

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Zhodnocení programů terapeutických komunit pro léčbu  
drogových závislostí v ČR z pohledu genderové citlivosti**

An Evaluation of Gender Sensitivity of Therapeutic Community Programmes  
in the Czech Republic



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Anna Šmídová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Olomouc

2013

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma „*Zhodnocení programů terapeutických komunit pro léčbu drogových závislostí v ČR z pohledu genderové citlivosti*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne .....

Podpis .....

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Miroslavu Charvátovi, PhD. za trpělivost, lidské pochopení a především za přínosné odborné vedení předkládané práce.

Také bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich čas. Bez jejichž ochoty bych tento výzkum nemohla realizovat.

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	8
<b>1. GENDEROVÁ SPECIFIKA UŽIVATELŮ DROG</b> .....	9
1.1. Specifika zneužívání drog u žen .....	9
1.1.1. Problematika dvojí stigmatizace .....	10
1.1.2. Iatropatogenní závislost u žen.....	12
1.1.3. Psychiatrická komorbidita .....	13
1.1.4. Kriminalita u žen v souvislosti s užíváním drog.....	14
1.1.5 Vliv partnera na užívání drog u žen.....	15
1.1.6. Těhotenství a mateřství.....	16
1.2. Specifika zneužívání drog u mužů.....	18
1.3. Specifika zneužívání drog u lesbických žen, gayů, bisexuálů a transgenderu (LGBT) .....	20
<b>2. LÉČBA ZÁVISLOSTÍ</b> .....	22
2.1. Účinná léčba .....	22
2.2. Počty uživatelů nelegálních drog v ČR.....	24
2.3. Léčba závislostí v ČR .....	25
2.4. Specifika v léčbě závislostí žen .....	27
<b>3. TERAPEUTICKÉ KOMUNITY</b> .....	32
3.1. Vznik a vývoj terapeutických komunit.....	32
3. 2. Specifika terapeutické komunity pro závislé .....	33
3. 3. Terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice .....	34
3.3.1. Terapeutické komunity v ČR v systému služeb pro uživatele drog .....	38
<b>4. ŽENY V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH</b> .....	40
4. 1. Genderová otázka v koedukovaných TK.....	40
4. 2. Rovný přístup a genderová citlivost v TK .....	41
4. 3. Ženy v terapeutických komunitách v ČR .....	43
4.4. Výzkum genderové citlivosti v léčebných programech TK .....	44
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	47
<b>5. TYP VÝZKUMU</b> .....	48
<b>6. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	49
<b>7. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU</b> .....	51

<b>8. VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU A JEHO POPIS</b> .....	52
8. 1. Výzkumné soubory získané metodou záměrného výběru přes instituce .....	52
8. 2. Výzkumné soubory získané metodou příležitostného výběru .....	55
<b>9. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT</b> .....	58
9.1. Metoda moderovaného rozhovoru (interview) .....	58
9. 2. Ohnisková skupina.....	59
9. 3. Pozorování .....	60
<b>10. METODY ZPRACOVÁNÍ DAT</b> .....	61
<b>11. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT</b> .....	62
11. 1. Metody analýzy dat.....	62
11.2. Analýza a interpretace výzkumných cílů.....	62
11. 2. 1. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 1 .....	63
11. 2. 2. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 2 .....	74
11.2.3. Analýza interpretace výzkumného cíle č. 3 .....	80
<b>12. DISKUZE</b> .....	84
<b>13. ZÁVĚRY</b> .....	89
<b>SOUHRN</b> .....	92
<b>POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA</b> .....	95
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

# ÚVOD

Diplomovou prací jsem zvolila z oblasti drogové problematiky, které bych se v budoucnu ráda věnovala. K výběru konkrétního tématu mě inspirovala stáž v terapeutické komunitě, která mě velmi oslovila svým jedinečným přístupem k léčbě závislostí. Přestože se léčba v komunitě zdála být ideální formou, bylo na první pohled zjevné, že je tu o hodně méně žen než mužů. Kde tedy všechny ženy jsou?

Genderová otázka v drogové problematice je stále více aktuální, přesto se výzkumy na téma žena a drogy téměř nevyskytují. I přes absenci výzkumných zpráv se postupně rozšiřují specifické služby a programy pro ženy, které vycházejí z modelů fungujících v cizině. Tímto způsobem vznikají i genderově senzitivní programy v terapeutických komunitách. Otázkou však zůstává, jestli je aktuální stav dostačující. Proto je cílem této práce z hlediska teoretického zmapovat genderová specifika uživatelů drog a způsoby, jakými se s nimi vyrovnává systém léčby. K teoretickému objasnění užíváme odborné literatury a dostupných výzkumných studií. V empirické sekci se snažíme získaná zjištění využít v rámci výzkumu, kde sledujeme připravenost terapeutických komunit na genderová specifika svých klientů a jejich pocíťovanou spokojenost s nabízenými programy.

Při bádání po specifických aspektech zneužívání drog u žen a zjišťování vhodnosti léčebného programu se nejednou setkáváme s kritikou nadbytečného zvýhodňování žen, které vede až k jejich exkluzivitě. Vždyť i muži mají svoje specifika, gender není jenom na jednu stranu a rozdíly mezi mužem a ženou nejsou jenom biologické. Biologické jsou u žen spojené především s těhotenstvím a mateřskou rolí. S tímto vším počítáme a do výzkumu jsme zahrnuli jak ženy, tak muže a zaměřujeme se hlavně na psychosociální aspekty.

V diplomové práci vycházíme ze zkušeností z pilotní studie, která byla provedena v roce 2011 pro účely postupové práce (Šmídová, 2011). Použili jsme ji jako odrazový můstek a rozhodli jsme se ji rozšířit. Doufáme, že naše práce přispěje alespoň malým střípkem do mozaiky genderu v drogové problematice a stane se pro někoho inspirací k dalšímu zkoumání tohoto terénu.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Genderová specifika uživatelů drog

Gender je sociální konstrukt, který vychází z názoru, že vlastnosti a chování spojované s obrazem muže a ženy jsou formovány kulturou a společností v daném čase. Vycházíme tedy z toho, že existují rozdíly mezi mužem a ženou, nejsou to ovšem jenom rozdíly biologické. Společnost od každého pohlaví očekává něco jiného a vznikají tzv. genderové stereotypy, které se projevují také u lidí se syndromem závislosti (Gender problematika, nedat.).

Syndrom závislosti je v MKN – 10 (2013) definován jako: „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“

## 1.1. Specifika zneužívání drog u žen

V následujících kapitolách se zaměříme na specifika žen jako uživatelky drog. Tato specifika zatím nejsou mnoho prozkoumána nejen v České republice, ale ani v cizině. V české adiktologické literatuře se téma gender vyskytuje jenom sporadicky a publikace na toto téma zcela chybí, postupně se však genderové otázky v oblasti drog začíná věnovat více pozornosti. Otázkou je, jestli to není způsobeno jenom snahou vyhovět potřebě věnovat se tzv. ženské otázce, jak upozorňuje Preslová (2003).

Nikdo ovšem nemůže popřít, že role ženy v posledních letech prošla různými změnami. Začalo k nim docházet po druhé světové válce, kdy se ženy začaly stávat značně samostatnými, najednou byly ekonomicky, společensky, ale i právně nezávislé. Byly odstraněny klasické bariéry a ženy se stavěly po boku mužů jako jim rovné. Tyto rozpory sice nejsou na první pohled zjevné, ale pro psychiku žen jsou velmi náročné, a tak se nemůžeme divit, že mnohé z žen hledají pomoc v drogách. Zatímco ženy střední a starší generace nadužívají především alkohol, ty mladší a často i nezletilé preferují jiné návykové látky (Heller, Pecinová, 1996).



Genderová témata můžeme vyhledat v řadě oblastí, například v preferenci užívané návykové látky, ve věku prvního užití, ve způsobu užívání drog, v rodinné anamnéze, v oblasti poskytování sexuálních služeb, v problematice rodičovství atd. Podle Trávníčkové (2001) by se dala specifika zneužívání drog u žen shrnout do následujících bodů:

- větší společenské stigma a strach z odebrání dětí vede k tomu, že ženy více váhají při vyhledávání pomoci,
- závislé ženy častěji přijdou o partnera nebo celou rodinu,
- ženy jsou úzkostnější než muži a naopak méně agresivní,
- vliv na abúzus u žen mívá často partner nebo rodinné problémy,
- ženy nadužívající drogy se často snaží svoji závislost utajit, a proto okolí reaguje opožděně,
- užívání drog ženu společensky degraduje více než muže,
- fyzické a psychické komplikace se u žen závislých na drogách objevují výrazně dříve a ve větším množství než u mužů.

Nešpor (2007, 53-54) uvádí ještě několik dalších specifik:

- žen s návykovými problémy přibývá podstatně rychleji než mužů,
- ženy mívají silnější pud sebezáchovy než muži,
- závislá žena bývá častěji týrána, fyzicky napadána a sexuálně zneužívána,
- většina žen se dokáže relativně snáze odpoutat od nevhodné společnosti lidí, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách,
- ženy si snadněji vytvářejí zdravější životní styl.

Mezi hlavní témata považovaná za specifika v užívání návykových látek u žen se řadí hlavně: dvojí deviace, iatropatogenní závislosti, psychiatrická komorbidita, kriminalita, zejména prostituce, vliv partnera a v neposlední řadě těhotenství a mateřství.

### **1.1.1. Problematika dvojí stigmatizace**

Fenomén dvojí stigmatizace je pokládán za sociologickou podstatu genderové specifičnosti v drogové problematice. Vobořil (nedat.) mluví o tom, že žena-uživatelka je vnímaná jako dvojí deviant. Společnost vnímá ženu jako devianta za prvé pro samotné užívání drog a za druhé především proto, že zklamává ve své ženské roli. Závislá žena

nemůže být dobrou matkou, proto není schopná plnit základní věc, která se od ní v převážně maskulinním prostředí očekává. Ve společnosti se tak utváří klima, které nutí ženu zůstat v anonymitě a nevyhledat potřebnou pomoc (Kalina, 2008a). Ačkoliv se nyní žena dostává do nových rolí, otevírají se jí nové obzory, je od ní stále očekáváno, aby plnila svoji primární úlohu dobré matky. Tyto zvýšené nároky často vedou k tomu, že žena své povinnosti nezvládá a vyhledává drogu jako potenciálního pomocníka k potlačení negativních emocí (Trávníčková, 2001). Společnost vyvíjí na ženu nátlak a ta se bojí se svými problémy vystoupit a raději zůstává v ústraní a nestigmatizovaná. Vede ji k tomu především obava z toho, že by mohla o své děti přijít (Vobořil, 2003). K diskriminaci žen bohužel dochází i u pracovníků z řad zdravotnických a sociálních institucí, u kterých žena vyhledává pomoc. Tato negativní zkušenost a strach z odsouzení a případného odebrání dětí je vede k tomu, že odborné instituce nevyhledávají, tím je jejich psychické i fyzické zdraví a v nemnoha případech i zdraví jejich dítěte ohroženo (Frišaufová, 2006). Olzewski, Giraudon, Hedrich & Montari (2010) upozorňují na to, že strach ze stigmatizace je uváděn jako hlavní důvod, proč ženy odmítají vyhledat pomoc, což může mít fatální následky v případě zdravotní urgency. „Týká se to především žen, které jsou matkami, na jejichž těla se v těhotenství na rozdíl od „normálních žen“ nahlíží jako na „smrtné nádoby na zárodky“ (Ettore, 2004, in Olzewski et al., 2010, 25).

Rozdílný pohled na užívání drog u žen a u mužů má své kořeny v dlouhodobém vývoji člověka a kultury. Podstatu této problematiky můžeme najít již v antické mytologii, kde je bohem vína muž-Dionýsos. Ten může podle Hellera a Pecinovské (1996) představovat mužský princip. Uctívání boha vína nebyla jen mužská výsada, zúčastnit se tohoto rituálu směly i ženy, ale ty zde hrály jinou roli. Muži uctívající Dionýsa se dostávali po požití vína do extáze, v tomto stavu se mohli oprostít od každodenních starostí, zábran a mohli zapomenout na pravidla. Tato výsada byla ženám odepřena. Legalizaci opilství u muže je také možné vysledovat již v knize Genesis. Ženský přístup k droze je pak charakterizován středověkem, jenž je spojen s čarodějnictvím, kde ženy užívaly rostlinné drogy k nejrůznějším účelům, a v této době byla žena považována za nástroj ďábla a stávala se obětí inkvizice. Zde je zcela jasný naprosto rozdílný pohled na muže užívající drogy a ženy užívající drogy (Heller, Pecinovská, 1996).

Ke změně pohledu na ženy došlo až ve 20. století po druhé světové válce (Heller, Pecinovská, 1996). Během této doby začali vědci zpochybňovat názory zobecněné na celou drogovou populaci s ohledem na to, že vycházejí z maskulinně orientovaných

výzkumů. První výzkumy týkající se problematiky genderové specifičnosti byly provedeny až v 80. letech 20. století. Dříve byla rozdílnost spojována hlavně s biologickými faktory, kdy se kladl důraz na těhotenství a mateřství ženy (Anderson 2001).

### 1.1.2. Iatropatogenní závislost u žen

Ženy jsou častěji než muži závislé na lécích ze skupiny sedativ, hypnotik a tzv. malých trankvilizérů nebo anxiolytik. Mnohokrát jde o závislost způsobenou lékaři, kdy jmenované léky ženám lékaři předepisují dvakrát až třikrát častěji než mužům (Kotková, 2010). Vobořil (2003) uvádí, že je to dokonce třikrát až čtyřikrát častější. Jde především o nadužívání benzodiazepinů, kdy závislost na těchto lécích je v poměru 2:1 (ženy:muži). Důvodů, proč tomu tak je, je poměrně hodně (Drážďáková, 2009/10). Míru užívání tisících léků a sedativ v České republice uvádí tabulka 1. Míra užívání je ve všech věkových kategoriích u žen vyšší než u mužů, prevalence navíc stoupá s věkem (Nechanská & Mravčík, 2013).

Tabulka 1. Prevalence užití sedativ a tisících léků v dospělé populaci a u mladých dospělých (v %). (Nechanská & Mravčík, 2013)

Sedativa nebo tisící léky	Věk 18-64 let			Věk 18-34 let		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Celoživotní prevalence	42,6	51,9	47,2	34,8	43,3	39,1
Prevalence v posledním roce	29,9	40,7	35,3	21,6	32,2	26,9
Prevalence v posledním měsíci	16,5	25,9	21,2	10,3	18	14,2

Nejčastějšími příčinami, proč jsou ženám předepisovány tyto léky, jsou krize v manželství, v partnerství, v rodinných vztazích nebo v práci. Rovněž jsou benzodiazepiny nadužívány v období menopauzy, kdy ženy trpívají úzkostí s vegetativními příznaky, úzkosti jsou způsobené rozkolísanou hladinou ženských pohlavních hormonů. Dalším častým důvodem předepisování léků jsou problémy spojené s obtížnějším diagnostikováním žen. V této souvislosti se ukazuje, že ženy jsou více vztahově orientované a hůře verbalizují organické příčiny, méně se soustředí na objektivní projevy svých obtíží, ale více popisují psychické prožívání nemoci. Lékaři si potom v diagnostice nejsou jistí a to je vede k tomu, že ženám častěji předepisují uklidňující léky (Drážďáková, 2009/10). Často se také stane, že lékař předepíše benzodiazepiny na příznaky nepřiznaného

abúzu alkoholu, to vede ke vzniku tzv. zkřížené závislosti s vitálním rizikem (Heller, Pecinová, 2007).

Vobořil (2003) také uvádí, že podle feministické literatury je příčinou předepisování léků hlavně to, že zdravotnictví je postaveno jako „maskulinní prototyp“. Projevuje se to tím, že maskulinní část lékařů pohlíží na ženy jako na „funkční v domácnosti“ a z toho vyplývají rozdíly ve farmakoterapeutických intervencích. Ačkoli se toto tvrzení může zdát absurdní, Morash, Haarr & Rucker (1994) upozorňují na to, že rozdíly mezi pohlavími existují i v úmrtnosti z důvodů nadužití drogy. Zatímco muži zemrou častěji na předávkování nelegálními drogami, u žen dochází k úmrtí hlavně díky psychiatrickým lékům získaným na předpis.

### **1.1.3. Psychiatrická komorbidita**

Téměř každý druhý chronický uživatel návykových látek trpí nějakým problémem v duševní oblasti a má tzv. duální diagnózu (syndrom závislosti plus jiná duševní porucha). Také u těchto duálních diagnóz můžeme najít významná genderová specifika. Ženy závislé na drogách mají problémy s duševním zdravím mnohem častěji než muži a závislost je u nich na jejich tělesném a duševním stavu vidět dříve a výrazněji než u mužů. Častěji než u mužů se u nich vyskytují především tyto psychiatrické nemoci: úzkosti, deprese, posttraumatická stresová porucha a poruchy příjmu potravy (Kalina, 2008b).

Kotková (2009) uvádí, že ženy si častěji stěžují na depresivní prožitky, jsou emočně nestabilní a mají větší tendence k sebepoškození, objevují se úzkosti, poruchy spánku, bolesti hlavy až migrény. Toto je profil ženy závislé především na psychofarmakách. Typické pro ženy závislé na drogách jsou poruchy menstruačního cyklu, a to ať už se jedná o nepravidelnost nebo o amenoreu. Závislé ženy také často neřeší možnost těhotenství, protože jim nejsou známy možné důsledky vynechání menstruace (Kotková, 2009).

Vobořil (2003) ve svém článku píše, že alarmující jsou především počty žen, které uvádějí psychické potíže spojené se sexuálním zneužitím v dětství a dospívání. Tento incident se také mnohdy stane prvotním impulsem k užití drogy. Ačkoliv je sexuální zneužívání nebo prostituce v anamnéze závislých žen poměrně často k vidění, je těžké se k němu dopátrat. Leckdy se k němu dostaneme až během psychotherapeutické léčby, kdy klientka najde dostatek odvahy k přiznání těchto tabuizovaných témat. Někdy je též pro ženu obtížné uvědomit si, že toto chování bylo vůči ní násilné a nepřijatelné, a to hlavně

v případech, kdy je viníkem ženin partner, na kterém se ona sama postupem času stala závislou. K sexuálnímu zneužívání se také pojí fyzické a hlavně skryté psychické týrání ženy (Preslová, 2009).

Další psychické problémy, se kterými se ženy potýkají mnohem častěji než muži, jsou podle Vobořila (2003) poruchy příjmu potravy. Tento fakt je potvrzen mnohými výzkumy, které poukazují na to, že u populace žen léčených s poruchami příjmu potravy je vysoký výskyt užívání alkoholových i nealkoholových drog. U této skupiny se vyskytuje v 10-12% užívání kokainu nebo amfetaminu. K potvrzení této hypotézy přispívá také skutečnost vysledovaná v mnohých léčebných zařízeních, do kterých 2/3 klientek přichází s potřebou řešit nejenom svou závislost, ale též poruchy příjmu potravy. Tento fakt upozorňuje na to, že pokud není program připraven pracovat i s touto zakázkou, nedokáže řešit často prvotní příčinu užívání drog (Vobořil, 2003).

Duální diagnózy u žen je poměrně rozsáhlé téma, které se ale zatím nachází ve formě hypotéz a předpokladů vycházejících ze zkušenosti. Někteří výzkumníci tvrdí, že skutečné rozdíly mezi muži a ženami neexistují, jiní zase tvrdí, že ženy jsou více neurotické a méně psychopatické než muži (Vobořil, 2003). Toto téma by si určitě zasloužilo více pozornosti a možností k provedení solidního výzkumu a to nejenom v České republice, ale i v jiných zemích.

#### **1.1.4. Kriminalita u žen v souvislosti s užíváním drog**

Ženy nejsou tak často pachatelkami trestných činů jako muži, ani v souvislosti s užíváním drog. Již během školní docházky mají závislé ženy mnohem méně problémů s absencemi a s chováním, ženy také nebývají dealery drog, přesto se v našich věznicích nachází něco kolem 600 žen, které měly ve svém životě problémy s drogou (Kotková, 2010). Zatímco ženy páchají trestné činy častěji za účelem získání peněz na koupi drog, muži bývají zatčeni převážně kvůli produkci a prodeji drog (Anderson, 2001). Nejčastěji jsou ženy odsouzeny za majetkovou trestnou činnost spojenou s užíváním drog, nebo jsou odsouzeny společně se svým partnerem, který byl výrobcem a distributorem drog, a žena mu v tom pomáhala. Pro tyto ženy je typické, že ve své anamnéze mají problémové chování již v mládí a není výjimkou, že byly umístěny v diagnostických nebo výchovných ústavech, často se setkaly s násilným chováním na vlastní osobě (Ženíšková & Soukupová, 2009).

Fenomén, který se u žen vyskytuje častěji než u mužů, je prostituce, která jim slouží k získání finančních prostředků, drog či ubytování apod., a to v 60%. Tento fakt vede k obavám, že skupina žen užívající návykové látky a zároveň provozující prostituci je pro společnost nebezpečnější než závislí muži zejména v oblasti přenosu infekčních chorob. Výzkumy ovšem dokázaly, že mnohem častější je jev, kdy žena - prostitutka je nakažena od muže - svého klienta. Další výzkumy s sebou pak přinášejí hypotézy uvádějící, že prostituující uživatelky drog častěji provozují bezpečný sex než muži užívající drogy (Vobořil, 2003). K tomu přispívá i zjištění výzkumu probíhajícímu v Norsku (Miller, Eskild, Mella, Moi & Magnus, 2001), kde výzkumníci došli k závěru, že ženy častěji využívají služeb, kdy mohou obdržet kondomy zdarma. Faktem ale zůstává, že samotná prostituce s sebou přináší mnohé psychické problémy, které postihují prostituující ženy. Tyto ženy mívají negativní nebo problematický vztah ke svému tělu, malé sebevědomí, nejasněnou ženskou roli, ztrácí schopnost navázat normální vztah s mužem a nedokážou najít v partnerském vztahu hranice (Preslová, 2009).

Nešpor & Müllerová (1997) ve své příručce upozorňují na to, že žena závislá na drogách se často stává obětí trestného činu. Může jí týrat její partner, parta či její pasák. Žena, u které se objevuje problematické užívání drog, se tomuto násilí nedokáže dobře bránit a často se bojí vyhledat pomoc, a to z různých důvodů., např. strachu ze stigmatizace - žena by musela přiznat, že užívá drogy (viz. 1. 1.). Dalším důvodem může být závislost na partnerovi, který bývá pro ženu často jediným zdrojem drogy, o které pojednávám v další kapitole.

### **1.1.5 Vliv partnera na užívání drog u žen**

Významnou roli v životě závislé ženy hraje její partner. Ten bývá většinou první osobou, která ženu k návykovým látkám přivede a dále ji drží v abúzu. Frouzová (1996) uvádí, že více než polovina uživatelék dostala svojí první injekci s drogou od svého partnera. Často lze vidět, že je žena s někým jen proto, že se jí ujal, a později jej už nedokáže opustit. Je pak celkem běžné, že tyto ženy zažívají traumata z fyzického, psychického a sexuálního násilí, které na nich bylo spácháno v době závislosti nejenom na drogách, ale i na partnerovi. V těchto případech mohou drogy sloužit také jako únik z nepříznivé situace v partnerském vztahu (Kalina, 2008).

I když na počátku braní drog se ženy cítí zcela emancipované, postupně se dostávají do situace, kdy nad nimi mají muži moc a ovládají je. Svědčí o tom pozorování Radky Koblížkové (2009). Podle ní jsou závislé ženy ze začátku upravené, dobře oblečené a dbají o sebe, ale postupem času začnou podléhat tlaku mužů a přestanou se o sebe starat a po určitém čase získají „mužské rysy“. Je to způsob, který jim pomáhá ve skupině drogově závislých lidí přežít.

Psychická a existenciální závislost na partnerovi se též objevuje při práci se závislými matkami, kde muži hodně zasahují do léčby svých partnerek, a to často také negativně. Ačkoliv jsou těhotenství u závislých žen neplánovaná, nakonec matky nacházejí vztah ke svému dítěti a spolu s ním i motivaci k léčbě. Ovšem muž tuto motivaci nemá a představa, že se jeho partnerka začne léčit a vzdá se drogové společnosti, je pro něj ohrožující, protože to nezřídka znamená, že opustí zároveň i jeho. Muži jsou pak schopni vynaložit manipulativní tlak a ženu donutit k tomu, aby opustila své dítě a zůstala spolu s ním a drogou. Tento fenomén se v poslední době začíná rozšiřovat, zejména, kvůli rostoucímu počtu otců uživatelů (Preslová, 2009).

#### **1.1.6. Těhotenství a mateřství**

Obzvláště specifickou skupinu mezi uživatelkami drog tvoří těhotné ženy a matky. V dnešní době se tomuto tématu věnuje stále více prostoru a je k dispozici poměrně hodně materiálů, takže by to samo o sobě vydalo na celou práci. Pro účely své práce toto téma pouze nastíníme, protože patří k jednomu z nejdůležitějších specifíků závislostí u žen a nelze jej vynechat. V podstatě byla tato problematika spolu s nárůstem uživatelů drog ženského pohlaví prvním impulsem k tomu, aby se drogově závislým ženám začala věnovat pozornost.

První studie na toto téma byly provedeny v 60. letech 20. století a zaměřovaly se především na neonatální abstinční syndrom a další nemoci, které se mohou u dětí závislých matek objevit. Postupem času se začal zkoumat také vliv drogové závislosti rodičů na jejich děti. Výsledky studií jsou v tomto ohledu různé, některé přicházejí s názorem, že děti závislých rodičů se neliší od dětí ostatních, jiné výzkumy prokazují, že tyto děti jsou předurčeny k tomu, aby samy měly potíže s drogami a k tomu ještě problémy s učením, pozorností, pamětí, ale i větší tendence k agresivnímu chování (Preslová, 2003). Nakonec z většiny studií vyplývá, že odolnost či tolerance k droze u těhotné ženy i plodu

je individuální. Větším rizikem jsou pro plod nebo již narozené dítě infekční choroby, jako jsou virové hepatitidy, lues a HIV, kterými závislé matky často trpí a mohou je na své děti přenést (Lukešová, 2009). Podle Nešpora & Scémy (1996) je u těhotných žen užívajících nealkoholové drogy zvýšené riziko anémie, endokarditis, eklampsie, potraty či abrupce placenty. Každé těhotenství je proto nutné pečlivě monitorovat.

V roce 2011 byla v ČR provedena studie zkoumající souvislost mezi užíváním návykových látek s komplikacemi během porodu, šestinedělí a se zdravotním stavem novorozenců. Studie zjistila následující:

V letech 2000–2009 bylo nahlášeno 1 008 821 rodiček, z toho u 60 502 (6 %) bylo evidováno kouření, u 1528 (0,2 %) užívání alkoholu a u 1836 (0,2 %) užívání dalších (nelegálních) drog. Novorozenců bylo nahlášeno 1 027 200. Ukázalo se, že rodičky užívající návykové látky jsou v průměru o 0,5- 3 roky mladší než neuživatelky, stejně tak se u nich vyskytovalo nižší dosažené vzdělání. Téměř 2/3 uživatelky nebylo sezdáno a nežilo v trvalém partnerském vztahu. Ze studie dále vyplývá, že vliv užívání návykových látek na výskyt umělých přerušení těhotenství a samovolného potratu se projevil pouze u rodiček-kuřáček. U závažných komplikací těhotenství bylo působení návykových látek prokázáno u všech látek. U kuřáček byla o 40 % vyšší pravděpodobnost vzniku těchto komplikací, u uživatelky drog o 13 % vyšší a o 5 % vyšší vliv na komplikace těhotenství mělo užívání alkoholu. Téměř žádný vliv nemělo užívání návykových látek na vznik problémů během porodu. Užívání alkoholu a nelegálních drog mělo efekt na zvýšený výskyt komplikací v šestinedělí. Negativní vliv na zdravotní komplikace plodu/novorozence mělo především užívání tabáku, které bylo statistickým testem prokázáno jako významné u téměř všech sledovaných charakteristik včetně nižší porodní hmotnosti, kratšího gestačního stáří, zhoršeného klinického stavu plodu během porodu a vyšší mrtvorozenosti. Užívání alkoholu matkami v průběhu těhotenství mělo vliv především na celkový zdravotní stav plodu bezprostředně po porodu, na výskyt vrozených vad, na pravděpodobnost mrtvě narozeného dítěte nebo potřebu léčby novorozence na sále. Novorozenci matek-uživatelky návykových látek měli také vyšší pravděpodobnost pokračující hospitalizace po propuštění z novorozeneckého oddělení, přeložení do kojeneckého ústavu a častěji končil pobyt na novorozeneckém oddělení úmrtím novorozence. Vliv užívání nelegálních drog se tedy ukázal jako mnohem slabší než vliv alkoholu nebo kouření. (Nechanská, 2012, in Mravčík et al., 2011, 95).



Pozornost věnovaná této klientele v posledních letech vedla k tomu, že postupně vznikají specializovaná léčebná zařízení pro matky s dětmi, a to především ve formě terapeutických komunit, kde je těmto ženám umožněno změnit svůj životní styl a osobnostně dozrát. Problémem ovšem zůstává, že těhotné ženy tyto služby často nevyhledají. Je to podmíněno kulturními, psychologickými a organizačními bariérami (Preslová, 2009). Mnohé ženy však pomoc nevyhledají, obávají se odsouzení, také ze strany poskytovatelů služeb. Olszewski et al. (2010) upozorňují na nutnost vytvořit pro matky - uživatelky specializované anonymní podpůrné skupiny, kde by mohly ženy bez obav řešit svoje problémy. Zohlednit by se měl i fakt, že těhotenství je pro ně silným motivem k abstinenci a vhodná podpora může pomoci ženě překonat její problémy s drogou.

V České republice se začalo o této problematice diskutovat až v posledních pěti, šesti letech v souvislosti s rozšířením drog v naší populaci. Vzhledem k této krátké době schází u nás více zkušeností a dlouhodobých sledování této problematiky, ale i přes tyto nedostatky patří ČR k jedné z mála zemí, které nabízejí komplexní léčbu ze závislosti matkám spolu s dětmi (Preslová, 2009).

## **1.2. Specifika zneužívání drog u mužů**

V předchozí kapitole jsme zmínili, že o genderové problematice se v adiktologické literatuře mnoho nepojednává. Charakteristika závislých mužů je pak zcela opomíjenou kapitolou, přesto je můžeme pokládat za genderově specifickou skupinu (Kalina, 2008). Z jednotlivých střípků v české literatuře je možné posbírat tato specifika:

- muži jsou více postiženi soudními řízeními, protože častěji páchají drogovou trestnou činností, tím se rozumí nedovolená výroba, držení a následná distribuce drogy (Mravčík et al., 2004),
- muži častěji inklinují k rizikovému chování a hazardním hrám. Patologické hráčství tzv. „gambling“ je typičtější pro muže (Nešpor, 2007),
- výskyt abúzu alkoholu je u mladistvých mužů až čtyřikrát větší než u mladistvých žen (Kotková, 2009),
- jako příčiny závislosti u mužů jsou častěji jmenovány sociogenní vlivy, jako je životní styl, nevhodná společnost atd. (Nešpor & Scémy, 1996),

- u mužů – uživatelů se častěji vyskytují poruchy osobnosti (disociálního typu) vyjma histriónské. Typické jsou pro ně také impulzivní rysy osobnosti (Kotková, 2009).

