi to problémy způsobilo, nechtěl jsem se zúčastňovat rodinných setkání, jako třeba narozeniny mé neteře, nechtěl jsem být součástí Vánoc, Díkuvzdání, opravdu jsem tam nechtěl být, radši jsem seděl ve stripklubu a sjížděl se... Takže jo, rozhodně vnímám, že to způsobuje rodinné problémy.“ (C02)

„Poprvé mi řekli, že jsem v pořádku a že čas kdy jsem bral, nebyl tak škodlivý. Když jsem však přišel podruhé, byl jsem ubohý. Cukr na téměř diabetické úrovni, vysoký cholesterol, zničené játra, to je to co ti říkám, jsem tady díky Bohu, protože ten mě osvobodil od všech těch příčin. Když jsem přišel teď, přišel jsem se špatnou ledvinou. Vysoký cholesterol. Takže samozřejmě, že to škodí! V tom mám jasno, ale když bereš, je ti to jedno.“ (C03)

Paradigmatický model axiálního kódování – **PP**: Důvod, Závislost > **J**: Léčba > **K**: Náboženství > **IP**: Motivace > **J/I**: Pomoc > **N**: Problémy, Relaps

Selektivní kódování a vyložení kostry příběhu (vytvoření zakotvené teorie)

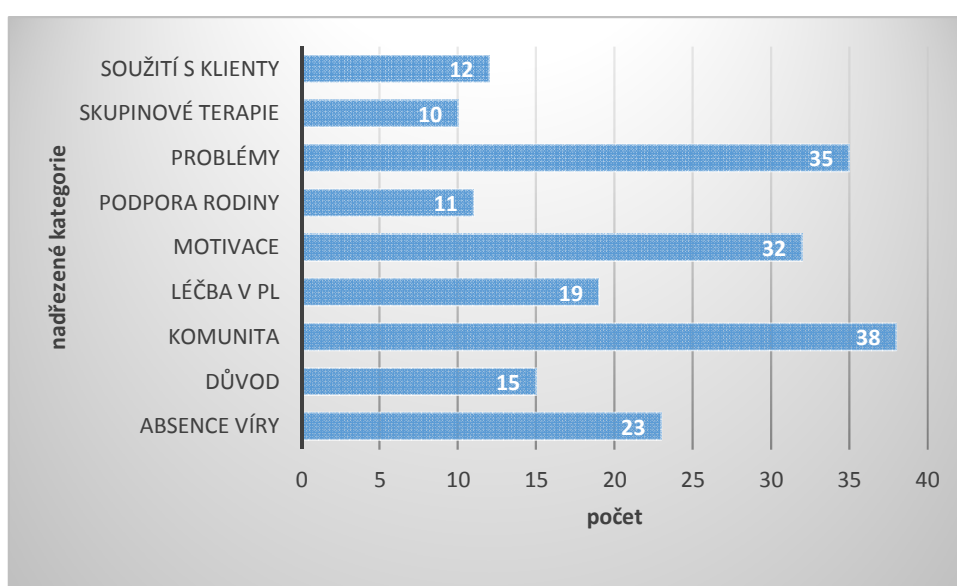
Příčinami celého příběhu, tedy to, proč pacient musel podstoupit léčbu, jsou důvody a závislost. Důvody vyzkoušení drog jsou různé. Jedná se především o zahnání nudy, vyrovnání se přátelům či rodinné dispozice. Experimentování s drogami následně přerostlo v závislost. Centrálním jevem, který vzešel z obsahové analýzy z těchto rozhovorů, je pojem léčba. Na tento jev se navazují všechny další kategorie. Léčbu v terapeutické komunitě CEA vyhledávají závislí jedinci pro její úspěšný program založený na modelu Matrix. Individuální přístup ke každému pacientovi, doplněný o společné setkání s celou komunitou. Celá léčba probíhá v kontextu víry. Léčba má spirituální charakter. Mnoho pacientů našlo svou víru ve 12 krocích, souboru příkázání, podle kterých by se měli řídit. Hlavní intervenující podmínkou je motivace. Velká vnitřní motivace je to zásadní, co má na úspěšnou léčbu vliv. Mezi základní motivací pacientů z centra CEA patří návrat k rodině. Velkou motivací je i nástup do pracovního poměru a celkově návrat do společnosti. Jednání a interakce v tomto případě je hledání pomoci. Pomoc je nalezena v rodinných příslušnících, jedná se o podporu psychickou i finanční po celou dobu léčby. Pomoc se nachází i v konkrétních metodách léčby v CEA. Mnoho pacientů našlo pomoc ve víře, ve vyšší moci a ve 12ti krocích, které vycházejí z učení Anonymních alkoholiků. Následky, toho co se stalo, jsou problémy rodinného, fyzického i pracovního rázu.

Centrální kategorie v kostře příběhu je - léčba.

8.3 Obsahová analýza pacientů z Renarkonu

Při otevřeném kódování deseti semi - strukturovaných rozhovorů z terapeutické komunity Renarkon z České republiky bylo zaznamenáno 239 kódů, které byly seskupeny do devíti nadřazených kategorií.

Graf 3: Výsledky otevřeného a axiálního kódování



Zdroj: vlastní zpracování

A) Komunita

Komunita se nejčastěji odráží ve výpovědích klientů z TK Renarkon. Tito pacienti prošli mnoha komunitami, než našli jim vyhovující léčbu právě v Renarkonu.

