

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**TERAPEUTICKÁ KOMUNITA JAKO NÁSTROJ LÉČBY
DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ
SE ZAMĚŘENÍM NA ŽENY A MATKY S DĚTMI**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Eva Křížová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 2006/2007

2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně v Praze dne 15. 4. 2007 s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné připomínky, rady a metodické vedení práce a pracovníkům o. s. SANANIM a TK Magdaléna za skvělou spolupráci a milou pomoc.

Rovněž děkuji klientkám, které se ochotně zúčastnily výzkumu a věnovaly svůj čas vyprávění o životě s drogovou závislostí a o následné léčbě. Všem přeji mnoho štěstí a silné vůle ke zvládnutí všech dalších kroků směrem k novému životu.

OBSAH:

1	ÚVOD	6
2	KRÁTCE K PROBLEMATICE ZNEUŽÍVÁNÍ DROG	8
2.1	Vymezení základních pojmů	8
2.1.1	Drogová závislost	8
2.1.2	Příčiny a podmínky vzniku drogové závislosti	10
2.1.3	Úzus, abúzus a misúzus	11
2.2	Klasifikace omamných a psychotropních látek	12
2.2.1	Cannabinoidy	12
2.2.2	Stimulační drogy	13
2.2.3	Opiáty	14
2.2.3.1	Substituční léčba závislosti na opiátech	14
2.2.4	Halucinogeny	15
3	SPECIFIKA ZNEUŽÍVÁNÍ DROG U ŽEN A MATEK	16
3.1	Nealkoholové drogy a ženy	16
3.2	Zneužívání drog těhotnými ženami - matkami	18
3.2.1	Vývoj dítěte – vliv užívání drog matkou a možná rizika	19
3.2.2	Nejčastější způsoby vyhledání péče a práce s klientelou matek	21
3.2.3	Specifika přístupu v práci se závislými ženami a matkami	21
4	TERAPEUTICKÁ KOMUNITA	23
4.1	Princip práce v komunitách	23
4.2	Cíle léčby v terapeutické komunitě	24
4.3	Znaky a zásady komunitní práce	25
5	ŽENY V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ MAGDALÉNA, O.P.S.	27
5.1	Krátce o programu v komunitě Magdaléna	27
5.2	Ženy v terapeutické komunitě Magdaléna	28
5.2.1	Statistické údaje za celkové období trvání programu	29
5.2.2	Interpretace údajů, zhodnocení	30
5.2.3	Specifikace ženských skupin v komunitě Magdaléna	30

6	LÉČBA MATEK S DĚTMI V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ KARLOV	31
6.1	Program v komunitě Karlov SANANIM	31
6.2	Indikace matek k léčbě v programu komunity Karlov	32
6.3	Specifika programu matek s dětmi	33
6.4	Klientky komunity	35
6.4.1	Statistické údaje za celkové období trvání programu	35
6.4.2	Interpretace dat, zhodnocení	36
6.4.3	Současné klientky programu, vyhodnocení rozhovorů	37
6.4.3.1	Vstupní data o klientkách	37
6.4.3.2	Rodina, vztahy	38
6.4.3.3	Drogová kariéra	39
6.4.3.4	Motivace ke změně, léčba	39
6.4.3.5	Reakce na léčebný program komunity Karlov	41
6.4.3.6	Otázky do budoucna	42
7	ZÁVĚR	42
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ, LITERATURY	45
9	SEZNAM PŘÍLOH	49
10	PŘÍLOHY	I
11	ABSTRAKT	XX

1 Úvod

„*Na velkých hodinách času stojí jediné slovo: NYNÍ. Po ulici POTOM dojde se k domu NIKDY*“.¹

Miguel Cervantes de Saavedra

Téma bakalářské práce s orientací na problematiku drogové závislosti a dopadů zneužívání látek ženami a matkami s dětmi včetně zaměření na léčbu těchto žen v terapeutické komunitě nebylo zvoleno náhodně. Výběr byl ovlivněn především skutečností, že jsem se o tuto problematiku zabývala v praxi – při zaměstnání v Drogovém informačním centru občanského sdružení SANANIM, které jako první roku 2001 v jihočeské Terapeutické komunitě Karlov otevřelo program pro rezidenční léčbu matek společně s jejich ratolestmi. Překvapujícím zjištěním byl pro mě fakt, že tento rezidenční program s kapacitou devíti míst, je v České republice pro tuto klientelu jediným a poměrně mladým zařízením.

Téma zneužívání nejen drog, ale i alkoholu ženami je stále častěji skloňováno i v souvislosti se zjištěním, že každoročně narůstá procento žen s prokazatelnými projevy závislého chování. Možné důvody jsem se pokusila hledat v odborné literatuře a některé z nich jsou popsány v teoretické části práce.

Rovněž odborná veřejnost stále více věnuje pozornost otázce rozlišení drogově závislých mužů a žen. Statistická data i zkušenosti z praxe potvrzují, že rozdíly mezi problematikou drog u žen a mužů vyžadují odlišný přístup. Příkladem je nárůst a praktické osvědčení tzv. „ženských skupin“ v rámci preventivních, léčebných i doléčovacích programů pro drogově závislé.

S vděkem jsem využila konzultací s paní Mgr. Petrou Kabátkovou z TK Karlov SANANIM, PhDr. Ilonou Preslovou z Denního stacionáře SANANIM, paní Olivii Kabíčkovou a MUDr. Petrem Nevšimalem z terapeutického týmu komunity Magdaléna, kteří mi poskytli nejen potřebná statistická data o ženách v léčebných programech, ale i konzultace při hodnocení těchto dat. Terapeutická komunita Magdaléna se jako první rezidenční léčebné zařízení snaží nejen o oddělené interpretace statistických údajů z hlediska ženské klientely, ale rovněž o sledování žen a jejich specifík v léčbě. Tyto výsledky budou interpretovány na XIII. Mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a 46. mezinárodní konferenci AT (alkohol-toxic) sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP v květnu 2007.

¹ DE SAAVEDRA, M. cit. dle HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 1.

Problematika ženského abusu drog mě rovněž naváděla k osobním úvahám a následnému námětu pro praktickou část práce o specifikách užívání omamných a psychotropních látek ženami a zejména ke hledání důvodu, proč tyto závislé klientky pokračují mnohdy ve svém chování i ve chvíli, kdy se dozvídají, že budou matkami.

U matek je výraznější potřeba zvláštní péče a jedná se rovněž o poměrně mladou problematiku posledních deseti let, což lze přičíst do souvislosti s rozšířením drog v České republice, zestárnutím první drogové generace po pádu železné opony a postupné ochotě laické veřejnosti věnovat se i těmto tématům. Zde je u odborných zařízení patrné, že vzhledem k relativně krátkému období, ve kterém se intenzivněji věnují této klientele, schází stále dostatek zkušeností.

Zároveň jsem se v praktické práci snažila objasnit základní faktory, které vedly klientky v léčebném programu komunity Karlov k tomu, že i přes (nebo právě pro) neutěšený sociální status, psychicky velmi stresové situace, které sebou nese poporodní období a umístění dítěte do kojeneckého ústavu a k tomu výrazně rozvinutou závislost, dokázaly udělat neuvěřitelně obrovský krok směrem k tomu stát se dobrými matkami, začít abstinovat a nastoupit do léčby.

Na tyto a další související témata hledám srovnávací prvky v odpovědích klientek, které samy takové okamžiky prožívaly a které s neuvěřitelným úsilím dokázaly a každý den sobě i svému okolí dokazují, že jsou a budou dobré mámy, a že to i bez drog může fungovat.

Jelikož se v případě problematiky zneužívání drog a závislosti na nich jedná o značně obšírné téma, zaměřila jsem se v teoretické části práce na základní aspekty a pojednání s cílem obecně zmapovat tematiku nejrozšířenějších drog a závislost obecně, dále pak specifika užívání omamných a psychotropních látek ženami a matkami.

Jak jsem již naznačila v úvodních odstavcích, díky spolupráci s předními odborníky v oblasti drogové problematiky bylo možné získat validní data i komentáře pro náležité představení práce terapeutických komunit Magdaléna, o.p.s. a Karlov SANANIM, kde bylo rovněž možné uskutečnit nejen sběr důležitých statistických dat programů, ale rovněž prožít společný čas s klientkami matkami a využít jejich milé spolupráce k získání interpretací jejich minulé, současné a výhledově budoucí existence.

V práci jsem se také snažila podělit o osobní poznatky, názorové pohledy a informace, které jsem získala v průběhu stáže v komunitách Karlov a Magdaléna a při vykonávání funkce vedoucí Drogového informačního centra SANANIM v letech 2002 - 2005.

Při zpracování jednotlivých částí diplomové práce jsem vycházela především ze studia odborné literatury, konzultací s odborníky na léčbu závislosti na nealkoholových drogách, řízených rozhovorů s klientkami i osobních zkušeností nejen ze zaměstnání v Drogovém informačním centru, ale také z odborných stáží v zařízeních sítě služeb pro drogově závislé v rámci o. s. SANANIM a v Terapeutické komunitě Magdaléna, o.p.s.

2 Krátce k problematice zneužívání drog

2.1 Vymezení základních pojmů

2.1.1 Drogová závislost

Světová zdravotnická organizace v roce 1969 definovala drogovou závislost jako „psychický a někdy také fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou, charakterizovaný změnami v chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem, plynoucím z její nepřítomnosti. Tolerance může být přítomna nebo nepřítomna. Osoba může být závislá na více než jedné droze“². Tato definice je používána odborníky dodnes. Mimo medicínský popis je ale nutné mít stále na paměti i skutečnost, že užívání nealkoholových drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejen uživatele, ale také jeho blízkých a v důsledku negativních zdravotních, sociálních i ekonomických dopadu, které souvisejí s užíváním ohrožuje i celou společnost.

Stiburek k pojmu závislosti použil velmi výstižnou definici: „Závislost je nemoc, která se projevuje nezvladatelnou touhou po opakovaném braní drogy, tendencí ke zvyšování dávek a abstinenčním syndromem“.³

Abstinenční syndrom popisuje Skopalová takto - *dostavuje se do 24 hodin v případě nedodání drogy tělu, rozvíjí se bouřlivé vegetativní a psychopatologické reakce, vyvolané nedostatkem drogy (nervozita, poruchy spánku, apatie, halucinace a bludy, deprese aj.)*⁴

² URBAN, E. *Toxikománie*. Praha : Avicenum, 1973. s. 14.

³ STIBUREK, M. Primární prevence zneužívání drog. In KALINA, K. a kol. *Drogy ze všech stran*. Praha : FILIA, 1995. s. 39.

⁴ SKOPALOVÁ, J. Slovníček pojmů. *K problematice sociálních deviací* [online]. Dostupné na: http://mujweb.cz/www/pedagogika/5_rocnik/deviace.htm

Dnes téměř každý z laické společnosti ví, že drogy představují závažná rizika. K těm nejzásadnějším patří „změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně“.⁵

Pokud mluvíme o závislosti, je třeba mít také na zřeteli oddělení pojmu fyzická a psychická závislost. U fyzické závislosti jde o stav organismu. Vzniká zpravidla dlouhodobým a častým užíváním drogy a projevuje se odvykacím syndromem, je-li podávání drogy na určitou dobu zastaveno nebo významněji omezeno. Základní vlastností drog je dle Presla „schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové přeměny“.⁶ Narkoman stav bez drog vnímá jako obtížný a nepříjemný a droga se pro něj stává nutností. Rychlost vzniku fyzické závislosti závisí na mnoha faktorech – na typu drogy, jejím množství při užívání, individuální odolnosti organismu, frekvenci a způsobu užívání apod.

Psychická závislost je duševním stavem, který se projevuje různým stupněm přání drogu požívat. Presl k tomu dále uvádí: „Tento stupeň může sahát od pouhého přání, přes dychtivou touhu až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požití drogy“.⁷ Toto neodolatelné a opakující se nutkání většina odborníků nazývá anglickým výrazem craving, nebo českým slovem bažení. Glosář pojmů Monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti uvádí definici slova takto: Craving – „silná touha po psychoaktivní látce (droze), nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. „Silná touha po droze“ je také příznakem některých odvykacích stavů“.⁸ Často narkomané mohou pociťovat i závislost na určitých okolnostech, které požívání drogy provázely. Překonat craving není rozhodně jednorázovou záležitostí, může se za různých okolností znovu vracet a je třeba jej stále překonávat. Craving má velmi blízko k emocím, proto se také ke zvládnání cravingu používají podobné strategie, jako u rizikových emocí. Prakticky to znamená, že „například tělesné cvičení, nebo použití relaxační techniky, může ovlivnit rizikovou emoci, která by craving vyvolala, i craving samotný“.⁹

⁵ RADIMECKÝ, J. Přehled drogové situace v ČR v roce 2001. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25.

⁶ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : MAXDORF, 1995. s. 12.

⁷ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : MAXDORF, 1995. s. 47

⁸ NMS. Glosář pojmů. *Drogy-info.cz* [online]. Dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c

⁹ NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. Bažení. Praha : Sportpropag, 1999. s. 20.

Je důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem, než závislost fyzická, protože zatímco fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem dlouhé léčby a handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky.

Bergeret rovněž upozorňuje na nutnost uvažovat o trojí polaritě problémů, které s sebou každá závislost, zejména psychická nese. Jde jednak o nutnost uvažovat o osobnosti toxikomana, ale zároveň „brát na zřetel afektivní potíže, které u této osobnosti existovaly již předtím, a konečně i vliv okolí, v němž se toxikoman postupně pohyboval až do vzniku závislosti“.¹⁰

V příloze č. 1 této práce uvádím dotazník, který je rovněž veřejně přístupný na portálu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Dotazník s názvem SDS (Severity of Dependence Scale) obsahuje 5 položek a poskytuje informaci o závažnosti závislosti na drogách.

2.1.2 Příčiny a podmínky vzniku drogové závislosti

Příčiny drogové závislosti a alkoholismu jsou podle názorů odborníků velmi komplexní. Kudrle uvádí fakt, že zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. *Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie člověka. Je ale zřejmé, že návykové zneužívání drog vede k vytváření psychofyzilogických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.*¹¹

Existuje celá řada faktorů, které mohou působit na vznik a vývoj drogové závislosti. Proto je dnes mnoho teorií, uváděných mnoha různými autory, kteří se zabývají příčinami vzniku závislosti. Většina z nich se však shoduje na čtyřech základních typech faktorů, které shrnul a popsal Urban takto:

- farmakologické faktory (droga)
- somatické a psychické faktory (dispozice osobnosti jedince)
- faktory environmentální (vliv prostředí)
- faktory precipitující (podnět)¹²

¹⁰ BERGERET, J. Toxikomanie a osobnost. Praha : Victoria publishing, 1995. s. 85.

¹¹ KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91.

¹² URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha : Avicenum, 1973. s. 29.

Nešpor k tomuto tématu uvedl v časopise *Studia Paedagogica* několik vybraných rizikových činitelů, které přispívají k nárůstu problému s nadužíváním návykových látek. Pro ilustraci vybírám následující; *setkání s návykovou látkou v časném věku, nedostatek dovedností v mezilidských vztazích, nedostatek hodnot, nedostatečné citové vazby, nejasná pravidla týkající se chování, nedostatek kvalitních zájmů v rodině, obtížné uplatnění nebo nezaměstnanost, pozitivní postoje vrstevníků k alkoholu a drogám.*¹³ Podrobný popis jednotlivých úrovní a jednotlivých činitelů je uveden v přehledné tabulce, která je součástí přílohy č. 2.

2.1.3 Úzus, abúzus a misúzus

Pokud se zavede v rámci diskuze mezi odborníky na drogovou problematiku řeč o drogách, můžeme se dříve nebo později setkat se slovy „úzus“ a „abúzus“.

Obě tato slova pocházejí z latiny. K popsání významu slov jsem využila elektronický slovník Wikipedia, který slova popisuje takto: „*Úzus (z latinského usus užití, dovednost, zvyk), neboli uzance, je označení pro pravidlo či ustálený zvyk.*“¹⁴ V řeči drogových odborníků se spíše jedná o užití, či užívání. Pokud jde o léky, pak lze termín vystihnout pod pojmem „*lege artis*“ (ABZ slovník heslo vysvětluje podle Velkého sociologického slovníku jako: „*podle pravidel lékařského umění*“).¹⁵ U nealkoholových drog je to užívání v přijatelném množství, které neovlivňuje fyzický a psychický stav či výkonnost člověka.

Abúzus znamená podle Urbana: „*zneužívání, nadužívání nebo užívání nevhodným způsobem, v nesprávném, nevyhovujícím časovém intervalu a v nevhodném množství. Za abúzus se všeobecně považuje užívání drog trvalé, které nepříznivě ovlivňuje fyzický či psychický stav a potenci, případně fyziologické funkce nebo obojí*“.¹⁶ Jednotlivé druhy abúzu drog jsou specifikovány v příloze č. 3.

Někteří odborníci rovněž používají při práci se závislostmi i slůvko misúzus. Urban předponu mis- používá v překladu k označení slovem „chybný, nenáležitý“ (viz výše). On-line slovník Masarykovy univerzity výstižně popisuje výraz takto: „*Je to vlastně nevhodná aplikace v nevhodnou dobu z hlediska potřeb a povinností osobních a společenských. Není rozhodující, zda je lék předepsán od lékaře, nebo získán nějakou ilegální cestou*“.¹⁷

¹³ NEŠPOR, K. Proč přibylo v České republice problémů s návykovými látkami u dětí a dospívajících. *Studia paedagogica*, 1997, roč. neuveden, č. 21, s. 129-130.

¹⁴ WIKIPEDIE. Abúzus. *WIKIPEDIE, Otevřená encyklopedie* [online]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/%C3%9Azus>

¹⁵ ABZ SLOVÍK CIZÍCH SLOV. Pojem lege artis. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/lege-artis>

¹⁶ URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha : Avicenum, 1973. s. 18.

¹⁷ Používaná terminologie. *Masarykova univerzita Brno* [online]. Dostupné na: <http://www.rect.muni.cz/>

Ikona české adiktologie Skála k významu slova doplňuje: „*Misúzus je širší pojem než abúzus, tyto dva pojmy se zdaleka nekryjí. Tento termín je vysvětlován jako občasné zneužití nebo nadužití drogy.*“¹⁸

2.2 Klasifikace omamných a psychotropních látek

V této kapitole bych ráda pouze krátce nastínila základní rozdělení nealkoholových drog a stručně popsala účinky.

Úvodem je nutné zmínit, že se odborníci na drogovou problematikou občas nedokáží mezi sebou dohodnout a přesně vymezit jednotlivé skupiny, do kterých drogy řadit. Tento fakt mohu rovněž potvrdit z vlastní zkušenosti v rámci zaměstnání v Drogovém informačním centru, kdy bylo velmi těžké najít adekvátní rozlišení drog pro rubriky na Drogovém informačním serveru a Drogové poradně. Na vině je zejména neustálý vývoj drogové scény a fantazie experimentátorů a uživatelů drog, kteří stále vynalézají a vyvíjejí nové látky.

Minařík vytvořil pro orientaci na internetových stránkách Drogové poradny SANANIM základní dělení drog na „*cannabinoidy (hašiš, marihuana, hašišový olej), stimulační drogy (pervitin a amfetaminy, kokain, crack), opiáty (heroin, opium, morfin), halucinogeny – LSD, psilocybin – lysohlávky, MDMA/extáze), trankvilizéry (diazepam, rohypnol) a rozpouštědla (toluen)*“.¹⁹

Podrobné dělení drog podle převládajícího účinku a míry rizika, které rovněž vypracoval Minařík je předmětem přílohy č. 4. Za povšimnutí stojí v příloze následný komentář, který se snaží dostupnou formou a výstižně popsat otázku míry rizika spojeného s užíváním omamných látek.

V následujících podkapitolách krátce uvádím základní údaje – zejména rizika a dopady užívání nejrozšířenějších drog, které se vyskytují v anamnestických listech většiny klientů o. s. SANANIM i TK Magdaléna, o.p.s. – cannabinoidech, stimulanciích, opiátech a halucinogenech.

2.2.1 Cannabinoidy

Konopí obsahuje mnoho účinných látek, nejznámější je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Droga se nejčastěji užívá kouřením.

drogy/POKUS/casti/slovník.htm

¹⁸ SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987. s. 20

¹⁹ MINAŘÍK, J. O drogách obecně. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=1>

Při požití marihuany je vstřebání velmi pomalé, nepravidelné, z hlediska průběhu bývá intoxikace daleko závažnější. Ve všech fázích intoxikace dochází k porušení kontaktu s realitou. Popis účinku na člověka není snadný, neboť se od případu k případu často velmi liší. Urban k tomu uvádí: „*To lze vysvětlit jednak značnými rozdíly v použité droze (množství, koncentrace a složení účinných látek), jednak rozdíly v osobnosti požívače. Důležité a možná nejdůležitější jsou vlivy prostředí, zejména sociálního*“.²⁰

Cannabinoidy bývají často označovány jako brána k "tvrdším drogám" (iniciační drogy) s tím, že jejich užívání po čase uživateli nestačí a přechází na drogy s razantnějším efektem. Presl na tuto problematiku odpovídá: „*Příležitostných kuřáků marihuany je jen v Praze v současné době na desetitisíce. Dalo by se zjistit procento mládeže, které marihuanou přišlo do styku a okusilo ji. Toto procento jistě nebude malé. Přesto jen nepatrný zlomek těchto lidí vůbec kdy zkusí ještě něco jiného*“.²¹ Minařík k tomuto uvádí: „*Zkušenosti však ukazují, že nejčastější "iniciační" drogou je u nás alkohol, jeho nadužívání často uniká pozornosti a jako první drogová zkušenost je pak označována marihuana*“.²²

Často jsou rovněž diskutována rizika užívání – při dlouhodobé konzumaci je třeba počítat s poruchami tvorby spermií a kuřáci marihuany mívají po delším pravidelném užívání výpadky paměti. „*Sami tomu občas říkají, že jsou vyfoukaní. A taky pravda, nakonec trochu vyfoukaní jsou*“.²³

2.2.2 Stimulační drogy

Psychostimulancia jsou látky s budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin, kokain, crack, méně typickým zástupcem je Extáze (má kromě stimulačního účinku také účinek psychedelický).

