Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

EFEKTIVITA LÉČBY DROGOVĚ ZÁVISLÝCH A JEJICH SOCIÁLNÍ INTEGRACE

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Doc.PhDr. H. Záškodná Csc

Autor:

Dominika Donnerová

14. 05. 2009

ABSTRACT

Zvolené, vlastní téma diplomové práce „Efektivita léčby drogově závislých a jejich sociální integrace“ má v úmyslu přiblížit a pojmenovat životní styl závislých jedinců (v různých etapách léčby) jako první kroky k jeho snadnějšímu pochopení. Míří k akceptaci jejich sociální reality, kdy zde nejde o ambice popisovat téma v celém, širokém rozsahu ani vyslovovat všeobecně platné závěry. Odlišný stav vědomí lze navodit různými látkami, které na základě chemického působení mění fungování organismu. Psychoaktivní látky ovlivňují chování, vědomí nebo náladu jedince. Závislost je nekontrolované nutkání opakovat své chování bez ohledu na vzniklé důsledky. Dlouhodobé, problémové užívání drog způsobuje závislým postupné vyloučení ze společnosti. Pro úzdravu z drogové závislosti je nezbytné dosáhnout sociálního začlenění. Při pokusech o vstup na trh práce jsou potíže způsobené touto sociální exkluzí nejsložitější. Znevýhodňující faktory se v podstatě objevují ve všech dimenzích jejich životního stylu. Mnoho závislých zahájilo svou drogovou kariéru již před osmnáctým rokem svého věku. Někteří nezvládli dokončit své vzdělání, jejich vztahy s okolím bývají narušené, obvyklé jsou problémy se zdravím způsobené užíváním drog (jedná se z mnoha jiných o absenci či neuspokojivé bydlení, nevyvážená, nehodnotná strava, pití alkoholu, nedostatečná hygiena, infekce, neléčená onemocnění a.p.) Široká společnost tyto jedince odsuzuje a odmítá. Zdařilá abstinence delší než tři měsíce vytváří předpoklady pro další, déle trvající období bez drog užitečné pro změny v ostatních oblastech života. Ukazuje se ale, že abstinování od drog není samo o sobě spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, pokud není provázeno dalšími, žádoucími změnami v oblasti vztahů, práce a sociálního zázemí. Proces doléčování představuje komplex sociálních služeb, které klient může využívat: poskytnutí chráněného bydlení, chráněného zaměstnání a pracovního poradenství až po ústavní nebo ambulantní psychoterapeutické programy. Jde o zvládání obtížných situací (po absolvování základní léčby), kdy se klient mnoho věcí učí, konfrontuje své poznatky i dovednosti z léčby s běžným životem a často se nemá kam vrátit pro zpřetrhané vazby s rodinou i dalšími, blízkými lidmi.

ABSTRACT

The Effectiveness of Therpay for Drug Addicts and Their Integration within Society

The purpose of my thesis "The Effectiveness of Therapy for Drug Addicts and Their Integration in Society" is to elucidate the lifestyles of addicts during different stages of therapy and to help people to understand the problems of drug addicts. The function of the brain can be altered by a number of psycho-active drugs that can influence a person's behavior, conscience, morals and mood. Drug addiction results in an uncontrollable urge to acquire drugs, regardless of the consequences. This behavior leads to a gradual exclusion of the drug addict from society. Re-integration into society must be the goal of treatment.

The social exclusion of addicts seriously hampers their attemts to find employment. Many addicts started to use illicit drugs before the age of 18 years. Their education has not been completed and their bonds with their family members have been broken.

Health problems caused by drugs, alcohol, a low quality nourishment, often untreated infections, poor hygiene, poor or absent living arrangements are factors that contribute to the exclusion of drug addicts from society.

The abstinence from drugs, for longer than three months, creates a precondition for recovery and re-integration into society. However, in the absence of a postive change in attitude of the addict towards society and in the abscence of a social safety net, drug abstinence alone does not represent a reliably positive prognostic indicator. Complex social services that include protected housing, employment, job counselling, out-patient or in-patient psychotherapy, are necessary for successful treatment.

Prohlášení

Prohlašuji zde, že jsem diplomovou práci sepsanou na téma: „Efektivita léčby drogově závislých a jejich sociální integrace“ vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které nepřímo cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s případným využitím práce ke studijním účelům.

V Českých Budějovicích 14. 05. 2009 .....

Poděkování

Na tomto místě velmi děkuji své vedoucí práce, vážené paní docentce PhDr. Heleně Záškodné CSc za odborné vedení a cenné podněty při tvorbě této diplomové práce.

OBSAH

Úvod *……..9*

1. Současný stav ……... *10*

1.1 Stadia efektivní léčby …….. 11

1.1.1 Principy efektivní léčby ……12

1.1.2 Definice pojmu závislost ……13

1.1.3 Diagnóza závislosti……14

1.1.3.1 Tři složky závislosti……14

1.1.4 Čtyři stadia vývoje závislosti…… 15

1.1.4.1 Vnější znaky závislosti …….. 15

1.1.5. Psychoterapeutické možnosti léčebného režimu……..16

1.1.5.1 Psychoterapie zaměřená na osobu ……17

1.1.6 Skupinová psychoterapie……17

1.1.7 Teorie existenciální frustrace ……17

1.1.8 Existenciální analýza …… 18

1.1.9 Behaviorální psychoterapie…….. 18

1.2 Souboru nejužívanějších drog……..... 19

1.2.1 Konopné drogy…… 19

1.2.2 Opiáty ……20

1.2.3. Stimulační drogy…… 21

1.2.4 Halucinogeny……21

1.2.5 Těkavé látky……22

1.2.6 Psychotropní látky…….. 22

1.2.7 Kombinování psychoaktivních látek…… 23

1.2.8 Zdravotní důsledky zneužívání…… 23

1.2.9 Sociální dopady zneužívání……23

1.3 Sociální exkluze závislých……. 24
1.3.1 Drogová epidemiologie……24
1.3.2 Nezaměstnanost……25
1.3.3 Bezdomovectví……26
1.3.4 Kriminalita……26
1.3.5 Délka léčby závislostí……26
1.3.6 Farmakoterapie……27
1.3.7 Abstinence……28

1.4 Systém léčebné a resocializační péče pro závislé…….. 28
1.4.1 Denní stacionáře……30
1.4.2 Předléčebné poradenství……30
1.4.3 Psychiatrické léčebny……31
1.4.4 Alkoholicko – toxikologické poradny……31
1.4.5 Ambulance psychiatrické……31
1.4.6 Kontaktní centra……32
1.4.7 Terapeutické komunity……33
1.4.8 Finanční otázka léčby v terapeutické komunitě……34
1.4.9 Faktory neúspěšné léčby v terapeutické komunitě……34

1.5 Měřítka výsledků efektivity léčby …….. 34
1.5.1 Centra následné péče……35
1.5.2 Doléčovací skupiny……36
1.5.3 Chráněné bydlení ……37
1.5.4 Chráněné pracovní programy……37
1.5.5 Specifická sociální práce……38
1.5.5.1 Pojmy integrace, adaptace a resocializace…… 38
1.5.6 Síť sociálních vztahů……39
1.5.7 Nejčastější potíže klientů v léčbě……39
1.5.8 Charakteristiky neúspěšných klientů…… 40

1.5.9 Craving (bažení) 40
1.5.9.1 Syndrom porušení abstinence 40

1.6 Možnosti účinné léčby 41
1.6.1 Blízké osoby zapojené do léčby 41
1.6.2 Negativní role členů rodiny 41
1.6.3 Psychické poruchy závislých 42
1.6.4 Vymezení osobnostních poruch 43
1.6.5 Osobnostní tendence k závislosti 43
1.6.6 Maladaptivní vzorce chování 44
1.6.7 Normalita osobnosti 45

2. Cíl práce a hypotézy 46
2.1 Cíl práce 46
2.2 Hypotézy práce 46

3. Metodika 46
3.1 Popis obou souborů 47
3.2 Pracovní postup 48
3.3 Použité metody a techniky sběru dat 49
3.4 Administrace a návratnost dotazníků 50
3.4.1 Administrace dotazníků I. zkoumaného vzorku 51
3.4.2 Administrace dotazníků II. zkoumaného vzorku 51
3.5 Dotazníkové šetření I. vzorku 52
3.6 Dotazníkové šetření II. vzorku 54

4. Souhrn výsledků výzkumu 57
4.1 Výsledky k hypotéze 1. 57
4.2 Výsledky k hypotéze 2. 60
4.3 Grafická znázornění sociodemografických údajů 63

4.4 Interpretace výsledků výzkumu…… 67
4.5 Výsledky šetření spisových dokumentací respondentů …… 93

5. Diskuse……..……. *94*

6. Závěr……... 98

7. Seznam použitých zdrojů…….. 101

8. Klíčová slova…….. 107

9. Přílohy…… 108

Boj s drogou připomíná zápas s nepřemožitelným nepřítelem.
Může se zdát, že je marné na tento boj vynakládat jakékoliv úsilí,
ale lhostejný přístup k této otázce není přijatelný. **(63)**

Úvod

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. Zaujímá stanoviska k některým základním pojmům, které se v této široké oblasti vyskytují. Řeší zde velký problém závislostí na nelegálních látkách a dostupné varianty léčby, následnou péči, kvalitu života, možnosti zaměstnání, schopnosti sociálních interakcí i emoční stavy sledovaných respondentů. Stručně se pokouší o stručný nástin dosavadních názorů jednotlivých oborů psychologie - (eventuelní možnosti psychoterapií), pedagogiky, sociologie a psychiatrie. Empirické uchopení tématu efektivity léčení drogově závislých a jejich následné zařazení do reálného života jsem si zvolila sama ze zájmu a prosté zvědavosti. Praxe zdravotní sestry mne donutila vnímat zneužívání drog jako alarmující problém celé společnosti, před kterým jsou určité tendence zavírat oči. Zaměření této diplomové práce snad poslouží všem, kteří se o tuto problematiku z nějakého důvodu zajímají, ale zejména pracovníkům pomáhajících profesí. Domnívám se, že podpora těch, kteří se svobodně rozhodli k léčbě a také podstatnému, následnému procesu doléčování je nezbytná. Práce se pokouší přiblížit aspekty jednání závislých jedinců a také jejich často opakované pokusy o vyléčení. Úlohou je zjistit, jak úspěšně tyto procesy probíhají a jak se tito jedinci vyvíjí později, mimo relativně „bezpečná území“ léčebných zařízení. Otázkou je také, jsou-li schopni vnímat svou nastalou abstinenci od drog jako výzvu. Zda je „jiný“, nový životní styl po léčbě aktivuje a donutí hledat řešení, jak znovu začít. Proces doléčování učí přijímat bývalé závislé svou osobnost takovou, jaká skutečně je. S dosažením osobní spokojenosti souvisí jejich pocit svobody, umět přijímat výhry i prohry a plánovat budoucnost. To všechno představuje nacházení vlastního místa ve společnosti. S tím souvisí možnost adekvátního zaměstnání, bydlení, dobrých přátel, dobré vztahy s rodinou a okolím i vztah intimní. Tito lidé se zároveň učí přijímat za své činy maximální zodpovědnost, což se často bez

počáteční pomoci odborníků nedaří. Vzniká pojednou nový, sociální problém v souvislosti nutné integrace těchto lidí do normálního života.

1. Současný stav

Drogová závislost představuje závažný problém pro jednotlivce i společnost. V ČR užívá drogy minimálně 30 tisíc lidí a přibližně 8 tisíc osob ročně v Evropě v důsledku drogové závislosti zemře. Průměrný věk uživatelů drog se dlouhodobě zvyšuje. Zvýšil se výskyt onemocnění HIV, virové hepatitidy jsou na relativně nízké úrovni, zároveň však klesá počet provedených testů na HIV a virové hepatitidy. Podíl těch, kteří mají kontakt s nízkoprahovými programy, se zvýšil na 70 %. Přetrvává relativně nízký počet smrtelných předávkování. Stále však roste počet jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech K- center. Zvýšil se počet substitučních programů i těch, kteří se této léčby účastní. **(37)**

Bio-psycho-sociální přístup se v medicíně rozvíjí již několik desetiletí. Léčba a sociální rehabilitace závislých osob představuje široké spektrum metod a přístupů. Některé lze vzájemně kombinovat. Vzájemná provázanost jednotlivých metod léčby je podmínkou každého efektivního programu, který je zásluhou týmové práce profesionálních pracovníků různých oborů. **(23)**

Programy následné péče (doléčování) po absolvování léčby jsou významné. Pomáhají absolventům léčby ulehčit náročný přechod z režimové léčby a nabízejí i psychickou pomoc potřebnou pro udržení dosažené změny chování. Proces doléčování zvyšuje úspěšnost léčby i udržení abstinence až o 80 %. **(52)**
Po ukončení základní léčby klient potřebuje intenzivní podporu při vytváření nového života. Pokud mu není poskytována odborná péče, je reálné nebezpečí opětovného návratu k původním, často dlouhodobým škodlivým návykům. V širším pojetí lze proces doléčování vnímat jako soubor mnoha opatření, které pomáhají vytvářet podmínky k abstinenci. Často se nejenom u laické, ale i u odborné veřejnosti lze setkat s poměrně rozšířeným názorem, že závislost na užívání návykových látek je chronická a

nevyléčitelná choroba. Rozsáhlé zahraniční výzkumy potvrzují, že asi 40 % klientů po léčbě abstinuje, u zbylých 60 % se díky léčbě podaří zlepšit jejich sociální i zdravotní stav a nepotřebují další odbornou pomoc tak často. Po léčbě sice plně neabstinují, ale chovají se méně rizikově. Jen u některých nenastane po léčbě žádné zlepšení. Je známé, že čím delší byla doba zneužívání, tím delší je doba potřebná k úzdravě, čím mladší jedinec začne drogu užívat, tím hůře se bude zapojovat zpět do konvenčního života. **(45)** Závislost je způsob přístupu k životu, který změnit lze. Ale naučit se žít bez drog je mnohem obtížnější než s nimi pouze skončit. **(46)**

1.1 Stadia efektivní léčby

V ***akutní fázi*** léčby je nutné odvrátit bezprostřední zdravotní ohrožení a rozhodnout, jak postupovat dál.

Ve ***stabilizační fázi*** léčby se od klienta očekává řešení jeho životní situace, interpersonálních, pracovních i sociálních problémů a těžištěm terapie je stále nelehké udržení abstinence.

V ***udržovací fázi*** léčby se nadále zlepšuje klientova adaptace a jeho snahy o realizaci všech dobrých možností v životě. Intenzita léčby má být vyšší v prvním, počátečním roce abstinence, při přechodu z ústavní léčby do ambulantní, ale také po recidivě, v krizích a při zátěžových životních situacích. **(57)**
Léčba by tedy měla reagovat na různé potřeby klienta: potřeby sociální, psychologické, právní i zdravotní. Měla by být rychle dostupná, pružná a reflektovat měnící se podmínky, včetně vyšetření zdravotního stavu a infekčních chorob, které jsou mezi závislými častější. **(40)**

1.1.1 Principy efektivní léčby

Rozmanité léčebné postupy se používají u klientů s odlišným stupněm onemocnění v různých stadiích jejich problému. Ve vztahu k jednotlivým osobám je zdrojem neštěstí i zdravotních rizik, přičemž společnost musí řešit problémy v oblasti zdraví i trestné činnosti, které se s užíváním drog pojí. Prioritou je nalezení efektivních způsobů řešení těchto problémů. **(13)**

Při návrhu vhodné léčby se berou v potaz tyto hlavní faktory:

- proměnné týkající se fyzického stavu klienta, např. přítomnost abstinenčního syndromu, vážné poškození zdraví a podobně
- faktory týkající se psychického stavu, přítomnost psychózy, psychické závislosti, organické poškození mozku, schopnost adaptace, úroveň sociálních dovedností a.p.
- délka škodlivého užívání a druh návykové látky
- faktory týkající se rodiny, zda je rodina dysfunkční nebo naopak zdroj podpory, schopnost rodiny spolupracovat a.p.
- faktory týkající se sociálních vztahů
- možnost trávení volného času
- faktory týkající se možnosti léčby v dané oblasti místa bydliště, kapacita léčebných zařízení, ochota klienta k léčbě a přijatelnost zvolené léčby **(41)**

Okolnosti, které se uplatňují na míře efektivnosti léčby, jsou nejčastěji tyto:

- osobnostní rysy klienta,
- míra závažnosti jeho sociálních problémů,
- motivace k zásadním změnám jednání a postojů,

- ekonomická situace jeho rodiny a blízkých osob**.** **(52)**

1.1.2 Definice pojmu závislost

Jde o chorobný stav spojený s nezvladatelným bažením po droze a postupným zvyšováním dávek. Světová zdravotnická organizace definuje termín toxikoman jako každou oběť fyzické či psychické závislosti, nebo obou těchto závislostí zároveň. **(66)** Jedinec neuspokojený v reálném životě i se svým vnitřním životem hledá svůj „chemický ráj" pomocí drog. **(67)** Dle Světové zdravotnické organizace je droga „jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí".

Drogovou závislost lze definovat jako chronickou a programující poruchu, která se rozvíjí v přirozené touze po změně prožívání. Kritický bod nastává, když se tato změna prožívání stane iluzí a změnou samotné reality. **(30)**

Při závislosti má pro člověka užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si dříve cenil více. Jako ústřední charakteristiku onemocnění označuje přemáhající touhu užívat psychoaktivní látku**.** Odpovídajícím pro označení síly touhy by mohl být pojem žádostivost. Touhu užívat drogy si člověk uvědomuje (i když ji nemusí přiznávat) a snaží se užívání kontrolovat, nebo i zastavit, ale často neúspěšně. Problém drogové závislosti není problémem látky, ale jedince, který tuto látku užívá. Působnost drogy závisí také na jeho momentální situaci**,** náladě, sociálním prostředí i konstituci těla. Příčinu musíme hledat ve vývoji osobnosti a jejích sociálních podmínkách. **(38)**

Návykové látky mají vlastnosti „posilovačů", kdy po opakované aplikaci s dostatečnou frekvencí a v dostatečné dávce vyvolají závislost u téměř většiny jedinců. Ale vyrovnaná, integrovaná osobnost se kontaktu s drogou brání a tento kontakt skončí nejvýše pouze na úrovni experimentování. **(54)**

1.1.3 Diagnóza závislosti

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících symptomů:

- ✓ silnou touhu užívat látku
- ✓ potíže v kontrole užívání látky
- ✓ užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- ✓ průkaz tolerance (potřeba stále vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)
- ✓ zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy
- ✓ pokračování v užívání i přes jasné důkazy škodlivých následků. **(34)**

Syndrom závislosti představuje trvalé užívání látky navzdory zřejmému důkazu škodlivosti následků, zaujetím užívání a postupným zanedbáváním jiných zájmů, potěšení a povinností. **(57)** Droga pro některé jedince představuje velice silnou motivaci. Bažení - (craving) po určitých látkách může být natolik silné, že jsou schopni vzdát se vlastního dítěte, práce, zdraví, rodinného života, domova, lásky i svobody. **(2)**

1.1.3.1 Tři složky závislosti

Dosažení abstinence není snadné, protože je třeba zvládnout všechny *tři složky závislosti*, které mají své charakteristické projevy.

Při *somatické (fyzické) závislosti* jsou to projevy syndromu z odnětí drogy.
Při *psychické závislosti* jde o projevy „cravingu“ – neodolatelné touhy po droze.
Při *rituální závislosti* je potřeba účasti na výkonech spojených s užíváním. **(53)**

1.1.4 Čtyři stadia vývoje závislosti

Návyk se vytváří postupně.

- *Euforické, počáteční stadium* se vyznačuje zvýšeným sebehodnocením, lehkým přístupem k droze, zbavením se úzkosti, omámením a celkovou relaxací.

- *Kritické stadium navykání* při zvýšené potřebě dávek drogy, zvyšováním konfliktů ve škole i zaměstnání, nástupu finančních problémů, snížením dosavadních zájmů a poruchami sebehodnocení.

- *Stadium návyku* s úplnou ztrátou kontroly nad drogou i dávkou, eventuelní kriminální činností a vyčleněním se ze společnosti, rozvíjejícími se změnami osobnosti a výraznými abstinenčními příznaky.

- *Chronické stadium rozkladu* – „deprivační syndrom“ s úbytkem snášenlivosti drogy, neschopností postarat se sám o sebe, lhostejností s absencí emocí, opuštěností, zanedbaností, často bezdomovectvím, těžkou nemocností s počínajícím poškozením orgánů, nejvíce jater a ledvin, CNS a celkovým duševním rozkladem s upoutáním na lůžko. **(14)**

1.1.4.1 Vnější znaky závislosti

Mezi *všeobecné symptomy* například patří:

- ✓ sociální vytěsnění, odtažení se, nezájem
- ✓ změny denního rytmu, přes den únava, apatie
- ✓ zvýšená potřeba financí, ale bez viditelných nákupů
- ✓ zanedbávání vnějšího vzhledu, bledá pokožka, častá onemocnění
- ✓ kolísání nálad, nesoustředěnost, neschopnost koncentrace
- ✓ nezájem o dřívější aktivity
- ✓ pokles výkonů např. v zaměstnání, při studiu. **(14)**

1.1.5 Psychoterapeutické možnosti léčebného režimu

Podstatou každé psychoterapie je znovuobnovení integrity jedince.

Tři nejdůležitější cíle psychoterapeutických působení jsou:

- ✓ odstranit symptomy, nebo se s nimi naučit žít,
- ✓ pomoci rozhodnout se a nést důsledky svých rozhodnutí a odpovědnosti za ně a
- ✓ pomoci jedinci najít, co se za symptomy skrývá a uvést je do pohybu. **(20)**

Psychoterapie pomáhá obnovit přirozené pocity kontroly nad svými myšlenkami, chováním a emocemi.

Dlouhodobá *psychoterapie závislostí* prochází třemi stadii, kdy každé trvá i déle než jeden rok.

V *I. stadiu* se klade důraz na udržení abstinence,

ve *II. stadiu* pracuje klient především s psychologickými, rodinnými a sociálními problémy,

ve *III. stadiu* pak nadále využívá své nadání, realizuje svůj potenciál a rozvíjí osobnost.

K významným psychoterapiím patří například:

- ✓ rodinná terapie - velmi významná i opomíjená,
- ✓ strategická terapie,
- ✓ Gestalt - tvarová terapie,
- ✓ kognitivně - behaviorální postupy,
- ✓ dynamická psychoterapie a *řada dalších*, například:

relaxační techniky, jóga, autogenní trénink, individuální a skupinová terapie, posilování motivace, asertivní trénink, psychodrama, nácvik zvládání obtížných situací, muzikoterapie, arteterapie a nezbytná ergoterapie.

Psychoterapie je důležitou součástí léčebných programů. Existují velmi odlišné psychoterapeutické směry i formy. Psychoterapie potencuje další léčebné postupy a naopak. Terapie by měla trvat dlouho, často i několik let. **(41)** Poslední přehled prováděných studií o psychoterapiích (zejména u některých poruch osobnosti) dokazuje, že jsou relativně účinné. Během aktivního léčení dochází k mnoha pozitivním, významným změnám a to dvakrát až čtyřikrát větším než u osob bez psychoterapie. **(50)**

1.1.5.1 Psychoterapie zaměřená na osobu

Podle psychoanalytické teorie je osobnost v prvních pěti letech života v podstatě determinována neměnnými vrozenými pudy a událostmi prostředí. Freud se domníval, že zvláštní problémy v každém jednotlivém životním stadiu mohou zastavit vývoj (fixaci) a trvale ovlivňovat osobnost jedince. **(2)**

Dle Abrahama Maslowa se vnitřní jádro povahy člověka skládá z pudových tendencí a tužeb, které představují základní fyziologické potřeby. Nejsou-li uspokojeny, dochází k nemoci, frustraci a všechny další potřeby jsou dočasně potlačeny. Teprve po naplnění těch základních potřeb se objeví potřeby vyšší, například potřeba bezpečí, uznání, lásky a sebeuskutečnění**. (5)**

1.1.6 Skupinová psychoterapie

Při skupinové terapii se ventiluje emoční napětí klienta. Každý tu má nějakou roli, ve které se zvyšuje úroveň sociálních dovedností. Prioritní tu není překonání problému s drogou, ale proces, který pomáhá dynamickému rozvoji osobnosti. Program zahrnuje různé terapeutické postupy s nácvikem praktických dovedností a relaxačních technik. Idea skupinové psychoterapie vychází z předpokladu, že se klient učí porozumět způsobům, jak si vytvářet své vztahy na základě konfrontací s ostatními. Náhled znamená pochopení, čím jsou jeho vztahy podmíněny a jak se vztahové vzorce projevují v chování k druhým a jak jsou přijímány a prožívány. Důvěrná atmosféra pomáhá klientům ujasnit jejich situaci ve světě a porozumět způsobům, jak sami působí na druhé. Pomáhá k uvědomění vlastních hodnot, učí odvaze postavit se za své názory a buduje jejich sebevědomí. **(49)**

1.1.7 Teorie existenciální frustrace

E. Frankl vidí dnešního člověka v souvislosti s dobou, ve které žije. Hovoří se často o nynější patologii doby, což tento autor odmítá. Rychlé životní tempo je pokusem utéci před vlastní prázdnotou, před existencí bez obsahu i cílů, pokusem oklamat pocity nenaplněnosti, frustrace. Člověk má strach ze samoty, protože to znamená zůstat sám se sebou. Vyplývá z toho, že strach i úzkosti pochází z nudy a z neřešení problému vlastní

existence. Jde o špatné unikání jedince z prázdnoty a nesmyslnosti tím, že si navozuje subjektivní pocity smyslu pomocí užitím drogy. S její pomocí dochází ke smyslovému bohatství, ale odvádí jej od pravých, podstatných úloh v životě. U mladých lidí se se vzrůstajícím obdobím konzumace drogy zvyšuje míra existenciální frustrace a ta se neustále zvyšuje u těch, kteří se ze své závislosti neléčí. Stává se, že člověk není schopen najít ve svém životě smysl. Takový stav logoterapie nazývá „existenciální frustrací“. Pokud tato frustrace přetrvává, člověk může pociťovat svůj život jako prázdný, beze smyslu. Tento stav je v logoterapii nazýván existenciálním vakuem. Existenciální vakuum je zdrojem tzv. tragické masové triády „deprese-narkomanie-agrese“. **(60)**

1.1.8 Existenciální analýza

Existenciální analýza klade značný důraz na uvědomění si odpovědnosti vzhledem k jedinečnosti svého osudu. Osudem je všechno to, co se vymyká svobodě člověka, co není v jeho moci.