Z výzkumu provedeného v roce 2004 vyplývá, že muži závislí na drogách jsou častěji bez domova a nezaměstnaní. Stejná studie upozorňuje i na zvýšenou mortalitu u mužů. Ti častěji umírají na předávkování tzv. „pouličními drogami“, především halucinogeny a těkavými látkami (Mravčík et al., 2004).

Nejenom, že se v druhé polovině minulého století změnilo postavení žen ve společnosti, ale i u mužů se mluví o tzv. „krizi maskulinity“. Mění se role muže, a to se projevuje i u užívajících mužů. Otázkou zůstává, jestli je vhodné hledat spojitost s tímto sociologickým pojmem. V léčbě se především u mladší generace vyskytují problémy spojené s nevyřešenými vývojovými úkoly adolescence, tak jak je popisuje Kalina (2008a, 270): „poruchy identity, chabá identifikace s vlastním tělem a sexuální rolí, emoční závislost na původní rodině, osamělost a nízká schopnost obstát v jakýchkoli mezilidských vztazích, povrchní sociální adaptace a unikání do fantazie.“ Tento popis neodpovídá genderovému stereotypu muže, a tak se k němu klientky v terapeutickém prostředí staví spíše do rolí matek či k nim přistupují s despektem (Kalina, 2008a).

V terapeutických komunitách je popisován výskyt takového profilu mužů. Může se ovšem jednat o charakteristiky typické jen klientům terapeutických komunit (TCC, 2006, in Kalina, 2008a, 270):

- chybění pozitivních mužských vzorů, které by je připravily na otcovství a zdravé vztahy s muži a ženami;
- sklon skrývat nejistotu a strach z intimity a sexuality;
- neochota připouštět sexuální zneužívání a hovořit o něm;
- agresivita, dominantnost, soupeřivost a jiné rigidní vzorce chování typu „macho“;
- obtíže s emočním vyjádřením a s odkrytím osobní zranitelnosti apod.

### **1.3. Specifika zneužívání drog u lesbických žen, gayů, bisexuálů a transgenderu (LGBT)**

Problematika užívání drog u skupiny LGBT nebyla doposud systematicky zkoumána jinak než v souvislosti s HIV/AIDS a v aspektech sexuality, přesto se v poslední době věnuje pozornost sexuální orientaci jako faktoru, který má vliv na psychické zdraví a užívání návykových látek (Nepustil, Pančocha, Frišaufová, Kalivodová, & Bártová, 2012).

Procházka (2011) uvádí, že závislost na alkoholu je u gay mužů a lesbických žen podmíněna především internalizovanou homofobií (nenávisť vůči sama sobě, vůči svojí sexuální orientaci) než sociálními faktory, jak tomu je u heterosexuálních osob. Častěji se u nich vyskytuje depresivní a neurotická symptomatika, zvyšuje se riziko suicida, to vše ve spojení se strachem z odmítnutí vlastními rodiči. U chlapců se vykytuje mentální anorexie, která je jinak u heterosexuálních chlapců vzácná, gay muži se mohou potýkat se sexuálními dysfunkcemi. U uživatelů drog se více objevují homosexuální zkušenosti oproti uživatelům drog, naproti tomu se obvykle hlásí k bisexuální identifikaci. Muži – uživatelé nemají takovou nejistotu ve své sexuální identifikaci.

Užívání drogy v komunitě gay mužů se významně neliší od užívání drog zbytku populace. Výjimkou je užívání amylnitritu (poppers) a zvýšené užívání léků na erekci (Procházka, 2011). Podle Porubského (2011) je nejčastější užívanou drogou mezi gay muži marihuana, naopak užívání drog opiátového typu není tak časté. Abúzus kokainu je spojen s životním stylem tzv. „zlaté mládeže“.

Sexuální orientace má vliv i na léčbu drogově závislých. Každý takový klient rozpoutá silnou dynamiku, přispívá k tomu vlastní nevyrovnanost s menšinovou orientací. U homosexuálních lidí se setkáváme většinou s dvojí diskriminací. Minoritní skupina se stejnou orientací uživatele odsuzuje za jeho závislost, ostatní uživatelé zase za jeho neheterosexuální orientaci, od majoritní společnosti se mu může dostávat diskriminace za oboje. V samotné léčbě se pak heterogenní terapeutická skupina dokáže lépe vyrovnat s lesbickými ženami než s homosexuálními muži. Ženy mají všeobecně častější homosexuální zkušenost a samy sebe považují za bisexuální, proto jsou také celkově tolerantnější k odlišné sexuální orientaci. Velice negativně jsou vnímáni uživatelé, kteří ačkoliv heterosexuálové, byli homosexuálně zneužiti nebo se živilí homosexuální

prostitutí. Přesto lze vysledovat v posledních pár letech zvýšenou toleranci vůči osobám s minoritní sexuální orientací (Sadílková & Žáková, 2011).

Nešpor (nedat., 23) na základě zkušenosti upozorňuje na tato specifika léčby, která by měla být dodržena:

- důležitý je chápající a nemoralizující přístup,
- homosexuální pacienti je třeba varovat před navazováním sexuálních vztahů v léčbě,
- práci ve skupině bývá vhodné doplnit častějšími individuálními kontakty vzhledem k tomu, že ne každý homosexuální pacient chce hovořit o svých problémech ve skupině.
- s ohledem na výše uvedené je třeba věnovat větší pozornost větší pozornost životnímu stylu.

## 2. Léčba závislostí

Léčba je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, která vychází především z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. V léčbě jsou využívány různorodé metody a přístupy v různých kombinacích (Kudrle, 2003). Kalina (2001) uvádí, že u závislostí označujeme „léčbou“ i odborné programy mimo rámec zdravotnictví. K léčení se používá velké množství metod: farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie.

„Cíl léčby je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (1998, in Kalina, 2008b, 293) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog:

- snížení závislosti,
- snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog,
- podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

Tyto cíle jsou dosažitelné a měřitelné, avšak ne u všech klientů a za všech podmínek.“

### 2.1. Účinná léčba

Za efektivní léčebný program považujeme ten, který je schopen se flexibilně přizpůsobit skutečným nikoliv domnělým požadavkům klienta. Program by měl být v neustálém vývoji a reflektovat potřeby klientů (Miovský, 2003). Nešpor (nedat.) mluví o tzv. matchingu – přiřazení cílené intervence danému typu klienta. V praxi se někdy též opakovaně zkouší různé možnosti až do dosáhnutí stabilní remise. Mezi významné faktory v léčebném procesu, které mají vliv na efektivitu léčby, můžeme zařadit následující faktory (Kalina, 2003):

Délka programu – samotná délka léčby je považována za účinný faktor. Léčba kratší než tři měsíce není brána za účinnou, stejně tak léčba trvající déle než jeden rok nepřináší další zlepšení, naopak někdy může dojít ke zhoršení výsledků, a to i u velmi nezralých klientů a klientů s těžkými psychosociálními problémy (Kalina, 2003). Již v roce 1989 ve výzkumu Hubbard, Marsdena, Rachala, Harwooda, Cavanaugha, & Ginzberga bylo zjištěno, že pravděpodobnost dosažení lepších výsledků úzce souvisí s délkou programu a jejím

zdárným ukončením, bez ohledu na to, o který výsledný ukazatel se jedná (např. chování pacientů před a po léčbě, abstinence...). Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe (1999) potvrdili, že pacienti z rezidenční léčby, kteří setrvali v programu delší dobu, dosahovali při kontrole po jednom roce lepších výsledků v oblasti abstinence, poklesu injekčního užívání a snížení páchaní kriminální činnosti než pacienti, kteří z léčby odešli dříve I když klienti, kteří zůstanou v léčbě až do konce a tedy delší dobu, vykazují významná zlepšení, také u těch, kteří léčbu opustí předčasně, můžeme vysledovat posun k lepšímu. Nesmí se ovšem jednat o délku doby, která spadá pod minimální prahovou hodnotu, u níž byla zjištěna spojitost se zlepšenými výsledky. V takovém případě programy pravděpodobně nezajistí efektivní výsledky. Další studie (McCusker, Bigelow, Vickers-Lahti, Spotts, Garfield, & Frost, 1997) prokázala jen nevýrazné zvýšení přínosu při srovnání dlouhodobého programu v terapeutických komunitách (12 měsíců) a krátkodobějšího programu (6 měsíců). Autoři se domnívají, že šestiměsíční program je vzhledem k výsledkům studie dostačující.

Udržení v programu a zapojení do programu – předčasné ukončení léčby je velmi časté, uvádí se až 60% klientů. Zejména vypadnutí hned po nástupu nebo v první třetině programu je velmi časté a prognóza u těchto klientů je špatná. Udržení klienta v léčbě vyžaduje značný individualizovaný, podpůrný a motivující přístup (Kalina, 2003). Udržení v léčbě je významným prediktorem hlavně u mladých dospělých, kde se dokončení léčby pojí se zvýšenou mírou abstinence (Grella, Hser, Joshi, & Anglin, 1999). Předčasný odchod z léčby je chápán jako jakási míra nesouladu mezi klientem, ostatními klienty, terapeuti a vůbec prostředím, kde program probíhá. Klient má pocit, že je na špatném místě. Předčasný odchod v tomto případě nemusí znamenat neúspěch v léčbě, protože klient často vyhledá jinou formu programu, která by mu vyhovovala lépe (Peterson, Swindle, Phibbs, Recine, & Moos, 1994).

Obsah programu – léčebný program musí nést dostatek podnětů na změnu. Efektivní je intenzivní strukturovaný program s psychoterapeutickým působením a tréninkem sociálních dovedností, který má jasně stanovený řád a pravidla. Kumulaci účinných faktorů přináší hlavně terapeutická komunita (Kalina, 2003). Ve studii (Thornton, Gottheil, Weinstein, & Kerachsky 1998), kde byli klienti náhodně zařazeni do dvou skupin poskytujících poradenství – vysoce strukturované behaviorálně orientované poradenství nebo do málo strukturovaného individuálního poradenství, vykazovali klienti se

závažnějšími drogovými problémy lepšími výsledky při vyšší strukturaci programu, naopak klienti s menšími problémy těžili více z méně strukturovaného poradenství.

Práce na problémech – důležité je věnovat se jednotlivým problémům komplexně a neizolovaně. Všechny klientovy problémy spolu úzce souvisejí (Kalina, 2003).

V roce 2008 k těmto faktorům Kalina přidává ještě další čtyři faktory. Jako první uvádí vhodný výběr programu. Vychází z toho, že neexistuje léčba, která by vyhovovala všem a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby (Kalina, 2008b). Obecně platí, že rezidenční programy jsou vhodnější pro klienty se závažnějšími drogovými problémy, kteří vyžadují intenzivnější služby (Gossop, 2009). Dalším faktorem úspěšnosti je integrita programu. Aby byl program účinný, je pro klienta nutné přijmout program jako odpovídající jeho potřebám, je důležitá jeho poctivost, konzistence, ale také čestnost personálu a ostatních klientů. Terapeutický styl má podstatný vliv na to, jestli se klient rozhodne na program podílet nebo zaujme odpor a vyhledá změnu. V neposlední řadě je významná kontinuita léčby. Následná léčba významně zvyšuje výsledky. Důležitý vliv hlavně na motivaci klienta má také předešlé léčebné poradenství. Znamená to využít účinné faktory kontinua – přípravná léčba – poradenství - následná péče. (Kalina, 2008b).

## **2.2. Počty uživatelů nelegálních drog v ČR**

V následující tabulce uvádíme prevalenci užití návykových látek v populaci 15 – 64 let. Celopopulační studii užívání psychoaktivních látek realizovalo NMS (Národní monitorovací středisko) v roce 2012, kdy se dotázalo 1028 respondentů starších 15 let. Poprvé byla do výzkumu zahrnuta i otázka týkající se nově vznikajících syntetických látek. Zkušenosti s nelegálními látkami tradičně uváděly hlavně mladší generace, avšak u nově vznikajících syntetických látek se užívání objevilo hlavně mezi 35 – 44 lety, tedy spíše mezi starší populací. Nejčastější užívanou nelegální drogou je marihuana a hašiš, a to ve všech věkových skupinách. Z tabulky jasně vyplývá, že užívání legálních i nelegálních drog je vyšší u mužů (Mravčík et al., 2011).

Tabulka 2. Prevalence užití návykových látek v populaci 15 – 64 let (v%). (Mravčík et al., 2011)

Droga	Celý život (v%)			12 měsíců (v%)			30 dní (v%)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Tabák	74,6	57,3	66	53,1	37,3	45,3	46,5	31,2	38,9
Alkohol	91,9	90,4	91,1	90,1	86,5	88,4	76,3	61,7	69,1
Marihuana, hašiš	30,8	18,8	24,9	12,7	4,9	8,9	4,4	1,8	3,1
Extáze	8,1	3,4	5,8	2,2	0,9	1,6	0,2	-	0,1
Pervitin, amfetaminy	3,1	1,1	2,1	0,9	0,7	0,8	-	-	-
Kokain	1,8	1,1	1,4	0,4	0,7	0,6	0,2	-	0,1
Heroin	1,3	0,4	0,9	0,7	-	0,3	0,2	-	0,2
LSD	2,6	1,6	2,1	1,1	1,1	1,1	-	-	-
Halucinogenní houby	5,5	2,7	4,1	1,1	0,9	1	-	-	-
Těkavé látky	2	0,7	1,3	0,7	0,2	0,4	0,2	-	0,1
Nové syntetické drogy	1,8	1,1	1,4	1,1	-	0,6	-	-	-

Počet uživatelů v Registru žádostí roste od roku 2008. Žadatelé o léčbu jsou hlavně z řad uživatelů stimulancií, především pervitinu, na druhém místě jsou žadatelé užívající opiáty/opioidy a těsně za nimi se nachází uživatelé konopných drog. Tak je možné vysledovat stárnutí populace žadatelů o léčbu, ženy stabilně tvoří zhruba jednu třetinu všech žadatelů (Mravčík et al., 2011)

### 2.3. Léčba závislostí v ČR

Specializovaná léčba závislostí má u nás poměrně dlouhou historii. První specializované zařízení pro léčení alkoholových závislostí založil Jaroslav Skála 10. září 1948 v Praze U Apolináře. Postupně narůstala prevalence nealkoholových závislostí, a tak se jednotlivá ambulantní a ústavní zařízení začala zabývat i touto problematikou. První léčebna určená pouze pro závislé na nealkoholových drogách byla založena roku 1978 doktorem Rubešem v Praze. Dalo by se říct, že tímto postupným rozrůstáním byly položeny základy pro vznik kompletní péče (Bém, 2003). V dnešní době dělíme léčbu závislostí v ČR podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (2003) do tří základních směrů:

1. ambulantní léčba - specializovaná ambulantní lékařská péče v podobě AT ordinací, stacionárních programů, strukturovaných programů a následné péče. Patří mezi krátko- a střednědobé programy léčby, které nejsou tak časově náročné.



2. rezidenční léčba - je určena pro osoby se středním až těžším stupněm závislosti, často s kriminální anamnézou či somatickým poškozením. Je poskytována formou terapeutických komunit, specializovaných oddělení nemocnic, psychiatrických léčen. Jedná se o středně až dlouhodobý léčebný program.
3. substituční léčba - je způsob léčby, kdy je původní ilegální látka nahrazena jinou legální látkou, která je bezpečnější, bez toxických příměsí a s delším účinkem v organismu. Jedná se o krátko- až střednědobou léčbu. Často doprovází ambulantní a rezidenční léčbu.

V následujících tabulkách uvádíme počty zájemců o jednotlivé typy léčby. Můžeme sledovat fenomén, na nějž upozorňuje řada studií. Poměr 3:1 mužů a žen, které využívají stávající služby určené k léčbě závislosti, neodpovídají poměru mužů a žen na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíš 2:1 (Vobořil, 2003). Z tabulek je zřejmé, že ženy častěji přicházejí do ambulantních zařízení, kde se vyskytuje jeden a půl ženy na jednoho muže. Oproti tomu do rezidenčních programů nastupují mnohem méně, ovšem i zde je vidět zvyšující se trend, kdy v roce 2011 se šly dlouhodobě léčit již dvě ženy na jednoho muže oproti roku 2005, kdy to byly téměř tři ženy spadající na jednoho muže v léčbě. Tyto výsledky potvrzuje i studie Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti v ČR z roku 2004 (Mravčík et al., 70- 71), která uvádí, že: „Data z nízkoprahových a léčebných zařízení ukazují, že mezi jejich klienty převažují muži. Ti tvoří v různých typech poskytovaných služeb 60 - 80% procent klientely, nejvyšší podíl žen (40%) byl v ambulantních programech léčby a doléčování, nejnižší (20%) v nízkoprahových zařízeních poskytujících služby harm - reduction uživatelům drog.“ Důvody proč ženy dávají přednost ambulantním programům a substituční léčbě mohou být různé. Například, že ženy dávají přednost krátkodobějším programům nebo že ženy preferují služby, kde se jejich problematika stane legální a ony se tak vyhnou společenské stigmatizaci. A proč žen v rezidenční léčbě přibývá? Vliv by na to mohl mít i fakt, že služby stále častěji nabízejí genderově vstřícné programy a zabývají se tzv. „ženskou otázkou“.

Tabulka 3. Počet zájemců o substituční léčbu v ČR v letech 2005 – 2011 (NMS ČR)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Muži	578	652	719	949	1089	1500	1621
Ženy	247	286	319	407	466	613	669
Celkem	825	938	1038	1356	1555	2113	2290
Muži : ženy	2,4 : 1	2,3 : 1	2,3 : 1	2,4 : 1	2,3 : 1	2,4:1	2,4:2

Tabulka 4. Počet prvních ošetření v ambulantních psychiatrických zařízeních v letech 2004 – 2008 (NMS ČR)

	2004	2005	2006	2007	2008
Ženy	181 947	183 120	187 920	186 850	191 415
Muži	267 733	267 046	270 580	277 986	274 937
Celkem	449 680	450 166	458 500	464 836	466 352
Muži : ženy	1,5:1	1,5:1	1,4:1	1,5:1	1,4:1

Tabulka 5. Počet zájemců o rezidenční léčbu v ČR v letech 2005 – 2011 (NMS ČR)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Muži	8798	8019	8019	7706	7758	10374	10245
Ženy	3150	3167	3185	3263	3332	4987	5005
Celkem	11948	11186	11204	10969	11090	15361	15253
Muži : ženy	2,8:1	2,5:1	2,5:1	2,4:1	2,3:1	2,1:1	2,0:1

## 2.4. Specifika v léčbě závislostí žen

V kapitole 1. 1. jsme se věnovali specifickým aspektům závislostí u žen. Služby nabízené závislým ženám by měly tato specifika zohledňovat ve svých léčebných programech, bohužel to není častým jevem. Nešpor (2007) upozorňuje na to, že většina programů vychází z potřeb závislých mužů, protože ti užívají nezákonné látky častěji než ženy. Přitom z nejedné studie vyplývá, že specificky ženské programy jsou většinou účinnější než programy koedukované, tedy určené především mužům. Hlavní důvod je viděn v tom, že se zde nevyskytuje riziko partnerských vztahů mezi závislými muži a ženami, které bývá nejčastějším ohrožením zdárné léčby. Výhodou je také to, že lze lépe reagovat na specifické potřeby žen a hlouběji se zabývat citlivými tématy. Nešpor (nedat.,

21) utřídil jednotlivé specifické potřeby a citlivá témata, na která především by se měly zaměřit léčebné programy určené závislým ženám, do následujících devíti bodů:

- Větší pozornost je třeba věnovat zdravotním problémům, které jsou u žen častější. Nebezpečnější jsou i otravy drogami a rychleji se rozvíjející závislost, proto je třeba léčbu zahájit co nejdříve.
- U žen se prokázala vyšší konzumace drog (především alkoholu) v premenstruálním období, více ohroženy mohou být také ženy v přechodu. S těmito tématy je v léčbě též potřeba pracovat.
- Vyšší konzumace drog u žen většinou navazuje na zátěžové životní události a zdá se, že u žen je i vyšší výskyt depresí a úzkostných stavů, které je třeba vhodně léčit.
- U žen je poměrně častý souběh závislostí na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách a poruch příjmu potravy, zejména bulimie.
- Žena závislá na alkoholu nebo drogách bývá častěji vystavována násilí nebo bývá sexuálně zneužita. V léčbě by měla mít možnost se s těmito problémy svěřit.
- Větší pozornost je třeba věnovat rodinným vztahům. Například u žen vzniká závislost na alkoholu nebo drogách častěji než u mužů v souvislosti se soužitím s partnerem, který alkohol nebo jiné psychoaktivní látky sám škodlivě užívá nebo je na nich závislý. Jiným příkladem je syndrom prázdného hnízda (pocity osamělosti u žen, jejichž dospívající nebo dospělé děti se odpoutávají od rodiny), to u žen nezřídka předznamenává rozvoj závislosti. Důležitá zde může být jistá emancipace ve vztahu k manželovi a dětem i rozvoj vlastní zájmové sféry a sítě sociálních vztahů.
- Ženy mohou mít při vyhledávání odborné pomoci pro návykovou nemoc větší zábrany a narážet i na další problémy, jako je nepochopení okolí nebo nezajištěná péče o děti.
- Ženy poměrně často kombinují alkohol s tlumivými léky, hypnotiky a analgetiky. Proto jsou pro ně tyto léky zvláště nebezpečné.
- U žen v reprodukčním věku je třeba věnovat potřebnou pozornost prevenci fetálního alkoholického syndromu a poškození plodu jinými psychoaktivními látkami.

Otázkou zůstává, jestli máme opravdu služby, které odpovídají poptávce klientely ženského pohlaví. Vobořil (2003) ve svém článku Gender - ženy jako specifická skupina uvádí výsledky průzkumu DAWN, který byl proveden ve Velké Británii v roce 1996 a ze kterého vyplývá, že jen 39% léčebných zařízení nabízí genderově senzitivní program. Zařízení nabízející tyto služby vykazovaly vyšší využití ženskou populací. Tato studie je poměrně stará, ale ani z novějších literárních zdrojů nevyplývá, že by došlo k zásadnímu posunu, i když se vyspělé země snaží zavádět genderově vstřícné léčebné programy, které jsou navrženy a poskytovány ženám.

Gossop (2009) ovšem uvádí, že není zcela zřejmé, jak moc je potřeba vytvářet specializované služby zaměřené na ženy, nemnoho studií potvrdilo účinnost těchto specializovaných intervencí. Z výzkumu Altermana et al. (2000, in Gossop, 2009) vyplývá, že pokud mají ženy i muži stejné či podobné sociodemografické charakteristiky, tak vykazují ve stejném léčebném prostředí víceméně stejně dobré výsledky. I další studie dospěly k podobným závěrům i přesto, že někdy mohly být problémy (např. nezaměstnanost, péče o děti, zneužívání, týrání, psychické problémy) před nástupem do léčby u žen závažnější než u mužů (Hser et al., 2003, in Gossop, 2009).

Zvýšená pozornost by se měla věnovat matkám s dětmi. Jen málo zařízení pro léčbu závislostí je uzpůsobeno k péči o dítě, což je častým důvodem, proč ženy-matky nevyhledávají pomoc. V České republice se jedná pouze o jednu terapeutickou komunitu Karlov a několik organizací, které poskytují specializované služby pro matky uživatelky drog. Řadíme se sem například Centrum pro rodinu, patřící organizaci Drop-In, o.p.s. (Nepustil et al., 2012).

### **Genderově vstřícné programy**

Na prvním místě mezi genderově vstřícné programy patří ty, které jsou určeny pouze ženské klientele a jsou poskytovány výhradně ženským personálem. Tímto způsobem fungují především terapeutické komunity vytvořené speciálně pro matky s dětmi. Česká republika se řadí k nemnoha zemím v Evropě, které poskytují tyto služby v terapeutické komunitě SANANIM Karlov, která byla založena roku 2001 (Kalina 2008a).

Jako poměrně vhodné řešení se jeví i doplňování koedukovaných programů čistě ženskými službami (např. genderové skupiny, genderové poradenství) a poskytnutí

fyzického a psychického bezpečí pro ženy, může sem patřit i zvláštní místnost vyhrazená pouze ženám. Vhodné je, aby ve všech typech zařízení byl ženám k dispozici ženský personál (Kalina, 2008a), ten slouží především k tomu, aby klientky měly osobní vzory ženského pohlaví. Vobořil (2003) ale uvádí studii (Department of Health, 1996), která toto tvrzení ne úplně potvrzuje a poukazuje na to, že samotný ženský personál lepší výsledky v léčbě nezaručí, ale že záleží především na definování rolí jednotlivých zaměstnanců léčebného zařízení. Zaměstnanci také musí reflektovat potřebu nabídky ženských programů a ženského poradenství. Výzkum Sterlinga, Gotthela, Weinstein, & Serota (2001) tento názor nepotvrdil, zkoumal účinek výběru vhodného terapeuta na základě rasy a pohlaví. Výsledky nepotvrdily, že by takovéto přiřazování mělo nějaký pozitivní efekt, spíše záleží na osobě samotného terapeuta.

Pederson (2007) ve svém článku popisuje moderní způsob léčby tzv. bottom-up strategii, která se zdá být nejvhodnějším teoretickým rámcem pro léčbu závislostí u žen. Ve své studii pak řeší, zda je v praxi tak účinná, jak teorie předpokládá. Do tohoto teoretického rámce spadá dvanáct základních kroků, které vedou k efektivním výsledkům při léčbě závislostí u žen. Patří sem hlavně: kognitivně behaviorální terapie, motivační rozhovory, interpersonální/dynamická terapie, gestalt terapie, systemická terapie, různé metody vedoucí k prevenci relapsu vycházející z Gorského teorie a různé druhy terapeutických komunit zaměřených pouze na ženy.

A co se dále jeví jako účinné při léčbě závislých žen? Ženy preferují služby, které nejsou moc časově náročné a které jejich situaci zlegalizují, proto často navštěvují lékaře, kteří jim předepisují psychofarmaka. Tuto službu zatím poskytují pouze specialisté, jako jsou psychiatři a odborníci zaměřením na léčbu závislostí. Přínosem by určitě bylo, kdyby se možnost dávat recepty na legální drogy rozšířila i mezi další lékaře především obvodní a tím by pro ženy tyto služby byly přístupnější. I další služby by měly zohledňovat náročnost na čas a poskytnout ženám možnost starat se během léčby o svoji rodinu (Vobořil, 2003).

Dále ženy preferují služby zaručující anonymitu. V tomto případě jsou užitečné poradenské služby poskytované po telefonu, vhodné se také jeví různé svépomocné skupiny, kde se setkávají ženy s podobnými problémy a pocity, které tak mohou navzájem sdílet. Navíc zde nacházejí pomoc a v neposlední řadě v těchto skupinách mohou uspokojit svoje sociální potřeby (Hartl, 1997).

Při tvorbě programu pro ženy je také důležité vzít v úvahu, pro kterou konkrétní skupinu žen by měl být určen: pro mladé dívky, dospělé, starší ženy, studentky či matky s dětmi. Každá tato skupina s sebou nese další specifika, která je nutno při poskytování služby zohlednit. Jako první své služby v České republice takhle rozdělila poradna Evita, která byla roku 2003 zřízena při Kontaktním centru v Ústí nad Labem a její způsob práce se jeví jako velmi efektivní (Koblížková, 2009)

### 3. Terapeutické komunity

Existuje nepřehledné množství definic terapeutické komunity, záleží na úhlu pohledu. Nejznámější definice TK je od Kratochvíla (1979, in Kalina, 2008b, 17), který chápe TK „jako zvláštní formu 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.“

Všeobecně se dají definice terapeutických komunit rozdělit do dvou typů dle pojetí (Kratochvíl, 1979):

1. širší pojetí - chápe TK jako formu organizace léčebné jednotky, ve které se všichni její členové podílejí na rozhodování za předpokladu, že mezi nimi dobře funguje otevřená komunikace. Pacienti TK nejsou jen pasivní, ale aktivně se podílejí na svém uzdravení a to umocňuje působení jejich léčby (Hartl, 1997).
2. užší pojetí - TK je chápána jako „psychoterapeutická metoda, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů chování a prožívání.“ (Kalina, 2008a, 17)

#### 3.1. Vznik a vývoj terapeutických komunit

První myšlenky o terapeutických komunitách vznikaly ve Velké Británii během druhé světové války v souvislosti s potřebou léčit vojáky s neurotickými a psychosomatickými problémy (Kratochvíl, 1979).

První, kdo uskutečnil v praxi myšlenky terapeutické komunity, byl ředitel psychiatrické nemocnice Cassel Hospital doktor Main. Ten také poprvé použil pojem terapeutická komunita v tisku v Northfieldské zprávě. Ovšem hlavní zásluhu na formulování zásad terapeutických komunit má psychiatr Maxwell Jones, který působil v Henderson Hospital. Tato nemocnice se později stala významným školicím střediskem i

pro mnohé zahraniční návštěvníky a inspirovala je k založení terapeutických komunit také v dalších zemích. Tímto způsobem vznikla roku 1952 také první terapeutická komunita na území ČSSR v Lobči, kterou založil F. Knobloch (Kratochvíl, 1979).

„Jones chápe terapeutickou komunitu jako určitý styl práce celého oddělení nebo celé léčebny, nastolující otevřenou komunikaci a pokud možno demokratické vztahy na všech úrovních s využitím terapeutických možností skrytých ve všech členech týmu i v pacientech a v jejich vzájemné interakci.“ (Kratochvíl, 1979, 9) Koncepce terapeutických komunit se stává stále více populární, rychle se rozšiřuje a její principy jsou upravovány. Původně se TK využívaly jen pro léčbu psychosomatických a neurotických poruch, s rozvojem komunit v 60. letech se roku 1968 objevují zmínky o jejich větším využití např. ve vězení nebo i v normální společnosti (Kratochvíl, 1979).

Komunity založené na principu Mainse a Jonese se nazývaly demokratické. Tyto komunity ovšem nebyly úspěšné anebo se zcela vyhýbaly léčbě drogově závislých, jejichž populace v 60. letech 20. století značně vzrůstala, proto se poprvé objevují komunity hierarchické. První komunitou tohoto typu byla Daytop Village v New Yorku, kterou založil D. Casriel. Ta sice vycházela z principů svépomocné abstinční komunity Synanon v Santa Monice v Kalifornii, ale v zásadě se lišila. Postupně se rodily další TK na různých místech, a to také v Evropě. Tyto nově vznikající komunity tzv. hierarchické byly převážně neprofesionální, kladly důraz na svépomoc a vzestupnou hierarchii, která počínala u ex - userů a vedla přes členy terapeutického týmu až k vedení komunity. Těmito principy se podobaly Synanonu a díky tomu se Casrielův koncept stával čím dál více upozaděnějším. Přesto na základě zkušeností ze Synanonu vznikla v Americe a Evropě celá řada terapeutických komunit (Kalina, 2008b).

### **3. 2. Specifika terapeutické komunity pro závislé**

Režim v těchto komunitách bývá přísnější, více se dbá na kázeň, pořádek a trénink. Vede klienty k vytváření nových vzorců chování, nacházení nových vhodných zájmů a činností, snaží se posilovat jejich vůli a zvládat krizové situace bez pomoci drog, proto jsou klienti během svého pobytu v TK vystavováni zvýšené psychické a fyzické zátěži (Kratochvíl, 1979).



Kalina (2008a) uvádí tato specifika hierarchických terapeutických komunit:

- TK pro drogově závislé strukturují pobyt klienta do několika fází, většinou do tří nebo čtyř, jimž odpovídá také postavení klienta a jeho kompetence a odpovědnosti.
- Tyto TK mají kardinální pravidla, která jsou důležitá pro zachování chodu a která jsou závazná pro pobyt klienta v programu.
- Je zde kladen větší důraz na behaviorální a kognitivně behaviorální aspekty, na napodobování a internalizaci žádoucího chování.