Psychostimulancia všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti na úkor přesnosti. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly a energie. Snižují chuť k jídlu. Užívání stimulancií na počátku drogové kariéry bývá víkendové, typicky v tzv. jízdách - několikadenních opakovaných užití vždy, když účinek předchozí dávky vyprchal.

²⁰ URBAN, E. *Toxikomanie*. Praha : Avicenum, 1973. s. 116.

²¹ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : MAXDORF, 1995. s. 34.

²² MINAŘÍK, J. Cannabinoidy. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=2>

²³ JOHN, R.; PRESL, J. *Drogy!*. Praha : Medea kultur, 1996. s. 33.

Látky této skupiny vyvolávají psychickou závislost. Nadužívání psychostimulancií buď dlouhodobé nebo jednorázově ve vysoké dávce, může vést k toxické psychóze. Ta je dle Švestky řazena mezi „*prokázané psychické nežádoucí příznaky*“.²⁴ Bohužel je rovněž u psychostimulancií častým „*průvodním jevem agrese a s tím spojené nebezpečí sobě i druhým*“.²⁵

Z výzkumu v komunitě Karlov mohu potvrdit, že všechny ženy v programu uvedly jako primární drogu právě stimulační drogu pervitin a všeobecně považovaly tuto drogu za „nejlepší“, terapeuti z Karlova poukazují u klientek i na spojitost se závislostí na pervitinu a poruchy příjmu potravy.

2.2.3 Opiáty

Opiáty jsou skupinou opioidů, které se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti. Nejdůležitější účinnou látkou opia je morfin. Opiáty tlumí centrální mozkovou soustavu, potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí útlum. Při intoxikaci uživatel cítí příjemnou euforii, která více než jiné účinky podléhá toleranci. Tolerance znamená, že při opakovaném užití látky si organismus zvyká na vysoké dávky a pro dosažení účinku potřebuje vyšší dávku drogy. Obecným jevem dlouhodobého opakovaného užívání je rozvoj fyzické závislosti, jejíž znakem je vzestup tolerance.²⁶

Radek John vystihl problematiku zneužívání opiátů takto: „*Opiáty jsou drogy, které nelze brát rekreačně. Pokud jde někdo do heroinu, musí počítat s tím, že ho nakonec bude muset brát každý den*“.²⁷

2.2.3.1 Substituční léčba závislosti na opiátech

V případě léčby závislosti na opiátech se Kromě klasického postupu detoxifikačního programu ve zdravotnických zařízeních a následných služeb pro abstinující toxikomany využívají rovněž tzv. substituční programy. Tyto programy jsou určeny zejména klientům, jejichž zpravidla delší doba nitrožilního užívání drog a tím i neuspokojivý zdravotní stav nedovolují absolvovat běžný rezidenční detoxifikační program.

²⁴ ŠVESTKA, J. a kol. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha : Grada, 1995. s. 38.

²⁵ NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha : Fortuna, 1997. s. 23.

²⁶ MINAŘÍK, J. *Opiáty. Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=4>

²⁷ JOHN, R.; PRESL, J. *Drogy!*. Praha : Medea kultur, 1996. s. 41.

Kromě metadonových programů je „*nově k ambulantní detoxifikaci nebo k časově omezené substituci opiátů využíván přípravek Subutex®*“²⁸. Dle prezentovaných poznatků Terénních programů v rámci porad vedení o. s. SANANIM v Praze, je ale bohužel i tento farmakoterapeutický přípravek toxikomany zneužíván obdobně, jako opiáty.

Zábranský s kolektivem v rámci této problematiky navrhuje upravit zdravotní a zákonné předpisy tak, aby bylo umožněno terapeutům psychiatrům ve vybrané síti zdravotnických zařízení podávat závislým čisté, *lege artis* připravené drogy – respektive opiáty a v modifikovaném přístupu i pervitin.²⁹ Tento názor bývá všeobecně přípustný pouze pro odbornou sféru, ze své zkušenosti v rámci praxe mohu dosvědčit, že laická společnost není ještě připravena legalizaci těchto postupů vnímat jako metodu déledobě řízené detoxifikace.

K tomuto poznatku si dovoluji připojit vlastní komentář. V případě podávání jakýchkoliv druhů substitučních přípravků, což bylo i potvrzeno odbornými příspěvky Centra detoxifikace a ambulantní substituce v rámci porad vedení o. s. SANANIM, se vždy v tomto případě vyplatilo dát pacientovi předepsanou dávku a neprodleně na místě dohlédnout a zkontrolovat zda je aplikována dle předpisu. Velmi často se totiž stávalo, že byla látka vynesena z ordinace a zneužita v rozporu s předepsaným způsobem, či prodána se záměrem opatřit si za ztržené peníze nelegální drogu. To samozřejmě vedlo k rozporu se základními principy práce s klienty v substitučním programu a je nutné mít na paměti, že by tyto problémy vyvstaly i v případě podávání drog *lege artis*.

2.2.4 Halucinogeny

Halucinogeny nebo také psychedelika vyvolávají u zdravých jedinců psychické změny až do stádia toxické psychózy. Mnoho látek skupiny halucinogenů bylo syntetizováno nebo izolováno v minulém století. Nejznámější je asi LSD (1938) a MDMA - Ecstasy (1912).

Presl před těmito drogami varuje pro jejich nevyzpytatelnost a to hlavně na osoby, které s těmito drogami neumí správně zacházet. „*Halucinogenní drogy byly vždy spjaty s náboženskými rituály. Zásah do psychiky je u těchto drog tak silný, že rituální užívání se stává jednoznačným obranným mechanismem*“.³⁰ Halucinogeny se skutečně vyznačují předem nevypočitatelným efektem. Průběh intoxikace závisí do značné míry na osobnosti uživatele a zevních podmínkách při intoxikaci. Po užití vznikají většinou psychické obtíže, pocení, bušení srdce, vzestup krevního tlaku, nevolnost. Častým doprovodným efektem je sucho v ústech.

²⁸ SANANIM. CADAS. [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=4>

²⁹ ZÁBRANSKÝ, T. a kol. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc : Votobia, 1997. s. 36.

³⁰ PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : MAXDORF, 1995. s. 39.

Ve druhé fázi dochází k výrazným změnám psychiky - emoční prožívání, euforická nebo depresivní nálada, která může být provázena úzkostí a panikou. Vyskytují se rovněž poruchy ve vnímání časoprostoru, špatný odhad vzdáleností, změněné vnímání tvarů, pocity derealizace, při vyšších dávkách se dostávají halucinace.³¹ Miovský uvádí, že „*dlouhodobé užívání halucinogenů vede ke změnám v hodnotovém žebříčku, uživatel se vymyká běžným normám chování, mívá obtíže s integrací do společnosti. Velice často bývají také postiženy oblasti myšlení, fantazie, pozornosti*“.³²

3 Specifika zneužívání drog u žen a matek

3.1 Nealkoholové drogy a ženy

Institut pro kriminologii (2001) při zaměření svého výzkumu na zneužívání drog ženami vycházel z myšlenky, že „*v současnosti se žena dostává do nových rolí, nových hodnot, nových úkolů, zůstávají jí však všechny původní, v potřebě harmonického manželství, vztahu k dětem, vytvoření kvalitních emočních vazeb. Zvýšené nároky, respektive hrozba společenského selhání, jsou často motivací k vyhledání další drogy jako potencionálního pomocníka k rozšíření schopností a možností, k potlačení úzkosti nebo stresu*“.³³

Tato myšlenka má ale u odborníků základní námitku v tom, že se většina žen ke zneužívání a závislosti na drogách dostává mnohem dříve, než si tyto nové role a úkoly vůbec uvědomuje. Rovněž z výzkumu na komunitě Karlov a statistik věkového složení klientely v komunitních zařízeních se většina žen v současné léčbě setkala s drogou již ve velmi mladém věku a závislostní chování se projevilo dříve, než úvahy nad budoucností či nutnost plnit společenské úkoly, vyplývající z výše uvedené hypotézy.

Podle Nešpora a Csémyho, spojuje ženy závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách nejčastěji vznik závislosti se zátěžovou životní událostí v rodině nebo partnerském životě. Žena závislá na alkoholu nebo na drogách, je podle stejných autorů také častěji vystavena násilí, nebo sexuálně zneužita.³⁴

³¹ MINAŘÍK, J. Halucinogeny. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=5>

³² MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice : Albert, 1996. s. 16

³³ TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 4

³⁴ NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. s. 153.

V souvislosti s touto myšlenkou došel i výzkum Institutu pro kriminologii k závěrům, že ženy užívající drogy začaly s kariérou velice brzy a pravidlem bylo, že drogu získávaly dlouho darem, nebo výměnou za cokoliv. V pozdější době dospívaly k trestné činnosti. Proto také „socializace těchto klientek na rozdíl od žen alkoholiček neměla kdy proběhnout a bývá tedy těžké pokoušet se o resocializaci a při působení na tyto klientky se musí v mnoha faktorech působit již od prvopočátku. Jde o rozvinutí všeho, co by žena v klasické roli měla dokázat, včetně orientace v sociálních a společenských vztazích“.³⁵

Dalším závažným tématem je všeobecně známý názor, že ženy oproti mužům častěji následují svého partnera, u kterého je zjevná závislost na nealkoholových drogách, nebo jejich zneužívání. Tuto hypotézu publikoval Nešpor a Csémy, kteří uvedli, že u žen „vzniká závislost na alkoholu nebo na drogách mnohdy v souvislosti se soužitím s mužem, který alkohol či jiné návykové látky sám škodlivě užívá, nebo je na nich závislý“.³⁶ To dnes vede k trendu, že ženy začínají s drogami v obdobném věku jako muži.

Rozdíl podle Magdaleny Frouzové „je mezi muži a ženami v tom, že více než polovina toxikomanek dostala svoji první injekci od svého partnera (51%), zatímco toxikomanům jejich partnerka „poskytla“ totéž jen v 10% případů.“³⁷

Názory terapeutů v komunitách Magdaléna a Karlov SANANIM poukazují na fakt, že ženy bývají více závislé na svých partnerech a proto při vztahu s rizikovým partnerem více podléhají prvnímu užití drogy, než v opačném případě. Vobořil k tomu poukazuje, že i Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) označilo za jeden z hlavních problémů věk prvního experimentu s drogou u děvčat, který je z tohoto důvodu nižší než u chlapců. Problém je podle Vobořila „obecně výsledkem skutečnosti, že dívky mají starší partnery, kteří je povzbuzují k počátku užívání“.³⁸

Výzkum Institutu pro kriminologii rovněž potvrdil výše uvedené poznatky z léčebných zařízení, kdy byla často poměrně značná vazba na partnera, související s nabídkou drog (přes 50%) a bohužel rovněž drogovou kariéru doprovázely nepříjemné zážitky spojené se sexem, jako fyzické násilí či znásilnění (přes 50% případů).³⁹

³⁵ TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 82.

³⁶ NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. s. 154.

³⁷ FROUZOVÁ, M. Ženy a drogy. In TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 4.

³⁸ VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 238.

³⁹ TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 73.

Stejný výzkum ve svých závěrech uvedl i další údaje, které celoplošně umožňují vytipovat odlišnosti mezi drogovým návykem u žen a u mužů:

- užívání drog degraduje ženu více než muže, izolace okolí je podstatně větší a úprava stavu obtížnější
- důsledky závislosti na tělesném a duševním zdraví se manifestují výrazněji a rychleji než u mužů
- ženy jsou více úzkostné a méně agresivní než muži
- nejčastější motivací abúzu žen je reakce na životní komplikace a nezdary (dominují „rodinné“ problémy), velký vliv má abúzus partnera
- ženy užívající drogu či alkohol častěji ztrácejí partnera, popřípadě celou rodinu, větší společenské stigma a strach z odebrání dětí vede u žen k otálení s žádostí o pomoc.

Lze tedy konstatovat, že většina problémů s abúzem žen, má úzkou souvislost se způsobem žití a myšlení. Problémy se často u žen kumulují. Jedním z „nejvíce po ruce“ řešením bývá užití látky, ovlivňující psychiku. Zpočátku se zdá toto řešení snadné a rychlé, postupně se z něj však stává návyk, bez kterého nelze „normálně“ žít.⁴⁰

3.2 Zneužívání drog těhotnými ženami - matkami

Skupina těhotných žen a matek, více než „bezdětná“ klientela, potřebuje výraznější potřebu zvláštní péče. Jak jsem již popsala v úvodu, v České republice se o této klientele hovoří až v posledních deseti letech. Preslová proto popisuje: „*Vzhledem k relativně krátkému období, ve kterém se intenzivněji věnujeme této klientele, schází v našich podmínkách více zkušeností a dlouhodobých sledování*“.⁴¹

Preslová v rozhovoru rovněž poukázala na situaci, kdy se častěji než v minulosti objevují klientky, které jsou neperspektivní a nemotivované. Je u nich plně rozvinutá dlouhodobá drogová kariéra, a kromě nemotivovanosti k léčbě či abstinenci jako takové, se po čase v léčbě ukazuje to, že dítě opravdu nechtějí, nikdy nechtěly a nevytvořily si k němu žádný vztah. V takové situaci by bylo poctivé klientku k výchově dítěte nenutit a osvobodit ji od této role.

⁴⁰ TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 73-74.

⁴¹ PRESLOVÁ, I. Závislé matky s dětmi. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 244.

Podle Preslové jde hlavně o to, aby byla matka indikována do vhodné léčby. Nutné je kvalitní párování klientka – služba, aby nebyl nucen do léčby a péče o dítě někdo, kdo na to nemá, a naopak nebyla upírána léčba a výchova potomka někomu, kdo na to má.

Specifika v motivaci těchto klientek oproti bezdětným ženám ale Preslová v zásadě nevidí, jediné, co odlišuje přístup k těmto ženám je fakt, že musí být stále brán ohled na to, že každé rozhodnutí klientky má na dítě nějaký dopad, respektive má dopad na celý systém, který se od jejího rozhodnutí odvíjí. Je nutné matce připomenout, že v případě odmítnutí například rezidentní léčby, existuje velké riziko, že opatrovnický soud rozhodne o nevydání dítěte do její péče, ale na druhou stranu lze o to usilovat. Vždy je to ale klientka, kdo musí učinit rozhodnutí. Nelze na ní vyvíjet neadekvátní tlak ani ze strany odborných zařízení, ani ze strany její primární rodiny. Pokud se však klientka rozhodne pro léčbu, je nutná větší pomoc ve formálních věcech. Jde o pomoc při práci s tím, co běžného života ženy - matky patří, v tomto případě, oproti bezdětným klientkám, se jedná o výchovu dítěte.

V případě výchovy dětí závislými ženami autorky Mračnová, Jandová a Gardiánová uvádí, že jsou matky často neurotické, s konzumním postojem k životu. *„Z hlediska přístupu k dítěti jsou rizikem charakteristické změny motivace rodiče toxikomana. Pozitivní motivace jsou totiž blokováné lhostejností, motivační pole se zužuje na úzký okruh zájmů a cílů, které souvisí s obstaráváním drog“*. Autorky dále uvádí, že *„riziko identifikace dítěte s rodičem toxikomanem, jeho toxikomanskou subkulturou a životním stylem je velmi velké“*.⁴²

Při výzkumu specifík zneužívání drog matkami prakticky všechny toxikomanky okamžitě projevíly shodně *„naprostou netoleranci k tomu, aby drogu užívalo jejich dítě a pouze výjimečně souhlasily s tím, aby drogu užíval jejich rodič či sourozenec (do 5%)“*.⁴³

3.2.1 Vývoj dítěte – vliv užívání drog matkou a možná rizika

Většina pozornosti se týká vlivu drog během těhotenství a dále pak *neonatálního abstinenčního syndromu (NAS)*. Při hledání následků užívání drog v těhotenství se nabízí výsledky vlivu alkoholu na matku a dítě, kde je vztah mezi chronickým užíváním alkoholu v těhotenství a poškozením plodu prokázán. *„V 70. letech byla tato jednotka nazývána fetální alkoholický syndrom (FAS), který je nejčastější příčinou mentální retardace“*.⁴⁴

⁴² MRAČNOVÁ, E.; JANDOVÁ, P.; GARDIÁNOVÁ, O. Drogová závislost žien - závažné nebezpečenstvo pre novorodenca z hlediska poporodnej adaptácie a prognózy. *Alkoholizmus a Drogové závislosti*, 1997, roč. 32, č. 1, s. 30.

⁴³ TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 71.

⁴⁴ DROBNÁ, H.; HUTTOVÁ, M. Matka závislá od drog a jej novorozenec. Neonatálny abstinenční syndrom. *Alkoholizmus a Drogové závislosti*, 1996, roč. 31, č. 3/4, s. 185.

Na rozdíl od alkoholu, kdy je uváděno i poměrně přesné množství čistého alkoholu jako *pro organismus škodlivé dávky u plodu a kojence (cca 60g 100% alkoholu)*⁴⁵, u nealkoholových drog je stanovení škodlivé dávky a určení přesných hranic i závažnosti působení na dítě obtížnější.

NAS se objevuje nejintenzivněji u závislosti na opiátech v prvních hodinách a dnech po porodu, příznaky ale mohou trvat i mnohem déle. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti k tomu uvádí, že neonatální abstinenční syndrom nemá vždy přímý vztah k množství opiátů, které matka užívá, ani k množství opiátů v krvi dítěte. Obvykle nastupuje během 48 hodin po porodu, v malém procentu případů se může opozdit o 7–14 dnů. S novorozeneckým abstinenčním syndromem se obecně spojuje podrážděnost a poruchy spánku, kýčání, cumlání pěstiček, pronikavý křik, vodnatá stolice, obecná hyperaktivita a neklid, neefektivní sání, nízký přírůstek na váze, světlolachost, zívání, zvracení a křeče.⁴⁶

Jako ilustraci přikládám dvě kazuistiky Mračnové, Jandové a Gardiánové včetně jejich závěrů – jsou obsahem přílohy č. 5.

Zvlášť problematické je určení dlouhodobého vlivu užívání drog matky na dítě s ohledem na jeho další psychický vývoj, výchovné a školní problémy. Bylo již vypracováno několik výzkumů o vlivu drogové závislosti rodičů, ale velmi se od sebe liší – jde o studie v rámci evropských zemí. Některé prokazují, že takové děti jsou již předurčeny k potížím nejen s drogami, ale i s učením, pamětí a zvýšenou schopností agresivních reakcí. Jiné výzkumy oproti tomu ale dokazují, že mezi dětmi závislých rodičů a ostatními dětmi neexistují žádné rozdíly v emoční oblasti, chování a školních schopnostech a že nelze u nich prokázat náklonnost k drogám.⁴⁷

Lze odhadovat, že je více než pravděpodobné, že se při neřešení rodinné situace mohou mít děti rovněž tendenci užívat drogy stejně, jako jejich rodiče. „*Děti si jistě časem vyžádají zvýšenou pozornost, nelze však předem předpokládat problém s drogou v jejich budoucím životě*“.⁴⁸

⁴⁵ POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151.

⁴⁶ NMS. Opiáty - podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. Dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne

⁴⁷ ŠTUROVÁ, J.: Úvaha o vztahovom poli závislosti od drog. *Pedagogická revue*, 1998, roč. 50, č. mimořádné, s. 15-20.

⁴⁸ PRESLOVÁ, I. Závislé matky s dětmi. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 244.

3.2.2 Nejčastější způsoby vyhledání péče a práce s klientelou matek

Preslová rozdělila cesty do léčebných zařízení na tři různé modelové situace.

- 1) evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je možné s ní pracovat, doporučovat různá řešení, sledovat ji apod.
- 2) žena bere drogy, porodí dítě s abstinenčním syndromem, z porodnice je informován příslušný sociální odbor a je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení
- 3) žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti, na situaci upozorní většinou okolí (škola, sousedé, rodinní příslušníci).

Podle těchto specifík lze popsat i další možná doporučení pro následnou práci:

V případě prvního způsobu vyhledání péče, je dobré, že má klientka k odbornému zařízení důvěru. Lze pomoci řešit sociální otázky, zamezit zdravotním rizikům a poskytnout základní podporu. Již je možné případně předem řešit osud ještě nenarozeného dítěte.

Ve druhém případě je problém závislosti zveřejněn teprve v průběhu porodu a dítě bývá umístěno na základě předběžného opatření do kojeneckého ústavu. Zde záleží na zájmu matky o dítě, ochotě podstoupit léčení, postoji kojeneckého ústavu a sociálního pracovníka. Pokud je matka po porodu hospitalizována spolu s novorozencem, je motivovanější k léčení a projevuje větší zájem o dítě. Bohužel společný pobyt matky s dítětem bývá v podmínkách kojeneckých ústavů nemožný. Zde hrozí nebezpečí obtížnosti zpětného vytváření vazby mezi matkou a dítětem. Je vždy nutné rozhodovat rychle a odborně. Musí se provést včasná diagnostika, zda se jedná o matku, u které je léčba možná a nadějná.