„Tak jsem ještě uvažoval v Kyjově o Kroku, kde jsem měl kamarádku a doporučovala mi tuto komunitu. Byl jsem se podívat v tom Kyjově, protože to je jediná komunita, která má přijímací pohovor osobní. Potom, kvůli té kamarádce, jsem tam nenastoupil, protože jsme měli spolu vztah, a když jsem tam byl na přijímacím pohovoru, tak všude tam byly její fotky a tak. Tak jsem řekl, tady by to asi nebylo pro

mě vhodné. Potom mi nabídl pomocnou ruku Renarkon. Tak jsem řekl tak - třetí moje komunita, tu беру.“ (R01)

„Já jsem byl v PL Opava. Tam mi doporučili tuhle komunitu. Tam probíhá nějaká kooperace nebo něco takového. A mně to vyhovovalo, protože je to hlavně blízko domů. Já mám naštěstí kontakty nebo vztah s rodinou velmi dobrý. Podporují mě. Podporovali mě od začátku. Takže aj z finančních důvodů, abych nemusel jezdit daleko. Mělo to i spoustu dalších výhod následně, o kterých jsem nevěděl. Protože na těch výjezdech se setkávám s různými lidmi. Závadovými a nezávadovými. A je dobrá možnost se s tím poprat. Třeba teďka majáles.“ (R05)

B) Absence víry

Na rozdíl od předešlých komunit z jižní Ameriky, se ve zkoumané české TK nezapojuje náboženství či spirituální program do léčebného postupu. Je možné, že někteří jedinci vyznávají víru, ale tento jev nijak neovlivňuje léčebný program v celé terapeutické skupině. To dokazují následující výpovědi.

„Tady to není o víře. Nemluví se o tom. Pokud někdo má nějakou víru, může si o ní promluvit, může si na ní vzít skupinu, může nás o tom seznámit. Může si vzít k tomu jakoukoliv řeč. Není mu v tom zabráněno, ale není založená na žádné víře tato léčba. Takže jako bavíme se o tom někdy. Nevysmíváme se nikomu, když někdo věří.“ (R01)

„Ne. Nejsou zde žádné sezení, kde se bavíme o víře. Nikoho to nemusí zajímat, přesně tak. Jsme tady myslím tři. A já tak jakože věřím, nevěřím. Takže já prostě věřím, ale nevím, v co věřím. Tady se o tom moc nemluví, protože tady se zachovává etika normální konverzace. Tady se o tom nemluví, nebo jakože mluví, ale ne že by se to nějak probíralo. O víře, o rase a o sexuální orientaci. To je jak kdyby stranou a s tím se každý vypořádává sám.“ (R05)

„Já jsem věřící. Nikomu se to tady nezakazuje ani nepředhazuje ani nic. Nikdo se na to nějak nesoustředí. Víra v sebe sama, je vím, že u Jany docela důležitá a jinak se to tady nějak moc neřeší.“ (R03)

„Důležité je věřit v sebe. Protože jestli si nevěříš, tak na co tu jsi. Já prostě věřím v to svoje. Já mám svého bůžka, který mě ochraňuje.“ (R10)

„Nemáme potřebu. Není to vůbec jako téma, o kterém bychom se bavili, pro nás nějaké významné.“ (R11)

C) Soužití s klienty

Společný život v komunitě přináší klientům poznání do jejich boje se závislostí. V některých situacích je však soužití s ostatními klienty náročné.

„Někdy je to hrozné. Někdy si už člověk leze na nervy, ale to si myslím, že funguje i v rodině třeba nebo ve škole. Ale tady je to o to horší, že jsme fakt spolu pořád. A co je na tom dobré? Asi to, že se vlastně poznáme a člověk ví, jak na toho druhého reagovat. Nebo lidé ví, jak reagovat na mě. A právě oni mi pomůžou v tom, abych poznala sebe. Což je fajn.“ (R06)

„Já si myslím, že soužití s klienty je jeden ze základů. Nějak... chtěl jsem říct jako přijetí do té skupiny, ale spíš bych řekl umět spolu vycházet, to soužití ... Já bych řekl, že ty terapie jsou až na druhém místě, spíš je důležité, jak vycházejí lidi mezi sebou. Takže to je asi, podle mě, nejdůležitější věc. Ale nějaké ty ponorky vždycky budou.“ (R07)

D) Skupinové terapie

Mezi další aspekt léčby, který klientům pomáhá v léčbě, je podstupování skupinových terapií. Tento jev přímo navazuje na bod C - soužití s klienty.

