



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická ■

Rodina a závislost

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Lucie Plíšková, DiS.**
Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Plíšková, DiS.**
Osobní číslo: **P11000109**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Rodina a závislost**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl: Z analýzy dokumentů zjistit, jaké je rodinné prostředí klientů Terapeutické komunity ADVAITA. Na základě výše uvedené analýzy vyhodnotit společné znaky a najít možné souvislosti mezi rodinným prostředím klientů a užíváním psychotropních látek. Případné souvislosti popsat a porovnat s dostupnými zdroji zabývajícími se touto problematikou.

Požadavky: Studium odborných zdrojů, formulace teoretických východisek, včetně vymezení základních pojmů, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů, navrhovaná opatření.

Metody: analýza vnitřních dokumentů (vnitřní dokumentace TK ADVAITA, především vstupní psychosociální vyšetření)

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

MATOUŠEK, O., aj., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

KALINA, K. a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. a 2. díl. 1. vyd. Praha: NMC-Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

PRESTON, A., MALINOWSKI, A., ŠEFRÁNEK, M., 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-87041-28-4.

KALINA, K., a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-238-8014-4.

KOOYMAN, M., DE LEON, G., NEVŠÍMAL, P., 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj. ISBN 80-239-4814-8.

NEVŠÍMAL, P., 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj, MHMP. ISBN 978-80-254-3331-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Květuše Sluková, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

2. dubna 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

25. dubna 2014



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2013

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25. 11. 2015

Podpis: 

Poděkování

Na prvním místě bych ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Květuši Slukové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, za všechny její cenné rady a připomínky a za trpělivost a vstřícnost při konzultacích. Děkuji i dalším pracovníkům TUL, kteří mě v průběhu studia inspirovali a na závěr mi pomohli s kompletováním mé práce. Děkuji Terapeutické komunitě ADVAITA za možnost zpracovávat archivní dokumenty a tvořit tak praktickou část bakalářské práce. Velké díky patří i mým kolegům z práce, kteří se mnou konzultovali průběh průzkumu a dávali mému bádání ten správný směr. Chci poděkovat svým rodičům za to, že mě podporovali, popoháněli mě v psaní a především mi věřili, že bakalářskou práci dokončím. Nakonec děkuji i svému partnerovi, který mi byl každodenní oporou a vytvořil pro mě láskyplné a klidné prostředí, ve kterém jsem se mohla naplno věnovat tvorbě bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývala rodinným prostředím klientů Terapeutické komunity ADVAITA. Práce vycházela se současných poznatků o vlivu rodinného prostředí na rozvoj závislosti na drogách. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké je rodinné prostředí klientů, vyhodnotit společné znaky rodinného prostředí a najít souvislosti mezi rodinným prostředím a užíváním drog. Teoretická část bakalářské práce popisovala závislost na drogách, možnosti léčby závislosti a rizikové znaky rodiny, které mají vliv na rozvoj závislosti na drogách. Praktická část bakalářské práce zkoumala frekvenci společných znaků rodin 80 klientů a souvislosti mezi jejich rodinným prostředím, závislostí a léčbou. K průzkumu byla použita metoda analýzy dokumentů. Průzkum zjistil, že téměř polovina klientů pocházela z rodiny, kde se rodiče rozešli nebo rozvedli. Pouze jedna pětina klientů žila před léčbou doma u rodičů, více než polovina klientů měla před léčbou nestálé nebo žádné bydlení. Rodiny klientů vykazovaly rizikové znaky – nadměrné užívání alkoholu a/nebo zneužívání drog, konflikty, domácí násilí, těžké onemocnění v rodině. Průzkum dále ukázal, že spolupráce s rodinou měla velmi pozitivní vliv na úspěšnost léčby. Bakalářská práce na základě zjištění navrhuje posílit spolupráci s rodinou v průběhu léčby klientů.

Klíčová slova

Drogy, závislost, rodina, léčba závislosti, rodinné prostředí, rizikové znaky rodiny, klienti terapeutické komunity, spolupráce s rodinou, úspěšnost léčby

Annotation

The bachelor thesis deals with family environment of clients from Therapeutic community ADVAITA. Thesis is based on the actual knowledge about the influence of family environment on the development of drug addiction. The aim of the bachelor thesis was to find out what was the family environment of clients, evaluate the common characteristics of the family environment and to find a link between family background and drug use. The theoretical part of thesis described drug addiction, options of therapy and risk characteristics of families that have an influence on the development of drug addiction. The practical part of thesis examined the frequency of the common characteristics of families of 80 clients and connections between their family background, addiction and therapy. To the exploration was used a method of document analysing. The exploration found that nearly half of the clients came from families where the parents had been separated or divorced. Only one-fifth of the clients lived before therapy at home with their parents, more than half of the clients had an unstable home or just no home before therapy. Client's families had the risk characteristics - abnormal use of alcohol and / or drug abuse, conflicts, home violence, serious illness in the family. The exploration also showed that the cooperation with the family had a really positive effect on therapy success. On the basis of the findings, the bachelor thesis proposes to closer cooperation with the family during the client's therapy.

Key words

Drugs, addiction, family, addict therapy, family environment, the risk characteristics of the family, clients of therapeutic community, cooperation with family, therapy success

Obsah

1 Úvod.....	9
2 Teoretická část.....	11
2.1 Závislost jako nemoc.....	11
2.1.1 Definice závislosti.....	12
2.1.2 Vznik a rozvoj závislosti.....	13
2.2 Závislost ve společnosti.....	15
2.3 Závislost v rodině.....	16
2.3.1 Rodina jako systém.....	17
2.3.2 Když dítě bere drogy.....	18
2.4 Léčba závislosti.....	23
2.4.1 Ambulantní léčba.....	25
2.4.2 Pobytová léčba.....	27
2.4.3 Zapojení rodiny do léčby.....	30
3 Praktická část.....	36
3.1 Cíl praktické části.....	36
3.1.1 Předpoklady průzkumu.....	36
3.2 Prostředí průzkumu.....	37
3.3 Použité průzkumné metody.....	39
3.4 Průběh průzkumu.....	43
3.5 Validita průzkumu.....	45
3.6 Popis zkoumaného souboru.....	46
3.6.1 Vymezení souboru.....	46
3.6.2 Významová jednotka.....	47
3.6.3 Stanovení analytických kategorií.....	48
3.7 Zpracování údajů - kvantifikace analytických kategorií.....	53
3.7.1 Trs 1: KLIENT.....	54
3.7.2 Trs 2: DROGA.....	56
3.7.3 Trs 3: LÉČBA.....	57
3.7.4 Trs 4: RODINA A DĚTSTVÍ.....	60
3.7.5 Trs 5: BYDLENÍ.....	63
3.8 Interpretace zjištění a diskuse.....	65
3.9 Shrnutí výsledků praktické části.....	73
3.9.1 Ověření předpokladů.....	75
3.9.2 Aplikace metodologie.....	75
3.9.3 Aplikace výsledku – doporučení pro praxi.....	76
4 Závěr.....	78
5 Seznam použitých zdrojů.....	80

Seznam ilustrací

Ilustrace 1: Schéma trsů.....	53
-------------------------------	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Obecná charakteristika klientů.....	54
Tabulka 2: Zdroj financí na drogy.....	55
Tabulka 3: Charakteristika klientů dle užívání drog.....	56
Tabulka 4: Charakteristika klientů z pohledu léčby.....	57
Tabulka 5: Souvislost mezi rodinnou terapií a ukončením léčby.....	58
Tabulka 6: Svévolné ukončení v souvislosti s rodinnou terapií.....	59
Tabulka 7: Trestné ukončení v souvislosti s rodinnou terapií.....	59
Tabulka 8: Počet dětí v rodině.....	60
Tabulka 9: Zaměstnání rodičů.....	60
Tabulka 10: Charakteristika rodinného prostředí.....	61
Tabulka 11: Vliv rodinného prostředí na první užití drogy a na délku drogové kariéry.....	63
Tabulka 12: Charakter bydlení před léčbou.....	63
Tabulka 13: Znaky klientů žijících před léčbou u rodičů.....	64
Tabulka 14: Znaky klientů žijících před léčbou na ulici.....	64

1 Úvod

Tématem bakalářské práce je závislost na drogách v rodinném systému. Téma bylo inspirováno profesní kariérou autorky, která 10 let působí v organizacích pomáhajících lidem se závislostí na nelegálních omamných látkách. Cílem bakalářské práce je nastínit problematiku vzájemného ovlivňování drogy a rodinného systému, přičemž problém závislosti v rodině tato práce zužuje na problematiku dítěte závislého na drogách.

Bakalářská práce vychází z hlavního předpokladu, že u rodin drogově závislých lze pozorovat určité společné znaky. Pro ověření tohoto předpokladu byla pro předloženou bakalářskou práci zvolena metoda analýzy dokumentů (konkrétně vstupních vyšetření a statistických dat) klientů Terapeutické komunity ADVAITA.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou (průzkum). Teoretická část se zabývá dvěma tématy – závislostí a rodinou. Úvod teoretické části definuje závislost, nastiňuje pohled společnosti na uživatele drog, popisuje vliv drogy na rodinný systém a vliv rodinného systému na rozvoj závislosti dítěte. Druhá polovina teoretické části popisuje možnosti léčby závislosti s ohledem na možnost zapojení rodinných příslušníků do procesu údravy jejich člena, přičemž zdůrazňuje pozitivní vliv spolupráce rodiny při léčbě.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průzkumem dokumentace o klientech Terapeutické komunity ADVAITA a o jejich rodinném prostředí. Cílem průzkumu bylo vyhledat a popsat společné znaky rodin klientů z Terapeutické komunity ADVAITA. V úvodu praktické části je popsáno prostředí průzkumu, použité průzkumné metody, průběh průzkumu, jeho validita a je vymezen zkoumaný soubor. Hlavní částí praktické části bakalářské práce je zpracování údajů získaných průzkumem – formou tabulek a stručného textu jsou prezentována data o klientech TK ADVAITA, o průběhu jejich

léčby a o jejich rodinném zázemí. V závěru praktické části jsou tato data interpretována a porovnávána se zjištěními jiných autorů.

Bakalářská práce je určena pro širokou skupinu čtenářů. Může sloužit jako zdroj základních informací pro laiky, kteří se s tématem drogově závislého dítěte setkali a kladou si otázky, jak k tomu mohlo dojít a jak (a jestli vůbec) lze tento problém efektivně řešit. Zároveň může být zdrojem inspirace pro pracovníky v zařízeních pomáhajících drogově závislým, kteří zde najdou nápady a návody pro rozšíření svých možností v oblasti práce s rodinou. Práce nabízí informace pro pochopení mechanismů onoho paradoxu, který autorku inspiroval pro bližší zkoumání - že rodinný systém může přispět rozvoji závislosti u dítěte a tentýž rodinný systém se pak stává velmi podpůrným při následné úzdavě. V poslední řadě může bakalářská práce sloužit odborníkům jako stručný, avšak komplexní pohled na danou problematiku, a to především díky čerpání informací z odborných zdrojů největších kapacit v oboru adiktologie. S patřičným nadhledem lze říci, že bakalářská práce sjednotila odborné poznatky z mnoha zdrojů do komplexního (třebaže velmi stručného) celku. Díky odkazům na zdroje informací však práce nabízí i jakousi „knihovničku“ pro případné další studium dané problematiky.

Smyslem a účelem předložené bakalářské práce je ověřit na vybraném průzkumném vzorku, že v rodinných systémech klientů v procesu léčby jsou určité podobnosti a potvrdit tak teorii systému rodinných vztahů – tedy vliv rodinného prostředí na rozvoj a následnou úzdavu závislosti.

2 Teoretická část

Teoretická část bakalářské práce se zabývá souvislostmi mezi závislostí na drogách a rodinou. Vychází z teorie systému rodinných vztahů – že závislost není izolovaný jev, ale existuje v systému sociálních vztahů. Závislost a rodinný systém se navzájem ovlivňují v jakémsi bludném kruhu – rodinné prostředí má vliv na rozvoj závislosti člena rodiny, závislost tohoto člena poté narušuje celý systém rodiny a tento (disharmonický) systém má ve výsledku sloužit jako podpora při procesu uzdravování závislého i po ukončení léčby.

Teoretická část je rozdělena na čtyři podkapitoly, které se zabývají definováním a rozvojem závislosti s ohledem na rodinné prostředí, okrajově také závislostí z pohledu společnosti, dále závislostí v rodině a nakonec možnostem léčby závislosti včetně zapojení rodinných příslušníků do tohoto procesu.

2.1 Závislost jako nemoc

K pochopení celého problému, jak rodinné prostředí ovlivňuje rozvoj závislosti a posléze dokáže poskytnout podporu v procesu uzdravování, je potřeba vnímat závislost jako nemoc. Jako jakákoliv jiná nemoc má i závislost někde svůj vznik, postupně se rozvíjí, projevuje se typickými příznaky a je možné ji léčit (případně zmírňovat její následky).

Závislost stejně jako jiné onemocnění postihuje více či méně nejen samotného nemocného, ale i jeho nejbližší, kteří jsou přinejmenším nuceni omezit své aktivity a soustředit svou pozornost na nemocného ve snaze pomoci mu k uzdravě.

2.1.1 Definice závislosti

Vágnerová (2008, str. 548-550) definuje závislost jako soubor psychických i somatických změn, které vznikají v důsledku opakovaného užívání návykových látek. Syndrom závislosti je nemoc a jako taková má v Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) přesně vymezeny příznaky. Na vzniku závislosti se podílí genetické dispozice jedince, jeho psychický vývoj, vliv sociálního prostředí, ale také složení samotné psychoaktivní látky.

Hlavními příznaky syndromu závislosti podle MKN 10 jsou „silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav" (ÚZIS 2015).

Kalina (2008, s. 32) vymezuje i další základní znak závislosti – je jím snížená odměňující hodnota biologicky přirozených zdrojů odměny.

Kalina (2008, s. 26) vychází z neurobiologických poznatků o závislostním chování. V lidském mozku existuje síť označená jako „systém odměny“, přirozený mechanismus pro zajištění základních potřeb (přežití, reprodukce a pocit tělesné pohody). Zjednodušeně řečeno – vše, co je potřebné pro přežití organismu (situace, děje, podněty z prostředí), vnímáme jako líbivé (uvolňuje se dopamin), je tedy pravděpodobnější, že budeme usilovat o jejich opakování a tím zvýšíme pravděpodobnost přežití. Přirozenými zdroji odměny se tedy stává potrava, sex, sociální vztahy apod. Systém odměny v našem mozku vysílá určité signály a motivuje organismus pro získání odměny, tím zajišťuje přežití jedince, potažmo celého rodu.

Návykové látky mají sice různé účinky (tlumivé, budivé), jednu vlastnost však mají společnou – zvyšují výdej dopaminu, mají tedy pro mozek „odměňující účinek“ a ten si je „zařadí“ jako „zdroj nutný k přežití“. Oproti přirozeným zdrojům odměny je však

odměna získaná drogou jednodušší, rychlejší a silnější (účinnější). Pro získání přirozené odměny musí jedinec vynaložit velké úsilí (vydělat peníze, nakoupit jídlo, uvařit ho, sníst), oproti tomu droga přináší intenzivnější pocit libosti za velmi krátkou dobu, v řádu několika minut. Mozek není vybaven mechanismem, který by zabránil přijímání libivých pocitů. Tento jev však souvisí pouze s počátečním užíváním drog, dokud drogy přináší příjemné prožitky. Při pravidelném užívání drogy se vliv dopaminu snižuje a v mozku dochází k jiným procesům (Kalina2008, s. 28-29). Tělo je zvyklé na drogu, nedokáže bez ní fungovat, proti odejmutí drogy se brání odvykacími stavy. Droga je užívána jako prostředek zmírnění nelibivých pocitů – jedinec se stává závislým. Díky paměti se ale model „teď hned a rychle“ stává dominujícím vzorem pro všechno další chování jedince (Kalina 2008, s. 33).

2.1.2 Vznik a rozvoj závislosti

Závislost na nealkoholových drogách vzniká nejčastěji v období dospívání, kdy jedinec klade nejvyšší důležitost přítomnosti a není nastavený domýšlet důsledky svého jednání do budoucnosti. V tomto období si mladistvý tvoří svou vlastní identitu – vzniká potřeba ztotožnit se se vzory, být členem sociální skupiny mimo okruh blízké rodiny, svět dospělých je často devalvován, zvyšuje se tendence experimentovat v rámci poznávání života. Současně s tím vznikají nejistoty v otázkách vlastní sebehodnoty. Drogy přináší pocit euforie, uvolnění a sebejistoty a coby společensky odmítané se stávají atraktivní záležitostí, jistou formou protestu proti usedlému životnímu stylu dospělých. Vzhledem k nevyzrálosti jedince jsou dopady užívání drog v tomto věku velmi závažné – naruší se celkový osobnostní rozvoj, proces osvojování sociálních dovedností, dojde k přerušení psychosociálního vývoje. V rámci rodinného prostředí se dospívající odmítá podřídit autoritě rodičů, zároveň však není schopný se sám o sebe postarat a jeho závislost na rodině se tak paradoxně zvyšuje (Vágnerová 2008, s. 560-561).