TK zajišťuje klientům škálu situací podobných opravdovému životu, mají možnost vyzkoušet si tu znovu vztahové obtíže z minulosti a naučit se je poznávat a korigovat. Vše, co se v komunitě odehraje, je pojímáno jako materiál k živému učení a klienti mají možnost osvojit si nové vzorce chování. Základem komunitního života jsou vztahy, vztahy hluboké a blízké mezi jednotlivými klienty, ale i vztahování se k personálu a ke společenství jako celku. Takto terapeutická komunita zajišťuje korektivní emoční zkušenost začlenění do společenství a sounáležitost, kterou klienti často ze svého minulého života postrádají (Kalina, 2011).

### **3. 3. Terapeutické komunity pro drogově závislé v České republice**

První, kdo vytvořil ucelený systém péče pro závislé osoby v Čechách, byl světově uznávaný doktor Jaroslav Skála. Ten stál také mimo jiné u zrodu prvních léčeben pro alkoholiky na komunitních principech a jeho zásluhou vznikla léčebna U Apolináře v Praze. V roce 1947 vytvořil socioterapeutický klub po vzoru Anonymních alkoholiků KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). Pro velký úspěch léčebny U Apolináře začala postupně vznikat nová střediska pro léčbu závislostí, která fungovala na terapeutických principech, které nejdříve stanovil sám Skála nezávisle na principech vytvořených Maxwellem Jonesem. Později se za přispění J. Knoblocha inspiroval i vzory z ciziny (Nevšímal, 2004).

K masivnímu rozvoji konzumace ilegálních drog došlo až po revoluci 1989 a tím narostla i potřeba tento problém řešit. Proto roku 1991 vznikla první terapeutická komunita určená pouze závislým na nealkoholových drogách. Založilo ji občanské sdružení SANANIM v Němčicích. Postupně na základě podobných principů vznikaly v ČR i další terapeutické komunity (Nevšímal, 2004). Ovšem legitimního uznání jako léčebné modality

se terapeutické komunity dočkaly až roku 2005 po schválení zákona č. 379/05 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, kde jsou terapeutické komunity definovány jako služba odborné péče (Radimecký, 2007).

V roce 2000 byla oficiálně založena Sekce terapeutických komunit, která se rozhodla dodržovat principy Etického kodexu Evropské federace TK a standardů odborné způsobilosti. Spadala do Asociace nestátních organizací (A.N.O.) působících v léčbě a prevenci závislostí, tehdy do této sekce patřilo dvanáct TK (Kuda, 2007). Dnes je v ČR 11 terapeutických komunit, které mají certifikaci odborné způsobilosti pro rezidenční léčbu v terapeutické komunitě a jsou sdruženy v odborné sekci A.N.O. Ovšem podle registrů poskytovatelů sociálních služeb MPSV působí v ČR 16 programů registrovaných jako terapeutická komunita, které se zaměřují na léčbu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách (Mravčík et al., 2011).

První terapeutická komunita pro drogově závislé byla založena roku 1991 PaedDr. Martinou Richterovou Těmínovou a působí dodnes. Komunita je určena pro dospělé jedince od 23 let, u kterých byla diagnostikována závislost na nelegálních drogách. Je určena především pro klienty, jejichž drogová minulost přesahuje deset let a kteří by měli problém s uchycením v jiném léčebném zařízení, protože se u nich vyskytují již specifické problémy v oblasti tělesné, duševní a sociální. Kapacita této komunity je 20 osob, léčba trvá 10 – 15 měsíců a je rozdělena do čtyř fází (Terapeutická komunita Němčice (2007).

Další komunitu založil v Mukařově roku 1993 PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc. White Light I. byla původně určena pro švýcarskou klientelu, ale od roku 1998 přijímá výhradně české klienty od 15 let (TK White Light I., 2012).

V roce 1995 vzniká v Jeseníkách při léčebně v Bílé Vodě terapeutická komunita Fides, která je určena klientům od 18 let a nabízí jim buď střednědobou (18 – 20 týdnů) nebo dlouhodobou (dalších 16 - 18 týdnů) léčbu. V Bílé Vodě později vzniká ještě jedna terapeutická komunita Fénix, která je určena klientům, u kterých se vyskytuje nejenom závislost na nealkoholových drogách, alkoholu, ale také gambling (TK Bílá Voda, 2013). V roce 1995 byla založena také komunita na Mladoboleslavsku Heliana, u jejíhož zrodu stál P. Bém. Komunita ukončila své působení roku 2004 (Kalina, 2008b).

Roku 1996 vznikla terapeutická komunita Podcestný Mlýn u Dačic. Komunita nabízí služby patnácti klientům starším 18 let. Čtyři místa jsou vždy rezervována pro ženy. Pobyty trvají 9 – 12 měsíců. TK mimo jiné na svých internetových stránkách prezentuje jako jediná, že nabízí gender skupiny (TK Podcestný Mlýn, 2013).

V roce 1997 vznikly tři komunity. Jedna v Nové Vsi u Liberce (Advaita), druhá v Mníšku pod Brdy (Magdaléna) a třetí v Čeladné na Ostravsku (Renarkon). TK Advaita je určena klientům závislým na drogách, především na nelegálních. Poskytuje 11 míst pro muže a 4 místa pro ženy, celková doba pobytu nesmí překročit 15 měsíců. Specifikem této komunity je absence jakýchkoliv hospodářských zvířat, ale naopak nabízí možnost seberealizovat se v sociálních službách jako výpomoc u lidí s mentálním postižením (TK Advaita, nedat.). TK Magdaléna je určena klientům starším 18 let se středně těžkou až těžkou závislostí na nealkoholových drogách a výrazným stupněm psychosociálního postižení (TK Magdaléna, 2007). Renarkon poskytuje služby osobám starším 18 let (TK Renarkon, 2013).

TK Karlov byla založena v roce 1998. V rámci této komunity mohou do léčby vstupovat mladiství a mladí dospělí, uživatelé nealkoholových drog v kombinaci s alkoholem a gamblingem. Pro mladistvé je poskytována střednědobá léčba. Terapeutická komunita v Karlově je specifická hlavně tím, že jako jediná v republice poskytuje dlouhodobou léčbu matkám s dětmi nebo matkám, jimž bylo na základě předběžného opatření či soudního rozhodnutí odebráno dítě z péče. Služby jsou poskytovány i matkám se soudně nařízenou léčbou (TK Karlov, 2007).

V roce 1999 vznikly dvě komunity – Medvědí Kámen na Domažlicku, její působnost byla ukončena roku 2006 a Sejřek v Nedvědicích na jižní Moravě. Specifikem této komunity je práce s klienty s tzv. duální diagnózou (Kalina, 2008a).

Jako poslední v roce 2003 vznikla terapeutická komunita Krok. Zaměřuje se na klienty starší 15 let se závislostí na drogách či na automatech. Do programu se snaží zařazovat také osoby ve středním a těžkém stupni závislosti, často i s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním i somatickým postižením (TK Krok, nedat.).

Všech jedenáct výše zmíněných komunit spadá do Sekce terapeutických komunit sdružených v odborné sekci A.N.O. V České republice se vyskytují také jiné komunity.

Patří sem například komunity pod záštitou křesťanských organizací – Teen Challenge a Pastor Bonus.

A jak reaguje církev na drogovou problematiku? (kardinál Ratzinger in Smejkal, 2003, 20-21):

„Droga je pseudomystikou světa, který nevěří, ale přesto nemůže setřást touhu po ráji. Je hluboko zasahujícím varovným znamením: odhaluje vakuum v naší společnosti, jež její nástroje nemohou zaplnit, a poukazuje na vnitřní nárok lidské bytosti, který se uplatní v pervertované podobě, nenajde-li správnou odpověď. Droga je jednou formou protestu proti skutečnostem. Kdo užívá drogu, zdráhá se vyrovnat se světem skutečností a hledá nějaký lepší svět. Droga je reakcí na zoufalství ze světa, který je vnímán jako žalář skutečností, v němž to člověk nemůže trvale vydržet. „Veliká pouť“ je převrácenou formou mystiky, lidské potřeby nekonečna – snaha odstranit hranice mezi pozemským bytím a nekonečnem. Trpělivá a pokorná cesta k Bohu (křesťanství) se nahrazuje magickou mocí – magickým klíčem drogy a cesta mravnosti a náboženství technikou“.

Teen Challenge je mezinárodní křesťanská organizace, která byla založena Davidem Wilkersonem roku 1958 v New Yorku. Program terapeutických komunit nabízí klientům dvanácti až osmnácti měsíční křesťansky orientovaný program. Komunity nejsou koedukované, naopak jsou striktně rozdělené na mužská a ženská střediska. Ženy se po dobu pobytu musí vyhýbat kontaktu s muži, v případě, že k němu dojde, nesmí s ním navázat komunikaci. Řešení interpersonálních vztahů, obzvláště těch citových mezi mužem a ženou, je považováno za překážku v osobním růstu. Během programu mají klienti budovat svůj vztah s Bohem. Teen Challenge je jeden z nejstarších, největších a nejúspěšnějších programů svého druhu na světě. Úspěšnost TC je velmi vysoká, několik nezávislých studií v Americe vykazuje 80% úspěšnost u těch, kteří dokončili program (Teen Challenge, nedat.).

Bezkonkurenčně nejvyšší úspěšnost léčby v celé ČR garantuje terapeutická komunita Pastor Bonus, která vznikla v roce 1996 a prezentuje se 81% úspěšností. Své služby poskytuje jako jediná v republice drogově závislým partnerům, ale také jednotlivcům. Své místo zde najdou i páry s dětmi či samotné matky s dětmi. Služby jsou poskytovány pro věkovou hranici klientů 15 – 40 let (Pastor Bonus, nedat.).

Ze světových výzkumů vyplývá, že léčba v terapeutické komunitě patří mezi formy léčby s nejlepšími výsledky. Délka a intenzita léčby přináší dobré výsledky, přesto komunity nejsou vhodné pro každého. Zajímavé je, že deklarovaná efektivita v „nekřesťanských“ komunitách nedosahuje takových vysokých hodnot jako u těch křesťanských. Dosahuje „pouhých“ 40 – 50% u dokončené léčby. Toto číslo podporují ještě následné doléčující programy (TK White Light I., 2012).

### **3.3.1. Terapeutické komunity v ČR v systému služeb pro uživatele drog**

Jedním z mnoha problémů, se kterým se terapeutické komunity potýkají, je jejich mezioborový přístup integrující metody z oborů zdravotnictví, sociální práce či výchovy a vzdělávání. Jde tedy o mezioborový a meziresortní typ drogových služeb těžko zařaditelný do daného oboru (Radimecký, 2007).

V ČR funguje síť státních i nestátních služeb, které se zabývají léčbou závislostí (viz. schéma 1.). Klient může do služeb vstoupit kdekoliv, záleží na míře jeho motivace a klinickém stavu (Minařík & Nečas, 2010). Terapeutické komunity spadají do skupiny služeb určených k léčbě závislostí, které řadíme do kategorie sekundární prevence. Klienti do nich mohou přicházet z předchozích typů drogových služeb (z nízkoprahových služeb, ordinací lékařů poskytujících ambulantní či substituční služby, z detoxifikačních jednotek nebo z krátkodobých rezidenčních programů v psychiatrických léčebnách). Terapeutické komunity se řadí mezi programy střednědobé (6-8 měsíců) až dlouhodobé (9-15 měsíců). Nejenom délka programu, ale také struktura komunity a kladená náročnost na klienta vede k tomu, že služeb TK nevyhledává mnoho problémových uživatelů (Radimecký, 2007).

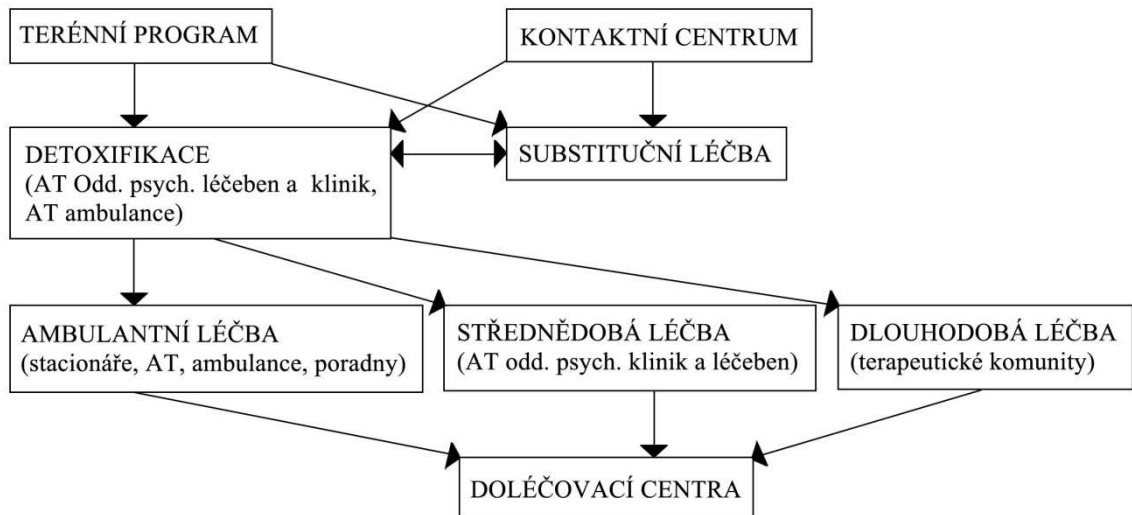


Schéma 1. Systém péče o uživatele drog (Minařík & Nečas, 2010)

## 4. Ženy v terapeutických komunitách

V předchozích kapitolách jsme se zabývali specifiky závislostí u žen a možnými způsoby jejich léčby. Z uvedených informací jasně vyplývá, že ideální léčba pro ženy není abstinenci, protože neodpovídá jejich potřebám. Jako mnohem vhodnější se jeví metadonová substituce, a to poskytovaná co nejbližší bydlišti. Ta je ovšem vhodná především pro léčbu závislosti na heroinu a jiných opioidech (Kalina, 2008b).

Naopak jako nejméně vhodný způsob léčby pro ženy se jeví terapeutické komunity. Vyplývá to již z jejich prvopočátků, kdy první komunity vznikající ve Velké Británii byly určeny vojákům, tedy mužům. I když rozvoj komunit pro drogově závislé nevycházel úplně z anglického modelu, ale spíše z konceptu Anonymních alkoholiků v USA, stejně nerefletoval potřeby žen. Hlavně proto, že byly vytvořeny mužským personálem pro klienty mužského pohlaví. Tento prototyp komunit byl předáván z generace na generaci a stal se tak zcela maskulinně orientovanou službou pro osoby se závislostí (Kratochvíl 1979).

### 4. 1. Genderová otázka v koedukovaných TK

V 90. letech 20. století začala být genderová otázka velmi diskutovaná také v rámci terapeutických komunit, protože se staly koedukovanými formami léčby pro závislé. Podle Martensové (2004) ovšem stále tvoří ženská klientela v TK jenom 20% (Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti uvádí, že v ČR ženy představují 40% osob léčených v TK), a proto se terapeutické komunity neustále vyznačují maskulinními rysy. Je pro ně typická polovojenská organizace, tvrdá práce, náročné fyzické aktivity a neustálá konfrontace. V komunitách se také vyskytují tzv. „macho“ charakteristiky mužů, které jsou typické pro drogovou společnost, a kdy jde o to, že se muži předhánějí, snaží se ženám imponovat, svádí je a obtěžují. Ženám to pak zabraňuje soustředit se na změnu v jejich chování. Přestože mají mezi personálem dostatek vhodných ženských vzorů, neustále zůstávají u svých starých na drogové scéně funkčních vzorců chování, jako je např. strategie macha – silná, soběstačná a tvrdá žena (Martensová, 2004).

Aby se zamezilo komplikacím v léčbě, o kterých mluví Martensová (2004), bylo by vhodné vytvořit možnosti léčby v terapeutických komunitách určených pouze pro ženy s ženským personálem, což se jeví vůbec jako nejvhodnější forma pomoci závislým.

Komunitu, která byla určena jenom ženám, zmiňuje ve své knize Karel Nešpor (1996), který říká, že taková komunita je v USA ve Worcesteru a spadá pod organizaci Faith, Inc. Má speciálně uzpůsobený program pro ženy závislé na alkoholu a drogách, ale také pro matky s dětmi a těhotné. Léčba je kratší, než je tomu v jiných TK, trvá jenom šest měsíců. Specifické rysy mají i další terapeutické komunity, kdy většina komunit určených pro ženy je pro matky s dětmi. Avšak vytvořit komunity jenom pro ženy vypadá také jako extrémní řešení.

V předchozích dvou odstavcích jsme nastínili dva odlišné názory na ženy v TK. Ani jeden se nezdá být úplně vhodný. Arbitrová (2004, in Kalina, 2008b) vidí ideální řešení ve společném soužití mužů a žen. Podle ní nelze dojít k opravdovému uzdravení žen ani mužů bez přítomnosti druhého pohlaví, na drogové scéně se obě pohlaví pohybovala také společně. Ačkoliv ženy mají specifické problémy, jako jsou potraty, prostituce, týrání atd., nikdy k nim nedocházelo izolovaně bez přítomnosti mužů. Ti někdy mohli prožít něco podobného, ať už v roli násilníka, nebo oběti. Během společného soužití se vytváří prostor pro dialog, který by měl vést k vzájemnému porozumění a měl by transformovat emoční prožívání klientů.

## **4. 2. Rovný přístup a genderová citlivost v TK**

V praxi se nejčastěji vyskytuje typ komunit, ve kterých je základní terapeutický přístup stejný pro ženy i muže. Neexistuje něco jako genderová výlučnost nebo dokonce exkluzivní léčení určené jen pro jedno pohlaví. Muži i ženy jsou si zde rovni a postupně zjišťují, že mají všichni podobné problémy, pocity a zkušenosti spojené s užíváním drog. Vzájemně se tak mohou obohacovat a prostředí terapeutické komunity se stává prostředím léčebným. Důležitou roli zde hraje personál, který vztahy v komunitě usměrňuje a slouží jako vhodný vzor pro všechny klienty (Kalina, 2008b).

I když by si v komunitě měli být všichni rovni, je vhodné, aby se zde vyskytla také genderová vstřícnost, nejenom ve vztahu k ženám. Genderově vstřícná specifika vůči ženám jsou podle Kaliny (2008b) tyto čtyři základní body:

- Bezpečí - v komunitě nesmí docházet k tomu, že by žena byla nějakým způsobem zneužívána mužským personálem nebo klienty. Ideální by bylo, kdyby na každé směně byla přítomna žena-terapeutka, která by se starala o přítomné klientky. Jako



samozřejmost by mělo být chápáno soukromí žen, které by mělo být zajištěno oddělenými ložnicemi, denními místnostmi, sociálním zařízeními...

- Personál - ženám by měla být vždy k dispozici terapeutka, vyplývá to hlavně z názoru, že ženy, které mají terapeuta ženského pohlaví, vykazují lepší výsledky v léčbě. Ženský personál by měl mít přesně definovanou svoji roli v komunitě a měl by být pro klientky vzorem. Důležité je, aby byla také určena role mužů terapeutů ve vztahu ke klientkám. Ti hrají důležitou roli především v závěrečné, resocializační fázi léčebného programu.
- Vztah personálu ke klientkám a klientům - by měl být rovný, ale personál by měl také brát v úvahu jednotlivá specifika své klientely. Měl by se řídit některými genderovými odlišnostmi.
- Program - v komunitě by vždy měla být třetina žen, nemůže se stát, že by na skupinové terapii byla pouze jedna žena. Každá klientka by měla mít přiřazeného svého vlastního garanta ženského pohlaví, který jí bude blízký. V případě nepřítomnosti své garantky by klientky měly mít možnost jít za jinou terapeutkou. Pravidelně by také měly být pořádány genderové skupiny, nejenom pro ženy, ale i pro muže, kde mají klienti příležitost řešit genderově odlišné problémy. Tyto skupiny by opět měla vést žena – terapeutka a měly by přispět k tomu, aby klientky dokázaly strukturovat svůj vztah k druhému pohlaví, naučily se vnímat druhé jako svébytné osobnosti, učily se respektu, toleranci k nim a dokázaly určit správné hodnoty důležité pro vztah s druhými. Jinak by ženám měly být k dispozici i jiné služby určené jenom jim, např. poradenství, sociální terapie.

Joke De Wilde s Karin Trulsson (2006) v rámci BIOMED projektu prezentovali svoji studii týkající se problematiky žen v terapeutických komunitách v Evropě. Je to ojedinělý výzkum v této oblasti, autoři popisují kritéria, která by podle nich měla mít pozitivní vliv na ženy v TK. Vytvořili tak šestibodový genderově senzitivní program:

1. Prvním krokem by mělo být vytvoření prostředí, ve kterém všichni znají a chápou, že ženy mají větší strach než muži přiznat si svojí závislost, vyjít z anonymity a jít se léčit. Důležité je také být si vědom specifík, která se pojí se závislostí žen a toho, co ženy od léčby očekávají.

2. Ženy hůře snášejí tvrdý hierarchický systém. Ten jim může připomínat doby závislosti, kdy byly v submisivní pozici a nezřídka obětmi násilí. Ideální pro jejich léčbu je proto útulné, bezpečné a domácky působící prostředí.
3. Ženy mají taky častěji než muži negativní zkušenosti s předchozí léčbou, proto do nové jdou s obavami. Tento jejich postoj je dán tvrdým režimem, kde je každá chybička poměrně přísně trestána, to v ženách vyvolává strach a úzkost. Bylo by lepší, kdyby se v případě nějakého prohřešku jako je užití drogy nebo partnerský vztah během léčby, místo trestu dostalo ženám podpory a možnosti o daném excessu mluvit, tím je vést k vybudování zodpovědnosti za jejich vlastní chování na rozdíl od naučené bezmocnosti, která je závislým ženám vlastní.
4. Významnou roli v životě každé ženy hraje její rodina, partner a přátelé, proto by jim mělo být umožněno, aby byli se ženou během léčby v kontaktu a mohli se vzájemně navštěvovat. Dobrá je jejich spolupráce během léčby.
5. Individuální terapie je součástí každé léčby. Pro ženy je tento druh pomoci významný, neboť si ke své terapeutce většinou vytvoří velmi blízký vztah. Terapeutka je podporuje, pomáhá jim s jejich problémy. Ženy mají často zájem zůstat se svým garantem v kontaktu i po skončení léčby, aby jim pomohl s budováním nového života.
6. Jako prospěšné se jeví i využití farmak ke zvládnutí závislosti na drogách, a to také během léčby v terapeutických komunitách.

#### **4. 3. Ženy v terapeutických komunitách v ČR**

Většina komunit se snaží zabývat genderovou problematikou. Nejvíce o tomto tématu pojednává TK Magdaléna, která genderové skupiny ve svém zařízení provozuje již od roku 2006 a vidí je jako velice přínosné. Po jejich vzniku se zvětšil zájem žen o léčbu ze 37% na 40% (TK Magdaléna, 2007). Ostatní komunity existenci čistě ženských nebo mužských skupin na svých internetových stránkách neprezentují a nezmiňují se o nich ani ve výročních zprávách, ale vykazují, že se u nich léčí zhruba 40% žen, muži tvoří zbylých 60% klientů komunit. Muži mají také o léčbu v těchto zařízeních mnohem větší zájem než ženy a čekací doba na volné místo někdy přesahuje i dva měsíce, zatímco místa určená ženám bývají často prázdná. Postupně vznikají nebo již pár let fungují genderově citlivé programy v jednotlivých komunitách, speciální skupiny pro ženy probíhající alespoň

jednou měsíčně, bývají dnes již standardem. Nově vznikají i speciální skupiny pro muže, které se ne ve všech komunitách vyvíjely spolu s těmi ženskými. Studie upozorňují na to, že nejenom ženy mají svoje specifika, která by měla být zohledňována v léčbě, ale že i muži potřebují svůj prostor (viz. 1.2.).

Některé komunity uvádějí počty klientů za minulý rok a z toho počet těch, kteří léčbu úspěšně dokončili (viz. tabulka 6). Zbylé dvě komunity si statistiku tak důkladně nevedou. Ani informace o tom, jaký je podíl na úspěšnosti v léčbě mezi muži a ženami, není k dispozici (Výroční zprávy TK). Úspěšnost znamená klienty, kteří léčbu ukončili v daném roce.

Tabulka 6. Klienti terapeutických komunit v ČR a jejich úspěšnost v dokončení léčby (Výroční zprávy TK)

Terapeutické komunity	Bílá Voda	Krok	Magdaléna	Němčice	Karlovy 1	Karlovy 2	Sejřek	White Light I.
Celkem	44	34	35	45	52	23	38	45
Muži	26	21	23	33	28	0	25	30
Ženy	18	13	12	12	24	23	13	15
Úspěšnost	19	18	8	11	19	11	9	13

Karlovy 1 – Komunita pro mladistvé, Karlovy 2 – komunita pro matky s dětmi

#### 4.4. Výzkum genderové citlivosti v léčebných programech TK

Terapeutické komunity v Evropě jsou jiné než ty v Americe. Evropské komunity na rozdíl od amerických, které jsou především svépomocné, nabízejí profesionální služby poskytované odborně vzdělaným personálem. To vede k tomu, že náklady na vedení komunit v Evropě jsou mnohem vyšší než náklady na komunity v USA. Jenomže výzkumy na úspěšnost komunit v léčbě drogových závislostí pocházejí hlavně z Ameriky, nejsou úplně vypovídající o stavu v Evropě. Z toho důvodu se TK v Evropě a jejich problematice v poslední době věnuje stále více pozornosti. Dochází ke změnám programů, kdy se snaží komunity vyjít vstříc jednotlivým skupinám závislých klientů. Patří sem programy pro dospívající, pro klienty s duálními diagnózami, pro vězně, chronicky závislé a v neposlední řadě pro matky s dětmi. Problematika dalších genderových specifíků začíná být diskutována až v posledních letech, a proto z evropského prostředí neexistují skoro žádné výzkumy na toto téma (Broekaert, 2006).

Existuje pozitivní vztah mezi nabízenými genderovými službami a úspěšným dokončením léčby ženami. Ženy během léčby potřebují tři hlavní faktory: možnost být

v léčbě se svým dítětem a zachovat si sociální kontakty s rodinou, přítomnost programu na práci s psychickými obtížemi a v neposlední řadě navazující následnou péči. V případě, kde jsou poskytovány tyto služby v programu, vyhledává žena pomoc dříve než její mužský protějšek. Byly srovnány tři základní léčebné programy pro ženy – terapeutické komunity, psychiatrické léčebny a služby poskytované soukromým sektorem. Z výzkumu vyplynulo, že ženám vyhovují ty služby, na kterých se nemusejí finančně podílet, což vyplývá z jejich socioekonomické situace. Dále je pro ženskou klientelu důležité zachování vztahů s rodinou, což v TK není často možné, protože bývají založené na tzv. „umístění mimo vztahy“, které má zajistit emoční stabilitu a vyvinout nové pohledy na vnější vztahy. Jako další problém, proč ženy nevstupují do TK, se dle výzkumu jeví problematika psychiatrické komorbidity. Tradiční pohled terapeutických komunit nabízí péči osobám fyzicky a duševně zdravým, aby klienti byli schopni plně fungovat v náročném programu. Jen málo komunit nabízí péči pro klienty s duální diagnózou. Z výzkumu jasně vyplývá, že více ženské klientely se vyskytuje v zařízeních, které nabízejí genderově senzitivní program. (Oser, Link, Johnson, & Roman, 2004.).

Z výzkumu Messina, Wishe, & Nemese (2000) vyplývá, že pro ženy je vhodnější dlouhodobý, trvající alespoň dvanáct měsíců, léčebný program. Vykazují tak lepších výsledků v oblasti abstinence, kriminálního chování a v oblasti zaměstnanosti. Delší léčba je všeobecně lepší pro obě pohlaví, ale u žen jsou vykazovány o trochu lepší výsledky. Ženám je během delší doby poskytnuto více odborné péče, kdy mohou řešit svoje specifické problémy. Podle autorů sem spadá hlavně problematika depresivní symptomatiky, která se vyskytuje až u 39% žen, ve srovnání se 16% u mužů je to důležitý faktor ovlivňující průběh léčby žen. Dalším velkým problémem je pohlavní zneužívání, které se u žen vyskytuje 12x častěji než u mužů.

Terapeutické komunity mohou být užívány jako systém nebo jako metoda. Jako systém fungují samostatné terapeutické komunity patřící do rezidenční formy léčby a poskytující střednědobý či dlouhodobý léčebný program pro drogově závislé. Terapeutická komunita může být využívána také jako metoda, kdy programy TK vznikají v psychiatrických léčebnách či věznicích (Kalina, 2008b). Eliason (2006) se zabývá genderovými otázkami v TK užívaných jako léčebná metoda ve věznicích. Úskalí TK pro ženy Eliason (2006) vnímá hlavně v tom, že systém terapeutických komunit dokáže dobře pracovat hlavně s antisociálním chováním, které se u mužů hlavně ve vězení vyskytuje

častěji. Ženy se naopak i přes páchaní trestné činnosti antisociálně nechovají, naopak mají problémy depresivního, úzkostného ale i manického charakteru. Trestnou činnost páchají hlavně proto, že je to pro ně jediné východisko ve stavu hmotné nouze. Stejně tak je pro ženy v TK komplikovaná komunikace, ženy jsou totiž zvyklé komunikovat nepřímo, tedy nezraňujícím způsobem, protože kritika se často odráží na jejich sebeúctě. TK je naproti tomu postavena na přímé komunikaci a upřímném sebeodhalování. Jako problematické se v TK pro ženy jeví i společné soužití se spoustou dalších klientů. Ženy mají častěji jen pár nejbližších přátel a nežijí ve velkých uskupeních, jako je tomu v TK, kde je jim navíc zakázáno vytvářet bližší vztahy s jednotlivci i stejného pohlaví (tzv. koalice). Při vzniku koalic dochází ke konfrontaci, obviňování a pomocí viny a studu k motivování žádoucího chování. TK vhodná pro ženy by měla zmírnit svůj konfrontační charakter a přizpůsobit se specifickým genderovým problémům. Otázkou podle Eliasona zůstává, jestli je vhodné modifikovat TK na genderově senzitivní TK, nebo vytvořit úplně jiný a nový program speciálně pro ženy, který by odpovídal jejich potřebám. K podobným výsledkům dospěla studie provedená v Evropě (De Wilde, Broekaert, Segraeus, & Rossee, 2006). Podle nich genderově citlivý program neznamená jen používání tradičních metod v jednopohlavním prostředí, ale naopak musí být vyvinuty nové postupy, které by vyhovovaly ženské klientele.

V letech 1983- 1984 byl proveden dvouletý výzkum ve Švédsku (Dahlgren, & Willander, 1989, in Kaskatus, Zhang, French & Witbrodt, 2004) který srovnával úspěšnost v oblasti abstinence a sociálního přizpůsobení u žen z koedukovaných programů a z programů určených čistě ženám. Z výsledků jasně vyplývalo, že programy určené pouze ženám jsou pro ně vhodnější a vykazují lepších výsledků. Stejnému tématu se ve svém výzkumu věnovali i Kaskatus et al. (2004), kteří ovšem tento závěr nepotvrdili.

## VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5. Typ výzkumu

V první části této práce jsme nastínili teoretický rámec, ze kterého jsme čerpali při formování designu výzkumu, zvolili jsme kvalitativní studii. Při aplikaci kvalitativního výzkumu pracujeme vždy s jistou mírou volnosti a jako sjednocující prvek tohoto přístupu působí princip hermeneutické spirály. Podle tohoto principu nejdou jednotlivé fáze výzkumu chronologicky za sebou, ale některé části výzkumu se cyklicky opakují a získané poznatky se prolínají do dalších cyklů výzkumu. Jednotlivé cykly se mezi sebou mohou odlišovat a mohou být pozměněny na základě předchozí zkušenosti. Tímto způsobem směřujeme k definovaným cílům (Miovský, 2009).

Jako typ výzkumu jsme vybrali kvalitativní evaluaci procesu zaměřenou na zhodnocení genderové senzitivity v terapeutických komunitách. Podle Borga & Galla (in Hendl, 2008, 291) znamená evaluace „proces posuzování a hodnocení podstaty, hodnoty a ceny zkoumané intervence nebo objektu s cílem provést určitá rozhodnutí o přijetí, odmítnutí nebo modifikaci zkoumaného programu nebo objektu na určité úrovni rozhodování.“ Kvalitativní forma výzkumu se jevila jako nejvhodnější pro potřeby této práce, umožňuje jít do hloubky problému a zaručuje jeho podrobný popis. Tato práce nemá ambice na zobecnování výsledků, ale bude se snažit upozornit na některé vyskytující se trendy v genderové problematice v terapeutických komunitách. Ty potom mohou být použity pro další zkoumání této problematiky.

## 6. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké služby poskytují terapeutické komunity svým klientům a jestli odpovídají jejich genderovým požadavkům. Proto jsme pro tento výzkum vytvořili tři základní cíle a z nich vyplývající otázky.

Prvním cílem bylo zmapovat, proč klienti volí danou terapeutickou komunitu, jakým způsobem se o ní dozvěděli a co věděli o samotném programu a průběhu léčby. Dále jsme zjišťovali, jakým způsobem se samy komunity prezentují, jak o sobě dávají vědět svým klientům a jestli mohou nabídnout nějaká specifika pro získání ženské klientely. Odpověď na otázky jsme chtěli získat porovnáním rozhovorů s klienty a terapeuty, pozorováním a analýzou informačních zdrojů, které komunity samy o sobě poskytují. Jako součást prvního cíle jsme si dali za úkol vysledovat specifické aspekty zneužívání drog u žen a mužů a jejich vliv na volbu léčebného programu. V rámci tohoto cíle jsme také zjišťovali kritické body v léčbě. Tedy rizika relapsu a s tím související možnosti návratu do léčby. Z prvního cíle jsme si vyvodili tyto otázky:

1. Co má vliv na volbu léčby u osob závislých na nealkoholových drogách?
2. Proč klienti nejčastěji opouštějí léčbu?

Druhým cílem bylo popsat aktuální situaci v terapeutických komunitách a jejich nabídku genderově odlišných programů, a jestli tyto programy odpovídají požadavkům klientely. Zajímalo nás také, zda jednotlivé komunity sledují jejich efektivitu. Položili jsme si tyto výzkumné otázky:

3. Jakým způsobem komunity poskytují genderově senzitivní program?
4. Jaká je pociťovaná spokojenost klientů a terapeutů s tímto programem?

Jako třetí cíl jsme si zvolili zjistit, jestli stávající forma terapeutických komunit odpovídá poptávce klientely z pohledu genderové rozdílnosti, anebo by se dalo něco změnit. Z toho vyplývá výzkumná otázka:

5. Dalo by se něco udělat proto, aby do terapeutických komunit chodilo více žen?



Při volbě výzkumných cílů jsme vycházeli ze zkušeností našeho výzkumu z roku 2011 (Šmídová, 2011), kdy byla provedena pilotní studie. V diplomové práci jsme si dali za úkol tento výzkum prohloubit a získaná zjištění rozšířit.

## 7. Etické aspekty výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu bylo nutné účastníky informovat o etických pravidlech. Před zahájením každého rozhovoru jsme je seznámili s účelem výzkumu a poskytli informace o důvěrnosti jimi sdělených údajů, slíbili jsme jim naprostou anonymitu. K ochraně jejich osobních dat poslouží přiřazení kódu namísto užívání jmen. Každého jedince jsme vždy požádali o povolení pořídit si nahrávku na diktafon, zároveň jsme je informovali, že tato nahrávka bude sloužit pouze pro účely výzkumu a nebude poskytnuta žádné třetí osobě. Stejně tak zmínky o možné trestné činnosti klientů nebudou nikde sdělovány. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a participanti měli možnost kdykoliv od rozhovoru ustoupit a jejich data na audiozáznamu by byla v tomto případě zcela smazána. Od každého účastníka výzkumu jsme obdrželi dobrovolný ústní informovaný souhlas a nikdo nevyužil možnosti odstoupit od výzkumu.

Participanti z řad klientů léčebných zařízení dostali po skončení menší odměnu za ochotu spolupracovat. O možné odměně nebyli předem informováni, aby nebyla zvýšena jejich motivace a nedošlo tak ke zkreslení výsledků. U některých klientů komunit bohužel došlo k jinému posílení motivace ke spolupráci a to tím, že se mohli vyhnout činností jim nepříjemným, jako je například pracovní blok.

## **8. Výběr výzkumného souboru a jeho popis**

K získání výzkumného souboru jsme použili dvě metody. Metodu záměrného výběru přes instituce a metodu příležitostného výběru výzkumného souboru. Tyto postupy patří mezi nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2009).

### **8. 1. Výzkumné soubory získané metodou záměrného výběru přes instituce**

Výzkum se zabývá hodnocením genderové citlivosti v terapeutických komunitách pro drogově závislé v ČR, proto jsme si pro výběr výzkumného souboru stanovili dvě kritéria.

1. Muži a ženy, kteří dlouhodobě užívali nealkoholové drogy, v současné době abstinují a léčí se ze závislosti v některé terapeutické komunitě v ČR.
2. Terapeuti, kteří delší dobu pracovali v TK.

Oslovili jsme všechny terapeutické komunity, které jsou sdružené v odborné sekci A.N.O, mimo to jsme kontaktovali komunity založené křesťanskými organizacemi - Pastor Bonus, Teen Challenge a terapeutickou komunitu Salebra. Bylo tedy osloveno 14 zařízení, ze kterých pět nereagovalo ani na opětovnou žádost, tři komunity spolupráci rovnou odmítly. A ze zbývajících šesti zařízení jsme se domluvili na provedení výzkumu ve třech komunitách – TK Advaita, TK Fides, TK Fénix. Vznikly nám tak tři výzkumné soubory tvořené klienty a klientkami těchto TK. Participanti v každém souboru jsou z řad dobrovolníků, kteří byli ochotni s námi spolupracovat, další výzkumný soubor tvořili terapeuti těchto komunit. Všichni participanti z těchto výzkumných souborů splňovali námi stanovená kritéria.

První výzkumnou skupinu tvořili klienti TK Advaita (tabulka 7). V souboru tvořeném pěti členy je zastoupena pouze jedna žena. V době provedení výzkumu byly v komunitě pouze tři ženy, kdy jedna z nich nebyla aktuálně přítomna a druhá byla v komunitě příliš krátkou dobu na to, aby jí ze strany terapeutů bylo povoleno účastnit se výzkumu.

Tabulka 7. Profil prvního výzkumného souboru – klienti TK Advaita

Klient	KA1	KA2	KA3	KA4	KA5
Pohlaví	M	M	M	M	Ž
Věk	33	33	21	24	23
Průměrný věk	26,8				
Dokončené vzdělání	SOU	SŠ	ZŠ	SŠ	SŠ
Věk prvního užití	18	15	14	14	14
Délka užívání v letech	13	17	5	1	6
Průměrná délka užívání	8,4				
Počet léčeb (nedokončené léčby)	1(0)	2(1)	2(1)	4,5(4,5)	2(1)
Preferovaná látka	P	H,P	P	M,P,A	P,M,G
Doba pobytu v TK	360dní	151dní	117dní	125dní	25dní

A – alkohol, P – pervitin, H – heroin, G – gambling, M - marihuana

Druhý výzkumný soubor byl tvořen klienty TK Fénix. Tato komunita je určena klientům se smíšenou závislostí, tzn. osobám, které nejsou závislé jen na nealkoholových drogách, ale mají k této závislosti přidružený abuzus alkoholu nebo gambling. Soubor je tvořen čtrnácti klienty a z toho je pouze jedna žena. V dané době byly v komunitě pouze dvě klientky a jedna byla nepřítomna.

Tabulka 8. Profil druhého výzkumného souboru – klienti TK Fénix

Klient	KF X1	KF X2	KF X3	KF X4	KF X5	KF X6	KF X7	KF X8	KF X9	KF X10	KF X11	KF X12	KF X13	KF X14
Pohlaví	M	M	Ž	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Věk	24	24	25	30	21	28	26	31	30	24	28	33	35	40
Průměrný věk	28,5													
Věk prvního užití	14	17	14	18	13	15	13	22	14	18	16	26	17	18
Délka užívání v letech	9	3	7	12	3	11	13	7	15	6	10	7	18	22
Průměrná délka užívání	10,2													
Počet léčeb (nedokončené léčby)	3(2)	1(0)	1(0)	4(3)	1(0)	2(0)	1(0)	1(0)	7(5)	2(1)	1(0)	2(0)	5(3)	3(0)
Preferovaná látka	A	P,A, M	P,K	P, M	A, K,P	K,P, M	A, G	P, M	P	P	P,A	G	M,P, G	A,G
Doba pobytu v TK	120 dní	90 dní	31 dní	31 dní	62 dní	21 dní	91 dní	21 dní	38 dní	45 dní	14 dní	102 dní	210 dní	120 dní

A - alkohol, P - pervitin, M – marihuana, K – kokain, G – gambling

Třetí výzkumný soubor je tvořen klienty TK Fides, je složen ze čtyř žen a dvou mužů.

Tabulka 9. Profil třetího výzkumného souboru – klienti TK Fides

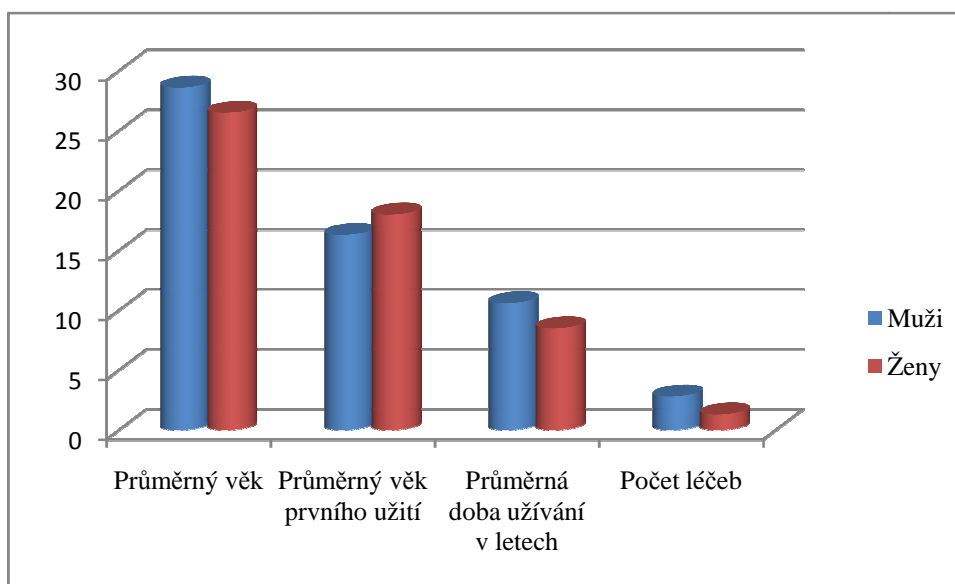
Klient	KFS1	KFS2	KFS3	KFS4	KFS5	KFS6
Pohlaví	M	M	Ž	Ž	Ž	Ž
Věk	28	32	25	34	23	39
Průměrný věk	30					
Dokončené vzdělání	SŠ	SOU	SŠ	ZŠ	ZŠ	SOU
Věk prvního užití	13	16	22	17	13	28
Délka užívání v letech	10	14	2	17	10	9
Průměrná délka užívání	10					
Počet léčeb (nedokončené léčby)	6(6)	4(4)	1(0)	1(0)	1(0)	2 (1)
Preferovaná látka	P	P,M,O	P	O, B	M, P	P
Doba pobytu v TK	7 dní	240dní	152dní	61dní	80dní	140dní

P- pervitin, M – marihuana, O – opiáty, B – benzodiazepiny

Všechny tři výzkumné skupiny byly tvořeny klienty, kteří aktuálně abstinují a jsou zapojeni do léčby v terapeutických komunitách. Porovnáme-li jednotlivé skupiny, zjistíme, že nejčastěji užívanou drogou ve všech skupinách byl pervitin a průměrný počet započatých a nedokončených léčeb se pohybuje kolem 2,4. V ostatních kritériích se jednotlivé skupiny mezi sebou liší. Zatímco participanté z druhé a třetí skupiny vykazují podobnou průměrnou dobu užívání drog, okolo 10 let, tak v první skupině je číslo nižší a to o 1,6 let. Klienti se také liší v průměrném věku, nejmladší se vyskytovali v první výzkumné skupině a nejstarší ve třetí, participanté první skupiny byli v průměru o 3, 2 let mladší. Z našeho výzkumného souboru vyplývá, že do TK Fides vstupují lidé starší s dlouhodobější závislostí na rozdíl od druhých dvou komunit. Nejedná se tedy o tři homogenní skupiny, ale liší se nejenom v počtu participantů, ale také v dalších kritériích.

Výzkumné soubory tvoří celkem 25 participantů, z toho je šest žen. Statisticky vychází, že na jednu ženu připadají tři muži, což odpovídá poměru klientů v léčbě, který uvádí literární zdroje, např. Vobořil (2003). Pro porovnání profilů mužů a žen mezi participanty jsme vytvořili graf 1. Je zřejmé, že ženy v našem výzkumném souboru začaly drogy užívat později než muži, a to o 1,7 let. Naopak dříve vstupují do léčby, což vyplývá z průměrného věku a průměrné doby užívání. U žen je také častěji aktuální léčba v terapeutické komunitě první léčbou.

Graf 1. Porovnání profilů mezi muži a ženami ve výzkumných souborech



Čtvrtou výzkumnou skupinu tvořili terapeuti jednotlivých komunit, kteří s jednotlivými participanty pracovali. Bohužel se nám nepodařilo provést interview s terapeuty v TK Fénix.

Tabulka 10. Profil čtvrtého výzkumného souboru – terapeuti komunit

Terapeut	TA1	TA2	TFS3	TFS4	TFS5
Pohlaví	Ž	M	M	Ž	Ž
Pracoviště	TK Advaita	TK Advaita	TK Fides	TK Fides	TK Fides
Praxe v letech	12 let	1 rok	7 let	17 let	17 let
Průměrná délka praxe v letech	9,4				

## 8. 2. Výzkumné soubory získané metodou příležitostného výběru

Základní princip této metody spočívá v tom, že využijeme příležitostí, které se nám v průběhu realizace výzkumu nabídnou, abychom získali další účastníky ve výzkumu (Patton, 1990, in Miovský, 2009). My jsme tímto způsobem získali výzkumný soubor tvořený nynějšími terapeuty a zároveň ex – usery terapeutických komunit Teen Challenge, mužského a ženského střediska, tento soubor popisujeme v tabulce 11. Tento pátý výzkumný soubor byl tvořen třemi ženami a čtyřmi muži. Z námi sledovaných kritérií vyplývají rozdíly mezi muži a ženami v tomto souboru, ženy jsou v průměru o 14 let mladší než muži a délka užívání drog u nich je průměrně o 8,6 let kratší. U žen se také

v našem případě jednalo vždy o první a úspěšnou léčbu na rozdíl od participantů mužského pohlaví. Tyto trendy bylo možné sledovat již v našich prvních třech výzkumných souborech tvořených klienty TK, avšak rozdíly ve věku a délce užívání mezi muži a ženami nebyly tak výrazné jako v tomto výzkumném souboru.

Tabulka 11. Profil pátého výzkumného souboru – terapeuti/ ex - useři Teen Challenge

Terapeut( ex-user)	TCH1	TCH2	TCH3	TCH4	TCH5	TCH6	TCH7
Pohlaví	Ž	Ž	Ž	M	M	M	M
Věk	21	25	23	41	30	42	35
Průměrný věk	27,7						
Věk prvního užití	16	17	16	15	15	18	23
Délka užívání v letech	3	4	4	17	±5	20	7
Průměrná délka užívání v letech	8,6						
Preferovaná látka	P, M	P, M	P	P, O	P, M	P, M	P, A
Počet léčeb (nedokončené léčby)	1(0)	1 (0)	1(0)	4 (3)	5(4)	2(1)	4(3)
Doba působení v TK jako zaměstnanec, v letech	3	9 m.	1	3 m.	7	2,5	3

P – pervitin, M – marihuana, O – opiody, A – alkohol

Dále jsme metodou příležitostného výběru získali výzkumné soubory tvořené klienty a terapeuty psychoterapeutického oddělení Harmonie, které je určené pro léčbu alkoholové, lékové či smíšené závislosti a funguje na principech terapeutické komunity i přesto, že je to krátkodobá léčba. Do sedmého výzkumného souboru (tabulka 13) tvořeného terapeuty AT oddělení PL Bílá Voda jsme přidali další dva participanty z jiných psychiatrických oddělení pro léčbu závislostí. Tito dva participanty si nepřáli zveřejnění místa působení. Nakonec se nám podařilo získat interview s osobou pracující v nízkoprahovém kontaktním centru, také tu jsme zařadili do výzkumného souboru.

Tabulka 12. Profil šestého výzkumného souboru - klienti psychoterapeutického oddělení Harmonie, Bílá Voda.

Klienti	KH1	KH2	KH3	KH4
Pohlaví	Ž	M	Ž	Ž
Věk	51	49	64	37
Průměrný věk	50,25			
Věk prvního užití	42	18	53	18
Průměrný věk prvního užití	32,75			
Počet léčeb (nedokončené léčby)	2 (1)	8 (4)	2 (1)	1 (0)
Preferovaná látka	A	A	A	A

A - alkohol

Tabulka 13. Profil sedmého výzkumného souboru - zaměstnanci oddělení léčby závislostí PL.

Terapeut	TH1	TH2	TH3	PL4	PL5	NKC6
Pohlaví	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž	Ž
Pracoviště	PL Bílá Voda Harmonie	PL Bílá Voda, Harmonie	PL Bílá Voda, Harmonie	PL Léčba závislostí	PL Léčba závislostí	NKC Hradec Králové
Praxe v letech	7	12	3	9	2	3
Průměrná délka praxe v letech	6,0					

Údaje získané metodou příležitostného výběru jsme použili pouze okrajově na doplnění informací. Výzkumné soubory z tohoto výběru totiž neodpovídají našim dvěma kritériím, která jsme si stanovili na začátku této kapitoly.



## 9. Metody získávání dat

U kvalitativního výzkumu je proces získávání dat nazýván tvorbou dat. Je tomu tak proto, že výzkumník má zásadní vliv na kvalitu získaných dat (Mioviský, 2009). Pro náš výzkum, zjišťující genderovou citlivost v TK, jsme zvolili tři metody. Při volbě těchto metod jsme vycházeli ze zkušeností z pilotní studie provedené pro účely postupové práce (Šmídová, 2011). V nynější studii použijeme opět metody polostrukturovaného interview a pozorování, které se nám již osvědčily. Naopak časovou osu, která se nejevila být efektivní pro naplnění našich výzkumných cílů, jsme nahradili ohniskovou skupinou. Doufáme, že volba tří metod (tzv. triangulace získávání dat) zvýší validitu získaných informací. Další způsob minimalizující zkreslení, vzniklá při procesu získávání kvalitativních dat, je triangulace zdrojů dat. V našem případě považujeme za zdroje dat klienty v terapeutických komunitách a jejich terapeuty, dále textové dokumenty. Toto vše doplníme informacemi od výzkumných souborů získaných pomocí metody příležitostného výběru. Triangulace nemá sloužit jen k zvyšování validity dat, ale také je to postup, během kterého dochází k obohacování a doplnění výsledků (Hendl, 2008).

### 9.1. Metoda moderovaného rozhovoru (interview)

V rámci výzkumu jsme použili polostrukturované interview. Tato metoda je jednou z nejrozšířenějších a nejoblíbenějších. Dokáže vyřešit mnoho nedostatků strukturovaného nebo nestrukturovaného interview. „Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace (Hendl, 2008, 174).“ Tato forma rozhovoru dává tazateli možnost, co nejefektivněji využít čas k interview (Hendl, 2008).

Při tvorbě otázek jsme vycházeli ze zkušenosti z naší pilotní studie provedené v roce 2011 (Šmídová). Připomínky a skutečnost, že jsme pozměnili výzkumné cíle, nás vedly k tomu, že jsme vytvořili nové okruhy otázek, které jsme následně položili participantům našeho výzkumu. První okruh otázek se týkal osobních údajů klientů a simuloval nám záznamový arch. Další témata byla zaměřena na zjištění drogové kariéry klienta, okolností volby léčebného programu, zkušeností s jinou formou léčby a popsání aktuálního pobytu v TK. Pro skupinu terapeutů byly vytvořeny jiné okruhy otázek zjišťující jejich zkušenosti, názory a trendy v genderových programech. Další obměny

našeho interview byly vytvořeny pro výzkumné soubory získané metodou příležitostného výběru. I tyto okruhy otázek se zaměřoval především na zjištění názorů, zkušeností a genderových trendů ve volbě léčebného programu a zařízení. Příklady interview spolu s otázkami viz. příloha.

Všem participantům byly položeny všechny připravené otázky. Snažili jsme se je formulovat co nejjednodušeji a nejuvýstižněji. Pokud došlo k nějakému nedorozumění, kladli jsme otázku jiným způsobem nebo ji vysvětlili na konkrétním příkladu.

## **9. 2. Ohnisková skupina**

„Ohnisková skupina patří mezi nejprogresivnější kvalitativní metody pro získávání dat. Badatel určuje zaměření diskuze, ohnisko, které se odvíjí od cílů výzkumu a výzkumných otázek, a toto ohnisko účastníkům označí. Údaje jsou pak získávány prostřednictvím záznamu skupinové interakce. Ohnisko je obvykle definováno volněji, jedná se tedy spíše o určitou tematickou oblast či obecnější fenomén, který nás zajímá. Ohnisko však musí být ohraničené a srozumitelné pro všechny účastníky diskuze (Miovský, 2009, 175). “ Během ohniskové skupiny se uvolňují racionalizační schémata a psychické zábrany a účastníci dokážou snadněji diskutovat a odhalovat své postoje, způsoby jednání, myšlení a pocity (Hendl, 2008).

Použití metody ohniskové skupiny nebylo původně v plánu, avšak v TK Fénix a na psychiatrickém oddělení pro léčbu závislostí - Harmonie jsme byli nuceni improvizovat. Na provedení interview jsme dostali omezený čas, pouze 90 minut, a k dispozici všechny klienty TK. Nezbylo nic jiného než se zcela nepřipraveně pokusit o vedení ohniskové skupiny. Rychle jsme vytvořili záznamový arch, ve kterém jsme poprosili klienty, aby napsali základní údaje o sobě. Zároveň jsme klienty seznámili s cílem výzkumu a s průběhem ohniskové skupiny a dali jim prostor pro případné dotazy. Všechny jsme informovali o dobrovolnosti, anonymitě a možnosti odstoupit od výzkumu. Vytvořili jsme také několik základních pravidel, která byla během skupiny několikrát porušena, ovšem my jsme se snažili dostát jejich dodržování. Patřila sem například pravidla, že mluvit bude pouze jedna osoba a každý má právo veta. Ovšem jako nejdůležitější jsme považovali pravidlo o verbálním neútočení, kdy nikdo nemá právo druhého odsuzovat či nějak ponižovat. Nakonec jsme doufali, že neseleže nahrávací zařízení a že na něm bude vůbec něco slyšet, protože jsme neměli odzkoušené nahrávání v tak velkém prostoru.

Otázky připravené na interview jsme již za pochodu měnili a přizpůsobovali situaci. V tomto případě nebyly použity všechny připravené otázky a naopak se vynořilo několik témat, která vedla k rychlé formulaci otázek jiných a nových. Můžeme tedy mluvit o tom, že námi použitá metoda byla polostrukturovaná ohnisková skupina.

Nejdříve byla vedena diskuze na téma volby léčby. Spadaly sem předchozí zkušenosti s jinými formami léčby či jinými komunitami a jejich srovnání. Zjišťovali jsme důvody volby komunity jako léčebného programu, jaká byla informovanost klientů o daném zařízení a jaká kritéria hrála důležitou roli při jejich rozhodování. Dále jsme se zabývali důvody předchozích relapsů a zjišťováním kritických okamžiků v léčbě. V diskuzi jsme se také zabývali hodnocením programu v TK, a to především genderově senzitivního programu. Jestli vůbec existuje, v jaké formě se vyskytuje a zda jej klienti považují jako dostatečný a jim vyhovující. Na závěr jsme poprosili účastníky, aby pokud mají zájem, provedli zhodnocení skupiny a reflexi vlastních pocitů, které v nich skupina vyvolala a se kterými odcházejí.

O možných důsledcích nepřipravenosti a nezkušenosti badatele a jejich možném vlivu na získaná data se budeme více zmiňovat až v diskuzi. Zde můžeme metodu zhodnotit jako velice přínosnou a vhodnou pro případná další zkoumání této problematiky.

### **9. 3. Pozorování**

Tato metoda patří spolu s rozhovorem mezi nejstarší techniky získávání dat. Vědecké pozorování se od toho laického liší hlavně tím, že si badatel předem stanoví, na co svoji pozornost zaměří (Ferjenčík, 2000, in Miovský, 2009). My jsme pro účely našeho výzkumu zvolili metodu otevřeného zúčastněného pozorování. „Je to takové pozorování, kdy se pohybujeme v terénu, jsme přímými účastníky situací a jevů, které pozorujeme, a současně účastníci výzkumu vědí o tom, že provádíme výzkum a že za tímto účelem provádíme svá pozorování, záznamy a že se získanými daty bude dále nakládáno v souladu s výzkumnými cíly a plánem studie (Miovský, 2009, 154).“ Pozorování bylo provedeno během našeho pobytu v komunitách, jak během rozhovorů, ohniskových skupin, tak během některých každodenních činností klientů i terapeutů. V TK Fides jsme se mohli účastnit také psychoterapeutické skupiny a provádět pozorování přímo tam. Během našeho pozorování jsme se zaměřili hlavně na vztahy, chování a prožívání mezi klienty a klientkami a zároveň jejich interakce s terapeuti mužského a ženského pohlaví.

## 10. Metody zpracování dat

V této části výzkumu se zabýváme technickým zpracováním dat a jejich přípravou pro potřeby analýzy. Hledáme vhodné způsoby jak data fixovat, zobrazit a upravit. Při zpracování kvalitativních dat dochází k cyklickému opakování jednotlivých fází a prolínání se samotnou fází získávání dat (např. dohledáváme osoby na základě konkrétních vlastností pro potřeby saturace dat), ale i se samotným procesem zpracování dat. „Způsobu zacházení s kvalitativními daty, tj. dílčím úkonům a procedurám propojujícím fázi analýzy dat, říkáme data management (Miovský, 2009, 195, Hendl, 2008).“

Data z našeho výzkumu byla ve formě audio nahrávek na diktafonu, bylo proto nutné nejdříve provést transkripci. Zvolili jsme doslovnou transkripci, kdy jsme audio záznamy předvedli do písemné podoby. Pomocí poznámkového aparátu jsme se snažili převést i jiné zvukové doprovody, než je jenom slovo, patřil sem například smích, pomlka či zvýšený hlas. Toto se jevílo důležité hlavně pro zaznamenání emocí vzniklých skupinovou dynamikou během ohniskových skupin. Transkripce není jen mechanické přepisování dat, ale má pro samotný výzkum velký význam. Během ní může dojít ke zkreslení nebo ztrátě dat, a proto jsme se rozhodli provést kontrolu transkripce pomocí vnějšího auditu. Poprosili jsme druhou osobu, která měla za úkol zkontrolovat nahrávky s jejich námi přeepsanou podobou. Následně jsme provedli redukci prvního řádu, kdy je prvotní transkripce převedena do plynulejší formy vhodnější pro následnou analýzu dat. Mezi další úkony systematizace připadalo kódování, editorování a barvení textu. Všechny tyto postupy jsme prováděli ručně bez použití počítačového softwaru, protože tato metoda se jevíla být dostačující pro naše účely (Miovský, 2009).

## **11. Analýza a interpretace dat**

Analýza kvalitativních dat je považována za nejobtížnější fázi realizace studie. Obecně sem patří následující postupy: kódování, archivace kódovaných dat, propojování dat, komentování a doplňování dat, vyvozování závěrů a verifikace, budování teorie a nakonec grafické mapování (Miovský, 2009). „Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy (Hendl, 2008, 223).“

### **11. 1. Metody analýzy dat**

V této části realizace výzkumu jsme aplikovali několik metod. Jako první stupeň analytické práce jsme použili deskriptivní přístup, který by sám o sobě nebyl dostačující, a proto jsme nezůstali jen u něj. Použili jsme metodu prostého výčtu, která slouží k vyjádření vlastností určitého jevu. Pomocí této metody můžeme vyjádřit četnost výskytu daného jevu nebo poměr výskytu ve vztahu k jinému jevu. Dále jsme využili metodu vytváření trsů, kdy vyhledáváme ve výrocích participantů taková vyjádření, která spadají do jedné kategorie, do jednoho ohraničeného tématu. Podmínkou vzniku trsů je jejich vzájemná podobnost. Využívali jsme také metodu vytváření kontrastů a srovnávání, což je dle Miovského (2009, 223) „velmi důležitá technika, potřebujeme-li od sebe lépe odlišit například dvě identifikovatelné kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají zároveň mnoho společného.“ Tato metoda se jevila jako vhodná pro srovnání genderových rozdílů mezi muži a ženami a pro srovnání jednotlivých komunit. V neposlední řadě jsme ke zpracování námi získaných dat použili metodu zachycení vzorců, která je podobná metodě vytváření trsů. V tomto případě vyhledáváme ve výpovědích opakující se témata, tzv. vzorce.

Volba těchto čtyř metod vycházela z potřeb cílů, které jsme si stanovili. Předpokládáme, že poskytne bohatá a validní data. V následujícím textu pak uvádíme již naši analýzu, která se bude vztahovat ke třem tématům vycházejícím z výzkumných cílů.

### **11.2. Analýza a interpretace výzkumných cílů**

V této části uvedeme analýzu námi získaných dat podle jednotlivých výzkumných cílů, jak jsme si je zvolili.

### 11. 2. 1. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 1

V prvním cíli jsme si dali za úkol zjistit nejčastější důvody, proč se klienti jdou léčit do terapeutické komunity. Chtěli bychom popsat, jaké motivy je k tomu vedou a co je pro ně důležité pro volbu konkrétní komunity. V rámci volby komunity bychom rádi zjistili, kde čerpali informace o možné léčbě. V neposlední řadě jsme se zaměřili na popis důležitých faktorů, které nějakým způsobem zásadně ovlivňují léčbu (vstup do léčby, předčasný odchod, opětovné užití atd.) klientů a klientek. Naším prvním cílem bylo také zjistit kritické okamžiky v léčbě, rizika relapsu a následovné možnosti návratu do léčby, vše s ohledem na hledání rozdílů mezi jednotlivými pohlavími. Cíl je reprezentován otázkami: „Co má vliv na volbu léčby u osob závislých na drogách?“ a „Proč klienti nejčastěji opouštějí léčbu?“

#### **Co má vliv na volbu léčby u osob závislých na drogách?**

Nejdříve tedy budeme zjišťovat zásadní motivy pro léčbu, v jejichž rámci si popíšeme nejdůležitější faktory ovlivňující uživatele drog a nakonec se zaměříme na zjištění kritérií, která měla vliv na volbu konkrétní komunity. V tabulce níže (tabulka 14) přibližujeme nejčastější důvody uváděné klienty pro rozhodnutí jít se dlouhodobě léčit. Odpovědi jsou řazeny sestupně podle frekvence jejich výskytu a u každé je uveden počet jejich výskytu v odpovědích klientů, u nichž bylo provedeno polostrukturované interview. Některé odpovědi byly diskutovány během ohniskové skupiny či během individuálních rozhovorů s terapeutky. V následujícím textu si jednotlivé odpovědi rozebereme. Důležitá je skutečnost, že odpovědi se často prolínaly a participanti uváděli více důvodů najednou.