Jeho součástí je zejména:

- ✓ biologický osud, to znamená různé tělesné dispozice nebo přímo postižení,
- ✓ psychologický osud představující dřívější zkušenosti, a
- ✓ osud sociologický, který znázorňuje dané sociální postavení jedince. **(47)**

1.1.9 Behaviorální psychoterapie

Behaviorální psychoterapie obsahuje všechny přístupy, jež aplikují poznatky psychologie kognitivní, experimentální i obecné, zvláště teorie učení. Všechny lidské psychické projevy jsou učením či přeučováním měnitelné. Terapie je tedy o pochopení vzniku nežádoucích projevů chování. Postupy jsou spíše direktivní a léčba má podobu kontrolovaného vědeckého pokusu, kdy klient je o všem informován předem a je žádán o aktivní spolupráci a dodržování pokynů a dohod. **(70)** Nabízí řadu užitečných postupů, potřebný nácvik řešení problémů, nácvik zvládání emocí, dovednosti odmítání,

nácvik vyhýbání se spouštěčům - rizikovým situacím. Podstatné je rychlé zastavení případné recidivy.

1.2 Skupiny nejužívanějších drog

Legálnost či nelegálnost dané látky nesouvisí s mírou nebezpečí v souvislosti s jejím užíváním. Závislost na legálně distribuovaných drogách, zejména tabáku, alkoholu, lécích a kávě je nejčastější. Uvedené dělení a zastoupení návykových látek není úplné. Existují stovky zástupců v jednotlivých kategoriích.

Základní členění návykových látek:

- *konopné drogy*: marihuana, hašiš
- *opioidy a opiáty*: morfin, kodein, braun, heroin, metadon, dolsin
- *stimulancia*: marihuana, kokain, pervitin, amfetamin, hašiš, efedrin, crack, speed
- *halucinogeny*: LSD, psylocibin, mezkalin, ketamin, atropin, fencyklidin- PCP
- *těkavé látky*: toluen, trichlorethylen, rajský plyn, benzín, lepidla, ředidla
- *analgetika, sedativa a anxiolytika*: tramal, dolsin, morfin, rohypnol, diazepam
- *taneční drogy*: extáze

a některé způsoby užívání těchto látek :

- *Kouřením*
- *Šňupáním*
- *Čicháním*
- *Intravenózně*
- *Perorálně* **(57)**

1.2.1 Konopné drogy

Konopí seté je nejsnáze dostupná nelegální droga u nás, šířená ve formě marihuany nebo hašiše. Účinky po užití záleží na množství THC a individuální vnímavosti jedince. Pro psychotropní efekt, tzn. lehčí změny vnímání je řazena mezi drogy méně rizikové. Konopí způsobuje uvolněnost a intenzivně prožívanou náladu, často dochází k nekontrolovatelnému jednání. Vyvolává celou řadu symptomů,

tendence k smíchu, pohodu, zpomalené vnímání času, apatii, zvýšenou chuť k jídlu, intenzivní vnímání hudby a zvuků. Při delším užívání se může rovněž objevit paranoia či toxická psychóza, halucinace nastávají zřídka, častěji až po vysokých dávkách. Užívá se kouřením, ale také potravou či nápojem. V pozdější fázi se psychická závislost projeví vyžadováním stále většího množství drogy k dosažení stejného účinku. **(14)**

1.2.2 Opiáty

Opium a jeho deriváty se obecně nazývají *narkotika,* z řeckého slovesa narkao s významem „znecitlivět", tedy drogy s tlumícím účinkem. Jde o výtažek z máku setého, kde účinnou látkou je alkaloid morfin. *Morfin* tlumí bolest, je desetkrát účinnější než opium a poprvé byl izolován v roce 1806. Dostal jméno od řeckého boha snů Morfea. Mezi nežádoucí účinky patří žaludeční nevolnosti, zvracení a nechutenství. **(9)**
Kodein a *Papaverin* jsou dalšími alkaloidy používány k tlumení kašle, bolestí a k relaxaci. Jsou zhruba šestkrát slabší než morfin.
Heroin je v současné době druhou nejužívanější tvrdou drogou hned po pervitinu a působí přibližně třikrát silněji než morfin. Způsobuje psychickou i tělesnou závislost. Je po řadu desetiletí ve světě nejrozšířenější drogou. Po nitrožilní aplikaci vyvolává pocity celkového zklidnění a vlastního sebeuvědomění. Jde o tzv. „návrat do lůna" nebo o „stadium kukly". Někdy nastává otupělost, jindy povídavá nálada. Následuje řada nepříjemných stavů - nadměrné pocení, svědění kůže, rýma, zvýšené močení, zácpa, snížení frekvence dýchání, pulsu a tělesné teploty. **(61)**
Je to jediná droga s rychlým až fatálním účinkem, neboť se pocit opojení nedá nijak korigovat. Při předávkování klesá srdeční frekvence a útlum dechu. Po odeznění účinku nastávají silné abstinenční příznaky. Opiáty se užívají kouřením, ústy, šňupáním a často nitrožilní aplikací. Mezi účinky patří zvracení, zúžení zornic, zprvu vzrušení, potom útlum vegetativního nervstva, rozladění či euforie. Do řady tlumivých drog patří také *methadon*, užívaný v substituční léčbě, kdy jej protidrogová centra předepisují a dávkují svým klientům jako náhradu za heroin. **(12)**

1.2.3 Stimulační drogy

Pervitin zastává čelné místo mezi stimulačními drogami. Přináší pocity obrovské fyzické a mentální síly s nadměrnou aktivitou až agresivitou a nespavostí, nutkáním mluvit, anorexií i potlačením žízně. Po odeznění účinků nastává emoční labilita, vyčerpanost, závažný „amotivační syndrom“, pokles hmotnosti a časté depresivní stavy. Bývá narušeno i vnímání, jsou pocity nemotivovaného strachu a pronásledování, může dojít k akutní psychóze s halucinacemi. Aplikuje se šňupáním, ale častěji injekčně, přímo do žil nebo pod kůži. Je nesnadné vést hranici mezi chorobnou závislostí a zneužíváním. **(14)**

Kokain je získaný z listů keře koka a extrakt způsobuje oživení, povzbuzení, velkou fyzickou aktivitu, zvýšenou sexuální apetenci, anorexii a také vyvolává psychotické stavy. Užívá se šňupáním nebo intravenózně.

Extáze, taneční droga ve formě tablet tlumí agresi, prohlubuje vzájemné porozumění, vyvolává euforii, poruchy termoregulace a nadměrnou aktivitu. Po odeznění účinků přichází deprese, velká vyčerpanost a únava. Do této skupiny stimulancií patří i amfetamin, metamfetamin, efedrin- alkaloid rostliny Ephedra vulgaris, chemicky příbuzný s adrenalinem. **(64)**

1.2.4 Halucinogeny

Halucinogeny – psychodelika vyvolávají poruchy vnímání vnitřního i vnějšího světa. Celkové účinky halucinogenů jsou u každého člověka odlišné, protože záleží na osobnostní struktuře a na momentálním prostředí. Způsobují změny smyslů, halucinace, kdy dochází k vnímání neexistujících podnětů, často i děsivých. Jiné je prožívání skutečnosti, typické jsou změny nálady. Po použití jsou rozšířené zornice, zrychlený tep, zarudnutí v obličeji, někdy větší tělesná aktivita a paranoia. Vzniká psychická závislost, poruchy sebeovládání, vztahovačnost, někdy i bez požití drogy dochází k prožívání jejího účinku i po delším časovém období. Po odeznění účinku přetrvává deprese a sebevražedné chování.

LSD je nejznámější syntetický halucinogen, efektem je změna vnímání („vidění zvuků“ a „slyšení barev“), běžné jsou čichové halucinace, zvyšuje se fantazie, mění se prostor a otevírá nové pole zážitků. Klamnému vnímání pod působením LSD se říká pseudohalucinace a může dojít k nebezpečné rozladě a pocitům prázdnoty. **(12)**
Lysohlávka kopinatá - „božská houba“ vyvolává po požití zkreslené vnímání, euforii, neopodstatněný smích, pohodu a hovornost. Psilocybin je účinnou látkou těchto často vyhledávaných houbiček lysohlávek a límcovek, které se v posledních letech staly značně populární. Jejich konzumace je vysoce riziková, hrozí riziko předávkování, v každé houbě je jiné množství látky. **(14)**

1.2.5 Těkavé látky

Toluen a další chemické látky v podobě ředidel, organických rozpouštědel, barev, lepidel, benzínu, acetonu, aerosolů, rajského plynu a čisticích prostředků jsou finančně snadno dostupné, což umožňuje jejich lehkou dostupnost i šíření. Čichají se výpary a je nemožné odhadnout mezní dávku. Při chronickém čichání jsou časté poruchy orgánů (játra, plíce, mozek, krvetvorba), zvýšená únavnost a psychická závislost. Mezi účinky patří nápadné změny vnímání, vzrušení, neklid, pak uvolnění i spánek, snížený smysl pro skutečnost, nejasná řeč, zhoršená koordinace a nepřítomný pohled. Může dojít až k bezvědomí, k poškození mozku a ledvin toxickým působením benzenu, častá je smrtelná zástava srdce.

1.2.6 Psychotropní látky

Tlumivé léky s uspávacím účinkem nepodléhají zákonu o návykových látkách a působí v celém centrálním nervovém systému. Benzodiazepiny, analgetika, barbituráty, hypnotika i sedativa způsobují fyzickou i mentální relaxaci, vytvářejí dlouhodobou závislost a tendenci k zvyšování dávek. Způsobují uvolnění křečí, setřelou mluvu, omezení vědomí, po delším abúzu změny osobnosti, halucinace, netečnost a spavost, poškození jater a celkový tělesný a duševní útlum. **(64)**

1.2.7 Kombinování psychoaktivních látek

Zneužívání vede ke zvyšování tolerance, k psychické a fyzické závislosti, k odvykacímu stavu, změnám osobnosti, intelektové deterioraci a případně smrti. Kombinování látek zvyšuje rozvoj závislosti a výskyt nežádoucích zdravotních a společenských projevů. Častá je kombinace pervitinu a heroinu, kdy si střídavým užíváním jedinec „vyvažuje“ svůj psychický stav. Kombinují se i hypnotika se sedativy a alkoholem, kokain nebo marihuana s alkoholem. Při dlouhodobém a současném požívání více těchto látek je pak celkový klinický obraz výrazně závažnější. **(58)**

1.2.8 Sociální dopady zneužívání

Zásadní skutečností je, že v období dospívání mladý člověk vkládá velikou důvěru svým přátelům. Napodobuje jejich chování, oblékání, účes i mluvu a podobně jen proto, aby získal jejich uznání. Když parta přátel experimentuje s drogami, může jej to ovlivnit a vést k závislosti. Na mnoho dospívajících má největší vliv právě skupina vrstevníků, s nimiž tráví svůj volný čas**. (8)**

Obvyklé bývají obtíže v sociálním přizpůsobení, např. agresivita, amoralita, neurózy a emoční plochost. Závislost má těžké sociální dopady, které vyplývají z psychických změn a v odlišnostech v chování. Závislý jedinec nerespektuje příslušné normy, neplní své povinnosti, přestává často chodit do školy nebo do zaměstnání. Mění se postupně sociální vztahy, kdy způsoby jednání je pro okolí nepřijatelné. **(62)**

1.2.9 Zdravotní důsledky zneužívání

Propojenost drogového trhu sebou nese epidemický charakter zdravotních důsledků zneužívání drog. K přímým důsledkům však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních chorob závislých. Injekční užívání drog představuje pro celou společnost vážné riziko ohrožení veřejného zdraví hrozbou šíření smrtelných infekčních

nemocí. Jde například o vir HIV/AIDS, tuberkulózy, hepatitidy A, B, C a řady dalších, neinfekčních chorob. **(69)**

Listina základních práv a svobod zaručuje všem občanům určitá práva. Ve svém 31. článku sděluje, že *každý má právo na ochranu zdraví*. Přesto je pro nepojištěného zdravotní péče nedostupná, nejde-li o akutní stav. Každý, kdo je v hmotné nouzi, má nárok na pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek. Ovšem podmínkou je vlastnit občanský průkaz, neboť pomoc (poskytovaná státem) je většinou vázána na místo trvalého pobytu. Pro jedince bez dokladů se tak jeho práva neuskuteční. Všechny dostupné léčebné programy proto významně přispívají nejen k poklesu počtu uživatelů drog, ale ušetří společnosti každoročně miliardy korun. **(51)**

1.3 Sociální exkluze závislých

Většina problémových uživatelů drog se potýká se sociální exkluzí. Vytvářejí si zákonité bariéry, které v budoucnosti musí obtížně překonávat. Po určité době škodlivého užívání dochází k únikům ze společenského dění. Pokračuje-li toto zneužívání drog delší dobu s hlubšími známkami závislosti, bývá návrat do reálného světa těžký. Začleňovací proces do společnosti je postupný a dlouhodobý, ovšem zvládnutá abstinence a zotavení se z drogové závislosti inkluzi značně ulehčuje. Čím delší období závislosti a sociální exkluze je, tím obtížnější je cesta zpět. Proto dochází (nejen) v rezidenční léčbě k rozvíjení všech služeb podporujících žádoucí integraci. Tento proces je postupný a dlouhodobý, zároveň úspěch v něm je znakem dobře zvládnuté léčby. **(7)**

1.3.1 Drogová epidemiologie

Drogová epidemiologie se zabývá šířením různých typů drog, jeho důsledky i příčinami, vztahy mezi užíváním a zneužíváním drog a zdravotními dopady. Zabývá se také efektivitou léčebných, zákonných a jiných intervencí, podnikaných s cílem snížit rozsah zneužívání drog a škod s tím souvisejících. Epidemiologický výzkum je klíčovým prvkem pro porozumění drogovému problému, pro vývoj intervencí a

sledování jejich přiměřenosti a efektivity. Má-li být drogová politika účinná, musí mít k dispozici aktuální obraz situace. Úspěch či neúspěch cílů drogové politiky, její evaluace a průběžné úpravy jsou bez drogové epidemiologie nemyslitelné. **(71)**

1.3.2 Nezaměstnanost

Zaměstnanost je míra využití pracovních sil v ekonomice jednotlivého státu. **(33)** Nezaměstnaností jsou vedle osob blízkých důchodovému věku postiženi nejvíce lidé mladí. Ti, kteří hledají práci po vyučení nebo absolvování základní či střední školy. Tzv. normální cesta v podobě pracovní kariéry je pro tyto osoby v konkurenční, tvrdé společnosti náročná. Plná zaměstnanost je ve státech s volným trhem nedostižným ideálem. Nezaměstnanost a kriminalita mladých osob jsou právem propojené společné nádoby. **(32)** Okolnostmi vynucená nezaměstnanost snižuje sebehodnocení mladého člověka a komplikuje jeho další osobní rozvoj, negativním způsobem mění jeho postoje i návyky. Přetrvávající existenční závislost na rodině nebo sociálních dávkách neumožní dosáhnout osamostatnění a převzetí zodpovědnosti za svůj život.

Proces zaměstnání může uspokojovat základní psychické potřeby mladého člověka.

Nejvýznamnější z nich jsou:

- potřeba sociálních kontaktů
- potřeba seberealizace k prokázání a potvrzení kompetencí, prosazení se
- potřeba smyslu života v rámci pracovní činnosti
- potřeba samostatnosti a nezávislosti k dosažení ekonomické soběstačnosti, nelpění na původní rodině a založení vlastní rodiny
- potřeba otevřené budoucnosti a možnost dalšího profesního rozvoje. **(62)**

1.3.3 Bezdomovectví

Sociální vyloučení a bezdomovectví úzce souvisí s abúzem drog a alkoholu, který je často příčinou života na ulici. Je ověřeno, že velká část jedinců bez bydliště má psychiatrické onemocnění nebo vážnou poruchu osobnosti, což jim znemožňuje pokusy návratu do společnosti. Mnozí z nich se snaží zařadit se zpět do normálního života, ale jsou stigmatizováni trestem vězení či zneužíváním návykových látek a společnost není připravena dávat jim další šance. V*šeobecná deklarace lidských práv a svobod* zaručuje, že člověk má lidská práva z titulu lidství, jen proto, že je člověkem. Tato práva se týkají i osob bez přístřeší a trvalé adresy, bez majetku a osobních dokladů. **(51)**

1.3.4 Kriminalita

Mladí lidé, kteří neuspěli podle měřítek spořádané většinové společnosti, jsou outsidery. Typické je jejich pití alkoholu, kouření, drobné krádeže, žebrání i půjčky, sexuální promiskuita a prostituce, užívání, výroba i distribuce drog. Tím, že se tito jedinci pojí do skupiny a vzájemně se podporují, tvoří drogovou subkulturu. Kriminální chování je prostředek, jak získat vysoký status v partě, která sdílí asociální chování. **(32)** Jedinec závislý na nelegální droze vynaloží na vrcholu svého návyku velké finanční částky - (podle druhu a množství drogy). Společnost vynakládá obrovské částky na související činnost policie, soudů, státních zastupitelství, vězeňského aparátu a dalších institucí.

Léčba je nejúčinnější prevencí trestné činnosti s problematikou užívání drog. Po dokončené léčbě se v tomto parametru (kriminality) zlepšuje 40-60 % těchto jedinců. **(25)**

1.3.5 Délka léčby závislostí

Léčení závislého může být:

- *krátkodobé*, tj. léčba trvající nejdéle do 2 měsíců,

- *střednědobé,* v délce od 2-3 měsíců do přibližně 6 měsíců,
- *dlouhodobé,* trvající půl roku až jeden rok, výjimečně až dva roky u zpravidla starších, neúspěšných klientů při opakovaných pokusech léčby.

Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá zpravidla v psychiatrických léčebnách. Dlouhodobé léčby probíhají v terapeutických komunitách. V současnosti nabízejí některé komunity střednědobou léčbu v délce kolem šesti až osmi měsíců. Přiměřená délka léčby se pokládá za dosti podstatnou. Délku léčby lze do jisté míry kompenzovat jinými účinnými faktory, obsahem léčby i následnou péčí. Léčba kratší než tři měsíce není dost účinná. Principem léčby je snaha o co nejvíce komplexní zařazení závislého do reálné společnosti na všech úrovních. Aby měl klient z léčby prospěch, měl by v ní setrvat a dokončit ji, protože toto řádné ukončení se pokládá za předpoklad dobrého výsledku léčby. Právě předčasné ukončení je velmi častým jevem. Průměrně z léčby vypadává 35 % klientů, kteří nastoupili do terapeutických komunit a až 50 % klientů léčených v ambulantních programech. **(25)**

1.3.6 Farmakoterapie

Obecné farmakologické postupy zahrnují:

- ✓ ***detoxikaci***- život zachraňující postupy, případně použití antidot.
- ✓ ***detoxifikaci***- velmi pomalé odstranění látky z těla postupným snižováním dávek drogy. V akutní fázi léčení je nutné zamezit bezprostřednímu ohrožení života a rozhodnout mezi ústavní a ambulantní léčbou. Pro úspěch snahy klienta je odhodlání a abstinence.
- ✓ ***substituci***- náhradu drogy bezpečnější látkou tak, aby se zabránilo abstinenčním symptomům. Snahou je obnovit sociální situaci závislého na opiátech, umožnit mu cestu ven z drogové scény a zabránit kriminálnímu chování i chránit jeho zdraví.
- ✓ ***prevenci relapsů***- dodávání ordinované látky lékařem, která snižuje touhu po droze, včetně anti- cravingové medikace. **(10)**

1.3.7 Abstinence

Abstinence znamená zdrženlivost, střídmost a je při léčbě závislostí klíčová, přesto, že nejde o abstinenci úplnou či trvalou. Je předpokladem samotného „zotavení“ se závislých jedinců. Teprve po ukončení užívání drog vznikne v jejich životní situaci dostatečný prostor pro další aktivity. Toto umožní pouze léčba, která pracuje pokud možno se všemi sociálními a psychickými složkami osobnosti. Pokud je jedinec schopen dostatečně dlouhou dobu abstinovat a zároveň je veden směrem k sociální inkluzi, po určité době těžkosti spojené s udržováním abstinence mizí. **(22)**

V závěrech studií se uvádí, že jen asi 50 % klientů aktuálně abstinovalo (po třech letech po vstupu do léčby), ale celé dvě třetiny z nich přiznalo jednorázový či dokonce epizodický relaps k původní či jiné droze. Prokázalo se, že tato „uklouznutí“ jsou relativně nejčastější v prvních šesti měsících po ukončení léčby, ale za vůbec nejrizikovější období se pokládají první tři měsíce léčby. **(24)** Při příznivých okolnostech nemusí relaps ohrozit dlouhodobé udržení léčebného výsledku. Dalším, velkým problémem je užívání alkoholu a marihuany, které se ve sledovaném období po léčbě vyskytuje podle různých studií u 30 – 80 % klientů, kteří absolvovali léčbu pro závislost na heroinu, kokainu, amfetaminech i jiných látkách. Abstinování od drog není samo o sobě jediným a spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, není-li doprovázeno dalšími změnami ve způsobu nového života. **(66)**

1.4 Systém léčebné a resocializační péče pro závislé

V ČR je od roku 1989 budován systém léčebné a resocializační péče, který zabezpečuje klíčové služby pro závislé klienty na celém území našeho státu. Tento systém odborné pomoci a jeho jednotlivé složky nabízí odlišné služby podle stanovených indikátorů, jako jsou závažnost závislosti, síla motivace změnit své chování, ochota spolupracovat, sociální situace, psychické a zdravotní poškození klienta a.p. Účinná léčba důsledků užívání návykových látek spočívá v mezioborovém přístupu. Teoretické východisko resocializace najdeme v bio-psycho-sociálním modelu závislosti.

Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na tělesná i psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí. Linka mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy spolu úzce souvisí a vzájemně se podporují. Celostní náhled na klienta je základní podmínkou léčby a rehabilitace. Aby však bylo možné začít s jedincem pracovat směrem k sociálnímu začlenění, je třeba jej nejdříve úspěšně provést účinnou léčbou. Léčebný program musí odpovídat charakteru problémů klienta a také jeho specifickým potřebám.

Diferencovaná péče o závislé například zajišťuje:

- Terénní programy
- Ambulantní léčbu
- Stacionární programy
- Krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu
- Rezidenční péči v terapeutických komunitách
- Následnou péči (doléčovací programy) ambulantní formou
- Substituční léčbu,
- Detoxifikaci, psychiatrickou péči
- Bezplatné poradenství a řadu dalších služeb. **(25)**

Cílem léčby je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Světová zdravotnická organizace definuje *cílové oblasti v léčbě uživatelů drog*:

- snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním,
- podpora rozvoje tělesného, duševního i sociálního potenciálu,
- snížení samotné závislosti,
- dosažení plné resocializace uživatelů drog.