U třetí skupiny klientek se jedná o nejméně nadějně případy, kdy problém závislosti trvá dlouho a je zde zanedbaná péče o dítě. Řešení takového případu si vyžaduje úzkou spolupráci odborníků z oblasti gynekologie, pediatrie, sociální práce, psychologie, práva apod. Do řešení situace je nutné rovněž zapojit zařízení pro léčbu drogově závislých. Jednotný postup v České republice není a je nutno řešit individuálně každý konkrétní případ.⁴⁹

3.2.3 Specifika přístupu v práci se závislými ženami a matkami

Nešpor a Csémy poukazují na fakt, že „výsledky léčby jsou u žen vzdor jejich větší vulnerabilitě (zranitelnost, tělesná i duševní, přecitlivělost⁵⁰) přinejmenším srovnatelné s léčebnými výsledky u mužů“.⁵¹

⁴⁹ PRESLOVÁ, I. Závislé matky s dětmi. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 245.

⁵⁰ ABZ SLOVÍK CIZÍCH SLOV. Pojem vulnerabilita. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Dostupné na: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=vulnerabilita

⁵¹ NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. s. 154.

Důvodem může být mimo jiné nižší výskyt obtížně ovlivnitelných poruch osobnosti. Současně ale autoři zdůrazňují, že je vhodné věnovat pozornost diferenciální diagnostice depresivních symptomů, otázkám fyzického nebo sexuálního násilí a rodinné situaci. Sebevědomí závislých žen je často otřeseno, bývá proto na místě spíše citlivý a pokud možno nekonfrontativní přístup. Kromě fyzického či sexuálního násilí je také třeba připomenout, že užívání drog ženami nese v mnoha případech rovněž problém s prostitucí. I s touto problematikou je nutné v léčebných zařízeních pracovat.⁵²

Vobořil poukazuje na informaci Evropského monitorovacího střediska z roku 2000, že ženy v EU, které užívají drogy páchají méně trestných činů než muži, ale „prostředky pro užívání drog si častěji opatřují díky „sexuálnímu průmyslu“ a to až v 60%“.⁵³

Speciální zpráva agentury EU pro drogy upozorňuje na znepokojující vysoký výskyt infekce HIV zjištěný u mladých žen, užívajících injekčně drogy. Právě z důvodu, že tyto uživatelky častěji poskytují sexuální služby, jsou infekcí HIV ohroženější. Údaje z nedávných studií z devíti zemí EU ukázaly, že výskyt HIV v případě injekčních uživatelů drog dosahuje v průměru 13,6% u mužů a 21,5% u žen.⁵⁴

V případě klientely matek je specifická přístupů hlavně v tom, že se odborníci snaží najít ideální řešení minimálně pro dvě osoby – pro matku a její dítě. Zde vyvstává otázka priorit, komu vlastně pomoci a jaký cíl sledovat. Je nutné ujasnit si postoje a cíle terapie.

Preslová vyslovila zásadní otázku, zda odborníci chtějí vyléčit tuto klientku z drogové závislosti a zajistit terapii dítěti vhodnou matku, nebo pomáhat matce ujasnit si vztah k dítěti a tím nalézt motivaci k léčbě. Současná praxe zatím, dle výše uvedené autorky, ukazuje na řešení, kterým může být stanovení hranic pomoci. Klientem v léčbě drogové závislosti je matka – té se zařízení musí snažit pomoci. Pokud matka projevuje zájem o dítě a chce ho vychovávat u sebe, lze v tomto vidět motivaci a odborná pomoc je zacílena na nalezení možnosti společného pobytu v léčebném zařízení a upevnění vztahu k dítěti. Vyjimečnost přístupu by měla být ve snadnějším přístupu k léčbě. V případě léčby těhotných závislých žen je proklamován ve většině evropských zemí rychlejší a nekomplikovaný přístup k terapii. U nás lze zatím tvrdit, že dle podmínek je možné vyjít zatím s vyškoleným a pod stálou supervizí pracujícím personálem stávajících protidrogových zařízení.⁵⁵

⁵² NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. s. 154.

⁵³ VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 239.

⁵⁴ EMCDDA. Užívání drog z hlediska gender. *Výroční zpráva za rok 2006*. [online]. Dostupné na: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

⁵⁵ PRESLOVÁ, I. Závislé matky s dětmi. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 245.

4 Terapeutická komunita

4.1 Princip práce v komunitách

Kapitolu bych ráda nejprve uvedla vyjádřením psychiatra Jonese, kterým popsal vývoj terapeutických komunit pohledem, jež je pro současné komunitní pracovníky stále aktuální a cenný: „*Hlavní přínos vzniku terapeutických komunit spočíval v humanizaci zařízení a zdravotnických profesionálů vůbec, mohli se totiž identifikovat s pacientem jako s osobou, stejně tak si mohli uvědomit sílu skupiny seberovných, a rovněž nabízí možnost aby si každý pacient nebo potencionální pacient našel vlastní smysl a vlastní řešení svojí situace sám.*“⁵⁶.

Hartl uvádí, že důležitým faktorem, který komunitní práci spojuje a provází, je „*tvorba povzbuzujícího prostředí, co nejširší možnosti pro začlenění jedince do širší vztahové struktury, vzájemná výměna zkušeností a osobní růst každého člena komunity*“.⁵⁷

Nutné je rovněž zásadně odlišit to, co občas nabízí pojmový chaos. Terapeutická komunita může poskytovat jednak služby pro osoby s duševními poruchami, ale zároveň je nutné přesně dbát na principy práce komunity sloužící výhradně pro osoby drogově závislé. Okruhlica vysvětluje: „*Lidé kteří měli problémy s psychoaktivními látkami mají vzpomínky na minulé zážitky pouze podřadný význam, podstatné je to, co je teď a to co bude*“⁵⁸.

Většina publikací vyjadřuje Kratochvílův postoj, který rozlišoval mezi komunitou pro neurotiky a komunitou pro alkoholiky a toxikomany. V komunitě pro závislé je zdůrazněna potřeba vyšší míry důrazu na disciplínu, pořádek a výcvik. Režim v takovéto komunitě má také, na rozdíl od komunity pro duševně nemocné, větší nároky na vystavování pacientů tělesné zátěži, stejně jako psychické frustraci, bez možnosti útěku k návykové látce.

Kratochvíl rovněž poukazuje na fakt, že „*jsou-li pacienti pro skupinovou práci předem připraveni, vytvářejí se žádoucí skupinové normy rychleji a snadněji*“.⁵⁹ Stejný autor význam komunity vidí i v širších možnostech projevení typických vzorců chování a jejich korekce. *Pacient v těchto podmínkách neuvědoměle přenáší do společného života své postoje, vztahy, problémy a konflikty a reprodukuje je zde.*⁶⁰

⁵⁶ NOCIAR, A. a kol. *Úvod do léčby drogových závislostí*. Bratislava : Asklepios, 1996. s. 29.

⁵⁷ HARTL, *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 17.

⁵⁸ OKRUHLICA, L a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava : Inštitút drogových závislostí, 1998. s. 159.

⁵⁹ KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha : Avicenum, 1978. s. 12.

⁶⁰ KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuróz II*. Praha : Avicenum, 1983. s. 194.

Dnes jsou všeobecné cíle léčby v terapeutické komunitě v zásadě jednotné. Základem je klientův pocit bezpečí v chráněném místě, možnost žít život bez drog a osvojování si schopnosti rozšíření pozitivního životního stylu, zvládnání stresu konstruktivním způsobem, možnost změnit negativní sebepojetí a vytvářet uspokojivé blízké vztahy s druhými lidmi.

Kooyman popisuje komunitu a cíle léčby takto: „*V terapeutické komunitě se člověk učí znovu cítit důvěru v sebe a druhé. Konečný cíl není neutrální, ale pozitivní. Klient zjišťuje, že žádat o pomoc neznamena být bezmocný. Léčba v terapeutické komunitě se zaměřuje na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj klienta. V tomto procesu je důležité, aby klient poznal limity svých schopností, naučil se, že není všemocný obr svých snů ani trpaslík svého strachu, a že je to tak v pořádku*“.⁶¹

Terapeutické komunity pro drogově závislé, jak je známe dnes, vznikly a navazují na americký vzor komunity typu Day-top, který je postaven na principu fázování léčby. Matoušek cíl fázování popisuje takto: „*Klient při přechodu z jedné fáze do druhé nejdříve získává více odpovědností v léčebném společenství, pak již zkouší přebírat odpovědnost za svůj život mimo toto společenství*“.⁶²

Terapeutickou komunitu nejen jako teoretické pojetí, ale také jako metodu léčby lze dle Hartla definovat jako „*přístup využívající dynamiku malé skupiny i většího společenství, přičemž na přestavbě pacientovy osobnosti pracuje jak on sám, tak malá skupina, jíž je členem, i celá komunita*“.⁶³

4.2 Cíle léčby v terapeutické komunitě

Vedení terapeutické komunity Karlov uvádí, že hlavním cílem léčby je sociální integrace osob závislých na nealkoholových drogách. Pojmem sociální integrace je myšleno úspěšné zapojení závislého jedince do podmínek normálního plnohodnotného života.

Základním cílem léčby v terapeutické komunitě je plnohodnotné zapojení klienta zasazeno do podmínek běžného života, k čemuž je nezbytná abstinence od všeho, co mu v životě škodí. Prostředí komunity umožňuje závislému konfrontaci s dosavadním způsobem života, pochopení své životní historie a učení se novým dovednostem nezbytným pro život.⁶⁴

⁶¹ KOOYMAN, P.J. cit. dle NEVŠÍMAL, P. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. Praha : Středočeský kraj, 2004. s. 37.

⁶² MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 240.

⁶³ HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 182.

⁶⁴ SANANIM. TK Karlov. *Výroční zpráva 2005*. [online]. Dostupné na: http://www.sananim.cz/annual_report.php

Práci a léčebný proces terapeutických komunit výrazně ovlivnila právě komunita v Němčicích. Jde o první komunitu v postkomunistickém Československu, kterou založilo v roce 1991 o. s. SANANIM a „němčické“ rezidenčně-léčebné zařízení dodnes nedoznalo mnoha zásadních změn ani ve vzhledu ani v cílech a principech léčby. Zakladatelka této komunity a předsedkyně o. s. SANANIM Richterová – Těmínová společně s Adamečkem a Kalinou popsali jako jeden z hlavních cílů léčby změnu klientova životního stylu. Společně uvedli tuto tezi: „Vycházíme z předpokladu, že trvalejší změny životního stylu lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu. Klient v programu TK postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede.“⁶⁵

Klienty v terapeutických komunitách, dle Těmínové, ohraničuje v zásadě pět základních pravidel:

- pravidlo čistoty (jakékoli požití drog během terapie, manipulace s nimi a neinformování skupiny o jejich výskytu je nepřípustné)
- přijetí terapie komunity
- podřízení se rozhodnutí skupiny a komunity
- zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku
- sexuální kontakty jsou možné pouze ve druhé a třetí fázi a se souhlasem komunity.⁶⁶

Všeobecně je z této kapitoly znát, že v návaznosti na způsob života během drogové kariéry se vstupem do komunity naprosto zásadně mění klientovi jeho způsob života a je vždy pro něj nejtěžší si během relativně krátké doby na takovou změnu zvyknout a přijmout jí.

4.3 Znaky a zásady komunitní práce

Důležitým východiskem pro práci komunity je, že terapeutický tým takového zařízení musí být vždy multidisciplinární. Pracovníci v týmu mají různé vzdělání, např. psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce atd., rovněž jsou dle Kaliny pro člena týmu komunity důležité specializované výcviky a různé praktické dovednosti.⁶⁷

⁶⁵ ADAMEČEK, D; TĚMÍNOVÁ, M; KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 202.

⁶⁶ TĚMÍNOVÁ, M. cit. dle NEVŠÍMAL, P. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. Praha : Středočeský kraj, 2004. s. 193.

⁶⁷ ADAMEČEK, D; TĚMÍNOVÁ, M; KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 201.

Ke znakům a zásadám komunitní práce patří podle Nováka vzájemná komunikace na všech úrovních komunity a rovnoprávnost členů v rozhodování. Důležitým znakem komunity je vzájemná pospolitost, která se projevuje v rámci podpory vztahů a kontaktů mezi členy komunity a permissivnost, což je postoj vyhýbající se kritizování ostatních. Pokud osoba, která jedná způsobem, který vybočuje z běžné normy, dojde k příčinám svého chování, získává postupně náhled, který je prvním krokem ke změně. Při komunitní práci musí mít tým zaměstnanců na zřeteli etické principy, které se obracejí přímo ke klientům. Jde o „*zachování důstojnosti, respekt k soukromí, umožnění individuální volby, realizace vlastních aspirací*“.⁶⁸

Hartl jako hlavní zásadu pro navození úspěšného procesu léčby uvádí projevení skryté schopnosti a hraní role ve vlastním procesu uzdravení. Osobní krize, špatné nálady a konflikty jsou pro klienta i členy skupiny cenným materiálem pro sociální učení. Být aktivním účastníkem své léčby i léčby ostatních členů komunity znamená schopnost přebírat odpovědnost nejen za sebe, ale i za chod celé komunity. Proto je u klientů rozhodující ochota k soužití. Členové i přes své osobnostní rozdíly musí navázat vzájemné vztahy. Lze proto z tohoto hlediska komunitu definovat jako „skupinu, která se naučila překonat své individuální rozdíly“.⁶⁹

Dle Pecka musí dojít u členů k přijetí odlišností ostatních. „*V komunitě jsou lidské rozdíly oslavovány jako dary, namísto toho, aby byly odmítány, skrývány, přehlíženy či měněny.*“⁷⁰

Kinkor popsal pojem komunitní práce následovně: Jde o „*přístup k lidem, proces, jak je aktivizovat, aby se sami postarali o řešení problému. Rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit to, co se s nimi děje*“.⁷¹

Metodika Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti uvádí seznam výkonů v rámci rezidenční péče v terapeutických komunitách, ze kterého jsem vybrala služby, jejichž kvalita je pro komunitu zásadní; individuální poradenství pro klienty, rodiče a osoby blízké klientům, psychiatrické či psychologické vyšetření, individuální psychoterapie, krizová intervence, práce s rodinou, rodinná terapie, skupinová psychoterapie, terapie a poradenství, skupiny pro rodiče a blízké klientovi, sociální práce, socioterapie, podporované zaměstnání a pracovní terapie, , testování infekčních nemocí , zátěžové programy.⁷²

⁶⁸ NOVÁK, T.; SMÉKALOVÁ, E; LAUERMAN, M. *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. Praha : Nová škola, 2005. s. 12.

⁶⁹ HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 183.

⁷⁰ PECK, S. *V jiném rytmu*. Olomouc : Votobia, 1995. s. 55.

⁷¹ KINKOR, M. Práce s komunitou. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 254.

⁷² Kolektiv autorů. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha : Úřad vlády ČR, 2006. s. 14.

Rotgers kromě běžných metod práce s terapeutickou komunitou připomíná také přístup, který se nazývá terapií se širší působností. Mezi používané techniky tohoto přístupu patří nácvik asertivity a zvládnání stresu. Pro klienty s diagnózou drogové závislosti je rovněž přínosný nácvik sociálních dovedností. V souhrnu přístup vychází z předpokladu, že závislé chování je běžným maladaptivním způsobem, jak zvládat stres. Nácvik chování by měl tyto maladaptivní vzorce zmírnit. *Ve standardním modelu se klienti učí zvládat negativní emoční stavy, nutkání vzít si drogu, fyzickou nepohodu, touhy zesilovat pozitivní emoční stavy, sociální tlak apod.*⁷³

5 Ženy v terapeutické komunitě Magdaléna, o.p.s.

5.1 Krátce o programu v komunitě Magdaléna

Dle interního informačního materiálu komunity tento léčebný a resocializační program provozuje mimo terapeutickou komunitu také psychiatrickou ambulanci pro osoby zneužívající návykové látky, následnou péči a doléčovací centrum s chráněným bydlením a podporovaným zaměstnáním pro klienty, kteří ukončili léčebný program komunity. Rezidenční program terapeutické komunity je určen pro klienty starší 18 let a maximální kapacita je 21 míst. Klienti kromě závislosti na návykových látkách mají těžký stupeň psychosociálního postižení, často s kriminální kariérou či duální diagnózou. Program je tedy určen pro ty osoby, které nemají předpoklady pro dosažení efektivního výsledku v krátkodobých či ambulantních programech. Pobyt klienta v komunitě bývá v délce od 8 do 15 měsíců, v závislosti na stavu jeho poškození drogovou kariérou a individuálním osobnostním růstu v rámci programu. Základním prostředím terapeutické práce je celodenní život v komunitě. Terapeutické aktivity souhrnně vytvářejí komplexní režimový program.

Prvořadým cílem je podpora osobního růstu. Toho je dosahováno zejména díky změně individuálního životního stylu za pomoci komunity. Klienti společně pracují, aby pomohli sobě i druhým. Komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými morálními a etickými hranicemi.

⁷³ MORGAN, J. cit. dle ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. s. 176.

Cílem programu je tedy systémová změna na úrovni tělesného, zdravotního a psychického stavu klienta a jeho sociální rehabilitace, která se mimo jiné opírá i o tyto faktory; trvalá a důsledná abstinence, opuštění drogového životního stylu, zlepšení fyzické a psychické kondice, osvojení psychosociálních návyků v chování, získání schopnosti řešit krizové situace, přijetí odpovědnosti za svůj život, návrat do plnohodnotného a subjektivně spokojenějšího života, schopnost navazovat a udržovat kvalitní partnerské mezilidské vztahy.

Nezbytným prostředkem změny a rozvoje je pozitivní tlak vrstevníků a cílená konfrontace namířená nikoliv na klienta, ale na jeho chování. Členové terapeutického týmu jsou pouze v roli průvodců, kteří podněcují osobní zodpovědnost za svůj vlastní život. Jde o metodu, která využívá tlak vrstevníků, který urychluje klientovu žádoucí změnu.⁷⁴

5.2 Ženy v terapeutické komunitě Magdaléna

Na základě informací o TK Magdaléna je léčebný program určen pro klientky ve věku nad 18 let⁷⁵. Maximální nejvyšší věk pro přijetí do komunitního programu je, dle interních materiálů komunity, 35 let. Průměrný věk léčených žen na komunitě je za období od začátku trvání programu do loňského roku 23 let. Komunita přijímá ženy, které jsou motivovány k dlouhodobé rezidenční léčbě, vystavily vlastní písemnou žádost s životopisem a doporučením odborníka z oblasti AT (alkohol-toxic), absolvovaly detoxifikaci nebo abstinenci (zde je žádoucí absolvování základní režimové léčby v psychiatrické léčebně) a jsou fyzicky i psychicky schopné k plnohodnotné účasti na léčebném programu.

Klientky v léčbě na komunitě mají většinou za sebou nejen drogovou kariéru, která vedla k diagnostice závislosti na nealkoholových drogách, ale rovněž mají zkušenosti s trestnou činností, pobytem v nápravně výchovném zařízení, prostitucí, fyzickým a psychickým zneužíváním a poruchami příjmu potravy. Klientky jsou ve špatném zdravotním stavu, a to jednak pro nepravdivé lékařské prohlídky, ale také z důvodu onemocnění hepatitidou, sifiliséem či v některých případech i po psychotických atacích.⁷⁶ Údaje o ženách v léčebném programu komunity a porovnání se statistickými údaji mužské klientely jsou popsány v následných podkapitolách. K vypracování tabulek jsem použila statistická data z interního dokumentu komunitní terapeutky Kabíčkové.⁷⁷

⁷⁴ NEVŠÍMAL, P. *Magdaléna, o.p.s., léčebný a resocializační program: Terapeutická komunita*. Mníšek pod Brdy, 2003. Interní dokument Magdaléna, o. p. s.

⁷⁵ MAGDALÉNA. Program TK je určen pro. *Informace* [online]. Dostupné na: <http://www.magdalena-ops.cz/hlavni.htm>

⁷⁶ KABIČKOVÁ, O. *Ženské skupiny TK Magdaléna*. Praha, 2006. Interní dokument. Magdaléna o.p.s.

⁷⁷ KABIČKOVÁ, O. *Charakteristika žen*. Praha 2007. Interní dokument Magdaléna, o. p. s.

5.2.1 Statistické údaje za celkové období trvání programu

Charakteristika žen a mužů v léčbě komunity Magdaléna, o. p. s.

