

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Bakalářská práce*

**2014**

Markéta Hošková

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Markéta Hošková

*Profesionalizace vs. de-profesionalizace při práci s klienty  
závislími na alkoholu či psychoaktivních látkách*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

**2014**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 25. 6. 2014

---

Markéta Hošková

Ráda bych poděkovala Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za cenné rady a připomínky, které mi během odborného vedení práce poskytl, a také za jeho trpělivost. Velký dík patří také mému manželovi za velikou podporu při psaní této práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
1 Sociální práce .....	11
1.1 Cíle a principy práce s uživateli drog .....	12
1.2 Způsoby práce s uživateli návykových látek .....	13
1.2.1 Úkolově orientovaný přístup .....	13
1.2.2 Motivační rozhovory .....	14
1.3 Profesionalizace a de-profesionalizace .....	15
1.4 Laický terapeut .....	16
2 Sociální politika .....	17
2.1 Definice sociální politiky .....	17
2.2 Vymezení sociální politiky .....	18
2.3 Welfare state .....	18
2.3.1 Typy sociálního státu .....	19
2.4 Základní principy sociální politiky .....	19
2.4.1 Princip sociální spravedlnosti .....	19
2.4.2 Princip sociální solidarity .....	20
2.4.3 Princip subsidiarity .....	20
2.4.4 Princip participace .....	22
2.5 Sociální politika Československé socialistické republiky .....	22
3 Závislost .....	24
3.1 Závislost na alkoholu .....	24
3.2 Závislost na alkoholu jako sociální problém .....	26
4 Systém péče .....	28
4.1 Terénní programy .....	29
4.2 Nízkoprahová kontaktní centra .....	29
4.3 Detoxifikační jednotky .....	30
4.4 Ambulantní léčba .....	30
4.5 Pobytová léčba .....	32
4.5.1 Ústavní léčba .....	32
4.5.2 Rezidenční léčba v terapeutické komunitě .....	34
4.6 Následná péče a chráněné bydlení .....	36

5	System péče v USA .....	38
5.1	Detoxifikační centra.....	38
5.2	Ambulantní léčebné programy .....	38
5.3	Krátkodobá ústavní léčba .....	39
5.4	Dlouhodobá rezidenční léčba .....	39
5.4.1	Owensboro Regional Recovery .....	40
5.4.1.1	Off The Streets (SOS) .....	40
5.4.1.2	MT1/MT2.....	40
5.4.1.3	Fáze I .....	41
5.4.1.4	Fáze 2/ Peer Mentori.....	41
5.4.1.5	Peer Mentor .....	41
5.5	Následná péče.....	43
5.6	Chráněné bydlení .....	43
6	Svépomocné programy .....	45
6.1	Anonymní alkoholici .....	45
6.1.1	Průběh setkání AA .....	47
6.1.2	12 kroků a 12 tradic.....	48
7	PRAKTICKÁ ČÁST .....	49
7.1	Cíle práce a volba metodologického přístupu .....	49
7.2	Metody získání dat .....	50
7.3	Výběr vzorku.....	51
7.4	Fixace, analýza a interpretace kvalitativních dat .....	51
7.5	Limity výzkumu .....	52
7.6	Interpretace dat.....	52
7.6.1	Oblast motivace .....	52
7.6.2	Oblast abstinence.....	53
7.6.3	Oblast vlastního přínosu .....	56
7.6.4	Oblast vztahů .....	58
7.6.5	Oblast profesionality .....	60
7.7	Shrnutí šetření .....	63
7.8	Diskuse .....	64
	ZÁVĚR .....	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	67
	PŘÍLOHA .....	71

# ÚVOD

„Jiný jejich rozumný zvyk je tento: Protože nemají lékaře, vynášejí nemocné na náměstí. Tam přistupují k nemocnému lidé, a jestliže někdo sám trpěl chorobou, jakou má nemocný, anebo viděl takovou chorobu u jiného člověka, dává mu rady týkající se jeho nemoci. Takto mu přicházející lidé radí a doporučují, aby dělal to, co oni sami, když se léčili z podobné choroby, anebo viděli jiného, jak se z ní vyléčil.“ Herodotos: popis krajiny a zvyky babylonanů.

Tento úryvek z textu nám představuje způsob sociální práce, který byl uplatňován až do 19. století. Neboť právě do 19. století byli hlavními poskytovateli sociální pomoci: rodina, sousedé, obec, církve aj. Proces modernizace narušil činnosti těchto podpůrných mechanismů, protože se začaly vytvářet představy o vhodných pracovnících a tím docházelo k marginalizaci těch, kteří tuto činnost vykonávali doposud (viz výše zmíněné). V důsledku průmyslové revoluce docházelo k procesu urbanizace, ke kterému se vázala řada problémů.

S vývojem moderní doby se se začala projevat řada protichůdných tendencí, které můžeme souhrnně označit jako „vývojová dilemata.“ Soudobá sociální práce se zabývá hned několika dilematy, já se pro účel této práce zaměřím pouze na dilema profesionalizace a de- profesionalizace.

Sociální práce se v českých podmínkách měnila podle politického systému země. Od roku 1948- 1989 vládl v Československé republice komunismus, který neblaze poznamenal náš stát na dlouho dobu dopředu. Veřejný prostor byl zcela ovládnut totalitním systémem a participace byla možná pouze skrze oficiální struktury. Občan byl nucen být v pasivní roli, čehož se v současné době mnozí nemohou zbavit a jsou stále přesvědčeni, že by se o ně měl starat stát, bez toho aniž by se na řešení své situace, museli podílet. Radikální změna politické situace se výrazně promítla do všech oblastí společenského života. Bylo potřebné hledat nový koncept sociální politiky. Ačkoli systém rozsáhlých redistribucí a transferů bez ohledu na výkon vyhovoval velké části populace, nebyl z ekonomického hlediska udržitelný. (Klimentová, 2000, s. 43) Současná sociální politika již musí reagovat na nově vzniklé sociální problémy přicházející s transformací společnosti a zároveň motivovat občany k větší participaci.

Přestože se v 90. letech 20. století rozvinul nestátní neziskový sektor, v jehož rámci vykonávali sociální práci lidé, jak na profesionální úrovni, tak na principu

občanské vzájemnosti a solidarity, současný legislativní rámec ubírá nekvalifikovaným lidem možnosti vykonávat sociální práci bez toho, aniž by se museli vysokoškolsky vzdělávat, (viz zákon o sociálních službách).

Vývoj a vznik terapeutických komunit ve světě představuje zajímavý příklad práce lidí, kteří se na základě vlastní zkušenosti rozhodli pomáhat ostatním lidem, kteří se potýkali se stejným problémem. První svépomocnou terapeutickou komunitu Synanon založil roku 1958 v Santa Monice v Kalifornii ex-user Charles Dederich . „Americké svépomocné komunity využívaly skupinu vrstevníků pro řešení problémů svých residentů zpravidla bez účasti profesionálů. Jejich filosofie vycházela ze základních principů Anonymních alkoholiků, kteří vnímají závislost jako nemoc, vůči níž je jedinec bezmocný a jediným řešením je absolvovat 12 kroků pro spirituální probuzení a nabytí víry ve „vyšší moc“, jež mu může pomoci.“ (Klinika adiktologie, dostupné 20. 5. 2014) Takto založený typ terapeutických komunit se v evropských zemích moc neuchytil, přesto však s drobnými změnami stále funguje ve Spojených státech amerických. Během své dvouměsíční praxe v USA jsem měla možnost strávit 6 týdnů v terapeutické komunitě Owensboro Regional Recovery, která funguje na principech AA a je určena pouze pro muže. Zde, jsem se poprvé setkala, s pracovní pozicí Peer Mentora, která mě velice oslovila a přivedla k tomu, abych o ní napsala a představila ji těm, kteří se o adiktologii či de-profesionalizaci zajímají.

Cílem bakalářské práce je popsat pozici peer mentora v zařízení Owensboro Regional Recovery, analyzovat rozhovory s peer mentory a shrnout možný přínos jejich práce při práci se závislými klienty.

Teoretická část práce se v první kapitole zaměřuje na vymezení pojmu sociální práce a na metody, které se uplatňují ve vztahu k uživatelům návykových látek. Druhá kapitola o sociální politice byla do konceptu práce zařazena proto, abychom mohli lépe pochopit kapitolu o svépomocných skupinách, neboť sociální politika každé země byla a je mixem různých typů sociálního států, přičemž každý typ charakterizuje určitý ideologický koncept. Třetí kapitola se zabývá termínem závislosti. Ačkoli je téma závislosti ústředním prvkem práce, nepouštím se zde do jeho hlubšího rozboru. Pevně věřím, že toto téma bylo již rozebráno natolik, že pro účel této práce není potřebné se o něm více zmiňovat. Navazující kapitoly představují systémy péče v ČR a v USA se zaměřením na ty programy, které jsou určeny k léčbě závislostí na alkoholu. Zaměření programů na specifický druh návykové látky bylo vybráno záměrně kvůli americkému programu, který staví na principech anonymních alkoholiků. Poslední kapitolou



teoretické části je představení svépomocného programu anonymních alkoholiků. Na ni plynule navazuje praktická část práce, jež má povahu kvalitativního šetření.

Ve své práci jsem čerpala z odborných literatur věnovaným tématům závislosti, sociální práce a politiky. Další informace jsem získávala z internetových stránek a také z interních materiálů anonymních alkoholiků a terapeutické komunity ORR.

# 1 Sociální práce

Abychom mohli hovořit o dilematech v sociální práci, považují za důležité zmínit, co to vlastně sociální práce je a jaké jsou její cíle.

Z jednotlivých pramenů, které se zabývají sociální prací, vyplývá, že pro ni neexistuje jednotná definice. Navrátil (2001, s. 10) uvádí definici podle Hanvey a Philpota (1996), kteří aktualizovali jednu starší definici, v které deklarují že „Sociální práce je často to, co jiní- zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají.“ Nicméně se jedná o neurčitou formulaci, s kterou nebyli všichni spokojeni. Proto se Thompson pokusil zpřesnit definici sociální práce tím, že popsal aktivity, které jsou pro sociální práci běžné. Avšak ani tento pokus nebyl považován za úspěšný, neboť se některé aktivity kryly s aktivitami jiných profesí.

Někteří autoři se pokusili definovat sociální práci s vymezením jejích cílů, které se opírají o koncept tzv. sociálního fungování.<sup>1</sup> Pro porovnání uvádím dvě definice, které se o koncept sociálního fungování opírají. První z nich je od Sheafora, Horejsiho a Horejsiho, ti „považují za cíl sociální práce 1) pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a 2) měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.“ (Navrátil, 2001, s. 11; Sheafor, Horejsi a Horejsi, 2000, s. 4-5)

Druhá definice podle Národní Americké asociace sociálních pracovníků (1973, s. 4-5, in Navrátil 2001, s. 12) říká, že sociální práce „je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“

Souhrnně řešeno hlavním cílem sociální práce je pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit vzniklé sociálních problémy jako jsou drogy, kriminalita, chudoba, nezaměstnanost, sociální nerovnost, diskriminace aj. a zároveň pomáhat vytvářet takové podmínky, aby jim byla navrácena způsobilost k sociálnímu uplatnění. (Matoušek, 2008, s. 200-201)

---

<sup>1</sup>Sociální fungování se dá interpretovat jako interakce mezi požadavky prostředí a lidmi. Tento pojem reflektuje jak nároky prostředí, tak schopnost klienta odpovídat na tyto nároky. (Matoušek, 2008, s. 196)

## 1.1 Cíle a principy práce s uživateli drog

Hlavním orgánem odpovědným za koordinaci protidrogové politiky na národní úrovni je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), která vznikla na základě usnesení vlády č. 643 ze dne 19. června 2002. Tato rada uděluje certifikace odborné způsobilosti poskytovatelům služeb pro uživatele drog a také schvaluje dotace na projekty protidrogové politiky. Jejím hlavním úkolem je projednávat a překládat vládě národní strategii protidrogové politiky, akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky, výroční zprávu o stavu ve věcech drog v České republice za předcházející kalendářní rok.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 -2018 má čtyři hlavní cíle a s nimi korespondující čtyři pilíře:

Tabulka č. 1- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018

	Cíl I.	Cíl II.	Cíl III.	Cíl IV.
Strategický cíl	Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi	Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog	Snížit potenciální rizik spojená s užíváním drog pro jedince a společnost	Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi
Pilíře protidrogové politiky	Primární prevence	Léčba a sociální začleňování	Snižování rizik	Snižování dostupnosti drog

Zdroj: Vláda ČR dostupné 27. 4. 2014

Sociální práce s uživateli drog se uplatňuje v oblasti snižování poptávky (léčba a resocializace), snižování rizik (omezování škod- harm reduction) a snižování dostupnosti (probační a vězeňští pracovníci působící v resortu Ministerstva

spravedlnosti ČR, které garantuje potlačení společensky nebezpečného jednání). (Matoušek, 2005, s. 213)

Mullerová, Matoušek a Vondrášková (2005, s. 213) zmiňují tři obecné principy systému léčby drogových závislostí.

- Co je účinné, musí být dostupné, co je dostupné, musí být účinné.
- Odstranit bariéry včasné pomoci, zabránit odloženému využívání služeb. Tento princip říká, že je účinnější včasná intervence nežli opožděné léčení tzn. pracovat s klientem i přesto, že ještě není motivován k léčbě.
- Zabránit fenoménu otáčivých dveří, který je důsledkem léčby, která nebyla „dotažena do konce“, tzn. nebylo naplněno léčebné kontinuum.

## **1.2 Způsoby práce s uživateli návykových látek**

Každá cílová skupina vyžaduje specifický přístup, proto ani sociální práce s drogově závislými klienty tomu není výjimkou. Zaměříme-li se na koncept sociálního fungování, jenž klade důraz na schopnost člověka zvládat obtížné životní situace, které vznikají jako důsledek jeho nerovnovážné interakce se sociálním prostředím, zjistíme, že se jedná o aktuální téma právě této skupiny lidí. Tato, pro ně často sociálně a kulturně odlišná společnost na ně klade požadavky, které jsou pro ně těžko srozumitelné, příliš náročné a kterým z velké části nerozumí.

V důsledku nesplnění požadavků společnosti se stávají sociálně vyloučenými a propast mezi nimi a většinovou společností se tím prohlubuje. Proto je důležité, aby se s nimi začalo pracovat takovým způsobem, který jim pomůže dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. (Navrátil in Kalina a kol., 2003b, s. 70-71)

### **1.2.1 Úkolově orientovaný přístup**

Úspěch tohoto přístupu spočívá v myšlence, že i malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že lidé se více nasazují pro úkoly, které si sami zvolili. Přístup vychází z přesvědčení, že klient je expertem na svůj život a že pracovník je tu od toho, aby mu pomohl rozhodnout, co chce dělat. Tento přístup je vhodné využívat při řešení těchto osmi problémových okruhů, jsou jimi: „interpersonální konflikty, neuspokojení

v sociálních vztazích, problémy s formálními organizacemi, potíže v naplňování rolí, problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami, reaktivní emocionální úzkosti, neadekvátní zdroje a potíže s chováním.“ (Navrátil, 1995, s. 107)

Pracovníka, který pracuje s tímto přístupem, nezajímá klientova historie či příčiny vzniklého problému, naopak se jeho pozornost soustředí na klientovu současnou situaci a možnosti řešení jeho aktuálního problému.

## 1.2.2 Motivační rozhovory

Mullerová, Matoušek a Vondrášková (2005, s. 214) uvádějí, že „univerzálním přístupem sociální práce s uživateli drog, který je možné uplatnit ve všech fázích práce s tímto typem klientely, je motivační rozhovor.“ Jedná se o metodu, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním dělat. Zvláště účinná je u lidí, kteří jsou nerozhodní, neboť posiluje jejich vlastní motivaci. Klient sám je expertem na svůj život, proto má plnou svobodu v rozhodování.