Od prvního experimentu k syndromu závislosti vede dlouhá cesta. Existují různé důvody pro první užití drogy. Impulzem k experimentování s drogou může být zvědavost, nuda nebo jen potřeba prožít něco vzrušujícího a zakázaného. Dalším podnětem může být touha ztotožnit se se vzorem (známá osobnost, filmový či knižní hrdina, rodinný příslušník, člen party) – mladistvý má potřebu sdílet, prožívat totožné okamžiky, být ve skupině akceptován, významným faktorem je i obava z vyčlenění (z party). Změna stavu vědomí rovněž nabízí únik ze zátěžové situace, se kterou si jedinec neví rady a nemá nikoho, kdo by mu pomohl. Po užití drogy mizí pocity úzkosti, strachu a nejistoty, jedinec se cítí sebejistý, uvolněný, šťastný a svobodný. Z tohoto důvodu vzniká touha po opětovném užití. Častým užíváním drogy dochází k vytvoření určitého stereotypu chování, uživatel si však nepřipouští rizika. Dochází ke změnám chování, ubývá zájmů, do popředí se dostává droga. Postupem času se zvyšuje lhostejnost k čemukoli, co se netýká drog, uživatel se stává závislým – ztrácí motivaci, mění se jeho hodnoty, přestává mu záležet na mínění druhých. Dochází k silnému narušení „zdravých“ sociálních vztahů – přátelé, rodina, třídní nebo pracovní kolektiv. Fungování pod vlivem drogy je vnímáno jako normální stav, bez drogy se neobejde. Droga už nepřináší povznášející pocity, stává se potřebou. Uživatel ji buď přijme jako součást svého života, nebo se jí chce zbavit (v této fázi zkouší abstinovat, přemýšlí o léčbě). Další užívání pak vede k fyzickému, psychickému i sociálnímu poškození – zdravotní komplikace (zanedbaná hygiena, podvýživa, abscesy, infekční nemoci), psychická poškození (extrémní citové reakce, vztahovačnost, úzkost, poruchy paměti, zhoršené sebeovládání), úpadek osobnosti, rozpad sociálních vazeb. Závislý jedinec není schopný navázat a udržet citové vztahy. Se změnou chování se mění i jeho celkový životní styl - závislý člověk se stává nespolehlivým a bezohledným ke svému okolí, za účelem získání drogy ztrácí sociální zábrany (krádeže, prostituce), dochází ke zhoršení celkové výkonnosti, což vede k vyloučení ze školy nebo ke ztrátě zaměstnání (Vágnerová 2008, s. 562-565).

2.2 Závislost ve společnosti

I když se drogová závislost jeví jako intimní problém postižené rodiny, je většinová společnost problémem užívání drog také zasažena – na ulicích jsou vidět odhozené injekční stříkačky, drogová subkultura se významně podílí na šíření infekčních nemocí, běžní občané se stávají oběťmi drogové kriminality (krádeže, vloupání, násilí). To vše vyvolává ve společnosti odpor a obavy.

Společnost má tendence drogově závislého jedince odsoudit, stigmatizovat a izolovat. Tento postoj vychází z několika faktorů – užívání drog má ve společnosti mizivou toleranci (v porovnání s užíváním alkoholu), závislost na drogách vzniká rychle, má závažné negativní dopady na osobnost uživatele drog (včetně společensky nežádoucího chování) a zároveň má společnost s drogově závislými velmi omezenou zkušenost. Nízká informovanost o možnostech a účinnosti léčby vede k nejistotám v otázkách možnosti nápravy a znovuzačlenění do běžného života. I dlouhodobě abstinující jedinec má nálepku narkomana, který je pro společnost nepřijatelný. Celková nedůvěra a odmítavý postoj společnosti k drogově závislým posilují potřebu uživatelů návykových látek identifikovat se s patologickou subkulturou, jejíž prostředí vnímají jako méně nepřátelské (Vágnerová 2008, s. 573-574).

V počátcích drogové kariéry uživatel své experimenty s drogou tají. Částečně toto tajemství umocňuje prožitek zakázané slasti, částečně si uvědomuje odmítavý postoj společnosti k drogám a snaží se vyhnout negativnímu hodnocení. S postupem času se droga stává nejvyšší hodnotou a prioritou, závislému již nezáleží na mínění okolí, nesnaží se svůj návyk skrývat – nemá na to čas ani energii (Vágnerová 2008, s. 562-563). V této fázi naplno rozvinuté závislosti se drogový uživatel stává „viditelným“ pro společnost (zanedbaný zevnějšek, vyhublý, boláky v obličejí, zapáchá, vysedává na lavičkách ve společnosti podobně vypadajících osob, žebrá, je vulgární apod.). Extrémní vyvrcholení této situace se označuje pojmem „sociální smrt“, kdy uživatel drog nemá žádné sociální vazby na okolí a nikdo z okolí nemá vazby k němu; je to stav absolutního

osamocení a vyloučení ze společnosti (i ze společnosti uživatelů návykových látek), který se projevuje maximálním nezájmem o okolí (za bílého dne si na veřejném prostranství aplikuje drogu, leží v nádražní hale se stříkačkou uvězněnou v paži, vyměšuje na zastávce autobusu apod.) (pozn. autorky: inspirováno přednáškou sociologa Mgr. Petra Matouška „Jak uzdravit sociální exkluzi“ v rámci adiktologické konference „Úzdrava a drogy“ pořádané o. s. SANANIM v Praze ve dnech 15. - 16. 10. 2015, sborník před dokončením bakalářské práce nebyl vydán). Není divu, že si laická společnost pod pojmem „uživatel drog“ představí osobu ve své poslední fázi závislosti a jako takovou ji odsoudí.

Vágnerová (2008, s. 569) uvádí, že drogově závislí jsou obvykle mladí lidé, kteří v důsledku nadměrného užívání drog neměli zájem o studium, vybudování pracovní kariéry ani o založení rodiny. Sociálními důsledky jejich závislosti je tak nejčastěji zasažena jejich nejbližší rodina – rodiče a sourozenci.

Z praxe Terapeutické komunity ADVAITA však vyplývá, že průměrný věk klientů přicházejících do léčby se postupně zvyšuje (v roce 1997 byl průměrný věk klienta 19,8 let, v roce 2014 to bylo 27,4 let) a přibývá tak klientů, kteří založili rodinu vlastní, mají 1-2 děti a v důsledku nadměrného užívání drog se jim tyto vztahy narušily nebo rozpadly (ADVAITA 2015, s. 24). V Terapeutické komunitě Němčice byl v r. 2012 věkový průměr klientů 34 let, třetina klientů má děti, které jsou v době léčby nejčastěji v péči někoho z rodiny. V rámci rodinných víkendů však i za těmito (staršími) klienty dojíždí jejich rodiče (Hulík in Čtrnáctá 2013, s. 91), míra poškození rodinných vztahů a snaha o jejich nápravu je tedy patrná i u starších klientů.

2.3 Závislost v rodině

Rodina je první sociální skupinou, se kterou se dítě ztotožní. Zde si jedinec vytváří první vztahy, postoje, hodnoty a názory, vztahuje se k prvním vzorům, přejímá způsoby chování a jednání. Rodina se významně podílí na formování osobnosti jedince. Rodina jako taková nedokáže zabránit experimentování jedince s návykovými látkami, ale

svým vnitřním (ne)fungováním se později spolupodílí na případném rozvoji závislosti. Tatáž rodina je pak i důležitou součástí léčby závislosti – stává se oporou v abstinenci.

2.3.1 Rodina jako systém

Podle Matouška (Čtrnáctá 2013, s. 60) má rodina jasně rozdělenou odpovědnost, jejímiž hlavními nositeli jsou dospělí a děti se podílí na chodu rodiny dle svých možností. Rodina zajišťuje bezpečí, výchovu, ekonomické zajištění, chrání zdraví a podporuje vzájemné emoční vztahy. Rodina prostřednictvím učení otevírá dětem budoucnost. Aby mohla rodina tyto funkce naplňovat, potřebuje mít určité kompetence – schopnost zajistit příjmy a hospodařit s nimi, vést domácnost, schopnost dospělých sladit své fungování v rodině a řešit případné konflikty, vnímat potřeby dětí a reagovat na změnu potřeb, určovat pravidla chování a trvat na nich, mít vliv na aktivity dětí mimo rodinu a další. Funkční rodina má řadu zavedených rituálů – od společného stolování, přes ukládání dětí ke spánku, až po společné výlety a oslavy.

Pokud v některé své funkci rodina selhává nebo pokud chybí rodině určitá kompetence, je potřeba tento deficit „napravit“. Dysfunkční rodina vytváří prostor pro patologické chování dětí. Rodinné faktory často spojované s užíváním drog jsou postoje rodiny vůči užívání návykových látek (např. nadužívání alkoholu), kvalita vztahů v rodině, nedůsledná disciplína (často absence otce, který je v rodině nositelem pravidel a řádu) a nedostatek oceňování dětí či hostilita (Nevšímal 2007, s. 139). Kalina (2001, s. 95) uvádí, že „velké množství rodin s jedincem užívajícím návykové látky vykazuje patologické charakteristiky ostatních členů i jejich vzájemných vztahů.“ Z toho vyplývá, že narušené rodinné prostředí může přispívat k rozvoji závislosti u dítěte a zároveň závislost dítěte negativně ovlivňuje další fungování rodiny.

Dítě potřebuje pevnou, nekolísající a dostatečnou pozornost rodičů adekvátně svému věku. Častou chybou při výchově bývá nedostatečná pozornost k pozitivnímu chování dítěte a naopak nadměrná citlivost k chybám a selhání. Kritika nežádoucího chování

dítěte by pak měla být jednoznačná a důsledná. Výčitky, vnucované pocity viny a vynucovaná nerealistická předsevzetí nejsou pro dítě srozumitelné (Hajný 2003, s. 140).

2.3.2 Když dítě bere drogy

Pro každého rodiče je podezření, že jeho dítě užívá drogy, zpočátku nepřijatelné. V první fázi se rodiče snaží dítě chránit a problém popírají, takový postoj lze chápat jako obranný. Prvními reakcemi rodičů bývají domluvy, vyhrožování, zákazy, výčitky nebo pláč. Rodiče mají potřebu najít příčinu – obvykle ji hledají ve svém vlastním selhání. Rodina se snaží mít kontrolu nad svým dítětem i jeho užíváním drog, pokouší se přimět dítě k abstinenci. Rodiče opakovaně vkládají do dítěte důvěru a opakovaně se zklamávají. Postupně se vzdávají iluze, že jsou schopni situaci změnit a po vyčerpání svých možností rezignují. Dítě se stává psychickou i ekonomickou přítěží rodiny a v krajním případě buď opouští domov z vlastního rozhodnutí nebo je vyloučeno. Obvykle poté najde útočiště u jiných drogově závislých – drogové byty, squatty, ulice (Vágnerová 2008, s. 574).

Rodinné prostředí závislého člověka nelze obecně specifikovat, neexistuje „typická rodina závislého“. Můžeme se však v rodinách závislých setkat s určitými společnými znaky, které se na rozvoji závislosti podílí (ne však na jejím vzniku) – nadměrné užívání alkoholu, rozvod, konflikty, domácí násilí, úmrtí jednoho z rodičů, sebevražda, psychická onemocnění (Hajný 2003, s. 140), nároky na předčasnou zralost dětí, liberální výchovný přístup, nadměrná kontrola, manipulativní vztahy, neschopnost zdravě řešit negativní emoce a časté vyvolávání pocitů studu či viny. Dalším společným znakem rodin je i to, že dítě je využíváno jako nástroj neuspokojených ambic rodičů (Hajný in Kalina 2008, s. 46). Nešpor (1997, s. 7) poukazuje i na nedostatek času, který rodiče tráví s dítětem v období časného dětství, chudobu či nezaměstnanost a sexuální zneužití dítěte.

Kalina (2008, s. 45) shrnuje stručné charakteristiky rodiny, které souvisí dle výzkumů s užíváním drog dětmi:

- rodiče sami užívají drogy nebo páchají trestnou činností,
- péče rodičů o děti je nedostatečná nebo naopak přehnaná,
- špatná komunikace mezi rodiči a jejich dětmi,
- rodina nemá jasná pravidla, případně pravidla uplatňuje rozporuplně,
- rodiče nevěnují dostatečnou pozornost zájmům dítěte a jeho vrstevnickým vztahům.

Dalším společným rysem rodin závislých je neschopnost pracovat se vztekem a zlostí. Agresivita je buď projevovaná přehnaně nebo je naopak silně potlačovaná. V takovém prostředí dítě není schopné naučit se zdravému zacházení se svým vztekem a snadněji pak sklouzne k užívání látek, které mu umožní emoce zklidnit nebo naopak projevit (Hajný 2003, s. 141).

Agrese v rodině může vyústit až v domácí násilí. Domácí násilí je opakované fyzické, psychické nebo sexuální týrání mezi blízkými osobami, nejčastěji mezi manželi/partnery, ale dochází k němu i v transgeneračních vztazích (děti-rodiče, vnoučata-prarodiče) (Čírtková 2007, s. 108). Násilí v rodině se týká všech členů této rodiny, bez ohledu na to, kdo byl pachatelem a kdo obětí a jestli byly do sporů zataženy i děti. Děti jsou bezbranné vůči násilí rodičů, ale cítí se spoluzodpovědné za to, co se v rodině odehrává. Děti, které jsou svědky domácího násilí, reagují na okolí buď útočně nebo naopak bezmocně (naučená útočnost, naučená bezmoc). Děti, které se staly obětí domácího násilí, jsou útočné vůči dospělým již v průběhu dětství a později v životě se chovají více násilně (můžou se samy stát

pachateli násilí). Trauma dětí je o to větší, pokud byla násilníkem osoba, která měla pro dítě statut ochránce a opory (Čírtková 2007, s. 51).

Domácí násilí má kromě fyzických a psychických zranění i další negativní dopady na život a chování dětí. Dítě přejímá vzorce chování (a soužití) rodičů, do budoucna je tak narušena jeho schopnost navazovat a budovat zdravé partnerské vztahy. V období, kdy v rodině přetrvávají konflikty a agrese, ztrácí dítě pocit bezpečí a jistoty. Útěchu může hledat (a nacházet) v užívání omamných látek, případně ve společnosti vrstevníků (kteří mohou drogy užívat a nabídnout).

Závislost u dítěte může rovněž vzniknout jako produkt snahy o řešení konfliktu mezi rodiči. Vážný a neřešený konflikt mezi rodiči vytváří atmosféru nejistoty, vzniká prostor pro nedodržování hranic (otec s matkou nemluví - co jeden zakáže, druhý povolí), což umožní dítěti experimentovat. Dítě užívající drogy se pak podle Hajného (2003, s. 142) stává středem pozornosti, péče, kontroly i hněvu, a to vše otevírá komunikaci mezi rodiči. Rodiče povolením hranic umožní rozvoj závislosti u dítěte a později pak jeho závislost potřebují coby jediné společné téma. Tento rodinný model vychází z teorie kodependence (spoluzávislosti), jde o patologický vztah rodinného příslušníka k osobě závislé na návykové látce, kde z počátku hraje velkou roli naděje na uzdravení závislosti, později se kodependentní osoba soustředí na pomoc závislému až do té míry, že ztrácí vlastní identitu, a zároveň mu umožňuje setrvávat v jeho stavu (podporuje ho, utajuje závislost před okolím, pomáhá při řešení následků závislosti). Pomáhající se snaží za každou cenu upoutat pozornost závislého, stává se sám závislým na osobě uživatele drog. V krajním případě vede patologický vztah až k tomu, že kodependentní osoba neumožňuje závislému léčbu z obavy ze ztráty tohoto vztahu. Kodependence je obranný mechanismus, který vychází z potřeby chránit sebe sama před osamocněním (Košatecká; Kalina 2008, s. 42).

Hajný (2003, s. 142-143) dále uvádí souvislosti mezi věkem dětí, které začínají užívat drogy a obdobím jejich blížící se separace od rodiny. Pro rodinu je tento zlom obdobím krize – potýkají se s tzv. „syndromem prázdného hnízda“ a mají potřebu udržet své dítě co nejdéle v rodině. Zároveň dospívající jedinec cítí potřebu rychlé separace a nabytí vlastní svobody. Drogy dají dospívajícímu falešný pocit svobody, zároveň dají rodičům možnost o dítě pečovat. Separční problémy se v takových rodinách často vyskytují po generace.

Ke zdravé separaci dítěte od rodiny je zapotřebí, aby dospívající cítil, že se odpoutat může, že jeho odchod nebude vnímán jako zrada nebo odmítání rodiny. Samotný odchod je pak doprovázen různými konflikty (různé postoje a hodnoty ze strany rodičů a dítěte) a je potřeba tyto konflikty na obou stranách zvládat a ustát bez vzájemného zranění a pocitů zklamání. Důvodem separace nesmí být útěk z rodiny, pomsta nebo způsob vydírání. Dítě by měla k separaci vést touha zkoušet žít vlastní život, vlastní vztahy, mít vlastní povinnosti a ambice. Pokud rodinné prostředí neumožňuje zdravou separaci, dítě si může vztek, úzkost, pocity viny či vnitřní prázdnotu kompenzovat užíváním návykových látek ve snaze ulevit si od prožívaných konfliktů a zažít pocit nedopřávané svobody (Kalina 2008, s. 43).