	ženy	muži
průměrný věk	23	24
průměrná délka zneužívání drog	5 let	5,6 let
průměr počtu dnů v léčbě	271 dní	279 dní
nejčastěji užívaná droga	heroin	heroin
nejčastější způsob aplikace drogy	i. v. 87 %	i. v. 84 %
hepatitis A, B, C	40 %	28 %
kriminalita	20 %	33 %
řádné ukončení léčby	46 %	50 %
abstinence rok po léčbě	73%	58 %

Způsoby ukončení léčby žen a mužů 1999 – 2006

	ženy	muži
řádné ukončení	46 %	50 %
předčasné ukončení – odchod	22 %	19 %
předčasné ukončení – vyloučení	18 %	26 %
přeložení do jiného zařízení	12 %	4 %
útěk	2 %	1 %

Délka užívání návykových látek a trestná činnost 1999 – 2006

	ženy	muži
délka užívání drog	5 let	5,6 let
bez trestné činnosti	80 %	67 %
s trestnou činností	20 %	33 %

Rok po ukončení léčby – situace u žen a mužů 1999 – 2006

	ženy	muži
abstinence	73 %	58 %
léčba	9 %	20 %
recidiva	9 %	13 %
údaje nejsou známy	9 %	6 %
úmrtí	0 %	3 %

5.2.2 Interpretace údajů, zhodnocení

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že při rozdělení statistických dat podle pohlaví klientů, lze nalézt v několika specifických údajích markantní rozdíly. Jedná se zejména o promořenost hepatitidou, kriminální činnost v době drogové kariéry, způsob předčasného odchodu z léčby na komunitě a situaci klientů rok po léčbě. Ženy vykazují výrazně nižší kriminální činnost a vyšší schopnost abstinovat od drog v následném roce po dokončení léčebného programu.

V případě vyššího výskytu onemocnění hepatitidou u ženské klientely lze předpokládat, že se ženy při zneužívání drog buď nedovedou dostatečně chránit, nebo že jsou často ve vztahu se starším partnerem, který je infikován nejen hepatitidou, ale i dalšími – zejména pohlavními chorobami.

Nízké rozdíly lze v údajích nalézt v případě průměrného věku klientů, délce a způsobu zneužívání drog, nejčastěji užívané drogy a řádného ukončení léčby. Vzhledem k úspěšnosti léčby u žen je zajímavé zvážit, zda by výsledky byly obdobně dobré, kdyby neprobíhaly v rámci komunitního programu speciální ženské skupiny.

V rámci hledání odpovědi na tuto otázku jsme v rámci rozhovoru s terapeutkou Magdalény Kabíčkovou shlédly statistiku programu pro závislé ženy na nealkoholových drogách v Psychiatrické léčebně Bohnice a dospěly ke zjištění, že tento program má o úspěšném ukončení léčby obdobné údaje. Zde je ovšem nutné si uvědomit, že délka trvání běžného léčebného programu v psychiatrické léčebně je v průměru tři měsíce, což je podstatně kratší doba oproti komunitnímu typu léčby. Proto si terapeutka Kabíčková stojí za názorem, že ženské skupiny v komunitě mají své opodstatnění a jsou v průběhu léčby efektivní.

5.2.3 Specifikace ženských skupin v komunitě Magdaléna

V této kapitole bych v návaznosti na výše uvedené hodnocení ženské klientely a interního informačního materiálu (příloha č. 6) uvedla několik významných údajů ohledně specifikace žen v léčebném programu komunity Magdaléna.

Idea ženské skupiny vzešla před šesti lety z potřeby posílit ženský prvek v komunitě, kdy si terapeutický tým začal uvědomovat dva protipóly v chování klientek komunity, a to nejen na skupinové terapii a komunitním programu, ale i v běžných situacích každodenního života.

První skupinu lze označit jako příliš plachou a uzavřenou do sebe. Těmto klientkám dělalo obtíže i prosazení v rámci skupinové terapie. Jednak se toto uzavření oproti mužům projevovalo verbálně, krátkými sebereflexemi v menších frekvencích, ale i neverbálně, kdy jejich těla působila dojmem, že tvoří obranné bariéry či „fasády“ pro skrytí skutečných pocitů.

Druhá skupina klientek naopak při léčebném programu strhávala pozornost na sebe. To se projevovalo například častým otevíráním sexuálních témat nebo vyzývavým odíváním.

Jelikož obě skupiny klientek znatelně brzdily terapeutický proces v komunitě a řešení tohoto problému ve skupinách společně s muži se ukázalo jako nepříliš efektivní, rozhodl se tým pro pokus pracovat s tímto problémem pouze v „ženském kruhu“.

Na skupinách se vyskytovala témata, která tým považoval za důležitá pro terapeutický proces a jsou to nejčastěji tato; životní cyklus ženy – status ženy v základní rodině (co je běžné v dětství, dospívání, zralosti, role dcery, matky, babičky, výrazné ženské vzory v životě, podobnost a odlišnost vzhledem k matce), vztahy žen v komunitě mezi sebou (jaký jsem typ ženy, co mohu ostatním v komunitě a životě nabídnout), identifikace s ženskou rolí v životě a sebezpřijetí se jako ženy (v dětství, dospívání, současnost), mužská a ženská role v komunitě a životě (vztahy, ženské manipulace, rizika těchto strategií), psychické a fyzické zneužívání a jeho dopad, role oběti, vztah k tělu, sex (např. sexuální potřeby v komunitě, bezpečný sex, antikoncepce, choroby), partnerské vztahy v minulosti a budoucnosti, představy o rodině, dopad rozvodu na rodinu a stigmatizace závislé ženy společností (rozdíl a akceptace ve společnosti v případě závislosti ženy a muže).

Hlavním přínosem ženských skupin je především odtabuizování a odbourávání strachu z traumatických a intimních témat jako například domácí násilí, zneužívání, incest či obchod s tělem. Zpracování těchto témat pomáhá práci v běžných terapeutických skupinách, posiluje vztah mezi ženami v komunitě a eliminuje jejich manipulaci a agování.⁷⁸

6 Léčba matek s dětmi v Terapeutické komunitě Karlov

6.1 Program v komunitě Karlov SANANIM

V listopadu roku 2001 byl objektu B komunity Karlov otevřen program pro závislé matky s dětmi. Objekt B byl později přejmenován na „Dům Laura“. Pojmenování vzniklo podle prvního miminka, které společně se svojí matkou přivítal terapeutický tým do komunity. Od této doby prošlo komunitou téměř 50 matek, z nichž přes 70% do současné doby abstínuje, vede řádný život a vychovává své děti.

⁷⁸ KABÍČKOVÁ, O. *Ženské skupiny TK Magdaléna*. Praha, 2005. Interní dokument. Magdaléna o.p.s.

Komunita Karlov je zařízení pro střednědobou rezidenční léčbu (6 – 8 měsíců) osob se závislostí na nealkoholových drogách. Je určena dvěma specifickým cílovým skupinám a to skupině mladistvých a mladých dospělých ve věku 15 – 25 let a skupině závislých matek a jejich dětem.

V případě skupiny matek je cílem projektu zajistit dostupnost léčby a sociální rehabilitace právě pro tuto specifickou klientelu. Základním východiskem léčebného programu je integrace a plnohodnotné zapojení klientek do běžného života. Zařízení se tohoto cíle snaží dosáhnout prostřednictvím principu konfrontace klienta s realitou všedního dne a na principu přijímání odpovědnosti. Základním prostředkem k dosažení těchto cílů je abstinence od návykových látek a změna celkového životního stylu.

Život komunity se snaží maximálně přiblížit kvalitami života v běžné společnosti. Klient se učí respektovat a přijímat pravidla společnosti. Terapie probíhá ve čtyřech fázích. Každá fáze má svá pravidla a povinnosti, liší se mírou klientely. V nulté fázi (14 dnů) jde o zmapování klientovy situace, formulaci problémů, konkretizaci individuální zakázky a formulaci léčebného plánu. Klient se rozhoduje, zda setrvá v komunitě. První fáze trvá 1 – 2 měsíce, kdy je základním cílem tohoto období motivovat klienta k jeho vlastní změně. V této době si klient vytváří základní vztah ke skupině a komunitě. Ve druhé fázi (3 až 4 měsíce) se klient učí přijímat a plnit určité role v komunitě, přebírá náročnější úkoly a odpovědnost za své jednání a za druhé. Práce je zaměřena na sebepoznání klienta. Mnohem větší pozornost oproti předchozím fázím je věnována vztahu klienta ke společnosti a je zde též zaměřena pozornost na práci s rodinou. Poslední, třetí fáze trvá minimálně 1 měsíc. V ní je kladen důraz na postupné odpoutávání klienta od komunity a skupiny. Klient se učí žít samostatně v běžném světě. Nejdříve si nachází práci mimo komunitu, později i bydlení. V komunitě se účastní víkendů, skupin a velkých komunitních setkání. Po ukončení zpravidla přechází do následné péče doléčovacích center (nejčastěji do Doléčovacího centra SANANIM v Praze).

6.2 Indikace matek k léčbě v programu komunity Karlov

Kapacita skupiny pro matky je devět lůžek, přičemž je jim umožněn pobyt s maximálně dvěma dětmi, zpravidla se jedná o tři skupiny klientek.

První skupinu tvoří ženy v šestinedělí, kdy pro ně narození dítěte bylo motivem ke vstupu do léčby. Většinou se jedná o poměrně mladé matky, které se nacházejí ve velkých emočních i sociálních zmatcích a potřebují výraznou podporu. Přítomnost dítěte posiluje jejich motivaci.

Druhou skupinou jsou matky, jejichž děti jsou již starší. Těmto ženám hrozí odebrání dítěte, nebo samy cítí, že již situaci nezvládají a potřebují pomoc. Vzhledem k tomu, že se jedná často o matky – samoživitelky, je společný program s dítětem jedinou možností, jak nastoupit léčbu.

Poslední skupinu tvoří budoucí matky – těhotné ženy, kde je vhodné zahájit léčbu před porodem a v komunitě prožít období porodu a šestinedělí.

Kritéria pro přijímání do programu léčby pro matky s dětmi jsou následující:

- diagnostikovaná závislost na návykových látkách nealkoholového typu,
- dobrovolný nástup a motivovanost k léčbě,
- nepřítomnost akutního psychotického onemocnění,
- IQ není výrazně podprůměrné,
- absolvování detoxifikace,
- těhotenství,
- mateřství.

Současnou klientelu tvoří z velké části ženy, u nichž drogovou závislost doprovázejí značná sociální poškození, týrání ze strany partnerů, prostituce a zneužívání. Jejich těhotenství, případně mateřství je přimělo k léčbě, ale jejich neznalost péče o dítě, drogová závislost a výše zmiňované skutečnosti způsobují, že u těchto klientek je proces léčby, péče a výchova dítěte a následná integrace do společnosti dlouhodobou záležitostí. Z těchto důvodů jsou v další kapitole naznačena specifika léčebného programu, která bylo nutné pro výše zmíněnou klientelu vytvořit.⁷⁹

6.3 Specifika programu matek s dětmi

Témata k této podkapitole jsem vybrala z rozhovoru s terapeutkou komunity Karlov Petrou Kabátkovou. Specifika programu jsou dána tím, že klientka se musí starat o své dítě a musí se i léčit. To znamená, že má dvakrát tolik práce oproti bezdětným klientům. Z tohoto důvodu mají matky léčebný program uzpůsobený speciálně dětem a léčba je velmi variabilní.

Rozdíl v léčebném přístupu je i mezi klientkou s jedním dítětem a se dvěma dětmi, neboť klientka se dvěma dětmi kupříkladu v předškolním a kojeneckém věku zvládá méně povinností v rámci léčebného programu. Program je proto rozdílně tvořen pro matky dětí, které chodí do školky, oproti kupříkladu matkám v šestinedělí.

⁷⁹ KUDA, A. *Žádost poskytovatele sociální služby o dotaci ze státního rozpočtu pro rok 2007: Slovní popis cílové skupiny*. Praha, 2006. Interní dokument. SANANIM, o. s.

Klientky, které přichází do programu těhotné, v rámci léčby na Karlově porodí a vrací se zpět do komunity, jsou v šestinedělí mimo léčebný program.

Také se často stává, že přijdou do léčby klientky s novorozencem, které na ně nebylo zvyklé, protože své první dny prožilo v kojeneckém ústavu. Matky v tomto případě po určitou dobu nechodí na skupinová sezení, aby se mohly plně věnovat dítěti. Stejně tak matky, jejichž děti onemocní, po dobu nemoci dítěte přerušují léčebný program.

V zásadě jde tedy o to, že se klientky plně starají o děti, jejich výživu a úklid v budově. V letních měsících se zároveň starají dle možností o zahradu ale oproti klientům bez dětí nejsou v pracovní terapii, protože na ní nezbyvá čas z důvodu péče o děti.

Když jsou již děti ve věku, kdy navštěvují mateřskou školu, opět je povinnost matek, aby děti dovážely do zařízení a vyzvedávaly si je. Skupinová terapie je časově rozložena tak, aby mohly matky v odpoledních hodinách s dětmi chodit na vycházku a ukládat je večer ke spánku.

Oproti klientům bez dětí mají matky mnohem méně skupinové terapie. Naopak je ale potřeba více terapie individuální. Z těchto důvodů je délka léčby matek s dětmi časově delší aby vše zvládly. Běžná doba léčby klientky matek trvá sedm až deset měsíců. Běžně se stává, že jsou v programu rok. V době léčby je samozřejmě nutné vzít v úvahu naprostý rozdíl u matky, které je devatenáct let a má za sebou drogovou kariéru v délce tří let a u matky, které je třicet osm a drogová kariéra trvala dvacet let.

Vzhledem ke klientce matek s dětmi pracují oproti běžným komunitám na Karlově dvě vychovatelky – speciální pedagožky, které pomáhají matkám v péči o jejich děti a učí je speciálním přístupům a metodám, pokud si to situace a klientela vyžaduje. Karlov pro matky s dětmi rovněž ve spolupráci s externími odborníky organizuje speciální programy zaměřené na děti. Nejvíce se osvědčují praktické ukázky a poradenství. Všeobecně se tím snaží klientkám poradit přímo na místě v dané problematické situaci.

Mnoho klientek si neví často rady s dětmi i z důvodu, že ony samy neměly nikdy v dětství žádné rodinné zázemí a matku, která by se starala o ně. Velmi se osvědčila technika videotréninku, kdy členka týmu klientky natáčí při manipulaci s jejich dětmi a vyzdvihuje kladně ty činnosti, které jsou vykonávány dobře. To je velmi důležité, protože mnoho z dětí na komunitě je nechtěných.

Za klientkami s dětmi jezdí dříve návštěvy než za klientkou bez dětí. Je to hlavně proto, aby členové rodiny a otcové dětí mohli být v užším kontaktu s dětmi. Klienti bez dětí mají možnost první návštěvy zhruba po dvou až třech měsících, zatímco matky mají povoleny návštěvy již po šesti týdnech v programu.

Tým se rovněž snaží více spolupracovat s partnery matek, a to zejména v případě, když je jejich chování problémové. Je nutné zohlednit fakt, že jde o otce jejich dětí. Klientky s dětmi mají většinou problém i s tím, že jsou ve vysoké míře závislé na svých partnerech a otcích jejich dětí, mnohém více, než klientky bezdětné. Většinou je chování jejich partnerů velmi problémové a bohužel se stává, že pokud klientky po ukončení léčby přichází zpět k těmto mužům, bývá to často velký problém a u klientky dochází k recidivě a návratu ke drogám.

Často se stává, že klientky mají po právní stránce děti odebrané, nebo jim jsou dány do výchovy na předběžná opatření. To sice znamená, že jsou klientky v programu dobrovolně, ale pokud matka bude chtít léčbu ukončit, je komunita nucená jí dítě odebrat. Tento faktor je samozřejmě zátěží i problémem pro terapeutický tým, neboť může dojít k situaci, že matky nejsou vylučovány tak často z programu jako klienti bez dětí. Důvodem je situace, kdy se týmu přičí myšlenka odvézt dítě do ústavní péče. V těchto otázkách musí jednat terapeutický tým velmi flexibilně a zároveň profesionálně. Nutné je rovněž posuzovat jednotlivé klientky velmi individuálně a pracovat na těchto případech v rámci supervize.

Rozdíl v programu pro klientky s dětmi oproti bezdětným klientkám je i v případě volnočasových aktivit, či různých výletů, pořádaných komunitou. Je to obdobné jako v reálném životě. Bezdětné ženy v léčbě jezdí na vodu nebo na hory a matky zůstávají na komunitě a musí se starat o děti. Tato konfrontace je pro ně nejen obtížná v léčbě, ale i v následném reálném životě.

V komunitě jsou z kritického úhlu pohledu terapeutky Kabátkové klientky s dětmi až „přepečované“. Proto tyto ženy ještě nevidí plně svoji budoucnost v reálných obrysech. Klientky sice platí v komunitě za sebe a děti příspěvek na stravu, ale je to v porovnání s investicemi na výživu mimo komunitu velmi nízký výdaj. Nedokážou si tedy zatím uvědomit, kolik vydají za stravu pro sebe a dítě, a za náklady na energie a nájem.

6.4 Klientky komunity

6.4.1 Statistické údaje za celkové období trvání programu

Ke sběru statistických dat jsem použila meziroční srovnávací statistickou tabulku z Výroční zprávy o. s. SANANIM a interního dokumentu TK Karlov v žádosti o dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Vzhledem k tomu, že doposud nebyla vytvořena srovnávací statistická tabulka pro Výroční zprávu z roku 2006, jsou následující data z roku předchozího. Dle konzultace s paní Kabátkovou jsou čísla pro rok 2006 obdobná.

Tabulka č. 1: Porovnání údajů klientely mladistvých a matek s dětmi (rok 2005)

	Mladiství	Matky s dětmi
Kapacita programu	12	9 matek + 10 dětí
Počet všech klientů, kteří se účastnili programu	40	15 matek + 15 dětí
z toho počet klientů v léčbě	12	6
z toho počet klientů, kteří program úspěšně ukončili	10	4
z toho počet klientů, kteří ukončili program předčasně	18	5
z toho ti, kteří odešli po uplynutí 2/3 léčby	14	4
z toho ti, kteří odešli do uplynutí 2/3 léčby	4	1
Průměrná délka léčby klienta (ve dnech)	181	270
Průměrná délka úspěšně ukončené léčby klienta (ve dnech)	240	310

Tabulka č. 2: Klientky – matky s dětmi na TK Karlov v letech 2001 – 2005

		Počet	Procent
CELKEM		47	100 %
z tohoto počtu			
	se ještě nachází v léčbě	5	10 %
	po ukončení léčby	42	90 %
z tohoto počtu		42	100 %
	abstinuje, pracuje /studuje/	30	72 %
	o klientech nejsou dostupné informace	5	12 %
	ve výkonu trestu	1	2 %
	dlouhodobě užívá	6	14 %

80

6.4.2 Interpretace dat, zhodnocení

Při srovnání klientely v tabulce č. 1 je patrný fakt, že vzhledem ke specifičnosti přístupu byla skutečně délka léčebného programu matek s dětmi vyšší, než u klientů bez dětí. Terapeutickému týmu se ale nepodařilo zcela zabránit předčasným odchodům klientek z léčby. Při porovnání s kapacitou programu pro mladistvé a s počtem odchodů této klientely, je ale znát o něco vyšší počet předčasných odchodů u klientů bez dětí než u matek.

⁸⁰ SANANIM. TK Karlov. *Výroční zpráva 2005*. [online]. Dostupné na: http://www.sananim.cz/annual_report.php

Pozitivním znakem rovněž je, že téměř všechny klientky s předčasným ukončením odcházely až po dvou třetinách léčby, čímž se jejich šance na úspěšnou resocializaci nijak zásadně nelišila od klientek, které léčbu dokončily celou. Značným úspěchem programu ale bylo, že se dle vyjádření týmu Karlova podařilo 100% matek předat do následné péče doléčovacích zařízení. Po absolvování léčby v Terapeutické komunitě Karlov jsou tedy matky schopné se i nadále řádně starat o své děti a abstinovat.

Tabulka č. 2 slouží k porovnání situace klientek s dětmi po ukončení léčby. Zde je samozřejmě potěšující vysoké procento klientek, které dodržují abstinenci a integrovaly se do běžné společnosti. 12% klientek, o kterých nejsou dostupné informace lze označit jako potenciálně bezproblémové. Vždy je totiž vysoce pravděpodobné, že v případě návratu k životu na drogách o nich včas informují Terénní programy či Kontaktní centrum SANANIM a pracovnice z Denního stacionáře SANANIM, která úzce spolupracuje se všemi státními institucemi, které se zabývají matkami – uživatelkami drog. Rovněž ovšem nelze přehlédnout počet klientek, které i přes absolvovanou léčbu dál pokračují v abúzu drog. Dle informací, které tým komunity o klientkách eviduje, jsou všechny tyto ženy bez kontaktu se svými dětmi. Většina dětí musela být bohužel umístěna v ústavních zařízeních, jednomu dítěti se dostala péče od rodičů klientky a zůstalo v rodině. V tomto bodě bych ráda uvedla, že statistika potvrzuje názor Preslové o důležitosti správné indikace (viz kap. 3.2.).

6.4.3 Současné klientky programu, vyhodnocení rozhovorů

Během nedělního volného programu v březnu tohoto roku jsem provedla řízené rozhovory s klientkami v léčebném programu komunity Karlov. V té době bylo sice obsazených všech devět lůžek, avšak bohužel byly čtyři klientky z vyšších fází na víkendových výjezdech mimo komunitu. Rozhovory byly proto provedeny pouze s pěti klientkami v léčebném programu.

V následující podkapitole se budu snažit kromě základních či zajímavých popisných údajů, hledat sjednocující informace odpovídající všem klientkám, které podstupují na Karlově léčebný program. Jednotlivá tvrzení jsou řazena pro větší přehlednost do tematických okruhů. Přehled dotazů a přepisy rozhovorů jsou součástí přílohy č. 8 a 9 této práce.

6.4.3.1 Vstupní data o klientkách

Dotázané klientky jsou staré v rozmezí 19 – 32 let. Z vybraného vzorku mírně převažují klientky mladší, tři klientky jsou ve věku 19 - 22 let. Vzhledem k počtu dětí tři klientky uvedly narozené dva potomky, dvě klientky jedno dítě.