Tyto cíle nejsou dosažitelné vždy a u každého klienta za stejných okolností a podmínek. Nejde pouze o návrat do stavu před léčbou, ale další, dynamický rozvoj jeho osobnosti. (**41)**

1.4.1 Denní stacionáře

Psychologickou a psychosociální péči o klienty, pro které není nutné umístění v lůžkovém zařízení a běžná ambulantní péče není dost intenzívní. Jsou to převážně ti, kteří ukončili pobyt v psychiatrické léčebně nebo se připravují na dlouhodobý léčebně rehabilitační pobyt či se z něj právě vrátili a potřebují ještě určitou dobu denní kontakt. Klasický stacionář je v provozu čtyřicet hodin týdně, osm hodin každý pracovní den. Činnost stacionáře se skládá z individuální a skupinové psychoterapie, sociální terapie, nácviku sociálních dovedností a odpovědnosti, volnočasových aktivit a základní zdravotní péče. Je důležité pokračovat v kontaktu s klientem i po skončení léčby k zabránění možné recidivy. **(53)**

1.4.2 Předléčebné poradenství

Předléčebným poradenstvím se u nás soustavně zabývá většina kontaktních center a některé další poradny i ambulance. Hranice mezi předléčebným poradenstvím a ambulantní léčbou v každém programu nejsou přesně definovány. Závislost je chronické a recidivující onemocnění a poradenství před nástupem léčby podporuje motivaci klienta a urychluje vstup do léčby. Příprava na samotnou léčbu je ale dosti opomíjenou fází, která by se v okamžicích „rozhodování“ (klienta) neměla opomíjet. Motivace k léčbě by měla být dostatečně silná. Zvyšuje totiž významně jeho možnost se v léčbě udržet. **(15)** Poradenství obsahuje několik základních složek, například zhodnocení potřeb a problémů klienta, vytvoření jeho cílů a plánu pro jejich dosažení a konečně i řešení dostupných problémů v oblasti zdravotní a sociální. Nutná je psychologická podpora, trénink motivace, stabilizace, případně snížení užívání drog, nasměrování klienta do léčby v zařízení vybraném tak, aby odpovídalo jeho potřebám. Monitoruje jeho léčebný proces, pokroky a zajišťuje další kontakty v případě předčasného ukončení léčby. Požadavek včasného zahájení léčby s sebou přináší i potřebu získávat a posilovat motivaci klienta, která je často velmi nízká. Motivační

trénink v rámci předléčebného poradenství obvykle znamená trpělivou práci a vyžaduje čas.

1.4.3 Psychiatrické léčebny

Léčba v psychiatrické léčebně je zaměřena na léčbu závislosti pod lékařským dohledem. Využívá režimová opatření a strukturovaný denní program. Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně nutné na nějakou dobu toto prostředí opustit a stabilizovat se. Vzhledem k tomu, že léčba probíhá v lékařském zařízení, je vhodná také pro klienty, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže. Z léčebny se doporučuje navázat další léčbou v některé terapeutické komunitě. **(69)**

1.4.4 Alkoholicko – toxikologické poradny

Alkoholicko-toxikologické ambulance psychiatrických oddělení jsou zaměřené na závislosti a zabývají se převážně psychickými poruchami v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných nealkoholových drog. Dle vstupní diagnózy tu doporučí klientům vhodný typ léčebného zařízení. Provádí zde i ambulantní doléčování klientů po absolvování ústavní léčby.

1.4.5 Ambulance psychiatrické

Psychiatrická léčba je vhodná pro motivované klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem zdravotních i psychických komplikací. Probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Vedle farmakoterapie se v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (až pětkrát týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle jedenkrát týdně). Dobrá spolupráce vede klienta k plnému dodržování rad a doporučení lékaře včetně užívání léků. Očekává ale podporu, lidskost, zmírnění či odstranění nepříjemných symptomů, profesionalitu a respektování lékařského tajemství. **(18)**

Efektivní program trvá nejméně šest měsíců. Abstinence se monitoruje namátkovým testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou, případná sociální práce jsou v ambulantní léčbě žádoucí. Nabídka takto komplexní ambulantní léčby je však často výrazně nižší, než by odpovídalo požadavkům. **(69)**

1.4.6 Kontaktní centra

Kontaktní nízkoprahová centra umožňují přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, anonymně a v neformálním prostředí, proto se také nazývají nízkoprahová- „low threshold“. Jsou přístupná pro každého, kdo má zájem a pomoc vyhledá.

Náplň činností kontaktního centra je obvykle následující:

- psychologická diagnostika a poradenství
- pracovní program (keramická dílna, šicí dílna a. pod.)
- program denního stacionáře
- telefonická nebo osobní pomoc, poskytování informací
- internetové poradenství s odpovědí na dotazy (do 48 hodin)
- poradenství s možností následné individuální nebo skupinové terapie
- diagnostika problému, informace o možných způsobech léčby
- orientační testy HIV a hepatitid B a C (zdarma) z kapilární krve a slin
- rodičovské skupiny pro ty, jejichž potomci nebo partneři jsou drogově závislí
- a zprostředkování návazné léčby.

Zajišťují také programy zaměřené na minimalizaci zdravotních rizik a mírnění škod. Jedná se o tzv. „Harm Reduction“ programy. Klienti mohou využívat základní potravinový i vitamínový servis, mají možnost základní hygieny, odpočinku v teple a výměnu stříkaček a jehel za nové, sterilní. Náleží sem i služba „street work“, který aktivně vyhledává klienty a oslovuje je přímo v terénu. Tyto terénní programy cílí především na nitrožilní uživatele s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů

hepatitidy B a C. Kontaktu se využívá k motivování klienta ke změně či případnému zařazení do odpovídajícího léčebného programu. **(39)**

1.4.7 Terapeutické komunity

Většina českých terapeutických komunit pro uživatele drog vychází z bio-psycho-sociálního i spirituálního modelu pojetí závislosti, definovaného Světovou zdravotnickou organizací. Rezidenční (pobytové) služby jsou založeny na absolutní abstinenci. Léčba trvá cca jeden rok (rozmezí 9-15 měsíců), v případě klientů mladších, patnáctiletých až dvacetipětiletých je léčba kratší, v rozmezí 6-8 měsíců. **(31)**

Celý průběh léčby má několik daných stadií, ve kterých se postupně rozvíjí socializace osobnosti, zlepšuje se sebeuvědomění a sebepoznání. Terapeutické komunity vycházejí z předpokladů, že klient žádající o léčbu potřebuje kompletně změnit svůj životní styl a představy o sobě samém. Předpokladem k uskutečnění těchto změn je absolutní abstinence od všech drog i alkoholu, jež se v komunitě důsledně vyžaduje. Program je zaměřen na skupinovou terapii s důrazem na vnímání svých pocitů a emocí a dosažení osobního růstu skrze jejich vyjádření. Nedílnou součástí programu jsou i terapie individuální a pracovní. Tato pracovní terapie znamená největší díl denního programu v komunitě. Nejčastěji jde o práce související s chodem celé komunity, s pravidelným úklidem objektu, vařením stravy pro všechny, praním, žehlením a spravováním prádla, zahradničením a.p. Klienti, kteří si nikdy neosvojili vést samostatný a zodpovědný život získávají nezbytné dovednosti až při pobytu v terapeutické komunitě. Jsou podporováni ve smyslu přijetí zodpovědnosti za rozhodování ve svých záležitostech a myšlení. Jsou donuceni rozvíjet sebeúctu a sebedůvěru, která jim schází. Základ terapeutické kultury tvoří strukturovaný denní program, závazná a jednoznačná pravidla i kultivovanost prostředí.

Někdo si ani nestačí všimnout, o co tu vlastně jde, program nezvládá a odejde. Jiného to osloví a změní po zbytek života. **(68)** Tato léčba se vyznačuje délkou léčby, intenzitou a charakterem terapeutického působení, zasahujícím do všech rovin lidské existence. **(1)**

Absolvování léčby v komunitě je náročný proces, ale zdárné dokončení je nadějí na abstinenci. Samotný počátek léčby je nejnáročnější a nejvíce klientů odchází právě v prvotní fázi. Stává se, že až druhá nebo třetí léčba je úspěšnější než ta první. **(42)**

1.4.8 Finanční otázka léčby v terapeutické komunitě

V republice v současné době můžeme najít všechny hlavní formy léčby známé v zahraničí, i když nejsou vždy v potřebném počtu a žádoucí kvalitě. Problémem je i fakt, že v některých léčebných zařízeních jsou stanoveny pevné měsíční částky za pobyt a znemožňují tak nástup do léčby mnoha závislým, kteří si nejsou schopni hradit ani své zdravotní pojištění. Nemá-li však klient legální finanční příjem (sociální dávky, nemocenskou, pomoc rodiny a.p.), léčí se zdarma. Finance by neměly být hlavní překážkou pro nástup do léčby. **(31)**

1.4.9 Faktory neúspěšné léčby v terapeutické komunitě

Bylo zjištěno několik významných charakteristik chování klientů, kteří léčbu v terapeutické komunitě nedokončili. Mezi jinými to bylo:

- ✓ *chybné zapojení do celého programu,*
- ✓ *nerespektování členů skupiny,*
- ✓ *nedůvěra k terapeutům, neschopnost přijímat kritiku* svého současného i minulého jednání.

Dále šlo o *neschopnost klienta diskutovat*, o stálé *popírání problémů,* o *tendence k výmluvám,* o *bagatelizaci a racionalizaci* svého *chování*, o méně pozitivních změn, o *účelové jednání* a pokračující, nežádoucí *vzorce drogového chování*. **(23)**

1.5 Měřítka výsledků efektivity léčby

Byly stanoveny základní okruhy úrovně sociálních vztahů závislých jedinců. Nejvíce jde o schopnost těchto lidí nalézt si vhodné zaměstnání a setrvat v něm delší dobu a řada dalších.

Mezi nejpodstatnější z těchto měřítek účinnosti léčby patří:

- **úroveň** *sociálních vztahů,*
- *úroveň rodinných vztahů,*
- *úroveň pracovních vztahů,*
- ***otázka financí,***
- ***stav** právní situace,*
- *stav tělesného zdraví*
- *stav duševní pohody*
- a plánování ***budoucnosti***.

Dobrá prognóza je ovlivněna nepřítomností jiné duševní choroby, včas zahájenou léčbou a uspokojivou sociální situací jedince. **(52)**

1.5.1 Centra následné péče

Specializovaná pracoviště se nazývají doléčovací centra a nabízí širší spektrum služeb. Multidisciplinární týmy umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klientů. Díky tomu je následná péče intenzivnější a kratší. Pojem „následná péče“ se z určitého pohledu kryje s pojmem „doléčování“, užívá se však i pro péči poskytovanou za účelem dosažení abstinence. Jde v podstatě o poslední fázi procesu dlouhodobé změny a důležité intervence, zaměřené na udržení navozených změn chování závislého. Ministerstvo práce a sociálních věcí zdůrazňuje, že cílem programů následné péče je dokončení procesu terapie a pomoc klientům stát se postupně nezávislými. Doléčovací programy, (následná péče) jsou formou podpůrného, resocializačního programu v kontextu chráněného bydlení nebo existují jako samostatný ambulantní program. Existují v každém kraji české republiky a představují širší spektrum služeb. Pracují v nich psychologové, psychoterapeuti, socioterapeuti a sociální pracovníci a reagují na individuální potřeby klientů. S podporou zpravidla třífázového programu i jiné odborné pomoci má klient větší jistotu ve svém jednání, lze zprostředkovat i právnickou pomoc. Tyto služby pro bývalé uživatele a pomáhají při stabilizaci ve zcela nových podmínkách

života. Velký důraz se klade na nácvik situace selhání, jak se zachovat a co konkrétně dělat, dojde-li k opětovnému užití či opětovnému, pravidelnému užívání drog. **(21)**
Podmínkou vstupu do programu je detoxikace a alespoň dvouměsíční abstinence. Je možné přijmout i klienta, který léčbu předčasně ukončil, ale nadále abstinuje. Centrum následné péče má pomoci zvládnout praktické problémy spojené se zaměstnáním, bydlením, zdravotními komplikacemi, dluhy i dalšími problémy. Důležité je současné udržování pozitivních změn, ke kterým v rámci léčby u klienta došlo. Jedinec přicházející z bezpečného prostředí komunity má často představy vzdálené realitě. Těch by se měl postupně zbavovat a nerezignovat. Poskytování následné péče probíhá zpravidla od dvou měsíců do jednoho roku i déle.

Hlavními složkami následné péče *jsou* zejména:

- ✓ individuální kontakt
- ✓ motivační trénink
- ✓ individuální dlouhodobá terapie
- ✓ rodinný poradenský kontakt
- ✓ skupinové poradenství
- ✓ tematická skupina
- ✓ uzavřená růstová skupina
- ✓ poradna pro matky s dětmi

a další jiné aktivity přizpůsobené individuálním potřebám klientů. Jejich konkrétní obsah směřuje k co nejvyššímu efektu léčby. **(29)**

1.5.2 Doléčovací skupiny

Další formou následné péče jsou *doléčovací skupiny*. Jejich cílem, stejně jako u opakovacích léčeb, je posílení abstinence a vzájemná výměna zkušeností. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných alkoholicko-toxikologickými ordinacemi, popřípadě K-centry prostřednictvím klinických psychologů. Při procesu doléčování zvláště platí fakt, že bez schopnosti terapeutova

vhledu do situace klienta, bez jeho vstřícného zájmu a respektu vůči němu a bez kvalitní komunikace je vztah značně problematický, nemotivuje ke spolupráci a může zůstat v podstatě nefunkční. **(42)**

1.5.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je ubytování na určitou dobu pro klienty, kteří se po příchodu z léčení nemají kam vrátit nebo je jejich sociální zázemí ohrožující a problematické. Na rozdíl od azylových domů je chráněné bydlení sociální službou s výraznějším posilováním kompetence klientů: možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu, přijímání a ubytování návštěv a vlastnictví klíčů. Některé doléčovací programy nabízejí možnost chráněného bydlení, obvykle až na půl roku až rok po léčbě za nižší ubytovací cenu s podmínkou, že bude klient využívat i poradenské a terapeutické služby a dodržovat pravidla týkající se tohoto bydlení. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Během pobytu si klient musí najít zaměstnání a bydlení vlastní. Odborná podpora je prováděna i delší dobu po ukončení léčby. Záměrem je umožnit klientovi odpoutat se úplně od léčebného zařízení i své rodiny, získat praktické dovednosti samostatného života a překlenout období bezradnosti. **(27)**

1.5.4 Chráněné pracovní programy

Součástí služeb doléčovacích programů jsou také chráněné pracovní programy, které vedou ke zvyšování pracovních dovedností nebo dosažení kvalifikace. Některé doléčovací programy spolupracují se sociálně pracovní agenturou, která pomáhá klientům s hledáním vhodného zaměstnání po ukončené léčbě. Je uzavřena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce v chráněné dílně zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu: obvykle od 4 měsíců do jednoho roku.

„Chráněná dílna“, která bývá součástí krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé léčby, musí respektovat požadavky trhu práce a následnou zaměstnavatelnost klientů. **(31)**
Cvičné zaměstnání je pravidelná činnost s cílem upevnit pracovní dovednosti a návyky klientů. Má charakter dobrovolné práce, má smysluplný rozměr a mělo by přinášet uspokojení a účelné trávení volného času. Umožňuje klientům nové společenské kontakty, zvyšuje sebevědomí a usnadňuje integraci. Důležité je získávání osobní zodpovědnosti. **(3)**

1.5.5 Specifická sociální práce

Sociální pomoc je cílena na co nejúčinnější zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit své běžné problémy. Socioterapie zahrnuje strukturované programy k aktivnímu zlepšování a kultivaci komunikačních dovedností klienta. Důraz je kladen na podporu vlastní klientovi aktivity v opětovném začleňování se do společnosti.

1.5.5.1 Pojmy integrace, adaptace a resocializace

Pojem **integrace** patří mezi frekventované termíny posledních let. Integrace je nejen stavem daného jevu, ale především procesem v tom smyslu, jak se daří znevýhodněnému jedinci zařadit do dané společnosti. **(20)**
Sociální integrace představuje skutečnou účast na kulturním a společenském životě, kdy se k sobě obě strany přibližují a roste sounáležitost a pospolitost. Cílem je rovnost šancí a vzájemné porozumění. Integrovaný člověk je schopen plnit všechny úkoly, plynoucí z plné socializace ve všech běžných oblastech života. Integrace je komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti a integraci profesně-pracovní, pedagogickou, kulturní i sociální. Sociální integrace představuje skutečnou účast na kulturním a společenském životě. **(43)**
Adaptace je o něco nižší fáze socializace, kdy jedinec zvládá přizpůsobit se sociálnímu prostředí. Záleží ale na jeho osobnosti, schopnostech a potřebách.

Resocializace jedinců závislých na drogách má řadu forem: od pracovní terapie po chráněné dílny, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy. Teoretické východisko procesu resocializace lze hledat v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu úzdravy je žádoucím prvkem. **(65)**

1.5.6 Síť sociálních vztahů

V základě jde o tři okruhy sociálních vazeb:

- Intimní, blízká oblast (často rodina, příbuzní, partner) se silnými citovými vazbami.
- Okruh přátel (společné zážitky, pracovní vztahy, koníčky, kultura) a.p.
- Okruh známých (kdy jde spíše o povrchnější společenské vztahy). **(40)**

1.5.7 Nejčastější potíže klientů v léčbě

Jde především o problémy související s drogami, určité odchylky sebepojetí, problémy v sociálních schopnostech, momenty „cravingu“, nedostatek sebeúcty, nízká asertivita, nedostatek komunikačních schopností a dovedností, zranitelnost, urážlivost, chybné porozumění některých situací, osamělost, pesimismus ve vztahu k léčbě, necitlivost k vlastním emocím, účelové jednání, manipulace, absence pracovních a kulturních návyků, váhavost a nerozhodnost, překotnost, zbrklost a řada dalších.

Nejfrekventovanější osobnostní dispozice klienta, jako jsou malá schopnost vytvářet vztahy, nízká schopnost komunikace a špatné zvládání stresu znesnadňují, aby se do léčby úspěšně zapojil. Společným jmenovatelem těchto dispozic může být extrémně narušená osobnost a sociopatické chování spojené s neschopností budovat kvalitní vztahy. **(24)**

1.5.8 Charakteristiky neúspěšných klientů

Srovnávání klientů, kteří předčasně ukončili léčbu s těmi, kteří setrvali, umožnilo určit některé *osobní rizikové faktory*, které *pravděpodobnost nedokončené léčby* zvyšují. Jsou to zejména:

- ✓ nižší schopnost vytvářet nové vztahy,
- ✓ špatné zvládání stresových situací,
- ✓ nedostatek motivace,
- ✓ nižší věk klienta a
- ✓ nízká úroveň jeho vzdělání. **(25)**

1.5.9 Craving (bažení)

Rozsáhlé studie potvrdily, že craving lze považovat za běžnou komplikaci abstinence. Uvádí se, že craving během vlastní abstinence prožívá zhruba 60-70 % abstinujících. V MKN 10 je tento jev popsán jako „silná touha nebo pocit puzení užívat návykovou látku“ a uváděn jako jeden z šesti znaků syndromu závislosti. „Silná touha po droze“ je typickým fenoménem u všech odvykacích stavů. Craving můžeme vnímat jako signál, ukazující na nevyváženost životního stylu závislého. Po opuštění základní léčby jsou klienti konfrontováni s nároky každodenního života a tedy i vystavováni vysoce rizikovým situacím.

Příčiny momentů cravingu jsou nerovnováha či nezvládnutí zdravého životního stylu, nastalá, vysoce riziková situace, racionalizace jednání a následné popření tohoto jednání, zdánlivě nezávažné kroky, touha okamžitého uspokojení a užití drogy. Důvodem bývá krize při syndromu nezvládnutí abstinence a řada dalších. **(10)**

1.5.9.1 Syndrom porušení abstinence

Další, základní pojem, které zavádí prevence relapsu je *syndrom porušení abstinence.* Popisuje reakci závislého jedince na porušení abstinence na úrovni myšlení

a prožívání. Tato situace bývá provázena silnými, nepříjemnými pocity provinění z vlastního selhání. Syndrom porušení abstinence je důležitým bodem v celém procesu relapsu, kdy se rozhoduje, zda se jedinec vrátí na počáteční úroveň závislého chování nebo bude pokračovat dál v životě bez drog. **(29)**

1.6 Možnosti účinné léčby

Jedním z ustálených mýtů ohledně závislostí je, že léčba je neefektivní. Tento mýtus přetrvává navzdory stále rostoucímu objemu prokázaných skutečností, které svědčí o opaku. **(13)**

O možnostech „vyléčení se“ ze závislosti na drogách převládají nereálné a skeptické postoje, které mohou do jisté míry ovlivnit i pracovníky léčebných zařízení, protože se častěji setkávají s těmi, kteří po léčení zrecidivovali, než s těmi, kteří úspěšně abstinují. Podobný náhled mají terénní pracovníci, policisté, pedagogové, lékaři i soudci. Na druhé straně se setkáváme (obvykle u samotných závislých a jejich rodin) s nereálnou představou rychlého, jednoduchého vyléčení, která vede k velkým nadějím a následnému zklamání. Proto je nutné zlepšit porozumění komplexnímu léčebnému procesu a jeho výsledkům. **(21)**

Je žádoucí léčit člověka jako celek, ve všech jeho rovinách existence. V kontextu léčby se hovoří o celkovém osobnostním vývoji klienta v rovině chování, hodnot a duchovního života. **(1)** Důležité je vnímat integritu a celistvost osobnosti a toto holistické pojetí člověka v léčbě respektovat. **(20)**

Léčebné výsledky se zobrazují v celkové změně životního stylu jedince. V této změně je abstinence nutnou podmínkou, není však postačující. **(24)** Komplexní náhled na klienta a jeho potíže je základní podmínkou léčby a rehabilitace. Léčebný program musí odpovídat charakteru problémů klienta a také jeho specifickým potřebám. **(59)**

1.6.1 Blízké osoby zapojené do léčby

Nezbytná je úzká spolupráce s rodinou a doplňující individuální péče. Blízké osoby jsou významným zdrojem podpory klientů v průběhu jejich léčby a samozřejmě i

po ní. Rodina, příbuzní i partneři strádají v důsledku jejich jednání spojených s užíváním drog. Krádeže, lhaní, manipulace, náladovost, špatná komunikace a řada dalších jsou normou, čehož jsou svědky. Některá pracoviště mohou tyto blízké osoby vnímat jako „nepřátele" svých klientů, pravděpodobně v důsledku odsuzujících názorů o jejich roli na užívání drog. Zkušenosti však potvrzují, že zapojení těchto osob do léčby může vést ke zlepšení kvality života jak uživatelů drog, tak i jejich nejbližšímu okolí. Zapojit rodinu do léčby je proto vždy užitečné a někdy nezbytné, zejména u osob mladších osmnácti let či výrazně nezralých. **(42)**

1.6.2 Negativní role členů rodiny

Záleží na struktuře rodiny, vzájemných vztazích a výchovném stylu. „Umožňovač" je člen rodiny, který nevědomky usnadňuje návykové chování tím, že vymýšlí omluvy pro školu či zaměstnavatele, platí dluhy, vyřizuje úřední záležitosti, soudní spory, dospělému závislému platí nájemné, často stravu, poskytuje hotovost, platí dluhy a pokuty, řeší jeho záležitosti a podobně. Touto „pomocí" však problém stále prohlubuje a oddaluje nějaká řešení. Jedinec s návykovým chováním se často účelově vyhýbá komunikaci s dalšími členy rodiny. Tento fakt vede k jejímu rozpadu a pozvolnému odcizení, které léčbu komplikuje. Někdy se oživit rodinné vztahy podaří, jindy je východiskem dlouhodobý pobyt v terapeutické komunitě nebo intenzivní forma ambulantní péče. **(40)**

1.6.3 Psychické poruchy závislých

Zneužívání návykových látek je spojováno s vysokou mírou dalších chorob a často minimálně jednou poruchou psychickou.

Dle autorů jedné studie *výsledky potvrzují*:

- *psychotické poruchy* závislých jedinců představují 7,9 %,
- *poruchy osobnosti* se vyskytují až u 37 % závislých,
- těžké *depresivní poruchy* se vyskytují až ve 40,3 %,

- *úzkostné poruchy* se odhalily u 19 % závislých a
- *smíšené depresivní poruchy* u 67,7 % z nich.