Tabulka 14. Motivace k léčbě drogové závislosti

Odpovědi	Počet
Byl/a jsme na dně	14
Rodina	7
Psychické problémy	5
Somatické problémy	4
Partner	3
Chci ještě něco dokázat	3

## Byl/a jsem na dně

Nejčastěji uváděnou odpovědí na otázku Proč jsem se šel/šla léčit bylo „*byl/a jsem na dně*“. Vyskytla se ve 14 případech, tedy u 78% ze všech participantů, se kterými byly provedeny individuální rozhovory. Tato kategorie úzce souvisí se všemi následujícími. Velká část klientů uvedla právě tento důvod, proč vstoupila do léčby, a přidala k němu několik dalších důvodů, které by se daly chápat jako subkategorie „*byl/a jsem na dně*“. Patří sem poškozené vztahy s rodinou, přáteli, partnery, neschopnost komunikace vůbec („*to už nešlo, já jsem nemohl jít ani na úřady, nikam, já už ani nemluvil, jsem dělal jenom tohle (předvádí vyplazený jazyk), prostě jenom zvuky...to bylo hrozný...*“), ztráta střechy nad hlavou, bezdomovectví. Ztráta důstojnosti spojená s prostitucí (častěji jmenovaná u žen, pouze jeden klient přiznává, že se musel živit vlastním tělem), krádežemi, žebráním..., obecně nízká životní úroveň. Odchod do léčby je také často podmíněn jinak hrozícím vězením. Je to jediná možnost, jak se mu vyhnout.

Tato kategorie je svým způsobem poněkud zvláštní, protože ji můžeme předpokládat u všech námi oslovených klientů TK. Léčba v TK je dlouhodobá a léčí se zde především klienti, u kterých se vyskytovalo dlouhodobé škodlivé užívání drog a došlo u nich k velkým poškozením v oblasti sociální, psychické i fyzické.

## Rodina

Rodina byla uváděna jako druhý nejčastější důvod, proč se participanti rozhodli jít léčit. Je to vůbec jeden z nejčastěji zmiňovaných aspektů, který má vliv na užívání, abstinenci nebo léčbu. V následující tabulce (tabulka 15) popisujeme oblasti, které nejvíce zmiňují klienti v souvislosti s rodinou a jejím působením na jejich závislost.

Tabulka 15. Vliv rodiny na užívání drog u klientů TK.

Odpovědi	Počet
Ztráta rodiny - motiv k léčbě	7
Podpora rod. v léčbě	4
Nedobrovolná léčba	4
Abúsus u rodičů	3
1. užití	3
Dítě odebráno z péče	2

Šest participantů uvedlo jako jeden z nejdůležitějších důvodů, proč se šli léčit, ztrátu vlastní rodiny, která je zavrhlá a odmítla s nimi mít cokoliv společného („...*matka mi řekla, že lituje dne, kdy mě porodila...*“). Vliv na léčbu nemá jenom primární rodina, ale u dvou participantek se jednalo o ztrátu rodiny sekundární, tedy odebrání dětí z péče. Dostat děti zpět do výchovy je pro ně silným motivem k tomu, aby se šly léčit a navždy se zbavily problémů s drogami. Volily tedy dlouhodobou léčbu, která by pro ně měla být v tomto směru nejefektivnější („...*vůbec jsem netušila, co to komunita znamená, ale v PL řekli, že ho můžu dostat zase do péče (dítě)...*“). U jedné participantky se spojovaly oba dva důvody - odebrání dítěte, které nakonec připadlo do péče její matce, jež ovšem odmítla s dcerou komunikovat, dokud se sebou něco neudělá.

Ve čtyřech případech uvádějí participanté (tři muži a jedna žena), že mají zkušenost s tím, že se šli léčit na přání svých rodičů. Shodně odpovídají, že tyto pokusy o abstinenci nebyly nikdy úspěšné. Tito stejní klienti mají podporu v rodině i tentokrát, kdy se rozhodli jít léčit sami dobrovolně.

Rodina bývá také jedním z důvodů, proč klienti poprvé užili drogu. Ve třech případech uvádějí abúzus alkoholu u rodičů a vnímání drog jako něco „normálního“. V jednom případě se jednalo o závislou ženu, které byly drogy, benzodiazepiny, dávány již v dětství její závislou matkou, která tak řešila dětský pláč. Participanté mnohdy pocházejí z rozpadlých rodin. Častý je nezáměr ze strany rodičů v době dospívání respondenta, vedoucí k poflakování se s kamarády a prvním zkušenostem s drogou. Toto je v našem případě typické hlavně pro ženské participantky. Objevují se ale i přílišné nároky rodičů, neschopnost vyhovět jim, pocity méněcennosti a potřeba uniknout z takového prostředí. Jeden participant uvádí přílišnou fixaci na matku, se kterou stále bydlí, a nedokáže se zbavit jejího vlivu jinak než únikem do světa drog. Bydlení s rodiči uvádí více participantů - mužů.

### Psychické problémy

V motivaci k léčbě hrají důležitou roli psychické problémy. Pět klientů (mužského pohlaví) uvádí, že se léčili s nějakou psychiatrickou diagnózou. Nejčastěji se jednalo o toxickou psychózu. V jednom případě pak o schizoafektivní poruchu. Tři klienti uvádějí, že psychické problémy, především depresivní prožívání spojené s myšlenkami na sebevraždu, je vedly k prvnímu užití drog, které je na nějakou dobu těchto pocitů zbavily. Ovšem nakonec byly tyto pocity ještě intenzivnější a vedly je k tomu, aby vyhledali



odbornou pomoc. Dva klienti uvádějí, že právě psychické problémy byly důvodem, proč se šli léčit až po mnoha letech užívání, byl pro ně problém sehnat adekvátní pomoc. Popisují, že když chtěli léčit svůj primární psychický problém (schizoafektivní psychózu, deprese...) bylo jim sděleno, že se mají léčit v první řadě se závislostí. Tyto komplikace při vyhledávání léčby je plně odradily od hledání jakékoliv pomoci („... *tak takový to nepochopení mě ubíjelo víc a víc, tak jsem se rozhodl, že si to nějak vyřeším po svém...takže jsem jel do Prahy a tam si dal heroin...*“).

Terapeuti TK Advaita uvádějí jako jedno z kritérií pro výběr klientů do komunity, že nesmějí mít psychiatrickou diagnózu v akutní fázi, nesmí být nestabilizovaní. Ale jako kontraindikaci pro léčbu vnímají i klienta stabilizovaného, avšak s těžkou psychiatrickou medikací, protože nejsou schopni mu zajistit pomoc. Terapeuti TK v Bílé Vodě uvádějí, že jsou s takovými klienty schopni pracovat a to díky blízkosti a úzké spolupráci s psychiatrickou léčebnou. Terapeuti obou komunit shodně uvádějí, že nejvhodnější komunita pro klienty s psychiatrickým onemocněním je TK Sejšek, která se specializuje na klienty s duální diagnózou.

Zhoršení duševního zdraví uvádějí všichni klienti především ke konci své drogové kariéry, kdy se u nich častěji vyskytovaly suicidální myšlenky. Můžeme říct, že v našem vzorku z terapeutických komunit mělo přiznané psychické problémy více mužů než žen. Oproti tomu u klientů oddělení Harmonie se psychické problémy objevovaly pouze u žen, které je považovaly za významný podnět k prvnímu užití alkoholu. Jednalo se o psychickou nepohodu spojenou se ztrátou zaměstnání, odchodem dětí z domova, či agresivním chováním partnera.

### Somatické problémy

Čtyři účastníci ze čtrnácti vypovídajících udali, že jedním z hlavních důvodů, proč se šli léčit, bylo jejich fyzické zdraví. Hlavně účastnice si stěžují na závažné zdravotní problémy, které by je mohly omezovat v budoucím životě („...*šití už asi nebude...ty karpální tunely začaly před téma drogama ještě...a při těch drogách jsem to úplně dokecala...*“). Strach měly především z toho, že již nikdy nebudou moci mít zdravé děti. U jedné účastnice se vyskytoval problém s imunitou, jednalo se o totální oslabení organismu. Tímto problémem se zabývali i terapeuti, kteří vyslovili pochybnosti o tom, jestli bude vůbec schopná náročný program v komunitě fyzicky zvládnout.

Všichni participanti mají fyzické problémy způsobené dlouhodobým užíváním drog, ale především ženy to hůře snášejí. Stěžují si také na problémy související s jejich fyzickou krásou. Toto bylo zřejmé již na první pohled během našeho pozorování. Zatímco ženy, jež byly v komunitě teprve chvíli, v anamnéze měly mnohaleté užívání drog bez pokusu o léčbu, vypadaly fyzicky poměrně špatně, měly neupravené zničené vlasy, špatná pleť, špinavé a polámané nehty, hrubé chování a celkově fyzicky působili spíše jako muži. Naopak klientky, které v léčbě byly již delší dobu nebo u nich nebyla tak dlouhodobá závislost, vypadaly mnohem upraveněji a ženštěji. Participantky často uvádějí, že se chtějí zase líbit samy sobě a projevují snahu o zlepšení současného stavu. Fyzická sešlost byla zřejmá i u mužských participantů, avšak ti ji nepovažovali za důležitou a v rozhovorech ji nezmiňovali. Participanti nevnímají přímou souvislost mezi špatným fyzickým stavem a užíváním drog. Většinou uvádějí, že nezdraví byli již dříve, než začali užívat návykové látky, nebo předpokládají, že jejich problémy jsou způsobeny věkem a celkově nevhodným životním stylem.

### Partner

Tři participantky uvedly, že pro ně stimulem k tomu, aby se šly léčit, byl jejich partner. Ve dvou případech byl partner ve vězení a klientky samy nevěděly, co mají dělat, a proto se rozhodly jít léčit. Obě vyslovily obavy, že by po propuštění partnera mohly předčasně odejít z léčby. V posledním případě se šla participantka léčit spolu s partnerem, ten byl v jiném zařízení. Předpokládá, že když léčbu zvládne on, zvládne ji i ona. V případě jeho neúspěchu si zatím není jistá, co by udělala.

Partnerství bylo celkově po rodině druhým nejvýznamnějším tématem všech rozhovorů. V následující tabulce si uvádíme jeho nejvýznamnější vliv na jednotlivé aspekty života osoby závislé na drogách.

Tabulka 16. Vliv partnera/ partnerky na uživatele drog

Odpovědi	Počet
Znovuuzítí	8
Předčasný odchod	6
1. užití	5
Abstinence	3
Motiv k léčbě	3

Pět participantů uvedlo, že partner měl zásadní vliv na jejich první užití drogy. Ve všech případech se jednalo o ženy („...*moje první užití bylo vlastně extáze...a to byl dárek k mejm 28...od mého přítele...abych se uvolnila a pobavila...*“; „...*měla jsem přítele, kterej užíval a mě to bylo trapný, že já ne...takže jsem si vymyslela, že už jsem fetovala...a tím pádem jsem fetovala s nim...*“). Naproti tomu muži ve třech případech uvedli, že právě partnerka pro ně byla motivem k abstinenci. Našli si přítelkyni z nedrogového prostředí a byli ochotni s ní abstinovat. Všichni tři uvádějí, že po rozchodu začali znovu užívat, brali to jako samozřejmost. Partner je také jedním z nejčastěji uváděných důvodů, proč participant opustili léčbu předčasně, jednalo se zejména o najít si partnera v léčebném zařízení, porušení kardinálního pravidla a následovné vyloučení. Ve dvou případech pak došlo k opuštění léčby předčasně z důvodů propuštění partnera z vězení na svobodu. Ve všech případech došlo ke znovuuzítí drog.

#### Chci ještě něco dokázat

Poslední z nejvíce se opakujících výpovědí byla potřeba žít život smysluplněji. Tři participant uvedli, že by chtěli založit rodinu a vést normální život. Jednalo se o dvě ženy a jednoho muže, který potřebu mít rodinu a děti stavěl na první místo motivů léčby („...*už chci svoje děti, rodinu a zdraví...*“). Touha po normálním životě se vyskytovala víceméně u všech participantů, avšak nebyla vždy přímo vyslovena a pojilo se to hlavně se strachem z budoucnosti a neschopnosti představit si, co vlastně bude.

Dlouhodobou léčbu obecně volí participant hlavně proto, že se u nich objevovalo dlouholeté užívání drog bez předchozích pokusů o abstinenci. V našem výzkumném vzorku z řad klientů TK (Advaita, Fénix, Fides, Teen Challenge) se jednalo o 13 participantů. V druhém a častějším případě jde o participanty, kteří mají za sebou dlouholeté užívání drog s předchozími, ve všech případech neúspěšnými, pokusy o léčbu. V našem vzorku se jednalo o 19 participantů. Předchozí osobní zkušenosti s dlouhodobou komunitní léčbou z nich mělo 5 participantů, ostatní absolvovali jiné druhy léčby, především krátkodobý (3 měsíce) pobyt v PL. Obzvláště negativně hodnotí participant léčbu ambulantní. Všichni (9), kteří ji absolvovali, uvádějí, že během této léčby užívali drogy. 2 probandi potom informují o přechodu na nitrožilní užívání během období, kdy navštěvovali ambulantní léčbu. Všeobecně se dá říct, že do komunitní léčby odcházejí klienti, u kterých jsou závažná poškození v oblasti psychického a fyzického zdraví, také v rovině sociální způsobená dlouhodobým škodlivým užíváním drog.

V předchozím textu jsme popsali nejčastějšími motivy, proč se participanti rozhodli pro léčbu. V následujících odstavcích se budeme zabývat již přesnějšími motivy pro volbu konkrétní komunity. V tabulce 17 jsou sestupně seřazeny nejčastější důvody, ve vedlejším sloupci je pak jejich četnost.

Tabulka 17. Nejčastější motivy pro volbu konkrétní komunity

Odpovědi	Počet	Odpovědi	Počet
Nejlepší a dlouhodobá	10	Doporučeno známými	4
Hodně psychoterapie	5	Je mi to jedno	3
Doporučeno PL	5	Lokalita	3
Fin. Důvody	4	Málo práce	3
Info na netu	4	Málo holek	1

Většina participantů uvedla, že jejich komunita je **nejlepší**, a proto do ní šli („...*tak tahle komunita má nejlepší výsledky...je to jedna z nejlepších komunit v ČR...*“). Kde konkrétně získali tuto informaci, sami nevěděli, nejčastěji uváděli, že se to přece ví nebo že to někdo říkal v psychiatrické léčebně. Klienti TK Advaita hodnotili jako pozitivní jev situaci, že v léčbě mohou zůstat až patnáct měsíců. Naproti tomu klienti TK Fides byli rádi, že mají možnost volby mezi střednědobým a dlouhodobým programem i přesto, že všichni shodně uváděli, že mají v úmyslu zvolit delší variantu léčby. Někteří klienti TK Fénix se shodli na tom, že oni sami chtěli jít do Fidesu (obě zařízení jsou v rámci PL Bílá Voda), avšak buď z kapacitních důvodů, nebo z důvodů jejich kombinované závislosti jim nebylo vyhověno. Sami jsou přesvědčení, že Fénix není tak dobrý jako Fides, tedy výsledky jejich léčby nemohou být srovnatelné. Otázkou zůstává, jestli tato jejich pocíťovaná nedůvěra v léčbu nějakým způsobem negativně neovlivní výsledky jejich léčby. Nepodařilo se nám zjistit, zda existují nějaké významné rozdíly mezi TK Fénix a TK Fides. Terapeuti TK Fides popírají negativní informace a terapeuti druhé komunity nebyli účastníky tohoto výzkumu. Bývalí klienti a nynější terapeuti ve středisku Teen Challenge nejčastěji uváděli, že nemohli jít do jiné komunity, protože by tam nebyli na blízku Bohu a protože pouze on jim může pomoci („...*světská léčba mi nemůže pomoci...*“).

Jeden z důvodů, proč participanti zvolili léčbu v komunitních zařízeních, byla dlouhotrvající **intenzivní psychoterapeutická práce**. Jak klienti TK Advaita, tak klienti TK Fides uvedli, že právě v jejich komunitě je více terapie než v komunitách jiných. Terapeuti tento výrok nepotvrdili, domnívají se, že to bude ve všech komunitách srovnatelné. Dostatečné množství různých forem psychoterapie úzce souvisí s další

činností v komunitě, která hrála roli ve výběru léčebného zařízení, a tou je **pracovní činnost**. TK Advaitu častěji volí klienti, kteří nechtějí pracovat se zvířaty a naopak chtějí mít příležitost práce mimo komunitu. U TK Fides zmiňovali mužští probandi jako velice pozitivní existenci zátěžových programů, kdy si mohou zkusit různé sportovní aktivity nebo se někam podívají, třeba do zahraničí, což jsou věci, které předtím nikdy nezažili a vždy je chtěli zkusit. Jeden klient zmínil, že dříve hodně aktivně sportoval, a když se dozvěděl, že je takto zaměřena i tato komunita, chtěl do ní jít.

Dalším z důležitých důvodů, proč klienti volili danou komunitu, byla **finanční stránka**. TK Fides a Fénix jako jediné v ČR spadají pod Ministerstvo zdravotnictví a jsou financovány státem. Mohou si je dovolit tedy také klienti bez jakýchkoliv finančních prostředků. Tento důvod uváděli hlavně muži, kteří neměli rodinu, práci ani jiné možnosti, jak získat nějaké finance, často byli také zadlužení.

Jako zdroj informací o TK uváděli účastníci nejčastěji **psychiatrické léčebny**, které je většinou vůbec přivedli na myšlenku léčby v komunitě a následně jim doporučili konkrétní, pro ně nejvhodnější komunitu. Tento způsob volby léčby uvedly hlavně účastnice, které jinak sdělily, že jim bylo jedno, kam se půjdou léčit. Pro ně bylo důležité jít se vůbec léčit, protože to pro ně znamená jedinou možnost, jak získat své děti zpět do vlastní péče. Tyto ženy potom daly na radu zaměstnanců PL a zvolili komunitu, která je podle nich nejvíce zaměřená na rodinnou terapii a řešení problémů s rodinou. Jen minimum účastníků uvedlo jako **zdroj informací internet**, jednalo se o mužské probandy. Sami terapeuti v komunitách přiznávají, že svým internetovým stránkám nevěnují mnoho pozornosti a že klienti čerpají nejvíce informací hlavně od známých, kteří již léčbu absolvovali, nebo od zaměstnanců PL. Terapeuti PL upozorňují na to, že klienti (především klientky) k nim někdy přicházejí a mají jasnou představu, kde by chtěli ve svojí léčbě pokračovat, jsou motivovaní k abstinenci a dlouhodobé léčbě. Často ale dlouho trvá, než mohou do komunity nastoupit, a jejich pobyt v PL spolu s dalšími nemotivovanými klienty je vede ke ztrátě jejich odhodlání se léčit a odcházejí z léčby předčasně, aniž by do komunity vůbec vstoupili. Celkově terapeuti PL hodnotí terapeutické komunity jako uzavřený systém, o kterém se moc nedá dozvědět i když dochází ke spolupráci s několika komunitami v nejbližším okolí. O dalších komunitách a v některých případech, vzhledem k zaměření jednotlivých komunit na specifickou klientelu a existenci rozdílů mezi programy, pro klienta vhodnějších toho pracovníci PL mnoho neví. Pak se stává, že klient musí strávit delší dobu v léčbě v PL nebo se mu nedostane léčby šité jemu na míru.

Participantů z řad terapeutů tyto informace úplně nevyvrací, potvrzují také, že spolupracují hlavně s některými zařízeními v jejich okolí.

**Vliv přátel** na volbu komunity je též nezanedbatelný, přímo jej uvedli čtyři účastníci (3 ženy). Další vypověděli, že komunitu znali od známých. Účastníci také uvedli, že šli do dané komunity i přesto, že jejich známý po návratu z léčby porušil abstinenci a tedy by se léčba mohla jevit jako neefektivní („...a kamarád začal vyprávět, že Bílá Voda a že tady kdysi byl, že komunita, že výborný, že mu to něco dalo, že tu vydržel čistej...“).

Tři účastníci zvolili komunitu na základě toho, **kde se nachází**. Ve všech případech se jednalo o TK Advaita. Jako pozitivní hodnotili blízkost velkého města, možnost najít chráněné bydlení jako další krok léčby po odchodu z komunity. Liberec vnímali také jako místo, kde by chtěli jednou žít, protože je v okolí krásná příroda a samo město skýtá různé pracovní nabídky. Jeden klient zvolil komunitu na základě toho, že byla daleko od jeho bydliště, kde předtím užíval drogy. Nemusel se bát, že potká nějaké známé a ani členy rodiny, se kterými se nechce stýkat.

Za zmínku zajisté stojí aspekt, který vyslovil pouze jeden klient. Do terapeutické komunity šel, protože věděl, že tam je **málo žen**. Všechny jeho předchozí léčby byly neúspěšné, vždy odešel předčasně a důvodem bylo právě navázání vztahu v léčbě. Účastník se bál opětovného selhání, a proto si zvolil komunitu, kde bylo aktuálně nejméně žen.

Co má vliv na volbu léčby u osob závislých na drogách?

Hlavním důvodem, proč se účastníci rozhodli jít léčit, je: „*byl/a jsem na dně*“. Jedná se o problémy v oblasti psychického a fyzického zdraví a problémy v sociální rovině. Mezi problémy v sociální oblasti patří narušení vztahů s rodinou, s přáteli, s partnerem, ztráta zázemí. V motivaci k léčbě existují rozdíly mezi pohlavími. Nezanedbatelný vliv na rozhodnutí žen pro abstinenci má jejich partner a jejich sekundární rodina, jejich děti. U mužů bylo častěji motivem jejich psychické zdraví.

Na volbu konkrétní komunity má zásadní dopad doporučení zaměstnanci předchozích adiktologických služeb, které účastník navštívil. Jejich rozhodnutí je také ovlivněno referencemi známých, kteří danou léčbu absolvovali bez ohledu na jejich úspěšnost v abstinenci. Účastníci hodnotí také finanční stránku a náplň programu.

Důležité je pro ně, aby byla komunita zaměřena hlavně na psychoterapii a nikoliv na pracovní terapii. Jako pozitivní hodnotí lokalizaci komunity poblíž místa, kde by mohli najít chráněné bydlení. Ženy častěji uvádějí, že jim je jedno, ve které komunitě jsou.

### **Proč klienti nejčastěji opouštějí léčbu?**

V následující tabulce uvádíme nejčastější důvody, proč participanti předčasně opustili předchozí léčbu. Terapeuti se všeobecně shodli na tom, že předčasné ukončení léčby je typické pro nemotivované klienty, kteří si ještě „neodfetovali to svoje“. Terapeuti uvádějí, že dříve se předpokládaly za nejkritičtější dobou pro odchod z léčby v komunitě první tři měsíce. Nyní uvádějí, že z nejnovějších statistik to nelze tak jednoznačně říci. Obecně dle výpovědí terapeutů klienti odcházejí v prvních třech měsících, protože se jim stýská po domově, rodině, přátelích; mají nevladatelné chutě na drogu; dopadá na ně tíha ze ztráty práv a nutnosti podřízení se programu (nemohou ven, nesmějí telefonovat, používat internet, musí striktně dodržovat pravidla). Druhé rizikové období je druhá fáze léčby, cca pátý měsíc, kdy se klienti poprvé dostávají sami ven mimo komunitu a nabudou pocitu, že již sami zvládnou abstinovat. Terapeuti se také domnívají, že existují rozdíly mezi muži a ženami v důvodech odchodu z komunity. Podle nich muži častěji odcházejí kvůli prožitku nějaké krize a neschopni ustát stres, oproti tomu ženy krizové situace zvládají lépe, ale častěji odcházejí z citových důvodů.

Tabulka 18. Nejčastější důvody pro opuštění léčby

Odpovědi	Počet
Vztah( porušení kard.pravidla)	6
Porušení abstinence	5
Nedobrovolná léčba	4
Myslel/a jsem si, že to zvládnou	2
Přítel	2

Sami klienti jako důvod, proč dříve předčasně opustili léčbu, uvádějí porušení kardinálního pravidla – najít si **vztahu v léčbě**. Nedá se jednoznačně říci, u koho se tato odpověď vyskytovala častěji, jestli u mužů nebo u žen. Zdá se, že je to vyrovnané a také nyní je to stále jeden z největších strašáků pro participanty v léčbě. Naopak pouze u ženských participantů se ve výpovědi objevilo předčasné opuštění léčby kvůli **příteli**, velmi často také uživateli psychoaktivních látek, který se sám nešel léčit a později narušil léčebný pobyt klientky.

Druhým nejčastějším důvodem, proč participanti nedokončili předchozí pokusy o léčbu, bylo **porušení abstinence** a následovné vyloučení z programu. Ve všech případech se jednalo buď o léčbu ambulantní, nebo pobyt v psychiatrické léčebně. Porušení abstinence úzce souvisí s další často uváděnou kategorií a tou je **nedobrovolnost léčby**. Participanti se šli léčit na základě přání rodičů, nebyli dostatečně motivovaní a nechtěli na svém dosavadním životě nic měnit. Měli často pocit, že drogy mají pod kontrolou a že to **zvládnou sami**.

Důvody, proč klienti dříve opustili léčbu předčasně, jsou v našem výzkumu pro obě pohlaví stejná. Ovšem s předčasným odchodem mají větší zkušenost muži, u kterých není nynější léčba tak často léčbou první, jako je tomu u účastnic ženského pohlaví.

Zjišťovali jsme také, z čeho mají klienti největší strach během této léčby v TK a o čem si myslí, že by mohlo nejvíce ohrozit zdárné ukončení programu. Čtyři participanti (tři muži a jedna žena) uvedli, že se nejvíce bojí vztahu, že se v léčbě do někoho zamilují. Pro jednoho účastníka to byla aktuální situace, kdy se jeho vztah řešil v komunitě, a již byla přijata některá opatření. On v léčbě mohl zůstat, jeho partnerka nikoliv, v kontaktu jsou i nadále. Jedna účastnice se nejvíce bojí samoty, která ji tady obklopuje, není zvyklá žít sama bez partnera („...*bojím se blízkého kontaktu, že neodolám, že nedokážu fungovat sama...*“). Dvě klientky se obávají, že by je mohli ohrozit partneři, kteří nejsou v léčbě („...*volala máti, že je venku a to bylo první, že půjdu za nim...*“).

Riziko předčasného ukončení léčby vnímají participanti hlavně v interakci s druhými členy komunity. Zde existují rozdíly mezi účastnic mužského a ženského pohlaví. Muži se obávají hlavně sami sebe, svojí agrese, arogance, konfliktní povahy, potřeby hrát si na někoho, kým nejsou. Myslí si, že by to mohlo vést ke konfliktu v komunitě, který by nezvládli a raději by léčbu opustili. Jako nebezpečné vnímají také nutnost otevřít se před druhými. Naproti tomu ženy se spíše obávají druhých. Samy sebe hodnotí jako nekonfliktní, schopné se podřídít, strach mají z útoku na svoji osobu, hlavně ze strany mužů, které vnímají jako necitelné a neschopné empatie („...*bojím se, že tady narazím na někoho, kdo mě zraní...nebo mi bude dělat dusno...*“).

Participanti z řad terapeutů potvrzují, že je pro klienty možnost vrátit se do léčby, Samozřejmě musí dojít k zvážení celé situace a na rozhodnutí by se měla podílet celá komunita. Opětovný nástup do léčby by vždy znamenal návrat do nižší fáze léčby nebo dokonce na samotný začátek léčebného pobytu. Sami klienti nepředpokládají, že by tuto



situaci museli někdy řešit a že by vůbec mohla existovat možnost, že léčbu předčasně opustí. Dva klienti zmínili pochybnosti o tom, zda by měli odvahu se vrátit na stejné místo.

### **11. 2. 2. Analýza a interpretace výzkumného cíle č. 2**

Naším druhým výzkumným cílem bylo popsat aktuální situaci v terapeutických komunitách z pohledu genderové odlišnosti a zmapovat jejich nabídku genderově senzitivních programů. Zjišťovali jsme, jestli jednotlivé komunity sledují efektivitu tohoto programu. V tomto cíli si klademe dvě otázky: „Jakým způsobem komunity poskytují genderově senzitivní program?“ a „Jaká je pocíťovaná spokojenost klientů a terapeutů s tímto programem?“

Všechny námi navštívené komunity v sekci A.N.O. poskytují tzv. genderově senzitivní program. Všechny komunity s ním mají pozitivní zkušenost a to i přesto, že existují rozdíly mezi jednotlivými programy. Vznik těchto specifických aktivit považují terapeuti za přirozený vývoj a nutnost přizpůsobit se klientele. Všechny komunity mají vyhrazené speciální prostory pro ženy a speciální pro muže (pokoje, koupelny, nejlépe celé patro). Situace není vždy dokonalá, souvisí to zejména s finanční stránkou věci. Právě kapacita a potřeba dodržet vyjmenované zásady je jedním z nejčastějších důvodů, proč komunity neposkytují více míst pro ženské klienty. TK Fides a TK Advaita poskytují speciální genderové skupiny, probíhající alespoň jednou měsíčně. Mužská skupina v TK Advaita je zatím novou záležitostí, ale i tak ji považují za přínosnou. V TK Fides mužské a ženské skupiny probíhají již více než deset let, vznik skupin pro obě pohlaví brali jako samozřejmost, nechtěli zvýhodňovat pouze ženy. V TK Fénix fungují pouze ženské skupiny, muži mezitím mají pracovní blok. Jako velmi přínosné považují terapeuti TK Fides skutečnost, že ze skupin neexistuje žádný zápis. Klienti to vědí a nebojí se tak více svěřovat.

V komunitách také funguje dělba práce na mužskou a ženskou, stejně tak během zátěžových aktivit muži nesou ženám stany a větší část nákladu. Terapeuti se ve všech směrech snaží jít příkladem a vytvářet klientům vzor ženy a muže (oblékání, chování, vztahování se mezi pohlavími atd.). Snaží se vést klientky k tomu, aby se vhodně oblékaly, nosily sukně, nepoužívaly vulgarismy, přijímaly pomoc od mužů a byly schopné za ni poděkovat. Terapeuti vedou klientky k najítí ženy v sobě, její krásy, citlivosti a křehkosti.

Naproti tomu muže vedou k tomu, aby o svoje ženy pečovali, chovali se k nim galantně, pomáhali jim, nechovali se k nim hrubě. Terapeuti také přikládají velký význam vzorům „otce a matky“, a tyto vzory terapeuti mohou poskytnout svým klientům, na nějakou dobu jsou pro ně pseudootcem či pseudomatkou. Terapeutka z TK Advaita vychází z toho, že je nutné klienty a klientky „dokrmit“ tím, co jim jejich otec či matka nikdy nedali, a to je právě důležitý úkol terapeutů. Hlavní přínos pro vytvoření zralé ženské a mužské osobnosti vidí terapeuti v každodenním životě v komunitě, kde se role ženy a muže spolu neustále prolínají.