Nejstarší klientka dala prvorozeného potomka k adopci, nejmladší klientka v době, kdy byla dotazována u sebe dítě neměla, neboť bylo z důvodu podezření na agresivní chování ze strany matky dočasně předáno do kojeneckého ústavu. Téměř všechny klientky jsou v programu s dětmi do jednoho roku, dvě ženy mají u sebe v léčbě na komunitě dva potomky.

Vzdělání – všechny klientky uvedly v první reakci střední vzdělání bez maturity. Dvě klientky ale vyučené obory nedostudovaly, proto mají ukončené pouze vzdělání základní. Ukončené střední vzdělání bylo zaznamenáno u starších klientek.

Všechny klientky včetně věkově mladších uvedly pracovní zkušenosti v zaměstnání. Délka praxe je většinou úměrná s věkem a dosaženým vzděláním. Z neformálních hovorů v rámci stáže bylo ale zřejmé, že v době užívání drog ženy obstarávaly finance na narkotika buď krádežemi nebo prostitucí. Jedna klientka uvedla, že drogy i finance obstarával její partner výrobou a prodejem pervitinu a jedna klientka sama pervitin vyráběla.

Vzhledem k užívání drog nitrožilně, dvě klientky uvedly onemocnění hepatitidou typu C. Jedna z klientek hepatitidu na dotaz ohledně závažnějších zdravotních potíží či onemocnění neuvedla, uvedla ji až po výslovném dotázání.

Pro většinu klientek byla překvapující otázka, zda měly jako děti nějaké zájmy, či koníčky ve volném čase před užíváním drog. Nejmladší klientka otázku nezodpověděla, ostatní si po určité chvíli vybavovaly detailně různé aktivity a samy se divily, že mohly zapomínat na sportovní oddíly či kroužky, které v dětství navštěvovaly.

6.4.3.2 Rodina, vztahy

Tři klientky uvedly neutěšenou rodinnou situaci ve vztahu s matkou. Jedna z těchto klientek (věkově nejmladší) uvedla smrt otce jako příčinu těchto problémů. Jedna z klientek uvedla nadužívání alkoholu matkou. Další klientka uvedla nepřiměřeně kontrolující matku, hovořila rovněž o nadměrném bití nevlastním otcem a uvedla jeho tři výkony trestu. Obě tyto klientky rovněž vyjádřily názor, že situace rodiny mohla být jedním z faktorů, proč začaly brát drogy a staly se na nich závislými. Tři zbývající ženy subjektivně soudí, že situace v rodině jejich závislost a užívání narkotik neovlivnila. Tuto hypotézu uvedla i klientka, která dle informací babičky a terapeutického týmu komunity byla z důvodu nepřijetí matkou po otcově smrti umístěna do dětského domova a před tím citově i psychicky deprivována. Tato klientka záměrně informace do rozhovoru neuvedla. Jediná klientka je od porodu a následném umístění v komunitě v blízkém kontaktu se svými rodiči.

Kromě jedné klientky nezůstal žádné z dotázaných žen silnější „bezdrogový“ kontakt mimo rodinu. Pokud nějaké vztahy zůstaly, tak ve velmi nízkém počtu a byly uváděny po delších úvahách.

Otcové děti jsou ve všech případech problematictí. Zde se dotazované ženy kompletně sešly v informaci, že partner užívá drogy. Respektive jeden partner již zemřel po výbuchu pervitinové varny, kterou měl v bytě. V době výbuchu v tomto bytě naštěstí klientka se svými dětmi shodou náhod nebyla. Další z partnerů v době rozhovoru s klientkou chtěl jít po absolvované léčbě v Psychiatrické léčebně Plzeň do komunitního léčebného programu v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. O posledním z partnerů nemá klientka dostupné informace, neboť byl vyhoštěn z České republiky. Všechny klientky o svých partnerech i přes jejich rizikové chování uvažují do budoucna. V případě partnera, který je vyhoštěn, klientka stále doufá, že se jí podaří vyjednat s úřady jeho návrat.

6.4.3.3 Drogová kariéra

Jako primární drogu určily všechny oslovené ženy pervitin. Kromě nejstarší klientky rovněž všechny dotázané ženy uvedly užívání alkoholu a tabáku již v dětském věku, před patnáctým rokem. Většina dotázaných klientek uvedla, že začaly užívat jak legální látky, tak nelegální drogy s kamarády. Jedna z žen rovněž uvedla jako důvod braní drog touhu se vyrovnat starším známým. Žena, která uvedla, že s braním drog začala v jednadvaceti letech, se poněkud liší od ostatních. Jako jediná ohledně pití alkoholu reagovala ve smyslu, že je milovníkem piva – „klidně i dvě denně“. Její reakce spíše napovídala o běžném úzu alkoholu, který klientku zařazuje oproti ostatním do skupiny konzumentů a nikoliv abuzérů alkoholu. Rovněž udala jako důvod startu s pervitinem přímo partnera, kterého poznala, když pracovala za barem v rockovém klubu. Jako možnou iniciační drogu uvedla alkohol pouze v souvislosti se zkušeností s drogami, kdy v případě kocoviny měla po zkušenostech s drogami tendenci užít jinou látku pro zlepšení stavu. Tato klientka rovněž nezneužívala pravidelně ani marihuanu, ani heroin, neboť se po těchto látkách necítila dobře. Další z klientek uvedla, že její „rozjetí“ v užívání drog podpořil přístup k penězům po ukončení školy.

6.4.3.4 Motivace ke změně, léčba

V této podkapitole oproti předchozím shrnu údaje o dotazovaných klientkách individuálně:

Klientka č. 1 (28 let) uvedla, že zjištění těhotenství nezměnilo nijak úvahy nad možnou abstinencí. Jako důvod uvedla dostupnost drog, neboť její partner přímo pervitin vyráběl. Jediným důvodem ke snížení dávek byly subjektivně pociťované bolesti a zvracení, způsobené těhotenstvím. Adopci ani potrat klientka nezvažovala, neboť si myslela, že přestane užívat drogy a její partner přestane s výrobou. Kromě detoxifikací a komunitního programu v komunitě Nová Ves nemá klientka žádné zkušenosti se zařízeními poskytujícím služby pro drogově závislé.

Podezření vzešlo z porodnice, ale vzhledem k nízkým dávkám pervitinu se u novorozence neprojevil abstinenční syndrom a klientka si jej po týdnu odvezla domů. O abstinenci nejprve klientka začala uvažovat kvůli nezvládnání běžných povinností, které si uvědomovala. Děti dnes hodnotí jako otroky její závislosti, občas děti vůbec nevnímala, brala je po srazech a měla tendenci se k nim chovat podrážděně. Hlavním důvodem k detoxifikaci a léčbě ale byla nešťastná událost, kdy partner klientky a otec jejího druhého dítěte nepřežil výbuch pervitinové varny v bytě. Teprve v té době se zjistilo, že je klientka závislá na drogách a k rozhodnutí o léčbě jí nakonec motivoval strach z odebrání dětí odborem sociálně právní ochrany dětí příslušného místního úřadu.

Klientka č. 2 (32 let) reagovala na zjištění, že je těhotná zvýšením dávek narkotik, o snížení dávek či substituci vůbec neuvažovala. Zkušenosti se žádným zařízením pro pomoc drogově závislým klientka nemá, popisuje ale spolupráci se sociální pracovníci v rámci ubytování v azylovém domě. O léčbě rozhodl fakt, že bylo klientce sděleno, že pokud nepodstoupí léčbu, tak jí bude dítě odebráno. Klientka již jednou tuto situaci zažila, první dítě jí bylo odebráno a ona souhlasila s adoptí. V situaci s pobytem prvního dítěte v kojeneckém ústavu rovněž tato žena zažila velký tlak ze strany lékařů, aby se snažila o možnost navrácení dítěte zpět do výchovy. V tu dobu ale žila na ulici a o to více zneužívala drogy. V době jejího druhého těhotenství nejprve pobývala v pronajatém bytě, později na základě doporučení sociální pracovnice bydlela až do porodu v azylovém domě. Během hospitalizace po porodu se klientka kvůli strachu z odebrání dítěte rozhodla pro detoxifikaci a léčbu. Nyní se cítí šťastná, že toto rozhodnutí učinila a smí být na komunitě společně se svým miminkem.

Klientka č. 3 (19 let) byla před léčbou na Karlově čtyřikrát nedobrovolně na detoxifikaci. Ze služeb neziskových organizací pro drogově závislé využívala výměnné programy v kontaktních centrech SANANIM a Drop in. Tyto návštěvy nijak její motivaci k možné změně životního stylu nevyvolalo, v rámci kontaktu s pracovníky byla dle jejích slov uzavřená a neprojevovala zájem o kontakt. Zjištění těhotenství úvahy o léčbě vyvolalo, ale pouze o nich přemýšlela, k žádnému činu se neodhodlala. Všeobecně nevěděla co si počít, cítila se zmatená. Celou situaci rozhodovala za klientku její babička, která jí domluvila návštěvu v Denním stacionáři SANANIM u Ilony Preslové. Babička rovněž oznámila sociálnímu odboru na místním úřadě, že její vnučka bere drogy a je těhotná. Klientka ale uvedla, že k rozhodnutí o nástupu na detoxifikaci a léčbu na Karlově přispěl vztah k narozenému dítěti.

Klientka č. 4 (21) navštěvovala nejprve programy, které poskytují výměnné služby. Přímo označila pracovníci v kontaktním centru, ke které získala důvěru a pravidelně za ní docházela během těhotenství. Za podpory této pracovnice a matky se klientka po porodu rozhodla pro léčbu. Jako motiv určila narození dítěte. Při popisování situace po porodu se klientka rozplakala a hovořila o tom, že ani děti zprvu nechtěla. V nemocnici jí novorozence s abstinenčním syndromem okamžitě odebrali a bylo možné jej vidět až po pěti dnech. Velkou oporou v té době byla pro ní její matka. Klientka sama však o dítě projevovala od narození velký zájem. Posledním motivem k léčbě byla obava z odebrání dítěte tchýní, která si jej chtěla vyžádat do své péče a odvézt do Německa, kde trvale žije.

Klientka č. 5 (22 let) navštěvovala nejprve výměnné programy v o. s. SANANIM a Drop in. V Kontaktním centru byla po zjištění těhotenství informována o možnosti docházení na motivační skupiny do Denního stacionáře SANANIM a k Iloně Preslové. Rovněž jí ke změně pomohla psychiatricka, ke které docházela. U staršího dítěte klientka brala drogy dál, neboť se jí narodilo bez abstinenčního syndromu a lékaři dle slov klientky nepřišli na přítomnost drog. U druhého dítěte již v porodnici detekovali drogy a klientka opustila porodnici bez dítěte. Rovněž jí byl soudně odebrán i starší potomek. Nabízenou možnost adopce klientka odmítla a rozhodla se pro léčbu, aby mohla dostat děti zpět k sobě.

Úhrnem je z těchto údajů patrné, že klientky v době zjištění těhotenství nebyly nijak motivovány ke změně způsobu jejich života ani k zastavení rizikového zneužívání drog. Kromě jediné klientky, která byla spíše podřízena rozhodnutí babičky než že by zpočátku sama uvažovala o abstinenci, byly všechny ženy rozhodnuty k detoxifikaci a léčbě až po narození jejich dětí, kdy všem hrozilo odebrání dítěte (dětí). Na těchto případech se tedy potvrzují poznatky terapeutického týmu komunity a rozdělení klientek do tří skupin podle jejich sociální situace a podnětů, které vedly k následné změně (viz. body 6.2. a 6.3. této práce).

6.4.3.5 Reakce na léčebný program komunity Karlov

Většina odpovědí klientek se shoduje na tom, že měly zpočátku problém akceptovat všechna pravidla, která si od nich komunitní způsob života žádá. Nedovedly si představit, že jej budou schopny dodržovat. Rovněž to, že k jakékoliv výjimce z běžných povinností je nutné skupinové hlasování. Na druhou stranu ale všechny klientky kladně přijímají režim, pravidelnost a časové vytížení denního plánu, neboť uznávají, že je pro ně dobré, když mají řád, ve kterém vidí smysl.

Jedna klientka rovněž velmi rozvážně uvedla, že i když nemá mnoho času na své děti, tak na Karlově není tolik kvůli nim, jako kvůli léčbě a práci na sobě. Také kladně hodnotila vztahy mezi sebou a možnost vzájemné dobré spolupráce například při hlídání dětí.

6.4.3.6 Otázky do budoucna

Plány do budoucna zatím všechny klientky vidí nejistě a hlavně si všechny nedokážou představit, co jim přinese odchod z bezpečného komunitního prostředí zpět do běžného života. Z odpovědí je patrné, že všechny klientky jsou ještě v počátečních fázích léčby, kdy se otázka života „venku“ řeší s nižší intenzitou. Z většiny odpovědí jsou patrné obavy z dalšího života po komunitní léčbě. Všechny dotazované matky v programu zvažují a dle mého názoru i vidí určitou naději v pokračování léčebného programu v zařízeních následné péče, zejména pak v možnosti přijetí na Doléčovací centrum SANANIM v Praze, kde je pro tyto klientky zajištěn terapeutický program a chráněné bydlení po dobu jednoho roku. Pro některé klientky je představa budoucna subjektivně pocíťována jako „za dlouho“. Jedna z klientek má největší obavu z návratu do oblasti Chebska, kde má trvalé bydliště. Proto zvažuje setrvání v blízkosti terapeutické komunity, tzn. v regionu Prachatic.

Všechny klientky uvažují o samostatném životě a o využití možnosti zažádat si o sociální byt. Z reakcí však vyplývá, že možnost osamostatnění vidí tyto ženy dosti zjednodušeně. Rovněž ze všech odpovědí bylo patrné, že i přes rizikovost takové situace chtějí být klientky po ukončení léčebného programu na Karlově v úzkém kontaktu se svými partnery a setrvat s nimi v milostném vztahu.

7 Závěr

Dle této práce je patrné, že problematika ženského abúzu drog s přihlédnutím na péči o děti je pro laickou i odbornou veřejnost jedním z nejtěžších témat. Společnost i odborníci se v této otázce rozcházejí a většinou se dělí na zastánce dvou variant. Jedna skupina volá po skutečnosti, že by se drogově závislým matkám mělo pomoci a dát jim příležitost mít děti ve vlastní péči – to samozřejmě pouze v případě jejich zájmu, aktivní motivace k léčbě a za předpokladu následné abstinence. Druhá skupina lidí naopak zastává názor, že pokud žena zneužívá nealkoholové drogy, mělo by se jí okamžitě dítě odebrat a taková žena je okamžitě odsouzena a označena za špatnou a ostudnou matku. Rovněž měřítko v rámci státního zdravotnického systému jsou vzhledem k matkám narkomankám mnohem přísnější než k alkoholičkám.

Proto se stává, že se v porodnicích zachytí a nahlásí sociálnímu odboru matky, u kterých není diagnostikovaná závislost na drogách a omamné látky zneužívaly pouze rekreačně a v nízkých dávkách.

Ve všech případech je ale nutná kvalitní a vysoce odborná spolupráce mezi jednotlivými institucemi, které se touto problematikou zabývají. Vždy je nezbytná vhodná indikace matky do vhodného typu léčby bez jakýchkoliv předsudků či odsuzujících postojů.

Jedním z ukázkových předsudků byla i má úvaha na úvodu práce, kde jsem chtěla hledat důvody k tomu, proč závislé ženy pokračují v užívání drog i ve chvíli, kdy vědí, že otěhotněly. Vedl mě k tomu názor, že v momentě otěhotnění se drogově závislé ženy mohou obracet ke svému nenarozenému dítěti a brát na něho ohled zejména z toho důvodu, že plod prožívá v těle matky abstinční syndrom mnohem hůře, než ona. Proto jsem se původně domnívala, že závislá klientka s těhotenstvím automaticky změní svůj postoj k drogám. Z této domněnky mě kromě odborné literatury vyvedly zejména odpovědi klientek komunity Karlov. Všechny uvedly, že s braním drog nepřestaly a takové úvahy je nenapadaly. Naopak, cítily zmatek a strach a k plodu chovaly spíše nepřátelské postoje.

V úvodu této práce jsem rovněž zmínila, že chci najít a objasnit základní faktory, které vedly matky s drogovou závislostí k rozhodnutí nastoupit do léčby. Původně jsem se opět v rámci vlastního předsudku o tom, že porodem si okamžitě závislá klientka vytvoří silný mateřský vztah k dítěti domnívala, že je to právě díky této vazbě a další motivace není třeba. Zde si ale dovolím na základě teoretických částí práce i následného výzkumu odpovědět, že nastartování procesu změny je v drtivé většině zapříčiněno strachem z odebrání dítěte a následným odsouzením okolí. I když ženy s drogovou závislostí mnohdy zvažují abstinenci i před okamžikem, kdy je detekováno jejich užívání drog a následné zachycení orgánem státní správy, vždy se jedná pouze o úvahy, nikoliv následný moment činu a změny situace. K tomu dochází zejména nástupem represivního řešení jejich situace.

Výše uvedené kategorické a zobecňující postoje vzhledem k chování matek nejsou výjimkou. Rovněž je možné často slyšet, že pokud není závislá žena motivována k léčbě, nemá žádný vztah k dítěti a nebude nikdy schopna se o něj starat ani v případě abstinence. Bohužel je smutným faktem to, že takové postoje zastává i mnoho odborníků v rámci blízkých profesí. Je to pravděpodobně dáno tím, že při práci s drogově závislou těhotnou ženou či matkou stojí v pozadí její dítě. Tento fakt i ve mně vyvolával mnoho emocí a postojů.

V neposlední řadě jsem v rámci odborných konzultací pro následné zpracování do tohoto textu zjistila, že má původní domněnka o nutné specifikaci motivování k léčbě a následné péče se rovněž ukázala jako nepřesná. Komunita na Karlově sice uvádí, že klientky - matky mají oproti bezdětným mladistvým léčeným klientům jinak postavený program, to se však jedná zejména v případě harmonogramu a časového rozvrhu léčebných terapií.

V zásadě je podstata terapeutické práce obdobná jako s bezdětnou klientelou, pouze se řeší rozdílná témata a problémy. Vzhledem k motivaci, žádná specifika práce motivačních skupina a individuálních sezení u matek nejsou, klientka se motivuje naprosto stejným způsobem jako žena bez dítěte, je však nutné brát v úvahu, že každé rozhodnutí této klientky má dopad i na její dítě.

V současné době je dle mého názoru zřejmé, že dobrá a účinná pomoc těhotným ženám či matkám s diagnózou drogové závislosti potřebuje kromě ochoty společnosti hlavně pomocnou ruku státních orgánů zaměřených na sociální pomoc. Ta ovšem musí být spojena s odbornou spoluprací adekvátních zařízení, specializujících se na prevenci a léčbu drogových závislostí.

Vzhledem k výskytu a možnému nárůstu této specifické klientely nese pro celou naši společnost další otázky a nutná řešení. Jedním z hlavních úkolů do budoucna bude pro všechny zainteresované organizace i státní sociální politiku systematicky sledovat generaci dětí těchto matek a jejich další somatický a zejména také psychický vývoj.

8 Seznam použitých zdrojů, literatury

Monografie:

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1.

JOHN, R.; PRESL, J. *Drogy!*. Praha : Medea kultur, 1996. s. 33. ISBN neuvedeno.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. *Drogy ze všech stran*. Praha : FILIA, 1995. ISBN 80-901966-1-6.

Kolektiv autorů. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-81-1.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha : Avicenum, 1978. ISBN neuvedeno.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie neuróz II*. Praha : Avicenum, 1983. ISBN neuvedeno.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MIOVSKÝ, M. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice : Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.

NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Bažení (craving)*. Praha : Sportpropag, 1999. ISBN neuvedeno.

NEŠPOR, K; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-050-0.

NOCIAR, A. a kol. *Úvod do léčby drogových závislostí*. Bratislava : Asklepios, 1996. ISBN neuvedeno.

NOVÁK, T.; SMÉKALOVÁ, E; LAUERMAN, M. *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. Praha : Nová škola, 2005. ISBN 80-903631-2-1.

OKRUHLICA, Ľ a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava : Inštitút drogových závislostí, 1998. ISBN 80-968111-1-8.

PECK, S. *V jiném rytmu*. Olomouc : Votobia, 1995. ISBN 80-85619-77-6.

PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7.

SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha : Avicenum, 1987. ISBN neuvedeno.

ŠVESTKA J. a kol. *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha : Grada, 1995. ISBN 80-7169-169-0.

TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. ISBN 80-86008-92-4.

URBAN, E. *Toxikománie*. Praha : Avicenum, 1973. ISBN neuvedeno.

ZÁBRANSKÝ, T. a kol. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc : Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Příspěvky a citace v monografických publikacích:

ADAMEČEK, D; TĚMÍNOVÁ, M; KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 202. ISBN 80-86734-05-6.

DE SAAVEDRA, M, cit. dle HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. s. 1. ISBN 80-85850-45-1.

FROUZOVÁ, M. Ženy a drogy. In TRÁVNÍČKOVÁ, I. a kol. *Specifické aspekty zneužívání drog u žen*. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2001. s. 4. ISBN 80-86008-92-4.

KINKOR, M. Práce s komunitou. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. s. 254.