Tyto informace by v přístupu ke klientům měly být adekvátně zohledněny. S narůstající délkou abstinence a vhodně zvolenou kombinací léčebných postupů i terapeutických metod dochází ke kompenzaci těchto přidružených chorob či přímo k jejich vymizení. **(59)**

U dospělé populace se poruchy osobnosti s antisociálními tendencemi vyskytují často, až ve 12 %. Jde o jedince nestálé, neschopné vytvářet citové vazby, zaměřené převážně na sebe, s osobními potížemi, bez přiměřeného vnímání reality, porušující sociální normy, bez smyslu pro odpovědnost, se sebedestruktivním stylem života. Obvykle se tendence objeví v rané adolescenci a mohou přetrvávat celý život. V kategorii duševních poruch jde o trvalé vzorce maladaptivního chování. **(2)**

1.6.4 Vymezení osobnostních poruch

Poruchy osobnosti jsou četné, trvalé, hluboké a bývají často, byť ne vždy, sdruženy s narušeným stupněm sociálního výkonu. Jde nejčastěji o tyto vlastnosti, které se kombinují i vyjadřují různým způsobem podle okolností: afektivní labilita, úzkostnost, nerozhodnost, pohrdání okolím, dlouhodobá neschopnost se radovat, surovost, nutkavost, narcismus, neschopnost být sám, nepřátelství v mezilidských vztazích, podrobivost, snadná ovlivnitelnost, potíže s intimitou, sebepřijetím, podezíravost, bezohlednost a neochota přijmout společenské normy. Mnozí jedinci trpí více než jednou osobnostní poruchou. **(26)**

1.6.5 Osobnostní tendence k závislosti

Intenzivně se zkoumalo, kdo má dispozice k užívání drog, ale *neexistuje* žádný *typ osobnosti* s tímto sklonem. Poslední studie svědčí o tom, že asi jedna třetina mladých závislých trpí psychickou poruchou, která vznikla ještě před začátkem užívání

drog. Jde často o nevyzrálé či samotářské osobnosti. Příčiny závislostí jsou velmi individuální, existují důkazy, že závislost na alkoholu může být dědičná až z 60 %. Neprokázalo se však, že by se podobně mohla vyskytovat i u jiných forem závislostí.
Potíže v rodině, násilí mezi rodiči, pocity nezájmu a dlouhodobá citová deprivace je stresující a zmírní se až pod vlivem drogy. Hlavní hnací silou je snaha vytěsnit nějaké období z minulosti, které je velmi bolestivé a mladý člověk se s ním nedokáže jinak vyrovnat. Má pocit, že když si drogu vezme, nebude mít problémy. **(8)**
Výzkum osobnostních patologií, jejichž příklady jsou otrlost, úzkostnost, podezíravost, násilnické chování a sklony k sebepoškozování prokázal dědičný vliv kolísající v rozpětí 40-60 %. Za druhou polovinu osobnostních vlastností jedince odpovídá zevní prostředí. **(26)**
Některé *osobnostní rysy* těch, kteří mají určité tendence ke vzniku závislostí, jsou: nezdrženlivost, impulzivita, emoční labilita, sebestřednost, silná sebeláska a absence vlastních názorů. Nelze opomenout změny způsobů reakcí na zátěž, kdy je snížená tolerance obvyklá. Obecně jde nezřídka o jedince s poškozenou oblastí emočního prožívání, s disharmonickými rysy, někdy s nižším intelektem. **(48)**

1.6.6 Maladaptivní vzorce chování

Sociologové uvádí, že abnormální chování je odchylka od sociální normy, ale podstatné je, jak toto chování nějak ovlivňuje blaho jedince (či sociální skupiny). Chování je abnormální, jestliže je *maladaptivní*, s nepříznivými vlivy na jedince nebo skupinu. Při diagnostice abnormality se zvažují čtyři tato kritéria:

- statistickou četnost – abnormální chování je statisticky vzácné,
- sociální odchylku – chování výrazně odchýlené od normy,
- osobní problémy – subjektivní pocity strádání,
- maladaptivní chování – chování považované za abnormální. **(2)**

Existuje řada rizikových faktorů, které předurčují jedince k vyhledávání návykové látky. Jsou to faktory psychosociální, spojené s citovou výchovou, narušenou komunikací mezi členy nukleární rodiny, rozvodem rodičů, ztrátou zázemí a následným

hledáním náhradních jistot v partě se sociální patologií. Další je biologická oblast geneticky podmíněných či vrozených poruch. Prováděné studie jednoznačně prokázaly, že intenzita závislosti (a její polymorfismus) je přímo úměrná poruchám chování, například úzkostem, depresím, tikům, obsedantním poruchám a dalším. Přítomnost těchto poruch vyžaduje odborné intervence k předejití kontaktu s drogou a měla by stanovit intenzivnější výchovné přístupy, které vyžaduje zdravý životní styl. **(54)**

Nežádoucí chování, (často automatické, bezmyšlenkovité) a následné problémy, od nichž se závislý snaží unikat k dalším návykovým aktivitám, jsou důsledky špatného sebeovládání. Toto sebeovládání zhoršuje například únava, stres, nevyspání, nevhodná společnost, zátěžové životní situace, samota, neinformovanost a neznalost problematiky, popírání své závislosti a tělesná bolest. **(40)**

1.6.7 Normalita osobnosti

Definice normality je složitější než definice abnormality. Následující vlastnosti představují rysy, které má normální osoba v poněkud větší míře než osoba abnormální. Jde o přiměřené vnímání reality, schopnost ovládat své jednání, schopnost tvorby citových vazeb, činorodost, aktivita, přiměřená sebeúcta a akceptace. **(2)**

Vývoj lidského organismu (jeho částí nebo funkcí) je geneticky zakotvený. Zvláštní význam má zrání mozku, které zejména během dětství ovlivňuje řadu duševních funkcí, schopností a vlastnosti osobnosti.

Zralost osobnosti tedy znamená zvládání životních úloh. Funkční složky osobnosti představují schopnosti, dovednosti, vědomosti, návyky, vlastnosti temperamentu, vlastnosti charakteru, potřeby, zájmy, hodnoty a zaměřenost osobnosti. **(17)**

Člověk stojí ve svém životě tváří tvář třem nevyhnutelným úlohám: přátelství, práci a lásce. Žádná ale nestojí osamoceně, jsou ve vzájemném vztahu. Je nezbytné zachovat život a jeho průběh v prostředí, ve kterém se člověk nachází. Cílem poznávání osobnosti je porozumět jí. Lidé jsou v rozhodování o svém životním počínání v podstatě odpovědní a plně svobodní. Jsou schopni rozhodovat, jakou osobností se chtějí stát a mění se ve směru svých možností. **(35)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

V diplomové práci na téma: „Efektivita léčby drogově závislých a jejich sociální integrace“ bylo cílem zhodnotit význam tzv. „doléčovacího“, tzv. „úzdravného“ období těchto jedinců. Sledovala se zde schopnost jejich úspěšnosti při postupném ***sociálním začleňování*** včetně nejpodstatnějšího faktoru ***zaměstnanosti***.

Záměrem výzkumu bylo porovnat vzájemně dva stejně velké soubory totožnými výzkumnými metodami ve shodném čase.

2.2 Hypotézy práce

Na základě předchozího studia dostupné odborné literatury byly k ověření cílů stanoveny následující dvě hypotézy:

H1: Klienti, kteří prošli doléčovacím programem, jsou častěji úspěšní při hledání zaměstnání ve srovnání s klienty, kteří léčbu předčasně ukončili.

H2: Klienti, kteří dokončili dobrovolnou léčbu, jsou více schopni nových sociálních interakcí v porovnání s klienty, kteří léčbu nedokončili.

3. Metodika

Do tohoto kvantitativního výzkumu byli vybráni respondenti, kteří umožnili zkoumání studovaného problému náhodným výběrem. Reprezentativní vzorek populace se skládal z celkem šedesáti *mužů a žen*, kteří tvořili dva zkoumané vzorky, které bylo třeba vzájemně porovnat. Metoda totálního a zároveň účelového výběru (příslušnost respondentů k jedné sociální skupině) byla výhodná, ale i nutná pro relativně nízký

počet respondentů vhodných pro tento typ výzkumu komparací. K ověření dvou kauzálních hypotéz byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu.

3.1 Popis souborů

1) Profil respondentů I. zkoumaného souboru

V rámci výzkumu **I. souboru** bylo osloveno **30 klientek a klientů** AT poradny při nemocnici v Táboře, Světlogorské ulici a v Auritu Tábor, kontaktním centru, ulici Klokotské. Bylo nezbytné o vyplnění dotazníku požádat i klientky a klienty Centra následné péče, „Drop In“, v Holečkově ulici v Praze. Tento soubor zahrnoval abstinující klienty, kteří se po dokončení léčby své drogové závislosti nadále dobrovolně realizovali v některém ambulantním programu doléčování nebo v alkoholicko-toxikomanických poradnách nebo kontaktních centrech. Tito o léčbu zažádali dobrovolně, (někdy také pod určitým tlakem své rodiny, blízkých, okolí nebo pracoviště) a stále potřebovali odbornou oporu.

2) Profil respondentů II. sledovaného souboru

II. soubor představoval **30 klientek i klientů** evidovaných v alkoholicko-toxikomanické poradně ve Světlogorské ulici, nízkoprahovém K-centru Auritus v Táboře i Centru metadonové substituce II. ve Španělské ulici v Praze. Tito respondenti docházeli (i po opakovaných pokusech léčení) na ambulantní kontroly nebo byli přijati do dlouhodobé substituční léčby. Dosud nebyli schopni nebo ochotni systematičtější práce na změně svého životního stylu ani návyku zneužívání psychotropních látek.

3.2 Pracovní postup

Provedený výzkumný projekt probíhal v časovém období od počátku prosince 2008 až poloviny dubna 2009.

Pro zpracování podstatných informací byl použit postup komparace (porovnávání) sledovaných vzorků. Validní údaje byly získávány studiem spisových dokumentací jednotlivců, vedených na zainteresovaných, odborných pracovištích. S ohledem na cíl tohoto výzkumu byla sbírána data od aktuálních respondentů ve čtyřech různých, protidrogových institucích, pracujících s těmito lidmi na stejných představách a principech ve dvou městech naší republiky. Průzkum probíhal ve dvou městech, v Táboře a v Praze.

V počáteční, zkušební fázi se předpokládalo, že bude zkoumáno 80 respondentů, kdy bylo osloveno 40 klientů náležících do I. souboru a 40 klientů patřících do II. souboru.

Počet respondentů však musel být snížen z 80 původně oslovených na **60.** V průběhu dotazníkového šetření a následném vyhodnocování dat bylo zjištěno chybné, neúplné vyplnění dotazníků a proto jich muselo být 20 úplně vyřazeno. Z I. souboru tedy bylo odejmuto 10 dotazníků a z II. souboru také 10 dotazníků z důvodu zachování stejného počtu.

Záměrem bylo porovnat obratnost respondentů při snahách o integraci do společnosti včetně zmapování jejich zařazení do pracovního procesu v odlišných úrovních života. V etapě otevřené léčby a etapě léčby již dokončené. Zjištění mohou osvětlit témata, která by bylo vhodné v dalších, budoucích šetřeních zkoumat detailněji. Potřeba realizace výzkumu zkoumané efektivity léčby závislostí se rozhovory se zaměstnanci oslovených pracovišť potvrdila. Není údajně prováděno dostatek podobných šetření tak často, jak by bylo potřebné. Skutečnost, že se korelací (vztahem mezi dvěma soubory jevů nebo proměnných) vyhodnotí efekty dvou odlišných etap léčení u zvolených respondentů, bylo zainteresovanými pracovišti vítáno.

U obou souborů, u I. i II. souboru se pohlíželo na zdravotní stav, psychickou a ekonomickou pohodu a sociální status respondentů. Zkoumala se rozmanitost životních

postojů těchto dvou shora uvedených vzorků, kteří mají buď stejné anebo odlišné osobnostní charakteristiky.

3.3 Použité metody a techniky sběru dat

Byly použity tyto techniky sběru dat:

a) dotazník *vlastní konstrukce*

b) studium spisové dokumentace

Ad a) Metoda osobnostního dotazníku

Dotazník obsahoval šedesát uzavřených otázek. Jednotlivé položky byly formulovány jako jednoduché výroky, mířící na prožitky, pocity a postoje respondentů. Byl distribuován prostřednictvím pověřených a informovaných pracovníků jednotlivých pracovišť. Mapoval charakteristiky jejich rodinného zázemí, přátelských i důvěrných vztahů a především pracovní začleněnosti. Některé otázky byly zdánlivě duplicitní pro zjištění jejich správného pochopení. Dotazy měly vývojový charakter a zabývaly se tak současností i minulostí respondentů.
Na šedesát uzavřených dotazů respondent reagoval pouze souhlasem nebo nesouhlasem.

Dotazník sytil:

- ✓ *pět dotazů mapujících rodinné vztahy*
- ✓ *deset dotazů zjišťujících přátelské vztahy*
- ✓ *osm dotazů zjišťujících pracovní zařazení*
- ✓ *šestnáct dotazů týkajících se emočních stavů, subjektivních pocitů a přání, aspirací a hodnocení psychické stability*
- ✓ *šest dotazů mapující zdravotní stav*

- ✓ *čtyři dotazy týkající se kriminální činnosti respondentů*
- ✓ *deset dotazů šetřících léčbu závislosti, pobyty v komunitě*
- ✓ *jeden dotaz sledující subjektivní pocit samostatnosti.*

3.4 Administrace a návratnost dotazníků

Byla použita *technika dotazníku vlastní konstrukce*, kterým se ověřovaly empirické předpovědi a všechny kladené dotazy byly propojeny s pracovními hypotézami.

Pro zpracování podstatných informací byl použit postup komparace (porovnávání). Měření bylo prostředkem k získání kvantitativních údajů, které v této práci mělo zajistit validní závěry pro obě stanovené hypotézy. Podmínky i instrukce pro vyplnění testů byly pro všechny respondenty totožné v obou testovaných souborech. Účast ve výzkumu byla pro respondenty výhradně dobrovolná a anonymní, všechna data byla sbírána i ukládána bez identifikačních údajů, pouze pod číselnými znaky a kódy. Odmítnutí účasti nemělo žádný vliv na další průběh jejich léčby.

Během vyplňování dotazníků se v otázkách ojediněle projevila náročnost výzkumné metody. Negativně vymezené dotazy způsobily některým klientům potíže s volbou souhlasné či nesouhlasné odpovědi. Vícedimenzionální dotazník tedy byl pro respondenty poměrně náročný na volbu odpovědí. Pro administraci dotazníků nebyl stanoven čas. Nezbytný předvýzkum prokázal čas potřebný k vyplnění, který trval minimálních šestnáct minut, nejdelší doba činila třicetpět minut. K vypracování dotazníků (dle sdělení pracovníků institucí) přistupovali respondenti celkem ochotně. Rozsah dotazníku byl údajně hodnocen jako průměrně náročný. Výše koncentrace se jevila jako únosná. Bylo snadné zajistit návratnost dotazníků v dostatečném počtu díky profesionální spolupráci všech zaměstnanců zmiňovaných institucí i ochotě samotných respondentů, (za což velmi děkuji). Pokusné osoby vstoupily do studie dobrovolně a byly informovány o všech aspektech výzkumu. Byly stanoveny pouze základní demografické údaje k získání základních představ o tázaných respondentech.

Správně jej vyplnilo celkem šedesát žen a mužů *z původně osmdesáti oslovených*.

3.4.1 Administrace dotazníků I. zkoumaného vzorku

Při vyplňování dotazníku **I. skupinou** (po zdárném ukončení léčby) a zároveň v období doléčovacího procesu těchto respondentů bylo přikročeno k vyřazení dotazníků pro neúplné vyplnění a chybějící nezbytné údaje. Tyto chyby vznikly zřejmě z roztržitosti nebo netrpělivosti při vyplňování dotazů, jedna 28letá žena z Centra následné péče vepsala dovětek, že kdyby autor dotazů prošel tím vším co ona, nemohl by se takto tázat. Šlo konkrétně o dotazy 6. - zda se dají její provinění odpustit a 49. – zda se cítí být šťastná, které nezodpověděla. Celkem bylo vyloučeno 10 neúplných dotazníků pro zajištění stejného počtu (k validnímu porovnávání sledovaných skupin).

3.4.2 Administrace dotazníků II. zkoumaného vzorku

Ve **II. souboru** (po předčasném ukončení léčby) respondentů v průběhu substituční léčby nebo při jiných variantách léčení se při vyhodnocování dotazníků zjistily chyby. V dotaznících byly vynechány odpovědi, byly do nich vpisovány údaje navíc, chyběly i základní údaje o věku, pohlaví a vzdělání. Pravdou je, že bylo třeba všechny klienty „motivovat“ čokoládovou pozorností. Nelze předpokládat, že uváděli pouze pravdu, protože zatajování, ale i přehánění není v projevech klientů výjimečné. Výhody dotazníkového šetření jsou především u sociálně psychologických témat při interpersonálních porovnávání. Bylo nutné vyřadit celkem 10 dotazníků pro neúplné a nesprávné vyplnění, přestože například v jednom dotazníku chyběl jen jeden údaj. Přes skutečnost, že jednotlivé dotazníky s respondenty byly vyplňovány přímo na místě a nedocházelo k jejich odnášení a následnému čekání, zda se vrátí, došlo k závažným nepřesnostem při vyplňování. Jeden dotazník byl místy nečitelný po polití (zřejmě) polévkou. Někteří se pokoušeli malovat, vpisovat filozofické dovětky nebo vtipné připomínky k jednotlivým dotazům, což bylo zajímavé, ale chyběly některé odpovědi a muselo se přistoupit k redukci těchto dotazníků ve finálním vyhodnocování.

Získané *odpovědi obou sledovaných vzorků* se pečlivě vyhodnotily jednoduchou formou, spočítáním zvlášť kladných a zvlášť negativních výroků nejdříve I. souboru a poté II. souboru.

Zjištěné hodnoty byly převedeny na procenta k snadnějšímu komparačnímu zkoumání. Nejpodstatnější hodnoty, týkající se obou stanovených hypotéz byly graficky zpracovány a okomentovány ve výsledkové části této práce.

Ad b) Studium spisových dokumentací

Během výzkumu se u sledovaného vzorku provádělo rozsáhlé šetření **spisových dokumentací** jednotlivých respondentů k dvěma účelům. Zajišťoval tyto informace:

1) *preferenci druhu drogy,* kterou v minulosti respondenti zneužívali a
2) *aktuální stav efektivity léčby*.

U obou sledovaných vzorků, tzn. u všech šedesáti respondentů jednotlivě, byla v osobních dokumentacích zaznamenána jedna základní droga, uvedena jako prioritní při zahájení léčby v tiskopise *„Hlášení o uživatelích drog žádajících o léčbu“*.
Jde o formulář platný od ledna 2003 a naše republika se jím zapojila do systému monitorování uživatelů drog, realizovaným Evropským monitorovacím centrem pro drogy a uživatele drog v Lisabonu. Tento monitoring je zajišťován Hygienickou službou, centrálním pracovištěm drogové epidemiologie v Praze.

3.5 Dotazníkové šetření I. vzorku (respondentů v doléčovací fázi)

Abstinence není všemocná a bylo zkonstatováno, že mnozí drogově závislí se po pobytové léčbě nemají kam vrátit, že jsou doma vztahy často narušeny, nebo je jejich přirozené prostředí sociálně nezdravé. Čím je respondent mladší, tím podstatnější je vztahy k původní rodině restartovat a získat možnost návratu. U starších respondentů, u nichž separace pokročila, je příznivým faktorem usmíření, dohoda o řešení případných dluhů, obnova komunikace a získání podpory. Zjistilo se, že své bydlení má 93 % respondentů, u svých rodičů přebývá jen 13 % z nich. Procentuelně výsledky dotazu č. 50 –(samostatné bydlení) a dotazu č. 15 – (bydlení u rodičů) neseděly, došlo zřejmě k jistému nepochopení a smísení s dotazem č. 20. Ukázalo se totiž, že 10 % respondentů I. zkoumaného souboru stále udržuje blíže neurčené kontakty s lidmi, kteří stále

„berou“. Jde o nežádoucí okruh kamarádů a známých. Potýkají se tak nejen s následky škodlivého užívání, ale v průběhu své drogové „kariéry“ částečně, někteří zcela přerušili kontakty se zdravou společností. Postupná změna vrstevnických kontaktů, nacházení přátel a známých mimo drogovou scénu je pak důležitým faktorem změny a znamená, že se obnovují přirozené zdroje podpory a dochází ke zdravějšímu způsobu trávení volného času. Výčitky nebo kritické připomínky ke své osobě přiznávalo od svého okolí 78 % z nich, což je hodnoceno jako problém, kterému respondenti v životě museli čelit. Nějaké potíže s lidmi kolem sebe uvedlo 43 %. Blíže neurčené, negativní pocity ze své rodiny připustilo 57 % respondentů. Je pro ně zřejmě vůbec nejtěžším úkolem dosáhnout u rodiny odpuštění a získat zpět ztracenou důvěru. Další těžkost je změnit nežádoucí kontakty a začít navazovat v místě svého bydliště vztahy nové.

Koníčky a jiné záliby potvrdilo jen 40 %, což není mnoho a bylo by dobré porozumět příčinám. Energii a elán pociťovalo v dostatečné míře jen 27 %. Občasné myšlenky na smrt nebo myšlenky na ní přiznalo jen 10 %, jako šťastný člověk se cítilo pouze 67 % z nich. Přiměřeně financí pro své potřeby udávalo 53 % respondentů, kdy tento výsledek je překvapivě dobrý.

Pouze 3 % pochybovali o síle své vůle, pokud jde o setrvání v abstinenci od všech návykových látek, 100 % respondentů toužilo po tom, aby toto zvládli. Tato zjištění se jevila jako pozitivní z hlediska jejich introspekce, kdy začínali být schopni přizpůsobovat chování tomu, jak to odpovídá jejich zvoleným cílům.

Vlastní dítě (nebo děti) mělo 20 % respondentů. V manželství žilo 17 % z nich. V celých 100 % plánovali svou budoucnost a měli určité představy, čeho by chtěli v nejbližší době dosáhnout. Na názorech druhých jim záleželo v 83 %. Tato zjištění jsou optimistická a poukazují na účinnost dlouhodobé terapie všech respondentů.

Ublíženost a křivdu přiznalo 27 % respondentů, velkou nenávist vůči jiným připustilo pouze 20 % dotázaných. Opakovanou léčbu má za sebou 40 % dotazovaných, předčasně léčbu (v minulosti) ukončilo jen 13 % z nich a 80 % se domnívalo, že bez odborné pomoci by svou léčbu nikdy nezvládli. Zdravotní potíže pociťuje 20 % z nich, diagnózu infekční hepatitidy si vyslechlo 13 % z nich. Obavy o své zdraví mělo 23 % tohoto vzorku. Trestní stíhání a pravomocné odsouzení přiznávalo 60 %, trest odnětí svobody

ale připouštělo jen 10 % a drogy v minulosti prodávalo celých 63 % respondentů zkoumané I. souboru.

Drogou poznamenaní bývalí závislí se při své snaze o návrat do společnosti potýkali s problémy, které není snadné překonat. Zjistilo se, že jejich minulost je stále pronásleduje. Jde o jakýsi „cejch“ předchozí závislosti. Tito jedinci jsou vystavováni napospas značným, psychickým stresům, které není možné bez zvládání chutě k užití drogy ustát.

Zaměstnání si hledalo 37 % zkoumaných, na Úřadu práce bylo aktuálně evidováno pouhých 10 % z nich, brigádu či práci na „černo“ vykonávala jen 3 %, stálé zaměstnání mělo 63 % z nich, přičemž dostačujícího pracovní výkonu je schopno (sebehodnocením) 57 %. S kritikou a výčitkami své osoby se od svého okolí setkávalo celých 78 % respondentů I. souboru. Prognóza jejich úspěchu spočívá v soustavném, dlouhodobém ambulantním doléčování i dosažení stabilní, sociální a ekonomické situace.

3.6 Dotazníkové šetření II. vzorku (respondentů v léčbě)

Získané výsledky při zhodnocení dotazníků respondentů II. souboru naznačovaly, že tendence chovat se v krizích nedospěle, unikat do nereálného světa, do apatie nebo nadměrného spánku někteří respondenti nepochybně vykazovali. V mnoha případech bylo změněno jejich vnímání, postoje i myšlení. Plíživě se změnil celý jejich životní styl, kdy došlo k redukci jejich dosavadních zájmů. Nějaké záliby či koníčky potvrzovalo 50 % respondentů, ale zároveň 40 % připouštělo v některých činnostech opakované snahy bez větších úspěchů. V průzkumu respondentů II. souboru byl zjištěn především nedostatek trvalejších, hlubších vztahů, nejen přátelských, ale i mileneckých. Svou lásku přiznalo 43 % zkoumaných, ale zároveň pocit osamění přiznávalo 53 %. Jako šťastný člověk se cítilo pouhých 37 % z nich, na smrt jako úlevu pomyslelo někdy 33 %. Dítě či děti mělo 50 % z nich. V manželském svazku žilo 33 % z nich. Přiměřeně peněz pro své potřeby udávalo jenom 17 % respondentů, což je znepokojující a zároveň

logické. U některých z nich z důvodů nezaměstnanosti dochází k situaci, že nemají dlouhodobě žádný legální příjem.

Celých 20 % pochybovalo o pevnosti své vůle, pokud jde o setrvání v plné abstinenci a jen 63 % z nich toužilo, aby se jim to skutečně podařilo. Pouze ve 40 % plánovali nějakou budoucnost. Zjistilo se zároveň, že 60 % z nich nevědělo, jak vlastně v životě dál, co si počít. Nějakou formu pomoci od druhých očekávalo 60 % z nich.