Závislost dětí na návykových látkách lze klasifikovat dle vztahu k rodinnému prostředí (Cancrini in Hajný 2003, s. 143) na traumatickou, neurotickou, přechodnou a sociopatickou:

- **traumatická závislost** – náhlá reakce na trauma, ztrátu, konflikt; vychází z pocitu úzkosti, zlosti či paniky; v rodině je problém zneužití, úmrtí, násilí, onemocnění, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů;

- **neurotická závislost** – reakce na nahromaděné napětí, neřešené vztahové problémy, špatné či slabé hranice mezi generacemi, zmatené role, "dobré" a "špatné" dítě v rodině; nejčastější typ závislosti;
- **přechodová závislost** – vyskytuje se u hraničních rysů osobnosti, které se projevují nestálostí v osobních vztazích, úniky do světa fantazie; v rodině se může vyskytovat psychiatrická zátěž nebo nezvládnuté trauma, také podivné životní zájmy či aktivity (sekty, ezoterické vědy apod.);
- **sociopatická závislost** – častá je lhostejnost v rodině, fyzické násilí, kriminalita, zneužívání; rovněž u dítěte vyrůstajícího v instituci; projevuje se asociálním jednáním dítěte, závislý není schopný připustit vinu, necítí odpovědnost; užívání drog není jeho primární problém, spíše doplněk celkového problémového chování.

V praxi se často vyskytují 2 modely rodiny. U závislých mužů jde o model, kdy je matka nadměrně ochraňující a pečující, zatímco otec je chladný a slabý, případně není vůbec přítomný. Vztah mezi synem a otcem je pak negativní, konfliktní či prázdný, zatímco nedůsledná a přitom milující matka nedokáže nastolit řád a potřebnou disciplínu. Podle Kaliny (2008, s. 44) je navíc hyperprotektivní matka často citově závislá na svém dítěti (a to i na úkor jiných svých vztahů a potřeb) a neumožňuje tak dítěti zdravou separaci. Závislé ženy mívají zkušenost s matkou úzkostnou a přehnaně kontrolující, která je však ve vztahu k dceři chladná s racionálním přístupem. Specifickým rizikem je pak matka závislá na alkoholu, s níž se dcera v období dospívání identifikuje. V obou případech se vyskytuje fenomén dítěte coby důvěrníka jednoho z rodičů (matka se svěří dítěti) či prostředníka v manželské komunikaci, kdy dítě urovnává vzájemné vztahy rodičů při konfliktech. V rodinách závislých často dochází ke zmatení rodinných rolí, kdy dcera vystupuje spíše jako partnerka otce, starší sestra přebírá roli matky apod. V rodině není jasně stanoveno, kdo má co dělat, co je či

starost a čím si kdo může být jistý, takže dítě vyrůstá v nejistotě, kde se neustále mění jeho kompetence, svoboda i odpovědnost (Hajný 2003, s. 140).

Kalina (2008, s. 44-45) upozorňuje na důležitost otce v rodině. Uzavřený a dominantní otec tvrdě prosazující své zájmy nepředstavuje pro dítě bezpečný vztah, proto dítě častěji v rodinných vztazích inklinuje k matce (která se pak může jevit jako příliš pečující). Identifikace dospívajícího s takovým otcem pak způsobuje nepřiměřené nároky na sebe sama, a to jak v životě, tak i v průběhu léčby. Dítě se pod tíhou nároků na sebe sama hroutí, prožívá pocity selhání a cítí se provinile, což může vést k užívání drog coby cestě k odstranění úzkosti.

2.4 Léčba závislosti

Kapitola o léčbě závislosti se věnuje těm typům intervence, kde je závislý jedinec motivovaný k abstinenci a kde je možné navázat spolupráci s rodinou.

Následující řádky přibližují jednotlivé formy léčby, popisují jejich průběh a význam, vyjmenovávají přínosy a upozorňují na možná úskalí. Závěr kapitoly se pak věnuje konkrétním možnostem, jak zapojit rodinu závislého do procesu uzdravy.

Při výběru vhodné léčby se nelze řídit obecnými pravidly. Neexistuje léčba, která by byla vhodná pro každého klienta a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro jakýkoliv typ léčby. Hledání (a nalezení) vhodného přístupu je klíčové pro dosažení úspěchu ve všech potřebných rovinách (zdraví, vztahy, rodina, práce, společnost) (Kalina 2008, s. 302).

Vágnerová (2008, s. 576) uvádí 5 základních složek léčby, přičemž dodává, že jednotlivé složky se navzájem doplňují a kombinují tak, aby byla léčba co nejúčinnější:

- **farmakologická léčba** – za pomoci medikace léčí dílčí příznaky závislosti, pomáhá překonat abstinenční syndrom, případně slouží jako náhradní program (např. metadonový program),
- **léčebný režim** – hodnocení za dodržování určitých pravidel za účelem vytvoření účelných vzorců chování,
- **psychoterapeutické metody** – v rámci individuálních nebo skupinových terapií mají za cíl vytvořit náhled na vlastní situaci, porozumět mechanismu závislosti v rámci vlastního příběhu, naučit se vyrovnat se zátěží, změnit životní styl a hledat alternativní aktivity k naplnění života,
- **práce s rodinou, rodinná a manželská terapie** – vychází z předpokladu, že je potřeba léčit celý rodinný systém; snaha o zachování mezilidských vztahů, rodina je oporou závislému, zároveň však musí změnit chování, které by vedlo k opětovnému užívání návykových látek,
- **svépomocné skupiny** – pro závislé i pro rodinné příslušníky, nabízejí porozumění i podporu,
- **socioterapie** – posílení sociálních kontaktů, podpora při zařazení do společnosti včetně hledání zaměstnání; komunitní systém léčby, kluby, chráněné bydlení a chráněné dílny.

Léčbu lze obecně rozdělit na ambulantní a pobytovou. V rámci ambulantní léčby dochází uživatel drog na pravidelné opakované schůzky, při pobytové léčbě je po určitou dobu uzavřen v léčebném zařízení.

2.4.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba se provádí formou poradenských nebo terapeutických rozhovorů, přičemž délka a frekvence kontaktů je přizpůsobená potřebám klienta (Kalina 2001, s. 14). Výhodou ambulantní léčby je fakt, že klient nemusí opouštět své přirozené prostředí, může docházet do školy či do zaměstnání, pečovat o děti, udržovat a rozvíjet vztahy s rodinou. Omezení spočívá v určitém nároku na stabilitu klienta – jeho zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, klient má zázemí a podporu nejbližšího okolí (v ideálním případě se rodina podílí na léčebném procesu) (Kalina 2008, s. 378). Základním stavebním kamenem je vztah poradce a klienta, založený na vzájemném porozumění a důvěře.

Ambulantní léčba je vhodná pro klienty, kteří mají nižší potenciál pro relaps, jsou schopni jisté míry sebekontroly a jsou dostatečně motivovaní ke změně (Kalina 2001, s. 14).

Kalina (2008, s. 117) určuje 4 základní prvky poradenství:

- **určení problémů**, zkoumání jejich možných příčin, hledání východisek,
- **poskytování informací** – další možnosti, navazující služby, kontakty,
- **rozhodování** a volba následných kroků,
- **podpora rozhodnutí** a posilování motivace.

Při práci s klientem v ambulantním poradenství se klade důraz jak na rovinu problému (závislost), tak na rovinu osobnostní složky klienta, přičemž osobnost klienta je příčinou jeho problému (závislosti) a zároveň další užívání drog nadále poškozuje jeho osobnost (Kalina 2008, s. 117-118).

Klient může do poradenského procesu vstoupit ve chvíli, kdy mu drogy přináší slast a sám klient nemá potřebu na svém životním stylu cokoli měnit – přichází na nátlak rodiny, jeho zakázkou bývá "musím sem docházet, abych měl doma klid". Cílem poradenství pak není dosažení úplné abstinence, ale motivovat klienta k převzetí odpovědnosti za své chování, za svůj život. Jiný přístup ke klientovi se volí v případě, že klient přichází ve fázi, kdy mu závislost překáží v jeho životě a cílem je závislosti se zbavit. Poradce musí přizpůsobit komunikaci zakázce klienta, ale zároveň mít na paměti, že drogy hrají v klientově životě významnou roli a zakázka se může v průběhu poradenského procesu měnit (Kalina 2008, str. 117-118).

Intenzivnější formou ambulantní pomoci je psychoterapie, která využívá ke zlepšení zdraví klienta psychologické prostředky, především komunikaci (verbální i neverbální). Psychoterapie odborně používá mezilidské situace se záměrem navodit změnu v oblasti chování, myšlení, emocí a ve struktuře osobnosti. Oproti poradenství pomáhá psychoterapie tam, kde závislý potřebuje a chce pomáhat – klient se musí svobodně rozhodnout ke změně a aktivně se na změně podílet (Kalina, 2013, s. 25-26). Psychoterapii lze provádět individuálně (terapeut a klient), nebo jako párovou (jeden nebo dva terapeuti a partnerský pár) či rodinnou (jeden nebo dva terapeuti a celá rodina nebo její část). Partnerská a rodinná terapie přináší nový rozměr léčby a tím jsou vztahy závislého k širšímu okolí, kde tyto vztahy existovaly už před léčbou a pravděpodobně budou existovat i po ní. Zároveň se soustřeďuje nejen na uzdravení konkrétního závislého, ale na nápravu celého systému, který se podílel na rozvoji závislosti a který bude oporou po uzdravení závislého (Kalina 2013, s. 31-32).

V rámci ambulantní léčby lze nabídnout i další podpůrné aktivity pro klienta, např. doplňkovou farmakoterapii (pouze ve zdravotnickém zařízení, na zmírnění psychických obtíží v počátcích abstinence), sociální práci, rodinnou terapii, klubové a volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod. (Kalina 2001, s. 14).

2.4.2 Pobytová léčba

Pobytová léčba je založena na principu izolace závislého z jeho přirozeného prostředí (kde nedokázal abstinovat), zároveň umožňuje velmi intenzivní práci díky každodennímu kontaktu závislého a odborného personálu.

Pobytovou léčbu lze rozdělit podle délky trvání na:

- **detox** – trvá několik dní až týdnů; zastavuje užívání drogy, minimalizuje symptomy odvykacího syndromu; je doprovázen psychoterapií, zejména individuální, zaměřenou na motivaci k další léčbě (Kalina 2001, s. 28);
- **krátkodobá léčba** – trvá 4-8 týdnů; má strukturovaný program; vhodná pro klienty motivované k další léčbě, kteří nezvládají abstinovat v rámci ambulantního programu a vyžadují komplexní péči (z důvodu dalších psychických či somatických komplikací); v ČR se příliš nevyužívá (Kalina 2001, s. 58);
- **střednědobá léčba** – trvá 3-6 měsíců; poskytují ji psychiatrické léčebny a nemocnice; nabízí strukturovaný program s léčebnými aktivitami, rehabilitační a resocializační aktivity obvykle chybí; léčba v délce trvání 3 měsíce se považuje za minimální dobu nutnou k dosažení trvalejšího účinku (Kalina 2001, s. 104);
- **dlouhodobá léčba** – trvá přibližně 1 rok; typická pro terapeutické komunity; je vhodná pro klienty, kteří jsou sociálně nezralí, nemají rozvinuté (nebo ztratili) sociální návyky a dovednosti, ztratili sociální zázemí (nebo je toto zázemí velmi narušené), mají narušené sociální vztahy, často mají kriminální minulost (Kalina 2001, s. 31-32).

Pobytová zařízení pro léčbu drogově závislých, ať už jsou to zařízení zdravotnická, zařízení sociálních služeb či jiná, vychází z metody terapeutické komunity jako systému organizace léčebného oddělení. V jednom čase a prostoru se setkají klienti různého věku, pohlaví a vzdělání, kteří spolu žijí a sdílejí skupinová sezení, program a pravidla, což jim umožní promítat do vzájemných vztahů problémy ze svého života. V tomto prostředí se podporuje vzájemná otevřenost a komunikace a na rozhodování se více či méně podílí celý systém (pracovníci i klienti/pacienti). V užším slova smyslu je terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie – metodou, kde ve vzorku malé společenské skupiny dochází k situacím, díky kterým se členové této skupiny učí korigovat sociálně nežádoucího chování a prožívání prostřednictvím vzájemných vztahů a komunikace. Samotný název metody – terapeutická komunita – vychází z předpokladu, že k uzdravení je potřebná jak terapie, tak společenství (Kalina 2008, s. 17).

Principy terapeutické komunity se běžně používají v praxi nejen při práci s drogově závislými, ale i s delikventy, s lidmi s těžkými poruchami osobnosti i s lidmi s psychózami. Tuto metodu práce využívají i pedagogická a vězeňská zařízení (Kalina 2008, s. 53).

První terapeutické komunity pro drogově závislé vznikaly ve Spojených státech v šedesátých letech jako "náhradní rodina". Vycházelo se z předpokladu, že závislý rodinu nemá nebo na něj měla negativní vliv, proto v prvních měsících léčby neměl klient možnost kontaktu se svou původní rodinou. O deset let později se rodina začala považovat za mocný zdroj pomoci a podpory a byla do procesu léčby zapojena i v rámci terapeutických komunit. Myšlenka spolupráce vycházela z faktu, že závislý se po léčbě vrací obvykle do původního prostředí. Trend spolupráce s rodinou se v USA rozšířil i do ambulantní práce se závislými a postupně dal vzniknout rodinnému poradenství i samostatným rodičovským skupinám (Nevšímal 2004, s. 64-65). U nás se model

terapeutické komunity postupně usazoval na platformu "léčebného kolektivu" známou od šedesátých let (Kalina 2008, s. 67).

Společnými znaky terapeutických komunit dle Kaliny (2008, s. 60-62) jsou:

- **neformální a otevřená atmosféra**, kde jsou možné hádky, smích i slzy;
- **pravidelná skupinová terapeutická setkání**, která slouží ke sdílení informací, vytvoření pocitu soudržnosti, umožňují zpětnou vazbu, vytváří prostor pro společné rozhodování a umožňují vyvíjet pozitivní tlak na jednotlivce, jejichž názory nebo chování jsou pro skupinu nepřijatelné;
- **společná práce na udržování a chodu zařízení** – část práce nevykonává personál, ale sami klienti (úklid, opravy apod.), což jim pomáhá cítit se jako součást celku, získávat nezbytné dovednosti pro život a zároveň jim tyto činnosti přináší prostor pro řešení vzniklých problémů a konfliktů (vycházejících ze spolupráce a odpovědnosti, práce vyžaduje vytrvalost);
- **klienti mají i terapeutickou úlohu**, a to ve vzájemném vlivu jeden na druhého, kdy berou odpovědnost nejen za sebe, ale i za spoluklienty a plní roli jakéhosi pomocného terapeuta;
- **podíl klientů na moci a rozhodování** – klienti mají skutečnou zodpovědnost za každodenní život v komunitě; rozhodují ve věcech jídelníčku, společně našetřených peněz apod., personál však musí udržet pod kontrolou případné destruktivní mechanismy;
- **společné hodnoty a myšlenky** – potíže jednotlivce spočívají v jeho vztazích s druhými lidmi, terapie je proces učení, všichni členové komunity jsou si rovni, členství v komunitě je samo o sobě hodnotou.

Terapeutická komunita vytváří svůj terapeutický potenciál díky neustálému napětí mezi terapií a realitou, kde na jedné straně je podporované a monitorované sociální učení a na straně druhé každodenní soužití členů komunity. Terapeutická komunita vytváří bezpečné prostředí pro osobnostní růst, umožňuje sociální učení prostřednictvím sociální interakce, učí klienty zodpovědnosti za své chování, zvyšuje jejich sebehodnotu díky zažitému úspěchu, pomáhá změnit negativní postoje k životu a vybudovat pozitivní žebříček hodnot a učí porozumět sobě samému a adekvátně prožívat a vyjádřit své emoce (Kalina 2001, s. 108).

2.4.3 Zapojení rodiny do léčby

První impuls k zapojení rodiny do procesu uzdravení závislého může vycházet od rodiny samotné (rodina zkouší všechny možnosti, jak svému dítěti pomoci), od závislého (cítí potřebu s rodinou sdílet, vyjasnit si minulost, naplánovat budoucnost) nebo od terapeuta/poradce (spolupráci s rodinou vidí jako nezbytnou pro další vývoj situace). Ať tak či tak, spolupráce s rodinnými příslušníky přináší do procesu léčby nový rozměr – reálné vztahy zatížené minulostí a otevřené do budoucnosti.

V první řadě je nutné podotknout, že v některých případech je spolupráce s rodinou nezbytná:

- **osoba závislá na návykových látkách je mladší 18-ti let** – je potřeba spolupráce a souhlas zákonných zástupců, do problému již může být zapojen orgán sociálně právní ochrany dětí;
- **léčba je zpoplatněna a osoba závislá na návykových látkách nemá žádný nebo dostatečný vlastní příjem** – je nutné alespoň finanční zapojení rodiny; jedná se zejména o pobytovou léčbu, ale i ambulantní konzultace v některých zařízeních jsou zpoplatněny (soukromí psychoterapeuti); některé terapeutické komunity vybírají od klientů příspěvky podle výše jejich příjmu (obvykle do

výše sociálních dávek, kdo příjem nemá – neplatí), jiné mají pevně stanovenou měsíční sazbu a pokud klient nemá vlastní úspory nebo příjem, pobyt hradí rodina z vlastních zdrojů (Šefránek 2007, s. 21).

Mnohem širší terapeutický prostor však otvírá spolupráce s rodinou na základě dobrovolnosti, kdy se rodina chce podílet na procesu uzdravy svého člena.

