

# Účinnost léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé

Ingrid Cmielová

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ingrid CMIELOVÁ**

Osobní číslo: **H09665**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Účinnost léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti adiktologie.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace výzkumu.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In: KALINA, Kamil a kolektiv. Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup. 2003. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s 97-102. ISBN 80-86734-05-6.**

**KALINA, Kamil a kolektiv. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.**

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

**ŠEFRÁNEK, Martin. Evaluace výsledků v léčbě v pěti terapeutických komunitách pro drogově závislé: analýza vybraných vstupních dat z roku 2007. Adiktologie. 2008, roč. 8, č. 4, s. 320-335. ISSN 1213-3841.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Pavla Andryšová, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd


Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 27.04.2012

..... Ing. Petr Čmielec

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak je terapeutická komunita úspěšná v léčbě drogově závislých. Teoretická část vychází z odborných poznatků o problematice závislosti, terapeutické komunitě, principech jejího fungování a léčbě v terapeutické komunitě. Praktickou část tvoří samotný výzkum zaměřený na účinnost léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé a motivaci a připravenost klientů nastupujících do léčby.

Klíčová slova: závislost, terapeutická komunita, klient, léčba, motivace

## **ABSTRACT**

The goal of bachelor thesis is to find out how is a therapeutic community successful in the treatment of drug addicts. The theoretical part issues from scientific information about the addiction problematic, the therapeutic community, the principals of its functioning and treatment in a therapeutic community. The practical part presents the very research which is focused on the efficiency of treatment in therapeutic community for drug addicts and on the motivation and preparedness of clients starting with their treatment.

Keywords: addiction, therapeutic community, client, treatment, motivation

Touto cestou bych ráda poděkovala především Mgr. Pavle Andrysové Ph.D. a Mgr. Jakubu Hladíkovi Ph.D. za cenné rady a připomínky. Velké díky patří také terapeutické komunitě Renarkon za pomoc při realizaci výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Bože, dej mi odvahu, abych změnil věci, které změnit mohu. Klid, abych se smířil s věcmi, které změnit nemohu. Moudrost, abych je od sebe dovedl rozlišit.“*

Anonymní alkoholici

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 ZÁVISLOST</b> .....	<b>12</b>
1.1 DEFINICE .....	12
1.2 ZNAKY ZÁVISLOSTI .....	13
1.3 FORMY ZÁVISLOSTI .....	14
1.4 MODEL Y ZÁVISLOSTI .....	15
1.4.1 Biomedicínský model .....	15
1.4.2 Bio-psycho-sociální model .....	15
1.4.3 Bio-psycho-socio-spirituální model .....	16
1.5 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI .....	18
1.5.1 Rodinné faktory .....	18
1.5.2 Vývojový aspekt .....	20
1.5.3 Psychologické a psychosociální faktory .....	22
1.6 DOPADY ZÁVISLOSTI .....	23
<b>2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA</b> .....	<b>25</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA .....	27
2.1.1 Cíle a prostředky .....	27
2.2 ORGANIZACE A STRUKTURA .....	28
2.2.1 Kardinální pravidla .....	29
2.3 TERAPEUTICKÉ PROGRAMY .....	30
2.3.1 Skupinová terapie .....	30
2.3.2 Rodinná terapie .....	32
2.3.3 Individuální terapie .....	33
<b>3 LÉČBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ</b> .....	<b>34</b>
3.1 FÁZE LÉČBY .....	34
3.2 PŘEDPOKLADY ÚČINNÉ LÉČBY .....	36
3.3 MOTIVACE .....	38
3.4 REALIZOVANÝ VÝZKUM .....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>40</b>
<b>4 PROJEKT VEGA</b> .....	<b>41</b>
<b>5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b> .....	<b>42</b>