Bezradnost, nejistota a závislost na své rodině, přátelích i širší společnosti se zde prokázala ve vysoké míře. Dobré přátele uvádělo 83 % z nich, zároveň však vůči svému okolí vyjadřovali nedůvěru v 50 %. Zkoumaní měli tendence k postupné sociální izolaci a je pro ně dosud velmi obtížné se zdravě prosadit. Zarážející jsou jejich pocity nenávisti (v 53 %) k někomu, kdo jim zřejmě ublížil a oni nebyli dosud schopni odpustit. Ublíženost a stálé pocity ukřivdění byla vyjádřena 67 %. Silné emoce, nenávist a ukřivděnost se prokázala ve významně vyšších procentech a je znepokojující. Vinu za svá zklamání nebo selhání často respondenti přisuzovali „špatným“ okolnostem, cítili se jako oběť. Tyto postoje jim zřejmě umožňovaly udržet si sebevědomí. Představy o sobě, které se vztahovaly k sebeúctě, často nebyly reálné. Zjistilo se, že někteří disponují trvalými komplexy méněcennosti a trpí nedůvěrou v sama sebe. Odmítali být sami, stále vyhledávali společnost jiných. Energii a elán v dostatečné míře potvrdilo 67 %, ale zároveň se zjistila velká míra bezradnosti, kterou přiznalo 60 % zkoumaných. Citové vazby k blízkým lidem v rodině jsou v některých případech téměř vymizelé. 37 % z nich bývá ze své rodiny nepříjemně rozladěno, připouštěli i závažné neshody s rodiči. Hezké vzpomínky na dětství potvrdilo pouhých 50 %, na svou minulost často vzpomínalo 66 % z tázaných. Své bydlení uvádělo 37 %. U svých rodičů bydlelo 27 % respondentů a 67 % s nimi má uspokojivé vztahy. Vliv na jejich způsoby chování měla nebo dosud ještě má také významnější kriminální činnost i případná doba strávená ve vězení. Trestní stíhání a pravomocné odsouzení připustilo 63 %, trest odnětí svobody přiznalo 47 % z II. souboru a drogy již někdy prodávalo 43 % z nich.

Negativním, přitěžujícím faktorem v samotné úzdravě je předchozí, dlouhodobá nezaměstnanost. Bylo zjištěno, že poměrně velká část respondentů nikdy nebyla v pracovním poměru. Práci si hledalo pouze 23 % zkoumaných, na Úřadu práce bylo

evidováno 47 % z nich. Dohodu o provedení práce, brigádu či práci na „černo“ vykonávalo 40 %, stálé zaměstnání uvedlo 47 % z nich, přičemž žádoucí pracovní výkon přiznávalo 57 %. Kritiky a výčitek od svého okolí se pravidelně dočkalo 47 % respondentů. Je jim patrně vyčítán způsob života, který vedou.

Úplný nezvyk na pravidelný, denní řád způsobil ztrátu jejich dalších sociálních dovedností. Z toho vyplývá, že respondentům zabíralo jejich chování před zahájením léčby většinu času. Bylo zjištěno, že jejich rozhodnutí abstinovat neznamená, že ví, jak se chovat, aby přestali pociťovat jakési vakuum ve svém životě. Je jim zřejmé, že toto prázdno musí postupně nahrazovat novými sociálními kontakty a aktivitami. Že je nutné směřovat k nalezení nových kontaktů, změně stylu chování a vytváření nových, přínosných zálib. Jednoznačně se potvrdila negativa ve faktorech špatného psychického stavu, odmítání zodpovědnosti a nesamostatnost či impulzivita při rozhodování.

Opakovanou léčbu mělo za sebou 53 % dotazovaných, předčasně léčbu (v minulosti) ukončilo 67 % z nich, což představuje vysoké procento. Z II. souboru bylo 63 % respondentů přesvědčených, že bez odborné pomoci by léčbu nezvládali.

Zdravotní potíže pociťovalo subjektivně 57 % z nich, diagnózu infekční hepatitidy si vyslechlo 37 % z nich. Obavy o své zdraví mělo 53 % tohoto vzorku. Potíže s kognitivními funkcemi a koncentrací připouštělo 53 % vzorku II. souboru.

Vyplývá z toho, že zdravotní následky zneužívání návykových látek a nedodržování hygienických zásad se značně odráží ve zdravotním stavu respondentů.

Během problémového jednání v souvislosti se závislostí tito respondenti postupně rezignovali. Opouštěli žádoucí, dosavadní společenské struktury. Je pak logicky problematický jejich návrat do společnosti a překonávání jisté sociální exkluze. Respondenti stále vykazovali problémy při komunikaci se svým okolím, při hledání bydlení a práce, při utváření nových vztahů. Daly se vytipovat poruchy poznávání, kdy se události, kterých se respondenti osobně účastnili, nestaly jejich vnímáním přímo jim, ale někomu úplně jinému.

Někteří projevovali velké snahy všechny své přidružené potíže překonávat, ale jde o dlouhou, obtížnou cestu, která se před nimi otevírá.

4. Souhrn výsledků výzkumu

4.1 Výsledky k hypotéze 1.

Srovnání obou souborů podle stanovených kritérií přineslo tyto výsledky:

a) Sledovaná skóre pracovní začleněnosti respondentů.

- Stálé zaměstnání mělo v I. souboru **63 %** oproti **47 %** respondentům II. souboru.
- Brigády, práce smluvené dohodou nebo práce na „černo“ vyhledávalo z I. souboru **3 %** oproti celým **40 %** ze souboru II.
- Nějakou práci si podle svých schopností hledalo z I. souboru **37 %** oproti **23 %** z II. souboru.
- Jako člověka odhodlaného a energického se spatřovalo v I. souboru pouze **27 %** oproti celým **67 %** z II. zkoumané souboru.
- Nějakou budoucnost plánovalo z I. souboru **100 %** tázaných oproti **40 %** souboru II.
- Své plány a sliby se snaží plnit z I. souboru **90 %** oproti **77 %** ze souboru II.

Z hlediska pracovní začleněnosti byly mezi oběma vzorky zjištěny významné rozdíly. *Lépe dopadl I. soubor oproti II. souboru. Projevila se zde souvislost uspokojivého pracovního uplatnění s úspěšností léčby. Nezaměstnanost a specifické problémy, které závislí po léčbě s hledáním zaměstnání prokazatelně mají, působí negativně na ukončení jejich drogové kariéry. Možnost získat vhodnou rekvalifikaci a uplatnění na trhu práce patří mezi jeden z mnoha těžkých úkolů, neboť dlouhodobé zneužívání obvykle dříve*

či později respondenty vyřadilo ze vzdělávacího nebo pracovního procesu.
Schopnost plánovat byla prokázána 100 % u I. souboru, u II. souboru výrazně méně.
Ve II. souboru se o něco více objevovaly patologické prvky v oblasti pracovních návyků, nespolehlivost a ignorace jakýchkoliv závazků. Z výsledků mimo jiné vychází, že 30 % respondentů II. souboru nemělo stálou práci, ani si ji dosud aktivně nehledalo.

b) Skóre školského vzdělání.

V souboru převažovali respondenti vyučení v nějakém oboru nebo se střední školou bez maturity, rozdíly mezi oběma soubory nebyly statisticky významné, o něco více jedinců ze souboru I. dosáhlo maturity. Nikdo z probandu se zatím nepokusil studovat dál, neuvedl nějakou další formu vzdělávání ani rekvalifikaci, nikdo neuvedl školu vysokou. Se stupněm závislosti klesá v průměru i motivace, ctižádost a schopnost intenzivního soustředění. Dochází tak následně k poklesu zájmu o vzdělání.

c) Skóre hodnocení finanční situace.

- Dostatek peněz pro své životní potřeby zkonstatovalo z I. souboru **53 %** tázaných oproti pouhým **17 %** z II. souboru.
- Vlastní, samostatné bydlení udávalo **93 %** respondentů I. souboru oproti **37 %** tázaných ze souboru II.

Ve výsledcích je evidentní jistá nezávislost a samostatnost u vzorku I., kdy se projevila vyšší schopnost zařadit se do pracovního procesu a setrvat v něm delší období, což souvisí s možnostmi postarat se o bydlení a něco vlastnit.

d) Skóre delikvence a potíží se zákonem.

- Prodej drog připustilo celých **63 %** z I. souboru oproti **43 %** ze souboru II.

- Za nespecifikovaný trestný čin bylo odsouzeno v I. souboru **60 %** respondentů oproti **63 %** z II. souboru.

- Výkon trestu odnětí svobody mělo za sebou **10 %** z I. souboru oproti **47 %** ze souboru II.

- Že někdy záměrně zkreslovalo skutečnost, přiznalo v I. souboru **53 %** oproti **30 %** v II. souboru.

Výrazně se prokázala závažnost protispolečenského jednání, hlavně trestných činů. Delikvence se potvrdila u obou zkoumaných souborů bez významnějších rozdílů, jen tzv. dealerování bylo zjištěno ve vyšších hodnotách u I. vzorku oproti II. vzorku. Výkon trestu odnětí svobody mělo za sebou více respondentů vzorku II. Páchání trestných činů, zejména majetkové přestupky jsou obligatorně známé u lidí, kteří nedisponují legálními příjmy.
Větší míru introspekce prokázal I. vzorek přiznáním, že občas fabuluje nebo zkresluje skutečnost.

e) Skóre hodnocení zdraví včetně psychického.

- Občasné potíže s pamětí i koncentrací potvrdilo z I. souboru **67 %** respondentů oproti **53 %** ze souboru II.

- O svůj zdravotní stav se obávalo z I. souboru **23 %** oproti **53 %** ze souboru II.

- Stálé zdravotní obtíže uvedlo z I. souboru **20 %** respondentů oproti celým **57 %** z II. souboru.

- Virovou hepatitidu mělo diagnostikováno v I. souboru **13 %** oproti celým **37 %** z II. souboru.

- Lékařem (oboru psychiatrie) předepsanou medikaci pravidelně užívalo **17 %** z I. souboru oproti **20 %** ze souboru II.

Ze zjištěných dat vyplývá, že významně lepšího skóre dosáhl soubor I., který svůj zdravotní stav hodnotil podstatně stabilizovaněji oproti souboru II., který se více obával o své zdraví a zároveň i připouštěl ve větší míře různé zdravotní potíže. Zároveň se předpokládá, že se ve výsledných datech odráží více rizikové chování respondentů.
Nápadně vysoké jsou procentuální hodnoty problémů s koncentrací a horších kognitivních funkcí respondentů obou souborů, kdy I. soubor dopadl o něco hůře, což však může znamenat vyšší úroveň introspekce.

4.2 Výsledky k hypotéze 2.

f) Sledovaná skóre sociální integrace respondentů.

- Častější problémy se svým okolím připustilo **43 %** z I. souboru oproti **33 %** z II. sledované souboru, což mohlo být způsobeno větší sebekritikou I. sledovaného vzorku.
- Lidi kolem sebe mělo rádo **83 %** z I. souboru oproti **70 %** ze souboru II.
- Jako osobnost klidnou a vyrovnanou se vidělo v I. souboru **60 %** oproti **40 %** z II. souboru.
- Pocity bezradnosti stále připouštělo jen **30 %** z I. souboru oproti **60 %** ze souboru II.

Výsledky prokázaly, že se od sebe oba soubory v hodnocení integrace liší. I. vzorek si vedl významněji lépe než vzorek II. *Určité poruchy nebo problémy v sociálním zapojení vykazovaly oba vzorky. Zjištěná data vypovídají, že se stupněm závislosti se zvyšuje horší sociální přizpůsobivost. Ve fázi dokončení své léčby I. soubor vykazoval ve výsledcích dotazů sycených a mířících na společenskou začleněnost vyšší kladná procenta. Zkoumaní měli ve větší míře uspokojivé vztahy s rodiči. Více jim záleželo na*

tom, jak na ně pohlíželo jejich okolí a co si o nich druzí mysleli. Pozitivní bylo jejich stoprocentní plánování budoucnosti.

g) Sledovaná skóre přínosných společenských kontaktů.

- Opuštěnost a samotu ve svém životě často pociťovalo **27 %** z I. souboru oproti **53 %** ze souboru II.
- Jako šťastný člověk se cítilo **67 %** z I. souboru oproti **37 %** respondentů II. souboru.
- Vyhasle a jako bez citu se cítí v I. souboru až **53 %** respondentů oproti **50 %** II. souboru.
- Na smrt jako vysvobození občas pomyslelo v I. souboru jen **10 %** oproti **33 %** souboru II.
- Lidi kolem sebe mělo rádo **83 %** z I. souboru oproti **70 %** ze souboru II.
- Pocity nedůvěry vůči svým blízkým i známým vyjádřilo v I. souboru **60 %** oproti **50 %** v souboru II.
- Nějak druhým pomáhat a být užitečný si přálo v I. souboru **53 %** oproti **77 %** souboru II.
- Nežádoucí kontakty s lidmi, kteří jsou stále závislí, udržovalo nějakým způsobem z I. souboru jen **10 %** oproti **63 %** respondentů II. souboru.

Rozložení sledovaných údajů svědčí o příznivější sociální adjustaci I. vzorku oproti vzorku II. *Pozitivní přistup k druhým lidem je základním předpokladem navazování a budování vztahů pro jeden z nejvýznamnějších zdrojů smysluplného života. Potvrdilo se zde, že zaběhlé, nezdravé způsoby trávení času přetrvávají ve významně vyšší míře u respondentů II. souboru oproti I. souboru, který se důsledněji vyhýbal kontaktům s lidmi, kteří zneužívají nelegální látky. Významné je zjištění velké míry nedůvěry obou*

vzorků respondentů vůči svému nejbližšímu okolí. Přání druhým pomáhat a být nějak užitečný bylo vyjádřeno v I. vzorku méně než ve II vzorku. Může to být větším soustředěním se na sebe sama nebo i pochybnostmi, zda druhému člověku jsem schopen být nápomocen.

h) Skóre trávení volného času.

- Konzumování alkoholu častěji připouštělo z I. souboru hojných **67 %** oproti **50 %** z II. souboru.
- Různé záliby a zájmy uvedlo z I. souboru **40 %** oproti **50 %** v II. souboru.
- Odhodlání zůstat „čistý" a pokračovat v abstinenci projevilo v I. souboru **100 %** respondentů oproti **63 %** z II. souboru.
- Určité pochybnosti o tom však přiznala **3 %** respondentů z I. souboru oproti **20 %** respondentům z II. souboru.

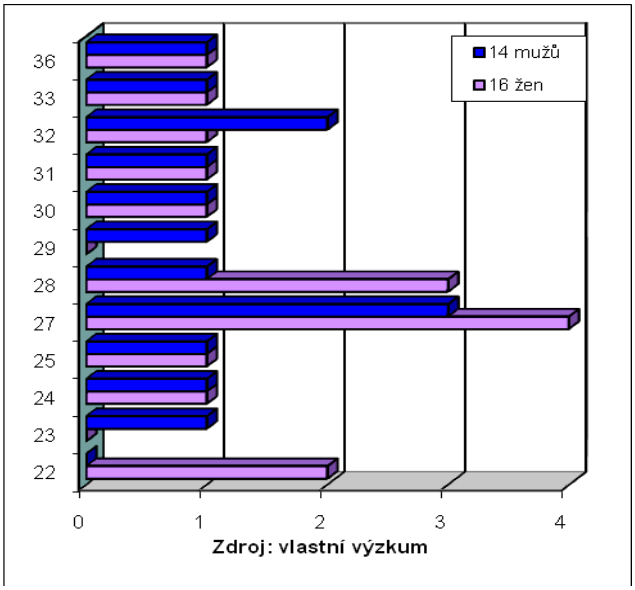
Tato fakta z výsledků šetření jsou překvapivá i znepokojující. Zneužívání alkoholu se nepředpokládalo v tak velké míře. Znamená to zřejmě, že respondenti I., ale i II. souboru alkoholem suplují jisté pocity nepohody nebo řeší své smutky či depresivní stavy ve smyslu nemoci. Závislost na alkoholu je podceňována, společensky zbytečně tolerována a může být chorobou, ničící závislého i jeho okolí někdy řadu let.
Pokud jde o trávení volného času respondentů, výsledky obou souborů se neočekávaly. Není zřejmé, zda byl správně pochopen dotaz, ale nejevil se objektivně jako nesrozumitelný. Svůj volný čas patrně sledované soubory tráví více pasivním způsobem. Vědomí, že je nutné vzdát se návykových látek, měli za samozřejmost respondenti z I. souboru oproti II. souboru ve významně větší míře.

4.3 Grafická znázornění sociodemografických údajů o respondentech

I. soubor - ve fázi "doléčování"- denní centra, terapie, AT poradny.

Graf A. struktura věku a pohlaví respondentů I. vzorku

věk	16 žen	14 mužů
22	2	0
23	0	1
24	1	1
25	1	1
27	4	3
28	3	1
29	0	1
30	1	1
31	1	1
32	1	2
33	1	1
36	1	1



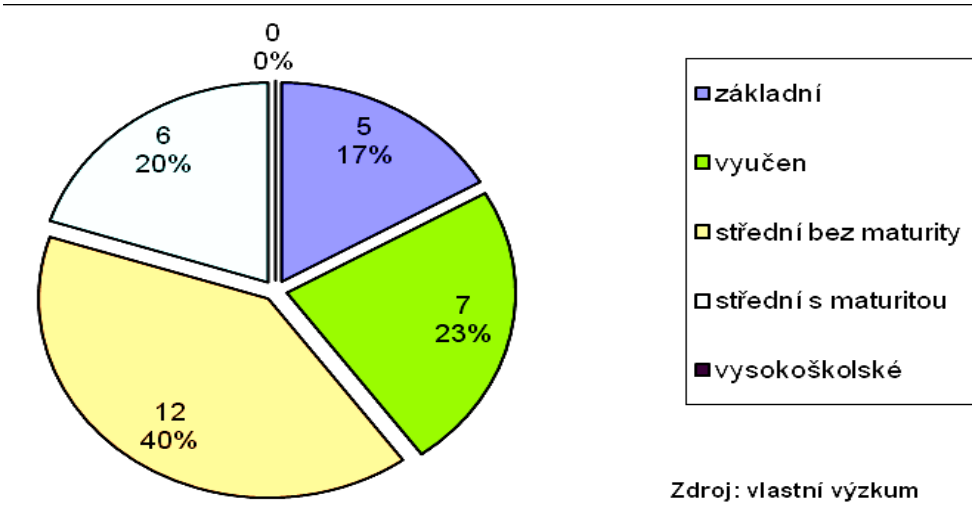
Věkový rozptyl ***respondentů I. souboru*** byl poměrně velký, nejmladším dvěma ženám bylo 22 let, nejmladšímu muži 23 let, nejstarší ženě bylo 36 let, nejstaršímu muži 36 let. Nejčastější věková kategorie respondentů byla 27 let. Soubor tvořilo 16 žen a 14 mužů. Vlastní dítě uvedlo 17 % žen (matek) a 3 % mužů (1 otec).

Průměrný věk respondentů všech byl vypočten na 28 let.

Graf A1

Úroveň dosaženého vzdělání respondentů I. souboru

nejvyšší dosažené vzdělání	z 30 respondentů
Základní	5
Vyučen(a)	7
střední bez maturity	12
střední s maturitou	6
Vysokoškolské	0



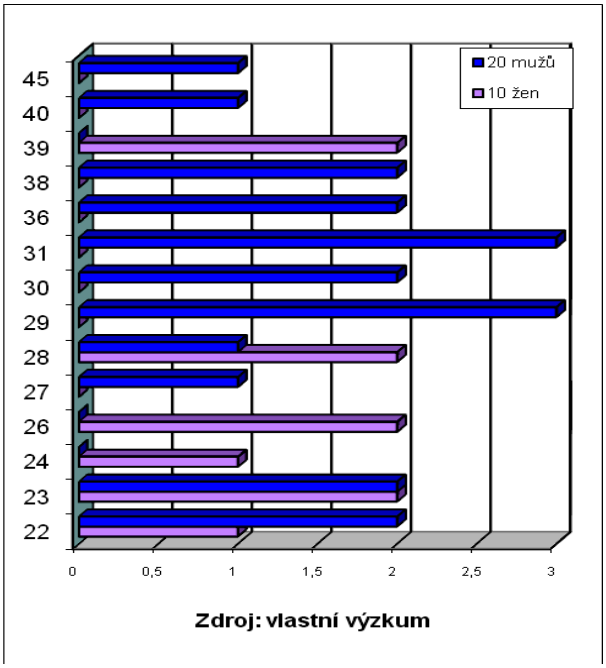
Zdroj: vlastní výzkum

Pokud jde o úroveň dosaženého vzdělání, nejvíce respondentů *I. souboru* uvedlo střední odborné bez maturity (40 %), následovali vyučení (23 %), dále ti se střední školou s maturitou (20 %) a dokončenou základní školou (17 %). Nikdo z nich neuvedl školu vysokou.

II. soubor - nedokončená léčba - substituce, poradenství, K-centra.

Graf B. Struktura věku a pohlaví respondentů II. souboru

věk	10 žen	20 mužů
22	1	2
23	2	2
24	1	0
26	2	0
27	0	1
28	2	1
29	0	3
30	0	2
31	0	3
36	0	2
38	0	2
39	2	0
40	0	1
45	0	1



Zdroj: vlastní výzkum

Věkový rozptyl ***respondentů II. souboru*** byl oproti I. souboru vyšší, nejmladší ženě bylo 22 let, nejmladším dvěma mužům také 22 let, nejstarším dvěma ženám bylo 39 let, nejstaršímu muži v substituční léčbě bylo 45 let. Nejvíce respondentů bylo ve věku 23 let.

Vlastní dítě (nebo děti) mělo 23 % žen (matek) a 27 % mužů (otců), což představuje vysoké procento (zejména u vzorku mužů) a lze předpokládat, že nemají dítě (děti) ve vlastní péči.

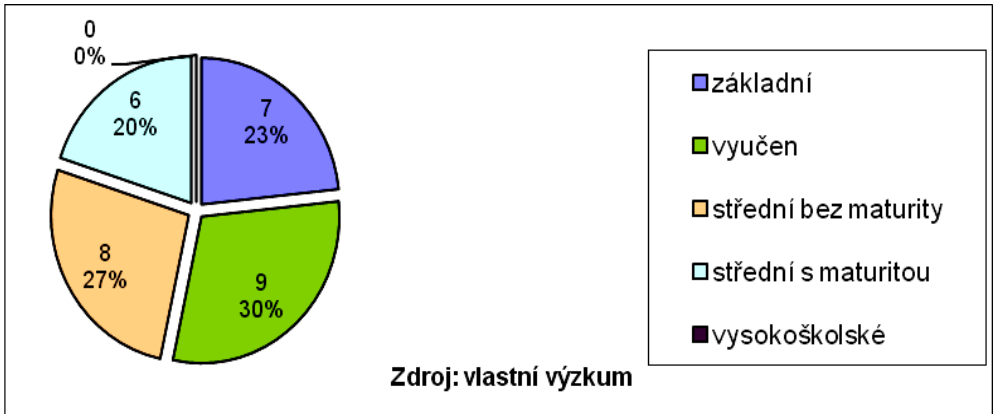
Soubor představoval 10 žen a 20 mužů.

Průměrný věk všech respondentů byl vypočten na 30 let.

Graf B1

Úroveň dosaženého vzdělání respondentů II. souboru

nejvyšší dosažené vzdělání	z 30 respondentů
základní	7
Vyučen(a)	9
střední bez maturity	8
střední s maturitou	6
vysokoškolské	0



Nejvíce dotazovaných uvedlo vyučení v nějakém oboru (30 %), střední odborné učiliště bez maturity uvedlo 27 %, základní vzdělání absolvovalo 23 % a maturitu na střední škole získalo 20 % z nich. Vysokoškolské vzdělání neuvedl z probandu nikdo.

4.4 Interpretace výsledků výzkumu

GRAFICKÁ ZNÁZORNĚNÍ A KOMENTÁŘE K JEDNOTLIVÝM DOTAZŮM

Otázka 1. Graf 1. Mám dobré přátele.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	26	4

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
Odpověď	25	5

U obou skupin jsou výsledky odpovědí téměř vyrovnané, všichni se domnívají, že mají dostatek dobrých přátel. I. soubor souhlasí ***86 %****, II. soubor* ***83 %.***

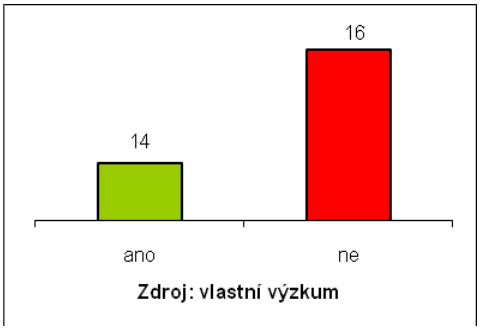
Otázka 2. Graf 2. Jsem v evidenci Úřadu práce.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	3	27

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
Odpověď	14	16



I. soubor je zařazen v evidenci Úřadu práce v ***10 %****, což je výrazně méně oproti druhému souboru, který je bez zaměstnání a evidován ÚP ve* ***47 %*** *případech. Nezaměstnaných v II. souboru bude zřejmě více, předpokládá se, že nejsou schopni dodržovat podmínky, které ÚP stanoví a bývají následně z evidence vyřazeni.*

Otázka 3. Pobyt v terapeutické komunitě byl nutností.