„ Celkovým cílem je navýšit klientovu vnitřní motivaci tak, že se změna vynoří v něm samém, namísto toho aby byla na klientovi vyžadována zvenku.“ (Miller, Rollnick, 2003, s. 46)

Techniky, které se v motivačních rozhovorech používají, jsou většinou odvozené od přístupu orientovaného na člověka. Motivační rozhovor je však oproti přístupu orientovaného na klienta více direktivní, neboť při něm má terapeut jasný cíl př. změnit míru pití u klienta, proto prosazuje kroky, které vedou k stanovenému cíli.

Miller a Rollnick (2003, s. 49) uvádí osm obecných motivačních postupů, jsou jimi:

- předání rad
- odstraňování překážek
- nabídka výběru
- snižování přitažlivosti
- uplatnění empatie
- poskytování zpětné vazby
- vyjasňování cílů
- aktivní pomoc

Tyto postupy rozhovorů, které jsou cíleně zaměřeny na vyvolání změny v závislém chování, pomáhají klientům „vyhrabat se“ z pastí, do kterých upadli během svého života a nastartovat tím proces změny.

### 1.3 Profesionalizace a de-profesionalizace

Téma profesionalizace a de-profesionalizace velmi úzce souvisí s dalším vývojovým dilematem, kterým je formalizace a de-formalizace, neboť profesionalizace je jedním z aspektů formalizace sociální práce. Ve 20. století se z charitativní práce postupně stala etablovaná disciplína, která má vlastní etický kodex, metodiku práce, formální způsob výuky a v neposlední řadě silné finanční a organizační vztahy ke státní správě. Profesionální sociální práce usiluje o to, aby se takto zodpovědné činnosti, jakou je sociální práce, věnovali pouze vysokoškolsky vzdělaní lidé a kvalifikovaní odborníci. Nicméně vznikající sociální instituce jakožto nápomocné služby se nejeví jako jednoznačně prospěšné.

V tradičních společnostech byla nejtěžejnější institucí řešící sociální problémy rodina potažmo komunita, která nyní ztrácí svoji pozici. Řezníček (1994, s. 17) píše: „přivrženci alternativní sociální práce tvrdí, že de-profesionalizace a decentralizace služeb potřebným, s přispěním zasvěcených laiků, přátel, rodin a neplacených dobrovolníků, vede k daleko lepším výsledkům než tradiční odborný přístup.“

Vývoj terapeutických komunit v České republice, tak koresponduje s důrazem, který je kladený na odborné vzdělání. V naší zemi významně převládala tradice demokratických TK pro něž je charakteristický profesionální základ. Výjimečně na našem území vznikaly TK zakládané ex-usery, nicméně se buď profesionalizovaly, nebo zanikly. (Kalina, 2008a, s. 73)

Jak potvrzuje Nevšimal (2004, s. 199) „V evropských TK je personál pravděpodobně většinou profesionální (sociální pracovníci, psychologové, pedagogové, atp.), ve Spojených státech amerických mají TK méně profesionální charakter, ale do programu je začleněno mnoho dalších terapií (psychodrama, rodinná terapie, bonging terapie, atp.)“

## 1.4 Laický terapeut

Pro většinu terapeutických komunit v USA je typické, že se téměř celý tým skládal z ex-userů, kteří neměli vyšší vzdělání a nesplňovali kritéria pro terapeutickou nebo administrativní práci. Lidé, kteří dokázali s braním drog skončit, jsou dobrým příkladem pro nově příchozí, neboť v nich mohou spatřovat naději, že i oni mohou být v léčbě stejně tak úspěšní a postoupit na vrchol hierarchie a stát se členy týmu. (Nešpor, Müllerová, 2004, s. 85)

Za výhodu ex- userů se považuje skutečnost, že jsou imunní proti manipulacím, které klienti zkouší na profesionály. Na druhou stranu mohou odmítat vnější kritiku a zlehčovat stížnosti klientů.

Názory na roli ex- userů v terapeutických komunitách jsou stále značně divergentní. Obecně se však doporučuje přijímat ex-usery do týmu komunity až poté, co jsou sami schopni obstát ve společnosti po dobu minimálně 1-3 roků po absolvování programu a nepřijímat je do stejného programu, který sami absolvovali. (Kalina, 2008a, s. 226-227)

Velkým přínosem jsou ex- useři v terénní sociální práci, neboť relativně snadněji získávají důvěru uživatelů. (Matoušek a kol, 2005, s. 218) Přesto pro ně stále zůstává přítomnost ve společnosti aktivních uživatelů rizikem.

## **2 Sociální politika**

Vzhledem k tomu, že je sociální práce nástrojem sociální politiky, přesněji je souborem činností, jimiž jsou realizovány cíle sociální politiky, zejména v oblasti dávek a služeb, považují za důležité se o ní stručně zmínit.

Každý stát má svoji sociální politiku, která reaguje na aktuální potřeby toho daného státu-měnicí se politickou a ekonomickou situací, demografickou strukturu a s tím související změny na trhu práce. Stát má dnes nezastupitelnou roli v sociální politice, nicméně jeho vliv v ekonomické a sociální sféře se liší podle ideologie, kterou ten daný stát zastává. To se ve značné míře odráží i míru participace občanů ve věcech veřejných

### **2.1 Definice sociální politiky**

Tomeš (2010, s. 29) definuje sociální politiku takto: „Sociální politika je soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých subjektů ve svém zájmu udržet nebo dosáhnout změny ve fungování nebo podpořit rozvoj svého či jiného sociálního systému nebo soustavy nástrojů k realizaci své či jiné sociální politiky.“

Sociální politika zaujímá v moderní společnosti nezastupitelné místo, neboť se od ní očekává, že poskytne takové podmínky, které zadají impulzy a motivaci k rozvoji každého jedince a tím i prosperitu celé společnosti. Jedná se o politiku, „která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života.“ (Krebs, 2002. s. 11)

Sociální politika jakožto každá jiná politika má soustavu cílů, kterými se snaží naplnit cíl obecný. Jejím základním cílem musí být vytvoření takových podmínek, které respektují důstojnost každého člověka a které zajišťují rovně příležitosti pro všechny.



## 2.2 Vymezení sociální politiky

V širším slova smyslu se jedná o politiku, která vymezuje dlouhodobé koncepční úvahy, typ sociální politiky či tvorbu určitého sociálního programu. Naproti tomu užší pojetí sociální politiky si dává za cíl reagovat na sociální rizika způsobené stářím, invaliditou či nemocí a zároveň eliminovat sociální tvrdosti trhu a s tím vzniklá nezaměstnanost či chudoba. Jedná se tedy o soubor nástrojů, aktivit a opatření, které mají reagovat na vzniklou nepříznivou sociální událost- systém sociálních dávek, zdravotního a sociálního pojištění. (Krebs. 2002. s. 17)

## 2.3 Welfare state

Sociální stát či doslovně přeloženo jako stát blahobytu, je označení, které se začalo používat ve 20. století k významu rostoucí role státu v sociální politice, kde odpovědnost za základní životní podmínky není jen záležitostí jedinců či jejich rodin, nýbrž i záležitostí veřejnou. „Každému z jeho občanů se dostává alespoň určitého uznaného minima podpory a pomoci v různých životních situacích, které jej či jeho rodinu (potenciálně či aktuálně) ohrožují.“ (Potůček, 1995, s. 35)

Podnětem k vzniku sociálního státu neboli státu veřejných sociálních služeb byly takové, jako je oslabení podpůrné funkce rodiny, rodu a místního společenství v období industrializace a urbanizace.

Podle Potůčka je možné, na příkladu Spojených států amerických, vidět, jak mohou faktory kulturní povahy ovlivnit formování sociálního státu. Neboť individualismus, soukromé vlastnictví a volný trh jsou převažujícími kulturními hodnotami Američanů. „Proto jsou americký stát a američtí občané tradičně podezřívaví k mnoha institucím státu veřejných sociálních služeb, jež jsou lidmi v zemích kontinentální Evropy obecně přijímány.“ (Potůček, 1995, s. 36)

### **2.3.1 Typy sociálního státu**

„Pro sociální politiku, její charakter, rozsah a efekty je rozhodující, jaká role je přisuzována jednotlivým subjektům.“ (Krebs, 2002, s. 40) Jinak řečeno jde o to, jakou úlohu má v sociální politice stát a ostatní subjekty. Odborná literatura nabízí několik typologií sociálního státu, které se od sebe liší zejména v tom, kdo a v jakém rozsahu provádí sociální politiku, jaký je její směr, na koho je orientován či z jakého myšlenkového konceptu vyházejí. Pro přehlednost vyberu pouze dvě typologie sociálního státu a to od Richarda H. Titmuse a Gøsta Esping-Andersena, jejichž charakteristické znaky uvádí přehled, který je vložen v příloze.

Reálná sociální politika každé země je takzvaným mixem výše zmíněných typů, avšak některé země se určitému modelu blíží více než jinému. „Tradičně největší roli v sociální politice mají státy ve skandinávských zemích, menší ve střední a jižní Evropě a nejnižší pak v USA, Kanadě a Japonsku.“ (Krebs, 2002, s. 65)

## **2.4 Základní principy sociální politiky**

Sociální politika směřuje ke změně sociálního systému. Tato změna však musí respektovat určité základní pravidla, které jsou pro ni určující a které se v ní zrcadlí, jsou jimi: pravidla úkonů, myšlenkové proudy a základní znaky. K nejvýznamnějším zejména patří následující čtyři principy.

### **2.4.1 Princip sociální spravedlnosti**

Spravedlnost je základní pilířem sociální politiky. Je také považována za měřítko mezilidských vztahů, za základní mravní a náboženskou hodnotu a za základ právního řádu. Spravedlnost lze chápat ve dvojnásobném smyslu. Za prvé ve smyslu právním (souhrn právních norem a zásad), tak ve smyslu sociální spravedlnosti. „Spravedlnost sociální vymezuje pravidla k přerozdělování prostředků a předpokladů mezi jednotlivé aktéry sociální politiky státu.“ (Duková, Duka, Kohoutková, 2013, s. 56) Jde o pravidla společnosti při rozdělování příjmů, bohatství, životních příležitostí, předpokladů

(vzdělání) mezi jednotlivé občany nebo skupiny – shodla se na tom společnost. Jelikož je pojem sociální spravedlnost relativní je nutné k jeho řešení přistupovat vždy z řad různých hledisek, neboť každá konkrétní sociální situace vyžaduje konkrétní a adekvátní řešení. Nejčastější zásady, podle nichž probíhá dělení mezi subjekty, jsou následující:

- každému stejně
- každému podle jeho potřeb
- každému podle jeho zásluh

Typickým modelem sociální spravedlnosti pro vyspělé země s tržní ekonomikou je „model pevného dna a otevřeného stropu.“ (Krebs, 2002, s. 22)

## **2.4.2 Princip sociální solidarity**

Sociální solidarita je chápána jako vzájemná podpora jednotlivců, skupin, sdružení, organizací při rozdělování a utváření životních podmínek a prostředků, které vedou k naplňování ideje sociální spravedlnosti. Podle Krebse je „solidarita výrazem lidského porozumění a pospolitosti, vzájemné soudržnosti a také odpovědnosti. Je vedena úsilím o sjednocování zájmů na základě svobodné vůle lidí a jejich ochotou podřídit se zájmům širšího společenství.“ (2002. s. 23)

Existují různé typy sociální solidarity a to podle toho, kdo ji organizuje např. solidarita mezinárodní (WHO, UNICEF), celostátní, místní (podniky, církve, firmy, spolky), solidarita mezi členy rodiny, mezigenerační, zdraví s nemocnými, bezdětní občané s rodinami s dětmi, zaměstnání s nezaměstnanými či majetní se sociálně potřební

Je nutné dbát na to, aby příliš velká sociální solidarita nevedla k útlumu aktivity obyvatelstva a jeho odpovědnosti za vlastní životní podmínky.

## **2.4.3 Princip subsidiarity**

Jde o spojení osobní odpovědnosti se solidaritou. Tento princip říká, že je člověk obdařen jedinečnými vlastnostmi, vůlí, schopnostmi a dispozicemi, které je povinen

využívat ve prospěch sebe a svých blízkých. To znamená, že je žádoucí a mravné, aby každý nejprve pomohl sám sobě. Pokud si jedinec není schopen sám pomoci, má v první řadě přijít na pomoc rodina, poté komunita, obec, kraj. Stát zasahuje až ve chvíli, kdy jsou vyčerpány všechny možné dostupné zdroje. Povinností státu je vytvářet takové podmínky, aby si každý mohl nejdříve pomoci sám.

Aby mohlo dojít k naplňování tohoto principu, je důležité, aby stát vybízel občany k převzetí vlastní odpovědnosti a dával prostor pro vlastní samotné odpovědné chování. (Duková, Duka, Kohoutková, 2013. s. 58)

#### **2.4.4 Princip participace**

Základní myšlenkou je možnost lidí mít účast na procesu, který ovlivňuje, prostřednictvím určitých opatření a rozhodnutí, jejich život. Skrze participaci člověk přestává být pasivním příjemcem sociálněpolitických opatření, neboť se podílí na jejich tvorbě a rozhoduje o jejich realizaci. Přejít člověka od objektu sociální politiky k plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu, za předpokladu, že „ jsou občané dobře vzdělaní a informovaní, že si uvědomují svá práva a povinnosti zároveň, že jsou dostatečně zralí a vyspělí pro odpovědné sociální jednání a že stát je v tom podpoří.“ (Krebs, 2002, s. 26)

### **2.5 Sociální politika Československé socialistické republiky**

Sociální politiku v tom smyslu jak je chápána dnes, socialistické Československo nemělo. Jednalo se spíše o politiku tzv. „sui generis“ neboli politiku „svého druhu/ mající svérázný ráz“, neboť zde „neexistovaly“ sociální problémy jako je například nezaměstnanost nebo chudoba. Ovšem ve skutečnosti tyto problémy existovaly, ale byly skryty. Prostřednictvím ekonomických mechanismů byla uměle udržovaná plná zaměstnanost. „Právo na práci a zároveň povinnost pracovat byly vtěleny do zákonných norem.“ (Potůček, 1995, s. 26)

Stát přebíral všechny funkce sociální politiky, byla potlačena role ostatních sociálních subjektů, jako je občan, rodina či zcela vyloučena - nestátní instituce (charity, církve). Občané zastávali roli pasivních příjemců dávek a služeb a neměli možnost o jejich podobě spolurozhodovat. Monopól státu byl téměř totální. „Ve svých myšlenkových konceptech respektoval sociální spravedlnost spíše ve smyslu rovnostářství a prosazoval především univerzální schémata a celospolečenský solidarismus.“ (Krebs., 2002, s. 74)

To ovšem nevyklučovalo privilegované jištění určitých vrstev- stranický a bezpečnostní aparát. Kvůli celkové ekonomické neefektivnosti (způsob financování výlučně založen na státním rozpočtu) a vysycháním finančním zdrojů začalo docházet k zadluženosti sféry služeb. V 60. a 80. letech 20. století došlo ke stagnaci a poklesu

ekonomického rozvoje, což implikovalo krizi, a tudíž nutnost změny postavení občanů - posílení vlastní odpovědnosti a participace.