### **Genderová specifika v komunitě a jejich hodnocení z pohledu klientů a terapeutů:**

#### Mužské a ženské skupiny

Téměř všichni námi oslovení klienti se shodli na tom, že speciální mužské a ženské skupiny jsou pro ně přínosem. Jejich význam zdůrazňovali hlavně na začátku léčby, kdy se báli mluvit před skupinou cizích lidí, natož před druhým pohlavím. Participant – terapeuti obzvláště zdůrazňují význam těchto skupin pro ženy, které zažily traumata způsobená muži – týráním, sexuální zneužívání atd. Ženy potřebují tyto problémy nejdříve zpracovat a pak teprve mohou komunikovat s jinými muži. Participantky nejčastěji uvádějí, že na skupinách řeší ženské problémy, o kterých by jim bylo nepříjemné mluvit před celou skupinou, bojí se hlavně odsouzení ze strany mužů. Tento prostor využívají více než hromadné skupiny, kde raději pouze naslouchají. Jedna klientka uvádí, že je škoda, že skupiny jsou jen jednou za čas (jednou za měsíc, jednou za čtrnáct dní). Muži častěji uvádějí, že je pro ně problém mluvit před ženami, bývalými uživatelkami. Nedokážou je brát vážně, protože vědí, jak se předtím chovaly. Přiznávají, že je to jejich vlastní problém s nízkým sebevědomím a že právě s tímto mohou pracovat na mužských skupinách. Častěji se u mužů také vyskytují problémy s autoritou, kdy se nedokážou podřídit ženě, která je ve vedoucí pozici (pán domu). Někteří klienti uvádí, že v tomto směru mají problém i s terapeutkami. Nedokáží je brát vážně.

S negativními reakcemi na mužskou skupinu jsme se setkali hlavně v TK Advaita, kde jsou tyto skupiny zavedeny nově. Klienti si stěžovali, že jim bylo odebráno osobní volno a skupiny jim nepřipadají nijak důležité. Možná kdyby tyto skupiny byly již od začátku léčby, přistupovali by k nim klienti jinak („...nyní už jsou zvyklí mluvit o všem přede všema...“). Podobně negativní přístup sdíleli i klienti TK Fénix. Muži i ženy chápali jako nevhodné zvýhodňování pouze žen, kdy v této komunitě existují jenom ženské

skupiny („...mě se to taky nelíbilo, že sme měly ženskou skupinu a vedle vidím kluky, jak pletou košíky, mě to přišlo nespravedlivý...“). Muži mají pocit, že se odehrává něco za jejich zády a ženské klientky před celou komunitou něco tají. Sami se cítí ochuzeni o možnost prostoru, kde by také mohli sdílet jenom něco sami mezi sebou. Participantka z TK Fénix také nehodnotí skupiny pozitivně, a to hlavně kvůli nedostatku žen v komunitě. Na skupině jsou pouze dvě klientky a jedna terapeutka. Participantka to vnímá spíše jako „pokec s kamarádkou na kafi“. Chybí ji zpětná vazba od většího množství lidí.

Dva participantí - muži uvádí, že nemají problém s komunikací s ženami, že jim nevadí před nimi mluvit o všem, ale problém vidí ve společném soužití s nimi. Vnímají je jako hašteřivé a neustále vyvolávající konflikty („...není tu klid, pořád něco řeší a jsou všude slyšet (ženy)...“).

### Garant/garantka

Ve všech komunitách je nedostatek mužského personálu, proto se stává, že ne vždy je dodržováno jedno z pravidel genderově senzitivního programu, že žena má mít vždy garantku a muž garanta. V TK Advaita se přesto snaží dodržet pravidlo, že klientka má vždy ženu garantku a v TK Fides se klade důraz hlavně na individuální rozhovory, které nejsou vedeny garantem/garantkou, ale klient si sám vybere terapeuta/terapeutku. Stává se, že si klient na tento rozhovor vybere terapeuta opačného pohlaví, než je on sám. Participantí – terapeuti to vnímají ovšem jako nevhodné. Cítí, že se pak klient nedokáže tolik otevřít, ale respektují, že je to klientova svobodná volba. O to větší význam připisují genderovým skupinám, kdy je pak prostor na řešení opravdu intimních témat týkajících se ženství či mužství. V TK Fénix je také více zaměstnanců žen a pravidlo garanta/garantky se nedodržuje.

Sami participantí z řad klientů tomuto rozdělení nepřikládají žádný význam a nepovažují jej za důležitý. Je jim jedno, zda jejich garantem bude muž nebo žena, záleží jim hlavně na konkrétní osobě, aby si s ní rozuměli a důvěřovali jí. Jeden klient uvádí jako velice přínosnou zkušenost výměnu svých garantů. Dříve měl garanta muže, se kterým mohl řešit intimní problémy z mužského světa. Tento terapeut z komunity odešel a nahradila jej garantka, která mu nyní supluje matku a dává mu pocit lásky („...je taková maminkovská, taková správná...ne, je to takový ženštější...“). Tuto kombinaci vnímá sám klient pro sebe jako velmi obohacující o různé emoční zkušenosti.

Existence garantů a garantek úzce souvisí s vytvářením vzorů v komunitě. Šest klientů udává (z toho tři ženy), že je jim vzorem terapeut opačného pohlaví, než jsou oni sami. Participanti – muži na terapeutkách nejvíce obdivují jejich citlivost, pečující přístup. Jeden klient popisuje, že ho fascinuje na jedné terapeutce její kondice, její fyzická síla a že by jednou chtěl být taky takový. Klientky na prvním místě uvádějí schopnost rozvahy a klidnou povahu u terapeutů. Čtyři participanti uvádějí, že nemají přímo vzor jednoho terapeuta, ale že se jim na každém líbí něco. Jeden klient popisuje, že má za vzor terapeuta, kdy by chtěl být jako on, a jako druhý vzor má terapeutku, kdy si představuje, že taková by povahově měla být jednou jeho partnerka. Často klienti uvádějí (osm), že nemají vzor v terapeutech, ale v klientech.

### Dělba práce

V komunitách je v rámci genderově senzitivního programu důležitá i dělba práce. Terapeuti udávají, že ženy mají často tendenci vykonávat hrubé mužské práce (štípání dříví atd.) a je nutné je usměrňovat. Z výpovědí klientek vyplývá, že mezi jejich oblíbené činnosti patří právě práce se dřevem a bílení, řadí sem také práci se zvířaty. Naopak mezi nejméně oblíbené činnosti patří vaření, uklízení a v neposlední řadě zátěžové programy, které většina žen považuje za zbytečné a jim nic nedávající. Pouze jedna klientka uvedla, že jí tento program připadal nejlepší z celého jejího dosavadního pobytu v komunitě. Neoblíbenost práce v kuchyni terapeuti vysvětlují tak, že je to nejnáročnější práce na psychiku, stresová situace. Klienti během pobytu v kuchyni mají největší chuť na drogu. Musí zvládnout v poměrně krátkém čase uvařit pro spoustu lidí tak, že by jídlo mělo být chutné. V případě, že není chutné, dostane se jim kritiky od celé komunity.

Oproti tomuto mužští participanti jako nejoblíbenější činnost udávali právě vaření, rádi by se po opuštění komunity stali kuchaři. Oblíbená je mezi muži i práce se zvířaty, naopak nemají rádi těžké fyzické práce. Mezi muži jsou všeobecně oblíbené zátěžové akce a různé sportovní aktivity.

### Soukromí

Participantky si často stěžují na nedostatek soukromí v komunitě, často se jedná o nedostatek soukromí týkající se hygienických a tedy intimních potřeb klientek (*„...nejvíce mi vadí, že musím chodit na společný záchod s terapeutama, je to pro mě jako...je to dámskej záchod ale vedle jsou chlapi...“; „...jako není to jednoduchý, člověk se de*

vysprchovat...sem nesvá...“). Dále si klientky stěžují na nedostatečnou toleranci, hlavně ze strany mužů v komunitě. Nemohou si jenom tak „někam zalízt“, protože se jich okamžitě někdo začne vyptávat, kam jdou a jestli se chtějí utápět ve svých pocitech, nikdy nemají čas ani prostor opravdu jenom pro sebe. Nedostatek místností a nadbytek lidí, tato situace je spojena s hlukem a klientky si stěžují, že druzí poslouchají hudbu nebo se dívají na televizi a mají ji moc nahlas. Celkově jsou klienti hluční i během vzájemné komunikace. Problémy, na které si participantky stěžovaly, byly zjevné také v našem pozorování. Na druhou stranu klienti, kteří byli aktuálně nemocní a pobývali na pokojích, si stěžovali na příliš velkou izolovanost od ostatních.

Participant – muži tyto problémy nepopisují. Naopak soukromí nepostrádají a uvádějí, že prostor sami pro sebe nepotřebují, ale kdyby jej chtěli, tak určitě není problém si o něj říct nebo si ho někde najít.

Terapeuti si jsou některých problémů vědomi, např. společné WC, hluk...Vše je způsobeno nedostatečným prostorem. Zatímco muži mají oddělení celé sami pro sebe, pokoje žen se většinou nacházejí nedaleko společenských prostor, tedy v centru dění. Vše je to otázkou finančních možností daných komunit.

Soukromí a důvěra úzce souvisí s vytvářením přátelství mezi klienty a jejich vzájemnými vztahy. V našem výzkumném souboru uvádí jako svoji blízkou osobu jiného klienta – muže, tři klientky a pět klientů. Muži spolu většinou sdílí společnou zálibu a volnočasovou aktivitu – sport, hudbu, společenské hry. Ženy naopak svého kamaráda popisují jako svou vrbu, důvěrníka, osobu, se kterou mohou sdílet nejnítěrnější pocity. Důvody, proč si ke sdílení pocitů vybraly právě muže, byly nejčastěji nedůvěra k ženám, jejich neupřímnost. Strach měly také z toho, že by žena mohla využít získané informace proti nim. Tento problém u mužů nehrozí. Ženu jako svoji blízkou osobu uvedly dvě participantky a čtyři participant. Pro ženu touto blízkou osobou byla nejčastěji jejich „starší sestra“, která je měla hlavně ze začátku provázet životem v komunitě. Muži uváděli, že kamarádku ženu si volí hlavně proto, neboť se u ní dočkají pochopení, vcítění. Často přiznávají, že během jejich života měli ve svém okolí více žen než mužů („...spíš sem jak holka, já mam sestru, tak vím víc o holkách o kosmetice a tak...“).

## Vztahy

Velkým problémem v koedukovaných komunitách jsou vztahy mezi klienty. Terapeuti odpovídají, že žena se během léčby alespoň jednou zamiluje, neboť je k tomu náchylnější. Je to také jedna z nejčastějších příčin odchodu žen. Navíc vznik vztahů a zamilovanost má velký vliv na terapii jednotlivých klientů. Šest participantů – mužů uvádí, že by o svých sympatiích k nějaké klientce nemluvili, protože by jim pak hrozilo vyhození z komunity, této situace se obávají. Dva probandi z Teen Challenge uvádějí, že až během pobytu v komunitě, kde jsou jen muži, si uvědomili, že během předchozích pokusů o léčbu nebyli nikdy upřímní. Snažili se zapůsobit na ženy v komunitě, aby se jim zalíbili („...nemluvil jsem opravdově, ale chtěl jsem říct něco, čím je oslním...“). Ve střediscích Teen Challenge jsou muži a ženy zvlášť, nesmějí spolu komunikovat, a přesto dochází k tomu, že vznikne vztah a zkomplikuje to léčbu všech zúčastněných. Střediska původně byla také koedukovaná, ale přinášelo to spoustu komplikací právě ve vztahové rovině, která odváděla klienty od řešení samotného problému, a proto se rozhodli následovat model z USA, kde jsou skupiny oddělené. Efektivita léčby je od té doby lepší, přesto program dokončí jen asi 15% klientů. Důvodem předčasného ukončení je často právě vztah. Sami klienti uvádějí, že strach z izolovanosti od druhého pohlaví nepociťovali, naopak to vnímali jako přínos, protože měli negativní předchozí zkušenosti, nebo absenci žen či mužů v léčbě vůbec neřešili, protože měli v té době jiné problémy a brali tento stav jako nutnou součást programu. Všeobecně pro klienty bylo mnohem nepříjemnější vzdát se možnosti kouřit, neboť kouření je v Teen Challenge striktně zakázáno.

Participantů z koedukovaných komunit přiznávají, že je pro ně nepříjemné, pokud se v komunitě řeší nějaký vztah. Nedokážou si představit, že oni sami by museli takto přede všemi mluvit o svých citech k druhým, pokud by je ostatní nějakým způsobem hodnotili. Jedna klientka uvádí, že to byla ona, kdo naposledy upozornil na vznikající vztah. Popisuje, že pro ni bylo velmi nepříjemné udávat někoho jiného, ale cítila to jako svoji povinnost. Další klientka udává, že je ráda, když se ve skupině řeší nějaký vztah, neboť pozornost ostatních je mimo ni a ona tím pádem nemusí řešit svoje vlastní problémy před ostatními.

Genderově senzitivní program je zastoupen v každé komunitě v různých obměnách. Záleží na přirozeném vývoji dané komunity a poptávce jejích klientů. Všechny formy

programů jsou jak ze stran klientů, tak terapeutů hodnoceny jako významné pro proces uzdravení a formování osobnosti během léčby. Nejdůležitější se ale jeví život v normálním prostředí, kde se ženy chovají jako ženy a muži jako muži. Tyto vzory poskytují terapeuti a snaží se dané chování požadovat též po svých klientech.

### **11.2.3. Analýza interpretace výzkumného cíle č. 3**

V posledním výzkumném cíli jsme se rozhodli zjistit, jestli stávající forma TK odpovídá poptávce klientely z pohledu genderových rozdílů a co by se dalo udělat proto, aby léčbu vyhledávalo více žen. Cíl reprezentuje otázka: „Dalo by se něco změnit, aby do komunit chodilo více žen?“

Z individuálních rozhovorů s terapeuty jasně vyplývá, že zájem o komunity ze strany žen je menší, než je zájem ze strany mužů. Pozorují navíc rozdíly mezi jednotlivými ročními obdobími, kdy více žen přichází v zimních měsících. Názor potvrzují i terapeuti PL, kteří tento trend pozorují i na svých odděleních. Jako důvod předpokládají potřebu žen starat se o své potomky, která v létě stoupá v souvislosti s letními prázdninami. Celkově zájem uživatelů drog o léčbu je v zimě vyšší, než je tomu v létě. Předpokladem nástupu v zimních měsících je potřeba najít si bydlení, místo, kde je teplo, člověk se může vyspat a najíst. Letní měsíce nejsou pro lidi bez zázemí tak rizikové, jako je nepřízeň počasí v zimě. Naproti tomu terapeuti z Teen Challenge zaznamenávají stálý zvýšený zájem žen o léčbu. Aktuálně měli v komunitě s kapacitou devíti lidí šest klientek. Očekávali nástup dalších a několik jich museli odmítnout. Jako přínosné by se jim jevílo zvýšení kapacity ženského střediska.

Terapeuti TK předpokládají, že počet žen v komunitách odpovídá drogové scéně, kde je také více mužů. Toto vyvrací participantka NKC6, která pozoruje, že terénní služby využívá zhruba stejné množství žen jako mužů, oproti tomu do nízkoprahového kontaktního centra podle ní přichází již více mužů než žen. Předpokládá, že je velký počet žen ve skryté populaci lidí závislých na drogách. Ženy pak raději využívají terénní programy typu harm reduction, než že by uvažovaly o léčbě jako takové. Participantka sděluje, že nevidí jako efektivní doporučovat těmto osobám léčbu a vytvářet jim tak problém, který tyto osoby samy necítí. Je podle ní vhodnější zaměřit se na témata pro danou skupinu aktuálnější. Podobně to popisují participanté z Teen Challenge, kteří praktikují terénní služby mezi prostitutkami. Zde podle nich nemá cenu přesvědčovat

o nutnosti léčby. Ženy jsou často závislé na svém pasákovi, a i kdyby chtěly, nemohou odejít. Osvědčilo se pravidlo, že k ženským klientkám přistupují vždy pracovníci ženského pohlaví, zvyšuje to důvěru a ochotu spolupracovat. Za změnu v životě uživatelék se účastníci z Teen Challenge intenzivně modlí a věří v jejich spásu.

Účastníci – terapeuti se shodli na tom, že pro závislou ženu je jednodušší přežít v drogovém prostředí. Nebývá totiž sama, je schopná si vždy najít partnera, který se o ni postará. Ze stejného důvodu nekoná tak často trestnou činnost jako muži, protože jí drogy poskytuje partner nebo je získává výměnou za sex, proto nemívá problémy v právní oblasti, které mužské uživatele často vedou do léčby. Neochota jít se léčit souvisí též s mateřskou rolí ženy, nechce přijít o děti a možnost léčby s dětmi není vždy dostupná. Terapeuti uvádějí, že zájem o léčbu ze strany matek s dětmi či těhotných žen je vysoká, není však možné jim vždy vyjít vstříc. Pokud je možno klientku přijmout, tak jedině v době trvání jejího těhotenství. Těhotnou ženu v léčbě považují terapeuti za velmi přínosnou pro celou skupinu, ženy si uvědomí vlastní ženskost, naučí se vztahovat k dětem, starat se o ně. I v mužích tento stav probouzí otcovské pudy a nový pohled na ženu. Těhotenství je podle terapeutů pro celou komunitu velkým obohacením.

Ženy do komunit přicházejí velmi často v hodně špatném stavu. Přesto program zvládají lépe než muži, jsou otevřenější a spolupracují, snadněji se podřizují programu. Účastníci - terapeuti se shodují na tom, že společné soužití žen a mužů v komunitě je velice přínosné, neboť odpovídá reálnému prostředí venku mimo TK. Jako funkční vnímají i menší množství žen než mužů (*„...když máme pět holek, tak nadělají větší paseku než patnáct kluků...jsou jiný...“*). Komunity se většímu počtu žen nebrání, avšak přiznávají, že by muselo dojít k nějakým změnám (ubytovací kapacita, personální zajištění atd.), které většinou souvisí s finančními možnostmi. Komunity jsou připravené na omezené množství žen, ale ani neočekávají z jejich strany zvýšený zájem o léčbu. Zájem by se pravděpodobně zvýšil v případě, pokud by komunity umožnily ve větší míře léčbu klientky těhotné či matky s dětmi. Absenci žen v léčbě ovšem terapeuti považují za neproduktivní. TK Fides se s tímto stavem setkala několikrát (*„...tak se přestanou holit (muži), mejt, chodí v teplákách, nemají motivaci se o sebe starat...“*), kdy muži nemají důvod proč se snažit. Přestávají být ve svých mužských rolích a chovají se k sobě nezvykle galantně. Celé to vyznívá značně nepřírozeň. TK Fides uvádí, že nedostatek žen je pravděpodobně způsoben tím, že mají pověst „drsoňů“, komunity s náročným programem.



Dva terapeuti uvádějí zkušenost s klientem, který přešel z nekoedukované léčby. Dokázal abstinovat, ale vrátil se do „normálního“ světa a měl problémy v oblasti vztahové a nezvládl to. Podruhé volil smíšenou formu léčby, kde má možnost vyzkoušet si mužsko-ženské vztahy a pracovat s přenosem v této rovině. Rizikem zůstává navazování partnerských vztahů, které sice narušují léčbu, ale na druhou stranu ji mohou zároveň obohatit.

Jako dysfunkční se jeví i malé množství žen v léčbě. Nevhodné jsou pouze dvě klientky, které pak mají potřebu utvářet koalici a uzavírat se před klienty mužského pohlaví. Toto narušuje léčbu, stejně jako počet tří klientek, kdy je vždy jedna jakoby navíc a vznikají konflikty ve skupině. Ideální počet klientek jsou čtyři a více.

Terapeuti přiznávají, že se v léčbě setkávají s pohlavní diskriminací, to ze strany jak mužů, tak i žen. Dle jejich názoru hodně závisí na tom, kdo zrovna je v komunitě z terapeutů, jestli muž nebo žena. Ideální by bylo, kdyby na směně byl vždy muž spolu se ženou. To ovšem z finančních důvodů není vždy možné (nedostatek personálu; hlavně ženský personál). S diskriminací pracují a berou ji jako důležitý materiál pro terapii. Upozorňují na to, že pohlavní diskriminace není tak častá a nebezpečná jako například diskriminace rasová i přesto, že do komunit chodí málo Romů. Možná je to způsobeno právě strachem z diskriminace. TK Fides se setkala také s osobou transsexuální a musela pracovat s touto problematikou, zabránit šikanování ze strany druhých a vyřešit věci zcela praktické. Častěji se terapeuti setkávají s diskriminací na základě pohlavní orientace. Homosexuálních lidí v léčbě přibývá. Jedna naše participantka se přiznala k bisexuální orientaci a popsala, že je pro ni těžké o tom v komunitě mluvit. Vnímá, že ostatní klientky se k ní chovají trochu jinak, než se chovají samy mezi sebou.

Mužští participanti z našeho výzkumu by si v komunitě přáli více žen. Subjektivně jim na počtu nezáleží, ale zastávají názor, že by to bylo lepší pro ženy v komunitě. Byl by slyšet jejich hlas, názor. Více by se podle žen řídilo rozhodování a ženy by nemusely mít pocit, že jsou v menšině a muži se proti nim mohou postavit („...kdyby tu bylo deset žen, tak by ta reflexe byla jiná, oponovaly by si a ten přínos by byl i větší pro nás...“). Během ohniskové skupiny se participanti shodli na tom, že více žen by zmírnilo sexuální napětí. Muži vnímají, že jediné dvě klientky, které se aktuálně v komunitě nacházejí, nadměrně zneužívají svojí ženskost, vyžadují od mužů hodně pozornosti, která by se rozptýlila mezi ostatní, kdyby počet mužů a žen byl vyrovnaný. Nerovnost mezi muži a ženami byla

zjevná. Během ohniskové skupiny se muži chovali k jediné přítomné ženě velmi nevybíravě a opakovaně na ni útočili. Ona sama nebyla schopna se bránit a bylo jí to zjevně nepříjemné. Přiznává, že se takto cítí často. Bylo nutné muže opakovaně mírnit a usměrňovat. Jeden klient uvádí, že mu ani tak nezáleží na ženách samotných, že by jich v léčbě uvítal víc, ale spíš mu vadí, že jsou často mnohem mladší a vnímá je jako „*nány pitomý*“, které ještě stále nemají jasno v motivaci k léčbě a ruší druhé motivované klienty. Participanti také uznávají, že mnohdy mají pocit, kvůli ženám řeší zbytečné problémy, včetně vztahů, kterých nejsou ženy schopny zdržet se.

Pět participantek naopak zdůrazňuje, že aktuální počet žen v komunitě je více než dostačující. Jsou si vědomy toho, nebo mají často předchozí zkušenost z psychiatrických léčen, že větší ženský kolektiv s sebou nese hodně problémů („...*já jsem po jedný holce i vyjela, že jí dam pěstí...*“). Většinou také lépe vycházejí s muži než ženami. I terapeuti přiznali, že více žen v komunitě by s sebou neslo více práce a možná nutnost většího personální zajištění. Jedna participantka přiznává, že by jí vyhovovala léčba, kde by bylo více holek než mužů. Muže vnímá jako ohrožující, agresivní, ale je si vědoma, že zpětné vazby od opačného pohlaví a společné soužití mužů a žen je důležité.

Šest participantů z terapeutických komunit v sekci A.N.O. uvádí, že je jim jedno, kolik je v programu mužů a kolik žen. Pro ně je důležité řešit vlastní problémy.

V Teen Challenge přiznávají, že jedním z jejich hlavních pravidel je, že se ženy ani muži nesmí mezi sebou vzájemně pomlouvat a vyvolávat konflikty. Terapeuti přiznávají, že k porušení tohoto pravidla dochází častěji v ženském středisku. Tomuto se snaží ve střediscích zabránit a jedním ze způsobů je zákaz sdílení minulosti mezi klienty. To vede k tomu, že si jsou všichni klienti rovni a nevznikají zbytečné konflikty

## 12. Diskuze

Metodologie použitá v našem výzkumu dostatečně posloužila k zodpovězení výzkumných otázek. Validitu získaných dat jsme se snažili zajistit triangulací metod a zdrojů dat, přesto se domníváme, že mohlo dojít ke vzniku nepřesností. Při výběru výzkumných metod jsme vycházeli ze zkušenosti v pilotní studii (Šmídová, 2011), kdy se nám osvědčily metody zúčastněného pozorování a polostrukturovaného interview. Jako třetí metoda byla zvolena zcela neplánovaně ohnisková skupina. Z důvodu časové tísně a velkého množství participantů jsme byli nuceni improvizovat a ohniskovou skupinu narychlo vytvořit již za pochodu. Nezkušenost a především nepřipravenost výzkumníka mohla v tomto případě způsobit mnohá zkreslení. Ovšem i přes tuto neplánovanou situaci se domníváme, že tato technika by mohla být v budoucnu přínosná a také nám poskytla mnohá použitelná data. Nedostatky se vyskytly též během zúčastněného pozorování, kde jsme si předsevzali, že budeme pozorovat interakce v komunitě během skupin a každodenních činností. Bohužel jsme neměli možnost v každé komunitě pobýt dostatek času, jak bylo v plánu. Pozorování bylo tedy v některých komunitách omezeno jen na rozhovory a ohniskové skupiny, v samotném výzkumu bylo pozorování použito jen jako jakési koření, které doplnilo pár výpovědí. Předpokládáme, že zdrojem zkreslení by mohla být i různorodá výtěžnost z polostrukturovaných interview. Výběr metod vnímáme jako pokus o vytvoření vhodných postupů pro další výzkum dané problematiky. Zmiňujeme, že jsme chtěli zajistit validitu triangulací zdrojů dat. Data jsme tedy získávali od klientů a terapeutů terapeutických komunit. Jako třetí zdroj nám měly posloužit statistické údaje jednotlivých komunit. Bohužel ty jsme neměli často k dispozici, a tak nám musely postačit výroční zprávy komunit, které ale nejsou vždy k mání a neobsahují homogenní statistická data.

Ačkoliv jsme po zkušenosti z pilotní studie vytvořili průvodní motivační dopis, ve kterém jsme informovali o přesném znění našeho výzkumu, dostalo se nám mnohého odmítnutí ze stran komunit. O výzkum v komunitách má zájem mnoho studentů a samy komunity s nimi nemají nejlepší zkušenosti. Především se tato zkušenost týká osobního zapojení výzkumníků a návratnosti dat. V některých komunitách je nutné pobýt celý týden na stáži, během níž je možné výzkum provádět. Někdy je čekací doba rok i dva, protože zájem o stáže je poměrně vysoký. Z výše uvedených důvodů jsme nevytvořili výzkumný soubor tak velký, jak jsme si představovali. Tvořili jej pouze terapeuti a klienti tří

terapeutických komunit. Pro obohacení dat jsme tedy zvolili další výzkumné soubory tvořené zaměstnanci adiktologických služeb a klienty PL oddělení. Vzhledem ke zkušenostem z pilotní studie jsme do výzkumných souborů zahrnuli též muže. Náš výzkumný vzorek byl tak tvořen především muž. Ačkoliv poměr žen a mužů odpovídal poměru v léčbě závislostí, jak uvádí literatura (Kalina, 2008a), bylo by pravděpodobně vhodnější, kdyby ženy byly více zastoupeny. Stejně tak nebyla velmi často využita data získaná od ex – userů z Teen Challenge, protože se nám na většinu otázek dostaly odpovědi typu: „Modlíme se za to“.

Tématem diplomové práce bylo zjistit připravenost terapeutických komunit na genderová specifika svých klientů. Na základě rešerše literatury jsme si vytvořili tři cíle a z nich vyplývajících pět výzkumných otázek popsaných v kapitole šest. Výsledky jsou zmapovány v kapitole analýza a interpretace dat (11) a shrnuty v kapitole závěry (13). V tomto oddíle si připomeneme jen některá zjištění a porovnáme je s výzkumy a teoretickými východisky popsanými v první části této práce.

V prvním cíli jsme se zabývali zmapováním významných aspektů v životě osob závislých na drogách, které je vedly do léčby. Již v naší pilotní studii nám vyšlo, že významnou roli v rozhodování žen hraje především rodina, a to jak primární tak sekundární. Vliv těhotenství a mateřství popisuje například Preslová (2009), avšak vliv rodiny primární není popsán, přesto hraje důležitou roli v motivaci k prvnímu užití či k léčbě. Z našeho výzkumu vyplynulo, že významnější roli má u mužských uživatelů, ti často bydlí se svojí rodinou, jsou fixovaní na matku. Drogy začali užívat z důvodů vysokého nátlaků rodičů na jejich výkon a s tím spojeným vznikem pocitů méněcennosti. Více mužů také přiznává, že se již dříve léčili pouze na přání rodičů. Fixaci na rodinu a problémy spojené s nevyřešenými vývojovými úkoly adolescence popisuje Kalina (2008a) u mladší generace mužů. V našem případě se ale jednalo také o muže starší třiceti let. Může se jednat o spojitost s narůstajícím trendem dnešní doby, kdy dospělí, týká se to především mužů, využívají tzv. „mama hotel“. Většinou z pohodlnosti se nemohou zbavit závislosti na svých rodičích a s tímto problémem se následovně potýkají v léčbě hlavně během mužských skupin, což vyplývá z výpovědí klientů.

Kostková (2009), Kalina (2008a) nebo Vobořil (2003) uvádějí, že mezi specifické aspekty zneužívání drog u žen patří psychiatrická komorbidita. Ženy mívají depresivní prožitky, jsou emočně nestabilní, inklinují k sebepoškozování, trpí úzkostmi, či poruchami

příjmu potravy. V našem výzkumu se tato teorie nepotvrdila, naopak na psychické problémy si stěžovali především muži. Jako důvody prvního užití drogy uvádějí depresivní prožívání, suicidální tendence, a psychické problémy pro ně byly také častým motivem k léčbě. Samy komunity přiznávají, že na osoby s psychickými problémy nejsou dostatečně připraveny. Toto zjištění může korespondovat s názory Osera et al. (2004), který uvádí, že ženy od vstupu do komunit odrazuje právě problematika psychiatrické komorbidity, kdy je program v komunitě tak náročný, že by jej s psychickými problémy nezvládly. Je pro ně vhodnější pobyt v komunitě, kde se intenzivně s těmito komplikacemi pracuje. Tedy komunity pro klienty s duálními diagnózami. Otázkou zůstává, zda-li TK Sejrek, která tyto programy nabízí, pociťuje zvýšený zájem o léčbu se strany žen.

Oser et al. (2004) ve svém výzkumu popisuje, že pro ženy jsou v léčbě důležité tři následující faktory: možnost pobytu se svým dítětem, možnost zachovat si sociální kontakty, přítomnost programu pro práci s psychickými problémy a v neposlední řadě návaznost následné péče. Z našeho výzkumu jasně vyplývá, že zatímco muži mají jasnou představu o tom, kam se chtějí jít léčit a co budou po ukončení léčby dělat, ženám je častěji jedno, kde se budou léčit. Muži volí tedy program a danou komunitu na základě několika kritérií (finance, následná péče, zaměření programu komunit atd.), ženy naopak dají na doporučení druhých. Jediným důležitým kritériem pro ženy byla buď možnost kontaktu s rodinou (hlavně se svými dětmi), nebo rodinná terapie. Do budoucna většinou nemají žádné plány a nedovedou si představit svůj život bez partnera, který se o ně do té doby staral a udával jim směr. Zaměstnanci oddělení léčby závislostí upozorňují, že toto je důležitý okamžik, kdy žena opouští léčbu, ačkoliv je motivovaná pro abstinenci a řešení svých problémů. Její nedostatečná představa o léčbě a následném životě spojená s pocity samoty a delší pobyt mezi často nemotivovanými klienty v PL ji vede k předčasnému opuštění léčby ještě předtím, než se dostala do komunity. Je zřejmé, že je opravdu důležité pracovat na motivaci klientek a na jejich udržení v léčbě. Kritiky se dostává komunitám, že jsou organismem, který je opředen mnohými tajemstvími a „nevychází mnoho mezi lid“. Představy klientů PL ale i samotných terapeutů jsou pak zkreslené a často nedostačující.