Zapojení rodiny do léčby zvyšuje dle Kaliny (2008, s. 314) schopnost klienta léčbu dokončit a zlepšuje léčebné výsledky. Aby se rodina do procesu uzdravy zapojila, musí spatřovat ve společné terapii přínos a být ochotná překonat pocity studu. Přínosem pro rodinu může být vyrovnání se s pocity selhání, posílení sounáležitosti rodiny a podpoření normálního rodinného života. Závislost dítěte rodiče vyčerpává, soustředí veškerou pozornost na problémy dítěte a svým potřebám se příliš nevěnují. Takto narušená rodina může doslova "bojovat o přežití", nebo alespoň potřebuje nastavit pravidla, která všem jejím členům umožní věnovat se sobě samým i jeden druhému navzájem a zároveň naplňovat potřeby své i potřeby celé rodiny.

Nevšímal (2007, s. 137) shrnuje poznatky z odborné literatury do tří významných důvodů, proč je vhodné zapojit členy rodiny do procesu léčby:

- **blízké osoby hrají významnou roli ve vývoji a udržování problémů** spojených s užíváním návykových látek;
- **rodina je významným zdrojem podpory** a pomoci závislým v průběhu jejich léčby i po ní;
- **blízké osoby byly zasaženy nevhodným chováním závislého** – násilí, krádeže, lhaní, manipulace, náladovost, nedostatečná komunikace a další.

Do spolupráce při úzdavě však nelze rodinu přinutit. Pokud ostatní členové nevidí v rodinném systému žádné problémy nebo si změnu nepřejí, pak rodinná terapie nemá smysl (Kalina 2008, s. 315).

Důležitou roli zde sehrává i terapeut/poradce, který rodinu může ke spolupráci motivovat.

V průběhu práce s rodinou dochází k odstraňování vzájemných křivd a omylů z minulosti, které se zdají být s odstupem času malicherné, ale přesto byly v rodině důvodem k odloučení až vzájemné nenávisti. I přes veškerou snahu pracovníků jsou někteří klienti a jejich rodiče schopni hrát vzájemné hry i po desetiletí a obtížně je opouštějí (Hulík in Čtrnáctá 2013, s. 92-93).

Pokud se však podaří probourat bariéru studu, strachu či nechuti ke změně a naváže se spolupráce s rodinou, může to přinést mnoho pozitivních změn nejen do života závislého, ale i do celého rodinného systému. Spolupráce s rodinou posiluje vzájemné vztahy jejích členů, odbourává rodinná tabu a to celé vede ke zlepšení celkové atmosféry v rodině.

Kalina (2008, s. 315-317) navrhuje schémata technik a cílů pro práci s rodinou v rámci rodinné terapie, která publikoval McKay v roce 2003, rozšířená o vlastní poznatky ze své praxe:

- **zavedení základních pravidel** – pravidla pro společná setkávání, pravidla pro závislého člena i pro ostatní členy rodiny, podmínky pro spolupráci, důvody vedoucí k ukončení spolupráce; zavedení základních pravidel pomáhá vytvořit strukturu a řád, které obvykle v rodině chybí;
- **zapojení, zakládání komunikační struktury** – každý člen rodiny má prostor a je mu nasloucháno, rodina se zapojuje stejnoměrně, terapeut se stává vzorem

pro budoucí komunikaci mezi členy rodiny, zároveň se snaží, aby se rodina neobracela pouze na něj, ale především jeden k druhému;

- **identifikace hlouběji ležících problémů** – od řešení primární zakázky (závislost dítěte) terapeut postupně přesouvá pozornost na hlubší rodinné problémy (hranice, role, důvěra, komunikace, vztahy, konflikty apod.); tento proces může u rodičů vyvolat úzkost, odpor či nedůvěru v terapii - je potřeba rodinu uklidnit, že terapie nemá za cíl hledat viníka, snaží se však řešit problém v komplexním náhledu a ve všech souvislostech;
- **podpora sdělování a sdílení** – nastolení otevřené komunikace je první velkou změnou a zároveň podmínkou dalších změn; rodinná komunikace bývá zasažena lží a manipulací; současně se členové rodiny učí přiměřeně vyjadřovat emoce (kladné i záporné);
- **zaměření na udržovací vzorce** – terapeut pomáhá rodině odhalit, co způsobilo rozvoj a udržení závislosti dítěte a vede rodinu ke změně těchto stereotypů; k těmto stereotypům patří ignorace a tabuizace problému s drogami, omlouvání selhání, krytí prohřešků, promíjení dluhů v rodině nebo splácení dluhů závislého mimo rodinu, ustupování z dodržování stanovených podmínek, vytrvalé odpouštění apod.

Dalším způsobem, jak zapojit rodinu do procesu uzdravy ze závislosti, jsou skupiny pro rodiče a blízké. Skupiny mají informační, motivační a podpůrný charakter, vytváří prostor pro sdílení zkušeností i emocí, umožňují rodičům získat zpětnou vazbu (Kalina 2008, s. 317-318). Rodičovská skupina může být uzavřená (např. pro rodiče klientů konkrétní terapeutické komunity) nebo otevřená (skupinu navštěvují rodiče dětí užívajících drogy bez ohledu na to, zda dítě aktuálně užívá, léčí se nebo abstínuje).

Možností, jak přistupovat k práci s rodinou, je ovšem více – od informačních seminářů a dnů otevřených dveří, přes společné akce s klienty a jejich rodinnými příslušníky (výlety apod.), až po speciální události v rámci léčby (přítomnost rodičů na ukončovacím rituálu klienta). Tyto přístupy nejsou přímo terapeutické, ale proces léčby mohou významně pozitivně ovlivnit (Kalina 2008, s. 319).

Aby byl program práce s klienty a jejich blízkými efektivní, je potřeba reagovat na potřeby dané rodiny. Potřeby rodiny lze zjistit různými způsoby, např. rozhovorem, dotazníkem, v rámci skupinového sezení. Zároveň se potřeby v průběhu léčby mění – zpočátku jde spíše o porozumění problému závislosti, později rodina řeší hlouběji uložené problémy celého rodinného systému – proto je důležité tyto potřeby v průběhu práce monitorovat a reagovat na jejich změnu (Nevšímal 2007, s. 141-143).

Práce s rodinou klienta má i svá úskalí. Skloubení individuální práce se závislým a práce s jeho rodinou v rámci jedné léčby bezesporu přináší užitek, někdy však může být zdrojem konfrontací, zmatků a bojů o klienta. Kalina (Čtrnáctá 2013, s. 17) připomíná několik zásad při práci s rodinou:

- **blízcí klienta jsou v terapii vždy přítomni** – ikdyž nesedí vedle nás, v životě klienta existují či existovaly jako reálné osoby;
- **naším klientem je osoba, se kterou uzavřeme kontrakt o změně** – nemáme oprávnění měnit ostatní členy rodiny bez jejich souhlasu, ikdyž je nám zjevné, že změnu potřebují;
- **zkusme rodině porozumět** – rodina má problém, není koho obviňovat; rodina je spoluzodpovědná za budoucnost; každá rodina má svůj příběh a může dospět k příběhu jinému, přičemž není důležité objevovat pravdu, ale hledat význam jejich příběhu, cílem není měnit chování, ale začít nový příběh; přetahování

o klienta s jeho rodinou (která mu podle nás škodí a zavinila celou situaci) nemá smysl;

- **neexistuje objektivní pravda a nenáleží nám ji hledat** – pracujeme s klientovou verzí příběhu a můžeme se ptát na verze ostatních členů rodiny; při práci s rodinou nasloucháme všem verzím účastníků;
- **citlivé zacházení s tématem separace** – cílem je navození situace, kdy bude možné dosáhnout přirozené a funkční separace klienta od rodiny;
- **bdělost vůči koalicím** – mladý terapeut může mít tendenci uzavřít koalici s mladým klientem proti jeho rodičům a naopak;
- **komunikační čistota a kázeň** – terapeutická intervence nesmí nikomu přinést zahanbení; terapeut nesmí být doručovatelem vzkazů na trati "klient-rodina"; v komunikaci je důležitá autonomie zúčastněných, nepoškozování, prospěšnost, spravedlnost (zacházení jako rovný s rovným) a věrnost (dodržovat sliby, ctít práva druhého, diskrétnost).

"V každém případě platí, že rodina mimo terapii svého člena může být součástí problému, rodina zapojená do terapie může být součástí řešení" (Kalina in Čtrnáctá 2013, s. 17).

3 Praktická část

Tématem bakalářské práce je souvislost mezi rodinným zázemím klientů Terapeutické komunity ADVAITA a užíváním psychotropních látek. V předchozím textu byly shrnuty teoretické poznatky ze zdrojů odborné literatury k danému tématu.

Praktická část bakalářská práce se zabývá průzkumem znaků rodinného prostředí klientů TK ADVAITA a průzkumem úspěšnosti léčby s ohledem na rodinnou podporu klientů. V závěru kapitoly je průzkum vyhodnocen a jsou navržena opatření pro další praxi.

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit metodou analýzy dokumentů, zda rodinné zázemí klientů TK ADVAITA vykazuje společné znaky a najít tak možné souvislosti rodinného zázemí s užíváním psychotropních látek (znaky rodinného prostředí, které mají vliv na rozvoj závislosti, jsou vymezeny v teoretické části bakalářské práce v kapitole 2.3).

3.1.1 Předpoklady průzkumu

Abychom mohli zodpovědně přistoupit k provedení průzkumu, stanovili jsme na základě teoretických poznatků a zkušeností z praxe následující předpoklady:

1. Do TK ADVAITA se dostává více klientů z rozpadlých rodin než z rodin kompletních.
2. Do TK ADVAITA nastupuje více klientů žijících před léčbou mimo rodinu než klientů žijících alespoň s jedním z rodičů.

3.2 Prostředí průzkumu

Průzkum probíhal v Terapeutické komunitě ADVAITA v Nové Vsi u Liberce (dále TK ADVAITA), která je jedním z programů ADVAITA, z. ú.

TK ADVAITA je zařízením sociální služby podle §68 zákona č. 108/2006, o sociálních službách. Nabízí dobrovolný dlouhodobý resocializační program pro osoby závislé na návykových látkách. Délka léčby je stanovena na 7-15 měsíců, průměrná délka dokončeného programu je 11 měsíců.

Zařízení přijímá klienty z celé České republiky.

Služba je financována vícezdrojově, přičemž zdroje lze rozdělit do 4 kategorií: státní a krajské zdroje, příspěvky měst a obcí, příspěvky fyzických osob a nadací a zdroje z vlastní činnosti zařízení.

Hlavním zdrojem jsou dotace Ministerstva práce a sociálních věcí a Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (až 70%). Dalším významným zdrojem financí je Liberecký kraj, tedy dotace Krajského úřadu Libereckého kraje.

Financování drogových služeb v Libereckém kraji je podporováno také jednotlivými obcemi, které se na základě dobrovolnosti rozhodli pro zapojení do systému finanční podpory protidrogové politiky kraje. Obce jsou rozděleny podle velikosti a každá pak dle tohoto klíče přispívá určitou částkou za každého svého obyvatele.

TK ADVAITA navázala úzkou spolupráci s Potravinovou bankou Liberec, o. s., ze které čerpá potravinovou pomoc a na oplátku pomáhá s propagací projektu. Dary fyzických osob jsou v rozpočtu velmi nízkou položkou.

Vlastním zdrojem financí je finanční spoluúčast klientů – platby klientů. Denní platba za pobyt je stanovena na 260,- Kč, přičemž klienti hradí do výše svého příjmu. V praxi

to znamená, že dle smlouvy o poskytnutí sociální služby klient zaplatí maximálně do výše 85% svého příjmu (zbylých 15% slouží na úhradu osobních potřeb – léky, hygiena, korespondence aj.) a nedoplatek se nepřevádí do dalšího období (tzn. klient nedluží). V ČR je tento způsob úhrady služeb spíše ojedinělý, většina terapeutických komunit má pevně stanovenou částku za pobyt a pokud klient nemá dostatečný příjem, musí se na jeho pobytu finančně podílet i rodina klienta.

Za zdroj financí lze považovat i prodej výrobků, které klienti vytváří v rámci pracovní terapie. Výnosy z prodeje se používají na nákup dalšího materiálu a potřeb pro pracovní terapii a její zdokonalování, jako jsou stroje a nástroje, ochranné pomůcky apod., takže výsledný zisk je minimální.

Personální obsazení služby je rozmanité. Na vrcholu pomyslné pyramidy je výkonná a finanční ředitelka spolu s odborným ředitelem (odborný ředitel má vzdělání psychiatra). Komunita jako taková je pod vedením pověřené vedoucí služby, která má sociálně zaměřené vysokoškolské vzdělání a psychoterapeutický výcvik. Další personál je složen z terapeutů, hospodářky, sociální pracovnice a pracovní terapeutky. Terapeutický tým je složen multidisciplinárně – psycholog, speciální pedagožka, dvě adiktoložky a dva socioterapeuti. Na externí výpomoc jsou zaměstnání další 3 odborní pracovníci, z nichž dva (adiktoložka a socioterapeut) pracují v běžném provozu a jedna socioterapeutka s výcvikem v rodinné terapii vypomáhá 4x ročně při rodinných víkendech.

TK ADVAITA je pobytové zařízení určené lidem ve věku od 18-ti let, kteří jsou závislí na užívání návykových látek. Zařízení má kapacitu 15 lůžek (11 lůžek pro muže je ve 3 pokojích, 4 lůžka pro ženy jsou v jednom pokoji). Hlavním posláním služby je uzdravovat lidi ze závislosti, a to především prostřednictvím postupů podporujících jejich osobní rozvoj a změnu životního stylu.

Cílovou skupinou jsou osoby závislé na užívání návykových látek, především nelegálních. Klienti mají těžší psychosociální nebo somatické poškození s následujícími znaky: dlouhodobé užívání návykových látek, nitrožilní aplikace, závažné sociální dopady (dluhy, nezaměstnanost, sociální vyloučení, neschopnost pečovat o děti apod.), předchozí neúspěšné pokusy o uzdravení včetně pokusů o léčbu ambulantní či pobytovou, konflikty se zákonem, předchozí výkon trestu odnětí svobody apod.

TK ADVAITA přijímá muže i ženy, ne však partnerské dvojice. Program není uzpůsoben pro pobyt matek s dětmi.

Služba směřuje k sociální rehabilitaci a integraci klientů do běžné společnosti. Sociální rehabilitací se rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností. Služba přispívá k obnově fyzického i psychického zdraví klientů, umožňuje jim osvojit si praktické dovednosti pro každodenní život, aktivně pracovat na zlepšení rodinných či partnerských vztahů a řešit otázky spojené s bydlením, zaměstnáním, studiem a s následnou odbornou péčí.

Program služby dále nabízí podporu při řešení problémů v oblasti právní a finanční a doprovází klienty při změně jejich hodnotového systému tak, aby to bylo v jejich zájmu a v souladu s jejich potřebami, a zároveň přijatelné pro společnost, do které se budou vracet.

3.3 Použité průzkumné metody

Pro získání potřebných údajů jsme použili metodu analýzy dokumentů – konkrétně kvalitativní analýzu písemných archivních dat. Cílem analýzy bylo zjistit frekvenci jednotlivých znaků rodinného prostředí v anamnézách klientů TK ADVAITA a vyhodnotit účinnost spolupráce s rodinou při léčbě těchto klientů.

K průzkumu jsme použili vnitřní archivní dokumentaci TK ADVAITA, a to především vstupní psychosociální vyšetření klientů. K získání stručných charakteristik klientů a k průzkumu efektivity spolupráce s rodinou v průběhu léčby byla dále použita statistická data TK ADVAITA vedená sociální pracovníci jako excelová tabulka (dále statistická tabulka).

Psychosociální vyšetření je komplexní anamnéza klienta prováděná do 14-ti dnů od nástupu klienta do TK ADVAITA. Psychosociální vyšetření je výstupní dokument rozhovoru klienta s pracovníkem TK ADVAITA (obvykle vedoucí, občas terapeut), tento rozhovor trvá 2-4 hodiny v závislosti na množství informací, které klient sděluje a jeho sdělovacím schopnostem. Pracovník vede s klientem strukturovaný rozhovor o průběhu života klienta, zaznamenává sdělení klienta a poté je zapíše formou souvislého textu do předem nastaveného vzoru psychosociálního vyšetření. Vzor psychosociálního vyšetření je z důvodu lepší přehlednosti rozdělen na několik samostatných kapitol a podkapitol, které se můžou navzájem prolínat, analýza tohoto dokumentu byla tedy časově velmi náročná.