## 3 Závislost

Závislost neboli syndrom závislosti popisuje 10. revize Mezinárodní kvalifikace závislosti jako „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, dostupné 5. 5. 2014)

Na vzniku závislosti se mimo jiné podílí řada faktorů. Považují se za ně např. genetická transmise, biochemické zvláštnosti organismu, osobnostní struktury člověka, prostředí a tolerantní postoje společnosti, droga a její dostupnost. „Rozhodujícími prvky v dynamice vývoje závislosti jsou dva mechanismy, typicky se měnící v jednotlivých stádiích. Jsou to tolerance a kontrola.“ (Heller in Heller, Pecinová, 2011, s. 9)

Při stanovování diagnózy syndromu závislosti je hlavním kritériem objevení alespoň tří jevů, které nastaly během posledního roku, jsou jimi (Pecinová in Heller, Pecinová, 2011, s. 22-23) :

- Silná touha či pocit nucení užívat látku (craving, bažení)
- Potíže v kontrole užívání látky
- Somatický odvykací stav
- Změna tolerance

Postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku. Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

### 3.1 Závislost na alkoholu

Závislost na alkoholu je stará jako lidstvo samo. První zmínky o alkoholu sahají do dávného středověku, jak píše Escotado (1996, s. 14) „dal se vyrobit prakticky z každé rostliny.“ Jedinec, který požil alkohol, se ocitá ve stavu opilosti. Zpočátku jeho

účinky přinášejí zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, postupně však dochází ke ztrátě zábran, snížení sebekritičnosti a ve finále pak k únavě, útlumu a spánku. Můžeme říci, že malé množství alkoholu působí na lidský organismus stimulačně, kdežto vyšší množství tlumivě.

Intoxikace samotným alkoholem může mít smrtelný následek stejně tak užití alkoholu s jinými látkami, které mají vliv na centrální mozkový systém, např. s opiáty. (Kalina, 2001)

Závislost na alkoholu se, na rozdíl od nealkoholových drog, rozvíjí dlouhodobě. Vývoj závislosti popisuje Pecinová (2011) podle Jellineka, který ji rozdělil do čtyř vývojových stádií.

### **1. stádium (iniciální, počáteční)**

Jedinec se svým pitím neliší od svého okolí; pije, neboť pouze v intoxikaci dokáže překonat problémy, které jsou pro něho bolestné či neřešitelné. V tomto stádiu se také zvyšuje jeho tolerance neboli dávka, kterou nyní potřebuje k navození příjemného pocitu.

### **2. stádium (prodromální, varovné)**

Zvyšující se tolerance způsobuje nutnost stále vyššího alkoholu v krvi, která se však přibližuje k hladině, při níž dochází k opilosti- ta se však objevuje stále jen výjimečně. Začíná se stydět za svoje pití a začíná s jeho maskováním a maximální sebekontrolou v intoxikaci. Rostoucí pocit viny vyvolává v jedinci pocit odhodlání k tomu, aby se vypořádal s alkoholem, nicméně jeho snaha uvádí do pohybu bludný kruh vedoucí k závislosti.

### **3. stádium (krucální, rozhodné)**

v tomto stádiu již mluvíme o nemoci. Jedinec snese vysoké dávky alkoholu, aniž by na něm byla patrná intoxikace. V této fázi dochází k tomu, že přijatelná hladinka pro jedince je taková, kdy už je zřetelně opilý. Stále častěji se snaží napít a přitom se neopít, tedy přestat včas, avšak se opijí v nejméně vhodných situacích. Tato změna kontroly v pití vede často k tomu, že každé napití končí opilostí. Pokud však postiženého pití nekončí vždy opilostí, získává tím falešný důkaz, že situaci zvládá a tím i povzbuzení ke snahám pít s kontrolou. Postižený se dostává do častého konfliktu se svým okolím.



Začíná série výmluv, lží. Přestává stačit na své povinnosti, upadají jeho dřívější zájmy a jeho největším a nejintenzivnějším zájmem se stává alkohol. Začíná se měnit osobnostní struktura člověka, stává se vztahovačným, cítí se být ukřivděn, rezignuje na svoji životosprávu. Je mu už jedno co pije hlavně, že je v tom alkohol. Objevují se zdravotní poruchy.

#### **4. stádium (terminální, konečné)**

charakteristickým znakem je nepříjemný stav po vystřízlivění, kdy se postižený musí napít, aby mohl „fungovat“. Tento rozjezd ranním douškem končí několika denní intoxikací. Postižený už pije vše, v čem je etanol. Kvůli poškození jater, klesá jeho tolerance, a tudíž se opije i menším množstvím než dříve. Dochází k degradaci osobnosti i k suicidálním pokusům. Všechn zájem soustředí jen na získání drogy. Postižený se nachází ve stavu, kdy to nejde bez drogy, ale ani s drogou.

Vývoj závislosti je ovlivněn řadou faktorů, ať už se jedná o genetické predispozice, osobnostní dispozice, sociální kontext, frekvencí užívání a v neposlední řadě samotnou užívanou látku. „Tradiční Jellinekovo rozdělení závislosti alkoholu typu gama na počáteční, varovné, rozhodné a terminální stadium se už v současnosti nepoužívá. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) umožňuje ovšem závislost blíže specifikovat kódy na druhém desetinném místě: F1x.20 v současnosti abstinuje, F1x.21v současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí, F1x.22 v současnosti abstinuje při klinicky sledovaném substitučním režimu (např. metadonový program), F1x.23 v současnosti abstinuje při léčbě blokujícími látkami (naltrexon, disulfiram), F1x.24 v současnosti užívá látku, F1x.25 souvislé užívání, F1x.26 epizodické užívání.“ (Drogy-info, dostupné 5. 5. 2014)

### **3.2 Závislost na alkoholu jako sociální problém**

Alkohol patří spolu s nikotinem mezi legální drogy, které jsou ve velkém rozšířeny po celé planetě. Alkohol se stal relaxační drogou pro mnoho lidí, nicméně jak už bylo zmíněno výše, jeho užití způsobuje změnu lidského chování. Již na egyptském papýru z roku 2000 př. n. l. se dočteme tuto zprávu: „ Já, tvůj nadřízený, ti zakazuj

chodit do krčem. Začínáš se chovat jako zvíře. Na jiném zase vytýká otec synovi: Prý zanedbáváš studia a potuluješ se po ulicích. Pivo je záhubou tvé duše.“( Escotado, 1996, s. 14) Na těchto úryvcích můžeme vidět, jak se tehdejší společnost vymezovala vůči nadměrné konzumaci alkoholu, které vedlo k nevhodnému chování lidí. Nicméně v současné době je alkoholismus široce společensky akceptovanou formou závislosti, což potvrzuje i široká „plejáda“ reklam či filmů, které pití alkoholu propagují.

Nehledě na tuto skutečnost se sebou nadměrné pití alkoholu přináší i řadu problémů v sociální oblasti lidského života. Mezi časté sociální problémy patří ztráta zaměstnání, rodiny, postavení (společenského statusu) a tím vzniklé bezdomovectví, nezaměstnanost, chudoba, sexuální zneužívání aj. (Gossop, 2009, s. 14)

## 4 Systém péče

Specializovaná péče o uživatele návykových látek má v naší zemi poměrně dlouho tradici, neboť již v roce 1948 založil Jaroslav Skála první specializované zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. V návaznosti na ústavní léčbu pacientů závislých na alkoholu začala vznikat síť ambulantních ordinací AT (alkohol a toxikomanie), Skálovy doléčovací kluby či kluby abstinentů. Ačkoli tento systém služeb byl nedokonalý (převládal zde medicínský pohled na řešení závislosti, který nezohledňoval sociální aspekty) stal se základem pro další nezbytné články péče o závislé, jako jsou doléčovací programy nebo svépomocné skupiny. V porevolučním období se začal postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který vyplnil mezery v systému léčebné péče. (Bém, in Kalina a kol., 2003b, s. 154)

V současné době má Česká republika vybudovaný poměrně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek, který vznikal postupně v reakci na akutní potřeby klientů. Vyvinula se zde síť poradenských, léčebných a sociálních služeb, jejichž služby odpovídají na potřeby klientů v různé fázi rozvoje závislosti. Aby tento systém péče mohl být efektivní, musí splňovat určitá kritéria a to jak v oblasti kvalitativní -struktura a provázanost sítě, tak i v oblasti kvantitativní - rozsah a dostupnost péče. (Richterová Těmínová in Kalina a kol. 2008, s. 369) Pro měření kvality poskytovaných služeb sloužily od roku 2002 Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV, které se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Znění standardů je obsahem vyhlášky č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Nicméně je důležité si uvědomit, že žádná léčba drogové závislosti nemůže být univerzálně účinná. V mnoha programech je nabízen pouze jeden typ léčby, který nemůže vyhovět všem klientům. A proto je důležité umět pomoci najít klientovi takový typ léčby, který mu bude schopný poskytovat takové služby, které budou odpovídat na jeho potřeby a problémy. (Gossop, 2009, s. 55)

V následujících řádcích se zaměřím na služby, které jsou určeny pro lidi, kteří jsou závislí na alkoholu.

## 4.1 Terénní programy

Terénní programy jsou podle zákona č. 108/2006 Sb. „terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny.“ Tato služba se vyznačuje několika specifickými rysy.

Za prvé se jedná o službu, která je poskytovaná přímo v místech, kde se daná cílová skupina nachází (ulice, squaty, aj.). Druhým specifickým rysem je samotný přístup ke klientovi, neboť terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu. A třetím specifikem je možnost pro klienta zůstat anonymní. Cílem služby je minimalizovat negativní důsledky užívání návykových látek jak pro samotné uživatele, tak pro společnost; motivovat uživatele ke změně životního stylu a k aktivnímu řešení problémů. (Richterová Těmínová in Kalina a kol. 2008, s. 370-371)

## 4.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Jedná se o centra, která navazují na terénní programy a která jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Podle Libry (in Kalina a kol., 2003b, s. 169) tvoří kontaktní centra dveře do systému služeb.

Nízkoprahová denní centra nabízí lidem bez přístřeší zázemí, kde najdou bezpečný prostor, v němž je možné řešit své problémy (sociální, ekonomické, právní, zdravotní, rodinné). Je jim bezplatně poskytováno odborné sociální poradenství či materiální pomoc ve formě stravy, hygieny, výměny šatstva a praní. (Charita Olomouc, dostupné 13. 4. 2014)

Obecným cílem nízkoprahových kontaktních center je minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů návykových látek a jejich motivace ke změně životního stylu. Ke specifitějším cílům patří například zajištění podmínek potřebných k „přežití“, příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče, snaha o minimalizaci

neúspěšných a nedokončených léčebných pobytů aj. (Richterová Těmínová in Kalina a kol. 2008, s. 373)

### 4.3 Detoxifikační jednotky

„Detoxifikační jednotka je lůžkové oddělení uzavřeného typu, které poskytuje detoxikaci („vystřízlivění“) a detoxifikace (léčba „abstinenčních příznaků“) pacientům závislým na návykových látkách.“(Poradna adiktologie , dostupné 13. 4. 2014)

Služba je určena ke zvládnutí odvykacích stavů pro uživatele, kteří:

- se připravují na další odvykací léčbu
- potřebují snížit svoji toleranci vůči droze kvůli svému zdravotnímu stavu či sociální situaci a nejsou motivováni k abstinenci či nástupu na další odvykací léčbu.

Detoxifikace<sup>2</sup> se provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Jedná se o dobrovolnou léčbu, jejímž cílem je zvládnutí odvykacího stavu a intoxikaci. Délka léčby trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů, závisí to na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech. „Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena na podporu a motivaci k další léčbě, pokud je pokračování v léčbě důvodem, proč byl klient na „detox“ přijat.“ (Drogová poradna, dostupné 13. 4. 2014)

### 4.4 Ambulantní léčba

Je forma léčby, která je poskytována zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Je určena lidem, kteří jsou závislí na návykových látkách či hazardní hře a mají dostatečně silnou motivaci k abstinenci či změně životního stylu. Předpokladem pro účinnou léčbu je podpůrné sociální či rodinné zázemí a vyšší schopnost klientovy sebekontroly. Výhodou tohoto typu léčby je skutečnost, že klient není vytržen ze svého

---

<sup>2</sup> Detoxifikace je léčba směřující k obnově fyziologických funkcí organismu i po jednorázovém nadměrném užití nebo dlouhodobém užívání drog (Hartl, Hartlová, 2000, s. 109)

původního prostředí (nemusí opouštět rodinu, přerušit školu či práci), může zůstat anonymní a provozní doba je často přizpůsobena pracujícím klientům.

„Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobená jeho potřebám a zakotvená v jeho ústní či písemné dohodě (kontraktu) s terapeutem nebo se zařízením.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, dostupné 13. 4. 2014)

V ambulantní léčbě se využívá psychoterapie- individuální/ skupinová, farmakoterapie (pouze ve zdravotnických zařízeních) a rodinná terapie. Spektrum možností ambulantní péče doplňuje sociální práce, klubové a volnočasové aktivity, odborné sociální poradenství aj.

Formy ambulantní léčby:

**AT<sup>3</sup> poradny**- léčba probíhá formou individuálních konzultací, které trvají 45-60 min. Cílovou skupinu tvoří problémoví uživatelé návykových látek, jejich rodiče, partneři a další blízcí uživatele. Poradny nabízejí služby jako jsou individuální poradenství, sociálně-právní a pracovní poradenství, prevence relapsu<sup>4</sup>, rodinné poradenství atd. Cílem poradny je podpora, stabilizace a udržení vztahů klienta s jeho blízkými, zlepšení kvality jeho života, dosažení a udržení jeho abstinence od návykových látek či příprava na léčbu v rezidenčním zařízení. (Drogová poradna, dostupné 13. 4. 2014)

**Denní stacionář** je ambulantní zařízení s intenzivním strukturovaným programem. Do tohoto typu zařízení dochází klient každý všední den minimálně 4-5 hodin a večer se opět vrací domů. Účastní se skupinové terapie, individuálních pohovorů s terapeuty, volnočasových a pracovních aktivit a využívají odborné sociální poradenství. „Denní stacionáře jsou relativně novou možností v léčbě a péči o lidi zneužívající návykové látky. Nejsou tudíž dosud příliš rozšířené.“ (Kalina, Drogy a drogové závislosti, 2003b, s. 179)

**Ambulantní skupiny** – fungují v rámci některého terapeutického zařízení nebo jako svépomocné. Nejznámější svépomocné skupiny jsou Anonymní alkoholici a

---

<sup>3</sup> AT velká písmena v názvu znamenají alkoholismus a toxikomani (Matoušek, 2008, s. 28)

<sup>4</sup> Relaps- opětovné užití drogy člověkem, který je aktuálně léčen pro drogovou (alkoholovou) závislost nebo léčbu již skončil (Matoušek, 2008, s. 173)

Anonymní narkomani. Více o nich v kapitole **Svépomocné skupiny**. (Drogová poradna, dostupné 13. 4. 2014)

## **4.5 Pobytová léčba**

Pobytová léčba je forma léčby, při níž klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby zajišťuje pozitivní prostředí bez drog, pevně strukturovaný program a pravidla. Jsou zde využity různé terapeutické metody, které pomáhají klientovi v ujasnění jeho postojů, uvědomění si svého dosavadního maladaptivního chování a pracování na změně. Klient začíná řešit problémy, které se týkají jeho předchozího života, učí se novým dovednostem a pomáhá ostatním v udržení jejich abstinence. Pobytová léčba využívá skupinové a individuální psychoterapie, pracovní terapie, rodinné či párové terapie, odborného sociálního poradenství, socioterapeutických aktivit aj. (Drogová poradna, dostupné 13. 4. 2014)

Délku léčení můžeme rozdělit do 3 kategorií:

- Krátkodobá léčba: trvá cca do 2 měsíců
- Střednědobá léčba: od 2 až 3 měsíců do cca 6 měsíců
- Dlouhodobá léčba: od 6 měsíců do 1 roku, výjimečně až do 2 let

Formy léčby:

- Ústavní léčba
- Rezidenční léčba

### **4.5.1 Ústavní léčba**

Pro tento typ léčby je typická krátkodobá a střednědobá délka léčby, která probíhá v lékařských zařízeních, psychiatrických léčebnách. Z tohoto důvodu je tento typ léčby vhodný také pro klienty, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže.