*I. soubor s tímto souhlasil ve **47 %**, II. soubor souhlasil pouze ve **33 %**.*

Výsledky se dokázalo, že o něco více si respondenti I. vzorku oproti II. uvědomují význam dlouhodobější léčby a nutnost odloučení ze stávajícího prostředí s možnostmi nežádoucích kontaktů. Kladná procenta odpovědí jsou poměrně nízkých hodnot u obou vzorků. Nevylučuje se možnost, že v terapeutické komunitě pobývali z donucení, kvůli rodině či z jiných důvodů. Někteří se nástupem do léčby snažili vyhnout případnému trestnímu stíhání.

Otázka 4. Nikomu příliš nevěřím.

*I. soubor souhlasil **60 %**, II. soubor souhlasil **50 %**.*

Nedůvěru vůči svému okolí přiznaly oba soubory v téměř stejné míře, která však není zanedbatelná. Zjištěné hodnoty odpovídají životním postojům respondentů, jejich subjektivním pocitům, že jim nikdo nerozumí, nikdo je nechápe. Může jít o podezíravost a nepřátelství v mezilidských vazbách.

Otázka 5. Absolvuji ambulantní doléčovací program.

*I. soubor souhlasil **100 %**, II. soubor souhlasil jen **40 %**.*

V těchto výsledcích se odráží odhodlanost, disciplinovanost a ochota změnit dosavadní chování u I. sledovaného vzorku. Ve II. vzorku ve větší míře respondenti nepovažují za nutné docházet na pravidelné konzultace ani vyhledávat odbornou pomoc.

Otázka 6. Graf 6. Má provinění se nedají odpustit.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	8	22

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	9	21

Zde jsou hodnoty odpovědí podobné u obou sledovaných souborů. Mají za to, že jejich prohřešky jsou spíše odpustitelné. Odpuštění svých prohřešků očekává od svých blízkých i širšího okolí průměrně ***30 %*** *z nich. V obou souborech se prokázalo, že alespoň formálně jsou si vědomi svých chyb a provinění.*

Otázka 7. Přemýšlím často o smrti jako vysvobození.

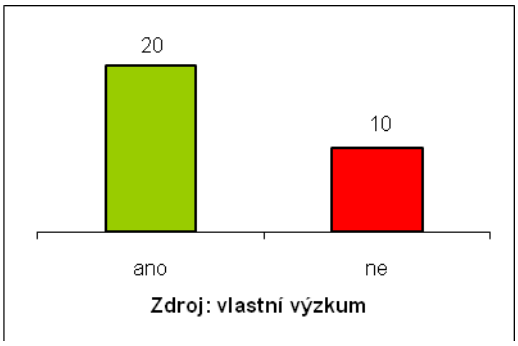
I. soubor souhlasil ***10 %****, II. soubor souhlasil* ***33 %****.*

Sebevražedné tendence se vyskytovaly mnohem méně u I. souboru, kdy se spíše jednalo o myšlenky na smrt, představy o ní nebo snad ojedinělé pokusy. Je zde možná neschopnost respondentů mít z něčeho radost nebo dobrý pocit a pesimismus. Významný rozdíl ve výsledcích souborů odpovídá jisté neukotvenosti, sociálnímu nezařazení a absenci plánů do budoucna respondentů II. souboru.

Otázka 8. Graf 8. Mám výpadky paměti, špatně se soustředím.

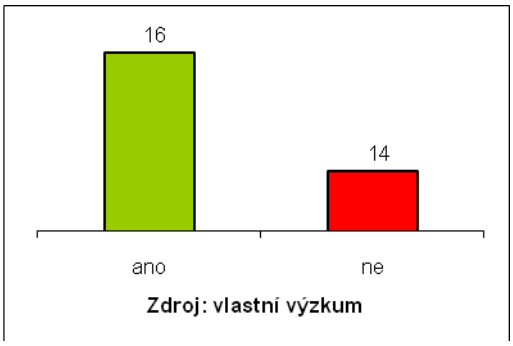
soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	20	10



soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	16	14



Respondenti připouští potíže s koncentrací a kognitivními funkcemi a to dosti významně (u obou sledovaných vzorků).

*V I. souboru toto vyplývá v **67 %**, ve II. souboru v **53 %** případů. I v tomto malém souboru je prokazatelné, že pokud jde o respondenty vyléčené, o něco více si uvědomují svůj deficit v oblasti paměti, koncentrace a vštípivosti.*

Otázka 9. Graf 9. Prodával(a) jsem drogy.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	19	11

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	13	17

*Oba soubory připouští "dealerství" dosti frekventovaně, I. soubor se k tomuto trestnému jednání přiznal v **63 %**, II. soubor jen ve **43 %** případů. Je zde předpoklad, že odpovědi*

nejsou 100 % validní, neboť zejména u II. vzorku existují obavy, že se svou výpovědí mohou vystavit trestnímu stíhání (i přes ujištění, že jde o přísně anonymní výzkum).

Otázka 10. Graf 10. Chci už zůstat "čistý(á)".

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	30	0

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	19	11

*V závěru své léčby touží po abstinenci **100 %** respondentů z I. vzorku, ale ve II. vzorku si je tímto jisto **63 %.** Tato významná zjištění jsou u I. vzorku respondentů velmi potěšitelná. Prokázala se odhodlanost a vůle ke změně způsobu života. Tato odhodlanost se v testování potvrdila v souboru II. významně méně. Roli zde však hraje zjištění, že si všichni respondenti dobře uvědomují, co by pro ně bylo ideální.*

Otázka 11. Mám vlastní dítě (děti).

*I. soubor souhlasil pouze **20 %**, kdy 17 % tvořily ženy (matky) a 3 % (zde 1 muž-otec).*

*II. soubor souhlasil **50 %**, kdy 23 % žen byly matkami a 27 % mužů (byli otcové).*

Rodičovství těchto respondentů v tak vysokých procentech u obou vzorků se neočekávalo. Nabízí se otázka, jak kvalitně a odpovědně tato rodičovství probíhají, zda není ohrožen zdárný vývoj těchto dětí. Jde především o výchovné předpoklady respondentů, o rodičovskou zodpovědnost, rozsah a způsob styku s dítětem (nebo dětmi), zda je svěřeno do péče jiné osobě a.p. Také je sporné, do jaké míry byla tato rodičovství plánována a nešlo-li o ignorování možností antikoncepce.

Otázka 12. Graf 12. Plánuji svou budoucnost.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	30	0

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	18	12

*Z I. souboru má představy určité budoucnosti **100 %** tázaných, čímž se významnou měrou potvrdily snahy o hledání pevné a naplnitelné budoucnosti.*
*V II. souboru ještě nad ní příliš neuvažuje **40 %** respondentů. Zjištěné rozdíly výsledků v této otázce jsou značné a svědčí o tom, že ti, co nemají motivaci, nemají představu, jak postupovat v dalším životě.*

Otázka 13. Mám žloutenku typu B nebo C.

*I. soubor souhlasil **13 %**, II. soubor souhlasil **37** %.*

Příčina infekčního onemocnění může spočívat v nezodpovědnosti respondentů postarat se o čisté jehly a další pomůcky nezbytné k zneužívání nelegálních látek. Zjištěná data (více u souboru II.) odráží jejich neznalost rizik nechráněného pohlavního styku, apatii či ignoraci v určitých situacích, nezájem nebo lhostejnost.

Otázka 14. Bylo mi vícekrát ukřivděno nebo ublíženo.

*I. soubor souhlasil **27 %**, II. soubor souhlasil **67 %**.*

U II. vzorku se ve výsledcích prokázala nízká úroveň sebereflexe. Výsledky mohou promítat případné poruchy chování, kdy respondenti očekávali, že je druzí lidé poškozovali a využívali, aniž byl pro to nějaký důvod. Pociťovali ve větší míře útoky a byli častěji rozezleni kvůli maličkostem. Počítá se i s jejich neochotou druhým odpouštět.

Otázka 15. Graf 15. Bydlím stále u rodičů.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
Odpověď	4	26

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	8	22

*Jedná se zde o významnější rozdíl. Na domácnosti své rodiny jsou z I. souboru závislí pouze ve **13 %**, z II. souboru stále bydlí doma u svých rodičů **27 %** dotázaných.*
Často od nich zřejmě očekávají nějakou pomoc a pochopení. I. soubor je o něco více schopen projevit nezávislost a osamostatnit se.

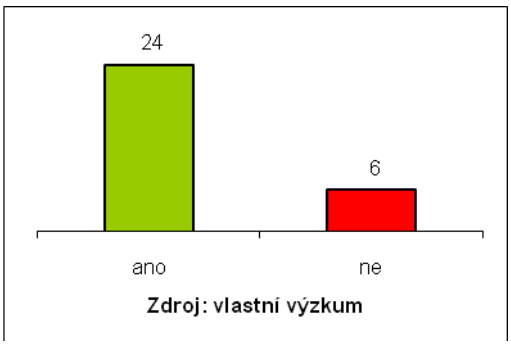
Otázka 16. Graf 16. Myslím, že zvládnu žít bez drogy.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	29	1

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	24	6



*O dalším svém životě bez drog pochybují v I. souboru jen **3 %**, v II. souboru si abstinencí není jisto **20 %** tázaných. Prokázalo se zde, že oba soubory si nejsou plně vědomi rizika, že celoživotní abstinence není jednoduchou záležitostí. Nebezpečí selhání a recidivy hrozí i po déletrvající abstinenci. Avšak I. vzorek 97 % vykázal vysokou míru sebedůvěry v otázce abstinence oproti 80 % vzorku II.*

Otázka 17. Záleží mi na mínění ostatních.

*I. soubor souhlasil **83 %**, II. soubor souhlasil méně, v **63 %**.*

Zjištěná procenta jsou vysoká. Oba soubory prezentovaly svou vnímavost k názorům lidí kolem sebe. V I. souboru byla více patrná touha po uznání a obdivu blízkých a přátel. Ale je otázkou, zda jsou schopni vyvodit z toho praktické důsledky. U těchto jedinců by se povšechně mělo pomýšlet na využívání druhých lidí pro svůj vlastní prospěch nebo požitek. Z výsledků je také patrná přítomnost neschopnosti vcítit se do pocitů druhých. Dochází u některých zkoumaných zřejmě i k potlačení výčitek svědomí.

Otázka 18. Graf 18. Komunikuji s těmi, co drogy užívají stále.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	3	27

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	19	11

*Nějaké, byť povrchní vztahy s lidmi, kteří jsou dosud závislí na nelegálních látkách, udržuje nějakým, blíže neurčeným způsobem v I. souboru **10 %** respondentů, ve II. souboru toto připustilo celých **63 %**, což není optimální. Svědčí to o tom, že v I. souboru se vymanit z nežádoucích vztahů dokázalo podstatně větší procento než u II. souboru, kdy respondenti ještě v zneužívání návykových látek pravděpodobně pokračovali.*

Otázka 19. Graf 19. Mám s lidmi kolem sebe problémy.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	13	17

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	10	20

*Nějaké potíže se svým okolím přiznává z I. souboru **43 %**, z II. souboru si problémy připouští jen **33 %** z nich.*

To svědčí o tom, že II. soubor se patrně stýká s lidmi, kteří mají stejné problémy a nemají tedy tolik možností dostávat se do konfliktu se svým širším okolím. Je zde i možnost, že si nějaké problémy ani neuvědomují oproti souboru I., který zpětné odezvy svého okolí registruje o něco lépe.

Otázka 20. Bydlím u přátel, nemám své bydlení.

*I. soubor zamítl **100 %**, II. soubor souhlasil **43 %**.*

Zjištěné údaje naznačují významný rozdíl mezi respondenty I. a II. souboru. I. soubor je schopen zajistit si a udržet byt vlastními prostředky, což souvisí s jejich vyšší zaměstnaností. U II. souboru je normou vyhledávat společnost lidí se stejnými zájmy a problémy. Forma společného bydlení je zřejmě pro některé respondenty z mnoha důvodů výhodná.

Otázka 21. Jsem ženatý, vdaná.

*I. soubor souhlasil **17 %**, II. soubor souhlasil **33 %**.*

Zjištěné výsledky jsou překvapující. Je obligatorně platné tvrzení, že jedinec závislý na psychoaktivních látkách narušuje jak samotné manželství, tak případnou výchovu dětí. Peníze určené pro společnou domácnost utratí za své zájmy, není schopen udržet delší období monogamní vztah. Nešetřila se míra rozvodovosti. Jakékoliv závěry by ale bez dalšího šetření byly jen spekulativního charakteru.

Otázka 22. Graf 22. Snažím se, ale nic se mi nedaří.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	2	28

soubor II. nedokončená léčba

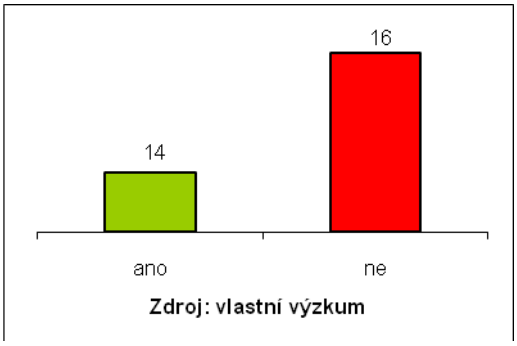
30 dotazníků	ano	ne
odpověď	12	18

*Pocity debaklu se objevují u I. souboru mnohem méně (v **7 %**) oproti souboru II. (s ještě nedokončenou léčbou), kdy celých **40 %** z nich spatřuje své snahy bez většího efektu. Zjištěné výsledky odpovídají tomu, že u respondentů s nedokončenou léčbou jsou veškeré jejich snahy cokoliv podniknout předem odsouzeny k neúspěchu. U respondentů s dokončenou léčbou je patrný obrovský posun v sebedůvěře i jisté vytrvalosti.*

Otázka 23. Graf 23. Léčil(a) jsem se v terapeutické komunitě.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	14	16



soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	12	18

***47 %** z I. souboru absolvovalo léčbu v terapeutické komunitě oproti **40 %** respondentům*

z druhého souboru.

Zde jsou u obou souborů výsledky téměř totožné, přibližně polovina respondentů léčbu v terapeutické komunitě absolvovala a zbývající respondenti se léčili zřejmě jinou formou.

Otázka 24. Můj pracovní výkon je dostačující.

*I. soubor souhlasil **78 %**, II. soubor souhlasil **57 %**.*

U I. souboru je evidentní posun, kdy respondenti začínají řešit pracovní problémy. Je předpoklad, že uvedená procenta svědčí o jejich zájmu zařadit se co nejlépe do pracovního procesu a hledání podnětných vztahů k spolupracovníkům. U II. souboru jsou vysoká kladná procenta zarážející vzhledem k jejich nízké zaměstnanosti.

Otázka 25. Bývám ve stresu ze své rodiny.

*I. soubor souhlasil **57 %**, II. soubor souhlasil pouze **37 %**.*

Je evidentní, že po včlenění se do kruhu rodiny je tento faktor zejména u I. souboru stresující. Kritika a nesouhlas se jich nepřiměřeně dotýká. Výsledná data u II. souboru naznačují, že kontakt s blízkými osobami neprobíhá z rozličných důvodů často.

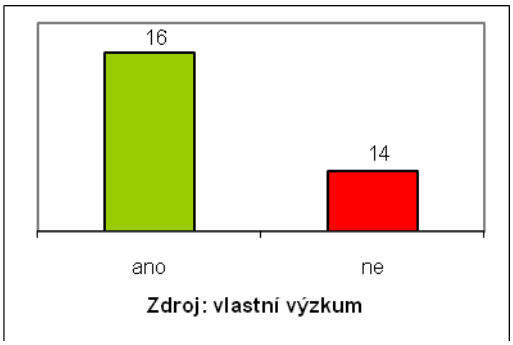
Otázka 26. Graf 26. Léčbu své závislosti absolvuji již opakovaně.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	Ano	ne
odpověď	12	18

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	16	14



***40 %** respondentů z I. souboru absolvuje léčení opakovaně, z II. souboru jsou výsledky*

vyšší, ***53 %*** *z nich se pokouší o léčbu vícekrát za sebou.*
Poměrně překvapující je vysoké procento těch, kteří léčbu absolvovali opakovaně, ale odpovídá to tomu, jak nízká míra úspěšnosti v léčbě drogové závislosti je v různých výzkumech udávána.

Otázka 27. Stává se, že jsem jako bez citu.

I. soubor souhlasil ***53 %****, II. soubor souhlasil* ***50 %****.*

Emoční plochost se prokázala ve vysokých procentech u obou vzorků. Dokazuje časté obtíže s čitelností vlastních pocitů, kdy docházelo k neschopnosti je autenticky vyjádřit. Emoční ladění je patrně ovlivněno faktory zdravotního stavu a sociálního zázemí respondentů. Drogová závislost postupně mění osobnostní rysy respondentů výzkumu.

Otázka 28. Mám velkou lásku.

I. soubor souhlasil ***60 %****, II. soubor souhlasil jen* ***43 %****.*

Vzhledem k výsledkům dotazu č. 27 se očekávala u respondentů nižší schopnost emočních vazeb. Předpokládá se, že pocity osamění často vedou ke vztahům s člověkem stejně negativně motivovaným, což se terapeuticky nedoporučuje. Respondenti se usilovně brání skutečnému opuštění, protože trpí pocity nudy. Avšak navázání nového a silného vztahu k partnerovi neužívajícímu drogy je příznivým bodem obratu k lepšímu.

Otázka 29. Užívám pravidelně léky na „psychiku“.

I. soubor souhlasil ***17 %****, II. soubor souhlasil* ***20 %****.*

Výsledná data jsou téměř ve shodě. Drogová závislost u respondentů způsobuje psychické problémy. U těch, kde je nutná medikace pro další přidružené diagnózy, zejména depresivní a úzkostné stavy, farmakoterapie jejich psychický stav stabilizuje a ulehčí samotnou léčbu.

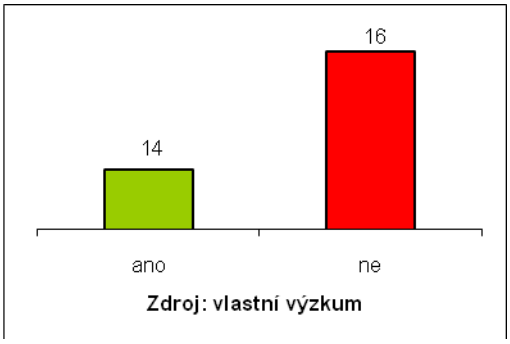
Otázka 30. Graf 30. Mám své stálé zaměstnání.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	19	11

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	14	16



*V I. souboru je **63 %** zaměstnaných respondentů, v II. souboru má stálou práci s pracovní smlouvou jen **47 %** z nich. Je zde patrný významný rozdíl.*

Předpokládá se, že zjištěná vysoká procenta zaměstnaných z II. souboru tvoří respondenti, kteří absolvují substituční terapii a jejím prostřednictvím jsou schopni stálého pracovního zařazení bez závažných problémů. Život na sociálních dávkách není pro vytrvání v abstinenci příznivý.

Otázka 31. Mám rád své rodiče.

*I. soubor souhlasil **90 %**, II. soubor souhlasil o něco méně, **67 %**.*

Zjištěná data jsou velmi vysoká. Výsledky I. souboru naznačují zachovalé či obnovené rodinné vztahy. Rodiče bývají zřejmě pro ně často jedinou oporou ve chvílích, když už je všichni ostatní kvůli závislosti opustili. Tomu patrně přispívá i vděčnost za podporu a pochopení. Může se zde projevovat jistá míra závislosti na souhlasu druhých lidí s jejich způsoby chování. U II. souboru je více zřetelná absence či nefunkčnost vztahů s rodinou.

Otázka 32. Své plány a sliby se snažím vždy plnit.

*I. soubor souhlasil **90 %**, II. soubor souhlasil jen **77 %**.*

Je patrné, že respondenti obou souborů vyjadřují svou snahu o zodpovědnost. U I. souboru bylo zjištěno vyšší úsilí o plnění zadaných úkolů. Jejich dosavadní způsob života a odpovědi na jiné dotazy v rámci dotazníku však vedou k pochybnostem o správném vnímání reality i sebehodnocení.

Otázka 33. Jsem přímý (přímá) a otevřený (otevřená).

*I. soubor souhlasil **67 %**, II. soubor souhlasil **80 %**.*

Zjištěná data svědčí o tom, že v obou sledovaných vzorcích jsou respondenti velmi kritičtí vůči druhým lidem, ale ne vůči sobě samým. Chybějící sebereflexe se prokázala o něco více u II. vzorku. Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce není pro respondenty triviální záležitostí.

Otázka 34. Graf 34. Mám zdravotní problémy.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	6	24

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	17	13

*Neurčené zdravotní potíže připouští v I. souboru **20 %** tázaných, ve II. souboru je výsledek významně vyšší – zdravotní obtíže subjektivně pociťuje **57 %** z nich.*

Souvisí to patrně s tím, že respondenti z II. vzorku pravidelně nevyhledávají zdravotní péči, když je to žádoucí, nejsou o svém zdravotním stavu informovaní a nesnaží se ho řešit ani zlepšit oproti respondentům I. vzorku.

Otázka 35. Jsem člověk s energií a odhodláním.

*I. soubor souhlasil pouze **27 %**, II. soubor souhlasil **67 %**.*

Sebereflexe, uvědomování si reality probíhá u I. zkoumaného vzorku na výrazně vyšší úrovni. Objevily se zde snahy činit za sebe hlavní, podstatná rozhodnutí. U II. vzorku je zřejmé zkreslené vnímání reality a určité nadhodnocení svých stávajících možností.

Otázka 36. Mám dostatek financí.

*I. soubor souhlasil překvapivě v **53 %**, II. soubor souhlasil pouze v **17 %**.*

U I. zkoumaného vzorku je evidentní posun k zlepšení finanční situace. Souvisí to s konsolidací jejich životní situace, se zařazením do pracovního procesu, usilováním o vlastnictví a vyšší životní standard. U II. vzorku se prokázala defektivita v oblasti potřeb seberealizace, kdy tázaní pociťovali nedostatek prostředků k uspokojení svých potřeb, ale nebyli ve větší míře ochotni nebo schopni situaci řešit a najít si vhodné zaměstnání. V tomto výzkumu není záměrem pátrat po způsobech, jakým si zkoumaná populace (pokud nepracuje), opatřuje prostředky k obživě a dalším potřebám k existenci.

Otázka 37. Cítím se často osamocen (osamocena).

*I. soubor souhlasil jen **27 %**, II. soubor souhlasil celými **53 %**.*

Mezi znaky emoční zralosti jedince patří jistá citová nezávislost na okolním prostředí, která zejména u souboru II. nebyla výrazněji vyjádřena. Více než polovina respondentů tyto pocity osamělosti a nezávislosti nebyla schopna zvládnout. Časté je nahrazování deficitu sounáležitosti drogou. Nepříjemné vnímání samoty se u II. souboru očekávalo ve větší míře, protože jejich komunikace s okolím se obecně jeví spíše jako minimální.

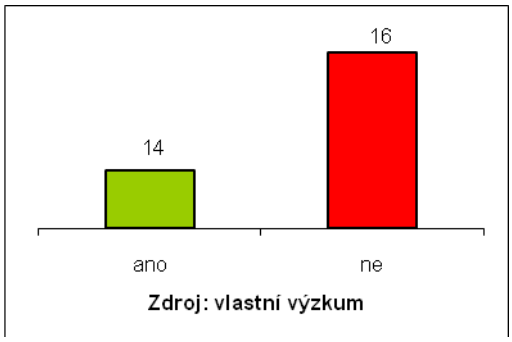
Otázka 38. Graf 38. Často mne druzí kritizují.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
Odpověď	23	7

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	Ne
odpověď	14	16



*V odpovědích I. souboru je patrná sebereflexe, kdy si od svého okolí připouští výtky celých **78 %** z nich. Ve II. souboru si výčitky a kritiku připouští pouze **47 %** respondentů. Zjištěná data více potvrzují zúžení sociálních kontaktů u respondentů z II. zkoumaného vzorku, kdy lze pomýšlet na jejich sociální exkluzi. Respondenti z I. zkoumaného vzorku jsou díky opětovnému, častému kontaktu se společností více vystaveni přirozené, dobře míněné kritice, která má zřejmě jistý nápomocný charakter (při jejich integraci).*

Otázka 39. Graf 39. Bez odborné pomoci bych svou závislost nezvládl(a).

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	24	6

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	Ne
odpověď	19	11

*Celých **80 %** tázaných z I. souboru se domnívá, že by si sami neuměli pomoci, II. soubor tvrdí, že bez odborné pomoci by se patrně neobešlo **63 %** z nich.*
Povědomí respondentů, že je nezbytné odborné vedení v tak složité životní situaci, jakou závislost prokazatelně je, se projevilo vyšší mírou kladných odpovědí u I. zkoumaného vzorku. Toto povědomí u II. vzorku není dosud tak vysoké patrně z důvodu nedocenění odborné pomoci nebo zhoršené sebereflexi respondentů.

Otázka 40. Navštěvuji dobrovolně AT poradnu.

*I. soubor souhlasil **20 %**, II. soubor souhlasil **27%**.*

Tato výsledná, poměrně nízká procenta svědčí patrně o tom, že prostřednictvím návštěv alkoholicko-toxikomanických ordinací mají respondenti zajištěnu psychiatrickou péči spolu s možností substituční léčby, kterou využívají.