Vzhledem k tomu, že by byl vzor psychosociálního vyšetření jedinou přílohou bakalářské práce, rozhodli jsme se zde uvést pouze strukturu psychosociálního vyšetření:

- **motivace ke změnám, zakázka, očekávání od pobytu;**
- **drogová anamnéza** – věk prvního užití, doba užívání jednotlivých látek, hlavní droga, forma aplikace, množství, sdílení jehel, období pravidelného užívání, období abstinence, předávkování, výdaje za drogy, datum posledního užití, stručné shrnutí;
 - následky (problémy) vyplývající z užívání – fyzické, psychické, finanční, vztahové, sociální;

- užívání návykových látek rodinnými členy a ostatními významnými bližními;
- terapeutické intervence – druh, typ, délka léčby, výsledky, období následné abstinence;
- **rodinná anamnéza:**
 - rodiče – jména, věk, povolání, výskyt závažných problémů ve vztahu k návykovým látkám;
 - sourozenci – jména, věk, povolání, výskyt závažných problémů ve vztahu k návykovým látkám;
 - děti – jména, věk, kdo o ně pečuje;
 - ostatní příbuzní – jména, věk, povolání, výskyt závažných problémů ve vztahu k návykovým látkám;
 - celková charakteristika rodiny – vztahy, mýty, rituály, tabu;
- **osobní anamnéza:**
 - porod a psychomotorický vývoj v prvních třech letech života;
 - dětství – včetně kontaktu s psychiatrií a jinými institucemi;
 - škola – vzdělání, prospěch, o které předměty měl klient zájem, problémy, volba povolání;
 - zájmy – sport, koníčky, záliby;

- zaměstnání – kvalifikace, vztahy, úspěšnost, problémy, období zaměstnanosti, nezaměstnanosti, zdroj obživy, zejména v poslední době;
- ZVS – vojna;
- zdravotní problémy somatické, nemoci, úrazy, hospitalizace, psychické poruchy v minulosti, sebevražedné pokusy;
- sex – první zkušenosti, počátek sexuálního života, sexuální orientace, zneužití, pohlavní choroby;
- manželství, partnerské vztahy, sociální vztahy – s kým bydlí, s kým tráví čas, blízké vztahy, těžké problémy, sociální situace rodiny, rozvody;
- trestná činnost – trestní stíhání, soudy, odsouzení, tresty, pokuty, soudně nařízená léčba;
- psychický vývoj – povahové rysy, postavení v kolektivu, vlastní percepce závislosti, silné a slabé stránky pro terapii;
- víra, hodnoty, duchovní orientace;
- **léčebný plán** – zdravotní oblast, sociální oblast, terapeutická oblast;
- **další informace** – informace, které nelze zařadit do kategorií, ale pracovník považuje za důležité je zaznamenat, např. jak klient spolupracoval, jak se cítil, co prožíval při vzpomínkách.

Psychosociální vyšetření slouží potřebám pracovníků TK ADVAITA pro práci s konkrétním klientem. Sdělení v něm uvedená jsou tedy jasná a srozumitelná pro

všechny pracovníky (odborného ředitele, terapeuty, sociální pracovníci i pracovní terapeutku).

Statistická tabulka slouží vedoucí TK ADVAITA pro tvorbu průběžných a závěrečných zpráv zařízení a pro tvorbu výroční zprávy organizace. Data uvedená ve statistice jsou jasná a srozumitelná (čísla, hesla), aby bylo možné jejich rychlé vyhodnocení v rámci excelových funkcí.

3.4 Průběh průzkumu

Průzkum probíhal v měsících únor-září roku 2015 v prostorách TK ADVAITA. Vzhledem k citlivosti zkoumaných dat a s ohledem na ochranu osobních údajů nebylo možné data jakkoli přenášet či vynášet mimo prostor zařízení. Díky tomu, že jsme měli profesní vazby na dané zařízení, měli jsme k těmto datům přístup a byli jsme vázáni povinnou mlčenlivostí v rámci profese i průzkumu.

Dokumenty jsme získali plánovaným a systematickým postupem – v archivu TK ADVAITA jsme určili složky klientů, které odpovídaly výzkumnému souboru, ze složek jsme vybrali psychosociální vyšetření a s nimi jsme nadále pracovali.

Data z analýzy dokumentace jsme v průběhu průzkumu zaznamenávali do tabulky. Vycházeli jsme z dvourozměrné statistické tabulky, kde první sloupec označoval subjekty průzkumu (jména klientů) a první řádek určoval sledované znaky (zkoumané kategorie a další informace). Ze statistické tabulky jsem vygenerovali data potřebná pro průzkum a přiřadili jsme znaky sledované z psychosociálního vyšetření. Některé znaky byly měřitelné (věk klienta, věk prvního užití drogy, počet dětí apod.) a jiné kategoriální (pohlaví, způsob ukončení léčby, zdroj financí na obstarání drog apod.). Znaky z psychosociálních vyšetření jsme kódovali do jednotlivých kategorií. V počátcích průzkumu jsme několikrát přehodnotili jednotlivé kategorie – některé se ukázaly jako nezjistitelné nebo nepotřebné pro průzkum, jiné naopak vyvstali v průběhu průzkumu

jako zajímavé a rozhodli jsme se je použít. U některých kategorií bylo nutné editovat související informace. Bližší specifikaci definitivně vybraných kategorií a případné editace uvedeme v následující kapitole.

V první fázi zaznamenávání dat jsme vycházeli z obsahu psychosociálního vyšetření a doslovně uváděli to, co bylo v textu. Vyskytl se však problém s přemírou dat, např. v kategorii "bydlení před léčbou" – u otce, u matky, s kamarádem, s partnerem, se sexuálním partnerem, střídavě u kamarádů a na ulici apod. Takové kategorie jsme vyhodnotili jako velmi chaotické a pro lepší přehlednost výsledku jsme se rozhodli je rozdělit do dvou subkategorií – bydlení stálé (dále u rodiče/rodičů, samostatně, u příbuzných) a nestálé (ubytovna placená na velmi omezenou dobu, drogový byt, drogový či sexuální partner/partnerka, ulice, jinak nestálé bydlení).

V průběhu průzkumu jsme také narazili na problém s chybějícími nebo duplicitními daty a byli jsme nuceni několik subjektů ze vzorku odstranit. Z původně plánovaného totálního výběru jsme museli ustoupit a zaměřit se na výběr záměrný. Důvody odstranění jsou rovněž uvedeny v následující kapitole.

Po nashromáždění potřebných dat bylo možné jednotlivé klienty označit pořadovým číslem a tato anonymní data vynést ze zařízení k dalšímu zpracování a vyhodnocení. Výsledky tohoto vyhodnocení jsou uvedeny v kapitole 3.6 a 3.7 v následující části bakalářské práce.

Samotné vyhodnocování sesbíraných dat byla časově velmi náročná práce, kdy jsme pracovali nejen se zaznamenanými daty, ale často také s časovou osou, aby bylo možné jednotlivé znaky přiřadit do období před zahájením drogové kariéry klienta nebo až po něm (a tím zjistit, zda daná skutečnost mohla mít vliv na rozvoj závislosti klienta nebo byla důsledkem či vyústěním problémů spojených s užíváním drog – např. znak "sexuální zneužití").

Sesbírané údaje jsme pro přehlednost uspořádali do obecnějších trsů a takto jsou prezentovány v kapitole 3.7 bakalářské práce.

3.5 Validita průzkumu

K dosažení kvalitního výsledku průzkumu je nutné zkoumat také validitu průběhu průzkumu a validitu zjištění. Kapitola řeší otázky spojené s validitou a reliabilitou zkoumaného souboru, validitou badatele a popisuje další souvislosti ovlivňující validitu průzkumu jako celku.

Pro průzkum je psychosociální vyšetření validním dokumentem, protože velmi podrobně zjišťuje charakteristiky rodinného zázemí klienta. Reliabilita dokumentu je ovlivněna subjektivním vnímáním pracovníka, který vede rozhovor, naslouchá klientovi a nakonec zpracovává z poznámek výsledný text psychosociálního vyšetření.

Validita statistické tabulky je pro potřeby průzkumu značně omezená a je spíše doprovodným nástrojem pro získání dat, která z hlediska charakteru psychosociálního vyšetření (zpracovává se na začátku léčby) nemohou být v psychosociálním vyšetření uvedena (např. kategorie spolupráce s rodinou v rámci léčby, délka léčby). Její reliabilita je vyšší než reliabilita psychosociálního vyšetření, obsah tabulky má však spíše kvantitativní charakter a nevypovídá o kvalitách sledovaných znaků.

Všeobecný vliv badatele na validitu průzkumu byl v našem případě pozitivní – badatel se v prostředí průzkumu pohyboval 7 let a byl nejen schopný zaznamenat data vyhodnotit, ale zároveň byl schopný na základě vlastní zkušenosti zhodnotit jejich úplnost. Badatel se v problematice orientoval, měl teoretický základ i praktické zkušenosti, byl osobnostně vyzrálý, schopný zdravé sebekritiky a sebereflexe, zároveň celý průběh průzkumu konzultoval s odborným personálem zařízení včetně vedoucího zařízení. Badatel se nepodílel na tvorbě psychosociálních vyšetření, avšak podílel se na tvorbě statistické tabulky. Tato skutečnost mohla mít na průzkum jak pozitivní dopad

(badatel nebyl ovlivněn vzpomínkami na průběh rozhovoru s klientem), tak i dopad negativní (badatel nemohl nijak ovlivnit vznik textu).

Výběrový soubor podléhal kritériím, která byla v souladu s projektem výzkumu a soubor zahrnoval všechna data, která byla pro průzkum relevantní (pouze 6 odstraněných subjektů).

3.6 Popis zkoumaného souboru

V této kapitole vymezíme zkoumaný soubor a určíme výběrový soubor, ve kterém jsme provedli průzkum. Dále stanovíme významovou jednotku daného souboru a vymezíme a popíšeme analytické kategorie, které jsme v průzkumu sledovali.

3.6.1 Vymezení souboru

Základním souborem (tzv. teoretickým výběrem) pro nás byly archivní dokumenty za posledních 5 let, tzn. psychosociální vyšetření a statistické údaje klientů, kteří do TK ADVAITA nastoupili v období od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2014. Základními požadavky pro zkoumání dat byla dostupnost dat a kritérium již ukončené léčby (tzn. klient už léčbu ukončil a bylo tedy možné vyhodnotit, zda se jeho rodina spolupodílela na procesu léčby a zda klient programem prošel řádně, nebo program ukončil svévolně na základě vlastního rozhodnutí, nebo byl vyloučen z disciplinárních důvodů). Toto kritérium jsme zkoumali ze statistické tabulky, která je popsána v kapitole 3.3 bakalářské práce.

Prostým záměrným výběrem jsme do výběrového souboru zařadili data o klientech, kteří nastoupili v období od 4. 1. 2010 do 23. 10. 2014. Ze základního souboru musela být kromě současných klientů (těch, kteří léčbu ještě nedokončili) také odstraněna data 6 subjektů:

- 2 klienti setrvali v léčbě velmi krátkou dobu, kdy neproběhlo psychosociální vyšetření (1 muž 8 dní, 1 žena 7 dní);
- 3 klienti nastoupili v daném období dvakrát, tzn. že by zkoumaná data vykazovala ve většině kritérií duplicitu; vzhledem k velmi krátké době mezi odchodem z "první léčby" a nástupem do "druhé léčby" jsme použili statistické údaje z druhé léčby (vycházeli jsme z předpokladu, že klient nezvládl stresovou situaci, z terapeutické komunity odešel, svého rozhodnutí litoval a vrátil se, aby léčbu dokončil);
- u 1 klientky jsme nedohledali psychosociální vyšetření, přestože v léčbě byla dlouho a vyšetření muselo být provedeno.

Výběrový soubor nakonec obsahoval 80 subjektů, s nimiž bylo možné dále pracovat.

3.6.2 Významová jednotka

Za významovou jednotku jsme určili ty kapitoly psychosociálního vyšetření a ty kategorie statistické tabulky, které měly souvislost s výzkumnou otázkou.

Ze statistické tabulky to byl věk klienta při nástupu do léčby (dále jen věk klienta), dosažené ukončené vzdělání, délka pobytu v TK ADVAITA, odkud klient do TK nastoupil (detox, psychiatrická nemocnice), základní droga, způsob užívání drog, délka pravidelného užívání drog v letech, způsob ukončení léčby (s diplomem, svévolně, trestně), zjištěná hepatitida typu C a spolupráce s rodinnými příslušníky v průběhu léčby.

Z psychosociálního vyšetření jsme použili kapitoly drogová anamnéza (celkový popis, podkapitola užívání návykových látek rodinnými příslušníky a podkapitola terapeutické intervence), rodinná anamnéza (podkapitoly rodiče, sourozenci, děti a celková

charakteristika rodiny), osobní anamnéza (podkapitoly dětství, zaměstnání, sex a trestná činnost) a další informace.

3.6.3 Stanovení analytických kategorií

Při tvorbě analytických kategorií jsme použili přístup analytické dedukce - vycházeli jsme z předem zjištěných teoretických poznatků o znacích rodinného prostředí, které můžou ovlivnit rozvoj závislosti (kapitola 2.3 bakalářské práce) a dále z předmětu zkoumání a stanovených předpokladů.

Na základě těchto kritérií jsme stanovili následující analytické kategorie a podkategorie:

- **věk klienta při zahájení léčby** – označeno číselně;
- **věk prvního užití drogy** – označeno číselně;
- **základní droga** – podkategorie: pervitin, heroin, THC, kombinace pervitinu a heroinu; k tomu poznámka, zda je přidružena závislost na alkoholu;
- **intravenózní aplikace** – podkategorie: ano, ne;
- **předchozí zařízení** – odkud klient přichází; podkategorie: detox, psychiatrická léčebna/nemocnice (myšleno předcházející střednědobá léčba 3-6 měsíců);
- **délka léčby** – číselně vyjádřený počet dní, které klient strávil v TK ADVAITA;
- **způsob odchodu** – podkategorie: D (řádně ukončená léčba s diplomem), S (svévolný odchod na základě vlastního rozhodnutí) a T (odchod trestný, klient vyloučen z disciplinárních důvodů);

- **vzdělání** – myšleno nejvyšší dosažené a dokončené vzdělání klienta; podkategorie: ZŠ (základní vzdělání), V (výuční list), SŠ (středoškolské vzdělání ukončené maturitou) a SŠ-G (gymnázium ukončené maturitou);
- **hepatitida C** – označení klientů s diagnózou žloutenky typu C; postižení klienti označení "C", klienti bez hepatitidy neoznačení;
- **rodinná terapie** – myšlena spolupráce s rodinou klienta v rámci pobytu v TK ADVAITA při rodinných víkendech; ke spolupráci vyzváni rodiče, sourozenci a nedrogoví partneři/partnerky, případně děti klientů; podkategorie: ano, ne;
- **pokus o léčbu** – kolikátým pokusem o léčbu je současný nástup klienta do TK ADVAITA, přičemž za pokus o léčbu pokládáme nástup klienta do zařízení pro střednědobou a dlouhodobou léčbu, nikoliv několikadenní hospitalizace na detoxu (pozn.: v anamnézách klientů se často vyskytuje "*Nastoupil jsem na pár dní na detox, abych se dal fyzicky dohromady, ale léčit jsem se nechtěl*"); číselně vyjádřeno;
- **sourozenci** – kolik sourozenců má klient, zda jsou starší nebo mladší; vyjádřeno zkratkou: S (starší), M (mladší), D (dvojče); záznam "S, D" označoval klienta, který má dva sourozence, přičemž jednoho staršího a jedno dvojče, záznam "M, S, S" označoval klienta, který má tři sourozence, přičemž jeden je mladší a dva jsou starší apod.;
- **odchod rodiče** – podkategorie: O (otec), M (matka), X (žádný z rodičů neodešel od rodiny); záznam "O, M" označoval klienta, kterému odešli oba rodiče;
- **rozchod/rozvod** – bližší specifikace odchodu rodiče; podkategorie: O (otec), M (matka); označení identifikovalo rodiče, který odešel od dítěte; dále

zaznamenáno, kolik let bylo klientovi při tomto odchodu (pozn.: záznam "O/7" označoval klienta, kterému odešel při rozvodu rodičů otec, když mu bylo 7 let);

- **úmrť** – podkategorie: O (otec), M (matka), S (sourozenec), D (dědeček, který se významně podílel na výchově), B (babička, která se významně podílela na výchově); dále zaznamenáno, kolik let bylo klientovi, když důležitá osoba zemřela (pozn.: záznam "M/22" označoval klienta, kterému zemřela matka, když mu bylo 22 let);
- **nemoc** – podkategorie: O (otec), M (matka), S (sourozenec), D (dědeček, který se významně podílel na výchově), B (babička, která se významně podílela na výchově); dále zaznamenáno, o jaké onemocnění se jednalo (pozn.: záznam "M-psych." označoval klienta, jehož matka měla psychiatrickou diagnózu); zaznamenána byla onemocnění, která zatížila rodinný systém v průběhu dětství a dospívání klienta;
- **funkční rodina** – podkategorie: ano, ne; u podkategorie "ne" zaznamenán stručný důvod; vychází ze subjektivního hodnocení rodinného prostředí klientem při psychosociálním vyšetření;
- **domácí násilí** – podkategorie: ano, ne; označuje klienty, kteří uvedli, že v rodinném prostředí docházelo k domácímu násilí; dále poznamenáno, zda byl agresorem otec, matka, sourozenec nebo docházelo k obecnému domácímu násilí (pozn.: záznam "ano/O" označoval klienta, v jehož rodině docházelo k domácímu násilí a agresorem byl otec);
- **konflikty** – podkategorie: ano, ne; označuje klienty, kteří při psychosociálním vyšetření uvedli, že v rodině docházelo k častým konfliktům; dále označení osob, mezi nimiž ke konfliktům docházelo (pozn.: záznam "ano/r-r" označoval klienta, který uvedl, že mezi rodiči docházelo ke konfliktům, záznam

"ano/nO-k" označoval klienta, který uvedl, že ke konfliktům docházelo mezi ním a nevlastním otcem);