5.1	VÝZKUMNÝ CÍL.....	42
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	42
5.3	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	43
5.4	VÝZKUMNÝ POSTUP .....	43
5.5	VÝZKUMNÁ METODA .....	43
5.5.1	Průběh sběru dat .....	44
<b>6</b>	<b>VYHODNOCENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>45</b>
6.1	ANALÝZA VSTUPNÍCH DAT.....	45
6.2	POROVNÁNÍ PROMĚNNÝCH.....	51
6.3	MOTIVACE A PŘIPRAVENOST KLIENTŮ.....	53
<b>7</b>	<b>SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMŮ .....</b>	<b>56</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>65</b>

## ÚVOD

Z výroční zprávy o drogách v ČR vyplývá, že v průběhu roku 2010 se počet uživatelů drog v Česku výrazně zvýšil, a to na 37 500 lidí, což je o 5 000 lidí více než v předešlém roce. Více než polovina lidí do 24 let má zkušenost s drogou, zejména s užitím konopí. Díky mladistvým, kteří tvoří nejpočetnější skupinu uživatelů, Česko vede ve srovnání s dalšími evropskými zeměmi v užívání konopí. V posledním roce kouřilo marihuanu až 15 % dospělých a pervitin užívalo asi 1,5 procenta Čechů. U mladých ve věku 15 až 34 let jsou tyto hodnoty až dvojnásobné. (*Uživatelů drog v Česku výrazně přibylo. Na prevenci se ale šetří*, © 2010)

V průběhu posledních let stále více nabývám dojmu, že skupina uživatelů drog je opomíjena více než kterákoliv jiná. Otázkou je, proč tomu tak je. Nejsou snad výše zmiňovaná čísla dostatečně alarmující? Přestože výzkum zjišťující postoje společnosti k problematice drog z roku 2006 ukazuje, že za 10 let se postoj společnosti výrazně změnil a to ve smyslu větší tolerance k těmto lidem. Zarážející jsou však názory na řešení problému s drogami, kde polovina podporuje prevenci a necelá polovina postihy.

Zajímavý je fakt, že ani já, jako student sociální pedagogiky jsem se s drogovou problematikou v rámci svého studia téměř nesetkala, přes to, že práce s drogově závislými rovněž spadá do našeho pole působnosti. Mám za to, že v podvědomí studentů humanitních oborů i širší veřejnosti by mělo převažovat především pojetí závislosti jako nemoci, kterou je potřeba léčit. V léčbě drogových závislostí má své nenahraditelné místo terapeutická komunita, která je svým profilem zcela výjimečná. Hlavním cílem teoretické části mé práce je zasazení terapeutické komunity do širšího kontextu drogové problematiky. Z toho důvodu je nezbytné hovořit o závislosti jako takové. S rozvojem závislosti paralelně vyvstává otázka její léčby, která tvoří hlavní smysl terapeutické komunity a zároveň jakési pomyslné pojítko mezi terapeutickými komunitami a závislými. V návaznosti na teoretickou část je realizován výzkum, který je vypracován v rámci řešení grantového projektu VEGA Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky (projekt č. 1/0221/11). Součástí projektu bylo porovnání sledovaných proměnných v terapeutických komunitách moravského regionu. Hlavním cílem výzkumné části, kterou jsem v rámci projektu VEGA přizpůsobila svým možnostem, je popsání rozdílů v daných oblastech života klientů léčených v terapeutické komunitě po uplynutí určitého časového úseku.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZÁVISLOST

„Slovo droga je ženského rodu. S jistou dávkou nadsázky můžeme říci, že od ní očekáváme totéž co od matky – lásku a hýčkání, odpuštění viny, únik z obtížné skutečnosti do slastné, odpouštějící náruče. Očekáváme, že nám něco zadarmo dá, že uklidní naši nespokojenost, že nám zvýší sebevědomí, zbaví nás povinnosti být zodpovědný, takže dobrá droga nám umožní setrvat v dětské roli, v bezstarostnosti, nezodpovědnosti a neschopnosti stát se dospělým s nutností převzít zodpovědnost a umět řešit problémy vlastního života k prospěchu svému i jiných.“ (Riesel, 1990, s. 15)

Mnohdy trvá řadu let, než si uvědomíme, že nic není zadarmo a v případě užívání drog to platí dvojnásob. Nenápadně se vkrádá do našich životů a začíná si vybírat svou daň. Jediné co nám po ní zůstane, je závislost.