Základní model léčby vychází z tzv. Skálova či apolinářského modelu<sup>5</sup>. Léčba zahrnuje komplexní strukturovaný program, jehož části (psychoterapeutické, pracovní, volnočasové aktivity aj.) jsou vyváženy tak, aby podporovaly účinnost léčby. Ústavní léčba využívá řadu terapeutických prvků, které jsou do léčby zahrnuty, jsou jimi například: stanovený režim a pravidla, skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, komunitní setkání aj. Hlavním cílem léčby je změna životního stylu pacienta, která vede k jeho abstinenci. Kromě hlavního cíle se léčba zaměřuje na individuální cíle jednotlivých pacientů. Dvořáček (in Kalina a kol., 2003b, s. 195- 196) uvádí jako další možné cíle léčby následující: „stabilizace sekundárních problému spojených se závislostí; vybudování náhledu; postupné řešení důsledků drogové kariéry; zvnitřnění abstinenčních norem; identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizace těchto rizik aj.“

V léčebných zařízeních se snaží objektivizovat a hodnotit pacientovo zvládnání sktruktury a režimu a to v podobě bodovacího systému. Tento systém uděluje kladné ale i záporné body, v jejichž důsledku pacienti nebo jejich skupiny získávají různé výhody nebo naopak i nevýhody. (Dvořáček in Kalina a kol., 2003b, s. 196) Během léčby musí pacient absolvovat propustky (vycházky), které slouží ke kontaktu s jeho původním prostředím a které ukazují, jak je pacient odolný.

Dvořáček (in Kalina a kol., 2003b, s. 199) hovoří o tom, že „je praktičtější nahlížet na střednědobou léčbu jen jako na jednu etapu dlouhodobého terapeutického procesu.“ A to proto, že změny, které nastaly během pobytu v léčebném zařízení, mají, po návratu do původního prostředí, tendenci mizet.

Někteří pacienti pokračují v dlouhých programech v terapeutických komunitách nebo odcházejí do doléčovacích center s chráněným bydlením. Nicméně větší část pacientů se vrací do svého původního prostředí, kde mohou a nemusí využívat ambulantních služeb. (Tamtéž, s. 199)

---

<sup>5</sup> Skálův či apolinářský model léčby spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy. Tento model zdůrazňuje kromě individuální odpovědnosti i klienta také odpovědnost kolektivní. Do léčby jsou zařazena pravidelná shromáždění komunity, skupinová terapie a práce s rodinou. Kromě tohoto se léčba zaměřuje také na edukaci pacienta a posilování jeho fyzické zdatnosti. (Kalina, 2008, s. 67)



## 4.5.2 Rezidenční léčba v terapeutické komunitě

Termín terapeutická komunita byl poprvé použit psychiatrem Maxwellem Jonesem koncem čtyřicátých let 20. století pro nový způsob organizace psychiatrické léčebny. (Matoušek, 2008, s. 227)

Myšlenka terapeutické komunity vznikla během druhé světové války ve Velké Británii v reakci na válečné útrapy, které sužovali britské vojáky, již měli často neurotické a psychosomatické poruchy. Byla potřeba jim poskytnout takovou pomoc, která by je znovu a rychle vrátila opět do boje. Taková pomoc spořívala v technice skupinové psychoterapie. (Kratochvíl 1979, s. 8)

Kalina (2008a, s. 17) podle Kratochvíla (1979) je terapeutická komunita (dále jen TK) „zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem.

Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit kolektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“

Rozlišujeme dvě hlavní linie TK, jedná se o tzv. demokratické TK a hierarchické TK. Oba dva typy TK mají svoji vlastní kulturu, tradici a principy. Avšak je třeba nebrat tyto dvě označení doslova, neboť hierarchické TK neznamení nedemokratické a demokratické TK, nejsou tak demokratické, jak na první pohled název naznačuje. Vývoj a současnost těchto dvou linií se liší jak v USA, tak v Evropě. Nicméně situace v ČR je komplikovanější, neboť u nás se kromě aplikací demokratického modelu vyvinuly originální modality TK, které spojily domácí tradici a zahraniční a vznikl tak Skálův (Apolinářský) léčebný model a výcvikové komunity systému SUR. Z tohoto důvodu terapeutické komunity pro drogově závislé v Česku představují svébytnou syntézu domácí tradice a poučení ze zahraničí spíše obměnu tzv. hierarchického modelu, jak je tomu v jiných zemích (Kalina, 2008a, s. 21)

Léčba v TK klade na klienty vysoké nároky nejen ve smyslu délky léčby 6-18 měsíců, ale také vyžaduje striktní dodržování denního řádu a soustavy pravidel. Klade se důraz na odpovědnost a samostatnost klienta, problematiku závislosti, ale i na léčbu problémů, které jsou spjaty s jeho dřívějším způsobem života. Ačkoli TK jsou postaveny na společných principech, každá z nich je svým způsobem jedinečná, neboť se přizpůsobuje specifickým potřebám svých klientů.

Základní principy TK podle Adámečka a kol. (in Kalina a kol., 2003b, s. 201) jsou:

- Motivovanost klienta k vlastní změně
- Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života
- Schopnost přijímat odpovědnost
- Právo rozhodovat o vlastním životě- dobrovolná účast v programu
- Terapie probíhá především ve skupině
- Přejít z terapie do běžného života musí být postupný
- Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu
- Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život

Léčba v TK bývá označována jako „léčba vedoucí k abstinenci“, nicméně abstinence není primárním cílem léčby, ale spíše podmínkou léčby a předpokladem pro zapojení do běžného života. Klient by měl během své léčby přijmout abstinenci jako nezbytnou součást svého života s výhodami i omezeními, které přináší, a tím přispět k rozvoji sebe sama a ke změně životního stylu. (Adámeček., in Kalina a kol., 2003b, s. 202)

I v tomto typu léčby platí základní pravidla, která se musí dodržovat tzv. *kardinální pravidla*, jejichž porušení může vést k okamžitému vyloučení klienta z programu, jsou jimi např. zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz sexuálních vztahů. Vedle těchto pravidel existuje i řada dalších, jejichž porušení vede k mírnějším sankcím.

„Pravidla zajišťují členům komunity jednat ochranu a bezpečí, jednak podněty pro sociální učení a změnu chování.“ (Kalina a kol. 2008b, s. 208)

Léčba v TK je obvykle strukturována do 4 fází (nultá, první, druhá a třetí), z nichž každá má svá pravidla, práva a povinnosti. Navzájem se od sebe liší mírou přijímané odpovědnosti, která je ve vyšších fázích větší. Přestup z jedné fáze do další plní hodnotící funkci a tím tak nahrazuje bodový systém, který je používán v ústavní léčbě.

Klienti, kteří ukončili úspěšně program, se během pobytu připravovali na zvládnutí běžného života. V poslední fázi si často najdou zaměstnání a dojednávají si následnou péči v některém doléčovacím programu. (Kalina a spol., 2008b, s. 209-210)

TK se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace pro klienty nezralé, s dlouhou drogovou kariérou a závažnou životní historií jako je traumatizace, zneužívání, disociální chování, kriminalita apod.

## **4.6 Následná péče a chráněné bydlení**

Pojem následná péče se z určitého pohledu kryje s termínem doléčování. Podle definice mezioborového glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí je hlavním smyslem následné péče „udržení u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby“ a doléčování lze definovat „jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.“ (Kalina a kol., 2001)

Souhrnně můžeme říci, že následná péče je služba, která je poskytována klientům po propuštění z rezidentní léčby v TK nebo ústavní léčby. Cílem následné péče je udržení a podpoření žádoucích změn, k nimž došlo během léčby předchozí. Přičemž se klientům ponechává maximální zodpovědnost za vlastní život, ale zároveň jsou stále podporováni v zdokonalování se v tom, co sami nezvládají. (Matoušek, 2008, s. 110)

V minulosti se kladl velký důraz na upevňování abstinence, nicméně v současné praxi se tento tradiční cíl léčby vytrácí z popředí zájmu. První místo nyní zaujímá znovuzачlenění klienta do běžného života s využitím všech jeho aktuálních možností a s přihlédnutím k jeho limitům.

Jinými slovy základním cílem následné péče je pomoci klientovi integrovat se do normálního života pomocí různých léčebných intervencí jako je například: individuální či skupinová terapie, prevence relapsu, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, volnočasové aktivity atd. (Kuda in Kalina et kol., 2008b, s. 215-216)

Právě chráněné bydlení je považováno za klíčovou službu následné péče, neboť velká řada klientů přichází bez jakéhokoli životního zázemí, bez peněz. „Nabídka chráněného bydlení je pro ně v podstatě jedinou možností, jak začít budovat nový život bez drog.“ (Kuda in Kalina et kol., 2008b, s. 219)

V následné péči pro klienta začíná období samostatné abstinence, kdy je klient denně konfrontován s prostředím, jež ho může demotivovat, a tím tak ztratit svoji motivaci k abstinenci a životu bez drog. Najednou se klientovi objevuje řada praktických problémů, která bude muset řešit, jako je například zaměstnání a s tím spojený legální příjem, bydlení, dluhy, právní a zdravotní problémy a v neposlední řadě také jeho naprosto nevyhovující sociální život. (Kuda in Kalina a kol., 2008b, s. 216-222)

Podle Kudy (in Kalina a kol., 2003b, s. 212) „ je ustupující intenzita podpory klienta v následné péči důležitým momentem celého procesu uzdravy.“

## **5 Systém péče v USA**

Léčba závislostí ve Spojených státech je poskytována v mnoha různých prostředích za použití různých behaviorálních a farmakologických přístupů. V USA existuje více jak 14.500 specializovaných léčebných zařízení, které poskytují poradenství, behaviorální terapii, farmakoterapii a další typy služeb pro osoby závislé na návykových látkách.

Léčba závislostí je poskytována ve třech formách, jedná se o ambulantní, ústavní a pobytovou formu. Spolu se specializovanými zařízeními mohou jedinci, kteří mají problémy s návykovými látkami využívat služeb psychiatrických ordinací či klinik duševního zdraví, v kterých jsou služby poskytovány různými specialisty, jako jsou poradci, psychiatři, psychologové, zdravotní sestry či sociální pracovníci. (National Institute on Drug Abuse, 2012) V následujících řádcích bude stručně představen systém péče v USA.

### **5.1 Detoxifikační centra**

Detoxifikace je považována za první fázi léčby, neboť jejím hlavním účelem, je pomoc ve zvládnutí odvykacího stavu při ukončení užívání návykových látek, který je povětšinou doprovázen akutními a potencionálně nebezpečnými fyziologickými účinky. Jelikož se tento způsob léčby zaměřuje výhradně na fyziologické problémy a neřeší psychologické, sociální a behaviorální problémy spojené se závislostí, jsou tito jedinci doporučení do léčebného zařízení, který s výše uvedenými problémy pracuje hlouběji. (ProjectKnow dostupné ze 17. 5. 2014)

### **5.2 Ambulantní léčebné programy**

Ambulantní léčba se liší podle typu a intenzity nabízených služeb. Tento typ léčby je vhodný především pro lidi, kteří mají stálou práci a sociální podporu (od rodiny, přátel). K léčbě se využívá individuální i skupinová terapie, přesto může skupinové

poradenství v mnoha programech zaujímat hlavní postavení. Individuální poradenství se zaměřuje na snížení či úplně zastavení zneužívání drog či alkoholu a na problémy v oblasti fungování jako je postavení na trhu práce, nezákonná činnost, rodinné a sociální vztahy. Jedinec pomocí individuálního poradenství rozvíjí strategie zvládnání a udržení abstinence. Skupinová terapie naopak nabízí vzájemnou diskuzi a podporu klienta v životě bez návykových látek. (National Institute on Drug Abuse, 2012)

### **5.3 Krátkodobá ústavní léčba**

Jedná se o krátkodobé pobytové programy, které poskytují krátkou, avšak léčbu založenou na přístupu dvanácti kroků. „Tyto programy byly původně určeny k léčbě problémů s alkoholem, ale během kokainové epidemie v polovině osmdesátých let, se začaly využívat také k léčbě problémů způsobených jinými návykovými látkami.“(National Institute on Drug Abuse, 2012, s. 34) Ústavní léčba často trvá šest až dvanáct týdnů. Po této léčbě se může jedinec rozhodnout pokračovat navazujícím ambulantním programem či se účastnit svépomocných skupin jako jsou AA. Důvodem zapojení jedince v těchto programech je pomoc snížit riziko recidivy jedince po ukončení jeho ústavní léčby.

### **5.4 Dlouhodobá rezidenční léčba**

Dlouhodobá léčba poskytuje péči 24 hodin denně. Nejznámější model tohoto typu léčby je terapeutická komunita (TK), kde se délka pobytu pohybuje od 6 do 12 měsíců, maximálně však 2 roky. Na závislost je nahlíženo v kontextu sociálních a psychologických deficitů jednotlivce, proto se léčba zaměřuje na rozvoj osobní odpovědnosti a zvládnání nároků každodenního života. Většina programů využívá metodu 12 kroků, a proto jsou označovány za „12 krokové programy“. Tyto programy začaly fungovat v roce 1935 založením Anonymních alkoholiků. Jedná se o velice strukturované programy, jejichž cílem je pomoci jednotlivcům nahlédnout na škodlivé viry, sebepojetí a ničivé vzory chování, a naučit je přijmout nové, více harmonické a konstruktivní způsoby, jak komunikovat s ostatními. Klade se důraz na skupinové

setkávání, při kterém členové skupiny sdílejí společné zážitky se závislostí, a tím tak podporují, posilují a motivují členy komunity v léčbě.

V poslední fázi léčby se klienti mohou stát peer mentory. Peer mentor je zkušenější klient, který podporuje a pomáhá méně zkušeným jedincům rozvíjet svůj potenciál v získání dovedností, znalostí a postojů, a tím být úspěšnější ve své léčbě. (ProjectKnow dostupné ze 17. 5. 2014)

### **5.4.1 Owensboro Regional Recovery**

Zařízení Owensboro Regional Recovery Center (ORR) je určeno mužům starším 18 let, kteří mají problémy se zneužíváním návykových látek. Kapacita tohoto zařízení je 100 klientů a průměrná délka léčby se pohybuje mezi 9-12 měsíci. Stejně jako jiné terapeutické komunity má i tato fáze léčby, do kterých jsou klienti v průběhu svého léčení zařazováni. Pro snadnější porozumění systému této terapeutické komunity, ji zde ve stručnosti představíme. (Owensboro Regional Recovery, dostupné 20. 5. 2014)

#### **5.4.1.1 Off The Streets (SOS)**

Průměrná délka pobytu v této fázi je 3-7 dnů, nicméně může být i delší v závislosti na potřebách klienta. Klient je v této fázi stabilizován a za dohledu pracovníka mu jsou monitorovány abstinenční příznaky. Cílem této fáze je stabilizovat klienta a připravit ho na účast v programu. (Recovery Kentucky Guidelines, 2013, s. 42-43)

#### **5.4.1.2 MT1/MT2**

V těchto motivačních fázích se klienti učí pomocí přednášek pochopit své fyzické touhy a psychickou posedlost po droze. Začínají si uvědomovat sobeckost závislosti a možnost jejího překonání skrze spiritualitu. Učí se přijímat zodpovědnost skrze služby, které musejí vykonávat. Aby mohli postoupit do vyšší fáze, musí prokázat svoji motivaci pravidelnou účastí na setkávání 12 kroků a začíná spolupracovat se svým sponzorem. (Recovery Kentucky Guidelines, 2013, s. 45-46)