Otázka 41. Stává se, že zkresluji skutečnost a vymýšlím si.

*I. soubor souhlasil a přiznal se v **53 %**, II. soubor souhlasil pouze ve **30 %**.*

Zjištěná data vyjadřují větší schopnost respondentů I. vzorku uvědomit si realitu a své sociální status. U II. vzorku tyto schopnosti nejsou dosud na takové úrovni a nedokážou si přiznat své nedostatky. Nemají zřejmě patřičnou úctu k pravdě, což se projevuje opakovaným lhaním.

Otázka 42. Graf 42. Byl(a) jsem odsouzen(a) pro trestný čin.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	18	12

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	19	11

*Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou téměř ve shodě. Je závažné, že **60 %** z I. souboru a **63 %** ze souboru II. podstoupilo trestní stíhání a bylo pravomocně odsouzeno.*
Dosti vysoká procenta kladných odpovědí potvrdila, že závislost na drogách mimo jiné způsobuje ve zvýšené míře protispolečenské jednání než v běžné populaci. Opakují se protispolečenské trestné činy stíhané zákonem bez ohledu na to, zda byly potrestány nebo prošly beztrestně. Tito jedinci konají fyzická napadení, ničí majetek, kradou a.p.

Otázka 43. Mé dětství bylo pěkné a šťastné.

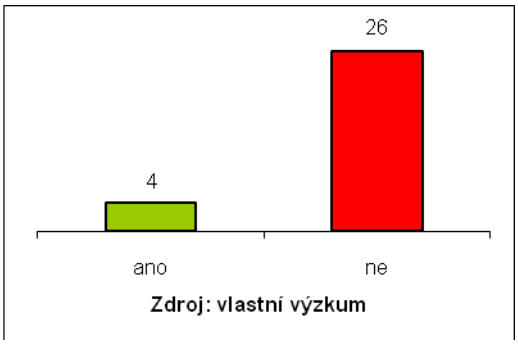
*I. soubor souhlasil pouze v **60 %**, II. soubor souhlasil jen v **50 %**.*

Zjištěné výsledky jsou překvapivé. Je možné, že jejich současná nepříznivá situace je výsledkem jejich neradostného dětství, kdy mohlo v některých případech docházet k duševním úrazům včetně násilí i zneužívání, k poruchám vazeb mezi matkou a podobně. Tento dotaz vybízí k dalšímu, rozsáhlejšímu zkoumání.

Otázka 44. Graf 44. Opustil(a) jsem předčasně protidrogovou léčbu.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	4	26



soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	20	10

*Předčasně ukončené léčení připustilo z I. sledované souboru pouhých **13 %**, ale ve II. souboru toto přiznalo **67 %** z tázaných.*

Významný procentuální rozdíl souvisí s prvotní motivací k léčbě. Respondenti I. vzorku byli prokazatelně více motivování k léčbě a vykazovali vyšší odolnost v zátěžových situacích v průběhu samotné léčby oproti II. vzorku.

Otázka 45. Cítím k některým lidem velkou nenávist.

*I. soubor souhlasil **20 %**, II. soubor souhlasil celými **53 %**.*

Statistický rozdíl výsledků je značný. Souvisí zřejmě s jejich vyššími city. Respondenti vnímají své okolí častěji jako nepřátelské. U II. vzorku je ve vyšší míře patrné jejich sociální vyloučení a jejich neschopnost porozumět důvodům jednání druhých. U I. vzorku je už zřejmý větší náhled a pochopení svých blízkých i širšího okolí.

Otázka 46. Graf 46. Myslím si, že stále potřebuji nějakou pomoc.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	15	15

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	18	12

*Dojem, že ještě potřebují v běžném životě nějak pomoci, potvrzuje v I. souboru **50 %** z nich, ve II. souboru je to **60 %** respondentů.*

Výsledná procenta jsou u obou vzorků respondentů poměrně nízká a svědčí o snížené sebekritice i náhledu své situace.

Otázka 47. Graf 47. Okolí mi stále připomíná mou minulost.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	12	18

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	20	10

*Všechno, čeho se dříve dopustili, je připomínáno **40 %** respondentům z I. souboru, významně častěji však tyto výčitky slýchá **67 %** tázaných z II. sledovaného souboru.*

Výsledná data odpovídají skutečnosti, že ve II. vzorku respondenti zřejmě 100 %

neabstinují, nejsou sociálně zařazení, a proto jsou častěji vystaveni připomínkám.

Otázka 48. Dost často nevím, jak vlastně dál.

*I. soubor souhlasil **30 %**, II. soubor toto připustila v **60 %**.*

Výsledky jsou pochopitelné zejména u II. vzorku, u I. vzorku, kdy respondenti konsolidují svou životní situaci a řeší veškeré problémy je patrný velký posun v pozitivním smyslu. Došlo-li však již k průniku chybných sociálních vzorců a vazeb do osobnosti respondentů, kteří jej nadále akceptují, stávají se v určité míře i znakem jejich osobnosti.

Otázka 49. Jsem šťastný (šťastná).

*I. soubor souhlasil **67 %**, II. soubor souhlasil jen ve **37 %**.*

Zde byl významný rozdíl u I. souboru, kdy nastal určitý posun z nastalých životních změn vedoucích k radosti. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní je více čitelná u souboru I.

Otázka 50. Graf 50. Mám svůj byt, své zázemí.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	28	2

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	11	19

*Vlastní bydlení udává **93 %** respondentů I. souboru, v II. souboru má toto jen **37 %**.*

U I. vzorku se projevil stabilnější sociální status, protože respondenti jsou častěji zaměstnáni a jsou schopni si bydlení zajistit a udržet. U vzorku II. je situace pochopitelně horší vzhledem k jejich postoji k životním jistotám.

Otázka 51. Graf 51. Pracuji pouze příležitostně (brigády, dohody, "na černo").

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	1	29

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	Ne
odpověď	12	18

*Příležitostné práce využívá v I. souboru pouze **3 %** tázaných, ve II. souboru si takto zlepšuje svou finanční situaci **40 %** respondentů.*

U respondentů II. vzorku se výzkumem prokázalo, že svou finanční situaci řeší spíše příležitostně, v případě nutnosti. U I. vzorku je patrné, že se snaží najít stabilní zaměstnání a nemusí se tak uchylovat k příležitostným pracím.

Otázka 52. Jsem vyrovnaná osobnost.

*I. soubor souhlasil **60 %**, II. soubor souhlasil jen **40 %**.*

Zjištěná výsledná data jistě vysoce překračují průměr u běžné populace. Svědčí o vysoké míře nepřiměřené sebedůvěry respondentů. U obou vzorků se prokázala jistá neschopnost vidět realitu vlastních povahových rysů a temperamentu, v I. vzorku o něco více než ve II. vzorku.

Otázka 53. Graf 53. Mám dostatek různých zájmů.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	12	18

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	15	15

*Různé záliby a koníčky udává v I. souboru pouhých **40 %**, ve II. souboru je to již **50 %** tázaných.*

Očekávalo se, že zejména u I. vzorku budou výsledky vyšší. Výsledky I. vzorku může ovlivňovat skutečnost, že volný čas, který respondentům zbývá, vnímají jako nedostatečný k aktivnímu odpočinku a tráví jej spíše pasivně.

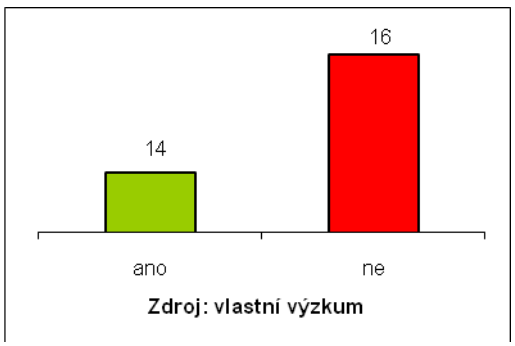
Otázka 54. Graf 54. Mám za sebou výkon trestu odnětí svobody.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	3	27

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	14	16



*Nedefinovaný trest odnětí svobody přiznává v I. souboru jen **10 %** z nich, ale v II. souboru toto udává celých **47 %**, což je překvapivé a znepokojující zjištění.*

Zjištěná data odpovídají předpokladům. Souvisí s trestnou činností drogově závislých, kteří se jí dopouštěli pro zajištění potřeby drogy i běžných prostředků k životu.

Otázka 55. Stává se, že se opíjím alkoholem.

*I. soubor souhlasil **67 %**, II. soubor souhlasil o něco méně, **50 %**.*

U obou vzorků se projevil deficit zneužívané drogy v minulosti, který je významně často nahrazován drogou jinou, legální - alkoholem. Neustálé inklinace respondentů k potřebě změnit svůj stav vědomí je patrný.

Otázka 56. Nejsem stále v pořádku, bojím se o své zdraví.

*I. soubor souhlasil **23 %**, II. soubor souhlasil výrazně více, **53 %**.*

Tento dotaz koresponduje s kontrolní otázkou č. 34 a potvrzuje, že respondenti z II. vzorku nevyhledávají zdravotní péči, nejsou o svém zdravotním stavu informovaní a nesnaží se ho řešit ani zlepšit. Chovají se také více rizikově oproti vzorku I.

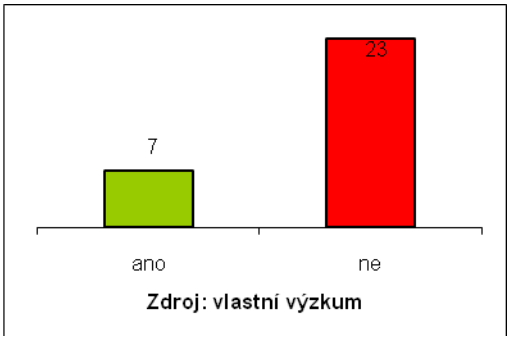
Otázka 57. Graf 57. Hledám si práci.

soubor I. ve fázi doléčování

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	11	19

soubor II. nedokončená léčba

30 dotazníků	ano	ne
odpověď	7	23



*Práci (nebo snad lepší pracovní pozici) hledá v I. souboru **37 %** respondentů, ale II. soubor snahy hledat si vhodné zaměstnání prokazuje pouze ve **23 %**.*

Překvapivě souhlasí výsledky získané u prvního vzorku s daty odpovědí na otázku č. 30. U II. vzorku se prokázalo, že respondenti dosud nemají zájem pracovat. Při dlouhodobé nezaměstnanosti nedochází k vytvoření nutných pracovních návyků. Doba bez práce snižuje schopnosti adaptace na běžný život, jehož velkou součástí jsou právě povinnosti.

Otázka 58. Vzpomínám na svou minulost často.

*I. soubor souhlasil **73 %**, II. soubor souhlasil jen **66 %**.*

V míře souhlasných odpovědí se u respondentů projevil vzpomínkový optimismus, kdy si zřejmě určitým způsobem svou minulost idealizují a nahrazují vzpomínkami vakuum ze zaniklých vztahů. Optimistické je, že si respondenti uvědomují, že je k nim jejich okolí vstřícnější pro jejich ochotu se léčit.

Otázka 59. Potřebuji druhým pomáhat, být užitečný.

*I. soubor souhlasil **53 %**, II. soubor souhlasil více, celými **77 %**.*

Jsou zde ve výsledcích patrné poruchy vnímání reality. Tázaní jsou lidmi, kteří pomoc potřebují a nejsou schopni ji poskytnout ani sami sobě, ale pozitivní je jejich ochota spolupracovat a projevovat soucit. Poukazuje to na fakt, že u respondentů nedocházelo ke ztrátě vztahu k ostatním lidem a společnosti. Oba soubory nevykazovaly defekt v oblasti vyšších citů.

Otázka 60. Mám rád (ráda) lidi kolem sebe.

*I. soubor souhlasil **83 %**, II. soubor souhlasil **70 %**.*

Šetření prokázalo jisté zvýšení sociální integrovanosti. I. souboru (ve fázi abstinence), který patrně prožíval období formování blízkých vztahů s prvními pokusy o empatii. U II. souboru se spíše očekávaly negativní odpovědi vzhledem k tomu, že jejich komunikace s okolím je minimální, ale nestalo se tak. Stále je zřejmá sociální vyhýbavost respondentů, kteří nemají potřebu vztahu k druhým lidem. Jedná se o poruchu sociálních dovedností.

4.5 Výsledky šetření spisových dokumentací respondentů

V rámci tohoto výzkumu byl proveden také důsledný *průzkum užívání nezákonných drog* respondentů v minulosti z jejich chorobopisů - dekursů. Jedním ze způsobů měření problémového užívání drog je pravidelnost užívání nejméně jednou za týden a častěji. Pravidelné, dřívější užívání bylo zjišťováno ze všech dokumentací jednotlivých respondentů, z formuláře *„Hlášení o uživatelích drog žádajících o léčbu“*.

Nejběžnějším problémem při nástupu léčby byla závislost na opioidech, často heroinu, kdy téměř vždy docházelo k intravenózní aplikaci. Při nástupu do léčby zneužívalo dosti pravidelně 32 klientů tablety Subutex.

Pervitin uvádělo 28 klientů jako prioritní. Jedna třetina, (20 klientů) připouštěla dvě a více z hlavních typů (nezákonných) drog a závěrem tedy je, že docházelo k chaotickému užívání bez rozmyslu, které je znakem „těžkého“ užívání. Užívání stimulancií a benzodiazepinů (i jiných kombinací) uváděla více než polovina všech respondentů. Kouření tabáku se nezjišťovala, je ale běžným jevem. Časté, vnímané jako „normální“ je kouření marihuany nebo hašiše. Přijetí těchto klientů do léčby vzniklo na základě jejich problémů s drogami, mnozí z nich však připustili problematické zneužívání alkoholu. Pití alkoholu se ukázalo být ve výsledcích šetření velkým problémem.

Klinická praxe i výše zmíněné výsledky tohoto výzkumu ukazují, že craving (v různé intenzitě) prožívá v prvních měsících abstinence naprostá většina závislých. A je nepodstatné, na jakém typu drog byl jedinec závislý. Stejně závažné obtíže při odejmutí drogy vykazovali všichni respondenti. Tyto potíže vyjadřovali i při rozhovoru, který je uveden v příloze.

Zjišťovala se také *dosažená úroveň léčby* respondentů vykazovaná v dekursech (záznamových listech) ve čtyřech stanovených úrovních. Byla sledována spíše jen okrajově, protože tato diagnostická zhodnocení se neprováděla ve všech čtyřech institucích, se kterými spolupráce při výzkumu probíhala.

Sleduje se zejména v alkoholicko-toxikomanických ambulancích, ambulancích psychiatrie a psychiatrických léčebnách. Týká se nejen léčby drogových, ale i alkoholových závislostí. Zjišťuje se vždy v konkrétním, právě probíhajícím roce.

Kritéria (striktně a poměrně stručně) jsou vyjádřena takto:

- 1) Velmi efektivní léčba se stanoví pouze v případě, kdy klient po propuštění z léčby skutečně trvale a důsledně abstinuje bez porušení.
- 2) Efektivní léčba je ta, kdy klient jednorázově abstinenci porušil a tato krátkodobá recidiva byla zvládnuta ambulantně a od té doby klient již abstinuje.
- 3) Částečně efektivní léčba je ta, kdy klient neabstinuje, opakovaně abstinenci porušuje, ale je zdravotně a sociálně zlepšen ve srovnání s obdobím před léčbou.
- 4) Neefektivní léčba je ta, kdy klient neabstinuje, jeho životní situace je stejná nebo horší než před léčbou a je třeba, aby se podrobili léčbě opakovaně.

Nejčastěji byly v poznámkách dekursu zaznamenány tyto dvě hodnoty: 2)- efektivní léčba a 3)- částečně efektivní léčba respondentů. Velmi efektivní léčba a neefektivní léčba ani v jednom případě nenáležela respondentům tohoto výzkumného souboru.

5. Diskuse

Výzkumu pod názvem „*Efektivita léčby drogově závislých a jejich sociální integrace"* se zúčastnilo celkem **60 respondentů**. Dotazníkové šetření bylo cíleno na zkoumanou realitu **efektivnosti léčby** drogově závislých, na určité postoje a myšlenky respondentů, na to, jak jsou schopni přijímat životní výzvy a jaká je jejich **schopnost sociální integrace.**

Integrovaný člověk je schopen plnit všechny úkoly běžných oblastí života. Integrace je komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti a integraci profesně-pracovní, pedagogickou, kulturní i sociální. Záleží ale na jeho osobnosti, schopnostech a potřebách. **(43)**

Při léčbě závislosti na omamných látkách, tedy bio-psycho-sociálním onemocnění je třeba zaujmout celostní postup zahrnující úpravu sociálního zázemí, psychologický přístup a eventuelní farmakologický zásah. Všechny dostupné formy terapií by měly vést ke znovu vytváření a uskutečňování hodnot a úkolů v dalším, budoucím životě. Mělo by pozvolna docházet k velkým osobnostním změnám, jež budou pevnou

základnou pro schopnosti „vyléčených“ jedinců stavět se nepřízni osudu a aktivně směřovat k nějakému smyslu. Léčba drogových závislostí je stejně efektivní jako léčba mnoha jiných, podobně chronických onemocnění, není ale možné spolehlivě předpovědět, jaký bude její výsledek.

Omezuje osvěta proti drogám jejich užívání? Stručná odpověď je ne, jde zkrátka o nalezení způsobu, který omezí užívání nelegálních drog, ale dosud se to nepodařilo. Osvětové snahy mají tři cíle: šířit informovanost, zvýšit uvědomění a změnit chování, což je ovšem nejobtížnější. **(58)** Určité možnosti nápravy jsou v osvětě rozsáhlé populace a vzdělávání pracovníků, kteří s ohroženými, mladými jedinci pracují.

Jakým způsobem často složitá, víceúrovňová léčba přispívá k uvedenému cíli? Tyto otázky se zde staly jakýmsi základem pro hypotézy a vlastní cíl výzkumu. Během období studia odborných knih i internetových zdrojů, týkajících se zkoumaného problému, docházelo k rozporuplným pocitům z rozdílných stanovisek autorů. Informace, že stoprocentní vyléčení závislého je značně nepravděpodobné a je provázeno často opakovanými selháními, je všeobecně známé a v tomto výzkumu se také potvrdilo. Lze se však setkat s případy, kdy se i těžce závislým jedincům podařilo svůj život změnit bez jakékoliv léčby a dalších intervencí, ale u většiny z nich se toto nestává. Léčba by měla reagovat na různé potřeby klienta: potřeby sociální, psychologické, právní i zdravotní. Měla by být rychle dostupná, pružná a reflektovat měnící se podmínky, včetně vyšetření zdravotního stavu a přítomnosti infekčních chorob, které jsou mezi závislými častější. **(40)** Dle mnoha teorií není závislý nikdy plně vyléčen. Musí o pomoc žádat sám a být přesvědčen o její nezbytnosti. **(56)**

Z praxe je známá skutečnost, že shora zmiňovaná rychlá dostupnost léčby v našich podmínkách není samozřejmá a obvyklá, což by se jistě mělo změnit. Uskutečněnými rozhovorem s některými respondenty bylo zjištěno, že mají-li, (zpravidla momentální) odhodlání k léčbě, jsou vnitřně motivováni a požádají o odbornou pomoc, bývají odmítnuti. Odkázáni na nejbližší možný termín zahájení léčby, který je pro ně příliš vzdálený, z mnoha důvodů rezignují. Termín nástupu léčby je následně ignorován nebo zapomenut. Není v jejich silách plánovat. Jsou dosti impulzivní, pohybují se z místa na místo, aniž mají představu o cíli cesty. Má-li závislý

zájem pouze o krátkodobou detoxikaci, mívá problém, protože bez předem zajištěné, návazné léčby je přijat spíše ojediněle.

Dovednosti nezbytné pro život lze rozdělit zhruba na *sociální dovednosti*, které představují zdravé sebeprosazení, empatii, komunikaci, předvídání následků svého jednání, zvládání zaměstnání i přechodu do nového prostředí a uspokojivé vztahy s okolím. Dovednosti sebeovlivnění znamenají sebemotivaci, sebeovládání, schopnost vést zdravý, přiměřený životní styl, zvládat rizikové duševní stavy a umět relaxovat. Většinu uvedených si lze více méně osvojit nácvikem. **(16)** Vyšlo najevo, že po vysazení drogy, v době abstinence se teprve v plné síle objeví deficity, jež brání vyléčeným jedincům zdravě fungovat. Pojednou nejsou schopni být sami se sebou i s druhými, mají problémy v partnerství, nejsou schopni se orientovat a zacházet se svými emocemi. Minulost jim brání v mnoha faktorech činit to, co by si sami přáli.

Názor J. Jankovského, že efektivnost léčby je nízká (pro časté recidivy) a že nestačí pouze abstinovat, ale rozumně zaplnit nastalý volný čas klienta a změnit jeho dosavadní návyky, (což není jednoduché) je nutno pokládat za nejdůležitější faktor, který je zároveň klienty léčby nejobtížněji splnitelný. **(19)** Prázdnotu vlastního života, nezdary, psychické problémy, absence radosti, apatii, odmítání přijetí zpět do rodiny, nezájem o dění kolem sebe a nemožnost uplatnit se na trhu práce. Takto prezentovali svůj život s drogou závislí nastupující do léčby. Z výsledků dotazníkového šetření se u mnohých potvrdily tendence tento stav změnit. Tuto touhu po naplnění, po nalezení hodnot, uplatnění, jednoduše naplnění života smysluplnými aktivitami budou chtít mnozí respondenti realizovat, ale zároveň si nejsou jisti svým odhodláním a vůlí. Schopnost navozovat, prožívat a udržovat zdravé, mezilidské vztahy je pro „nedrogový“ život po ukončení léčby nezbytné. Ukázalo se, že respondenti velmi dobře vědí, že drogy brát nemohou a také již nechtějí, přesto jsou stále závislí.

Jde přitom často o závislost na druhých lidech, kodependenci, protínající všechny jejich vztahy. Nejprve ale musí nalézt sami sebe, pochopit, kým vlastně jsou a proč si dosud tolik ubližovali. Mají před sebou velký úkol smířit se sami se sebou i svými nedostatky, teprve pak mohou navázat kvalitní vztah k někomu druhému. Kodependence vychází z pocitu nízkého či nejasného sebehodnocení, strachu z opuštění

a vede v nemožnost udržení funkčních vztahů. Rozvíjí se nedobrovolně a nevědomě. **(30)**

Osobnostní vlastnosti a kvalita vztahů jsou ve vzájemné interakci. Některé osobnostní vlastnosti ovlivňují kvalitu vztahů mladých lidí, usnadňují jejich navazování i udržení. V období mladé dospělosti nahrazují přátelské a partnerské vztahy původní rodinné vazby, od nichž se odpoutávají. Partnerství i přátelství je důležité, stejně tak i orientace na mezilidské vztahy. **(62)**

Nejbližší příbuzní nebo přátelé by jim v této chvíli často velice rádi pomohli, nemají však představu jak. Většinou jde o nemožnost získat kvalitní informace. Přístup k informacím, jak pomoci drogově závislým, hlavně v malých městech a obcích je problematický. Snad by bylo možné využít síť zdravotních zařízení k osvětě jejich blízkých v případě, kdy jsou bezradní. V případě, že tyto pokyny nedostanou, dochází u nich často k rezignaci nebo odmítání závislého.

Z výsledků šetření je zjevné, že získávání nezávislé osobní identity je pro většinu respondentů problematické. Vývojová krize je vlastně přerod nedospělého dítěte v dospělého člověka, kdy se musí osamostatnit a žít odděleně od své rodiny.

Respondenti tohoto výzkumu absolvovali dlouhodobou a často opakovanou léčbu podstatnou pro převzetí odpovědnosti, ale stále vykazují v oblasti samostatnosti a odpovědnosti značnou defektivitu. Sledovala se strategie, kterou používají pro naplnění svých záměrů. Jak projektovali svou budoucnost, jak budou příště reagovat na stresovou zátěž a jak se pravděpodobně adaptují na všechny následné změny v budoucnu. Na své budoucí kroky, vedoucí k naplnění plánů respondenti převážně II. sledované souboru nahlíželi skepticky. Zřejmě u nich postupně dochází k prohloubení již dříve vzniklých, nežádoucích způsobů chování a postojů.

Velmi nežádoucí amotivační syndrom je stav, ve kterém je jedinci vše kolem lhostejné. Vše, i to, zda žije nebo ne. Současně ale velmi trpí a bere další a další dávky drogy. Zjistilo se, že abstinenci z počátku respondenti vnímali jako chtěný stav, později ale přicházel pocit, že ztratili přece jen příliš mnoho a že stavy, zprostředkované omamnou látkou jsou těmi nejkrásnějšími zážitky, které kdy zažili. Dochází pak zřejmě

k nepříjemným rozporům v jejich vědomí. Nejen ze ztráty samotné drogy a těchto změněných stavů, ale nad starým, zažitým způsobem prožívání, který si vybavují jako bezproblémový.