Následující kapitola je zaměřena na definice závislosti, znaky, kterými je závislost charakterizována, druhy a modely závislosti, od klasického pojetí až po současné, faktory vzniku a stručný přehled dopadů závislosti.

### 1.1 Definice

Za významný přelom v historii užívání drog můžeme považovat změnu pohledu na závislost jako takovou. Pojetí závislosti jako onemocnění je záležitost stará pouze několik desítek let. Teprve roku 1964 Světová zdravotnická organizace (SZO, anglicky World Health Organization, WHO) definovala pojem závislost (Göhlert a Kühn, 2001. s. 14).

WHO (© 2008, s. 198) formuluje syndrom závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí jako „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance, a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“.

Göhlert a Kühn (2001, s. 20) uvádí zjednodušenou definici, kde závislost popisují jako „stav, při kterém absence látky nebo jiného podnětu vyvolává v organismu fyzické nebo duševní obtíže. Vzniká po opakovaném nebo chronickém užívání látky, ale i při určité činnosti, která přináší nadměrné uspokojení.“

Obě definice vystihují stejnou podstatu a snad se dá i tvrdit, že definice závislosti dle Göhlerta a Kühna vychází z vymezení závislosti, jak ji uvádí Světová zdravotnická organizace. Z mého pohledu, tato definice není zcela dostačující pro účely této práce, jelikož postrádám tvrzení, že se jedná o souhrn behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů.

## 1.2 Znaky závislosti

Nešpor (2007, s. 10-22) uvádí, že konečné diagnóze závislosti by měla podle definice Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) předcházet přítomnost následujících jevů (tři nebo více), k nimž došlo v průběhu jednoho roku.

**Silná touha nebo pocit puzení požívat látku** – Světová zdravotnická organizace roku 1955 definovala bažení jako touhu po účincích psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Rozlišujeme bažení tělesné a psychické, kdy tělesné bažení nastává při odeznívání účinků návykové látky nebo bezprostředně po něm. Naopak k psychickému bažení může docházet i po delším období abstinence. Důsledkem psychického bažení jsou tělesné změny (např. oslabení paměti, vyšší produkce slin), zhoršení kognitivních funkcí, schopnost správně se rozhodovat a obvykle je bažení spojováno s vyšším rizikem recidivy.

**Snížená schopnost sebeovládání** je charakteristická pro návykové chování a manipulaci s množstvím užívané látky. Toto kritérium je úzce propojeno s kritériem předchozím, nelze však říci, že je totožné. Sebeovládání je negativně ovlivněno bažením, na druhé straně nejsou ani výjimkou případy, kdy při silném bažení zůstává sebeovládání zachováno. Obecně můžeme říci, že bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršení sebeovládání je spjata s chováním.

**Tělesný odvykací stav** - užívání látky za účelem zmírnění abstinenčních příznaků vyvolaných předchozím užíváním téže látky. Podmínkou pro diagnostiku odvykacího stavu je splnění třech následujících kritérií: nedávné vysazení nebo snížení dávek návykové látky po opakovaném či dlouhodobém užívání; příznaky se shodují se obecnými známkami odvykacího syndromu (např. u stimulancií jsou typické projevy odvykacího syndromu letargie a únava, zvýšená chuť k jídlu, nespavost nebo nadměrná spavost aj.); příznaky se nedají vysvětlit jiným tělesným onemocněním, psychickou nebo behaviorální poruchou nezávislou na užívání látky.

**Dochází k rozvoji tolerance k účinku látky** ve smyslu zvyšování dávek látky pro dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. Zvyšování tolerance může být následkem nižší reaktivity centrální nervové soustavy na užívanou látku. Další příčinou může být rychlejší odbourávání látky v těle.