### **5.4.1.3 Fáze I**

Povinností klientů v této fázi je četba a studium Velké knihy a absolvování vzdělávacího programu 12 kroků. Osobní odpovědnost vyzývá klienty k tomu, aby řešili své vlastní chování. Zároveň podporují ostatní klienty v rozvíjení dovedností potřebných k začlenění do běžného života a společnosti. Podmínkou je také účast na společných setkáních, které se uskutečňují pod dobu jedné hodiny třikrát týdně. Tato setkání jsou setkání všech členů programu fáze a jsou vedeny koordinátorem fáze I. Problémy (např. nevhodné chování, pozdní příchod do práce či osobní problémy) jsou reflektovány a spoluřešeny ostatními členy skupiny („vrstevníky“). Zodpovědnost vrstevníků je v prostředí těchto skupin hlavním katalyzátorem vedoucí k osobní změně zotavujících se narkomanů a alkoholiků. (Recovery Kentucky Guidelines, 2013, s. 50-52)

### **5.4.1.4 Fáze 2/ Peer Mentoři**

Ve fázi 2 si klienti mohou vybrat, zdali se chtějí stát Peer Mentory nebo jít pracovat. Ať už se rozhodnou pro cokoli jsou stále členy komunitního procesu. Klienti fáze jsou zaměstnaní třeba v hotelu, ve fastfoodu, nákupním středisku aj. Pokud nemají stálé zaměstnání, musí se zúčastnit programu jako klienti ve fázi 1. Pokud práci mají je jejich povinností navštěvovat aspoň svoji skupinu, která 1x za týden. Někteří po vyjádření skupiny a vedoucích mohou bydlet kvůli své práci mimo budovu, ale musí navštěvovat povinně skupinu, jinak by se mohli vrátit do fáze 1. (Recovery Kentucky Guidelines, 2013, s. 60-61)

### **5.4.1.5 Peer Mentor**

Peer Mentor je klient, který absolvoval program a učinil rozhodnutí pomáhat ostatním v procesu jejich obnovy. Klienti se mohou ucházet o tuto pozici od splnění kroku deset v programu 12 kroků. Jejich žádosti posuzuje ředitelka společně s koordinátory všech fází a se současnými peer mentory. Ti všichni, po absolvování společného pohovoru, schválí nového peer mentora či ho odmítnou. Poskytují jim silnou zpětnou vazbu a jsou příkladem, který dokazuje, že ačkoli to jsou lidé závislí na drogách či alkoholu, mohou změnit svůj život a vyléčit se. Ačkoli jsou za svoji práci



finančně odměňováni (200-300 dolarů za měsíc, podle doby trvání), nejsou považováni za zaměstnance organizace. Jejich práce má charakter nácviku pracovních dovedností. Požadavky na pozici peer mentora jsou následující: šest měsíců abstinence dokončení Fáze 1, schopnost pracovat s lidmi takovým způsobem, který respektuje jejich kulturní odlišnosti, sexuální orientaci či rasové rozdíly. (Operační manuál Owensboro Regional Recovery, 2012)

Povinností peer mentora je:

- podepsat a projít s novým klientem formuláře a ujistit se, že pochopil, co a proč podepisuje.
- předat klientovy kopii smlouvy, úvodní instruktáž, rozvrh denních aktivit a dokumenty se směrnicemi a klientovými právy
- založit složku nového klienta s veškerými jeho údaji a uchová ji zamčenou ve skříni kanceláře
- projít s nimi strukturu programu a pravidelně zhodnocovat pokroky, které klient v procesu léčby dělá
- přiřadit každému klientovi „staršího bratra“ (klienta, který je v programu delší dobu), jenž ho provází centrem a ukazuje mu, kde se jaké skupiny konají (i ty, které jsou mimo zařízení).
- kontrolovat docházku klientů na přednáškách a skupinách
- vyhodnocovat úkoly, které byly klientům zadány
- vést zápisy o klientech na tabulích a denně je aktualizovat
- kontrolovat povinnosti svých klientů
- vést přednášky tzn. nastudovat si text z knihy Recovery Dynamics a připravit si přednášku na dané téma
- účastnit se ranních meditačních skupin a třech dvanácti krokových setkání mimo zařízení za týden
- účastnit se vzdělávacích přednášek odborného pracovníka (Recovery Kentucky Guidelines, 2013, s. 62-64)

Peer mentor nemůže být mimo centrum v kontaktu s klienty z nižších fází (mají podepsaný etický kodex pro pracovníky) a zároveň se zaměstnanci, neboť pro zaměstnance má status klienta. Peer mentor musí mít stále na paměti, že je stále klient, a proto na sobě musí i nadále pracovat.

## 5.5 Následná péče

Programy následné péče se obvykle konají bezprostředně po pobytovém nebo ambulantním léčebném programu. Zatímco během léčby jsou zvyklí na pravidelný harmonogram činností, povinností a odpovědnosti za ně, po ukončení pobytové léčby se cítí absolventi často ztraceni, neboť nevědí, jak správně vyplnit svůj volný čas. Jsou vsazeni do reálného světa a často nejsou připraveni se vypořádat s reálnými situacemi. V programech následné péče se učí zvládat a vyrovnávat s pokušeními a chutěmi.

V podstatě je program následné péče rozšíření nebo pokračování v léčbě předchozí. Některá uzdravovací centra slouží pro dlouhodobou rezidenční léčbu a současně také pro následnou péči. Poskytují tedy skupinová setkání, vzdělávací besedy a přednášky, sociální a rekreační aktivity. Přednášky jsou zaměřeny na jejich aktuální témata, jako jsou dluhy, finance, zdravá životospráva, pohlavní choroby, aj. a jsou přednášeny odborníky výše uvedených oblastí. Např. o financích jezdí přednášet zaměstnanec banky, zdravou životosprávu přednáší nutriční poradce apod. Do doléčovacích programů jsou tedy kromě odborných poradců zapojeni také absolventi programů- peer mentoři, rodiny a komunity. (ProjectKnow dostupné ze 17. 5. 2014)

## 5.6 Chráněné bydlení

Klientům rehabilitačních programů je také poskytováno chráněné bydlení v „Halfway houses“ (Domů na půl cesty), které jsou také často nazývané jako „Recovery houses“. Průměrná délka pobytu v domě na půli cesty je od jednoho do šesti měsíců. A obyvatelé těchto domů dostávají skupinové i individuální poradenství, mají však také jisté povinnosti, které musejí dodržovat, např. *„uklízet po sobě, udržovat svůj pokoj uklizený, navštívit nejméně 3x za týden 12 krokové setkání, brát předepsané léky, informovat správce domu, pokud zůstane přes noc venku, účastnit se povinných schůzek domu“*. (ProjectKnow dostupné ze 17. 5. 2014)

Kromě Halfway houses jsou jedincům poskytovány „Sober living houses“. Jedná se o cenově dostupné a čisté (bez drogové/ alkoholové) bydlení. Povinností obyvatel

těchto domů je zůstat střízliví, platit nájem, mít práci nebo si ji aktivně hledat či studovat, účastnit se 12 krokových setkání a být schopen se uživit.

Dalšími pravidla: „, žádné pití alkoholu či braní drog, kouřit se smí pouze ve vyhrazených prostorách, žádný sexuální kontakt s ostatními obyvateli, včas platit své programové poplatky, nesmí z domu nic ukrást, nesmí ničit majetek domu a nesmí se zapojovat do násilného chování.“ (ProjectKnow dostupné ze 17. 5. 2014)

V případě porušení některého z výše uvedených pravidel, je dotyčný okamžitě vystěhován ze sober living houses.

Některá léčebná centra jsou vyhrazena pouze pro ženy nebo muže, zatímco jiné jsou určeny pro určité typy lidí, jako jsou manažeři, celebrity nebo dospívající.

## 6 Svépomocné programy

Svépomocné programy se staly neodmyslitelnou součástí systému pomáhajících služeb, neboť vyplňují jeho prázdná místa. Jedná se o programy, které vznikly z iniciativy lidí, kteří mají vlastní zkušenost např. s pitím alkoholu a kteří svůj problém již zvládli a podporují ostatní k abstinenci. Svépomoc nabízí velký stupeň motivace jednak těm, kteří pomoc nabízí a poskytují a také těm, kteří si o pomoc říkají. Killienová (1976, in Heller, Pecinovská, 2011, s. 159-160) zformulovala teoretické charakteristiky do následujících sedmi bodů. Jsou jimi:

- Společná zkušenost členů
- Vzájemná pomoc a podpora
- Uplatňování tzn. „principu pomáhajícího“ (ten kdo pomoc poskytuje, získává podporu a posílení jeho žádoucího chování)
- Uplatňování teorie „přidružení se“ (k novému chování) prostřednictvím „odlišování se“ (od původního chování)
- Kolektivní vůle, energie a víra
- Význam informací
- Konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům

V České republice najdeme několik svépomocných skupin, které napomáhají v léčbě závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách. Jsou jimi například abstinenční kluby (pražský klub AT 35), Pavučina-svépomocná organizace pro ženy závislé na alkoholu či jiných drogách, mezinárodní Organizace dobrých templářů (International Organisation of Good Templars) a Anonymních alkoholiků (Alcoholics Anonymous), kterým je věnována následující podkapitola.

### 6.1 Anonymní alkoholici

„Anonymní alkoholici je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholizmu.

Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům.

Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.“ (Alcoholics Anonymous, dostupné 11. 5. 2014)

K založení organizace anonymních alkoholiků přispěla příhoda, která se stala jejím hlavním zakladateli. Nevyléčitelný alkoholik Bill na cestě do jiného města dostal nutkavou chuť se znovu napít, proto zavolaal svému příteli, který měl stejné problémy. Avšak Bill nežádal svého přítele o pomoc, kterou by jistě v té chvíli potřeboval, ale nabídl se pomoci jemu, čímž svoji krizi překonal. Po této zkušenosti Bill s Bobem založili v roce 1935 organizaci Anonymních alkoholiků. (Nešpor, Müllerová, 2004, s. 78) Organizace AA se stala celosvětovým hnutím, které má více jak 2 milióny členů působících ve 180 zemích světa.

Jedním z prvotních impulzů pro založení AA v České republice byla zkušenost českého občana Vladimíra S., který žil v Kalifornii v Santa Barbaře, s touto formou pomoci (respektive svépomoci). Rozhodl se proto přeložit knihu anonymních alkoholiků do češtiny, kterou následně převezl do Československa při návštěva svých rodičů a sestry v Praze.

„Na začátku roku 1988 se uskutečnily první mezinárodní uzavřené mítinky AA v Praze. Bylo jich celkem 7 (25. 4., 29. 4., 3. 5., 6. 5., 13. 5., 6. 6. a 9. 6. 1988) a konaly se ve Společenském domě na Kubánském nám. v Praze 10. Na 6. setkání předal Vladimír S. první dvě kapitoly Modré knihy AA přeložené do češtiny. Tato setkání ještě nemohla být veřejná, proto se konala v tajnosti a jejich účastníky byli členové AA ze Santy Barbary, Kalifornie – Vladimír S., George P., Greg B. a naši AA samotáři Stanislav K. a Vladimír S. První otevřený mítink AA se uskutečnil 5. 5. 1988 v protialkoholické léčebně U Apolináře v Praze 2.“ (Anonymní alkoholici, dostupné 11. 5. 2014)

První oficiální skupina anonymních alkoholiků v České republice vznikla 14. prosince 1989 pod názvem „Serenity Group“. V současnosti v ČR funguje ve 38 městech 56 skupin AA. V Praze se konají „meetingy“ AA každý den a to jak v českém tak anglickém jazyce. (Anonymní alkoholici, dostupné 11. 5. 2014)

Po vzoru anonymních alkoholiků začaly vznikat další organizace, které pracují na stejných principech, jsou jimi např. Al-Anon (sdružuje příbuzné alkoholiků), Alateen (pro dospívající děti alkoholiků), Narcotics Anonymous (Anonymní narkomani) atd. (Nešpor, 2004, s. 66)

### 6.1.1 Průběh setkání AA

Způsoby práce AA se v různých zemích může lišit, nicméně všechny vycházejí z obecných zásad. Setkání vede vždy jeden z abstinujících alkoholiků<sup>6</sup>, který přečte preambuli a zásady, které se během setkání musí dodržovat, a zároveň požádá o chvíli ticha. Dále se může přečíst některé kapitoly z knihy Anonymní alkoholici jinak zvanou „Big Book“ (Velká kniha) nebo úryvky z knihy 12 kroků a 12 tradic.

Dovolím si zde uvést úryvek z knihy Anonymních alkoholiků, předčítaný na každé ranní skupině v centru Owensboro Regional Recovery (Kentucky, USA):

"Pokud si myslíte, že jste ateista, agnostik, skeptik nebo máte jakoukoli jinou formu intelektuální pýchy, která Vám brání od přijetí toho, co je v této knize, je mi Vás líto. Pokud si stále myslíte, že jste dostatečně silný, abyste vyhrál tuto hru sám, je to Vaše věc. Ale pokud skutečně a upřímně chcete přestat pít alkohol na dobro, a upřímně si myslíte, že potřebujete něčí pomoc, víme, že pro Vás máme odpověď. Nepodaří se to, jestliže to budete dělat s polovičním nadšením, které jste měli ve zvyku předvádět, když jste pili znovu a znovu. Váš Nebeský Otec Vás nikdy nezkłame! " (Alcoholic Anonymous, 2001, s. 181)

Účastníci setkání se oslovují zásadně křestními jmény a tím respektují zachování anonymity. Když účastník začíná hovořit, představí se, například: jsem Artur a jsem alkoholik, ostatní poslouchají, nekladou mu otázky, nepřerušují jeho řeč, neradí ani ho nemoralizují. Nový člen bývá svěřen do péče sponzora, neboli staršího člena společenství, který ho provází programem a pomáhá mu. Setkání AA jsou zakončena společnou modlitbou, které se říká „Serenity Prayer“<sup>7</sup> a zní takto: „Bože, dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozeznat.“ (Anonymous alcoholic)

---

<sup>6</sup> Jedná se o člena společenství, který by měl abstinovat nejlépe aspoň 1 rok.

<sup>7</sup> Za autora této modlitby je považován americký teolog Reinhold Niebuhr. (1892–1971).

Setkání mohou být otevřená nebo uzavřená. Otevřená setkání jsou přístupná všem lidem, kteří mají zájem poznat program úzdravy. Mohou se jich účastnit i lidé, kteří jsou pod vlivem či problémy s alkoholem nemají, nemají právo na setkání hovořit. Zatímco uzavřené skupiny jsou určeny výlučně pro členy společenství nebo těm, kteří mají problémy s pitím a mají motivaci přestat.

### **6.1.2 12 kroků a 12 tradic**

Činnost AA se řídí podle „12 kroků a 12 tradic“, které poskytují konkrétní návody na vyrovnání se s problémem závislosti na alkoholu. Zakladatelé AA byli lidé nábožensky založení, nicméně organizace AA nikdy nevyžadovala a nevyžaduje, aby její člen věřil v Boha. „Přesvědčený ateista si může za Vyšší moc nebo Boha dosadit sílu společenství nebo sílu tradice.“ (Nešpor, 2007, s. 89) Dvanáct kroků AA představuje skupinu principů duchovní povahy, jejichž dodržování vede k navrácení plnohodnotného života. Dvanáct tradic se zabývá životem samotného společenství. (Alcoholics Anonymous, 2011, s. 15) Jejich úplné znění uvádím v příloze.

## 7 PRAKTICKÁ ČÁST

V přechozích kapitolách jsme se zabývali vymezením pojmů, které s tématem práce úzce souvisí. Byl představen systém péče a způsob práce v léčbě závislosti v České republice a ve Spojených státech amerických, který je v některých aspektech stejný, avšak v jiných značně rozlišný. Velkou diferencovanost spatřuji konkrétně v personálním obsazení. Zatímco v České republice pracují v terapeutických komunitách a doléčovacích centrech pouze odborně vzdělaní lidé, ve Spojených státech amerických mohou být součástí týmu také peer mentoři či ex-useři. V českých zařízeních byli a stále ještě někde jsou ex-useři součástí týmu, avšak ani je neminul proces profesionalizace a s tím spojené nároky na odborné vzdělání. „Například akreditační standardy MZ doporučují 2 roky od skončení léčby, předcházející pracovní adaptaci v jiném zaměstnání a zaměření na další vzdělávání a získání kvalifikace, aby pracovník nebyl v roli ex-usera v zaměstnání fixován („ex-user není profese“).“ (Kalina, 2001)

Jak je již uvedeno výše, kromě ex-userů mohou v terapeutických komunitách pracovat i tzv. peer mentoři. Z předchozího textu již víme, kdo jsou peer mentoři a co dělají. V následující části se pokusíme objasnit, co je vedlo k tomu, aby se ucházeli o tuto pozici a co jim přináší. Prostředí výzkumu mé práce je umístěno ve Spojených státech amerických, ve státě Kentucky, konkrétně ve městě Owensboro.