KOOYMAN, P. J. cit. dle NEVŠÍMAL, P. *Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé*. Praha : Středočeský kraj, 2004. s. 37. ISBN 80-7106-876-4.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 91. ISBN 80-86734-05-6.

MORGAN, J. cit. dle ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. s. 176. ISBN 80-7169-836-9.

POPOV, P. Alkohol. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 151. ISBN 80-86734-05-6.

PRESLOVÁ, I. Závislé matky s dětmi. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 244. ISBN 80-86734-05-6.

RADIMECKÝ, J. Přehled drogové situace v ČR v roce 2001. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 25. ISBN 80-86734-05-6.

STIBUREK, M. Primární prevence zneužívání drog. In Kalina, K. a kol. *Drogy ze všech stran*. Praha : FILIA, 1995. s. 39. ISBN 80-901966-1-6.

TĚMÍNOVÁ, M. cit. dle NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. Praha : Středočeský kraj, 2004. s. 193. ISBN 80-7106-876-4.

VOBOŘIL, J. Gender – ženy jako specifická skupina. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. s. 238. ISBN 80-86734-05-6.

Příspěvky v časopisech:

DROBNÁ, H.; HUTTOVÁ, M. Matka závislá od drog a jej novorozenec. Neonatální abstinční syndrom. *Alkoholismus a Drogové závislosti*, 1996, roč. 31, č. 3/4, s. 185. ISSN neuvedeno.

MRAČNOVÁ, D.; JANDOVÁ, J.; GARDIÁNOVÁ, L. Drogová závislost žen – závažné nebezpečí pre novorodenca z hladiska poporodnej adaptácie a prognózy. In *Alkoholismus a drogové závislosti*, 1997, roč. 32, č. 1. s. 27 – 30. Bratislava : Ministerstvo zdravotníctví. ISSN neuvedeno.

NEŠPOR, K. Proč přibylo v České republice problémů s návykovými látkami u dětí a dospívajících. *Studia paedagogica*, 1997, roč. neuveden, č. 21. s. 129 – 130. Praha : Pedagogická fakulta UK. ISSN 0862-4461.

ŠTUROVÁ, J.: Úvaha o vztahovom poli závislosti od drog. *Pedagogická revue*, 1998, roč. 50, č. mimořádné, s. 15-20. ISSN 1335–1982.

Elektronické dokumenty:

ABZ SLOVÍK CIZÍCH SLOV. Pojem lege artis. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/lege-artis>

ABZ SLOVÍK CIZÍCH SLOV. Pojem vulnerabilita. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Dostupné na: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=vulnerabilita

EMCDDA. Užívání drog z hlediska gender. *Výroční zpráva za rok 2006*. [online]. Dostupné na: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

MAGDALÉNA. Program TK je určen pro. *Informace* [online]. Dostupné na: <http://www.magdalena-ops.cz/hlavni.htm>

MASARYKOVA UNIVERZITA BRNO. Používaná terminologie. *Masarykova univerzita Brno* [online]. Dostupné na: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>

- MINAŘÍK, J. Cannabinoidy. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogova-poradna.cz/rubrika.php?rubrika=2>
- MINAŘÍK, J. Halucinogeny. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogova-poradna.cz/rubrika.php?rubrika=5>
- MINAŘÍK, J. O drogách obecně. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=1>
- MINAŘÍK, J. Opiáty. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=4>
- NMS, Glosář pojmů. *Drogy-info.cz* [online]. Dostupné na: http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c
- NMS. Opiáty - podrobně. *Drogy-info.cz* [online]. Dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_podrobne
- SANANIM. CADAS. [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=4>
- SANANIM. TK Karlov. *Výroční zpráva 2005*. [online]. Dostupné na: http://www.sananim.cz/annual_report.php
- SKOPALOVÁ, J. Slovníček pojmů. *K problematice sociálních deviací* [online]. Dostupné na: http://mujweb.cz/www/pedagogika/5_rocnik/deviace.htm
- WIKIPEDIE. Abúzus. *WIKIPEDIE, Otevřená encyklopedie* [online]. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/%C3%9Azus>

Bibliografické citace nepublikovaných textů

- KUDA, A. *Žádost poskytovatele sociální služby o dotaci ze státního rozpočtu pro rok 2007: Slovní popis cílové skupiny*. Praha, 2006. Interní dokument. SANANIM, o. s.
- KUDA, A. *Žádost poskytovatele sociální služby o dotaci ze státního rozpočtu pro rok 2007: Terapeutická komunita Karlov*. Praha, 2006. Interní dokument. SANANIM, o. s.
- KABÍČKOVÁ, O. *Ženské skupiny TK Magdaléna*. Praha, 2005. Interní dokument. Magdaléna o.p.s.
- KABÍČKOVÁ, O. *Charakteristika žen*. Praha 2007. Interní dokument Magdaléna, o. p. s.
- NEVŠÍMAL, P. *Magdaléna, o.p.s., léčebný a resocializační program: Terapeutická komunita*. Mníšek pod Brdy, 2003. Interní dokument Magdaléna, o. p. s.

9 Seznam příloh

PŘÍLOHA č. 1 - Jste závislí? SDS dotazník.

PŘÍLOHA č. 2 - Vybrané rizikové činitele, přispívající k užívání návykových látek

PŘÍLOHA č. 3 - Druhy "abúzu" drog.

PŘÍLOHA č. 4 - „Tvrdé" a „měkké" drogy

PŘÍLOHA č. 5 - Dvě kazuistiky lékařek z I. gynekologicko-porodnické kliniky

PŘÍLOHA č. 6 - Ženské skupiny v TK Magdaléna

PŘÍLOHA č. 7 - Okruhy dotazů pro řízené rozhovory s klientkami komunity Karlov

PŘÍLOHA č. 8 - Přepis rozhovorů s klientkami komunity Karlov

10 Přílohy

Příloha č. 1

Jste závislí? Škála závažnosti závislosti.⁸¹

SDS (Severity of Dependence Scale) je dotazník o 5 položkách, který poskytuje informaci o závažnosti závislosti na drogách. Každá z pěti položek je skórována na čtyřstupňové škále (0-3). Celkové skóre se pohybuje od 0 do 15, a znamená, že čím vyšší skóre, tím vyšší úroveň závislosti.

Otázky se vztahují k Vašemu užívání drog. U každé z pěti otázek prosím označte odpověď, která nejlépe vystihuje Vaši situaci při užívání drog.

Myslíte si, že Vaše užívání (drogy) bylo mimo Vaši kontrolu/jste nezvládal/a?

Nikdy/téměř nikdy

Někdy

Často

Vždy/téměř vždy

Cítil/a jste úzkost nebo si dělal/a starosti, při představě, že Vám bude chybět dávka?

Nikdy/téměř nikdy

Někdy

Často

Vždy/téměř vždy

Trápilo vás, že berete (drogu)?

Nikdy/téměř nikdy

Někdy

Často

Vždy/téměř vždy

Přál/a jste si, abyste s tím mohl/a skončit?

Nikdy/téměř nikdy

Někdy

Často

Vždy/téměř vždy

Jak těžké se Vám zdálo přestat užívat (drogu) nebo se bez ní obejít?

Vůbec ne těžké

Docela těžké

Velmi těžké

Nemožné

⁸¹ NMS, Škála závažnosti závislosti. *Drogy-info.cz* [online]. Dostupné na: <http://www.drogy-info.cz/index.php/dotaznik/view?did=3>

Příloha č. 2

Vybrané rizikové činitele, přispívající k užívání návykových látek

na základě tabulky některých rizikových činitelů podle MUDr. Karla Nešpora⁸²

Úroveň	Rizikový činitel
jednotlivec	setkání s návykovou látkou včetně alkoholu nebo tabáku v časném věku nedostatek dovedností v mezilidských vztazích týrán, šikanován, zneužíván menší respekt vůči zdraví nedostatek hodnot
rodina	nedostatek času, malá péče, nedostatečný dohled nedostatečné citové vazby nejasná pravidla týkající se chování schvalování návykových látek v rodině. Problémy s alkoholem v rodině setření generačních hranic v rodině nedostatek kvalitních zájmů v rodině.
zaměstnání	obtížné uplatnění nebo nezaměstnanost neostrá hranice mezi náročnou profesí a soukromým životem velké, nepředvídané a špatně kontrolované příjmy
vrstevníci	jejich protispolečenské chování pozitivní postoje vrstevníků k alkoholu a drogám brzké zneužívání alkoholu a drog reklama návykových látek
společnost	porušování existujících právních norem týkajících se návykových látek malá spolupráce médií v prevenci migrace, přistěhovalectví a turistika chudoba

⁸² NEŠPOR, K. Proč přibýlo v České republice problémů s návykovými látkami u dětí a dospívajících. *Studia paedagogica*, 1997, roč. neuveden, č. 21, s. 129-130.

Příloha č. 3

Druhy „abúzu“ drog:⁸³

Příležitostně experimentální zneužívání	Zřídka, sporadické užívání, ne víc než 4x až 5x za život, experiment za jistých podmínek.
Rekreační zneužívání	Mírně časté, jedinec přímo nekupuje drogy, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá je jen na večírcích nebo jiných společenských akcích.
Příležitostné zneužívání	Častější, jedinec si nakupuje vlastní drogy, které užívá za určité situace (pro povzbuzení, aby získal odvahu, aby se vyrovnal s obtížemi aj.).
Intenzivní zneužívání	Velice časté, jedinec má stále menší a menší kontrolu nad drogou a užívá ji stále častěji, až dosáhne denního užívání, stále si udržuje iluzi, že je schopen kontrolovat své jednání.
Nuceně-závislé zneužívání	Nezbytné a nucené užívání drog, denně nebo i vícekrát za den, jedinec je neschopen být bez drogy, která pokrývá všechny jeho potřeby. Je nucen ve stále větší míře riskovat, aby si drogu opatřil. Není schopen se z návyku vymanit bez intenzivní cizí pomoci.

⁸³ Používaná terminologie. *Masarykova univerzita Brno* [online]. Dostupné na: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>

Příloha č. 4

„Tvrdé“ a „měkké“ drogy

Text a tabulky MUDr. Jakuba Minaříka, Vedoucího Centra ambulantní detoxifikace a substituce SANANIM⁸⁴

Míra rizika	"Tvrďost"	Zástupci
Vysoká	"Tvrďé"	toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	"Tvrďé"	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	"Tvrďé"	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	"Měkké"	marihuana, hašiř, kokový čaj
Prakticky bez rizika	"Měkké"	káva, čaj

Otázka míry rizika spojeného s užíváním je komplikovaná. Záleží totiž na mnoha faktorech, a tak "tvrďost" je vždy záležitostí konkrétní situace. Jinou míru rizika s sebou nese vykouření jointa z marihuany, která vám vyrostla na zahradě, a jinou požití jogurtu, ve kterém jsou zamíchané 2 gramy hašiře. První příklad spíše patří do skupiny s relativně malými riziky, druhý mezi střední či spíše střední až vysoké riziko.

Riziko vzniku závislosti a vzestup tolerance

Droga	Psychická závislost	Somatická závislost	Tolerance
Opiáty	+++	+++	+++
Pervitin	+++	-	++
Kokain	+++	-	+
Cannabinoidy	+	-	-
LSD	+/-	-	+/-
Ecstasy	+	-	+
Benzodiazepiny	++	++	+
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++

⁸⁴ MINAŘÍK, J. O drogách obecně. *Drogová poradna* [online]. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=1>

Příloha č. 5

Dvě kazuistiky lékařek z I. gynekologicko-porodnické kliniky

Kazuistika 1

Matka, 33 let, svobodná, nezaměstnaná, třikrát gravidní. Jedno dítě postižené mozkovou obrnou a umístěné v dětském ústavě. O druhé dítě se starají příbuzní. Abusus heroini, údaj o čase užívání heroinu nespolehlivý.

Těhotenskou poradnu nenavštěvovala, termín otěhotnění si nepamatuje. Přijata v rámci první pomoci s předčasným odtokem plodové vody a s pokročilým nálezem na porodních cestách. Tři hodiny před porodem si píchla dávku heroinu.

Porod předčasný, v 36. týdnu gravidity. Plod ženského pohlaví, porodní hmotnost 2 180 g, délka 43 cm. Přítomné známky hypotrofie. Matka 6 hodin po porodu nemocnici opustila.

Dítě dvě hodiny po narození přeloženo na jednotku intenzivní péče pro rozvíjející se známky abstinčního syndromu. Hladina morfinu v moči dítěte 2000umol/ml. Pozitivita přetrvávala tři dny.

Kardiologickým vyšetřením potvrzená stenóza artérie pulmonalis. Poporodní adaptace zkomplikována anemií, řešenou transfúzí.

U dítěte ve dvou měsících věku přetrvává centrální tonusová a koordinační porucha, dítě rehabilitované. Délka hospitalizace trvala dva měsíce. Vzhledem k sociální situaci v rodině bylo dítě umístěno do kojeneckého ústavu.

Kazuistika 2

Matka, 20 let, svobodná, abusus heroini, jedenkrát trestně stíhaná pro přechovávání drog. Partner makedonské národnosti, v minulosti distribuoval drogy.

V těhotenství sledovaná od 5. měsíce gravidity, dva měsíce před porodem užívala Dolan, Rohypnol. Předčasný odtok plodové vody, porod spontánní, záhlavím. Porodní hmotnost 2 570 gramů, délka 49 cm. Dítě po porodu se známkami prenatalní hypotrofie.

Novorozenec přeložený na jednotku intenzivní péče ve věku 15 hodin pro rozvíjející se abstinční syndrom. U dítěte výrazná excitace, tremor končetin, přítomné opakované apnoické pauzy a bradykardie. Výrazná anemie a potvrzená porucha sacího reflexu. Délka hospitalizace 6 týdnů. Neurologickým vyšetřením potvrzená centrální tonusová porucha – hypertonický syndrom. Dítě propuštěné do domácí péče babičky dítěte.

Závěr:

Oba případy vybrané z praxe novorozeneckého oddělení potvrzují závažnost ovlivnění plodu a následně i zdravotního stavu novorozence při užívání drog matkou.

V souladu s domácími a zahraničními poznatky se ukazuje, že prognóza a dlouhodobé sledování dětí narkomanek představuje zdravotní, sociální a psychologický problém. Dále do popředí vystupují poruchy somatického charakteru, retardace růstu, poruchy chování, učení, častá agresivita, impulzivita a podobně. Pokud dítě matky narkomanky zůstává v rizikovém rodinném prostředí, už od útlého dětství je konfrontováno s určitými faktory, které jsou významné pro vznik drogové závislosti. Napětí, konfliktní atmosféra s citovým neuspokojením, s různorodými frustracemi mají negativní vliv na vyvíjející se osoby, které jsou často nejisté, zdrženlivé a neurotizované.

Rodiče takového dítěte jsou osobnostně nevyzrálí, s nedostatečnou integritou osobnosti, u kterých se často objevují patologické obranné mechanismy, často jsou neurotičtí s konzumním přístupem k životu. Z hlediska přístupu k dítěti, k jeho výchově jsou pro dítě rizikem charakteristické změny motivace rodiče toxikomana. Pozitivní motivace jsou blokovány lhostejností, motivační pole se zúží na úzký okruh zájmů a cílů, které souvisí s obstaráváním drog. Dekompenzují se latentní charakteristiky a tendence osobnosti. Dítě se může střetnout u rodiče se stavy podobnými psychózám a halucinacím. Vyrůstá v klimatu, kde nemá možnost získání či vstěpení si vnitřních norem. Je tu riziko deficitu ve výkonu dítěte. Na základě těchto faktorů může u nich přetrvávat úzkost, větší emoční senzitivita, impulzivita a agresivita. Riziko identifikace dítěte s rodičem toxikomanem, jeho toxikomanskou subkulturou a životním stylem je velmi velké.

Příloha č. 6

Ženské skupiny v TK Magdaléna

Historie a vývoj ženských skupin v komunitě

Program ženské skupiny se v TK Magdaléně poprvé objevil asi před 6 lety. Vzešel z potřeby ženské části týmu posílit ženský prvek v komunitě v situaci kdy bylo více klientů než klientek (celosvětově je poměr počtu závislých žen k počtu závislých mužů 1:2, v léčbě je toto číslo paradoxně 1:3. To se odráží i v naší komunitě). Začali jsme se si všimnout dvou protipólů v chování našich klientek a to nejen na skupinách či komunitách, ale i při běžném denním životě.

První skupina klientek byla příliš plachá, uzavřená do sebe. Obtížně se jim dařilo brát si prostor při skupinové terapii. To se projevovalo jak verbálně – krátká sdělení o sobě v menších frekvencích než muži tak i neverbálně, jako kdyby svým tělem vytvářely obrannou bariéru či „fasádu“ na skrývání skutečných pocitů. Protipólem k nim byly naopak klientky, které na sebe při programu strhávaly pozornost např. sexuálními tématy či vyzývavým oblečením. Protože oba typy chování brzdí terapeutický proces a řešení tohoto problému na koedukovaných skupinách se ukázalo jako nepříliš efektivní, zkusili jsme proto pracovat s tímto problémem pouze v ženském „kruhu“.

Zprvu se jednalo o nepravidelný program, který reagoval na výše zmíněnou situaci. Ukázalo se to jako krok správným směrem. Podařilo se vytvořit intimní a bezpečný prostor pro sdílení choulostivějších ženských témat. Klientky byly otevřenější ke zpracovávání motivů svého chování.

Bylo to i díky supervizi dr. Frouzové, která nám pomohla utřídit myšlenky, témata, pocity... Důležitým tématem supervizí byl i citlivý způsob sdílení náplně ženských skupin se zbytkem komunity, a např. i to, aby se ze ženských skupin nestalo „feministické hnutí“. Od začátku je jejich cílem integrace mužského a ženského principu a ne jejich polarizace. Přesto bylo nutné překonat prvotní ostych a dynamiku spojenou s novým neznámým „prostorem“ v komunitě a to nejen mezi klienty ale i v týmu. Ženské skupiny byly např. některými našimi kolegy překřtěny na Klub Minerva (pochopitelně ne podle bohyně moudrosti, ale dle známé značky šicího stroje).

Postupně se staly ženské skupiny pevnou součástí terapeutické práce.

Pro jaké klientky program vznikl

Do terapeutické komunity přicházejí klientky ve věku od 18 let do 35 let. Mají za sebou nejen drogovou kariéru na návykových látkách (jako je alkohol, marihuana, heroin, pervitin, benzodiazepiny, hraní automatů....), ale mají i zkušenosti s trestními činnostmi, pobytem v nápravně výchovném zařízení, prostitucí, zneužíváním jak psychickým tak i tělesným, poruchami příjmu potravy, jsou zdravotně zanedbané a poškozené (pro nepravidelné lékařské prohlídky- gynekologie, zubař, postižené hepatitidou, syfilis, některé i po psychotických atakách)

Cíle a přínos ženských skupiny

Terapeutické

Od tabuizování a odbourávání strachu z traumatických a intimních témat (domácí násilí, zneužívání, incest, obchod s tělem). Předběžné zpracování pak pomáhá při práci v běžných terapeutických skupinách. Posiluje se tak i mužsko – ženská dynamika v komunitě a zčásti se i eliminují „ženské“ způsoby manipulací a agování. Dalším přínosem je posílení vztahu mezi ženami v komunitě.

Praktické

Pomáhají klientkám získávat nové dovednosti v sociální a zdravotní (hygiena, gynekologie, výchova dětí atd.)

Metody, které ženské skupiny využívají

Terapeutické - skupinová psychoterapie, zážitkové techniky arteterapie, neverbální techniky.

Vzdělávací – semináře nebo tématická setkání, která reflektují témata jako je např.

prostituce, postavení žen ve společnosti, domácí násilí, poruchy příjmu potravy atd. Tyto programy mohou vést externí spolupracovníci.

Volnočasové aktivity – divadlo, výstava, výlet, workshop - břišní tance... Probíhají mimo čas na skupinu.

Forma a frekvence skupin

- 1x měsíčně 1,5 hodiny v pravidelný čas terapeutická skupina. Skupiny vede jedna terapeutka. Účast ostatních členek terapeutického týmu je možná. Samozřejmostí je sdílení obsahu skupiny se zbytkem komunity (vybraná klientka je pověřena zápisem a referováním o skupině na nejbližší komunitě a každá účastnice má prostor ke svým osobním sdělením). Klientka pověřená zápisem má v následném měsíci za úkol spolu s ostatními klientkami sledovat a vybírat témata k dalšímu setkání. Ta pak konzultuje s terapeutkou před skupinou.
- Volnočasové aktivity 1x za dva měsíce s přihlédnutím na další aktivity v komunitě.
- Vzdělávací program by byl 1x za půl roku ve pondělí a byl by přístupný pro všechny členy terapeutické komunity. Ve dvou blocích (cca 1,5h.) by se věnovali externí lektori přednášce a diskusi na ženská témata (viz výše)

Okruhy témat ženských skupin

Zde jsou některé okruhy témat, která se na ženských skupinách objevily a která považují za nosná:

- **Životní cyklus ženy** – s jednotlivými podtématy- ženy v základní rodině, co je běžné v dětství, v dospívání, zralosti, role dcery, role matky, babičky, výrazné ženské vzory v životě, v čem jsem stejná a v čem jiná než matka...
- **Vztahy žen v komunitě mezi sebou** – jaký typ ženy jsem, co mohu ostatním v komunitě a životě nabídnout...
- **Identifikace s ženskou rolí** v životě a seberepjetí se jako ženy (opět od dětství, dospívání až současnost)
- **Mužská a ženská role v komunitě a životě** – vztahy mezi pohlavími, ženské manipulace a hry, rizika podobných strategií, polarita a integrace.
- **Psychické a fyzické zneužívání** a jeho dopad v životě
- **Role oběti**
- **Vztah k tělu** – přiměřená péče o tělo, hygiena, kosmetika, gynekologie, vztah k jídlu (poruchy příjmu potravy atd)
- **Sex** (např.sexuální potřeby v komunitě, bezpečný sex, antikoncepce, pohlavní choroby)
- **Partnerské vztahy** v minulosti a budoucnosti - Jaká jsem partnerka? Jaký partner se ke mně hodí? Jakého chci?
- **Představy o rodině** – zda děti, kolik, proč, otec mých dětí, svatba, do jakých podmínek chci děti přivést...
- **Dopad rozvodu na rodinu** (nejen v původní, ale spousta z nich se může nebo bude rozvádět)
- **Stigmatizace závislé ženy** společností (jaký je rozdíl a akceptace ve společnosti, když jde o závislou ženu či muže)

Příloha č. 7

Okruhy dotazů pro řízené rozhovory s klientkami komunity Karlov:

Kolik je Ti roků?