Ve výzkumu jsme se zabývali zjišťováním fungování genderově senzitivních programů v komunitách a spokojenost klientů a terapeutů s těmito programy. Obecně se dá říci, že v komunitách, kde dobře fungují genderové skupiny pro muže i ženy, je vysoká spokojenost s nabízenými službami. Důležitou roli hrají genderové skupiny hlavně u žen, které přiznávají, že ze začátku pobytu se bály mluvit přede všemi a odhalovat sami sebe.

Bojí se konfliktů, že na ně někdo bude agresivní, mají strach především z mužů. Tato zjištění odpovídají výzkumu Eliasona (2006), který popisuje, že ženy jsou zvyklé komunikovat nepřímo, nezraňujícím způsobem, zatímco komunity jsou nastaveny jako hodně konfrontující typ léčby. Během ženských skupin jsou tak chráněné před agresivními projevy druhých.

Jako důležité jsou vnímány též pozitivní vzory v podání terapeutů. Kritika se dostává nedostatku genderově vyváženého personálu, který je způsoben malým množstvím mužských terapeutů v námi navštívených komunitách. Vznikají tak problémy s autoritou, pociťované hlavně ze strany mužů. Personální zajištění, jako mnoho dalších nedostatků v komunitách, souvisí s finančními prostředky a vůbec celkově s nedostatkem mužů v pomáhajících profesích.

Vyšší efektivitu v léčbě žen a větší zájem o léčbu ze strany žen pociťuje ženské středisko Teen Challenge. Mohlo by se zdát, že tedy vytvoření programů čistě pro ženy, jak to ve svém výzkumu popisuje Dahlgren, & Willander (1989, in Kaskatus, Zhang, French & Witbrodt, 2004), je mnohem efektivnější. My bychom se k tomuto tvrzení úplně nepřikláněli. Komunity Teen Challenge fungují na úplně jiných principech, než fungují jiné koedukované komunity. Zjednodušeně by se dalo říci, že závislost na droze zde klienti vymění za závislost na Bohu. Koedukované komunity si naopak dávají za cíl zbavit klienta závislosti na čemkoliv a dát mu tak svobodu. Zda je čistě ženské zařízení vhodnější, by mohlo být námětem pro další výzkum, který by do svého výzkumného souboru zařadil též terapeutickou komunitu Karlov určenou pro matky s dětmi. Ovšem i zde ve své výroční zprávě (2009) popisují stav, kdy byl v komunitě jeden muž – otec a bylo to velice přínosné pro celý program a všechny zúčastněné. TK Fides také popisuje absenci žen v léčbě a čistě mužský program jako nepřírozený a dysfunkční. Ideálně se tak jeví počet žen v léčbě odpovídající jedné třetině všech klientů.

Koedukované komunity s sebou nesou vysoké riziko vzniku vztahů. Klienti s tímto mají mnohé zkušenosti ze svých předchozích pokusů o léčbu. Mezi klienty panuje strach, že vznik vztahu se pro ně rovná vyloučení z komunity. Muži častěji přiznávají, že by o vztahu raději nemluvili. Klientky se zase bojí, že v komunitě nevydrží být samy za sebe, protože byly vždy zvyklé s někým být, samota je děsivá a neví si s ní rady. De Wilde a Trulsson (2006) upozorňují na to, že právě pro ženy je velice nepříjemné veřejné řešení vztahů a jejich trestání, doporučují spíše o vztahu mluvit. Terapeuti uvádějí, že vznik

vztahu neznamená automaticky vyloučení a ukončení léčby. Upozorňují, že se o vztazích mluví, aktivně se řeší. Naopak jej považují za normální důsledek společného soužití mužů a žen a vnímají jej jako přínosný terapeutický materiál. Přesto právě vztah je největším „strašákem“ mezi klienty a to i mezi těmi, kteří do komunity ještě ani nenastoupili. Vhodná by byla lepší informovanost klientů o komunitách již před vstupem do těchto zařízení. Uzavřenost komunit jsme ale diskutovali již v předchozích odstavcích.

Zvýšený zájem ze strany žen vnímají terapeuti u žen těhotných nebo u žen s dětmi. Pro tuto klientelu ale nejsou komunity přizpůsobeny i přesto, že těhotenství ženy v léčbě je vnímáno jako velice pozitivní a přínosné. Z našeho výzkumu vyplývá, že je stále nedostatek služeb, které by poskytovaly pomoc matkám s dětmi. Na tento problém upozorňovala již Preslová (2009) či Nepustil et al. (2012). Bylo by tedy naším neskromným přáním zpřístupnit komunity právě této klientele, avšak jsme si vědomi finančních problémů, se kterými se jednotlivá zařízení potýkají.

Je zřejmé, že naše výzkumná studie má mnoho nedostatků, přesto si myslíme, že by mohla být dobrým odrazovým můstkem pro další výzkumy této v Čechách téměř neprobádané oblasti. Po provedení výzkumu se nám jeví jako mnohem efektivnější menší záběr zkoumaného problému a naopak rozšíření výzkumného souboru, především o další participanty z komunit. Během výzkumu jsme narazili i na další témata snad ještě více opomíjená, než je námi zvolená problematika. Patří sem například homosexualita a transexualita v komunitách. Témata, která jsou pro komunity aktuální, přesto odbornou literaturou, natož výzkumníky naprosto opomíjená.

### 13. Závěry

Na základě analýzy získaných dat jsme dospěli k několika závěrům. V praktické části jsme vymezili tři hlavní výzkumné cíle. První se zabýval zjištěním faktorů, které mají vliv na klientovo rozhodnutí jít se léčit do terapeutické komunity a zda mezi těmito faktory existují nějaká genderová specifika. Struktura faktorů ovlivňujících volbu léčby všeobecně je následující: pád na dno (78%), rodina (39%), psychické problémy (28%), somatické problémy (22%), vliv partnera (17%), touha v životě ještě něco dokázat (17%). Nejčastěji jmenovaná kategorie „byl/a jsem na dně“ se prolíná se všemi následujícími odpověďmi. Zahrnuje především socioekonomické problémy (ztráta zázemí, hrozba trestního postihu, neschopnost interakce, komunikace, prostituce u žen atd.), ale též problémy psychické a somatické. Psychické problémy se v našem vzorku objevují pouze u mužů, jde zejména o onemocnění způsobená užíváním drogy (toxická psychóza), ale také o problémy prvotního užití návykové látky (depresivní prožívání, suicidální myšlenky, schizoafektivní porucha). Oproti tomu ženy více trpí somatickými onemocněními (oslabená imunita, poškození cévního a nervového systému), obzvláště negativně vnímají „ztrátu krásy“. Jako významný faktor se potvrdil vliv rodiny. Rodina jako jeden z nejvýznamnějších činitelů v drogové kariéře našich participantů má nezanedbatelný vliv jak na samotné první užití, tak na motivaci k léčbě. U mužů se častěji jedná o vliv rodiny primární, která je podporuje a pomáhá jim v uzdravení. Pro ženy je důležitější rodina sekundární – jejich děti, o které přišly a jejichž ztráta je motivuje k nápravě vlastních problémů způsobených dlouholetým užíváním drog. Pro ženy je důležitý hlavně partner, který je většinou provází po celou dobu jejich závislosti a jeho ztráta je vedla k léčbě. Ve výpovědích všech klientů se vyskytuje touha po lepším životě, avšak pouze tři participantů ji uvedli jako jeden z motivů k léčbě. Terapeutickou komunitu participantů obecně volili, protože je to léčba dlouhodobá a poskytne jim dostatek času na nápravu všech poškozených oblastí v jejich životě. Většina participantů měla předchozí negativní zkušenosti s jinou krátkodobější léčbou. Důvodem pro volbu konkrétní komunity byl nejčastěji předpoklad, že je nejlepší ze všech, byla jim doporučena v PL anebo byl v komunitě dříve někdo známý, kdo subjektivně vnímal zlepšení po absolvování programu. Důležitá kritéria pro volbu komunity jsou finanční náročnost léčby, dostatek psychoterapie, někdy též málo pracovní terapie, rodinná terapie, lokalita komunity. Jeden klient vypovídá, že pro něj je významným kritériem absence žen v léčbě. Zatímco muži měli většinou jasnou představu o svojí léčbě, ženy daly spíše na doporučení druhých, kteří podle nich vědí, co je pro ně nejlepší.



V rámci tohoto cíle jsme také zjišťovali kritické momenty v léčbě, které většinou vedou k předčasnému opuštění komunity. Ze zkušeností participantů s předchozí léčbou bylo důvodem jejich odchodu navázání vztahu v léčbě, porušení abstinence, nedobrovolná léčba (nedostatečná motivace), pocit dostatečného zvládnutí problému a u žen tím důvodem byl nejčastěji přítel. Všeobecně klienti odcházejí především v prvních třech měsících léčby, kdy je pro ně zvyknutí si na nové prostředí, režim a nutná abstinence příliš náročné. Riziko relapsu a opuštění léčby se pak zvyšuje cca po pátém měsíci, během prvních výjezdů domů a vycházek mimo komunitu. Předčasné ukončení léčby se vyskytuje stejně u žen jako u mužů, u žen je pouze častěji spojeno s porušením kardinálního pravidla – navázáním vztahu v komunitě, či s přítelem mimo léčbu. Během aktuální léčby mají klienti největší strach ze vztahu, ženy dále častěji uvádějí, že se obávají samoty. Nejvíce se participanté bojí rizik spojených s interakcí s druhými členy komunity. Zatímco ženy samy sebe vnímají jako nekonfliktní a obávají se spíše útoku ze strany druhých, muži jsou si vědomi svého agresivního chování a vyhledávání konfliktů.

V druhém výzkumném cíli jsme se zabývali zjištěním, jakým způsobem v jednotlivých komunitách probíhá genderově senzitivní program a jaká je pocíťovaná spokojenost klientů a terapeutů s tímto programem. Všechny námi navštívené komunity v odborné sekci A.N.O. poskytují tzv. genderově vstřícné programy v koedukovaných komunitách, které zajišťují genderové skupiny, fyzické a psychické bezpečí, ženský personál. Existují rozdíly mezi jednotlivými komunitami. Teen Challenge nabízí léčbu čistě pro ženy nebo muže pouze s ženským nebo mužským personálem. Všechny komunity vznik těchto programů vnímají jako přirozený vývoj odpovídající narůstajícímu počtu žen v léčbě, většinou ale odmítají exkluzivitu pouze pro ženy a poskytují stejná specifika též mužům. Existenci genderově senzitivních programů komunity vnímají jako velice přínosnou. Tradice ženských a mužských skupin je v TK Fides, kde je jak klienti, tak terapeuti hodnotí jako velice významné především v prvních fázích léčby, kdy se klienti musí naučit mluvit o svých pocitech a prožívání před skupinou. Ženy zde mají prostor pro řešení svých traumat způsobených právě muži a muži často využívají prostor pro řešení svých problémů s nízkým sebevědomím, související s manifestovanou agresivitou a drsností. TK Advaita mužské skupiny poskytuje teprve krátce a ze strany klientů nejsou hodnoceny tak pozitivně, protože vznikly na úkor volného času. V TK Fénix mužské skupiny nefungují vůbec a kriticky to vnímají jak sami muži, tak i ženy. Genderově vyvážené personální zabezpečení je v jednotlivých komunitách komplikované, v dnešní

době převažuje hlavně ženský personál. Někteří mužští participanti uvádějí, že mají v tomto případě problémy s autoritou, na druhou stranu oceňují citlivý mateřský přístup, který jim takovéto složení komunity poskytuje. Terapeuti fungují jako mužské a ženské vzory a sami to považují za největší přínos pro formování osobnosti během programu. Klientky si často stěžují na nedostatek soukromí, které je narušováno především muži. Komunity samy jsou si tohoto problému vědomy, hlavním důvodem je nedostatek finančních prostředků, přesto je ženám zabezpečeno psychické a fyzické bezpečí. Velkým problémem v koedukovaných komunitách jsou vztahy. Riziko porušení kardinálního pravidla a následovné vyloučení z komunity vede klienty k tomu, aby o svých vzájemných sympatiích pomlčeli. Vzniklé vztahy přinášejí do komunitního prostoru nepříjemné pocity a napětí mezi jednotlivými členy. Přesto právě řešení vztahů je nedílnou součástí skupinové dynamiky a významným psychoterapeutickým materiálem.

V posledním výzkumném cíli jsme se zaměřili na zjištění, jestli stávající forma komunit odpovídá poptávce z hlediska genderových rozdílů. Komunity zaznamenávají zájem ze strany žen nižší než ze strany mužů. Oproti tomu Teen Challenge udává, že se zájem neustále zvyšuje a že musí někdy klientky odmítat. Jiné komunity se setkávají často s žádostmi o léčbu těhotných klientek nebo matek s dětmi. Na tyto klienty bohužel nejsou připravené a musejí je odmítat. S těhotnými klientkami se někdy rozhodnou pracovat a očekávané mateřství vnímají jako velký přínos pro celou skupinu, ale také jako nutnost přijmout některá nová opatření. Nedostatek žen je vysvětlován menším množstvím žen uživatelék drog. To ovšem vyvrací terénní pracovnice poskytující harm reduction služby, která uvádí, že v terénu potkává jen o něco méně žen než mužů. Ženy se často vyskytují ve skryté populaci uživatelů, přežívají se svým partnerem, který se o ně postará, a mají celkově lepší životní úroveň. Nedostatek žen v komunitě jak klienti, tak terapeuti vnímají jako dysfunkční. Ideální se jeví, když ženy tvoří zhruba třetinu veškeré klientely.

## SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na klienty terapeutických komunit pro drogově závislé z pohledu genderové rozdílnosti, zabývá se především problematikou připravenosti těchto zařízení na ženskou klientelu. Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisujeme teoretická východiska a výzkumy na stejné či podobné téma, ze kterých jsme vycházeli při formování našeho výzkumného designu.

V první kapitole se zabýváme popisem genderových specifik u uživatelů drog. Seznamujeme se s významnými faktory, které mají vliv na ženy a muže během jejich drogové kariéry. Jako speciální kapitola jsou zařazena i specifika týkající se lesbických žen, gayů, bisexuálů a transgenderu. Důvodem zařazení této kapitoly bylo naše osobní setkání s touto problematikou během výzkumu.

V další kapitole se seznamujeme s léčbou závislostí. Na základě dostupné literatury (Kalina, 2008a, Vobořil, 2003) a provedených výzkumů v této oblasti popisujeme, jak by měla vypadat účinná léčba. Informujeme o aktuální situaci v prevalenci drog u nás, přibližujeme, jaké jsou rozdíly v užívání nealkoholových drog mezi muži a ženami. Součástí kapitoly je popis možností léčby v ČR a jejich využívání z hlediska genderových rozdílů. Část této kapitoly je věnována popisu specifik v léčbě závislostí žen a tomu, jak by měly vypadat genderově vstřícné programy.

Třetí kapitola se zabývá terapeutickými komunitami. Jejich vznikem, vývojem a popisem specifik komunit určených pro drogově závislé. Stručně informujeme o historii terapeutických komunit v České republice a o jejich aktuálním stavu a zařazení do systému služeb.

Čtvrtá kapitola se věnuje postavení žen v terapeutických komunitách. Popisujeme, jakým způsobem by měl být poskytován genderově senzitivní program, aby se ženy v komunitě cítily bezpečně a léčba pro ně byla efektivní. Informujeme o aktuální situaci a počtech ženské klientely v terapeutických komunitách v ČR. Poznatky jsou dále dokresleny studiemi zabývajícími se genderovou citlivostí v léčebných programech TK.

Po teoretické části je již zařazena výzkumná část práce, kde jsme zvolili pro zkoumání námi sledovaného jevu použití kvalitativních metod, konkrétně evaluaci procesu. Stanovili jsme si tři cíle reprezentované pěti otázkami. Pro získání dat jsme zvolili metodu polostrukturovaného interview, ohniskovou skupinu a pozorování. Tři metody byly

zvoleny pro zvýšení validity výzkumu. K zabránění zkreslení výsledných dat měla přispět též volba vícenásobných zdrojů dat. V našem případě je tvořili klienti a terapeuti terapeutických komunit, zaměstnanci PL, streetworker, ex – useři ze středisek Teen Challenge a klienti oddělení závislosti Harmonie z psychiatrické léčebny v Bílé Vodě.

Výzkumný soubor jsme získali metodami záměrného výběru přes instituce a příležitostného výběru. Výzkumný soubor tvořilo 25 klientů (z toho 6 žen) a 5 terapeutů (z toho 4 ženy) terapeutických komunit, 6 zaměstnankyň v adiktologických službách, 4 klienti z oddělení léčby závislosti (z toho 3 ženy) a 7 ex – userů z Teen Challenge (z toho 3 ženy).

Získané informace z rozhovorů jsme podrobili ruční analýze. Vytvořili jsme kategorie, do kterých jsme rozřídili jednotlivé výroky, a na jejich základě jsme následně provedli interpretaci získaných dat.

V prvním cíli jsme chtěli zjistit motivy klientů pro volbu léčby a pro volbu konkrétní komunity. Zjišťovali jsme také kritické momenty v léčbě, důvody k odchodu, situace relapsu a následné možnosti návratu do léčby. Nejčastěji uváděným motivem byla debaklová situace klientů, jednalo se o socioekonomické problémy, poškozené fyzické zdraví a narušenou psychiku. V našem případě se problémy s psychiatrickými onemocněními objevovaly především u mužů, naopak ženy postihují spíše fyzické problémy, které nepřipisují užívání drog, ale spíše věku a nevhodnému životnímu stylu. U participantek zásadní motiv pro odchod do léčby byla sekundární rodina, odebrané děti z péče. U žen je velmi důležitý partner při rozhodnutí jít se léčit. Rodina u mužů hraje spíše podpůrnou roli nebo příčinu nedobrovolné léčby. Konkrétní komunitu klienti volili nejčastěji proto, že je dlouhodobá a nejlepší. Ženy častěji uvádějí, že jim bylo jedno, kam se půjdou léčit. Daly na doporučení zaměstnanců PL nebo svých známých. Muži častěji zvažují finanční náročnost léčby a lokalitu komunity a tím spojené možnosti pobytu po léčbě. Klienti obecně volí komunity, kde je více psychoterapie a méně pracovní terapie, kterou považují za zbytečnou.

Klienti nečastěji odchází z léčby během prvních tří měsíců a pak během prvních výjezdů z komunity. Zatímco muži odcházejí hlavně z důvodů prožitku krize a pocitu stresu, tak ženy opouštějí léčbu především z citových důvodů (vztahy v komunitě, přítel mimo komunitu...).

Ve druhém výzkumném cíli jsme se zabývali genderově senzitivními programy, které komunity poskytují. Všechny komunity v našem výběrovém souboru poskytují v různých obměnách tento program, většinou jsou to genderové skupiny, ženský personál, psychické a fyzické bezpečí pro ženy nebo dělba práce. Velký důraz je kladen na poskytování pozitivních vzorů ženy a muže v podání terapeutů a existence těchto specifík je ze strany klientů i terapeutů hodnocena velmi pozitivně. Přínos genderových skupin je viděn hlavně v začátcích léčby, kdy dochází k odbourávání ostychu a řešení traumat způsobených nejčastěji muži na ženách. Absence mužské skupiny v jedné komunitě je vnímána velmi negativně i ze strany žen. V komunitách pracuje více žen a někteří klienti, převážně muži, pak mají problémy s autoritou. Ideální by bylo zastoupení obojího pohlaví u terapeutů na všech směrech, což není z finančních důvodů možné. Ženy si častěji stěžují na nedostatek soukromí a přílišnou netoleranci vůči jejich potřebám ze strany druhých, především ze strany mužů. Ti sami uvádějí, že potřebu soukromí nemají. Rizikem koedukovaných komunit je vytváření vztahů, které se právě ženám stávají více osudné a musí kvůli jejich vzniku opustit léčbu.

V posledním cíli jsme zjišťovali, jestli stávající forma komunit odpovídá poptávce z hlediska genderových rozdílů. Žen do léčby přichází méně z různých důvodů. Ženy se tak často nedostávají do kritické situace, žijí s přítelem, který se o ně stará a ne/vědomě je drží v závislosti. Mají rodinu, kterou musí zabezpečit a bojí se odebrání dětí z péče, ženy se také častěji nacházejí ve skryté populaci uživatelů. Nedostatek žen v léčbě je dysfunkční. Ve spojitosti s tímto stavem je jmenován výskyt pohlavní diskriminace, sexuálního napětí, vytváření koalic a větší riziko vzniku vztahů. Ideální se jeví počet kolem pěti klientek, což ve většině komunit odpovídá 1/3 všech klientů. Větší zájem o léčbu je u těhotných žen a u matek s dětmi, pro které ovšem komunity nejsou vhodné a nejsou na ně připravené, přesto právě těhotenství nebo mateřství ženy je z pohledu terapeutů považováno za velmi přínosné pro všechny členy komunity.

Přínos naší práce vnímáme především v tom, že i přes existenci výzkumů této problematiky především v USA, ale také malého množství v Evropě, je toto téma u nás v podstatě neprozkoumané. Bylo by tedy možné tuto práci považovat za jakési prvotní zaměření se na tuto oblast a mohla by motivovat další výzkumné projekty. Lidí závislých na nealkoholových drogách neustále přibývá a to se týká také žen. Je proto vhodné jim poskytnout optimální možnosti léčby a těmi by mohly být právě komunity, které se jeví jako velmi funkční především z hlediska jejich dlouhodobé intenzivní terapie

## POUŽITÉ ZDROJE A LITERATURA

- Anderson, T. L. (2001). Drug Use and Gender. In C. D. Bryant (Ed.), *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior: Historical, conceptual, and theoretical issues* (286-289). New York: Brunner - Routledge.
- Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup* (14-17). Praha: NMS- Úřad vlády ČR.
- Broekaert, E. (2006). What Future for Therapeutic Community in the Field of Addiction? A View from Europe. *Addiction*, 101, 1677-1678.
- Broža, J. (2007). Složení terapeutického týmu. In P. Nevšímal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*.
- De Wilde, J., Broekaert, E., Segraeus, V., & Rossee, L. Y. (2006). Is the „Community as Method“ Approach Gender Sensitive? Client and Treatment Characteristics in European Therapeutic Communities. Results of the BIOMED II. (IPTRP) Project. *International Journal of Social Welfare*, 15, 150-161.
- De Wilde, J., & Trulsson, K. (2006) Woman in European Therapeutic Communities: Conclusions of the BIOMED Project. *Therapeutic Communities*, 27 (1), 125- 149.
- Drážďáková, L. (2009-2010). Charakteristika uživatelů. In L. Drážďáková, A. Hošková, I. Peterková & L. Staniczková (Eds.) *Analýza nadužívání benzodiazepinů v ČR (44-47)*. Praha: Evropský sociální fond. Získáno 29. srpna 2013 z [http://www.verejna-politika.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=80&Itemid=91](http://www.verejna-politika.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=91)
- Eliason, M. (2006). Are Therapeutic Communities for Woman? *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1:3, 1-7.
- Frišaufová, M. (2006). *Životní situace ženy uživatelky drog*. (Bakalářská práce). Masarykova univerzita Brno.
- Frouzová, M. (1996). Ženy a drogy. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 5, 269-275.
- Gender problematika (nedat.). Získáno 27. 10. 2013 z [kdf.mff.cuni.cz/~kekule/ZS06/prezentace-gender.ppt](http://kdf.mff.cuni.cz/~kekule/ZS06/prezentace-gender.ppt)

- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: NMS/ Úřad vlády.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and one – year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.
- Grella, C., Hser, Y., Joshi, V., Anglin, D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 151-166.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Heller, J., & Pecinovská, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- Heller, J., & Pecinovská, O. (2007). Léčba závislostí u žen. *Referátový výběr z psychiatrie, Speciál II*,(6) 56-58.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Genzberg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. London: Chapel Hill.
- Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K., a kol. (2008a). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2008b). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2011). Terapeutická komunita a filozofie změny. In M. Sadílková (Ed.), *20 let terapeutické komunity pro závislé v ČR*. Praha: Sananim.
- Kaskatus, L. A., Zhang, L., French, M. T., , Witbrodt, J. (2004). Women's Programs Versus Mixed – Gender Day Treatment Results from a Randomized Study. *Addiction*, 100, 60-69.

- Kotková, V. (2009). Ženy na detoxu. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy* (55-61). Praha: Sananim.
- Koblížková, R. (2009). Ženy v nízkoprahovém zařízení. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy* (15-19). Praha: Sananim.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kuda, A. (2007). Vzájemná spolupráce TK. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna O.P.S.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K Kalina, et al. (Ed.) *Drogy a drogové závislosti I- mezioborový přístup*. Praha: NMS/ Úřad vlády.
- Lukešová, J. (2009). Drogově závislé matky, jejich charakteristika a jejich děti. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy* (15-19). Praha: Sananim.
- Martens, J (2004) Gender approach in the work with female residents in our standard Therapeutic communities for drug addicts. In L. E. Salas (Ed), *Desafíos y avances en la prevención el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre, p. 128-133.
- McCusker, J., Bigelow, C., Vickers-Lahi, M., Spotts, D., Garfield, F., & Frost, R. (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. *Addiction*, 92, 1467-1478.
- Messina, N., Wish, E., & Nemes, S. (2000). Predictors of Treatment Outcomes in Men and Woman Admitted to a Therapeutic Community. *America Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (2), 207 – 227.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (ICD – 10 online) – Czech (1. ledna 2013). Získáno 27. 10. 2013 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Miller, M., Eskild, A., Mella, I., Moi, H. & Magnus, P. (2001). Gender differences in syringe exchange program use in Oslo, Norway. *Addiction*, 96, 1639-1651.
- Minařík, J., & Nečas, V. (2010). Drogová scéna V ČR. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 18-21.



- Miovský, M. (2003). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup* (14-17). Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Morash, M., Haarr, R. N., & Rucker, L. (1994). A comparison of programming for woman and men in U. S. prison in 1980s. *Crime and Delinquency*, 40, 197-221.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., ... Jurystová, L. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: NMS/ Úřad vlády
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., ... Jurystová, L. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: NMS/ Úřad vlády.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Jurystová, L. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: NMS/ Úřad vlády.
- Nechanská, B., & Mravčík, V. (2013). Zneužívání psychoaktivních látek v České republice. *Zaostřeno na drogy*, 11 (1), 1 – 16.
- Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., & Bártová, A. (2012). *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: NMS/ Úřad vlády.
- Nešpor, K. (nedat.). *Moderní léčba návykových nemocí*. Získáno 20. září 2013 z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Nešpor, K., & Müllerová, M. (1997). *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. Praha: Sportpropag. a. s.
- Nevšímal, P. (2004). Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In *Terapeutická komunity pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Magdaléna O.P.S.
- Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D., & Montanari, L. (2010). *Hlasy žen*. Praha: Centrum adiktologie a Sdružení SCAN.
- Oser, C. B., Link, T. C., Johson, A. J., & Roman, P. M. (2004). Woman in Substance Abuse Treatment: A Comparison of the Organizational Predictors in Therapeutic Communities, Public Treatment Center and Treatment Centers. Získáno 30. srpna 2013 z [http://citation.allacademic.com/meta/p\\_mla\\_apa\\_research\\_citation/1/0/9/9/8/pages109982/p109982-1.php](http://citation.allacademic.com/meta/p_mla_apa_research_citation/1/0/9/9/8/pages109982/p109982-1.php)
- Pederson, M., U. (2007). Woman in Residential Drug- free Treatment: How to Use a Bottom- up Strategy and a Prediction of Completion Instrument to Prevent Early Dropout. *Therapeutic communities*, 28 (1) 45- 58.
- Peterson, K., Swindle, R., Phibbs, C., Recine, B., Moos, R., & Moos, R. (1994). Determinants of readmission following inpatient substance abuse treatment. *Medical Care*, 32, 535-550.
- Porubský, P. (2011). Drogy a noční gay život v Praze aneb zkušenosti z práce terénního pracovníka České společnosti AIDS pomoc. In I. Preslová, & O. Hanková (Eds.), *Sexualita & drogy*. Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy* (11-15). Praha: Sananim.
- Preslová, I. (2003). Závislé matky s dětmi. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup* (244-246). Praha: NMS- Úřad vlády ČR.
- Procházka, I. (2011). Užívání drog u homosexuálních mužů a homosexuální chování u uživatelů drog. In I. Preslová, & O. Hanková (Eds.), *Sexualita & drogy*. Praha: Sananim.
- Radimecký, J. (2007). TK v systému služeb pro uživatele návykových látek. In P. Nevšímal (Ed.) *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Magdaléna O.P.S.

Sadílková, M., Žáková, J. (2011). Sexologická témata v terapeutické komunitě. *Zaostřeno na drogy*, 4(9). Získáno 21. září 2013 z <http://www.drogy-info.cz>

Smejkal, J. (2003). Církev a drogy. In *Komunitní spolupráce v ČR*. Brno: I. E. S. – Sdružení Podané ruce.

Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., Serota, R. (2001). The effect of therapist/patient race – and sex – matching in individual treatment. *Addiction*, 96, 1015 – 1022.

Šmídová, A. (2011). *Postavení žen v terapeutických komunitách*. (Nepublikovaná postupová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Trávníčková, I. (2001). *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha: KUFŘ.

Thornton, C. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., Kerachsky, R. S. (1998). Patient – treatment matching in substance abuse. Drug Addiction severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 505-511.

Vobořil, J. (2003). Gender- ženy jako specifická skupina. In Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup* (238- 243). Praha: NMS- Úřad vlády ČR.

Vobořil, J. (nedat.). *Rozdíly dle pohlaví*. Získáno 20. září 2013 z <http://www.odrogach.cz/skola/rizikove-jevy/uzivani-navykovych-latek/zavislost/rozdily-dle-pohlavi.html>

Výroční zpráva Sananim (2009). Získáno 31.března 2011 z <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>

Ženíšková, J., & Soukupová, E. (2009). Problematika uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody. In I. Preslová, & V. Maxová (Eds.), *Ženy & drogy* (19-22). Praha: Sananim.