### 7.1 Cíle práce a volba metodologického přístupu

Cílem mé bakalářské práce je popsat pozici peer mentora v zařízení Owensboro Regional Recovery, analyzovat rozhovory s peer mentory a shrnout možný přínos jejich práce při práci se závislými klienty. Tento cíl byl navržen na základě analýzy adiktologických služeb v rámci uplatnění uživatelů na poli týmové práce, kde se institut peer mentora ve Spojených státech jeví jako vhodná inspirace pro prostředí České republiky.

Základní výzkumné otázky zní:

1. Co motivovalo současné peer mentory k tomu, aby se hlásili na tuto pozici?



2. Co jim tato zkušenost přinesla?
3. Jaký si myslí, že má jejich práce přínos pro klienta a organizaci?

Aby bylo možné zodpovědět otázku motivace a zkušeností peer mentorů, je zapotřebí porozumět jejich situaci. Z tohoto titulu se mi výběr kvalitativního šetření jevil jako nejvhodnější. Neboť „je kvalitativní výzkum proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích daného sociálního nebo lidského problému.“ (Creswell, 1998, s. 12, in Hendl, 2005, s. 50) Práce kvalitativního výzkumníka je často přirovnávána k činnosti detektiva, neboť musí vyhledávat a analyzovat takové informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Tento typ výzkumu se provádí pomocí delšího a intenzivnějšího kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny. (Hendl, 2005, s. 50)

## **7.2 Metody získání dat**

K získání kvalitativních dat byla použita metoda polostrukturovaného interview. Při výběru jsem zohledňovala své jazykové možnosti, neboť všechny rozhovory probíhaly v anglickém jazyce. Ačkoli je tento typ interview náročnější na technickou přípravu, řeší mnoho nevýhod jak nestrukturovaného či plně strukturovaného interview. Výzkumník specifikuje okruh otázek, na které se bude účastníků výzkumu ptát. Výhodou tohoto typu interview je možnost zaměňování pořadí okruhů otázek dle potřeby. (Miovský, 2006, s. 159-161)

Další zvolenou metodou, která byla použita pro získání dat, byla metoda zúčastněného pozorování. Díky šesti týdenní praxi jsem měla možnost být po celou dobu pracovní doby v přímém kontaktu s peer mentory, ve své podstatě jsem se podílela na všech aktivitách, které musejí dělat oni. Tudíž jsem se částečně a stala jedním z členů. Zároveň jsem využívala jak otevřeného pozorování, tak skrytého. Skryté pozorování jsem využívala na velkých skupinách (skupinách o celkovém počtu 50-60 klientů), kde jsem měla možnost pozorovat kromě klientů také peer mentory. Podpůrnou technikou pro získání potřebných dat bylo studium a analýzy písemných dokumentů.

### 7.3 Výběr vzorku

K výběru výzkumného souboru byl použit záměrný neboli účelový výběr přes instituce. Jedná se o metodu výběru, která je z hlediska času a nákladů pro výzkumníka velice efektivní. (Miovský, 2006, s. 138) Výběrovým kritériem byla v tomto případě skutečnost, že oslovení respondenti jsou klienty reziduálního programu, ve kterém jsem vykonávala zahraniční stáž.

Během mého působení v ORR, pracovalo na postu Peer mentora 10 klientů, což je maximální počet. Nicméně se do výzkumného šetření byli ochotni zapojit pouze tři z nich. Pro zachování anonymity, byla jména pro účely šetření pozměněna.

#### **Výzkumný soubor:**

Jamie: muž, 35, alkohol, prášky

Brent: muž, 40, alkohol, pervitin

Dustin: muž, 37, alkohol, heroin

### 7.4 Fixace, analýza a interpretace kvalitativních dat

S technickým pokrokem přišlo více možností, jak zaznamenávat data, která potřebujeme pro další práci. K dnešním nejčastěji používaným metodám patří fixace dat pomocí audio- a videozáznamu. Ačkoli je tato metoda bezesporu nejlepší pro přesnou fixaci dat, nicméně jsou situace, kdy se používat nesmí či s ní klienti nesouhlasí. V terapeutické komunitě, kde jsem prováděla šetření, se nesměly pořizovat žádné audio- a video- záznamy, takže jsem musela použít pouze písemný záznam.

„Analýza kvalitativních dat je oprávněně považována za prakticky nejobtížnější fázi realizace studie.“ (Miovský, 2006, s. 219) Pro analýzu dat jsem zvolila metodu vytváření trsů, při níž jsem seskupila určité výroky do skupin (trsů) podle určitých specifických znaků. Může se jednat například o tematický překryv, tzn. že hledáme ve výrocih osob všechny pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. (Miovský, 2006, s. 221)

## 7.5 Limity výzkumu

Výzkum v rámci jednoho zařízení s sebou nese značná úskalí, neboť se jedná o specifickou skupinu respondentů, která může být a je ovlivněna kulturou a nastavením organizace. Značně limitujícím prvkem pro mě také byla nemožnost fixace dat na audiozáznam, a to z toho důvodu, že se rozhovory uskutečňovaly v anglickém jazyce (jazyková bariéra) a že jsem nestačila pozorovat respondenta během jeho odpovědí. Jak jsem již uvedla v úvodu, jedná se o kvalitativní šetření, neboť pouze tři peer mentoři byli ochotni se do výzkumu zapojit.

## 7.6 Interpretace dat

V první řadě zde bude stručně popsána pozice peer mentora a jeho náplň práce. Tyto informace byly získány skrze studium písemných materiálů a informací získaných od ředitelky organizace. Jak již bylo uvedeno výše, byla použita metoda vytváření trsů, při níž se seskupují výroky do skupin, jež nesou společné znaky. Vytvořili jsme si hlediska, která nám pomohla při práci s trsy. Mezi hlediska jsme zařadili pohnutky, které je vedly k tomu, že se chtěli stát peer mentory a faktory, které jim pomáhají v udržení abstinence. Během výzkumného šetření bylo identifikováno 5 oblastí-trsů, které jsou popsány v textu níže.

### 7.6.1 Oblast motivace

Motivů pro práci v pomáhajících profesích je spousta. Může to být potřeba (seberealizace, nalezení smyslu, uznání, sounáležitosti), návyk (člověk něco dělá opakovaně např. se stará o své mladší sourozence), zájem (cílené zaměření na určitou oblast, která člověka zajímá), ideál (máme představy o tom, jak by měla daná společnost fungovat, jak by měl člověk správně žít) či systém hodnot na, kterých člověk staví (morálka, pomoc, empatie).

Lidé, kteří se léčí ze závislosti na návykových látkách, mívají často velmi nízké sebevědomí, přestávají věřit ve vlastní schopnosti a v sebe samotné, a tím tak ztrácejí motivaci ke změně. V rámci šetření jsme se zabývali otázkou, jaké specifické motivy vedli peer mentory k volbě jejich pozice.

**Jamie:** „Když jsem byl ve čtvrtém ročníku na vysoké škole, tak jsem začal hodně pít a musel jsem své studium přerušit. Ještě dodnes cítím ze strany svých rodičů zklamání. To oni byli ti, kteří mě po celou dobu studia podporovali a věřili mi ve všem, co jsem dělal. Mrzí mě, že jsem nebyl dostatečně vděčný a nezačal dělat něco se svým pitím dříve. Měl jsem sám na sebe vztek. Já jenom bral a nic ze sebe druhým nedával. Vím, že své rodině nedokáži nikdy oplatit, to co pro mě udělali, ale snažím se aspoň ostatním oplatit pomoc, jež mi dala moje rodina, přátelé a komunita tady.“

„Niméně dalším neméně důležitým důvodem, proč jsem se rozhodl stát peer mentorem, bylo uvědomění si, že se mám o sobě stále dost co učit.“

**Brent:** „To co mě motivovalo k tomu, abych se stal peer mentorem, byla skutečnost, že jsem k peer mentorům začal vzhlízet od prvního dne mého působení v ORR. Když jsem byl mariňákem, musel jsem umět zvládnout dost těžké situace, ale udržet si kontrolu nad vlastním pitím a braním, jsem prostě neuměl. Oni pro mě vyjadřovali naději, že i já mohu zvládnout svoji závislost. A tak nějak jsem cítil nutkavou potřebu pomoci ostatním lidem takovým způsob, jakým bylo pomáháno mně.“

**Dustin:** „ Chtěl jsem se stát jedním z nich, neboť peer mentoři vyjadřují respekt. Víš jak, udělal jsem za dobu svého působení v komunitě dost velkých změn v mém dosavadním způsobu života, a věděl jsem, že těm klukům dokážu pomoci, protože jsem si to sám zažil. A mám potřebu se o to podělit s ostatními.“

V průběhu rozhovoru jsme se zaměřili na faktory, které vedly respondenty k tomu, aby se ucházeli o pozici peer mentora. U prvních dvou respondentů je patrný pocit vděku za pomoc, kterou dostali, a tak ji chtěli dát i dalším klientům. Třetí respondent cítil, že má skrze svoje zkušenosti pomáhat ostatním na cestě v jejich uzdravení.

## **7.6.2 Oblast abstinence**

Aby se mohlo jednat o dlouhodobou abstinenci, je nezbytné, aby se pro ni dotyčný rozhodl sám. Jeho motivace k léčbě musí být vnitřní, nikoli vnější, neboť ta by

vedla pouze k abstinenci dočasné. Terapeutická komunita má za úkol pomoci klientovi v cestě nalezení a přijetí smyslu vlastního života. Abstinence, by měla pro klienta představovat cíl, kterého se prostřednictvím svého běžného způsobu života snaží dosáhnout. Klient by neměl zapomínat na faktory, které jeho abstinenci mohou rychle ohrozit. Může to být zanedbaná životospráva, sociální izolace, nedostatek aktivit či zájmů, vystavování se rizikovým situacím apod. Většinou platí, že když se vyléčený alkoholik znovu napije, dostává se opět do závislosti. To je důvodem tak vysoké recidivy vyléčených alkoholiků.

**Jamie:** „Momentálně je tomu už něco přes rok, co abstinuji, a musím říci, že je to skvělý pocit. Když jsem přišel sem, věděl jsem, že jestli chci být v pohodě, tak už se nikdy nebudu moci napít. To pro mě bylo nepředstavitelný. Dnes se na to již dívám jinak. Dost mi pomohlo, že jsem měl možnost potkat skvělé lidi, kteří abstinují již řadu let a užívají si života stejně plnohodnotně jako kdokoli jiný. To víš, já to bral tak, že je to hendikep, když člověk nemůže pít alkohol. Tady jsem poznal, že se dá bavit, bez toho aniž bychom u toho pili.“

„Hodně mi také pomáhají ranní meditace, modlitby, četba velké knihy a samozřejmě také hodiny, které vedu, protože se na ně musím připravovat a dávat do nich kus sebe samotného.“

„Je to opravdu můj vztah s Bohem, který mě drží být střízlivý. Modlím se k Bohu každý den, aby mi dal nejlepší verzi mě samotného.“

„Moje nejoblíbenější část z velké knihy, je ta, kterou čtu každé ráno. A kterou velmi rád cituji. Jedná se o poslední odstavec příběhu Gutter Bravado, kde se píše: Dnes mám více pohodovější život, než anonymní alkoholici slibovali, a já vím, že měli pravdu, když říkali, že to bude stále lepší. Moje situace se stále zlepšuje stejně tak jako moje duchovno roste a zraje. Slova nemohou popsat pocity mého srdce, někdy uvažuji nad tím, jak moc se můj život změnil, jak daleko jsem došel a kolik toho mám ještě objevit. I když si nejsem jistý, kam mě moje cesta zavede příště, vím, že za to vděčím Bohu a třem slovům z dvanácti kroků a těmi jsou: pokračuj, zlepšuj a procvičuj. I jedna další věc, jež mi byla řečena: Pokora je klíč.“ (BB:511)

„Dnes vnímám, že střízlivost není o pití. Dejme tomu, že mám stále své špatné dny, ale už netoužím po alkoholu nebo po práškách, jak jsem byl zvyklý.“

„ Já prostě chci, aby mé zítřky byly lepší než mé včerejšky tím, že jsem lepším člověkem každý den. A využít věci, které jsem dělal dobře a pokusit se napravit chyby, které jsem udělal!“

**Brent:** „ Ve velké knize je napsáno: Jednou jsi alkoholik, navždy jsi alkohol. Zjistil jsem, že mají naprostou pravdu. Jednou jsem nějaký čas abstinoval (ne moc dlouho, ale abstinoval), tak jsem si řekl, že když jsem tohle zvládl, tak taky zvládnou pít normálně. Bohužel se opak stal pravdou a já v tom jel zase znovu.“

„ V současné době je tomu deset měsíců, co abstinuji a je to doposud moje nejdelší abstinence. A myslím, že to díky programu zvládám dobře. Samozřejmě, že když jedu do svého rodného města na návštěvu svých dětí, tak mě to někdy vrací do stavu přemýšlení, jestli to opravdu zvládnou. Když je však vidím, a vzpomenu si, o kolik věcí jsem je za dobu svého fetování a chlastání připravil, vrátí mě to na zem.“

„ Každým dnem je můj vztah s Bohem silnější a silnější. Jsem rád, že přijal zpátky svého ztraceného syna, kterým jsem byl po řadu let.“

**Dustin:** „ Během toho, co jsem byl ve vězení a pak i tady, jsem měl dost času přemýšlet, co vlastně chci od života dál. Začal jsem s životem celkem dost brzo, proto jsem nemohl dělat, to co jsem chtěl. Na místo toho jsem dělal horníka, abych uživil děcka a tak. Teď tu kluky stríhám a dost mě to baví, no prostě jsem to chtěl dělat dřív, ale nešlo to. No a práce v dole není nic lehkého, zvlášť mi to nedělalo dobře na psychiku.“

„ Miluji cvičení a díky němu si dost hlídám životosprávu. Na jaře bych chtěl jet na soutěž kulturistiky, takže na sobě musím dost makat. To mě drží nad vodou, a navíc se tenhle sport dost vylučuje s mým předchozím způsobem života.“

„ Bůh mi pomohl se vyhrabat z těch sraček, ve kterých jsem se celý roky utápěl, a já mu za to dost vděčím. Nechci ho opět zklamat.“

„ Jasně, že jsem na svoji abstinenci hrdý, a proto klukům rád ukazuji, že to jde, protože já jsem tomu dřív taky nevěřil.“

Z výše vedeného lze vyčíst, že nyní se jim daří udržet abstinenci bez větších problémů. Uvědomují si, že jejich chování nese následky v podobě zničených vztahů, opětovného zklamání a zahození všeho, co si celou dobu v ORR budovali. U všech

respondentů je klíčovým aspektem jejich abstinence a vztah s Bohem<sup>8</sup>. Jamie popsal, co mu konkrétně pomáhá a co rád předává dál.

### 7.6.3 Oblast vlastního přínosu

Z každého kontaktu s druhým člověkem si něco odnášíme, může se to být náhled na sebe sama, na způsob svojí práce či zkušenost, jak se umět vypořádat s některými situacemi, které osobní kontakt přináší. Ať už se jedná o krátkodobý kontakt či dlouhodobý, vždy se z něho dá něco vytěžit. Kromě toho, že peer mentoři pomáhají ostatním klientům v průběhu jejich léčení, má tato zkušenost také pozitivní přínos i pro ně samotné. Zajímalo nás, jestli pro ně má práce na pozici peer mentora přínos i do osobního života.