Kolik máš dětí, jejich věk?

S kolika dětmi jsi na Karlově?

Poslední dokončené vzdělání?

Nějaká pracovní praxe? Jak dlouho jsi pracovala/byla zaměstnána?

Máš nějaké závažnější zdravotní problémy, závažnější choroby?

Nějaké zájmy, koníčky v minulosti před drogovou kariérou?

Jsi s nějakými (nedrogovými) přáteli v kontaktu?

Rodina:

Mohla bys krátce popsat vztahy v rodině? Tvoji rodiče, blízcí příbuzní, dětství, dospívání?

Myslíš, že mohly mít rodinné vztahy vazbu s Tvým způsobem života a s drogovou kariérou?

Otec dítěte – jste spolu v kontaktu?

Je otec dítěte zároveň tvým partnerem?

Užívá otec Tvého dítěte drogy či alkohol?

Uvažuješ dál v soužití s ním absolvování léčby, počítáš s ním do budoucna?

Kariéra – první experimenty:

V kolika letech jsi zkusila poprvé „tvrdé“ drogy?

S kým? (kamarádi, partner, spolužáci.....)?

Předcházelo konzumaci tvrdých drog požívání alkoholu nebo tabáku nebo marihuany? Můžeš odhadnout pořadí a důležitost pro vznik závislosti?

Jak dlouho jsi užívala tvrdé drogy?

Primární droga?

Sít zařízení, léčba:

Můžeš uvést první kontakt s pomáhající organizací? Se kterou, kým?

Ovlivnilo tvé uvažování o možné abstinenci toto setkání (setkávání)?

Změnilo zjištění těhotenství Tvoje úvahy nad dosavadním způsobem života a užívání drog?

Mohla bys popsat svoji první reakci na oznámení/zjištění, že jsi otěhotněla?

(Intimní otázka – nemusíš odpovídat) – Zvažovala jsi potrat? Pokud ano, co bylo zásadním důvodem pro konečné ponechání dítěte?

Uvažovala jsi o adopci? Měla jsi představu, že by mohlo být dítě u cizích lidí, kteří si miminko přejí?

Měla jsi před těhotenstvím nějaké absolvované detoxy?

Měla jsi nějaké pokusy o léčbu před těhotenstvím?

Byla jsi v těhotenství na substitučním programu, detoxu nebo jsi snižovala denní dávky?

Využívala jsi v těhotenství služeb gynekologické ordinace?

Byla jsi v těhotenství v kontaktu s nějakým odborným zařízením na drogovou problematiku? Jakým?

Která služba Ti v zařízení nejvíce vyhovovala (individuální terapie, skupinovka, výměnný program, zdravotní poradenství apod.)

Karlov:

Jak dlouho jsi na Karlově?

V jaké jsi fázi?

Pocit'ovala jsi/pocit'uješ nějaké problémy s pravidly programu v rámci komunity?

Vyhovuje Ti program? Měla bys k programu, řádu či terapeutům nějaké výhrady, nápady, komentáře?

Krátce o budoucnosti – máš už představu (zhruba či konkrétně) jestli chceš dokončit program?

Pokud zvažuješ předčasný odchod - hlavní důvod ne/dokončení?

Po odchodu z komunity – plánuješ doléčovák? Plánuješ návrat k rodině či partnerovi, nebo chceš vést samostatný život s dítětem?

Příloha č. 8

Přepis rozhovorů s klientkami TK Karlov

Rozhovor s klientkou č. 1:

Základní data:

Kolik je ti let?

Dvacet osm.

Kolik máš dětí?

Dvě a obě jsou tu se mnou na Karlově. Jsou to holky a je jim dva roky a šest let.

Tvoje poslední dokončené vzdělání?

Střední, učňák. Bez maturity.

Byla jsi někde zaměstnána a jak dlouho?

Jo, dělala jsem servírku. Přes rok. Už je to dávno.

Nějaké zájmy?

V tuhle chvíli? No určitě děti (smích). A před tím, než jsem brala, tak jsem hrála házenou a bavilo mě moc sportovat.

Máš nějaké závažnější zdravotní problémy nebo prodělané choroby?

Ne nemam.

Ani hepatitidu?

Jo, tu jo, tradičně. Céčko.

Rodina, vztahy.

Kde jsi vyrůstala?

Já jsem Pražák. Celou dobu až na čtyři roky v Liberci po první léčbě.

Můžu se zeptat na vztah mezi tebou a rodiči nebo dalšími příbuznými?

Jasně. Tak s matkou mam dobrý vztah, akorát, že nikdy neskousávala...já mám totiž druhou léčbu v komunitě.....byla jsem ještě bez dětí v Nový Vsi a bez dětí. Furt prostě jí chybí pochopení pro to, že nejde jen tak přestat. Furt si myslí, že když si člověk řekne, tak přece může přestat ze dne na den. Jinak je ale v pohodě, dělá pro mě první poslední. Dycky dělala a dělat bude. V tomhle je to v klidu. S tátou nejsem v kontaktu, protože jsou naši rozvedení od mých dvou let, takže se nanejvýš vidíme jednou za vánoce. Mamča zůstala sama, už si dalšího chlapa nenašla. Mám dva nevlastní bráchy, od otce, s těma se ale taky nevidám.

Myslíš, že mohly tvoje rodinné vazby a situace doma ovlivnit tvoje braní?

.....ne. Nemyslím. Doma to bylo fajn.

Teď se budu ptát na tatínka, nebo tatínky tvých dětí?

Jasně. No každý dítě mám s jiným chlapem. S tátou starší dcery jsem se seznámila právě v Nový Vsi v komunitě, takže Kristýna je „komunitní dítě“. S jejím otcem jsme normálně v kontaktu, posílá mi alimony, je v pohodě. Má přítelkyni, mojí kamarádku, se kterou jsem se kamarádila deset let. No a Eliška má otce po smrti. Je to rok. On vařil, a podpálil byt. Bylo to i mediálně známý jak to na tý Praze 4, na Křejpárně buchlo. Teď to bylo druhýho února přesně rok. Otec prvního dítěte už je osm let „čistej“.

Zůstali ti nějakí kamarádi, jakýkoliv kontakt mimo rodinu? Myslím samozřejmě „nedrogové“ kontakty.

Ne, nikdo.

Drogová kariéra.

Mohla bys popsat začátky?

No poprvé jsem tvrdou drogu vyzkoušela v šestnácti.

A nějaké užívání alkoholu, cigaret?

Jo, to jo, to dávno před tím, už ve dvanácti. To jsme pili docela pravidelně buď schovaný před barákem, nebo s kámošema na chatě. Ale drogy až v těch šestnácti.

Myslíš, že mohlo být užívání alkoholu od dvanácti spouštěčem pro zkoušení drog?

Tohle je strašně individuální, záleží jak u koho. Na mě tohle určitě nefungovalo, ale znám spoustu lidí, který takhle krachli po chlastu. A dost z nich bylo po léčbě a zahučeli zpátky.

Primární droga?

Pervitin. Pak až když sem jela do Nový Vsi před šesti lety, tak to bylo už na heroinu. Před Karlovem zase pervitin. Čtyři roky jsem byla od Nový Vsi čistá a bydleli jsme s manželem v Liberci. Pak jsem zjistila, že mi manžel zahýbá s mojí nejlepší kámoškou a bylo to v kopru. Ještě jsem se kamarádce svěřovala, že je Honza divnej, že asi někoho má. Když jsem přišla na to, že chodí s ní, tak to byl docela mazec. Ještě když jsem se stěhovala, tak mě přemlouvala, ať zůstanu s nima. No a trojku jsem fakt nechtěla! Takže jsme se vrátily s dcerou do Prahy k mámě. Půl roku jsem ještě vydržela nebrat a pak jsem se zase rozjela.

Vyhledala jsi staré kontakty sama, nebo oni tebe?

Oni, už otravovali, jen co zjistili, že jsem zpátky.

Motivace ke změně, léčba:

Změnilo zjištění o tvém druhém těhotenství tvoje úvahy nad další léčbou?

Ne. Fakt ne. Elišku jsem celou profetovala. Tu jsem měla s tím vaříčem, takže furt bylo co brát.

Zkoušela jsi snižovat dávky?

To jo, dávky jsem snížila, ale jenom proto, že mi z toho bylo blbě, protože jsem furt zvracela.

Zvažovala jsi adopci nebo potrat?

Ne vůbec, protože jsem byla zase naivní a myslela jsem si, jak přestane brát a že přestane vařit (smích).

Pamatuješ si na první kontakt s nějakým zařízením, poskytujícím služby pro drogově závislé?

Ano, Bohnice. Detox. Rok 1997. Občas jsem si ale samozřejmě v tu dobu chodila na ulici pro buchny, ale nikdy jsem s lidma z terénu neměla zájem mluvit.

Nějaké stacionární služby? Káčka?

Ne, vůbec. Jen detoxy a komunity.

Chodila jsi v rámci těhotenství do nějakého zdravotnického zařízení?

Jo, to jsem normálně chodila. Dodneška nevím, jestli měli podezření na to, že beru nebo ne. Doktor se sice ptal, nejspíš kvůli podezření z porodnice, ale já jsem to zatloukla. Dodneška si myslím, že jsem měla šílenou kliku, protože mi na to v Krči nepřišli. Měla jsem hodně nízký dávky a nebyl to heroin, ale pervitin. Sice holka byla tři dny na JIPce, a pak za mnou přišla dětská doktorka, jestli jsem s malou náhodou nebyla někde v prostředí, kde se kouří marihuana, že má podezření na abstáky. Ale holku mi pak přinesli na pokoj a už jsme normálně byly v pohodě a za pár dní šli domu. Takže na to asi fakt nepřišli, protože jinak by malou hned šoupli do kojeňáku. Nevím...

Nahoře je jedna holka, ta je teda na výjezdu, ale má malýho kluka, kterej se eště furt klepe. Ona teda brala taky pervitin, ale strašný dardy. Prej víc, než když přišla do jinýho stavu. No a klukovi je osm měsíců a ještě se celej třepe.

Co tedy nakonec rozhodlo o změně a cestě na Karlov?

No normálně jsem to nezvládala. Je fakt, že mě natlačila i sociálka, protože co se zabil přítel a bylo to všude v novinách, tak se začalo všechno probírat a zjistilo se, že s ním mám dítě. Jakmile vyšlo na povrch že vařil, tak že po mě šli. Ale stejně, není to prostě na úkor sociálky, prostě už jsem to nezvládala. Holky byly otroky, jezdily se mnou po srazech. Byla jsem na ně hnusná, vůbec jsem je nevychovala. Takže hlavně tohle. A ještě velká holka šla do školy a to mi pak říkala Ilona Preslová, co mě posílala na Karlov, že to je docela frajeřina fetovat a starat se o dvě děti. Byly sice se mnou furt, ale bylo to šílený. Vůbec jsem je nevnímala. A hlavně jsem věděla, že jakmile malá půjde do školy, to by mi pak vůbec neprošlo. To by mi je pak obě sebrali. Toho jsem se bála nejvíc.

Tohle už je fakt konečná zastávka, už nejedu nikam jinam. Doufám.

Program TK Karlov

Jak jsi dlouho na Karlově?

Teprve chvilku, něco přes měsíc. Teď jsem nově první fáze. Většinou je nulka tak čtrnáct dní, já jí měla měsíc.

Reflexe na program?

Mě osobně dělá moc dobře, já totiž potřebuju režim. Dneska je zrovna neděle, kdy se celkem kopu do zadku, fakt nevím, co mam dělat. Takže mě naopak vyhovuje, když je to takhle nadupaný, pomalu někdy nemáme čas ani na ty děti. Mě se to ale ohromně líbí.

Já jsem ale tady moc nepobírala ty pravidla. Když jsem musela třeba akutně k zubaři, fakt mě ten zub bolel a ještě jsem byla nultá fáze, tak se o tom musí hlasovat. Ještě se kvůli tomu bouchaly vyjímečný skupiny, jestli mě pustí, jak kdybych jela na pout'. A oni mě nechtěli pustit, že eště nemám moc nateklou tvář, tak to jsem fakt nevzala. Nemohla jsem třeba rozdělat balíček co mi přišel, protože jsem byla v nultý fázi a můžu balíček rozbalit, až když přestoupím. Ale už jsem si zvykla. Ono s tím balíčkem to bylo vůbec divný, dostali jsme ho 14. února a přestupovat jsem měla až 20. Jenže to nechápala starší dcera. Ta vlastně ani neví, proč tu jsem. Ani se neptala, ale teď se začíná zajímat. Jen nechápe proč se musí žádat o vstup do krámu, proč se nemůže rozbalit balík. Už začíná mít rozum, začíná to vnímat. Na skupině mi teda poradili, že mám říct, že jsme v lázních, protože tam se musí dodržovat taky pravidla.

Co bude dál?

Krátce o budoucnosti.... uvažuješ, plánuješ co po komunitě?

Určitě. Nevím ještě přesně, půjdu určitě na doléčovák SANANIMu v Praze na rok na chráněný bydlení. Pak asi puđu k mámě, protože menší tam může chodit do školky, uvidím. To je ještě daleko.

Osobní reflexe na rozhovor s klientkou:

Klientka působila velmi vstřícným dojmem, měla živý zájem o téma bakalářské práce a studium na TF JČU. Projevovala se sebevědomě, klidně a vyrovnaně, bez problémů hovořila o všech tématech včetně těžkého období kolem smrti jejího partnera.

Je na ní znát již prošlá léčba v Nové Vsi i kladně hodnocené dětství v rodině včetně aktivního sportování. Je velmi realistická, uvědomuje si většinu problémů a dovede je uchopit tak, aby dosáhla co nejefektivnějších řešení.

Samozřejmě, že některá pravidla na TK Karlov jsou braná velmi subjektivně, až nekriticky, ale na to, že je klientka teprve v první fázi a pouhý měsíc a týden v programu, se adaptovala velmi dobře.

Rozhovor s klientkou č. 2:

Základní data:

Kolik je ti let?

V dubnu mi bude třicet dva.

Kolik máš dětí?

Dvě. No teda. Tady mám kluka, měla jsem ještě holčičku, ta je ale už adoptovaná. Klukovi bude v půlce března osm měsíců. Holce jsou teď tři roky.

Tvoje poslední dokončené vzdělání?

Já mám učňák, zemědělkou. Bez maturity, tři roky, se závěrečkama.

Byla jsi někde zaměstnána a jak dlouho?

No, já jsem různě pinglovala, pak tak různě uklízečku, pak u bráchy v reklamce polepy aut. To mě bavilo ze všeho nejvíc, ale bylo to bohužel načerno a bez budoucnosti. Dohromady jsem dělala šest roků.

Nějaké zájmy?

Hrozně mě bavilo kreslit. Ale přestala jsem, když jsem začala brát, no a tady není čas.

Máš nějaké závažnější zdravotní problémy?

Ne nemam. Ani žloutenku. A to musím zaklepat, to byla velká klika, protože jsem dělala i prostituci a nic jsem nechytla. A ještě k tomu mě právě při šlapání dvakrát znásilnili. V Chebu, s kudlama, nějaký vožralové. To jsem byla na drogách.

Rodina, vztahy.

Mohla bych se tě zeptat na vztahy doma s rodiči, či jinými příbuznými?

S mámou si moc nerozumíme, spíš se snažil mě vychovávat táta. Ten mě i teď hodně podporuje, má dost velký sociální citění. Máma bohužel hodně pije. Měla už šest let abstinenci, pak ale do toho před dvěma lety zase spadla. Teď co jsem tady se snaží, dokonce se chce přijet sem s tátou podívat, ale musí zůstat alespoň den střízlivá.

Myslíš, že mohla rodinná situace vliv na tvůj způsob života a problém s drogami?

Hmmm, myslím že určitě. Protože jak máma byla věčně opilá, tak jsem to vydržela do sedmnácti, ale pak jsem utekla. Odstěhovala jsem se k prvnímu klukovi. Pak jsem se sice odstěhovala zpátky, když se snažila sama přestat a po čase opravdu začala abstinovat, ale pak když se znovu rozpila, tak jsem zase utekla a to už jsem začala hodně brát.

Zůstali ti nějakí kamarádi, jakýkoliv kontakt mimo rodinu? Myslím „nedrogové“ kontakty.

Ne, nikdo. Spíš rodina.

Jsi v kontaktu s otcem dětí?

Teď bohužel ne, protože ho vyhostili, asi 14 dní před mým nástupem na Karlov. On je Vietnamec. Neměl papíry v pořádku, byl tu deset let, nechtěli mu obnovit pobyt, tak se vlastně schovával před úřadama. Jenže ho opakovaně vyčapali. Co se kluk narodil, tak jsem potom šla na azylák, protože byl zrovna partner zavřený a tam mi ředitelka poradila, že lze prominout trest a zažádat následně po vyhoštění o možnost návratu, když tady má jedno dítě napsaný na něj a já se o něj starám. Z Karlova to prý nejde, až se vrátím domů.

Užívá partner drogy?

Když jsme se poznali tak kouřil heroin. Potom přestal, já už jsem si ale šlehala pravidelně pervitin, takže jsem spíš byla já ten aktivátor braní. Ale občas si taky dal. Spíš se ale snažil mě držet při zemi. Teď se ale bojím jak je zpátky ve Vietnamu, tam se hodně všude kouří heroin, tak aby do toho víc nespádl.

Drogová kariéra.

Můžeš popsat první experimenty? Kdy? S kým?

Já jsem začala s drogama, docela pozdě, až v jednadvaceti. Myslíš, že mohlo pití alkoholu vést k experimentům s tvrdýma drogama?

Já jsem hroznej milovník piva, klidně dvě denně, ale nikdy jsem třeba nebulila trávu, protože mi nedělala nikdy dobře, vlastně mě ani nebavil heroin.

No spíš jsem se ale ke drogám dostala díky bývalému partnerovi. Já dělala v rockovém klubu za barem a řekl mi to vlastně až po roce co jsme se znali, že bere drogy celou dobu. Tak jsem to začala zkoušet s ním.

Ale obecně když to člověk přežene s pitím, tak hlavně ta kocovina opravdu žene k nakopnutí něčím jiným, protože ti není vůbec dobře.

Motivace ke změně, léčba:

Pamatuješ si první kontakt s pomáhající organizací, nebo někým, kdo tě motivoval k abstinenci?

Sociálka, na tom azyláku jsem byla na očích. Takže jsem třeba dala dítě hlídat a odjela jsem si pro dávku a vrátila se třeba až po desátý v noci. Takhle jsem to udělala dvakrát, a pak ještě jsem vlastně utekla jednou, když jsme byli s klukem v nemocnici. Ale je fakt, že jsem to nechtěla tutlat, protože to bych se sem nedostala.

V nemocnici mi na to přišli, ale už jsem nechtěla znova utéct jako s dcerou a rozhodla jsem se, že jeho si nechám a proto jsem začala makat, aby mi ho vrátili zpátky.

To znamená, že při těhotenství ses nesnažila o snížení dávky nebo substituci?

Ne vůbec. Naopak. Jsem se možná rozjela ještě víc.

Nějaké pokusy o detox, léčbu před tím?

Ne, léčba žádná, ale ještě s partnerem před tím, co s ním mám děcka, tak s tím jsme zkoušeli společně nebrat, vydrželi jsme to pět měsíců. Pak mě ale zlískal záda, takže jak mě z toho nejdřív vytáhnul, tak mě zase do toho hodil.

Co tedy nakonec rozhodlo o léčbě?

Určitě malej. Když mi řekli, že pokud se nepůjdu léčit, tak mi ho zase seberou, tak jsem už byla rozhodnutá, že do toho půjdu. Nejdřív jsem měla nastoupit na psychinu v Červeném Dvoře, ale to by malej zůstal dva měsíce v kojeňáku. To jsem nechtěla. Ale řekla jsem že jo. Pak mi ale poslali rozhodnutí, že jenom na detox a pak můžu i s malým sem. Takže byl nakonec jenom šest dní v kojeňáku. Ale i tak tam dostal nějaký průjem, všichni to pak tady od něj chytili.