**Postupné zanedbávání jiných zájmů** ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, případně zotavení se z jejího účinku.

**Pokračující užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků.** Aby se dalo toto kritérium považovat za znak závislosti, musí být osoba užívající návykovou látku o škodlivých následcích informována, tzn., že pokud osoba pokračuje v návykovém chování i přes to, že si je vědoma svého zdravotního stavu, jedná se o znak závislosti.

Kritéria závislosti podle definice Americké psychiatrické asociace jsou obsahově prakticky totožné s podmínkami dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Zarážející však je absence bažení jako jednoho z kritérií závislosti.

Göhlert a Kühn (2001, s. 20) kritéria závislosti doplňují ještě o omezený úsudek při zacházení se návykovou látkou.

### 1.3 Formy závislosti

*Psychická závislost* - vždy nastupuje jako první, rovněž tvoří počátek každé terapie. Je popisována jako nepotlačitelná touha užívat psychotropní látku pro její účinek ať už povzbuzující, stimulující či jiný. Rovněž je charakteristická touhou získat drogu jakýmkoliv možnými prostředky, které často vedou ke kriminální činnosti. Psychická závislost vzniká a funguje na jakési bázi „návykové paměti“. Puzení k opakovanému užívání se označuje jako psychická žádostivost („carving“). Závislý si je často vědom svého chování, jímž ohrožuje svůj život nebo zdraví.

*Fyzická závislost* – k projevům tělesné závislosti, jinými slovy k tělesným abstinčním příznakům, dochází po úplné nebo částečné abstinenci. Tělo konzumenta je natolik zvyklé na přísun látky, že po určité době bez ní nedokáže fungovat. S touto skutečností je také dále spojený růst tolerance. Pomocí lékařské péče lze tělesnou závislost překonat v docela krátké době (dva až čtyři týdny), kdežto psychická závislost ve smyslu klinické psychiatrie trvá po celý život.

Kromě forem závislosti existují také typy závislosti, které Světová zdravotnická organizace rozděluje podle typických znaků užívání na aktivující (stimulancia), kde řadí konopný, amfetaminový, halucinogenní a kokainový typ, a uklidňující typy souhrnně označovány jako sedativa, ke kterým patří opiátový, benzodiazepinový, alkoholový a nikotinový typ. (Göhlert a Kühn, 2001, s. 21-24)

## 1.4 Modely závislosti

### 1.4.1 Biomedicínský model

Doposud se nepodařilo prokázat něco, co by jednoznačně potvrdilo náchylnost ke vzniku závislosti. Při diskuzích o původu závislosti se často setkáme s více teoretickými výklady drogové závislosti, jeden z nich je biomedicínský model závislosti. Tento model považuje závislost za nemoc z lékařského pojetí. Přesněji je to chronická porucha mozkových funkcí, která je charakterizována komplikovanou léčitelností a hojnými recidivami. Často je označována za nemoc nevléčitelnou, přestože se dá pomocí vhodné léčby a trvalou abstinencí dosáhnout stabilizace stavu. Každé další užití drogy je označováno jako návrat nemoci. Z tohoto pojetí vycházejí i preferované léčebné metody jako je izolace, detoxikace, léčba prací.

Biomedicínský model ve své době představoval obrovský posun vpřed ve smyslu vnímání drogové problematiky. Zavrhoval koncepci duševní poruchy jako škodlivé sociální deviace, která je projevem neloajlnosti, posedlosti a morálního selhání. V současnosti je tento model považován za značně omezený, jelikož nedokáže dostatečně obsáhnout širokou problematiku drog. Přestože se některé typické rysy stále udržují, je biomedicínský model částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním. (Kalina, 2003, s. 78)

### 1.4.2 Bio-psycho-sociální model

Na rozdíl od předchozího přístupu je model bio-psycho-sociální rozšířen o rovinu psychologických funkcí, mezilidských vztahů a jejich vzájemného ovlivňování.