**Jamie:** *„Když jsem se stal peer mentorem, věděl jsem, že na sobě musím ještě hodně pracovat. Povinnosti, které jsem jako peer mentor měl, mě donutily k intenzivnějšímu samostudiu a sebepoznání. Při opětovném pročítání velké knihy jsem se v tom textu viděl stále více. Přišlo mi, jakoby tam psali o mně. Byl jsem opravdu strašný blbec.“*

*„Za svoji neoblíbenější část práce považuji individuální kontakt s klienty. Není totiž uspokojivějšího pocitu než vidět někoho, kdo znovuožil a je nadšený žít život od znovu. Je úžasné vidět někoho, kdo opět našel smysl života. To za to opravdu stojí. Když k nám přijdou, jsou většinou nešťastní a nenávidí život. Zanedlouho obživnou, začnou se usmívat a dokonce i smát.“*

*„Rád učím třetí (Přesná podstata problému-psychická posedlost) a poslední kapitoly (Význam odčinění). Jelikož nás víc jak o alkoholismu učí o posedlosti a lžích, které nám naše mysl říká. To jsem měl v mé hlavě již řadu let. Vždy jsem myslel na to nejhorší. Myslel jsem, že jsem nebyl dost dobrý, nebo horší, než všichni ostatní. Lži v mém mozku mi říkaly, že piji kvůli své psychické posedlosti.“*

*„Jakákoli posedlost není dobrá. I když to začne jako dobrý atribut: práce či peníze. Pokud jsem posedlý, dávám něco mezi sebe a Boha!“*

---

<sup>8</sup> Jamie (římský katolík) a Brent (baptista) jsou pokřtěni, nicméně na dlouho dobu o víry odpadli. Dustin má vlastní představu o Bohu a není členem žádného společenství.

*„Naučil jsem se mnohem více v kanceláři než od svého sponzora a v práci na dvanácti krocích. To podle mého názoru pomáhá peer mentorům více než jejich pomoc ostatním.“*

**Brent:** *„Během mé práce na pozici peer mentora jsem zjistil, že se neumím dostatečně vymezit svůj prostor. Vždy, když si nějaký klient se mnou potřeboval promluvit, tak jsem skončil, co jsem dělal a naplno se začal věnovat jemu. A že to někdy bylo opravdu dost času. Na druhou stranu jsem cítil, že ti kluci ve mně mají důvěru, což mi imponovalo.“*

*„ Rád vedu hodiny mimo centrum. Ty kam musejí kluci z MT1/MT2 docházet. Bylo fajn vidět, že jsou namotivováni dělat něco pro svoji léčbu. Chodit tři míle daleko třikrát denně každý den, by se opravdu nemotivovaným lidem asi nechtělo.“*

*„Uvědomuji si, že každý z nás má své charakterové vady, a proto tu taky jsme. Důležitější je však to, abychom na nich uměli pracovat a měli někoho, kdo nám je umí reflektovat.“*

*„Osobně mi to dalo hodně. A jak už jsem zmínil, ORR mi zachránilo život, za což jsem a budu vždy moc vděčný.“*

**Dustin:** *„Nikdy jsem moc nečetl, nebavilo mě to a první věc, co jsem tu musel mít, byla velká kniha a kniha s dvanácti kroky. Tak jsem si říkal, no ty mede. Pak jsem to otevřel a četl ty příběhy, ale furt mi to nic neříkalo. Až když jsme ty některé pasáže na hodinách četli znovu a znovu, zjistil jsem, že tak jsem se choval dřív já.“*

*„Myslím si, že jsem se díky tady tomu programu naučil nereagovat na všechno hned strašlivě impulzivně. Jasně, že mi to ještě sem tam ujede, a kluci mi to na skupině samozřejmě nezapomenou připomenout, ale snažím se to dělat líp.“*

Ze všech odpovědí je zřejmé, že se během léčby o sobě mnoho naučili. Zjistili, jaké jsou jejich silné stránky, ale i to, na čem potřebují stále pracovat. Povinnosti, které jim ukládá jejich pozice, je naučila studovat a přemýšlet o věcech hlouběji. Zároveň jsou rádi, že mají kolem sebe lidi, kteří jim dají zpětnou vazbu na jejich chování a vystupování a mluví s nimi na rovinu.



## 7.6.4 Oblast vztahů

Problémy s návykovými látkami přináší také mnoho sociálních problémů. Nemálo klientům jejich nadměrná konzumace narušila či zpretrhala sociální kontakty. Závislý člověk tak mění své dosavadní kamarády za drogu a lidi na ni navázané, a chytá se tak špatné party. Proto si za své chování obvykle vyslouží negativní reakce ze strany svých známých, což vrcholí ztrátou dosavadních vztahů. V České republice je poměrně silná tendence závislé lidi hned odsoudit a stigmatizovat. Což dotyčného více utvrzuje v tom, že mu nikdo nerozumí. Oporou jsou pro něho jedinci se stejným životním stylem. V jejich společenství se dotyčný cítí být přijatý, a tak mu je dobře. Kromě špatných přátelských vztahů má takový člověk většinou velké problémy i ve vztazích partnerských a rodinných. Ty se však oproti přátelským obnovují daleko hůře a déle.

**Jamie:** *„Jsem opravdu vděčný za příležitost, kterou mi ORR dalo. Mám hodně dobrý vztah se všemi zaměstnanci zde, a to jak s profesionály, tak ex-usery. Oni všichni mi dost pomohli na cestě mého uzdravení. Udělal bych vše, oč by mě požádali. Samozřejmě jsem si také díky ORR vybudoval dost dobrou sociální síť, za což jsem velice rád. Našel jsem tu několik kluků, na které se mohu opravdu spolehnout.“*

*„Nejvíce si však cením toho, že mám stále skvělý vztah s mými rodiči a bratry. Když to tu tak slyším, není to úplně obvyklé“*

**Brent:** *„Rezidenční léčba v ORR byla moje první dlouhodobější léčba, která mi zachránila život, neboť jsem od prvního dne dostal podporu, velkou podporu od ostatních kluků a zvláště od peer mentorů a ex-userů. Vědět, že i někdo jiný měl stejný problém a dokázal se s ním poprat, byl pro mě dost povzbuzující. Byl jsem rád za ranní meditační skupiny, kdy za námi přicházel náš koordinátor a dělil se o svých problémech s námi. Najednou jsem viděl, že i tento silný člověk se musí dennodenně potýkat s chutěmi a nástrahami, které mu běžný život přináší. Během mého pobytu tady, jsem si našel dost přátel, na které se mohu opravdu spolehnout. Zároveň jsem rád, že mám opět skvělý vztah s mými dětmi, které jsou pro mě vším.“*

**Dustin:** *„Drogy mi vzaly, co mohly, především mi zničily mé rodinné a partnerské vztahy. Ztratil jsem střechu nad hlavou a dostal se za držení a distribuci do vězení. Když*

*jsem sem přišel, tak jsem byl rád, že jsem vypadl z vězení a že mi byl přidělen kluk, kterej mě provedl a pomohl mi ze začátku.“*

*„Můj současný vztah s rodinou sice není nejlepší, ale mám dobrý pocit z toho, že se to pohlo správným směrem. Já chci všechno hned, ale je jasný, že po tom všem, co jsem jim provedl, to pro ně není vůbec lehký.“*

*„No vlastně je tu Blaine, chodíme spolu cvičit a má na to tady stejnej názor, takže se dá říct, že je to jedinej kluk tady, kterému nějakým způsobem věřím. Jinak je to tady strašná slepičárna. Někdy už mě to tu vážně sere.“*

Z uvedených výroků vyplývá, že je pro ně rodina velmi důležitá a snaží se o napravení jejich vztahů. Během léčby si povětšinou také vybudovali sociální vztahy, které jsou pro ně důležité.

Během mé praxi v ORR nastalo několik mimořádných událostí, jedna z nich však ovlivnila atmosféru v centru dosti významně. Klient z první fáze, byl na procházce venku a zrelapsoval, vrátil do centra pod vlivem a začal vyvádět. Ostatní ho odchytili a zavolali ředitele a koordinátorovi, Ti ho s okamžitou platností vyloučili. On jim však ještě při odchodu řekl, že v tom jede daleko víc klientů a uvedl jen jedno jméno. Začalo několikadenní testování a propouštění. Atmosféra v centru byla dost napjatá. Hodně lidí se začalo bát, nikdo však na nikoho nic neřekl. Po celé této akci bylo vyhozeno 12 klientů. Zeptala jsem se proto svých respondentů jak se v tom cítí a jak je to ovlivnilo.

**Jamie:** *„Dříve jsem si tyhle věci dost bral, ale Rob (náš koordinátor) nás naučil, se vůči těmto situacím vymezit. Bylo to pro nás vždy dost stresující a zatěžující, což se odráželo na práci, kterou jsme odváděli. Ted' se tím pro mě nic nemění. Měl jsem ty kluky rád, ale věděli, co dělají. Můžeš lhát ostatním, ale nemůžeš lhát sám sobě. Protože pro koho se léčíš?“*

**Brent:** *„Je to na nic, ale aspoň je vidět, že nebyli dostatečně motivovaní k léčbě. Nejde dělat, že se to nestalo, ale my musíme jít dál. Nebudu Ti říkat, že mě to nemrzí. Byli to fajn kluci, rozuměl jsem si s nimi, ale udělali chybu, a tak musejí nést následky.“*

**Dustin:** *„Po všech těch zkušenostech tady viz tenhle tejdén, cítím, že tu nemůžeš věřit nikomu.“*

Ačkoli byla atmosféra v centru dosti nepříjemně napnutá, tito peer mentoři zachovali chladnou hlavu. Bylo znát, že si již vytvořili nadhled, a proto si také uměli zachovat profesní přístup. Zároveň na některých bylo vidět zklamání. Dustin byl naštvaný dost, neboť mezi vyhozenými byli čtyři muži, které měl jako peer mentor na starosti.

### 7.6.5 Oblast profesionality

V současné době v terapeutických komunitách v ČR pracuje pouze odborně způsobilý personál. To znamená, že pracovníci musí mít vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v požadovaných oborech nebo musí absolvovat akreditované vzdělávací kurzy a výcviky. V ORR nepracoval žádný psycholog, psychiatr ani terapeut, jak je tomu zvykem v našich zařízeních. Proto jsem zaměřila svoje otázky na toto téma. Moje otázky zněly: Myslíte si, že má Vaše práce větší přínos pro klienta než práce profesionála. V čem je Vaše práce jiná? Jakým přínosem si myslíte, že jsou peer mentoři pro organizaci.?

**Jamie:** *„Podle mého názoru mohou profesionálové dost pomoci, ale já se cítím příjemněji, když o svých problémech mohu mluvit s někým, kdo je sám prožil. Mluvila bys raději s ženatým mužem / vdanou ženou o manželských problémech nebo se svobodným člověkem, který neměl nikdy žádný vztah? Či mluvila s knězem o sexuálních věcech, když žije v celibátu? Když jsem šel do ORR, měl jsem trochu strach, bylo to něco nového neznámého, ale brzo jsem se zaklimatizoval, neboť ti lidi věděli, co prožívám a jak se v tom cítím. Dost mi to pomohlo.“*

*„Co se týče přínosu pro naše klienty a organizaci, myslím si, že hlavním přínosem je pro ně naše vlastní zkušenost. Vidí, že jsme si sami museli něčím projít, s něčím bojovat, řešit to, neutíkat od toho. Cítím, že nám taky více věří. Třeba když se nám sněží něco nalhat, většinou brzo zjistí, že to nemá smysl, neboť jsme často lhali stejným způsobem, takže už to poznáme. Nereagujeme tak, že bychom mu říkali: co mi to tu vykládáš, proč lžeš. Ale snažíme se s ním rozebrat, proč to dělá, že nejde o to, že lže nám, ale lže především sám sobě. Proto se snažíme řídit tím, co řekl Leon Brown: Nejdříve se podívej na sebe, předtím než někoho začneš kritizovat, neboť to co na něm vidíš, je lekce pro Tebe samotného.“*

„ORR vychází ve svém programu z principu svépomoci. Díky nám a bývalým peerům (nyní již ex-userům) tak může naplňovat to, co deklarují. Myslím, že pozice peer mentora je v programu důležitá, neboť pomáhá klientům v léčbě tak, že k nim přistupujeme jako k bratrům. Bratrská láska se pak vyznačuje tím, že se o ně zajímáme, podporujeme je, ale tady jim umíme říci, co si o tom či onom myslíme, aniž by brali jako vepsanou pravdu. Myslím si, že velkým přínosem, je také fakt, že my víme, co se tu děje i po programu, neboť zde také bydlíme a neignorujeme to.“

**Brent:** „Tohle byl můj již čtvrtý pokus o léčbu. Třikrát jsem byl na detoxu, ale bylo to bezvýsledné, neboť mi ta abstinence moc dlouho nevydržela. Z nynější zkušenosti věřím, že peer mentoři a ex-useři mohou pomoci o trochu více než profesionálové, neboť oni byli úplně na stejné cestě jako my. Plus při prvním příchodu do komunity je člověk, který se potýká s potížemi, radši za kontakt s někým, který měl stejné zkušenosti, než s někým, kdo je neměl.“

„Myslím si, že velkým přínosem peer mentorů je také to, že než se jimi stanou, tak musí stejně jako „12 steppers“ (klienti, kteří dokončili program 12 kroků) na týden na SOS, aby viděli, kde byli, když do ORR přišli a kam se do teď dostali. Je to dobré jak pro ně samotné, že vidí, o co všechno by mohli přijít, kdyby zrelapsovali, tak pro nastupující klienty, neboť jim jsou velkou oporou při zvládnání prvních dní v ORR. Když se budoucí peer mentor či 12 stepper vrací na SOS, přichází o všechny privilegia, musí se obléknout do nemocničního oblečení, nemá vycházky a ani nemá možnost volného pohybu po centru. Má se pouze soustředit na modlitby, na průběh svého léčení a má být oporou nově příchozím.“

„Co se mě týče, myslím, že za největší přínos naší práce považují naši zkušenost a naši autenticitu ve vztahu k nim. Jsme jejich bratři, které někteří neměli a vždycky si přáli je mít. Bratrství je jednou z hodnot, na kterých ORR stojí a které má podle mého názoru velký přínos. Zároveň je učíme věcem, které se nám sami osvědčili při zvládnání chutí či znovuoobnovování vztahů apod. Taky je to podle mě hodně o lidech, kteří se sejdou jako peer mentoři, neboť teď si myslím, že tu jsme fakt dobrá parta, která si umí dost pomoci a vzájemně spolupracovat.“

„Zaměstnanci jsou vděční za to, že jim pomáháme, jak s klienty, tak že dohlédneme na chod zařízení i po pracovní době, neboť tu s nimi žijeme.“

**Dustin:** „Abych byl upřímný, nemám k profesionálům moc velkou důvěru. To je jako když Ti abstinent říká, abys přestal pít, když ani neví, jak těžký je to zastavit. Ale jasně, každé to má jinak. Jen si prostě myslím, že když seš „ve sračkách“, tak Ti dokáže víc pomoci ten, kterej se v nich utápěl taky, než ten, kterej o tom jenom četl. Jsem prostě kluk, kterej pracoval na šachtě, kde jsme s klukama museli táhnout za stejnej provaz a věřit vlastním zkušenostem, jinak byste taky nemuseli být vůbec naživu.“

„Vím, že tak, jak to mám já, to má řada dalších kluků. Proto věříme víc, těm, kteří si to sami zažili. Zároveň se skrze to obohacujeme navzájem. Nejde říct, že tak, jak to mám já, to nutně musí mít i ten druhý. Ale rozhodně má pro mě větší pochopení, než profesionál. Myslím, že za přínos se dá považovat dvacet čtyř hodinová přítomnost peer mentorů v centru, neboť vidí chování klientů i mimo program. A klienti nás berou tak, že jsme jedni z nich, což vlastně jsme. Taky musíme plnit program a nemůžeme si dělat vše, co chceme, prostě i my musíme respektovat pravidla a řád. My kontrolujeme je a oni zase nás. Myslím si, že mě kluci berou, protože jim nemám problém říci na rovinu, co si o tom myslím.“

„Pro organizaci jsou peer mentoři důležití, neboť nám klienti více důvěřují a řeknou nám i věci, o kterých by s personálem mluvit nechtěli.“

„Staráme se o chod zařízení jako je ochranka, kuchyň, zahrada, práce v domě aj., čím ulehčujeme hodně práce zaměstnancům a taky šetříme peníze zařízení, neboť nemusí nikoho speciálně zaměstnávat. Taky si tím učíme zodpovědnosti a praktických dovedností, což má prý terapeutický účinek.“

Lze říci, že souhlasně se respondenti shodli na tom, že podle jejich názoru, má větší přínos práce peer mentorů či ex-userů, neboť i oni si tím, co klienti prožívají či řeší, prošli, a proto jim více rozumí a nemají na ně nároky, které by nebylo možné splnit. Což také spolu se skutečností, že jsou stále klienty, vytváří větší důvěru ke klientům v programu a více se jim otvírají. Hodnotě bratrství se v centru příkládá velký důraz, který je opodstatněný důležitostí vytváření dobrých vztahů mezi sebou navzájem. Což je patrné i na odpovědi respondentů, kteří jim nepředkládají své pravdy, ale snaží se je vést k tomu, aby si na ně skrze výuku, čtení z velké knihy a vzájemné zkušenosti, přišli sami.