Jak jsem vlastně přišla o tu první, protože mi jí hned po porodu sebrali a byla v kojeňáku. A furt do mě hučel doktor co já dělám proto, aby mohl zůstat potom se mnou, což já byla v tu dobu na ulici, tak jsem z toho byla úplně v čudu. O to víc jsem do toho zahučela do drog. teď když otěhotněla znova, tak jsem měla pronajatou garsonku od skvělejších lidí, kteří mě podporovali a sami mě poradili ať jdu dobrovolně na sociálku a nakonec mě k tomu dokopali. Sociálka mi pak doporučila azylák, kde jsem byla až do porodu. Jinak jsem si před tím myslela, že se prostě ufetuju. Až po tom azyláku a detoxu jsem šťastná, že jsem tady a že ho můžu mít u sebe.

Program TK Karlov

Jak jsi tu dlouho?

Na Karlově jsem teď přes půl roku.

Ze začátku, když jsem přišla, tak jsem si říkala, že to nikdy nedám, že to je strašný, ale už se mi tu líbí a naopak si nedovedu představit, jak budu fungovat bez režimu a bez blízkých kontaktů s ostatními holkama, jaký tady teďka máme. Hlavně je skvělý, že si občas můžeme děti navzájem pohlídat a na chvíli odpočinout. Ještě nevím, jak tohle všechno zvládnou bez komunity.

Co bude dál?

Zvažovala jsi budoucnost po ukončení léčby?

Mám strach, že venku, až to bude volný....určitě bych chtěla na doléčovák, spíš tady někde, myslím si, že je po léčbě ještě moc brzo na návrat do Chebu. Chci si určitě zažádat o sociální byt, protože nevím co dál. Jenže o sociální byt můžu žádat v místě trvalého bydliště a to je bohužel Cheb. Fakt ještě nevím, jestli budu mít odvahu tam jet.

Osobní reflexe na rozhovor s klientkou:

Klientka je velmi křehká dívka. Je znát nejen těžká rodinná situace, ale hlavně špatné zkušenosti s prvním partnerem, který bral drogy a choval se k ní násilnický. Rovněž období prostituce a dvě znásilnění celou problematiku s muži prohlubují.

Úvaha nad budoucností je těžší i z toho důvodu, že v případě, že matka klientky nadužívá alkohol, není možné navrátit se alespoň na přechodnou dobu po doléčovacím programu domů. Klientka zcela viditelně stále miluje svého partnera a otce svých dětí a informace o něm podává zkresleně tak, že jej neustále hájí a neuvědomuje si jeho kriminální chování. Rovněž si ještě málo uvědomuje riziko jeho návratu a společného soužití pro její udržení abstinence i výchovu dítěte. Jelikož má tendenci žít v roli oběti a být závislá na problémovém partnerovi, bude nutné co nejdříve setrvat v podpůrných psychoterapeutických i skupinových programech.

Rozhovor s klientkou č. 3:

Základní data:

Kolik je ti let?

Devatenáct.

Máš tu dítě?

Teď ne, malá byla tady, ale teď je v kojeňáku.

Jak je stará?

Osm měsíců.

Jaké je tvoje vzdělání?

No dokončená základka, pak jsem chodila na praktickou školu, ale vyhodili mě. To už jsem tam nechodila, spíš jsem chodila za školu a měla jsem spoustu neomluvených hodin.

Nějaké zaměstnání?

Dělala jsem dva měsíce ve sklárně.

Zdravotní stav?

Mám céčko.

Rodina, vztahy.

Můžu se tě zeptat na rodinu? Dětství?

Mám už jenom mámu a hodně jsem v kontaktu s babičkou. Ta mě dneska přijela navštívit. Jinak dětství v pohodě. Do určitý doby to bylo fajn, než nám umřel táta. Pak už to bylo horší. Máma zůstala sama, těžko to nesla. Myslim si, ale, že kvůli vztahům doma jsem ale brát nezačala.

Jsi v kontaktu s otcem dítěte?

Ano jsem, už mi sem napsal.

Užívá partner drogy nebo alkohol?

No, bral vždycky. Ale potkala jsem ho, když už jsem brala. Začala jsem před tím s partičkou. Teď ale nebere, protože sedí.

Uvažuješ o něm i do budoucna?

Jo, trošičku. Trošičku s ním počítám. Hlavně jestli začne se sebou něco dělat.

Máš nějaké vztahy a kontakt mimo drogovou scénu?

Ano, mám, kámošku. Jsme v kontaktu.

Drogová kariéra.

Tvůj první kontakt s drogami?

V patnácti.

Užívala jsi před tím alkohol?

Jo, pila jsem a kouřila.

Myslíš, že pití mohlo mít v důsledku i kontakt s drogami a následné braní?

Myslím, že alkohol je startovací můstek. U mě to tak bylo.

Primární droga?

Pervitin.

Motivace ke změně, léčba:

Nějaké předchozí léčby před Karlovem?

Jo, byla jsem čtyřikrát na detoxu z toho jednou v Bohnicích. Ale nebyla jsem tam dobrovolně. Jinak jsem si chodila měnit v Praze do Káčka na SANANIMu DropInu.

Změnily návštěvy Káčka tvoje úvahy o změně?

Ne. Ne. Já jsem s nimi nijak moc nemluvila.

Změnilo těhotenství tvoje úvahy o možné léčbě.

Jo, určitě. Změnilo. Ale přesto jsem se neodhodlala, jen jsem o tom přemýšlela.

Zvažovala jsi i adopci, nebo jsi přemýšlela o potratu?

Vůbec jsem nevěděla co.

Navštěvovala jsi nějaký program v těhotenství?

No, to už jsem právě začala chodit na Denní Stacionář SANANIM, k paní Preslový. Nakontaktovala mě na ní kurátorka.

Já už jsem v evidenci že beru od patnácti. To jsem byla poprvý na detoxu a babička mě jako to.... práskla.

Co nakonec rozhodlo o léčbě?

Dítě.

Program TK Karlov

Jak dlouho jsi na Karlově?

Dva měsíce. Příchod do Karlova byl šok, hlavně pravidla. A ještě se starat o dítě.

Co bude dál?

Máš nějakou představu, až dokončíš léčbu?

Jo určitě doléčovák v Praze. Pak uvidím. Po doléčováku si chci zažádat o sociální bydlení.

Osobní reflexe na rozhovor s klientkou:

Klientka je v rozhovoru hodně uzavřená, na některé otázky přímo neodpověděla vůbec.

Zde tedy musím uvést i další zjištěná fakta mimo rozhovor, která jsou k reflexi velmi důležitá. Po delším neformálním rozhovoru s babičkou klientky jsem celou situaci této ženy začala chápat v souvislostech. V zásadě je problém v tom, že po dopravní nehodě a úmrtí otce klientky se její matka odmítla o ní jakkoliv postarat. Nikdy k ní prý neměla žádný vztah a už od narození jí odmítala, protože nikdy nechtěla mít děti.

Celou situaci zkomplikovalo i to, že matka klientky celou situaci nesla velmi těžce a zanedlouho po nehodě onemocněla roztroušenou sklerózou. Klientka tedy byla nejprve umístěna v dětském domově a od patnácti let po návratu z domova žila s babičkou, která je velmi protektivní, vše za vnučku zařizuje a organizuje jí od začátku život podle svých představ. Sama babička v rozhovoru odmítá jakékoliv úvahy okolí, že by její vnučka mohla sama něco bez ní zvládnout. Vždyť vždy byla zvyklá pro všechny všechno dělat. Po smrti jejího syna je očividné, že klientka je jejím posledním rodinným kontaktem.

Klientka je možná i z těchto důvodů velmi ovlivnitelná a bez vlastních postojů a názorů.

Partner klientky je o dvacet let starší dlouhodobě užívající narkoman, který střídá drogovou kariéru s výkony trestu. Jelikož je její první partner a zároveň otec jejího dítěte, je na něm velmi fixovaná a stále zamilovaná.

Celá situace kolem dítěte je rovněž nejistá, neboť se klientka v programu občas projevuje agresivně a jeden z jejích agresivních projevů měl za následek lehké pohmoždění dítěte a jeho následné odebrání a umístění v kojeneckém ústavu. I když se tato situace stala jednou a tým Karlova potvrdil následné zlepšení vztahu i manipulace s dítětem, zatím je stále miminko umístěno v ústavu.

Rozhovor s klientkou č. 4:

Základní data:

Kolik je ti let?

Mně je dvacet jedna.

Kolik tu máš dětí?

Jedno.

Jak je staré?

Je mu osm měsíců.

Odkud jsi?

Já jsem z Plzně.

Jaké je tvoje vzdělání?

Já jsem vyučená prodavačka, povedlo se mi to udělat napotřetí.

Byla jsi zaměstnaná, jak dlouho?

Dělala jsem rok a půl zástupkyni vedoucí v řeznictví, dojížděla jsem do práce a dělala jakoby pod mámou. Pak jsem se na to vykašlala, kvůli drogám.

Zdravotní stav, nějaké nemoci?

Nemám nic.

Nějaké zájmy?

Jo, když jsem fetovala tak furt automaty (smích). Do těch patnácti jsem ale chodila na mažoretky.

Rodina, vztahy.

Můžu se zeptat na rodinu? Dětství? Mohlo tím být podle tvého názoru ovlivněno tvoje braní?

Já mám oba rodiče v pohodě. Jsme i teď v kontaktu, jezdí za mnou. Nemyslím si, že by tam byl nějaký problém. Takhle jsem ještě moc neuvažovala, ale přijde mi, že jsem se měla doma v pohodě.

Jsi v kontaktu s někým mimo rodinu, mimo drogovou scénu?

Něco málo zbylo.

Jsi v kontaktu s otcem dítěte?

Můj partner je taky v léčbě. Teď byl na psychině v Plzni a chce jít do Červeňáku.

Plánuješ s ním kontakt po léčbě.

No, uvidím..... možná jo..... určitě.

Drogová kariéra.

Tvůj první kontakt s drogami?

No brzo. Kouřila jsem už ve dvanácti, v patnácti letech jsem pravidelně pila alkohol. A od těch patnácti a půl už jsem zkoušela marihuanu i tvrdý drogy. Hodně mě ovlivnili kamarádi, třeba jsme brali jen tak víkendově, pak už ale třeba taky pět dní v kuse. Jakmile jsem vylezla ze školy a měla jsem přístup k penězům, tak jsem se rozjela.

Motivace ke změně, léčba:

Můžeš popsat první kontakt s pomáhající organizací?

Já jsem si nejdřív chodila měnit, pak jsem ale šla s mámou na nějaký sezení, kde mi pak začali zařizovat léčbu tady.

Změnily návštěvy tvoje úvahy o změně?

Nejvíc mě vlastně pomohla v Káčku Dáša, kde jsem za ní chodila i těhotná a pak mi vlastně pomáhala se zařizováním léčby tady, protože jsem za ní s mamkou šla hned jak mě pustili z nemocnice po porodu. Chodila jsem i na sezení, ale až když se malej narodil, takže spíš jsem začala s léčbou kvůli němu. Určitě kdyby se nenarodil, tak bych v tom jela dál.

Změnilo tedy tvoje těhotenství úvahy o tom jak dál?

Změnilo. (pláč). Než se mi narodil tak jsem vlastně děti nechtěla. A pak když mi ho odvezli na JIPku s abst'ákama, tak asi po pěti dnech mě řekli, když jsem tam volala, že je tam moje máma, tak jsem tam teprv šla. Já dycky když o tom mluvím, tak u toho brečím. Takže mě i hodně máma donutila a poradila jak na to. Tchýně si ho totiž chtěla vzít do Německa, tak jsem se musela rozhodnout.
(chvilka na zklidnění a neformální rozhovor)

Program TK Karlov

Jak jsi tu dlouho?

Já už jsem tu čtyři měsíce. Program je hodně nabízejí, ale vyhovuje mi pravidelnost a řád.....

Co bude dál?

Zvažovala si možná řešení budoucnosti po léčbě?

Plánuju doléčovákat, ale ještě nejsem rozhodnutá, jestli se chci vrátit do Plzně. Ona zase není tak velká. Všechno mě to tam připomíná, tak uvidím, až budu jezdit na výjezdy, co se se mnou bude dít. Chtěla bych se asi odstěhovat někam jinam, hlavně když by se mi to tam zase začalo spouštět. Tam jsem přece jenom fetovala dlouho, všude ty lidi a herny....

Osobní reflexe na rozhovor s klientkou:

Klientka se jevila ze všech oslovených dívek nejvíc autentická a otevřená. Vlastně jako jediná projevila bez zábrán emoce, které rozhovor zejména v těžších tématech doprovázely. Bylo na ní znát, že opravdu těžce na sobě pracuje a snaží se co nejlépe obstát ve všech povinnostech souvisejících nejen s dítětem, ale i v aktivitách v rámci programu.

Rozhovor s klientkou č. 5:

Základní data:

Kolik je ti let?

Dvacet dva.

Máš tu děti?

Jo, dvě.

Jak jsou staré?

Staršímu jsou dva roky a malýmu deset měsíců.

Odkud jsi?

Z Prahy.

Jaké je tvoje vzdělání?

Já mám dokončenou jenom základku, rok a půl jsem se učila na kuchařku, ale nedokončila, protože mě vyhodili, protože jsem tam nechodila. Ale měla jsem furt vyznamenání.

Uvažovala jsi o dostudování, když jsi byla dobrá?

Jo, asi možná jo. Mohla bych.

Nějaké zaměstnání?

Prodávala jsem v Delvítě u dortů v lahůdkách. To mě bavilo. Každý den jsem si pěkně dala čtyři dorty. Pak už jsem nevěděla jaký si dát. A pak jsem taky dělala kuchařku v rámci praxe na učňáku. Dělal jsem ale jenom chvíli – ani ne tři měsíce, protože už jsem čekala Honzika.

Zdravotní stav, nějaké nemoci?

Já jsem chudokrevná. (smích)

Nějaké zájmy?

Já jsem pět let jezdila na koni, hodně jsem chodila se psem na cvičák. Pak mě hodně bavily různé sporty jako třeba bruslení, na kole. No a pak když sem brala tak automaty, děláni peněz a nic jinýho. Nebyl čas a zájem.

Rodina, vztahy.

Můžu se tě zeptat na rodinu, vztahy?

Máma si mě nikdy moc nevěšmala, mám nevlastního tátu, ten je potřetí zavřenej a dost často mě mlátil. Nedávali mi ale žádnou volnost, furt mě votravovali že musím být do šesti doma, když ne, tak jsem dostávala tresty nebo mě nevlastní otec zmlátil. Proto jsem v osmnácti utekla z baráku a od té doby nejsem doma. Když jsem viděla, že kamarádky mohly všude. Hodně podle starý doby, když nebylo všechno hotový doma a všechny úkoly, tak jsem nikam nesměla.

Jsi v kontaktu s někým mimo rodinu, mimo drogovou scénu?

Já jsem v kontaktu s lidma, který před tím se mnou fetovali a přestali a jsou čistý. Pár jich je, ne moc.

Jsi v kontaktu s otcem dítěte?

Můj partner měl teda jako nastoupit léčbu, ale nenastoupil. Zatím fetuje, tak jsem zvědavá, jak se k tomu postaví on. Oba jsme se totiž domluvili, že spolu nastoupíme do léčby, už to měl taky zařízený, ale nenastoupil. Já jsem pak šla sem, tak ani o něm nemám zprávy. Jsem teda jako zvědavá na něj. Ale chtěla bych se k němu určitě vrátit. Byl na mě moc hodnej, dokonce jsme spolu bez léčby vydrželi bejt rok a půl čistý.

Drogová kariéra.

Tvůj první kontakt s drogami?

Ve čtrnácti jsem začala pít alkohol, v šestnácti, sedmnácti jsem začala hulit marihuanu a v těch sedmnácti první experimenty a takový lehčí braní tvrdejch, no ale už v osmnácti jsem se vezla. Dostala jsem se totiž do party starších lidí, kolem třiceti. A chtěla jsem se jim vyrovnat, tak jsem si s nima dávala. Pak jsem i sháněla třeba kámošce drogy za to, že mi pohlídná dítě a tak. Pak už byla vlastní výroba. To už je pro tebe špatný, když si to sám člověk dělá. Furt, všeho moc. A ty lidi votravný. (smích)

Motivace ke změně, léčba:

Můžeš popsat první kontakt s pomáhající organizací?

No nejdřív výměnný programy v SANANIMu a Drop-inu, pak v těch Holešovicích jsem chodila na motivační skupiny do SANANIMu do Denního stacionáře a pak taky k paní doktorce Motyčkové. Ta mi pak pomohla i sem. A i Ilona Preslová ze stacionáře. No a před tím jsem chodila na káčko měnit, tam mi řekli o stacíku.

Změnily návštěvy tvoje úvahy o změně?

No já jsem začala chodit do stacíku až když mi děti soudně odebrali. On přítelův táta na nás totiž prásknul sociálce, že máme buchny v bytě a že bereme. Jinak bysme asi vařili a brali dál

Změnilo tedy tvoje těhotenství úvahy o tom jak dál?

No já jsem staršího kluka měla rok doma, až když jsem rodila menšího, tak mi v porodnici zjistili, že mám v sobě drogy. Musela jsem z porodnice bez něj. Byl skoro osm měsíců v kojeňáku. Starší byl v děcáku. Motyčková mi sice nabízela i možnost adopce, ale nechtěla jsem, tak proto jsem tady. A je to teda fofr. Pak jsem ještě byla v kontaktu se STŘEPem.

Program TK Karlov

Jak jsi tu dlouho?

Já jsem tady dva měsíce, přijela jsem v půlce prosince, tak vlastně dva měsíce a něco. Ale letí to tu strašně rychle. Program je hodně nabítek, eště když máš třeba na starosti kuchyň nebo tak něco, tak nemáš čas ani na kluka. Skupiny jsou občas strašně dlouhý, sice nemáme moc čas na děti, ale zase tady nejsme kvůli nim, jsme tu přece na léčbě.

Co bude dál?

Zvažuješ co po léčbě?

Já chci určitě do Prahy na doléčovák. Chtěla bych se pak osamostatnit, ale jsem zvědavá na přítele, jak to s ním dopadne.

Osobní reflexe na rozhovor s klientkou:

Klientka byla velmi vstřícná, pohotová, v dobré náladě, ráda si se mnou povídala. Všechno jí zajímalo, za rozhovor poděkovala. V odpovědích působila velmi pohotově, někdy až suverénně, bylo celkem problematické v některých pasážích uchopit, zda se jedná o její přesvědčení, nebo zda je způsob odpovídání ovlivněn léčbou a intervencemi. Jelikož ale rozhovor byl zaměřen na spíše dotazníkové šetření než na hlubší zpověď, odpovědi byly plně dostačující.

11 Abstrakt

KŘÍŽOVÁ, E. *Terapeutická komunita jako nástroj léčby drogových závislostí se zaměřením na ženy a matky s dětmi*. Praha 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce J. Šimečková.

Klíčové pojmy: závislost, drogy, motivace, léčba, terapeutická komunita, ženy, matky, děti, ženské skupiny

Práce se zabývá problematikou ženského abusu drog a specifiky nejen doprovodných negativních dopadů závislosti na nealkoholových drogách u žen, ale také specifiky jejich léčby. Práce se rovněž snaží přiblížit poměrně novou oblast v drogové problematice a to způsob léčby závislých matek společně s jejich dětmi. Neboť takový program funguje ve formě rezidenční péče, část práce se věnuje teoretickým poznatkům z oblasti léčby formou terapeutických komunit a komunitní péče.

Hlavní část práce se týká problematiky drogové závislosti a následných jevů v případě závislosti u žen a matek. Stejný význam je ale v hlavní části práce kladen také na popis principu, cílů a metod práce v terapeutických komunitách. Pro ilustraci část práce popisuje metody rezidenčního léčebného programu, rozdílný přístup k ženské klientele, statistické údaje a jejich interpretaci u klientek terapeutické komunity Magdaléna a Karlov SANANIM. Text rovněž přibližuje problematiku ženských skupin komunity Magdaléna.

Praktická část práce uvádí nejen významné poznatky o programu terapeutické komunity Karlov pro klientelu matek s dětmi včetně uvedení rozdílů v přístupu oproti „bezdětné“ klientele, ale rovněž obsahuje zjištěné údaje v rámci výzkumu klientely matek s dětmi na bázi řízených rozhovorů v prostředí výše zmíněné komunity.

ABSTRACT

KŘÍŽOVÁ, E. *Therapeutic Community as an Instrument of Drug Addiction Treatment, Focused on Women and Mothers with Children*. Prague 2007. Bachelor work. Southbohemian University in České Budějovice. Theological Faculty. Department of Practical Theology. The supervisor: J. Šimečková.

Key terms: addiction, drugs, motivation, treatment, therapeutic community, women, mothers, children, group therapy for women.

The study deals with the issue of women's drug abuse and the specifics of incidental negative impacts of non-alcoholic drug addiction on women as well as the specifics of their treatment. The study also tries to depict a relatively new sphere in the drug issue which is the way of treatment of addicted mothers together with their children. As such programme works in the form of a residential care a part of this study deals with a theoretical knowledge from treatment through therapeutic communities and a community care.

The main part of this study concerns the issue of drug addiction and consequent phenomena in the cases of addicted women and mothers. The same importance in this part is placed on description of principles, objectives and work methods in therapeutic communities. This is illustrated in another part of the study describing methods of the treatment residential programme, the specific features of the female clientele, statistical data and their interpretation obtained from the women clients of the Magdalena and Karlov SANANIM therapeutic communities as well as the methods and work in female therapeutic groups of Magdalena community.

The practical part presents important information on the programme of the Karlov therapeutic community designed for the clientele of mothers with children including the differences in the approach against the „childless“ clientele. Furthermore it contains data discovered within the research in the clientele of mothers with children on the basis of guided conversations in the above community.