- **zneužití** – podkategorie: ano, ne; označoval klienta, který uvedl, že byl pohlavně zneužitý; dále uveden věk pohlavního zneužití (pozn.: záznam "ano/12" označoval klienta, který byl pohlavně zneužitý ve 12 letech); dále uvedena poznámka, kdo byl sexuálním agresorem;
- **návykové látky** – podkategorie O (tec), M (matka), S (sourozenec), D (dědeček, který se významně podílel na výchově), B (babička, která se významně podílela na výchově), P (ostatní příbuzní, se kterými byl klient v intenzivním kontaktu – strýc, teta, bratřenci, sestřenice); dále uvedena poznámka, o jaký typ návykové látky se jednalo;
- **profese matky** – podkategorie: náročná práce (podnikatelka, manažerka), běžná práce (dělnice, prodavačka, zdravotní sestra), nezaměstnaná, ID (invalidní důchod);
- **profese otce** – podkategorie: náročná práce (podnikatel, manažer), běžná práce (dělník, zedník, tesař), nezaměstnaný, ID (invalidní důchod), "X" (tec v rodině chyběl, pracovala pouze matka); tuto kategorii jsme vyplňovali u biologických i nevlastních rodičů (vždy u těch, kteří byli přítomní v době dospívání klienta a měli tak větší vliv na jeho výchovu);
- **děti** – číselné vyjádření počtu dětí klienta;
- **VTOS** – podkategorie: ano (klient byl ve výkonu trestu odnětí svobody), P (klient byl/je podmíněně odsouzen), TŘ (klient je aktuálně vyšetřován v trestním řízení);

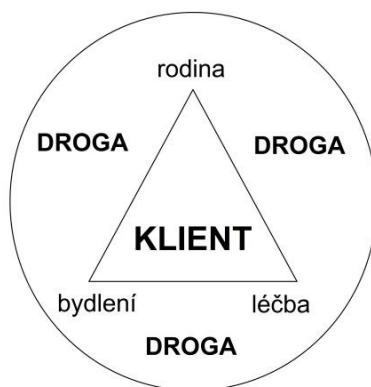
- **ústavní výchova** – podkategorie: ano, ne; označuje klienta, který byl v průběhu dětství nebo dospívání v ústavní výchově; dále poznámka zda šlo o dětský domov (DD) nebo diagnostický či výchovný ústav (Ú) (pozn.: z psychosociálního vyšetření nelze rozeznat diagnostický a výchovný ústav, klienti obvykle tato zařízení souhrnně označují jako "past'ák" a zapisovatel ne vždy konkrétně identifikoval typ zařízení);
- **pracovní zkušenost** – podkategorie: ano, ne; označuje stálou pracovní zkušenost v minulosti;
- **zaměstnání** – podkategorie: ano, ne; označuje klienty, kteří byli před nástupem do TK ADVAITA ve stálém pracovním poměru;
- **obživa** – podkategorie: výplata, drogy, krádeže, sex (prostituce), sociální dávky, půjčky, partner (vyživování partnerem/partnerkou), rodiče (peníze získané od rodičů);
- **bydlení** – podkategorie: stálé, nestálé; dále poznámka: stálé – vlastní pronájem, u rodičů, u příbuzných; nestálé – ubytovna, drogový byt, u drogového partnera/partnerky, na ulici, celkově nestálé (časté střídání – tam, kde klienta zrovna někdo ubytoval; také "*střídavě na ulici a u kamarádů*", přičemž šlo převážně o drogové přátele);

V textu psychosociálního vyšetření a ve statistické tabulce se počítala frekvence těchto výše popsaných jevů.

3.7 Zpracování údajů - kvantifikace analytických kategorií

V této části bakalářské práce budou představena a názorně zobrazena data získaná průzkumem. Interpretací získaných dat se zabývá další kapitola.

Téma je zpracováno metodou vytváření trsů, vycházeli jsme z následujícího schématu:



Ilustrace 1: Schéma trsů

Uprostřed zobrazeného schématu je klient – zkoumali jsme rodinu klienta, bydlení před léčbou i klientův pobyt v léčbě. Jednotlivé vrcholy trojúhelníku se navzájem ovlivňují: rodina má svým (ne)působením vliv na průběh léčby (mnohdy i na samotný nástup do léčby), tak jako léčba může ovlivnit další fungování rodiny. Bydlení je prostředí, ze kterého klient do léčby přichází a jedním z cílů léčby je, aby měl klient před odchodem zajištěné bydlení stálé a bezpečné. K tomu může (a nemusí) přispět i rodina. Zastáváme názor, že není vhodné, aby se klient po léčbě vracel domů k rodičům (pokud u nich žil), spíše je žádoucí jeho osamostatnění. Celý tento systém je však stále ovlivněn drogou, kterou klient užíval a ke které může mít tendence se vracet.

3.7.1 Trs 1: KLIENT

Tabulka 1: Obecná charakteristika klientů

Zastoupení klientů v TK ADVAITA N=80			
Dle pohlaví	27,5 % ženy		72,5 % muži
Průměrný věk	27 let	Věkové rozmezí	19-39 let
Vzdělání	49 % ZŠ	34 % Vyučen	17 % SŠ
Děti	21%		
Zaměstnání	92,5 % zkušenost		11 % před léčbou
Trestní minulost	51 % bez trestního stíhání		49 % trestně stíháno

Ve výběrovém zkoumaném souboru bylo zahrnuto 80 klientů, z toho 22 žen a 58 mužů, ve věkovém rozmezí 19-39 let. Průměrný věk klienta byl 27 let.

- 49 % (39 klientů) mělo dokončené pouze základní vzdělání, 34 % (27 klientů) získalo výuční list a 17 % (14 klientů) mělo dokončené středoškolské vzdělání s maturitou (z toho 3 klienti gymnázium);
- 21 % (17 klientů) mělo děti (7 klientek, 10 klientů), z toho 13 klientů mělo 1 dítě, 3 klienti měli 2 děti a 1 klientka měla 4 děti;
- 92,5 % (74 klientů) mělo v minulosti pracovní zkušenost (pouze 6 klientů nikdy nepracovalo), 11 % (9 klientů) nastoupilo do léčby v pracovní neschopnosti (byli zaměstnaní bezprostředně před léčbou).
- 51 % (39 klientů) bylo/je při nástupu do léčby trestně stíháno, z toho 17 klientů bylo ve výkonu trestu odnětí svobody, 18 klientů mělo/má podmínku, 4 klienti jsou při nástupu do léčby v trestním řízení.

V souvislosti s trestním stíháním uvádíme zdroj financí na drogy (většina klientů uvedla více zdrojů současně):

Tabulka 2: Zdroj financí na drogy

Získávání financí	N=80
Krádeže	55%
Drogy	40%
Výplata	13%
Rodiče	9%
Partner/partnerka	9%
Půjčky	5%
Sex	5%
Sociální dávky	4%

Z psychosociálních vyšetření vyplynulo, že nejčastějším zdrojem financí na drogy byla majetková trestná činnost (55 % = 44 klientů) a drogová trestná činnost (40 % = 32 klientů; výroba či distribuce), často kombinace obojího.

- 13 % (10 klientů) za zdroj peněz uvedlo výplatu (z toho jen 8 klientům stačila pouze výplata, 2 klienti uvedli k výplatě ještě krádeže a distribuci drog);
- 9 % (7 klientů) dávali peníze rodiče, 9 % (7 klientů) bylo vyživováno partnerem/partnerkou;
- 5 % (4 klienti) financovali drogy z půjček, 5 % (4 klienti) provozovali sex za peníze nebo za drogy;
- 4 % (3 klienti) k nákupu drog zneužívali sociální dávky (včetně mateřské).

3.7.2 Trs 2: DROGA

Tabulka 3: Charakteristika klientů dle užívání drog

Užívání drog N=80				
Druh	80 % pervitin	11 % heroin	8 % kombinace per.+ her.	1 % THC
Aplikace	86 % IV aplikace		14 % jiný způsob aplikace	
První užití	14,4 let			
Délka užívání	9,9 let			
Hepatitida C	29 % nakažených			

- preferovanou drogou je u většiny klientů pervitin (80 % = 64 klientů), poté heroin a jiné opiáty – např. nelegálně užívaný subutex (11 % = 9 klientů), několik klientů užívalo stejnou měrou pervitin i heroin (8 % = 6 klientů) a 1 % (1 klient) se léčil ze závislosti na THC (pervitin několikrát vyzkoušel, ale pravidelně neužíval); z toho 11 klientů uvedlo doprovodnou závislost na alkoholu;
- 86 % (69 klientů) užívalo drogy nitrožilně, 14 % (11 klientů) volilo jiný způsob aplikace (šňupání, kouření);
- průměrný věk prvního užití drog je 14,4 let (rozmezí 9-24 let), přičemž 77,5 % (62 klientů) užilo poprvé drogu do svých 15 let;
- délka užívání drog je průměrně 9,9 let, v rozmezí 2-22 let;
- 29 % (23 klientů) nastoupilo s diagnózou žloutenky typu C.

3.7.3 Trs 3: LÉČBA

Tabulka 4: Charakteristika klientů z pohledu léčby

Léčba N=80			
Předchozí zařízení	25 % detox	75 % psychiatrická léčebna	
Rodinná terapie	25% bez rodinné terapie	75 % s rodinnou terapií	
Délka léčby	288,5 dní	Pokusy o léčbu	3,5
Ukončení léčby	47,5 % s diplomem	32,5 % svévolně	15 % trestně

- 25 % (20 klientů) nastoupilo do léčby z detoxu, 75 % (60 klientů) nastoupilo ze zařízení pro střednědobou léčbu;
- 75 % (60 klientů) mělo v průběhu léčby rodinnou terapii (rodina spolupracovala při procesu léčby), u 25 % (20 klientů) se nepodařilo kohokoliv z rodiny motivovat ke spolupráci;
- průměrná délka léčby byla 288, 5 dne, tj. 9-10 měsíců;
- nástup do TK ADVAITA byl pro klienty průměrně 3.-4. pokusem o léčbu, v rozmezí 1. - 15. pokus;
- 47,5 % (38 klientů) ukončilo léčbu řádně s diplomem, 32,5 % (26 klientů) odešlo svévolně na základě vlastního rozhodnutí a přes nedoporučení týmu (z toho 1 před řádným ukončením), 15 % (12 klientů) bylo vyloučeno z disciplinárních důvodů (z toho 1 před řádným ukončením); zbylých 5 % klientů ukončilo léčbu jinak - 2 klienti byli přeloženi na psychiatrii, 2 klienti nastoupili do výkonu trestu odnětí svobody;

- 6 % (5 klientů) mělo v průběhu léčby relaps – 2 klienti relaps ihned oznámili, byli převezeni na detox a poté pokračovali v léčbě (oba ukončili s diplomem), 2 klienti relaps nepřiznali a byli vyloučeni z disciplinárních důvodů (1 vnesl drogy do komunity, 1 užil na výjezdu a pokusil se o podvod při testování moči), 1 klient užil drogy na výjezdu a do komunity se už nikdy nevrátil.

Za zajímavé považujeme ukončení klientů z pohledu rodinné terapie:

Tabulka 5: Souvislost mezi rodinnou terapií a ukončením léčby

UKONČENÍ LÉČBY N=80	Klienti s rodinnou terapií N=60	Klienti bez rodinné terapie N=20
S diplomem	55%	25%
Svévolně	23%	60%
Trestně	17%	10%
Ostatní	5%	5%

- klienti s rodinnou terapií byli v rámci léčby úspěšnější – 55 % (33 klientů) ukončilo léčbu řádně s diplomem, 23 % (14 klientů) svévolně, 17 % (10 klientů) bylo vyloučeno z disciplinárních důvodů, zbylých 5 % klientů ukončilo léčbu jinak – 2 klienti byli přeloženi na psychiatrii a 1 klientka nastoupila do VTOS;
- klienti, u nichž se nepodařilo navázat spolupráci s rodinou, odcházeli z léčby nejvíce svévolně – 25 % (5 klientů) ukončilo s diplomem, 60 % (12 klientů) svévolně, 10 % (2 klienti) byli vyloučeni z disciplinárních důvodů a 5 % (1 klient) nastoupil do VTOS;

Zkoumali jsme dále důvody svévolného a trestného vyloučení v souvislosti s rodinnou terapií:

Tabulka 6: Svěvolné ukončení v souvislosti s rodinnou terapií

SVĚVOLNÉ UKONČENÍ	Klienti s RT	Klienti bez RT
N=26	N=14	N=12
Vztah	43%	8%
Drogy	21%	50%
Jiné důvody	36%	42%

- klienti s rodinnou terapií odcházeli svévolně nejčastěji kvůli vztahu (zamilovali se v léčbě nebo odcházeli za partnerem, který čekal "venku") – 43 % = 6 klientů;
- klienti bez rodinné terapie odcházeli svévolně nejčastěji kvůli drogám (rozhodli se, že se nechtějí léčit) – 50 % = 6 klientů.

Tabulka 7: Trestné ukončení v souvislosti s rodinnou terapií

TRESTNÉ UKONČENÍ	Klienti s RT	Klienti bez RT
N=12	N=10	N=2
Vztah	70%	50%
Drogy	10%	0%
Jiná pravidla	20%	50%

- klienti s rodinnou terapií byli vyloučení nejčastěji kvůli vztahu (se spoluklientem) – 70 % = 7 klientů;
- klienti bez rodinné terapie byli vyloučení kvůli vztahu (50 % = 1 klient) nebo kvůli jiným pravidlům (50 % = 1 klient) ve stejné míře.

3.7.4 Trs 4: RODINA A DĚTSTVÍ

Tabulka 8: Počet dětí v rodině

Sourozenci N=80	
Jedináček	14%
2 děti v rodině	40%
3 děti v rodině	35%
4 a více dětí v rodině	11%

- 14 % (11 klientů) bylo jedináčky, 40 % (32 klientů) mělo jednoho sourozence, 35 % (28 klientů) mělo dva sourozence, 11 % klientů mělo více než dva sourozence – 5 klientů mělo tři sourozence, 3 klienti měli čtyři sourozence a 1 klientka byla z rodiny s šesti dětmi;
- 28 klientů bylo nejstarším narozeným dítětem, 35 klientů bylo nejmladším ze sourozenců, 6 klientů bylo narozeno uprostřed (z toho 1x jako mladší dvojčata).

Tabulka 9: Zaměstnání rodičů

ZAMĚSTNÁNÍ RODIČŮ	Otec N=80	Matka N=80
Běžné zaměstnání	61%	66%
Náročné zaměstnání	29%	24%
Nezaměstnaní	2,5%	1%
Invalidní důchod	2,5%	9%
Rodič chyběl	5%	-----

- 15 klientů mělo oba dva rodiče velmi pracovně vytížené (tzv. dvoukariérové manželství), 4 klienti měli pracující pouze matku, 3 klienti měli jednoho

z rodičů nezaměstnaného, 9 klientů mělo jednoho z rodičů v invalidním důchodu;

- otec: u 61 % (49 klientů) měl otec běžné zaměstnání (dělník, zedník, zámečnick,...), u 29 % (23 klientů) měl otec velmi náročné zaměstnání (podnikatel, manažer), u 2,5 % (2 klientů) byl dlouhodobě nezaměstnaný, u 2,5 % (2 klientů) v invalidním důchodu a u 5 % (4 klientů) otec nebyl vůbec;
- matka: u 66 % (53 klientů) měla běžné zaměstnání (dělnice, prodavačka, uklízečka,...), u 24 % (19 klientů) měla matka velmi náročné zaměstnání (podnikatelka, vedoucí laboratoře,...), u 1 % (1 klienta) byla matka dlouhodobě nezaměstnaná a u 9 % (7 klientů) byla matka v invalidním důchodu.

Tabulka 10: Charakteristika rodinného prostředí

Rodina	N=80	
	Ano	Ne
Funkční rodina	41%	59%
Odchod rodiče	65%	35%
Konflikty	44%	56%
Domácí násilí	31%	69%
Onemocnění	29%	71%
Užívání NL v rodině	82,5%	17,5%

- 41 % (33 klientů) uvedlo, že jejich rodina byla funkční co se týče vzájemných vztahů a běžného fungování;
- 65 % (52 klientů) uvedlo odchod alespoň jednoho z rodičů;
 - z toho 43x otec, 2x matka, 7x oba rodiče (6x adoptovaný klient, 1x rodiče zemřeli),

- z toho 36x šlo o rozvod/rozchod rodičů (vždy do 16-ti let věku klienta),
- z toho 16x úmrtí rodiče (13x otec, 2x matka, 1x oba rodiče) – u 6 klientů zemřel otec do 15-ti let věku, ostatní úmrtí až po zahájení drogové kariéry,
- dalších 11 rodin zatíženo smrtí velmi blízkého příbuzného (1x mladší bratr klientky ve 4 letech jejího věku),
- 44 % (35 klientů) uvedlo časté konflikty v rodině;
- 31 % (25 klientů) uvedlo domácí násilí, z toho 15x ze strany otce, 1x ze strany matky, 8x mezi rodiči, 1x byl v rodině agresorem starší sourozenec;
- 29 % (23 klientů) uvedlo, že jejich rodina byla zasažena těžkým onemocněním – 3x šlo o prarodiče, 2x byl nemocný sourozenec klienta (1x rakovina, 1x ochrnutí po úraze), 6x byl těžce nemocný otec a 15x byla nemocná matka (z toho 11x psychiatrické onemocnění, 3x rakovina, 1x ledviny);
- 82,5 % (66 klientů) uvedlo nadměrné užívání alkoholu nebo drog v rodině, pouze 17,5 % (14 rodin) nebylo zatíženo závislostí; v 9 rodinách užívali alkohol nebo drogy otec i matka současně; v rodinách často několik závislých členů současně;
 - otec: 41x alkohol, 2x drogy, 4x gamblerství, 2x workoholismus,
 - matka: 16x alkohol, 2x drogy, 1x gamblerství, 5x léky,
 - prarodiče: 16x alkohol, 3x drogy,
 - sourozenci: 5x alkohol, 6x drogy, 1x léky,
 - ostatní blízcí příbuzní: 6x alkohol, 6x drogy, 1x gamblerství.