## 7.7 Shrnutí šetření

V předchozí kapitole jsme seskupily výroky respondentů do skupin, jež nesly společné znaky a jež nám pomohly nalézt odpověď na výzkumné otázky. Obsahem této kapitoly je, na základě získaných dat, odpovědět na tyto otázky:

1. Co motivovalo současné peer mentory k tomu, aby se hlásili na tuto pozici?
2. Co jim tato zkušenost přinesla?
3. Jaký si myslí, že má jejich práce přínos pro klienta a organizaci?

Respondenti shodně uvádějí, že hlavním důvodem, proč se chtěli stát peer mentory, je pocit vděku, který mají vůči všem zaměstnancům a peer mentorům, za pomoc, kterou jim poskytli na cestě v jejich uzdravení. Přestože jsou skrze tento aspekt dost namotivováni, uvědomují si, že mají zároveň stále dost mezer, na kterých musí dále pracovat. Kontakt s klienty jim to umožňuje, neboť provázení klienta na jeho cestě změny, vede mimo jiné ke konfrontaci s jejich vlastními nejistotami, nevyřešenými záležitostmi a slabostmi. Důležitou součástí jejich motivace je i touha po zachování abstinence, která se v kontaktu s lidmi, kteří jsou na začátku své cesty, posiluje.

Zkušenosti, které získali a stále získávají během své práce s klienty, jim přináší témata jejich osobního růstu. Díky kontaktu s klienty z nižších fází pochopili, jak je důležité neopomíjet rituály, modlitby aj., protože to většinou vede k selhání a k návratu k dřívějšímu způsobu života. Kontakt s klienty jim zároveň dává pocit sounáležitosti a užitečnosti. Skrze povinnosti, které jim pozice peer mentora přináší, se učí více poznávat nejen sami sebe, ale i nedostatky svého charakteru, jako je pýcha, krutost, nenávisť, sobectví, nevědomost, slabost či chtivost. Respondenti uvádějí, že si uvědomují, že i oni mají své charakterové vady, kvůli kterým se dostali až na dno, ale snaží se na nich, s boží pomocí, pracovat.

Za přínosné, respondenti, považují vše, co se jim povedlo změnit. Úzce s tím souvisí oblast vztahů. Dříve by se jejich vztahy daly povětšinou popsat jako špatné, nabourané, plytké či žádné. Nyní už jsou opět naplňující, vřelé i nové (např. s Bohem).

Peer mentoři a ex-useři jsou lidé, kteří stejně jako klienti měli problémy s drogami, ale dokázali se z toho dostat a být nápomocní ostatním. Z výroků všech respondentů je patrné, že jsou vděční, že o svých problémech mohli mluvit s někým, kdo je sám prožil, než pouze s odborně vzdělaným člověkem. Peer mentor do vztahu s klientem vnáší svoje vlastní zkušenosti a znalosti, které vedou k podpoře a posilování klientovy vlastní sebedůvěry.

Z hlediska přínosu pro organizaci zmiňují pomoc zaměstnancům v práci s klienty a s chodem organizace.

## 7.8 Diskuse

K tématu dilemat v sociální práci, konkrétně k dilematu profesionalizace a de-profesionalizace se vztahuje několik článků a odborných literatur. Ačkoli se v dnešní době dobrovolnictví velmi rozšířilo a umožnilo tak společnosti participovat na pomoci ostatním, postrádáme však toto zainteresování i v méně atraktivních oblastech, jako jsou například služby pro drogově závislé.

Tématem rozdělení terapeutických komunit v České republice se významně zabýval pan doktor Kalina ve své knize *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí.*, kde popisuje vývoj a principy demokratických a hierarchických TK v americkém, evropském i českém prostředí. Další neméně významnou publikací v oblasti vývoje TK je *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj od trojice autorů Kooyman, De Leon, Nevšimal.*

Přestože časopisy *Adiktologie* a *Sociální práce/ Sociální práca* přináší mnoho zajímavých a obohacujících článků, nenašli jsme kromě dvou níže uvedených žádný, který by se tématem zapojení laických terapeutů či ex-userů v terapeutických komunitách zabýval.

Pohled na práci ex-userů v terapeutických komunitách, přinesli, veřejnosti v roce 2005, terapeuti komunity Sejrěk Pavel Mašek a Jan Sobotka, článkem v časopisu *adiktologie*, pod názvem *Některé aspekty práce ex-userů v terapeutické komunitě*, ve kterém se snaží vystihnout možný přínos role ex-usera.

Přestože se jednalo o přínosný článek, byl sepsaný ještě předtím, než vyšel v platnost zákon o sociálních službách (108/ 2006 Sb) a s ním spojené podmínky odborné způsobilosti.

Druhým článkem je Terapeut v terapeutické komunitě- výzvy a úskalí publikovaný, ve sborníku odborné konference k 20 výročí terapeutické komunity Nemčice, panem Martinem Hulíkem, který mluví o úskalích souvisejících se zaměstnáváním a rolí ex- userů v léčebných zařízeních. Přestože zde uvádí, že si jejich práce váží, je rád, že ve v organizaci, v které pracuje, neexistuje institut laického terapeuta. Ačkoli se tento článek může vůči ex-userům jevit negativně, jeho přínos je zjevný, neboť nabádá k diskusi, jak s tím pracovat dál a jinak.

Záměrem práce je představit doposud nezkoumané téma, které poukazuje na dobře fungující pozici peer mentorů při práci se závislými klienty v amerických terapeutických, jež může být inspirativní pro další možné zkoumání a přenesení této zkušenosti do českého prostředí terapeutických komunit.



# ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je popsat pozici peer mentora v zařízení Owensboro Regional Recovery, analyzovat rozhovory s peer mentory a shrnout možný přínos jejich práce při práci se závislými klienty

První část práce se věnuje teoretickému vymezení oblastí, které se k systému práce s drogově závislými vztahují. Představili jsme zde téma profesionalizace a de-profesionalizace, kterým se soudobá sociální práce musí zabývat. Navazující kapitoly teoretické části podávají stručný přehled systému léčby v České republice a v USA. Do kapitoly systému péče v USA, byla zařazena kapitola o terapeutické komunitě Owensboro Regional Recovery, aby čtenář lépe pochopil program léčby a s tím spojenou pozici peer mentora. V této kapitole byla zároveň více popsána pozice peer mentora, a povinnosti, které se k jeho práci vztahují. Poslední kapitola teoretické části pojednává o svépomocných programech, konkrétně je zde představeno společenství anonymních alkoholiků a jejich principy.

Druhá část práce se zaměřila na zpracování dat, které byly získány během stáže v ORR. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit odpověď na výzkumné otázky, které zní: Co motivovalo současné peer mentory k tomu, aby se hlásili na tuto pozici? Co jim tato zkušenost přinesla? Jaký si myslí, že má jejich práce přínos pro klienta a organizaci? Pro účely výzkumného šetření jsem použila metodu polostrukturovaného interview, které probíhalo v anglickém jazyce. Získané informace jsem analyzovala pomocí metody vytváření trsů. Výroky respondentů jsem seskupila do těchto pěti oblastí: motivace, abstinence, vztahy, přínos a profesionalizace, a následně je vyhodnotila.

Na závěr si dovolíme odcitovat názor ředitelky, terapeutické komunity Owensboro Regional Recovery, na pozici peer mentora. „Myslím si, že role peer mentora je velice důležitá. Neboť oni znají klienty daleko lépe, než kterýkoli z nás.. Vidí je, když jsou na dně a komunikují s nimi i mimo programové aktivity. Nehledě na to, je zapotřebí, aby nad sebou měli silného nadřízeného, ať už profesionála či ex-usera.“ Sarah Adkins, BS, MS, CADC

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Alcoholics anonymous world services,INC. (2001) Alcoholics Anonymous. New York City

Alcoholics anonymous world services, INC. (2011) Twelve steps and Twelve Traditions. New York City

Csete, J. (2012) Hledání rovnováhy; koncepce protidrogové politiky v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky

Duková, I., Duka, M., Kohoutková, I. (2013) Sociální politika, učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, a.s.

Escohotado, A. (1996/2003) Stručné dějiny drog. Praha: VOLVOX GLOBATOR

Gossop, M. (2006) Léčba problémů spojených s užíváním drog: důkazy o účinnosti. Praha: Úřad vlády České republiky

Heller, J., Pecinová, O. (2011) Pavučina závislosti; Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, spol. s.r.o.

HendL, J. (2005) Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál

Kalina, K. a kol. (2001) Glosář z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády České republiky

Kalina, K. (2003) Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 1 Praha: Úřad vlády České republiky

Kalina, K. (2003) Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 2 Praha: Úřad vlády České republiky

Kalina, K. (2008a) Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing, a.s.

Kalina, K. (2008b) Základy klinické adiktologie, Praha: Grada Publishing

- Klimentová, E. (2000) Sociální politika II. Studijní texty pro distanční studium. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
- Kooyman, M., De Leon, G. & Nevšimal, P. (2004). Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj
- Kratochvíl, S. (1979) Terapeutická komunita. Praha: Academia
- Krebs, V. a kol. (2002) Sociální politika. Praha: ASPI Publishing, s.r.o.
- Matoušek, O. (2008) Slovník sociální práce. Praha. Portál, s.r.o.
- Matoušek, O. a kol. (2005) Sociální práce v praxi. Praha: Portál, s.r.o.
- Miller, W., Rollnick, S. (2003) Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN
- Miovský, M. (2006) Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishig, a.s.
- National Institution on Drug Abuse (2012) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. Bethesda ,Maryland : National Institute on Drug Abuse
- Navrátil, P. (2001) Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999) Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami; Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, a.s
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999) Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami; Důsledky pro prevenci i léčbu. Praha: Sportpropag, a.s
- Nešpor, K. (2004) Karel Jak překonat problémy s alkoholem. Praha: Ministerstvo zdravotnictví
- Nešpor, K. (2007) Jak zlepšit sebeovládání. Ústí nad Labem: Oftis
- Potůček, M. (1995) Sociální politika. Praha: Sociologické nakladatelství
- Punch, K. (2008) Úspěšný návrh výzkumu. Praha: Portál, s.r.

Řezníček, I. (1994) Metody sociální práce. Praha: Sociologické nakladatelství

The Kelly Foundation (1989) Recovery Dynamics- Counselor Manual. Little Rock, AR: Best Printing Company, Inc.

Tomeš, I. (2010) Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha: Portál

Výrost, J., Slaměnik, I. (2001) Aplikovaná sociální psychologie II. Praha: Grada Publishing

## **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

Charita Olomouc: Nízkoprahové denní centrum [online]

Dostupné 13. 4. 2014 z <http://www.olomouc.charita.cz/socialni-sluzby-SLD/nizkoprahove-denni-centrum.html>

Drogy- info: Ambulantní léčba [online]

Dostupné 13. 4. 2014 z

[http://www.drogy-nfo.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/ambulantni\\_lecba](http://www.drogy-nfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/ambulantni_lecba)

Drogová poradna: Ambulantní léčebné program [online]

Dostupné 13. 4. 2014 z <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>

Drogová poradna: Detoxifikace [online]

Dostupné 13. 4. 2014 z <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>

Klinika adiktologie: Terapeutické komunity pro uživatele drog [online]

Dostupné 20. 5. 2014 z

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

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 [online]

Dostupné 27. 4. 2014 z

[http://www.vzdelavani2020.cz/images\\_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/protidrogova-politika/nspp\\_2010-2018\\_v02.pdf](http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/protidrogova-politika/nspp_2010-2018_v02.pdf)

National Institution on Drug Abuse: Treatment [online]

Dostupné 17. 5. 2014 z <http://www.drugabuse.gov/related-topics/treatment>

Owensboro Regional Recovery: Home [online]

Dostupné 20. 5. 2014 z <http://www.owensbororegionalrecovery.com/>

Poradna adiktologie: detoxifikační jednotka [online]

Dostupné 13. 4. 2014 z <http://poradna.adiktologie.cz/klinika-adiktologie/detoxifikacni-jednotka/>

ProjectKnow: Addiction treatment [online]

Dostupné 20. 5. 2014 z <http://www.projectknow.com/research/addiction-treatment/>

Recovery Kentucky : Home [online]

Dostupné 17 5. 2014 z <http://recoverykentucky.com/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]

Dostupné 5. 5. 2014 z <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>

## **OSTATNÍ**

Kentucky Housing Corporation (2006) Recovery Kentucky Guidebook,

Kentucky Housing Corporation (2013) Recovery Kentucky Guidelines

Owensboro Regional Recovery (2012) Operační manuál

Zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách. V platném znění ke dni 14. 5. 2014

# PŘÍLOHA

1. Tabulka typů sociálních států
2. Dvanáct kroků AA
3. Dvanáct tradic AA

Příloha č. 1 Tabulka typů sociálních států

<b>Typ sociálního státu dle Richarda H. Titmuse</b>	<b>reziduální</b>	<b>pracovně výkonový</b>	<b>Institucionální</b>
<b>Gøsta Esping-Andersena</b>	<b>liberální</b>	<b>konzervativní</b>	<b>sociálnědemokratický</b>
odpovědnost státu za uspokojování potřeb	minimální	optimální	Maximální
rozsah povinně poskytovaných služeb	omezený	extenzivní	Maximální
populace pokrytá povinně poskytovanými službami	menšina	většina	Všichni
výše příspěvku	nízká	střední	Vysoká
část národního důchodu určená na služby státu	nízká	střední	Vysoká
zkoumání potřebnosti	primární	sekundární	Marginální
charakter klientů	chudáci	občané	členové společnosti
status klientů	nízký	střední	Vysoký

Zdroj: Krebs, 2002, s. 65

### **Dvanáct kroků AA**

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy se staly neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sebe samých.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela připraveni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu všech lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Provedli jsme tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolila, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme Ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání Jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto Kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.



**Dvanáct tradic AA**

1. Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA.
2. Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.
3. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.
4. Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.
5. Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství alkoholikovi, který stále trpí.
6. Skupina AA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.
7. Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.
8. Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.
9. AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.
10. Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.
11. Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.
12. Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.