## **Internetové odkazy terapeutických komunit**

Terapeutická komunita Němčice (2007) Získáno 14. října 2013 z <http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-nemcice-%28tkn%29.html>

Terapeutická komunita White Light I. (2012). Získáno 14. října 2013 z <http://www.wl1.cz/terapeuticka-komunita.html>

Terapeutická komunita Bílá Voda (2013). Získáno 14. října 2013 z <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=40>

Terapeutická komunita Magdaléna (2007). Získáno 14. října 2013 z <http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=6>

Terapeutická komunita Advaita (nedat.) Získáno 14. října 2013 z <http://advaitaliberec.cz/programy/terapeuticka-komunita/>

Terapeutická komunita Karlov (2007). Získáno 14. října z 2013 <http://www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlov-%28tkk%29.html>

Terapeutická komunita Renarkon (2013). Získáno 14. října 2013 z <http://www.renarkon.cz/cs/terapeuticka-komunita/leve-menu/terapeuticka-komunita-tk>

Terapeutická komunita Krok (nedat.). Získáno 14. října 2013 z <http://www.oskrok.cz/index.php?id=3>

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn (2013). Získáno 14. října 2013 z <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/terapeutick-komunita-podcestn-mln/>

Teen Challenge (nedat.). Získáno 14. října 2013 z <http://www.teenchallenge.cz/cs/teen-challenge/vize-nasi-mise>

Terapeutická komunita Pastor Bonus (nedat.). Získáno 14. října 2013 z <http://www.pastorbonus.cz/>

# **SEZNAM PŘÍLOH**

Zadání diplomové práce

Abstrakt diplomové práce

Polostrukturované interview – klientka TK

Polostrukturované interview – terapeut TK

# Příloha 1: Zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Philosophical Faculty  
Akademický rok: 2011/2012

Studijní program: Psychologie  
Forma: Full-time  
Obor/komb.: Psychologie (PS)

## Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠMÍDOVÁ Anna	Jana Žižky 361, Telč	F080542

### TÉMA ČESKY:

Zhodnocení programů terapeutických komunit pro léčbu drogových závislostí v ČR z pohledu genderové vstřícnosti

### NÁZEV ANGLICKY:

An evaluation of gender sensitivity of therapeutic community programmes in the Czech Republic

### VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. - PCH

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem této diplomové práce je:

- zhodnotit programy jednotlivých terapeutických komunit pro léčbu drogových závislostí v ČR z pohledu genderu, tj. posoudit jejich připravenosti pro léčbu žen uživatelék,
- porovnat jak konkrétní genderově vstřícné programy (pokud existují) korespondují s doporučeními v odborné literatuře. Studentka bude svůj postup práce pravidelně konzultovat s vedoucím práce a při vypracovávání bude postupovat v následujících krocích:
- Provede rešerši relevantní literatury k tématu práce
- Připraví design této evaluační studie, tj. vybere a připraví vhodné metody získávání a tvorby dat a výběru participantů či dokumentu pro svou studii
- Získaná data zpracuje pomocí vhodných metod kvalitativní analýzy dle odborné literatury
- Autorka se též zavazuje k dodržování základních etických pravidel výzkumu.
- Zpracuje písemnou podobu práce dle norem katedry.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Kalina, K. (2008). Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada.  
Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada.  
Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. In Ženy & drogy. Praha: Sananim.  
Trávníčková, I. et al. (2001). Specifické aspekty zneužívání drog u žen. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## **Příloha 2: Abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Zhodnocení programů terapeutických komunit pro léčbu drogových závislostí v ČR z pohledu genderové citlivosti

**Autor práce:** Anna Šmídová

**Vedoucí práce:** Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

**Počet stran a znaků:** 101 stran, 196 694 znaků

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 78

#### **Abstrakt:**

Diplomová práce se zaměřuje na zjištění připravenosti koedukovaných terapeutických komunit na klienty z hlediska genderových rozdílů. V teoretické části popisujeme pojmy jako jsou koedukované terapeutické komunity, genderově senzitivní programy, genderová specifika uživatelů drog. V empirické části jsme zvolili kvalitativní výzkum, konkrétně evaluaci procesu. Hlavním cílem této práce bylo zjistit jaké služby poskytují terapeutické komunity svým klientům a jestli odpovídají jejich požadavkům na základě genderových specifik. Výzkumný soubor tvořilo především 25 klientů a 5 terapeutů terapeutických komunit. Pro obohacení dat bylo do výzkumu začleněno i 6 zaměstnanců v adiktologických službách, 4 klienti z oddělení léčby závislosti PL a 7 ex – userů Teen Challenge. Jako výzkumné metody byly použity polostrukturovaná interview, ohniskové skupiny a pozorování. Studie sleduje tři cíle: motivy klientů pro volbu léčby, konkrétní komunity a rizika relapsu; zhodnocení genderově senzitivních programů klienty a terapeuty jednotlivých komunit; zjištění, jestli nabídka komunit odpovídá poptávce - a to vše z hlediska genderových rozdílů. Výsledky práce vesměs odpovídají zjištěním v jiných výzkumných studiích a odborných publikacích.

**Klíčová slova:** terapeutická komunita, genderová specifika uživatelů drog, genderově senzitivní program, evaluace

## **SUMMARY OF THESIS**

**Title:** An Evaluation of Gender Sensitivity of Therapeutic Community Programmes in the Czech Republic

**Author:** Anna Šmídová

**Supervisor:** Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 101 pages, 196 694 characters

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 78

### **Abstract:**

This thesis focuses on the readiness and determination of mixed gender therapeutic communities for gender different clients. In the theoretical part we describe terms such as mixed gender therapeutic communities, gender sensitive programs and gender specifics of drug users. In the empirical section we chose the qualitative research, specifically process evaluation. The main goal of the thesis is to observe what services are offered by therapeutic communities to their clients and if those services meet the requirements based on gender specifics. The research sample consists of 25 clients and 5 therapeutic communities. For data enrichment there are also 6 employees from addictology, 4 clients from department of addiction treatment from psychiatric hospital and 7 ex-users from Teen Challenge involved. As methods of research I used a semi-structured interview, focus groups and observation. The survey follows three goals : clients' motives for choice of treatment, particular communities and relapse hazard, evaluation of gender sensitive programs by clients and by therapists of particular communities, determination if the community offer meets demand, and that all from gender difference viewpoint. The results of this thesis mostly respond to results determined in other research studies and special publications.

**Key words:** therapeutic community, drug users gender specifics, gender sensitive program, evaluation



### **Příloha 3: Interview s klientkou**

*V: kolik je ti let?*

K: 23

*V: jak dlouho si užívala drogy?*

K: 10 let

*V: které hlavně?*

K: pervitin

*V: od těch 13?*

K: noo vlastně jo, protože do 14 sem zkoušela jen trávu a od 14 pervitin

*V: a za jakých okolností si začala užívat ty drogy?*

K: bylo to že sem měla přítele, kterej užíval a mě bylo trapný, že já ne...v tej době mi to bylo trapný, že on fetuje a já ne, takže sem si vymyslela, že sem už fetovala ...a tím pádem sem fetovala s nim dál

*V: takže sis našla přítele ve 13 přítele a s nim si začla hulit tu trávu nebo s nim už rovnou ten pervitin?*

K: ne, hulila sem trávu...vlastně s bandou, protože hulili ostatní, tak sem hulila taky ....

*V: a ten pervitin teda až snim?*

K: no

*V: jak dlouho si tady v komunitě?*

K: v komunitě sem dva a půl měsíce

*V: odkud si semka přišla?*

K: z Jeseníku

*V: jako z detoxu?*

K: přišla sem rovnou z ulice...

V: *rovnou z ulice semka do léčebny?*

K: do detoxu

V: *kolikátá je to tvoje léčba?*

K: první

V: *zjišťovala sis něco o komunitě? nebo proč si volila komunitu?*

K: popravdě sem nevěděla vůbec ,co to komunita znamená, když sem přišla do PL...a i hodně bejvalej přítel byl vlivem, proč sem fetovala a věděla sem, že už je to špatný...že sem se s ním prostě rozešla, malýho sem dala do děčáku...a šla sem se sem léčit...já sem první vlastně chtěla jen detox.....a prostě nevěděla sem, co to je, já sem spěchala za tím malým..věděla sem jen, že to je na dlouho..no, tak sem se vlastně seznámila s komunitou až nahoře na PL...sem si četla pravidla fidesu, fénixu...což mi zaujalo..pochopila sem to částečně...uplně minimálně teda ze začátku, ale hlavně sem chtěla se sebou něco udělat, tak sem do toho šla s tím, že to asi pomáhá...seznamovala sem se teda s tím, co je komunita až tady

V: *hrála teda doba trvání a způsob volby roli při té volbě? že si nebyla třeba jen na PL?nebo ambulantní..že těch možností je hodně a ty sis vybrala zrovna tu ,která tě na rok odizoluje od světa...*

K: no ,protože..

V: *co je hlavním důvodem?*

K: co je hlavním důvodem? tak ty krátký sou k ničemu, tam se člověk nenaučí pracovat s chutěmi na drogy..tam se člověk během 3 měsíců vyčistí a to je k ničemu..pak jde ven a neumí nic..takže se většinou stane , že člověk zrelapsuje.....recidiva, začne brát hned znoval...co já znam ..mam právě náky bývalý feťácký kamarády a všichni se k tomu zase vrátili, co byli jen na detoxu..že to bylo jen jít se schovat na tři měsíce

V: *takže si věděla, že chceš jít někam dýl a nějaká ambulantní...*

K: jo, to je podle mě zbytečný

V: *tuhle komunitu si zvolila pravděpodobně, že si byla tady, že?*

K: no, protože je tady možnost rodinné terapie a toho syna chci právě

V: *a do Karlova si nechtěla nebo si se nedostala?*

K: chtěla sem do Karlova, ale protože sem ho tady odtud nechala soudně dát mámě do péče ...takže ho má v pěstounské péči, aby nebyl v dětském domově, tak to nejde, protože ho nemam v péči, já sem matkou, ale nemam ho v péči

V: *a až se vyléčíš, vrátíš se a zase můžeš soudně nařídit, že bude u tebe?*

K: musím ukázat sociálce, že sem čistá, že mam práci a že mam pro něj zázemí...

V: *a on sem za tebou nějak jezdí?*

K: no, já jezdím za nim..

V: *jaký vidíš výhody pro sebe v tom pobytu v komunitě?*

K: něco ze mě, že se umím prosadit, .....že sem schopna spolupráce s těma lidma...vim, že to dělám pro sebe ..a i pro ostatní a hlavně sem taková, že hrozně ráda pomáhám lidem ..a dělá mi to radost, nepotřebuju za to nic mít ..a proto je to pro mě výhodou, proto jsem tady správně a o tom to je, že jo....o skupinové terapii V: o tom vztahu K: o tom vztahu s těma lidma

V: *jaký tady máš oblíbený činnosti?*

K: činnosti? tak já ráda dělám něco..takže úplně cokoliv, já se ráda zapojím do všeho

V: *a je tu něco, co tě nebaví? co nemáš oblíbený?*

K: no, takhle kuchyň mě baví, ale tady jí mam neoblíbenou, protože já tam mam problem s tím, že ..že když sem fetovala, já sem právě hodně pracovala v kuchyni..a když sem v té kuchyni, tak si to tělo na to podvědomě vzpomíná..a dostávam se do těch chutí a je pro mě hodně těžký s tím bojovat..a je to taky v nějakým intervalu, že se to musí do nějakýho času stihnout udělat..a je toho moc.a člověk prostě nechce bejt rychlejš, aby se zbytečně nerozjížděl, ale zase nemůže bejt pomalejš, protože by to nestíhal..takže kuchyň nemam ráda

V: *vy tu dycky máte šéfa baráku...zažila si, že by tu byla šéfová?*

K: zažila

V: *a jaký to bylo?*

K: super

V: *nemáš s tím nějaký problém?*

K: já ne..ne ne..já to беру rovně pro všechny..

V: *čeho se nejvíc bojíš během pobytu tady?*

K: no, na světě sou i zákeřný lidi a toho se bojím, bojím se zákeřných lidí..a bojím se toho že...kluci jsou takoví necitelný, ne tak jak holky, a většinou necítí s tou holkou, tak se pak nějak chovají a mají určitý názory a vůbec si neuvědomují, že tej holce můžou ubližovat...takže to mě trochu...jako ,co se mě týče, tak já si ubližovat nenechám, ale vidím to na jiných holkách, že ty se třeba neumí prosadit, neumí to říct ...že jim to vadí nebo tak..neumí se osočit prostě a pak vidím, že je to špatně

V: *takže se bojíš, že tu narazíš na někoho, kdo tě zraní nebo ostatní, že tu bude dělat dusnou atmosféru*

K: no, že tu bude dělat dusno

V: *vy tu máte ty skupiny, mužský a ženský..si ráda, že tu jsou? máš tam, co řešit, co bys třeba neřešila před těma chlapama, když nejsou tak citlivý*

K: no, já sem to zažila jen jednou tu skupinu...no a já nevim...ze začátku sem asi byla za ní ráda, že přece jenom nějaký stud před těma klukama tady je, to je jasné, ale zase si myslím, že můžu mluvit všem i před nima ..já to tady беру prostě jako rodinu, mam to tady fakt ráda..takže to беру tak..hlavně to nejsou žádní malí kluci, takže to většinou pochopí..i když kolikrát na to mají ten první názor, že je hloupej...ale když to ví, je to pak lepší

V: *takže podle tebe v komunitách mají být nemají být?*

K: určitě je to přínosem

V: *máš garanta nebo garantku?*

K: garantku

*V: dovedeš si představit, že bys měla garanta*

*K: jo*

*V: máš tady někoho ,na koho se můžeš obrátit, je jedno jestli terapeut nebo klient?*

*K: jo*

*V: a muž nebo žena?*

*K: žena i muž*

*V: a?*

*K: no, blíže je žena a je to klientka..*

*V: a ten muž?*

*K: to je taky klient*

*V: máš nějaký vzor mezi terapeutama?*

*K: jo, mam*

*V: a je to chlap nebo ženská?*

*K: ženská*

*V: a v čem je tvým vzorem?*

*K: v kondici*

*V: jako ve fyzický?*

*K: jo ve fyzický kondici*

*V: máš tady dostatek soukromí, prostoru pro sebe?*

*K: no, jako jo. ..ale mohlo by to bejt lepší..co se týče třeba sprch..sou tu jen dvě a je zamykatelná,ale nezamyká se, takže tam přijde třeba jiná holka si čistit zuby a je to hloupý, ..holka přijde otevře dveře, tam může stát kluk ...jeto blbý*

*V: takže to by chtělo vylepšit..a když si potřebuješ někam zalízt, být sama se sebou, máš tu možnost?*

K: když si neřeknu, tak ne...a kolikrát, když si řeknu, že chci být sama, tak lidi na to poukazují, jako že se chci litovat ...že si chci bažit v sebelítosti, což ale není pravda, chci mít jen chvíli klid

V: vadí ti, že si o to ,abys mohla být sama se sebou, musíš říkat, aby ti to odsouhlasilo dalších 15 lidí?

K: vadí

V: jak by sis představovala, že by se udělalo víc soukromí

K: každopádně asi víc těch společenských prostorů..je tu třeba kulturní místnost a jídelna..a když by jich bylo víc, tak by se dalo sedět na víc místech..na tom pokoji, tak to je jasný, to se člověk musí uskromnit, když je nás tam víc nebo tak ..ale taky by se mohli lidi víc tolerovat, co se třeba týká pouštění hudby nebo tak ....a co je ještě takový blbý..treba někdo spí nemocnej, tak se asi nebude pouštět hudba nahlas..asi to nechápou

V: dovedeš si představit, že by tady byly jenom ženský?

K: ne, nedovedu a nechci si to představovat

V: a nevadí ti, že je vás tady takhle málo, jako holek?

K: tak jako jo, ruku na srdce ale, s holkama je to kolikrát složitý..ty kluci sou kolikrát v tej spolupráci lepší nejsou takový ufintěný..s holkama je to kolikrát složitý..já můžu říct příklad ..snažím se u celou dobu pomoci jedné holce a ona to bere, že na ní chci něco hrát ..jako ,že jí chci zmanipulovat...staví si svoje konstrukce ...člověk jí chce pomoc, a ona dycky kouká, jak tě zkoumá...já беру všechny rovně..a když vidím, že má člověk problémy, tak mu chci pomoci...a ne aby to obracel proti mně

V: je pro tebe lehký tady nenavazovat vztahy?

K: jako vztahy muž a žena?

V: jo, muž a žena...setkala ses tady s tím, jestli se to týkalo tebe, už ste to tady řešili?

K: já ne. svůj ne

V: a jaký to pro tebe je, když se řeší cizí problém?

K: беру si z toho něco pro sebe, koukám ,co bych dělala asi já

*V: takže si myslíš, že to je důležitý?*

K: je to důležitý..protože se fakt může stát, že se ty dva do sebe zamilujou..no a pokud se maj rádi a chtěj i tu léčbu, tak udělají maximum,aby tu léčbu měli..a je pak blbý,aby byli vyhozený, že se maj rádi...než ty dva, který si chtějí jen zašukat a na tu léčbu uplně serou ..to je taková trošku diskriminace těch vztahů...takový bych vyhodila, ale ty ,co se mají rádi a bojujou za tu léčbu, nedají si třeba ani pusu..tak je to docela takový nefér..to se mi nelíbí na tom

*V: tak možná je snažší to řešit tak, že každé dokončí tu léčbu, ale třeba jinde*

K: ale většinou to končí tak, že odejdou , že to nezvládnou, protože se nastaví ty hranice..

*V: jaký to pro tebe je, když se tady všichni hlídaj, jeden na druhýho donáší*

K: je to blbý, jako ano, pravidla se mají dodržovat a máme se chovat ,abychom je dodržovali..aby na nás nikdo nedonášel, aby se nestávalo, že na nás někdo bude donášet..je to takový hloupý..jsme dospělý lidi a jsme tady dobrovolně..a když tady chceme být, tak se podle toho máme chovat, když ne, tak můžem jít

*V: máš nějakou představu, co budeš dělat ,až budeš odcházet z komunity?*

K: jo, mam, . půjdu na dolěčovák, najdu si práci..a pak si budu pomalu shánět byt..i s prací teda a pak si budu žádat o toho malýho zpátky do péče

*V: a co máš za školu? máš nějaký pracovní zkušenosti? máš představu, co bys pak chtěla dělat?*

K: já vezmu ,co se naskytne...proože té práce tu je málo..ještě nevím, jestli tu vůbec zůstanu..jestli nepudu někam jinam..třeba do olomouce bydlet..a školu nemam dokončenou, vyprdla sem se na to kvůli drogám právě..dělala sem to, kam mě vzali hned..i šička sem dokonce byla

*V: a ty si začla fetovat ve 13..máš aspoň základku?*

K: základku mam...mam i ..mam ze 4 oborů prváky

*V: čeho se nejvíc bojíš po odchodu z komunity?*

K: drog se bojím...člověk si nikdy nedokáže představit, jak je to fakt těžký...a mám to fakt na celý život...je to prostě hrozný, protože já jsem byla dycky strašně zdravá holka..něco mě jen tak nesejmulo..ale ta abstinence..ta závislost ,to je jak rakovina..to už má člověk do konce života a musí se naučit s tím žít..bojovat s tím ..budu to mít na celý život..sem si vědoma, že se budu muset hlídat, kontrolovat, vyhýbat se něčemu...že už to nebude jako dřív V: jeden krok vedle a...K: jo jedenkrok vedle a je to

V: *setkala ses jako drogově závislá s negativní reakcí okolí, jako toho nejbližšího, třeba rodiny , i toho širšího?*

K: setkala jsem se od rodiny i od cizích lidí

V: *vnímala to?nebo ti to bylo jedno?*

K:nebylo mi to jedno, vnímala jsem , že mají pravdu...nechtěla jsem to samozřejmě přijmout ani potvrdit..furt jsem si hledala ty klíčky..jak to udělat nebo zmanipulovat sama sebe, aby to tak nevypadalo..ale užíralo mě to, to že beru mě užíralo..nebyla jsem na sebe pyšná, ale hodně jsem zase tyhle pocity, drogami zabíjela...

V: *a když tě to užíralo, to tě nenapadlo nikdy dřív se jít léčit třeba?*

K: já jsem myslela, že to zvládnám..myslela jsem, že jsem na tom velice dobře...že jsem na tom líp než lidi okolo mě, já jsem vlastně i prodávala drogy ..a vůbec jsem si neuvědomovala, že je zabíjím taky

V: *a když si čekala to dítě, tak tě nenapadlo se jít léčit?*

K: když jsem otěhotněla , tak jsem přestala brát, já jsem nebrala až do malýho osmi měsíců...

V: *a důvod ,proč si zase začla brát? když si už to jednou zvládla*

K: no, to bylo..ještě nedávno bych ti řekla, že to bylo kvůli tomu, že jsme si chtěli s přítelem zpříjemnit sexuální zážitky, ale dneska ti řeknu, že právě proto , že jsem nešla do žádný komunity,...že jsem prostě jen přestala ..nevěděla jsem, co mám pobrat s tou schovanou chutí na něco..já jsem vlastně nikam vůbec nechodila a pak mě ségra vytáhla nějak na pivo a já jsem tam začla potkávat ty starý známý...který mi pak nabídli drogu a já jsem si jí pak bezhlavě vzala...aniž bych věděla co mě čeká, protože jsem se o to



nezajmala..bylo mi to jedno...a teď když se o to zajímám, vim co mam čekat..vlastně co se může stát

*V: a ten přítel celou dobu bral?*

K: on nebral, on taky přestal

*V: takže si ho pak stáhla*

K: jo, já sem stáhla jeho...jinak on stáhnul dycky mě

*V: to byl ten od těch 13?*

K: nene ..

to je otec dítěte, s nim sem byla poslední 4 roky

*V: myslíš, že když bys byla závislým chlapem, že bys to měla v něčem jednodušší? nebo těžší? třeba srovnání s tím přítelem..ten byl taky otec*

K: mu to bylo jedno..ten měl radši drogy než nás..já sem ráda , že sem ženská ..takže...ani ne, já sem takhle ráda..chlapi jsou podle mě strašně sebestředný..je jich málo , co ne..sou sebestředný, sobecný..třeba ani vědomě ne..prostě sou takový a mě se to nelíbí a co já vim, tak ten bejvalej se taky pokoušel hrát ,jak nás miluje, třeba se pokoušel několikrát zabít, když sem se s nim rozešla a kdyby nás měl rád ,choval by se jinak..já sem se třeba vymlouvala, že sem brala, že to nezvládam psychicky,musela sem fungovat kvůli malýmu..no a prostě brala sem drogy hrozně dlouho a on taky vlastně a nesnažil se s tím nic dělat..já sem se tím aspoň užírala ..on teda ne..

K: no určitě..já sem mu vlastně utírala prdel..já sem řešila úplně všechno, od pronájmu bytu, peníze , půjčky..prostě všechno...on prostě nechodil do práce jen se někde flákal

*V: takže s nim je konec*

K: asi tak

*V: on jako bere dál?*

K: bere dál

*V: a o dítě nejeví zájem?*

K: on se mě vlastně pokusil navštívit..ty to vlastně nevíš, sem přijela dřív ..z propustky..on se mě pokusil navštívit..nebo spíš se motal v okolí...a prej už u nás i zvonil..a já se bojím o toho malýho...

#### **Příloha 4: Interview s terapeutem**

*V: jak se podle vás komunita prezentuje? jak se o ní dozví klienti?*

K: nosná část je že o nás ví K.centra, to je dle mě první impulz, pak z léčeben, protože detoxy a tam si pak zjišťuje klient a v léčebnách je to na 3 měsíce a když chce víc, tak se dozví o tomhle, a pak hodně si to předávají klienti mezi sebou...možná minimum z internetu...spíš zprostředkovaně..že se k tomu takhle nedostanou, až když je někdo nakopne

*V: vy tu máte genderově senzitivní program, co si o něm myslíte?*

K: určitě to je důležitá, je to přínos..máme problém, že se to tak často nedaří do programu zařadit..ale třeba se snažíme ,aby ta mužská a ženská skupina byla každé měsíc aspoň jedna a dycky ..je to prostor, kde můžou jít do problémů, který nechtějí otvírat ve skupině a dycky to něco udělá..šlo to někam posunout...ale to hlavní je ten celej přístup týmu ke specifickým holek a kluků..podporovat u chlapů to slapský..to otcovské..to pozitivní a ženský potřebujou podpořit tu ženskou část..upevnit ženskou roli..jsou hrubý, neženský...chlapi potřebujou tlumit..agrese atd. a ženský podpořit v tom českým..tomu pomáhají ty skupiny a práce..ženský,aby dělaly ženský práce

*V: daří se to?*

K: jo, doufám,..často tu pozoruju, že ty kluci tu dospějou a ženský odchází víc jako ženský...nebojí se uvařit..plus na to navazuje otcovská a mateřská role..a speciálně ty holky, ta skupina je načleněná, že máme zhruba tak třičtvrtě kluků a zbytek holek..a i ty holky potřebujou větší podporu v tom ženským , protože těch kluků je to víc a mají tendenci to strhávat do toho chlapskýho..

*V: takže myslíte, že by bylo lepší,aby tu bylo víc holek?*

K: to si ani nemyslim, protože to bysme tu měli jiný problémy..z praxe..když máme pět holke, tak nadělají větší paseku než 15 kluků..jsou jiný..jako nebylo by to dobře, špatně, bylo by to jinak a museli bysme to řešit..jinak..ale ten poměr je dlouhodobě takovej..nebránili bysme se tomu ,kdyby jich tu bylo víc..neřešíme to pohlaví..co nás limituje, tak jsou pokoje a ty praktický věci..holky musí být zvlášť..

zažil sem, že tu byla jen mužská skupina nebo malá ženská, a řekl bych ,že ten poměr teď je jakoby nejlepší..ale z toho co sem zažil, je lepší když holek přibývá..pole nových procesů..můžou vzájemně něco tvořit..holky často z feťáckýho prostředí měli často takový kluky jako partnery, který je šikanovali a a kluci měli takový partnerky a tady to můžou řešit..děje se strašně moc přenosových věcí..že ty mi připomínáš bývalýho..a to je přínos..vyzkouší si mužsko ženský vztahy..ale má to i negativa: ta tendence se párovat, zamilovat se, sexovat a také velkej výpadek z léčby, kdy navážou vztah..a je kolem toho moc emocí..skupina to umí popsat, že se to mezi nima děje, ty dva to popírají, pak to přiznají..nese to práci navíc a rizika

*V: pozitiva převyšují?*

K: za mě ano, velký bonus..snažíme se, aby ten model se podobal,co nejvíc realitě venku..předpokládám, že často ty vztahy vznikají i z různých důvodů, přenos, únik, ten je častej u holek...jdou do vztahu ,aby nemusely řešit sebe..a řeší vztah.a jsou mimo proces, který by tu měl být, ale pak se to má vrátit zpět

*V: přemýšleli ste, jak sem dostat víc žen?*

K: ano, nedávno sme řešili případy, kdy byla klientka těhotná nebo měla dítě..a to sme se museli hodně přizpůsobit, že to zvládnem..a taky sme je tu nikdy neměli dřív..ted' to byla 4, která byla těhotná nebo tu byla s dětma..museli sme program upravovat

*V: jakej to má vliv na skupinu , když tu je těhotná?*

K: výbornej..změní to ty lidi..kluci co jsou otcové, tak se v nich něco probudí..holka se naučí vztahovat k dítěti, starat se o něj, posílit ten vztah..může řešit sebe..v terapii..že necítí třeba, že se má starat o dítě..zatím ,co tu byly děti ,tak to bylo super, klienti se zapojujou..všechny problémy se dají zvládnout

už máme i zkušenosti s transsexualitou..a taky sme museli řešit jak to bude..a taky to šlo..je to na tom člověku, když si chce říkat jako žena, tak jsme ho tak oslovovali..když se cítí jako žena, tak používal ženskou koupelnu atd.. muselo se to vyříkat

*V: nevadí skupině když se takhle řeší někdo jinej?*

K: ne, oni sou zvyklý, to si nemůžou dovolit..čas se věnuje každému..nevadí, že musí řešit něco, co mě nezajímá..všem stejnou měrou

*V: setkali ste se s nějakou diskriminací?*

K: jasně

*V: jak s tím pracujete?*

K: základ jsou kardinální pravidla: žádná agrese, žádný sex. kontakty a abstinence a čistota..tak tu diskriminaci chápeme jako agresi..takže může být propuštění..a jinak se to musí korigovat..je třeba to řešit, nazývat to, nenechávat tu být...velká část je z kriminálů, tak to sem donesou..ty návyky..to se musí hlídat..a rasismus se tu taky objevuje..děje se to v podstatě stále..sklony k šikaně mezi staršíma mladšíma...

hodně málo sem chodí do léčby romové, nevím proč...když tu je, tak musíme dávat pozor, aby se to tu nedělo...ale pamatuju, že sme vyhodili dva klienty kvůli diskriminaci...

*V: stává se tu i pohlavní diskriminace?*

K: přemýšlím, kde je hranice, co by šlo nazvat diskriminací..nás je v týmu 3 chlapi a 6 žen..a o víkendu tu je jen jeden..a rozdíly tu sou když slouží chlap nebo žena..někdo má problém s chlapeckou autoritou a naopak..děje se to..ale nemyslím, že by nějak moc že by to šlo nazvat diskriminací

ale je to součást těch dějů tady..a jde s tím pak něco dělat..že to musí zvládnout, aby s tím pak neměl venku problém..že třeba naráží na ženskou autoritu, kvůli vztahu s matkou

*V: myslíte, že stávající počet komunit je dostačující? nebo někde je díra na trhu*

K: když se budeme bavit o nealkoholický..u alkoholiků bych odpověděl, že je málo..to se pozapomnělo, ty programy chybí, chybí komunity..to je špatný..pro ty ostatní drogy..těžko říct..já se domnívám, že průsečík těch věcí, které sou pro fungování komunit důležité, financování, dost klientů, že dovoluje aby jich bylo 12 nebo 13 a to je ideální průměr z toho, kolik klientů jde do léčby..nedokážu odpovědět, chtěl bych říct, že málo, ale jsou období, že sme řešili, že máme málo klientů..to trvá tak půl roky a pak je zase klientů hodně..těžko říct..většina komunit řeší financování ,aby vůbec přežily, takže jestli by se další užívala.

*V: a že by chyběla nějaká specifická na trhu?*

K: to určitě, tam sou mezery...každá ta komunita umí líp pracovat s nějakou cílovou skupinou..že sme se tak přirozeně přerozdělili, více na co je kdo lepší..umíme pracovat s klientama,co mají zdravotní obtíže..u nás..máme tu lékaře..máme na to ty prostředky..jiná komunita zvládá líp duální diagnózy atd..jiná třeba karlov mají matky s dětmi..umí to s nima..dlouhodobě to dělají...my třeba nemáme prostředky na to ,aby tu matka s dítětem byla celou léčbu, tak se jí tam snažíme třeba nasměrovat do toho karlova...

třeba to pro ty matky s dětma chybí..často se nám stává, že máme něco takovýho, ale nemají místo..pak poruchy osobnosti a tak to dělá kaleidoskop..je to různý..někdy by člověk potřeboval a místo není..jestli třeba navýšení kapacit by pomohlo..ale zase by měli volný místa..mění se ta četnost klientů..někdy je nával někdy ne..nedokážu říct

obecně , by to nebylo na škodu..ale pohled , že by jich mělo být víc..tak je správný, že fe'táků je hodně, ale těch vlivů je víc..jako personál, obsazení,..atd.

tam mě výrazně napadá to s těma dětma..je tam velký tlak, musí něco udělat se sebou a mají ještě to dítě

*V: jestli třeba nějaká problematika, co není kam umístitelný?*

K: alkoholicí, klienti rodiče, klienti s duálníma diagnózami, to zas tak nepatří zavřít do blázince, ale v komunitách to moc nezvládají..třeba..že to narušuje léčbu i ostatních..a to je hranice, že tu nemá ten člověk ,co dělat

možná, přibývají jako klienti, co jsou hodně poškození, zničení..a často už musíme hodně přemýšlet nebo slevovat z programu náročnosti nebo těch fyzických programů. že to třeba ten klient nezvládá..máme tu holku ,co má rozhašenou imunitu, je furt nemocná,..nestačí během tý léčby splnit si ty milníky, kterýma si má projít, řeší furt doktory a to je tlak na úpravu programu..

vyšlo mi teda víc zařízení pro děti, pro rodiče s dětma a možná pro ty problémový psych. diagnózy.