Z 80 klientů bylo 11 % (9 klientů) v období dětství v ústavní výchově – 6x diagnostický nebo výchovný ústav, 3x dětský domov.

Sexuální zneužití uvedlo 19 % (15 klientů - 8 klientek a 7 klientů), z toho 9 klientů bylo zneužito do svých 15-ti let (4 klientky, 5 klientů).

Zkoumali jsme, zda má rodinné prostředí vliv na první užití drogy nebo na délku drogové kariéry:

Tabulka 11: Vliv rodinného prostředí na první užití drogy a na délku drogové kariéry

N=80	První užití drogy	Délka užívání drog
Funkční rodina	14,9 let	9,7 let
Nefunkční rodina	14,2 let	10,0 let
Průměr	14,4 let	9,9 let

3.7.5 Trs 5: BYDLENÍ

Tabulka 12: Charakter bydlení před léčbou

Charakter bydlení	N=80
Stálé	37,5%
Nestálé	57,5%
Nezjištěno	5%

- 37,5 % (30 klientů) mělo před léčbou stálé bydlení;
 - 16 u rodičů, 11 ve vlastním pronájmu, 3 klienti bydleli u příbuzných
- 57,5 % (46 klientů) mělo nestálé bydlení před léčbou;

- 2 klienti žili na ubytovně, 2 klienti na drogovém bytě, 7 klientů u partnera/partnerky, 14 klientů bylo na ulici a 21 klientů uvedlo své bydlení jako všeobecně nestálé – přespávali střídavě u kamarádů, na ulici apod.

Porovnali jsme i další znaky u klientů přicházejících do léčby z rodinného prostředí a u klientů přicházejících z ulice:

Tabulka 13: Znaky klientů žijících před léčbou u rodičů

Bydlení u rodičů N=16				
Způsob ukončení	44 % diplom	38 % svévolně	6 % trestně	6 % ostatní
Funkční rodina	62,5 % ano		37,5 % ne	
Rodinná terapie	94 % ano		6 % ne	
Průměrný věk	26,2 let			
Délka užívání	10,25 let			
Pokus o léčbu	3. pokus			

Tabulka 14: Znaky klientů žijících před léčbou na ulici

Bydlení na ulici N=14				
Způsob ukončení	57 % diplom	29 % svévolně	7 % trestně	7 % ostatní
Funkční rodina	21 % ano		79 % ne	
Rodinná terapie	50 % ano		50 % ne	
Průměrný věk	28,6 let			
Délka užívání	11 let			
Pokus o léčbu	3. pokus			

Klienti přicházející z rodiny popsali svou rodinu více jako funkční a jejich rodiče se mnohem více podíleli na spolupráci v rámci rodinné terapie oproti klientům z ulice. Klienti žijící před léčbou na ulici byli v léčbě úspěšnější – do jisté míry zde mohla hrát roli motivace (šli do léčby, protože sami chtěli, rodina je k tomu nenutila; nebo z léčby nemají kam jít, mají tak dvě možnosti: buď se vrátí na ulici, nebo léčbu dokončí a na doléčovacím centru s chráněným bydlením si našetří na vlastní pronájem).

Průměrný věk klientů, délka jejich drogové kariéry a počet pokusů o léčbu je v obou zkoumaných skupinách oproti našemu očekávání srovnatelný.

3.8 Interpretace zjištění a diskuse

V následující kapitole popíšeme zjištěné jevy, uvedeme souvislosti, porovnáme zjištění s existujícími průzkumy a pokusíme se na základě zkušeností z praxe naše zjištění objasnit.

Průzkumem bylo zjištěno, že v období let 2010-2014 do TK ADVAITA nastoupili klienti v průměrném věku 27 let, s preferovanou drogou pervitin a s délkou užívání drog 10 let, kteří poprvé zkusili drogu mezi 14. a 15. rokem svého života. Necelá třetina klientů byly ženy. Nejčastěji to byli lidé se základním vzděláním, aktuálně nezaměstnaní (avšak s pracovními zkušenostmi). Finanční prostředky získávali převážně majetkovou a drogovou trestnou činností, z čehož vyplývá i počet trestně stíhaných klientů – polovina klientů v minulosti nebo v době nástupu do léčby byla trestně stíhaná. Rizikové chování klientů (sdílení injekčního materiálu, promiskuita) vyústilo u necelé třetiny z nich v onemocnění hepatitidou typu C.

Celorepublikový průzkum odhadl celkový počet problémových uživatelů nelegálních drog v ČR na 44,9 tisíc – z toho 34,2 tis (76 %) užívalo pervitin a 10,7 tis (24 %) opiáty. Počet injekčních uživatelů byl odhadnut na 42,7 tis, tj. 95 % z celkové populace

problémových uživatelů drog (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 57). V terapeutických komunitách bylo v roce 2013 85 % klientů závislých na pervitinu, 11 % klientů závislých na opiátech a 3,6 % klientů závislých na marihuaně, zbytek byli klienti závislí na alkoholu nebo patologickém hráčství (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 84-85). Námi zkoumaní klienti z TK ADVAITA víceméně odpovídají výše uvedeným zjištěním, jen intravenózních uživatelů měla TK ADVAITA o 11 % méně, než je procento injekčních uživatelů uživatelů v ČR.

Průměrný věk léčených uživatelů drog byl v ČR v roce 2013 28,2 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 80), jen o rok více, než byl věkový průměr námi zkoumaného vzorku.

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2013 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 79) byl podíl žen v terapeutických komunitách 33 %, v TK ADVAITA to bylo 27,5 % žen.

Jedním z důvodů je fakt, že muži všeobecně častěji tíhnou k užívání návykových látek. Druhým důvodem nižšího počtu žen v léčebnách je neochota žen veřejně přiznat selhání v roli ženy, případně i v roli matky. Ženy odmítají přiznat (sami sobě i okolí), že mají problém, častěji užívají alkohol nebo drogy v soukromí, kde nejsou viděny. Méně než muži navštěvují odborníky – pro drogy a injekční materiál posílají obvykle muže, abstinovat se pokoušejí doma za podpory rodiny nebo partnera.

Polovina léčených osob v ČR byly klienti/pacienti nastupující do své první léčby (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 7). Do TK ADVAITA nastoupilo 21 prvoléčených klientů (tj. 26 % z celkového počtu nastoupivších klientů).

Tento rozdíl si vysvětlujeme tak, že terapeutickou komunitu jako formu léčby volí obvykle klienti, kteří neuspěli při prvních pokusech o abstinenci ve střednědobé léčbě

(v psychiatrické léčebně/nemocnici). Ti, kterým se daří abstinovat po střednědobé léčbě, již komunitu nekontaktují. Někteří prvoléčení však už v průběhu své první střednědobé léčby cítí, že potřebují více času – a podají si žádost o dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě.

Průřezová studie Zábranského z roku 2006 (Klinika adiktologie 2015) uvedla, že 30 % testovaných injekčních uživatelů drog mělo pozitivní test na protilátky virové hepatitidy typu C, avšak s ohledem na citlivost testování z kapilární krve odhadli promoření této subkultury hepatitidou C na 35 %. Tomuto průzkumu odpovídají i naše zjištění, v TK ADVAITA mělo hepatitidu C 29 % klientů. V naprosté většině tito klienti nastupují s tím, že o svém onemocnění vědí. Pouze 1 klient se o svém onemocnění dozvěděl v průběhu léčby (opakováním krevním testem po inkubační době; vyplynulo z rozhovoru s vedoucí TK ADVAITA).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2013 dále uvedla, že užívání drog bylo doprovázeno dalšími problémy ze sociální oblasti – nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a v rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví, zadluženost apod. Tyto problémy se dle zprávy často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Z celkového počtu žadatelů o léčbu v ČR v roce 2013 bylo 16 % zaměstnaných, 44 % mělo základní vzdělání (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 137). Námí zkoumaný vzorek se liší jen o několik procent (v našem průzkumu bylo 11 % klientů zaměstnaných a 49 % klientů se základním vzděláním).

S narůstající potřebou užívání drog klesá zájem o okolí a klesá také zodpovědnost. Lze tedy usoudit, že průměrný nízký věk klientů při prvních zkušenostech s drogou způsobil nezáměr o další vzdělávání po ukončení základní školy, případně užívání drog způsobilo problémy ve škole a klient střední školu nebo střední odborné učiliště nedokončil. Kvůli drogám klienti často nevydrželi v zaměstnání – pracovní zkušenosti mají, ale obvykle

neměly dlouhého trvání. Se zvyšující se tolerancí je nutné získávat stále více a více finančních prostředků pro získání další dávky – trestná činnost je v drogové subkultuře častá a náš průzkum to potvrdil.

Běláčková (Klinika adiktologie 2015) ve svém výzkumu z roku 2013 uvedla, že v roce 2007 bylo 11 % trestných činů spácháno ve spojení s užíváním nelegálních drog. Ve věznicích bylo v témže roce za drogové trestné činy uvězněno 17 % vězňů. V roce 2013 dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 7) bylo spácháno 2 % trestných činů přímo pod vlivem nealkoholových drog. Zpráva dále uvedla, že uživatelé drog páchají přibližně třetinu majetkových trestných činů, především krádeží.

Klienti do TK ADVAITA nastoupili převážně ze zařízení pro střednědobou léčbu, tato léčba byla jejich 3.-4. pokusem o léčbu závislosti. Průměrně v terapeutické komunitě setrvali 9-10 měsíců, což je o 1-2 měsíce méně, než je udávaná průměrná doba dokončené léčby v TK ADVAITA.

Téměř polovina klientů ukončila léčbu řádně s diplomem, třetina klientů odešla svévolně. Klienti, kteří měli v průběhu léčby rodinnou terapii, byli úspěšnější než klienti bez rodinné terapie. Na dřívějších odchodech klientů (svévolných a trestných) se nejvyšší měrou podílely vztahy – odpovědí může být zkušenost, že drogově závislí lidé často nejsou schopni navazovat reálné a funkční vztahy, obvykle navazují vztahy závislostní (partneři jsou navzájem závislí na sobě, netýká se společné závislosti partnerů na droze, ikdyž vztahy drogově závislých jsou často spojeny právě "láskou" k droze).

Klienti převážně pocházeli z rodin, kde oba rodiče pracovali a měli běžné zaměstnání (prodavačka, dělník, atd.). Ani jeden klient nebyl z rodiny, kde by byli oba rodiče dlouhodobě nezaměstnaní, celá pětina klientů však vyrůstala v rodině s dvoukariérovým

manželstvím. Lze předpokládat, že v rodině, kde má otec i matka časově velmi náročnou práci, nezbývá na dítě mnoho času. Naše zjištění vyvrací mýtus, že drogově závislí pocházejí ze sociálně slabých rodin, kde rodiče nepracují a žijí ze sociálních dávek.

Při zkoumání počtu sourozenců jsme došli k závěru, že počet sourozenců ani pořadí narození dětí nemá na problémy s drogami žádný vliv – ani v jedné rovině jsme nezjistili výrazné odlišnosti. Výrazné zastoupení jsme zaznamenali u klientů, kteří měli 1-2 sourozence, což odpovídá i zastoupení lidí v běžné populaci, proto tomuto zjištění nepřikládáme žádnou váhu. Počet jedináčků ve zkoumaném vzorku odpovídá zastoupení jedináčků v populaci. O něco více bylo klientů narozených coby nejmladší dítě.

Téměř polovina klientů uvedla, že jejich rodina byla funkční – vyrůstali v klidném prostředí, měli hezké dětství, rodiče se jim věnovali, pořádali výlety a rodina držela pospolu. Přesto bylo zjištěno, že v 85% rodin docházelo k nadměrné konzumaci alkoholu nebo užívání drog.

Ze studie o užívání alkoholu v ČR, kterou v roce 2012 provedly Vondráčková a Šťastná (Klinika adiktologie 2015), vyplynulo, že 2-3 % české populace mělo problémy s alkoholem, které dosahují syndromu závislosti a dalších 11-20 % společnosti konzumovalo alkohol ohrožujícím způsobem.

Alkohol je společensky velmi tolerovanou návykovou látkou. Příležitostné užívání alkoholu je v naší společnosti standardem, úplná abstinence je spíše výjimečná. Podobný postoj si společnost začíná vytvářet i k marihuaně. Bagatelizaci konopných drog vnímáme jako velké riziko, tento postoj přejímají děti, které nejsou schopné uvědomovat si rizika, která konzumace drog v jejich věku přináší.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2013 (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 4-5) uvedla, že čtvrtina dospělé populace měla zkušenosti s konopnými drogami (9 % v posledním roce), méně než 1 % populace pak užilo tvrdé drogy (pervitin, heroin, kokain). Užívání drog bylo vyšší mezi muži a mezi nižšími věkovými skupinami (15-34 let). V populaci žáků a studentů pak užití konopných drog uvedlo 26-33 % žáků ZŠ ve věku 14-15 let a 42-47 % studentů SŠ ve věku 16 let, přičemž zkušenost s nelegálními drogami uvádělo výrazně více studentů odborných učilišť ve srovnání se studenty ze středních škol a gymnázií.

Výsledky studie Vacka z roku 2006 (Klinika adiktologie 2015), která zkoumala užívání drog s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdých drog) mezi studenty vysokých škol od roku 1989, ukázaly, že počet studentů VŠ užívajících tvrdé drogy byl vždy pod hranicí 1 %.

Lze předpokládat, že čím vyššího vzdělání žáci a studenti dosahují, tím méně inklinují k užívání drog. Zda má tento fakt souvislost s inteligencí žáků/studentů nebo s jejich cílevědomostí, na to jsme nenašli odpověď v žádném odborném zdroji.

Z Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2015), která v roce 2011 zkoumala užívání návykových látek u mládeže ve věku 15-19 let, vyplynulo, že v ČR zkusilo nelegální drogy 250 000 studentů, z nichž 100 000 užilo drogu více než 5x. Nejvyšší zastoupení měly konopné drogy (42,3 %), tvrdé drogy typu pervitin, kokain a heroin měly zastoupení velmi nízké (1-2%).

Za alarmující považujeme zjištění, že více než čtvrtina žáků ZŠ ve věku 14-15 let (26,7 %) nepovažuje příležitostné užívání konopných drog za rizikové, 11 % žáků ve věku 11-15 let marihuanu vyzkoušelo (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 41-42). Případné zlegalizování konopných drog by mohlo tato čísla ještě navýšit.

Dalším zkoumaným znakem v našem průzkumu bylo domácí násilí. Dlouhodobou fyzickou agresi v rodině zažil každý třetí klient – ve více než polovině případů otec fyzicky napadal dítě.

Třetina klientů dále uvedla, že jejich rodina byla zatížena vážným onemocněním, významné bylo zastoupení matky s psychiatrickou diagnózou. Zjištění je v souladu s odbornými poznatky uvedenými v teoretické části bakalářské práce (kapitola 2.3 bakalářské práce).

Velmi výrazným společným znakem u zkoumaných klientů byl odchod jednoho z rodičů (nejčastěji otce). U dvou třetin klientů, kterým odešel alespoň jeden z rodičů, šlo o rozvod nebo rozchod rodičů, všechny rozvody/rozchody se odehrály do 16-ti let věku klientů. Toto těžké období, kdy dochází ke konfliktům mezi rodiči a na dítě nezbyvá čas, mohlo zapříčinit první experimenty s drogou (drogy jako útek od problému, pocit svobody, způsob překonání bolesti nebo navození příjemného stavu). Třetině klientů, u nichž jsme zaznamenali odchod alespoň jednoho z rodičů, tento rodič zemřel, opět šlo nejčastěji o otce. Absence otce v rodině komplikuje identifikaci s pozitivním vzorem u dospívajících mužů, rodině také chybí otec coby držitel řádu a pravidel (kapitola 2.3 bakalářské práce).

Téměř polovina všech klientů zažila rozvod nebo rozchod rodičů. Český statistický úřad uvádí, že v roce 2001 se rozvádí 45-50% manželství, zároveň však klesá zájem o sňatek. Pro naše potřeby jsme zjišťovali rozvodovost v období, kdy klienti uvádí odchod rodiče. Průměrný věk klientů je 27 let, rozvody/rozchody rodičů byly do 16. roku věku klientů, tzn. že rozvody/rozchody rodičů klientů probíhaly – vezmeme-li v potaz průměrný věk klientů – v letech 1987-2003. V tomto období uvádí ČSÚ míru rozvodovosti na 35-48%. Naše zjištění tedy odpovídali průměrné rozvodovosti v ČR v dané době a nelze tedy říci, že by u drogově závislých lidí byla rozvodovost v rodině vyšší než u lidí bez problémů s návykovými látkami (ČSÚ 2015).

Z průzkumu vyplynulo, že rodiny klientů TK ADVAITA vykazují znaky "rizikové rodiny", tzn. že klienti žili v rodinném prostředí, které může vést k rozvoji drogové závislosti (kapitola 2.3 bakalářské práce). Sesbírané údaje tedy potvrzují již existující teorie popsané v teoretické části bakalářské práce, v porovnání s běžnou populací nám však výrazně vystoupily údaje o zneužívání návykových látek v rodině..