„Skupinová terapie má úžasnou moc. Čím víc nás tady je, tím víc získáme zkušenosti. Člověk vytáhne jednu věc v tom kolečku a mám tam, třeba když nás tady je teďka 11, tak má 11 poradců plus terapeuty. Takže z každého si něco může vzít. V tom vidím já tu sílu a moc. A já strašně vítám absolventy, protože se jich ptám, jak se jim daří, čemu já můžu předejít. Takže pro mě je to další skupinová terapie. To je to co já zatím nevím, protože jsem já do toho stádia ještě nedošel. Takže toho mi hrozně dává. Oni mi moc dávají. Takže já z toho si vezmu vždycky co nejvíc. Spoustu otázek. Skupinová terapie, říkám, má obrovskou moc.“ (R01)

„No tak určitě má hlavní význam skupinová terapie. Protože, když se na něco dívám, tak se na to většinou dívám jedním uhlem pohledu. Nebo dvěma. Když jich máte 14, tak to je úplně něco jiného. Když teda mluví všichni. Když jsou noví tak se stydí nebo některým se nechce mluvit. Ale i deset lidí stačí. Nebo pět, když nadhazují, co si myslí oni. A kolikrát padají věci, které by mě v životě nenapadly a jsou tak, jak jsou. Že to je pravda. Věci, na které bych nepřišel. Takže asi ta skupinová terapie je nejdůležitější aspekt.“ (R05)

E) Léčba v PL

Klienti z terapeutické komunity Renarkon podle výpovědí mají za sebou léčení v psychiatrických léčebnách. Až po absolvování tohoto léčení, otázkou je zda úspěšného, přišli do terapeutické komunity.

„Já, když jsem šel do PL-ky, tak jsem vůbec nepočítal s tím, že půjdu někdy do nějaké komunity. Já jsem měl představu o tom, že přijdu tam. Tam do mě nasypají nějaké informace, že už se k tomu nikdy nedostanu. Ale po pár pohovorech s paní Renatou, která je psycholožka tam, jsem usoudil, že by bylo lepším, kdybych se toho opravdu dal a šel na nějakou komunitu.“ (R03)

„Dříve jsem absolvoval jenom PL-ka. Třikrát. Na tři měsíce. Já jsem si tam na pár věcí určitě přišel ve skupinách, ale je to taková příprava na komunitu. Člověk se tam spraví, když přijde z venku. Nějak se dát trošku psychicky dohromady a pak je připravený na komunitu. Myslím si, že samotné PL-ko člověka nevyléčí.“ (R04)

F) Problémy

I klienti z české terapeutické komunity se potýkají s problémy, které neodmyslitelně přináší braní návykových látek.

„No tak to je jasné, že to s sebou nese problémy. Vyhodili mě kvůli tomu z práce, pracoval jsem na šachtě a vlastně nebyl jsem schopný potom už tam být, tam vlastně v tom teple jsem dělal kilometr pod zemí, jsme tam měli asi 37 stupňů, skoro 90 procent vlhkosti vzduchu. Když třeba týden už jsem nespál, tak prostě to nešlo. Takže... a šlo to na mě vidět, hodně. Prostě jsem kvůli tomu přišel o práci, přišel jsem o byt, který jsem dostal od šachty, a od té doby se to se mnou veze, takže tak.“ (R09)

„Braní drog mi rozbilo úplně všechno. Úplně od rodiny, přes obě přítelkyně, co jsem měl. Jednu jsem naučil fetovat, co mě do dneška mrzí, protože teďka jsem za ní byl na dovolence a vypadá psychicky dost špatně. Sice mi říká, že drogy nebere a takové věci, ale nevěřím jí.“ (R03)

„Závislost na drogách odnesly moje zuby. Já jsem šňupal, já jsem si nepíchal. A jak je to propojené tím nosohltanem, tak odnesly moje zuby. Ale tak už se mi to daří spravovat. Jakž takž.“ (R05)

Vytvoření **paradigmatického modelu:**

PP: Důvod > **J:** Komunita > **K:** Absence víry > **IP:** Motivace, Soužití s klienty, Skupinové terapie > **J/I:** Léčba v PL, Podpora rodiny > **N:** Problémy

Vyložení **kostry příběhu:**

Příčinnou podmínkou, toho co se stalo, byl určen důvod. Konkrétními důvody, které vedly až k nutné léčbě v komunitě, jsou zábava, zvědavost, zahrnutí osobních problémů a vyrovnání se ostatním členům party. Centrálním jevem v kostře příběhu vytvořeného z rozhovorů s klienty z Renarkonu je komunita. Léčba v terapeutické komunitě je pro drogově závislé velmi důležitá. Všechny aspekty, které tvoří komunitu, pomáhají závislým se vyléčit. V této konkrétní TK - Renarkon se jedná o skupinové terapie doplněné o individuální rozhovory s terapeutem. Okolnosti, které provázejí život v komunitě, je absence víry. Tento kontext je odlišný oproti dvěma předešlým terapeutickým komunitám. Na léčebný program spirituální a duchovní stránka nemá žádný vliv. Léčba probíhá bez náboženské podpory. Intervenující podmínkou je v první řadě motivace. To je to zásadní, co má na průběh léčby vliv a bez velkého vnitřního odhodlání, není možné dospět k absolutnímu vyléčení. Častou motivací u klientů je založení rodiny a dokončení studia. V jednom konkrétním případě je pro závislou ženu hlavní motivací její dcera, která jí byla odebrána z péče, a stará se o ni její babička. Nezměrný vliv na průběh toho, co se děje v komunitě je soužití s klienty. Podobné problémy, osudy a plány, to vše spojuje jejich životy. Společný život v komunitě patří