Craving, vyhledávání návykové látky přetrvává i po dlouhém období abstinence**.** Usilování o navození stavu euforie, potažmo slasti patří k lidské charakteristice. **(55)** Tato nutkání byla v dekursech obou souborů zaznamenána opakovaně. Respondenti se teprve učili zříkat se okamžitého uspokojení a přijímat nevyhnutelná fiaska běžného života, což jim činí stále velké problémy.

6. Závěr

Přínosem práce mělo být v teoretické části více pohledů na stejnou věc a nahlédnutí na téma drogové závislosti a rozmanitost systému léčby z různých úhlů pohledu. Přináší alespoň stručný výčet některých dostupných organizací, které se závislými jedinci efektivně a systematicky pracují. Toto šetření bylo zaměřeno na jedince, kteří podstoupili dlouhodobou protidrogovou léčbu, někteří s úspěchem a druzí s potížemi.

V praxi lze snad práci využít především pro potřeby odborné veřejnosti. Práce tak splnila svůj cíl i účel. Může poskytnout informace ponejvíce sociálním pracovníkům, referentkám zprostředkovatelen Úřadů práce, v psychiatrických léčebnách, v terapeutických komunitách, v centrech následné péče či jiných institucích, které přichází s těmito jedinci do kontaktu a zvláště těm, kteří chtějí pomoci a být povšechně zorientováni. Snahou této práce bylo také upozornit na důležitost této problematiky a stimulovat odborníky k zahájení *zvýšení prevencí všech tří stupňů* a řešit případné nedostatky. Účelem bylo přinést informace, které by mohly být podnětem pro případnou odbornou debatu či další výzkumný záměr. Vypracování této práce usilovalo o větší pochopení jedinců, kteří jsou v dlouhodobém léčení své závislosti na návykových látkách.

Zjišťovala se úroveň jejich ***sociální integrace*** po ukončení jejich léčby. Přínosem tohoto výzkumu do zdravotně sociální oblasti je snaha o poskytnutí alespoň základních informací o potížích jedinců, kteří mají snahu vyléčit se a následně se začlenit do pracovního kolektivu a adaptovat se na běžné „překážky“, které budou nuceni překonávat. Jedinci se specifickou životní zkušeností (zde s drogovou závislostí) a její následnou, dlouhodobou léčbou se pokouší integrovat, najít si vhodné zaměstnání a hlavně v něm setrvat. Obnovit zpřetrhané vazby s rodinou a přáteli představuje další, velmi náročný a dlouhodobý proces, kterého se mnohým nedaří dosáhnout. K tomu, aby se integrace zdařila, mohou léčení využívat následujících možností: podpůrné skupinové nebo individuální terapie, poradenství, různých volnočasových aktivit, sociální práce, pracovního poradenství, chráněného bydlení, chráněných pracovních míst a rekvalifikací. Často je opomíjena sociální práce s rodinnými příslušníky a všeobecná zdravotní péče.

Studiem odborné literatury, přípravou, šetřením a následným pečlivým vyhodnocováním výzkumných materiálů byla snaha dosáhnout stanoveného cíle, který spočíval ve *zjišťování* ***efektivity léčby*** respondentů po ukončené léčbě ve srovnání s těmi respondenty, kteří abstinenci z mnoha různých důvodů nezvládli a dosud se léčí. Výzkum mimo jiné potvrdil, že úspěšná terapie drogově závislých je spojena s mírou prožívání životního smyslu. Smysluplnost v životě je čistě subjektivní a těžko měřitelná hodnota. Optimální naplnění života respondentů lze zkoumat z mnoha aspektů. Tato práce usilovala o možnost do některých z nich více nahlédnout a do budoucna ulehčit pokračování a rozšíření dalšího výzkumu.

Sebedokonaleji promyšlený systém následné péče nemůže zamezit nebezpečí klientova selhání, relapsu nebo plné recidivy. Zpět, tak zvaně do života na ulici k devastujícímu zneužívání návykových látek tito lidé po léčbě přikročí prokazatelně často. Jsou nutné supervize týmů a dalších systémů podpory, ale i kontroly zaměstnanců těchto zařízení. V případě nedostatečné kontroly odborníků pomáhajících zařízení může dojít k syndromu vyhoření s negativními důsledky pro celou jejich práci se závislými. Tento syndrom může způsobit záporné emoce, apatii, ignoraci a demotivování klientů,

nezájem o jejich léčbu a vyléčení. Největšími úspěchy pro tyto pomáhající profese jsou léčení, doléčovaní nebo již vyléčení jedinci, kteří jsou schopni bojovat s obrovským problémem, kterým závislost na omamných látkách je. Díky kvalitě služeb týmů ve všech úrovních léčby drogově závislých lze snad na závěr zkonstatovat, že se velká část klientů i po ukončení programu úspěšně zařadila do společnosti a žije kvalitní, plnohodnotný život, který by se závislostí na nelegálních látkách nikdy nemohli realizovat. Uzavírá se zde nahlédnutí do problematiky, se kterou se všichni často setkávají. Je třeba však závěrem podotknout, že údaje a výstupy celé této práce jsou poplatné své době a může se stát, že časem ztratí svou výpovědní hodnotu.

Cíl práce spočíval také ve zmapování sociální integrace klientů do podmínek reálného života. Tento vytýčený cíl byl splněn.

Z výsledků zjištěných komparací obou zkoumaných vzorků byly potvrzeny závěry, které se ve stanovených, pracovních hypotézách očekávaly.

Hypotéza první zněla: „Klienti, kteří prošli doléčovacím programem, jsou častěji úspěšní při hledání zaměstnání ve srovnání s klienty, kteří léčbu předčasně ukončili“.

Tato I. hypotéza na podkladě výsledků dotazníku, psychologického profilování a studia spisových dokumentací - (osobních listů) byla potvrzena.

Hypotéza druhá zněla: „Klienti, kteří dokončili dobrovolnou léčbu, jsou více schopni nových sociálních interakcí v porovnání s klienty, kteří léčbu nedokončili“.

Tato II. hypotéza po vyhodnocení výsledků šetření byla taktéž potvrzena.

7. Seznam použité literatury

1. ADAMČEK, D., RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M. *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách*. In *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 343 str. ISBN 80-86734-05-6.
2. ATKINSON, R. L. *Psychologie*. Překlad Herman, E. et al. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. 2003. 752 str. ISBN 80-7178-640-3.
3. Autorský kolektiv La Strada ČR, *Manuál k sociální inkluzi obchodovaných a vykořisťovaných osob.* vyd. 1. La Strada o.p.s. 2008. ISBN 978-80-254-1312-8.
4. BAŠTECKÝ, J. Šavlík, J. Šimek, J. *Psychosomatická medicína*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum. 1998. 368 str. ISBN 80-7169-031-7.
5. CASEMORE, R. *Na osobu zaměřená psychoterapie.* 1. vyd. Praha: Portál. 2008. 152 str. ISBN 978-80-7367-454-0.
7. DVOŘÁČEK, J. *Střednědobá ústavní léčba*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 343 str. ISBN 80-86734-05-6.
8. ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích – prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2002. 208 str. ISBN 80-247-0182-0.
9. EVANS, K. *Válka bez konce aneb o dlouhé válce proti drogám.* Přel. Krejčí, J. 1. vyd. Praha: Volvo Globator. 2003. 110 str. ISBN 80-7207-508-X.
10. FIŠEROVÁ, M. *Odvykací syndrom a craving - neurobiologické aspekty*. In *Drogy a drogové závislosti I.* Mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2003. 319 str. ISBN 80-86734-05-6.
11. FREY, J. *Milion malých střípků*. 1. vyd. Praha: Columbus. 2007. 465 str. ISBN 979-80-7249-168-1.
12. FÜRST, M**.** *Psychologie vývojová, psychologie výchovy*. Přel. Horák, J. Olomouc: Votobia. 1997. 259 str. ISBN 80-7198-199-0.

13. GOSSOP, M. a kol. *NTORS po pěti letech. Národní výzkumná studie výsledků léčby. Změny v užívání návykových látek, zdravotním stavu a kriminálním chování během pětiletého období po nástupu do léčby.* 1. vyd. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti . Úřad vlády ČR. 2008. Dostupné z: <http://wwwdtors.org.uk>

14. GÖHLERT, F., Ch. Kühn, F. *Od návyku k závislosti*. Přel. Lieblová, D. 1.vyd. Praha: Ikar. 2001. 544 str. ISBN 80-7202-950-9.

15. HÁLA, J. *Psycho(sociální) práce s maladjustovanými osobami. Rozšířený sylabus přednášek.* [on line] , dostupné z: <http://www.sweb.cz/penologie.hala>

16. HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie.* 1. vyd. Praha: Tigis s.r.o. 2002. 895 str. ISBN 80- 900130-1-5.

17. CHALUPA, B. *Psychologie dnes a zítra.* 1. vyd. Brno: Littera. 2007. 231 str. ISBN 978-80-85763-38-6.

18. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči.* 1. vyd. Praha: Portal. 2008. 136 str. ISBN 978-80-7367-477-9.

19. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese.* 1. vyd. Praha: Triton. 2003. 223 str. ISBN 80-7254-329-6.

20. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2005. 103 str. ISBN 80-7040-826-X.

21. KALINA, K. Sborník - *Drogy ze všech stran II. Mezioborový pohled na drogovou problematiku.* 79 str. 1.vyd., svaz. č.2. Praha: Institut Filia. 2000. ISBN 80-901966-1-6.

22. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2003. 319 str. ISBN 80-86734-05-6.

23. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II. Mezioborový přístup.* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 343 str. ISBN 80-86734-05-6.

24. KALINA, K. *Terapeutická komunita : Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí.* vyd.1. Praha: Grada. 2008. 400 str. ISBN 978-80-247-2449-2.

25. KALINA, K. *Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu.* Dostupné z : <http://www.adiktologie.cz/download/1540/14.KlinAdikt3-UcinFakt.pdf> [citováno10.4.2008]

26. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha : Filia Nova. 2001. 118 str. ISBN 80-238-8014-4.

27. Kolektiv autorů Sananim o.s. *Drogy - otázky a odpovědi*. Praha: Portál. 2007. 1. vyd. 200 str. ISBN 978-80-7367-223-2.

28. KOUKOLÍK, F., Drtilová, J. *Vzpoura deprivantů. O špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci.* Praha: Makropulos. 1.vyd. 2006. 299 str. ISBN 80-901776-8-9.

29. KUDA, A. *Následná péče, doléčovací programy*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti II*. Mezioborový přístup. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. 343 str. ISBN 80-86734-05-6.

30. KUDRLE, S. *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Monografie. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR 2003. 319 str. ISBN 80-86734-05-6.

31. MALINOWSKI, A. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě.* 1. vyd. Úřad vlády ČR. 2007. 59 str. ISBN 978-80-87041-28-4.

32. MATOUŠEK O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence.* 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 340 str. ISBN 80-7178-771-X.

33. MATOUŠEK, O. Havránková, O. *Metody a řízení sociální práce.* 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 384 str. ISBN 80-7178-548-2.

34. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. *Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování.* 2.vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 2000. 306 str. ISBN 80-58121-44-1.

35. MIKŠÍK, O. *Psychologické teorie osobnosti.* 2.vyd. Praha: Karolinum. 2007. 269 str. ISBN 978-80-246-1312-3.

36. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada publishing. 2006. 332 str. ISBN 80-247-1362-4.

37. MRAVČÍK, V. *Zaostřeno na drogy*. 11/2008. ISSN 1214-1089. Vydal: Úřad vlády České republiky. Evid. číslo Ministerstva vnitra ČR.

38. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Academia. 2004. 590 str. ISBN 80-200-1290-7.

39. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO pro drogy a drogové závislosti, S*eznam a definice výkonů drogových služeb.* 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR. 2006. 88 str. ISBN 80-86734-81-1.

40. NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. 3. doplněné vyd. Praha: Portál. 2007. 176 str. I SBN 80-7367-267-6.

41. NEŠPOR, K., Csémy, L**.** *Léčba a prevence závislostí.* 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum. 1996. 199 str. ISBN 80-85121-52-2.

42. NEVŠÍMAL, P. a kol. *Terapeutická komunita pro závislé II. – Česká praxe. 1.* vyd. Praha: Cover a typo ve spolupráci TK Magdaléna Mníšek p. Brdy. 2007. 317str. ISBN 978-80-7106-937-9.

43. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství.* 2.vyd. Praha: Portal. 2006. 159 str. ISBN 80-7367-174-3

44. PAVLOVSKÝ, P. et kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. rozšíř. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. 2004. 204 str. ISBN 80- 247-0542-7.

45. PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati.* 1. vyd. Písek: Arkáda. 2007. 80 str. ISBN 978-80-239-9405-6.

46. PETERKA, R. *Kde se léčí závislosti*. Reportáž, číslo vyd. 5/2006. [on line] , dostupné z: <http://www.prazskapetka.cz/node/455/>

47. PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie.* 1. vyd. Praha: Grada. 2006. 328 str. ISBN 80-247-0871-X.

48. POKORNÝ, V. Telcová, J. Tomko, A. *Patologické závislosti.* 2.vyd. Brno-Ústav psychologického poradenství a diagnostiky. 2002. 194 str. ISBN 80-86568-02-04.

49. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, edice Psyché 2005. 360 str. ISBN 80-7178-737-X.

50. PRAŠKO, J. a kol. *Nadměrné obavy a úzkost a jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Tnm Print s.r.o. 2005. 95 str. ISBN 80-903539-1-6.

51. PRŮDKOVÁ, T., NOVOTNÝ, P. *Bezdomovectví.* vyd. 1. Praha /Kroměříž: Triton. 2008. 93 str. ISBN 978-80-7387-100-0.

52. RADIMECKÝ, J. *Evaluace výsledků léčby.* 1.vyd. Praha: Centrum adiktologie UK Sananim o.s., 2008.

53. RABOCH, J. Doubek, P. Zrzavecká, I. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Galén. 2002. 295str. ISBN 80-7262-162-9.

54. RABOCH, J. et al. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1.vyd. Praha: Galén. 2006. 286 str. ISBN 80-7262-420-2.

55. RABOCH, J. et al. *Česká psychiatrie a svět*. 1.vyd. Praha: Galén. 2004. 303str. ISBN 80-7262-273-0.

56. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264 str. ISBN 80-7169-836-9.

57. SEIFERTOVÁ, D. Praško, J. Höschl, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Academia Medica Pragensia. 2004. 472 str. ISBN 80-86694-06-2.

58. SHAPIRO, H. *Drogy - obrazový průvodce*. 1., české vyd. Praha: Svojtka. 2005. 360 str. ISBN 80-7352-295-0.

59. SVOBODA, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Portál. 2006. 320 str. ISBN 80-7367-154-9.

60. TAVEL, P. *Smysl života podle E. Frankla*. vyd.1. Praha/ Kroměříž: Triton, 2007. 303 str. ISBN 80-7254-915-4.

61. TYLER, A. *Drogy v ulicích*. *Mýty, fakta, rady*. 1.vyd. Praha: Železný. 2000. 426 str. ISBN 80-237-3606-X.

62. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. – dospělost a stáří*. vyd. 1. Univerzita Karlova, Karolinum: Praha. 2007. 459 str. ISBN 978-80-246-1318-5.

63. VAVERKOVÁ, K. *Bílá moc.* 1. vyd. Benešov: Start ve spolupráci Student Agency. 2000. 113str. ISBN 80-86231-11-9.

64. VEČEŘOVÁ, L. Bulletin odboru prevence kriminality *Andělé na jehle netančí*. *Mládež, kriminalita a drogy*. Praha: účelová publikace MV ČR, 10/2000. 32 str.

65. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika-integrace školní a sociální.* 2. vyd. Brno: Paido. 2004. 463 str. ISBN 80-7315-071-9.

66. VOKURKA, M. Hugo, J. et al. *Velký lékařský slovník*. 1.vyd. Praha: Jesenius Maxdorf. 2004. 966 str. ISBN 80-7345-037-2.

67. VONDRÁČEK, V. Holub, F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Columbus. 2003. 324str. ISBN 80-7249-139-3.

68. VONDRKA, J. *Smrt jménem závislost*. 1. vyd. Praha: Portal. 2004. 192 str. ISBN 80-7178-884-8.

69. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Manus. 2004. Č.B.: JU, stud. materiál. 100 str. ISBN 80-86571-07-6.

70. VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada/ Psyché. 2008. 340 str. ISBN 80-247-0723-3.

71. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 2003. 95 str. ISBN 80-244-0709-4.

8. Klíčová slova

doléčovací centra - center of ambulatory care
sociální integrace - social integration
následná, zvýšená péče - follow - up care
zaměstnání - employment
sociální vyloučení – society exclusion

9. Přílohy

Jmenuji se Donnerová Dominika, studuji dálkově 2. navazující ročník JU ZSF v Českých Budějovicích,

obor: *Rehabilitace, psychosociální péče o postižené děti, dospělé a senior*y.

Anonymní dotazník, který máte nyní před sebou poslouží malému výzkumu k diplomové práci s názvem Efektivita léčby drogově závislých a jejich sociální integrace.

Zde prosím dopište svůj věk……a zde doplňte pohlaví…….....

Uveďte prosím Vaše nejvyšší dokončené vzdělání…….

Možnosti vzdělání: základní, vyučení, střední bez maturity, střední s maturitou, vysokoškolské.

Dotazník obsahuje **60 jednoduchých dotazů** a nebude pro Vás vůbec složité jej vyplnit. Vámi zvolenou odpověď ANO či NE prosím zakroužkujte či zaškrtněte. Zkontrolujte prosím, zda jste odpověděli na všechny dotazy a žádný nevynechali. Nezdržujte se prosím příliš u jednotlivých výroků, protože důležitá je Vaše první reakce a ne dlouhé přemýšlení.

Děkuji Vám za ochotu, upřímnost a věnovaný čas.

1.	Mám dobré přátele	ano	ne
2.	Jsem v evidenci Úřadu práce	ano	ne
3.	Pobyt v terapeutické komunitě byl nutností	ano	ne
4.	Nikomu příliš nevěřím	ano	ne
5.	Absolvuji doléčovací ambulantní program	ano	ne
6.	Má provinění se nedají odpustit	ano	ne
7.	Přemýšlím často o smrti jako o vysvobození	ano	ne
8.	Mám výpadky paměti, špatně se soustředím	ano	ne
9.	Prodával(a) jsem drogy	ano	ne

10. Chci už zůstat „čistý“ („čistá“) ano ne
11. Mám vlastní dítě (děti) ano ne
12. Plánuji svou budoucnost ano ne
13. Mám žloutenku typu B nebo C ano ne
14. Bylo mi vícekrát ukřivděno nebo ublíženo ano ne
15. Bydlím stále u rodičů ano ne
16. Myslím, že zvládnu žít bez drogy ano ne
17. Záleží mi na mínění ostatních ano ne
18. Komunikuji s těmi, co drogy stále užívají ano ne
19. Mám s lidmi kolem problémy ano ne
20. Bydlím u přátel, nemám své bydlení ano ne
21. Jsem ženatý (vdaná) ano ne
22. Snažím se, ale nic se mi nedaří ano ne
23. Léčil (léčila) jsem se v terapeutické komunitě ano ne
24. Můj pracovní výkon je dostačující ano ne
25. Bývám ve stresu ze své rodiny ano ne
26. Léčbu své závislosti absolvuji již opakovaně ano ne
27. Stává se, že jsem jako bez citu ano ne
28. Mám velkou lásku ano ne
29. Užívám pravidelně léky na „psychiku“ ano ne
30. Mám své stálé zaměstnání ano ne
31. Mám rád své rodiče ano ne
32. Své plány a sliby se snažím vždy plnit ano ne
33. Jsem přímý (přímá) a otevřený (otevřená) ano ne
34. Mám zdravotní problémy ano ne
35. Jsem člověk s energií a odhodláním ano ne
36. Mám dostatek financí ano ne
37. Cítím se často osamocen (osamocena) ano ne
38. Často mne druzí kritizují ano ne
39. Bez odborné pomoci bych svou závislost nezvládl (a) ano ne
40. Navštěvuji dobrovolně a pravidelně AT poradnu ano ne
41. Stává se, že zkresluji skutečnost, vymýšlím si ano ne
42. Byl(a) jsem odsouzen(a) pro trestný čin ano ne
43. Mé dětství bylo pěkné a šťastné ano ne
44. Opustil (a) jsem předčasně protidrogovou léčbu ano ne
45. Cítím k některým lidem velkou nenávist ano ne
46. Myslím, že stále potřebuji nějakou pomoc ano ne
47. Okolí mi stále připomíná mou minulost ano ne
48. Dost často nevím, jak vlastně dál ano ne

49. Jsem šťastný (á)	ano	ne
50. Mám svůj byt, své zázemí	ano	ne
51. Pracuji pouze příležitostně (brigády, dohody, „na černo“)	ano	ne
52. Jsem vyrovnaná osobnost	ano	ne
53. Mám dostatek různých zájmů	ano	ne
54. Mám za sebou výkon trestu odnětí svobody	ano	ne
55. Stává se, že se opíjím alkoholem	ano	ne
56. Nejsem stále v pořádku, bojím se o své zdraví	ano	ne
57. Hledám si práci	ano	ne
58. Vzpomínám na svou minulost často	ano	ne
59. Potřebuji druhým pomáhat, být užitečný(á)	ano	ne
60. Mám rád (ráda) lidi kolem sebe	ano	ne

Rozhovor (neřízený) vedený se skupinou

Rozhovor probíhal zcela neplánovaně, v přilehlém parku Centra metadonové substituce. Do této práce byl zahrnut spíše jen pro doplnění a ozvláštnění sdělovaných údajů. Skupina byla sourodá, názorově i ve sdílených hodnotách. Je obvyklé při hovorech ve skupině povzbuzovat k reakcím a udržovat téma, moderátor by měl vybízet k různým alternativám a musí nechat mluvit i jiné než dominantní účastníky. Rozhovor má tři pravidla – dobrovolné členství (tedy právo odejít), kdy každý smí svobodně vyjádřit svůj názor, ale žádný není špatný. Nezbytné je právo anonymity. V rozhovorech jde především o vnímání života pohledem do minulosti i současnosti. Účastnící se vraceli k určitým událostem, což je důležité, vyprávění o životě je vyprávění o realitě. Rozhovor zpravidla trvá jednu až dvě hodiny. **(36)**

Uvedená sdělení představují výsledek (neplánovaného) rozhovoru sourodého souboru pěti respondentů II. sledovaného souboru, se kterými bylo (pro jejich ochotu) možno rozhovor vést. Není zde uveden pro případné ovlivnění zjištěných výsledků a nemá validní výpovědní hodnotu. Spíše má odhalit (neověřené) zážitky mladých,

drogově závislých lidí, kteří nosí inzulinové jehly po kapsách, strádají, nerozumí sobě ani druhým a nedokážou si pomoci.

Dva mladí muži ochotně líčili své zážitky ze života na ulici, prý není obtížné sehnat si jídlo i pití, jejich parta každý večer obcházela odpadkové kontejnery známých obchodních řetězců, kde je možné získat dostatek potravy. Sdělovali, že jsou „na heráku“, ale dochází na ambulanci pro Subutex a „jde to“. Pan doktor „z ambulance“ prý je hodný, rozumí jim, napíše „prášky“. Všichni se těší, až bude tepleji, přespávají v autě a „kde se zrovna dá“.

Jedna dívka (24letá) vyprávěla, že byla přímo z ulice odvezena záchrannou službou na záchytnou stanici (údajně ve stavu intoxikace a pro poruchy vědomí). Popisovala situaci, kdy byla několik hodin ponechána pod dekou nahá, bez možnosti se umýt, strádala žízní, několik hodin pobytu prosila personál o vodu, kterou však nedostala. Měla však možnost ze svého mobilního telefonu zavolat otci, který zaplatil účet za pobyt a odvezl ji ještě v noci autem domů.

Z rozhovoru také vyplynulo, že se stává, že chce-li se klient umístit do některé formy ústavní léčby již opakovaně, nedostane od lékaře písemné doporučení či bývá jinak odmítán a zrazován. Sdělení typu „víte, že to již nemá význam, tolikrát jste selhal (a), kolik se domníváte, že můžete dostat šancí“, máte infekční hepatitidu, nedá se s tím nic dělat, trvá to již dlouho, nezvládnete to, nevydržíte být někde zavřený (á), víte to sám (a)“ a podobně.

Jeden muž vyprávěl, že mu nebylo dobře, žádal v AT ambulanci o pomoc a lékařka do něj, když klečel na podlaze, kopla a řekla, že mu to patří, že by už mohl „chcípnout“. Pomineme-li fakt, že tento závislý je řadu let léčen opakovaně, je mu přes čtyřicet let a pravděpodobně právě trpěl abstinenčním syndromem, vybízí toto sdělení k zamyšlení. Do jaké míry je příběh skutečností? A přihodil se vůbec? Není účelem ani přípustné konkretizovat lékaře ani zařízení, v nichž se vše prezentované údajně odehrávalo z důvodů ochrany osobnosti všech dotyčných, dodržení povinné mlčenlivosti i respektování lékařského tajemství.