Téměř pětina klientů zažila sexuální zneužití, ženy i muži srovnatelně. Častěji šlo o zneužití do 15-ti let věku – tedy před zahájením drogové kariéry. Drogy pak můžou opět nabízet útěchu v tíživé situaci. V ostatních případech došlo k sexuálnímu zneužití až v průběhu drogové kariéry, většinou šlo o sexuální napadení ve chvíli, kdy byl klient pod vlivem drog a byl tak snadnou obětí útoku (opět ve stejné míře muži i ženy).

Jeden z námi stanovených předpokladů se týkal i bydlení klientů před nástupem do léčby. Větší část klientů měla bydlení před léčbou nestálé (na ubytovně, v drogovém bytě, u partnera/partnerky, na ulici nebo střídavě), dvě pětiny klientů měli bydlení stálé (ve vlastním pronájmu, u rodičů nebo u jiných příbuzných). Na základě zkušeností však předpokládáme, že někteří klienti z této skupiny žili dlouhodobě v nestálém prostředí a ve chvíli, kdy začali řešit nástup do léčby, je rodiče vzali domů (jako formu pomoci a podpory).

Podle celorepublikového průzkumu mezi uživateli drog v roce 2013 mělo 42 % stálé bydlení a 14 % bylo bez domova (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti 2014, s. 137). V našem průzkumu mělo stálé bydlení 37,5 % a na ulici žilo 17,5 % klientů, čísla se liší jen nepatrně.

Klienti žijící před léčbou u rodičů svou rodinu popsali jako funkční a téměř u všech rodina spolupracovala při léčbě v rámci rodinné terapie oproti klientům přicházejících z ulice. Na ukončení pravděpodobně nemělo předešlé bydlení žádný vliv. Co se týče klientů (věk, délka užívání, pokus o léčbu), nezaznamenali jsme žádný významný rozdíl

mezi těmi, kteří žili na ulici a těmi, kteří přišli do léčby z rodinného prostředí. Nelze tedy říci, že rodiče by spíše pomáhali mladším klientům s krátkodobou drogovou kariérou, jak jsme očekávali, nebo klientům s prvním pokusem o léčbu. Zkoumané znaky obou klientských skupin jsou srovnatelné.

Rizikové znaky rodin byly v prostředí TK ADVAITA potvrzeny. Lze předpokládat, že k podobným zjištěním by došlo i v prostředí jiné terapeutické komunity s totožnou cílovou skupinou. Výsledky průzkumu nelze aplikovat všeobecně na všechny drogově závislé osoby – vycházíme z faktu, že zkoumaným vzorkem byli lidé s vysokou motivací ke změně životního stylu. Otázkou zůstává, kolik drogově závislých má potřebu svůj život změnit a jestli si tento postoj přináší z rodiny jako obecný přístup k životu nebo si ho vytvořili až v průběhu života.

3.9 Shrnutí výsledků praktické části

Průzkum zjišťoval společné znaky rodinného zázemí klientů TK ADVAITA za posledních 5 let a dále hledal souvislosti mezi rodinným prostředím a užíváním návykových látek. Pro průzkum byl stanoven soubor 80 klientů, respektive jejich psychosociální vyšetření a data ze statistické tabulky. Metodou analýzy dokumentů byla zjišťována frekvence stanovených znaků.

Průzkumem bylo zjištěno, že 41 % klientů označilo při vstupním vyšetření svou rodinu jako funkční. V rodinách klientů jsme však zaznamenali častou frekvenci znaků, které dle teoretických poznatků mohou souviset s tím, že se u dítěte rozvine závislost na drogách. 65 % klientů bylo poznamenáno odchodem jednoho nebo obou rodičů (45 % rozchod/rozvod rodičů, 20 % úmrtí), přičemž ve většině případů šlo o odchod/ztrátu otce do 16-ti let věku klienta. Téměř polovina klientů zažila v rodině časté konflikty, jedna třetina pak domácí násilí. Velmi výrazným společným znakem zkoumaných rodin bylo užívání návykových látek – 85,5 % rodin bylo zatíženo nadměrným užíváním

alkoholu, zneužíváním drog a jinými druhy závislostí (u poloviny klientů figuroval otec-alkoholik).

Průzkum neprokázal žádné rozdíly ve vlivu (ne)funkčnosti rodiny na věk prvního užití drogy nebo na délku drogové kariéry. V obou případech se věk prvního užití pohyboval v rozmezí 14-15 let, délka drogové kariéry byla přibližně 10 let.

Co se týče zaměstnání rodičů, dvě třetiny klientů měli rodiče zaměstnané na běžných pracovních pozicích. Pouze 4 % klientů měla jednoho z rodičů dlouhodobě nezaměstnaného, ale celých 20 % klientů pocházelo z dvoukariérového manželství, kde byli oba rodiče velmi pracovně vytíženi.

Více než polovina klientů měla před léčbou nestálé bydlení, 17,5 % žilo přímo na ulici. Bydlení u rodičů uvedlo 20 % klientů. Klienti přicházející z rodinného prostředí pocházeli převážně z funkční rodiny a jejich rodiny téměř všechny spolupracovaly při procesu léčby v rámci rodinné terapie. Klienti přicházející do léčby z ulice pocházeli převážně z nefunkčních rodin, tyto rodiny se zapojovaly do léčby pouze v polovině případů. Nezaznamenali jsme zásadní rozdíl mezi klienty přicházejícími z rodinného prostředí a klienty přicházejícími z ulice – v obou případech šlo o klienty ve věku 26-28 let, s délkou drogové kariéry 10-11 let a pobyt v TK ADVAITA byl jejich třetím pokusem o léčbu.

Značné rozdíly jsme však zaznamenali při zkoumání vlivu rodinné terapie na ukončení léčby klientů. Klienti s rodinnou terapií byli v rámci léčby úspěšnější, 55 % ukončilo léčbu s diplomem, 23 % svévolně a 17 % bylo vyloučeno z disciplinárních důvodů (ostatní klienti ukončili jiným způsobem – přeložení na psychiatrii, nástup do vězení). Klienti bez rodinné terapie ukončili léčbu s diplomem pouze ve 25 % případů, 60 % tvořily svévolné odchody, 10 % bylo vyloučeno trestně (ostatní klienti ukončili jiným způsobem). U svévolného a trestného vyloučení však u klientů s rodinnou terapií významně figurovaly vztahy – klienti odcházeli nebo byli vyloučeni nejčastěji kvůli vztahu navázanému v prostředí komunity.

3.9.1 Ověření předpokladů

Na počátku průzkumu jsme stanovili předpoklady, které jsme průzkumem ověřovali. Průzkum probíhal v TK ADVAITA metodou analýzy dokumentů, předmětem zkoumání byly znaky rodinného zázemí klientů. Pro průzkum byl zvolen vzorek 80 klientů nastoupivších v letech 2010-2014, kteří v době průzkumu již měli ukončenou léčbu. Výsledky ověřování předpokladů jsou následující:

1. Do TK ADVAITA se dostává více klientů z rozpadlých rodin než z rodin kompletních.

První předpoklad se průzkumem **nepotvrdil** – 65 % klientů sice pochází z rodiny, kde odešel alespoň jeden z rodičů, ale pouze 45 % klientů ze zkoumaného vzorku pochází z rodiny, kde se rodiče rozešli/rozvedli. U ostatních klientů rodiče zemřeli, případně klient rodiče ani nezná, vyrůstal v adoptivní (ale kompletní) rodině.

2. Do TK ADVAITA nastupuje více klientů žijících před léčbou mimo rodinu než klientů žijících alespoň s jedním z rodičů.

Druhý předpoklad se průzkumem **potvrdil** – pouze 20 % klientů žilo před léčbou alespoň s jedním z rodičů, ostatní klienti měli bydlení samostatné nebo nestálé.

3.9.2 Aplikace metodologie

Použitá metodologie byla v souladu s vytyčenými cíli bakalářské práce. Práce s analýzou dokumentů byla časově velmi náročná, ale poskytla nám potřebné informace v souvislostech. Za nedostatek lze považovat omezenou kapacitu dat vycházející z omezeného počtu klientů ve sledovaném období – při stanovení předpokládané velikosti zkoumaného vzorku jsme vycházeli z počtu nastoupivších klientů v daném období, nepočítali jsme však s tím, že některé vzorky (psychosociální vyšetření) nebudou pro průzkum použitelné. Téměř 7 % klientů nemělo psychosociální vyšetření

vhodné k průzkumu (opakované nástupy, neprovedená psychosociální vyšetření, nedohledané dokumenty). Podařilo se nám získat data odpovídající přesně předpokládanému vzorku, pro další případné průzkumy navrhujeme stanovit si větší rezervu – vyšší procento předpokládaných nepoužitelných vzorků.

3.9.3 Aplikace výsledku – doporučení pro praxi

Výsledky našeho průzkumu lze uplatnit jak v rovině primární prevence drogové závislosti, tak v rovině léčby. Na základě výše shrnutých zjištění si zde dovoluujeme navrhnout několik opatření pro praxi.

Primární prevence by se měla zaměřit na děti od útlého věku. Vzhledem k tomu, že věk prvního užití drogy byl v našem průzkumu 14 let, je nezbytné posilovat primární prevenci už na základních školách. Primární prevence by se měla zaměřit nejen na užívání drog dětmi, ale i na související témata: konflikty v rodině, domácí násilí, nadměrné užívání alkoholu, rizikové vrstevnické skupiny (party), navazování a udržování zdravých přátelských i partnerských vztahů.

Rodiče by měli být obeznámeni s riziky užívání omamných látek dětmi. Nabízí se možnost informovat rodiče prostřednictvím školy – např. edukace rodičů v rámci rodičovských schůzek, distribuce informačních letáků do škol, propagace činnosti školního psychologa a výchovného poradce apod. Velkým rizikem je bagatelizace užívání alkoholu nebo marihuany ze strany rodičů – rodiče zlehčují užívání návykových látek u dětí pod hranicí 18 let, přitom povolení hranic může vést k touze po experimentování s tvrdými drogami. Rodičům by rovněž měla být zdůrazněna nutnost harmonického prostředí pro správný rozvoj dítěte – konflikty řešit adekvátně, pokud možno bez přítomnosti dítěte.

V rámci léčby navrhujeme zaměřit se na spolupráci s rodinou, která se jeví jako velmi efektivní při procesu uzdravy. Pokud je to možné, rodiče či blízcí závislého by měli být přítomni už při nástupu klienta do léčby, aby se seznámili s personálem a s prostředím

zařízení. Při úvodním rozhovoru jim může být nabídnuta spolupráce, rodiče může pracovník motivovat pro zapojení do rodinné terapie, vytvořit s nimi spojení v zájmu jejich dítěte.

V průběhu léčby v terapeutické komunitě je složité rodinu zapojovat do procesu z důvodu vzdálenosti – v komunitě jsou klienti z celé republiky a pro rodiče je časově i finančně náročné dojíždět tak často, jak by bylo potřeba. Lze ovšem podpořit jiné zapojení rodiny – velké možnosti nabízí virtuální svět. Pro rodiče by mohla být zřízena diskusní fóra na webových stránkách organizace, s rodiči je možné komunikovat prostřednictvím sociálních sítí, vyzdvihovat jejich důležitost v průběhu léčby. Mimo rodinných terapií navrhujeme také společné zátěžové akce, případně výlety, pro podpoření společných pozitivních zážitků rodičů a jejich dětí v léčbě.

Rodiče by se také více mohli zapojovat do svépomocných skupin v rámci regionu svého bydliště – je potřeba zmapovat síť poradenských center, která by mohla nabídnout prostory pro taková setkání a následnou individuální péči.

4 Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala souvislostmi mezi rodinou a závislostí na drogách u klientů v Terapeutické komunitě ADVAITA.

Cílem práce bylo zjistit, jaké je rodinné prostředí klientů TK ADVAITA, vyhodnotit společné znaky rodin klientů a najít možné souvislosti mezi rodinným prostředím klientů a užíváním psychotropních látek; výsledná zjištění popsat a porovnat s dostupnými zdroji zabývajícími se touto problematikou.

Pro získání a vyhodnocení potřebných dat byla použita analýza archivních dokumentů organizace, konkrétně psychosociální vyšetření klientů a statistická tabulka. Data byla interpretována metodou trsů a znázorněna pomocí tabulek.

Průzkum byl s ohledem na zvolenou metodologii časově velmi náročný a průběh průzkumu byl komplikován nemožností některá data dohledat.

Průzkumem bylo zjištěno, že rodiny klientů TK ADVAITA vykazují rizikové znaky uváděné v teoriích, jako jsou rozchody/rozvody rodičů, úmrtí v rodině, těžká onemocnění, časté konflikty a domácí násilí. Jako nejvýznamnější znak se ukázalo nadměrné užívání alkoholu nebo zneužívání drog v rodině, přičemž nejčastějším rizikovým faktorem byl otec alkoholik.

Počáteční předpoklad, že klienti pocházejí z rozpadlých rodin, se průzkumem nepotvrdil. Rozchod či rozvod rodičů uvedlo 45 % klientů, přičemž rozvodovost v rodinách klientů odpovídá všeobecné rozvodovosti v české populaci ve sledovaném období.

Naopak se potvrdilo, že klienti přicházejí do léčby více z nestálého prostředí než z prostředí rodinného – pouze 20 % klientů žilo před léčbou u rodičů.

Z průzkumu vyplynulo, že spolupráce s rodinou v rámci léčby má pozitivní vliv na proces léčby závislých. Klienti s rodinnou terapií byli v léčbě výrazně úspěšnější, 55 %

klientů s rodinnou terapií ukončilo léčbu s diplomem, 60 % klientů bez rodinné terapie odešlo z léčby na základě vlastního rozhodnutí.

Teoretická část bakalářské práce sjednotila informace z dané problematiky a obohatila tak základnu v oboru o ucelený soubor teorií vlivu rodinného prostředí na rozvoj závislosti.

Průzkum v prostředí TK ADVAITA potvrdil již existující teorie uváděné v odborné literatuře, navíc obohatil existující průzkumy o uvedení souvislostí mezi rodinou a závislostí, potažmo rodinou a léčbou závislosti.

Na základě zjištění bakalářská práce navrhla nezbytná opatření pro praxi – posílit primární prevenci na školách a více zapojit rodiny klientů do procesu léčby.

Vhledem k rozsahu bakalářské práce a ke zvolené metodologii nebylo možné zpracovat téma v širším kontextu. Jistě by bylo zajímavé do této oblasti soustředit další průzkumy. Pětina klientů pocházela z dvoukariérového manželství, lze tedy předpokládat, že na rozvoj závislosti má významný vliv i čas, kteří rodiče (ne)věnují svému dítěti. Průzkumem rovněž nebylo možné zjistit, kolik klientů má podporu rodiny, přestože se tato rodina neúčastnila rodinné terapie a kolik klientů není se svou rodinou v kontaktu vůbec.

Z průzkumu dále vyplynulo, že velkým problémem drogově závislých v léčbě jsou vztahy. Klienti často odcházeli nebo byli vyloučeni z důvodu blízkého vztahu se spoluklientem. Otázka vztahů je velmi diskutovaným tématem i v řadách odborné veřejnosti – některá zařízení v poslední době ustupují ze zavedeného pravidla zákazu vztahů a experimentují s pravidly novými – povolují vztah na základě určitých opatření (např. povolen je vztah mezi klienty umístěnými na jiných odděleních, povolen je vztah mezi klienty ve vyšší fázi léčby apod.). Nakolik budou mít nově nastolené možnosti vliv na ukončení léčby klientů a na následnou abstinenci, to ukáže praxe následujících let.

5 Seznam použitých zdrojů

- ADVAITA, z. ú., 2015. *Výroční zpráva 2014*. Liberec.
- ČÍRTKOVÁ, L., 2014. *Viktimologie pro forenzní praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0582-1.
- ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol., 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: Příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2014-2.
- ČSÚ, 2015. *Český statistický úřad* [online]. Aktualizováno 26. 1. 2015 [vid. 4. 11. 2015]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/rozvodovost>
- ČTRNÁCTÁ, Š., ed., 2013. *Rodina a drogy*. 1. vyd. Praha: SANANIM. ISBN 80-7220-260-X.
- FERJENČÍK, J., 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-815-9.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- HAJNÝ, M., 2003. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, K. a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1- mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. A kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-238-8014-4.
- KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, K., 2008. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, K., 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE: *Klinika adiktologie* [online]. Aktualizováno 1. 11. 2015 [vid. 1. 11. 2015]. Dostupné z: <http://adiktologie.cz/>

KOŠATECKÁ, Z. *Závislosti.com* [online]. [vid. 18. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.zavislosti.com/>

MATOUŠEK, O., aj., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1362-4.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2014. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*[online]. MRAVČÍK, V. (ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. [vid. 1. 11. 2015]. ISBN 978-80-7440-109-1. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/626/VZ-2013.pdf

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI: *Drogy-info* [online]. [vid. 28. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/>

NEŠPOR, K., CSÉMY, L., 1997. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 4. vyd. Praha: BESIP.

NEVŠÍMAL, P., 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj, MHPH. ISBN 978-80-7106-937-9.

NEVŠÍMAL, P., ed., 2004. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. - Vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj. ISBN 80-7106-876-4.

ŠEFRÁNEK, M., ed., 2007. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: Praktická příručka pro uživatele drog*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-87041-28-4.

ÚZIS ČR: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [vid. 15. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-7367-414-4.