mezi základní jednotku léčebného programu v terapeutické komunitě. S tím je svázán další prvek, kterým jsou skupinové terapie. Na těchto terapiích dochází k hlubšímu zkoumání a probírání témat, které klienty trápí. Klienti přispívají svými poznatky a zkušenostmi do diskuze. Dalším krokem příběhu je jednání a interakce, což znamená, jak někdo reagoval na to, co se stalo. U českých klientů závislých na drogách bylo první reakcí nastoupení do léčení v psychiatrické léčebně. Mnoho z nich touto léčbou prošlo opakovaně. Tyto pokusy o abstinenci nebyly úspěšné. Dalším stupněm pomoci k vyléčení tedy bylo nastoupení do terapeutické komunity. Mezi další interakci patří hledání pomoci ve své rodině a u svých blízkých. Podpora rodiny znamená velkou psychickou pomoc při léčení. U klientů z TK Renarkon se neřeší otázka finanční pomoci, do takové míry jako tím bylo u předešlých zkoumaných komunit. Klienti nehradí celou léčbu z vlastních financí, ale podporuje je stát. Následky toho, co se stalo, jsou opět problémy. Rozvrácení rodinných vztahů, problémy se zaměstnáním a se studiem.

Centrální kategorií v kostře příběhu je - komunita.

9. Závěr

Tato diplomová práce zkoumala léčbu a interní pacienty z terapeutických komunit Takiwasi, CEA a Renarkon. Kvalitativní výzkum pomocí obsahové analýzy 30 rozhovorů s interními pacienty přinesl následující výsledky, které budou více rozebrány.

Terapeutická komunita Takiwasi, sídlící v peruánském Tarapoto, se vyznačuje léčbou složenou z klasické psychoterapie doplněné užíváním rostlin v léčbě. Po analyzování rozhovorů s interními pacienty z Takiwasi byla odkryta zakotvená teorie právě v rostlinné léčbě. Identita pacientů z Takiwasi z Peru je tedy zakotvena v tomto pojmu. Tato léčba s sebou nese řadu pravidel, které je potřeba pro správný účinek léčby dodržovat. Jedná se především o dodržování diety. Pacienti musí dodržovat striktní omezení v jídle a pití. Pro žádoucí účinky amazonských rostlin je velmi žádoucí dodržovat i sexuální zdrženlivost. Nejčastěji užívanou rostlinou je ayahuaska. Tato rostlina má silné účinky, které ovlivňují tělo i mysl pacienta. Ayahuaskové sezení vyžaduje přítomnost šamana, který obřad vede. Pomocí ayahuasky mnoho pacientů našlo svou cestu, kterou se dát při léčbě ze závislosti.

O centru Takiwasi lze říci, že je nábožensky založeno. Léčba je zaměřena na spirituální stránku věci, ne pouze jen na tělo. Pacienti se minimálně jednou měsíčně musí účastnit mše svaté. Celý léčebný postup má kořeny ve víře. To odkrývá i identitu pacientů, kteří do léčby vstupují s pomocí boží. Na tomto místě lze spatřit velký rozdíl oproti české komunitě Renarkon, kde víra absolutně není zahrnuta v metodách léčby, ale pouze je individuální věcí každého klienta. Všichni pacienti v Takiwasi musí prokázat silnou vnitřní motivaci, aby mohli do TK vstoupit. Motivace a víra jsou prvky, které jim pomáhají v léčbě. Dalším aspektem, kterým se spolu s centrem CEA liší od české komunity Renarkon, je finanční hrazení péče. V jihoamerických TK je poskytnutá péče hrazena pacientem samotným. Částka za léčbu v Takiwasi je poměrně nákladná. V případě interních pacientů z Takiwasi byla péče hrazena jejich příbuznými. Tato identita o nich vypovídá, že v důsledku braní drog neměli dostatek financí na léčbu, ale rodina jim byla ochotna tyto peníze poskytnout. Někteří pacienti automaticky počítají s navrácením půjčky. Podle některých výpovědí

však s vratkou do budoucnosti nepočítají. Dalším odlišným přístupem v léčbě je to, že do léčebného programu jsou přijati pouze muži. Tento fakt vykládá to, že přítomnost žen by odvedla pozornost mužů od léčby, mohlo by dojít k porušení nastavených pravidel. Obecně v celém Peru je pouze pár komunit, kde se mohou léčit i ženy. Lze říci, že tento jev je zabudován v peruánské společnosti a netýká se pouze centra Takiwasi. Ostatní dvě centra jsou smíšené.

Centro de Especialidades en Adicciones v Nikaragui je terapeutická komunita, jejíž léčba vychází z učení Anonymních alkoholiků a Matrix modelu. Právě léčba byla zakotvena v datech od interních pacientů z CEA. Jejich identita se ztotožňuje s poskytnutou léčbou. Tato léčba je založena na individuálních rozhovorech spolu s častým setkáváním celé komunity. Soužití s pacienty je další jev, který ovlivňuje celý výsledek léčby. Léčba v terapeutické komunitě CEA je stejně jako u Takiwasi hrazena samotným pacientem. Tento fakt, může způsobit to, že i když někdo má velkou chuť se léčby účastnit, tak z finančních problémů to není možné. Přístup léčby v CEA má spirituální charakter. Každý účastník léčby v něco věří. Nemusí se jednat o konkrétní náboženství, důležité je mít víru. Mnoho jedinců se ztotožnilo s dvanácti pravidly tzv. 12ti kroky. Tato přikázání přijali za své a snaží se žít v jejich souladu.

Česká terapeutická komunita Renarkon vykazuje odlišný přístup v léčbě oproti Takiwasi a CEA. Hlavním změnou je absence víry. Žádné spirituální či náboženské záležitosti nejsou zahrnuty do léčebného programu. Další odlišností je hrazení péče. Mnoho pacientů v Renarkonu se nachází v tzv. hmotné nouzi. Jejich léčba je tedy hrazena státem. To je velký rozdíl oproti jihoamerickým komunitám, kde léčbu většinou platí rodiče závislého. Identita českých interních pacientů je zakotvena v komunitě, od které se odvíjí kostra příběhu. Komunita byla ta správná cesta, která pomohla závislým jedincům. Mnoho z nich ve svých výpovědích pravilo, že dříve byli hospitalizováni na několika psychiatrických léčebnách. Tato léčba nebyla úspěšná, jejich dalším krokem tedy bylo nastoupení do terapeutické komunity. V této komunitě se jim dostává především pochopení ze stran osobních terapeutů. Důležitým faktorem je soužití s pacienty. Tento faktor mnoho dotazovaných určilo jako to základní, co jim pomáhá v jejich léčbě. Sdílení svých pocitů s lidmi, kteří si prošli podobným osudem.

V české terapeutické komunitě se léčí muži i ženy společně. Nevidí v téhle situaci vážnější problémy, jsou si ale vědomi obecných pravidel jejich terapeutické komunity.

Mezi interními pacienty ze třech odlišných komunit byly nalezeny sociokulturní rozdíly. Jedná se především o postoj k náboženství, jako prvek důležitý v jejich léčbě. Užívání rostlin v léčbě spatřujeme pouze u peruánského centra. Tento kulturní rozdíl je dán přítomností amazonských šamanů, kteří v dané oblasti bydlí. Je tedy logické, že Takiwasi bude mít k rostlinné léčbě blíže, než např. Renarkon. Mezi další sociokulturní rozdíl patří přijetí pouze mužů do léčby jako je tomu v případě Takiwasi. Tento genderový jev nelze vidět u české terapeutické komunity.

Je zde ale i mnoho společných faktorů, ve kterých se nerozlišuje chování či zvyky typické pro danou zemi. Jde o důvody, proč jedinci začali s braním drog. U všech třech komunit jsou tyto důvody stejné. Obecně lze říci, že těmito důvody jsou zábava, snaha zapadnout do skupiny, řešení problémů či rodinné dispozice. U všech interních pacientů vznikají také stejné problémy, které souvisí s braním drog. Problémy rodinné a vztahové spolu s problémy ve škole a na pracovišti.

Závěrem lze tedy konstatovat, že identita a přístupy léčby interních pacientů ze zkoumaných terapeutických komunit se v několika sociokulturních jevech liší, má však i mnoho společných faktorů.

10. Summary

This thesis researched the treatment of inpatients and therapeutic communities Takiwasi, CEA and Renarkon. Qualitative research using content analysis of 30 interviews with inpatients brought the following results, which will be discussed more.

Takiwasi therapeutic community, located in the Peruvian Tarapoto, has a treatment consisting of classical psychotherapy complemented by the use of plants to treatment. After analyzing interviews with patients from internal Takiwasi was uncovered grounded theory currently in treatment plant. The center Takiwasi can say that is religiously based. Treatment is aimed at the spiritual side of things, not just a body. Patients with at least one month must attend Mass. The entire treatment process is rooted in faith. It also reveals the identity of patients to enter treatment with the help of God. At this point you can see a big difference from the Czech community Renarkon where faith absolutely is not included in the methods of treatment, but it is the individual responsibility of each client.

Centro de Especialidades en Adicciones in Nicaragua is a therapeutic community, whose treatment is based on the teachings of Alcoholics Anonymous and Matrix models. That treatment was enshrined in the internal data from patients from CEA. Their identity is equated with the treatment given. This treatment is based on individual interviews, along with frequent meetings of the community. Coexistence with patients is another phenomenon that affects the whole outcome of treatment.

Czech therapeutic community Renarkon has a different approach to treatment compared Takiwasi and CEA. The main change is the absence of faith. Spiritual or religious matters are not included in the treatment program. Another difference is the coverage of care. Many patients in Renarkon is called in. Material need. Their treatment is therefore covered by the state. That's a big difference compared to Latin American communities where treatment apply mostly dependent parents. The identity of the Czech internal patient is enshrined in the community, which is derived from the skeleton of the story. Community was the right way to help addicted individuals.

Among internal patients from three different communities were found sociocultural differences. It is mainly about attitudes towards religion, as an important element in their treatment. Using treatment by plants we see only in the Peruvian centre. But there are also many common factors which distinguish the behavior and habits typical of the country. It is the reason why individuals began with the taking of drugs. All three communities are the same reasons.

The conclusion is that the identity and internal approaches to the treatment of patients studied therapeutic communities in several different sociocultural phenomena, but also has many common factors.

11. Diskuze a doporučení

Tuto diplomovou práci jsem psala jako jeden z výstupů projektu Efektivita komunitní léčby drogové závislosti v interkulturní perspektivě. Tento projekt vidím jako dlouhodobý a smysluplný, jelikož data získaná při výzkumu se nadále zpracovávají, čehož je důkazem tato diplomová práce. Mým doporučením pro další výzkum, by mohl být kvalitativní výzkum založený na rozhovorech s interními pacienty po ukončení jejich léčby. Zkoumala by se úspěšnost jejich vyléčení a rychlost zapojení do normálního života. Zajímavým faktorem při sledování by mohla být především motivace pacientů. Během analyzování rozhovorů mě zaujal fakt, že v některých terapeutických komunitách si léčbu hradí sám pacient a v jiné TK léčbu hradí stát. Podle mého názoru by bylo zajímavé sledovat pacienty, kteří si léčbu hradí ze svých nebo půjčených peněz, které mají v úmyslu vrátit, ve srovnání s pacienty, jimž léčba byla zaplacená.

Výzkumnou část práce jsem zpracovávala metodou zakotvené teorie pomocí obsahové analýzy. Tato metoda analyzování získaných dat nepatří mezi příliš známé. I já se s ní setkala poprvé. Analyzování rozhovorů pomocí kódování je práce velice časově náročná. Tato technika však přináší hlubší pohled do zkoumaných dat, ze kterých následně vznikne teorie. Díky otevřenému, axiálnímu a selektivnímu kódování se rozhovory rozpadly na kódy, které byly opět složeny a přinesly vyložení celého příběhu.

Literatura

ANDRADE, Monezi André Luiz a DE MICHELI, Denise. *Innovations in the Treatment of Substance Addiction* [online]. Switzerland: Springer, 2016 [cit. 2016-12-5]. ISBN 9783319431727. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=7qQ3DQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>.

BALCH, Phyllis A. *Prescription for herbal healing* [online]. New York: Avery, 2002 [cit. 2016-12-7]. ISBN 08-952-9869-4.

CARNES, Patrick. *A gentle path through the twelve steps: the classic guide for all people in the process of recovery* [online]. Updated and expanded ed. Center City, Minn.: Hazelden, 2012 [cit. 2016-12-19]. ISBN 978-159-2858-439. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=06fH2aSiCyYC&dq=Carnes,+P.+\(2012\).+A+Gentle+Path+Through+the+Twelve+Steps:&hl=cs&source=gbs_navlinks_s](https://books.google.cz/books?id=06fH2aSiCyYC&dq=Carnes,+P.+(2012).+A+Gentle+Path+Through+the+Twelve+Steps:&hl=cs&source=gbs_navlinks_s)

CENTRO DE ESPECIALIDADESEN ADICCIONES. Treatments. www.ceanicaragua.org [online]. 2014 [cit. 2016-12-8]. Dostupné z: <http://ceanicaragua.org/en/treatments/>

CENTRO DE ESPECIALIDADESEN ADICCIONES. About CEA. www.ceanicaragua.org [online]. 2014 [cit. 2016-12-8]. Dostupné z: <http://ceanicaragua.org/en/about-cea/>

CLS. Part three: Europe. *Crime, Law & Social Change*. [online] 2001(36), 103-165. [cit. 2016-11-12] Dostupné z: https://www.researchgate.net/journal/0925-4994_Crime_Law_and_Social_Change

CODAR. *Pathways of addiction: opportunities in drug abuse research*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996. ISBN: 0309055334

CSÉMY, Ladislav, BROŽOVÁ, Jana, DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. Trendy v léčbě poruch působených užíváním návykových látek se zřetelem k adolescentní populaci. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigis, [online] 1997-. ISSN 1211-7579. [cit. 2016-12.5.] Dostupné z: [file:///C:/Users/Marie/Downloads/trendy_v_lecbe_adolescenti_%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Marie/Downloads/trendy_v_lecbe_adolescenti_%20(2).pdf)

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch* [online]. Praha: Grada, 2010 [cit. 2016-11-2]. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6. Dostupné z:

<https://books.google.cz/books?id=dbdsygD1YmQC&printsec=frontcover&dq=Du%C5%A1ek,+K.,+%26+Ve%C4%8De%C5%99ov%C3%A1-Proch%C3%A1zkov%C3%>

EMCDDA. *European Drug Report: Trends and Developments* [online]. Luxemburg: Publications Office of the European Union, 2014 [cit. 2016-11-9]. ISBN 978-92-9168-694-0. Dostupné z: <http://doi.org/10.2810/32306>.

FIŠEROVÁ, Magdaléna. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí.: Historie drogových závislostí* [online]. 2000 [cit. 2016-12-1]. Dostupné z: http://farmakologie.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

GENETIC SCIENCE LEARNING CENTRE. *The Science of Addiction: Genetics and the Brain: Addiction Treatments Past and Present* [online]. 2013 [cit. 2016-12-1]. Dostupné z: <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/treatments/>

GLEN R. HANSON, PETER J. VENTURELLI a ANNETTE E. FLECKENSTEIN. *Drugs and society* [online]. Twelfth edition. 2015 [cit. 2016-12-9]. ISBN 978-144-9689-872. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=Ck0JAAwAAQBAJ&pgis=1&redir_esc=y

GOUSE, Hetta et al. Implementation of Cognitive – Behavioral Substance Abuse Treatment in Sub – Saharan Africa: Treatment Engagement and Abstinence at Treatment Exit. *Plos One* [online]. 2016 [cit. 2016-12-2]. DOI: 10.1371/journal. Pone. o147900.

Dostupné z: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147900>

GYÖRGY, Kéri a Istvan TOTH. *Molecular Pathomechanisms and New Trends in Drug Research* [online]. London: CRC Press, 2002 [cit. 2016-12-3]. ISBN 978-020-3219-973.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

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

HORÁK, M. VERTER, N a SOMERLÍKOVÁ, K. Efektivita terapeutických zařízení pro uživatele drog v Nikaragui, Peru a České republice. *Adiktologie*. 2014, (14/4), 428 - 439.

HORÁK, Miroslav. *Dům, kde se zpívá: rehabilitace drogově závislých tradiční domorodou medicínou peruánské Amazonie*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2013. ISBN 978-80-7375-800-4.

HUAMAN, Martin. Who we are. *Takiwasi* [online]. 2016 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://takiwasi.com/eng/qs01.php>

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL STRATEGY REPORT. *Drug and Chemical Control* [online]. DIANE Publishing, 2011 [cit. 2016-12-19]. ISBN 1437982727. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=0jnyNWFuhXYC&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

JOHNSON, Knowlton, Zhenfeng PAN, Linda YOUNG, Jude VANDERHOFF, Steve SHAMBLIN, Thom BROWNE, Ken LINFIELD a Geetha SURESH. Therapeutic community drug treatment success in Peru: a follow-up outcome study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* [online]. 2008, 3(1), 26-[cit. 2016-12-19]. DOI: 10.1186/1747-597X-3-26. ISSN 1747-597x. Dostupné z:

<http://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-3-26>

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

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 1. ISBN 80-86734-05-6.

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

KAVENSKÁ, Veronika. *Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3340-0.

KOOYMAN, Martien, George De LEON a Petr NEVŠÍMAL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

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

KUCHAŘ, Jiří. *Ayahuasca, aneb, Tanec s bohy..* Praha: Eminent, 1998. ISBN 80-85876-70-1.

LABATE, Beatriz Caiuby. a Henrik. JUNGABERLE. *The internationalization of ayahuasca* [online]. Zürich: Lit, 2011 [cit. 2016-12-8]. ISBN 36-439-0148-8. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=49i8CzmY_oC&dq=labate&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

LEON, de George. *The therapeutic community theory, model, and method*. New York: Springer Pub, 2000. ISBN 0826116671.

LUNA, Luis Eduardo. *Vegetalismo: šamanismus mezi mestickým obyvatelstvem peruánské Amazonie*. Přeložil Jiří SALZMANN. Praha: DharmaGaia, 2002. Religio. ISBN 80-86685-02-0.

MABIT, J. GIOVE, R. VEGA J. The Use of Amazonian Shamanism to Rehabilitate Drug Addicts. *Yearbook of Cross-Cultural Medicine and Psychotherapy*. [online] 1996, 257-285 [cit. 2016-11-12] Dostupné z:

http://www.takiwasi.com/docs/arti_ing/use_amazonian_shamanism.pdf

MABIT, Jacques. Ayahuasca in the treatment of addictions. *Psychedelic Medicine: New Evidence for Hallucinogenic Substances as Treatments*. [online] 2007, (2), 87-105. [cit. 2016-11-12] Dostupné z:

http://www.takiwasi.com/docs/arti_ing/ayahuasca_in_treatment_addictions.pdf

MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* [online]. Praha: Wolters Kluwer, 2014 [cit. 2016-12-19]. ISBN 9788074785900. Dostupné z:

[https://books.google.cz/books?id=lv7bCQAAQBAJ&dq=Mahdal%3%AD%4%8Dkov%3%A1,+J.+\(2014\).+V%3%ADme+o+drog%C3%A1ch+v%C5%A1echno%3F&hl=cs&source=gbs_navlinks_s](https://books.google.cz/books?id=lv7bCQAAQBAJ&dq=Mahdal%3%AD%4%8Dkov%3%A1,+J.+(2014).+V%3%ADme+o+drog%C3%A1ch+v%C5%A1echno%3F&hl=cs&source=gbs_navlinks_s)

MACHÁLEK, Tomáš. Renarkon zrekonstruoval komunitu v Beskydech. *www.moravskoslezskydenik.cz* [online]. 2011 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z:

http://moravskoslezsky.denik.cz/zpravy_region/20111228renarkon-4795.html

MARSIGLIA, Flavio Francisco, Stephen KULIS a Michael L. HECHT. Ethnic Labels and Ethnic Identity as Predictors of Drug Use among Middle School Students in the Southwest. *Journal of Research on Adolescence* [online]. 2001, 11(1), 21-48 [cit. 2016-12-2]. DOI: 10.1111/1532-7795.00002. ISSN 1050-8392. Dostupné z:

<http://doi.wiley.com/10.1111/1532-7795.00002>

MOEENI, Maryam, Emran M. RAZAGHI, Koen PONNET, Fatemeh TORABI, Seyed Ali SHAFIEE a Tahereh PASHAEI. Predictors of time to relapse in amphetamine-type substance users in the matrix treatment program in Iran: a Cox proportional hazard model application. *BMC Psychiatry* [online]. 2016, 16(1), - [cit. 2016-12-2]. DOI: 10.1186/s12888-016-0973-8. ISSN 1471-244x. Dostupné z:

<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0973-8>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DORGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002

NCJFCJ. *Adolescent-Based Treatment Interventions and Assessment Instruments* [online]. [cit. 2016-11-5]. Dostupné z:

<http://www.ncjfcj.org/sites/default/files/Final%20Treatment%20Database%20Pages.pdf>

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho smysly a svět* [online]. Praha: Grada, 2010 [cit. 2016-12-2]. Psyché (Grada). ISBN 9788024729466. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=2BxajsPkmUEC&dq=C%CC%8Clove%CC%8Ck,+jeho+smysly+a+sve%CC%8Ct.&hl=cs&source=gbs_navlinks

RADIMECKÝ, Josef. *Léčba a následná péče: Terapeutické komunity pro uživatele drog*. [online]. 2006 [cit. 2016-12-1]. Dostupné z:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/173/Terapeuticke-komunity-pro-uzivatele-drog>

RADKOVÁ, Lucie a Jana RAUSOVÁ. *Mluva uživatelů a výrobců drog*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2015. ISBN 978-80-7464-707-9.

RAWSON, Richard A., Steven J. SHOPTAW, Jeanne L. OBERT, Michael J. MCCANN, Albert L. HASSON, Patricia J. MARINELLI-CASEY, Paul R. BRETHEN a Walter LING. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 1995, 12(2), 117-127 [cit. 2016-12-5]. DOI: 10.1016/0740-5472(94)00080-B. ISSN 07405472. Dostupné z:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/074054729400080B>

RAWSON, Richard, McCANN Michael J. The Matrix Model of Intensive Outpatient Treatment. *A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management project*. [online]. 2014, 1 – 37 [cit. 2016-12-5] Dostupné z:

https://www.matrixinstitute.org/wp-content/uploads/2014/03/Matrix_Model-Description-and-Outcomes-Research.pdf

REGUEIRO, Javier. *Ayahuasca: Soul Medicine of the Amazon Jungle: A Comprehensive and Practical Guide* [online]. Bloomington: iUniverse, 2014 [cit. 2016-12-4]. ISBN 9781491738269. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=U3NGBAAAQBAJ&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

RENARKON. O nás. *Www.renarkon.cz* [online]. 2015 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z:

http://www.renarkon.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=212

RŮŽIČKA, Jiří (ed.). *Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě*. V Praze: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-467-4.

S., KATHLEEN, *12 kroků: metoda odvykání závislosti*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, 2006. ISBN 80-7349-011-0.

SANANIM. *Pomoc a léčba: Léčební programy* [online]. 2009 [cit. 2016-12-1]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>

SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči* [online]. Praha: Grada, 2012 [cit. 2016-12-19]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=8H7xkmDoVM0C&dq=Sikorov%C3%A1+2012&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

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

ŠEFRÁNEK, Martin. *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti: změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po ukončení léčby*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-103-9.

ŠVARC, Jiří. Substituce opioidových závislostí. *Psychiatrie pro praxi*. [online] 2008, 9 (4) 187-190 [cit. 2016-12-3]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>

THOMAS, Yonette F. a Douglas RICHARDSON. *Geography and drug addiction* [online]. Dordrecht: Springer, 2008 [cit. 2016-11-18]. ISBN 14-020-8509-5. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?id=Khxz4fCy--kC&printsec=frontcover&dq=Yonette+F.+Thomas,+Douglas+Richardson.+\(2008\).+Geography+and+Drug+Addiction.&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjjpMGD_v_QAhWnDMAKHb_QDWQQ6AEIGzAA#v=onepage&q=Yonette%20F.%20Thomas%2C%20Douglas%20Richardson.%20\(2008\).%20Geography%20and%20Drug%20Addiction.&f=false](https://books.google.cz/books?id=Khxz4fCy--kC&printsec=frontcover&dq=Yonette+F.+Thomas,+Douglas+Richardson.+(2008).+Geography+and+Drug+Addiction.&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjjpMGD_v_QAhWnDMAKHb_QDWQQ6AEIGzAA#v=onepage&q=Yonette%20F.%20Thomas%2C%20Douglas%20Richardson.%20(2008).%20Geography%20and%20Drug%20Addiction.&f=false)

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. 2., dopl. vyd. v českém jazyce. Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2004. ISBN 80-86734-32-3.

W, Bill a WITH A NEW INTRODUCTION BY DICK B. *Alcoholics anonymous: "the big book" the original 1939 edition* [online]. Courier Corporation, 2011 [cit. 2016-12-19]. ISBN 978-048-6173-764. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=gfJAAQAAQBAJ&dq=Alcoholics+anonymous%E2%80%AF:+the+original+1939+edition.&hl=cs&source=gbs_navlinks_s

Seznam tabulek

Tabulka 1: Vytvoření paradigmatického modelu.....	36
Tabulka 2: Charakteristika dotazovaných z Takiwasi.....	37
Tabulka 3: Charakteristika dotazovaných z CEA.....	38
Tabulka 4: Charakteristika dotazovaných z Renarkonu.....	38

Seznam grafů

Graf 1: Výsledky otevřeného a axiálního kódování Takiwasi	39
Graf 2: Výsledky otevřeného a axiálního kódování CEA.....	43
Graf 3: Výsledky otevřeného a axiálního kódování	47

Seznam obrázků

Obrázek 1: Ukázka otevřeného kódování.....	36
--	----