„Nemoc a tedy i drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice (např. genetické či biologické, případně dispozice získané v raném dětství), zranitelnost, která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života a spouštěče (např. životní udá-

losti nebo nároky vývojového období), které vedou k manifestaci poruchy.“ (Kalina, 2003, s. 78)

Léčba v pojetí bio-psycho-sociálního modelu musí tedy zahrnovat všechny zmíněné činitele. V souladu s tímto tvrzením jsou, jak tradiční léčebné metody (detoxikace, farmakoterapie), tak i nově prosazované psychosociální terapie (individuální, skupinová, rodinná terapie a terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutické komunitě). Bio-psycho-sociální model není přístupem čistě lékařským, ale pracuje se zdravotnickými pojmy a vychází z širšího pojetí zdraví podle Světové zdravotnické organizace. Neopomenutelný význam (zejména díky vývojovému hledisku) má v boji proti zakořeněné tezi o drogové závislosti jako nevy léčitelné nemoci. Vytváří nový proud myšlení, podle něhož lze závislost za příznivých podmínek překonat. Nutno však dodat, že tato perspektiva neplatí vždy a pro všechny stejně. Svou určitou funkci plní i farmakoterapie, kdy ve spojení s psychoterapií a psychosociálními terapiemi tvoří nejúčinnější kombinaci. (Kalina, 2003, s. 78-79)

### 1.4.3 Bio-psycho-socio-spirituální model

Bio-psycho-socio-spirituální model je příkladem holistického (celostního) pojetí závislosti, který v zásadě vychází z předchozího modelu, nicméně je rozšířen o spirituální rozměr. Potřeba morálních zásad patří k překonávání krizí i nemocí, tudíž i k léčbě drogových závislostí. (Kalina, 2003, s. 81)

Pokud bychom se blíže zaměřili na jednotlivé úrovně, z hlediska biologického pojetí, můžeme za některé napomáhající faktory vzniku uvést např. problematické okolnosti v období těhotenství matky dítěte (matka alkoholička nebo toxikomanka), při porodu (užití tlumivých látek) a dále také výskyt traumat, nemocí a obecně celý psychomotorický vývoj dítěte.

Z ohledu na psychologickou úroveň, některé psychogenní vlivy a faktory pro rozvoj návykového chování nacházíme už v prenatálním vývoji a období porodu ve spojení s psychickými zážitky. Neméně důležitá je úroveň poporodní péče, která by měla zajistit plnohodnotný vývoj dítěte a uspokojení jeho potřeb. Dalším významným přelomem je období dospívání, kdy člověk hledá svou identitu, a rovněž přiměřená péče při výskytu duševních poruch a nemocí, jako je deprese, úzkost. V případě absence adekvátní pomoci, často v důsledku počáteční automedikace, dochází k následnému rozvoji nadměrného užívání a vzniku závislosti.



Sociální úroveň se zaměřuje na souvislosti, ve kterých se vše odehrává. Jinými slovy, všímá si vlivu vztahů s okolím, které ovlivňují vývoj jedince, případně ho brzdí nebo deformují. Tyto vlivy tvoří široké spektrum, do kterého můžeme zahrnout rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociálního zabezpečení, kvalitu rodinných vztahů, popřípadě absenci rodiny. Dospívající jedinec se formuje pod vlivem rodiny, která je charakteristická svými hodnotami, pravidly a morálkou. Vedle vlivu rodiny je významné i působení skupin vrstevníků. (Kudrle, 2003, s. 91-94)

Na spirituální rovinu můžeme pohlížet, jako na vztah k vyšší autoritě, řádu či ideji. Zahrnuje osobní prožitek toho, co dává smysl našemu každodennímu snažení a životu vůbec. V posledních letech můžeme zaznamenat obrovský nárůst potřeb duchovního naplnění, který souvisí s objevováním jiných úrovní vědomí, než jen typického konzumního způsobu žití s absencí duchovních hodnot. Určité procento závislých lidí původně hledalo v drogách naplnění této potřeby. Příkladem mohou být stimulační a taneční drogy užívány za účelem skupinového přesahování smyslových i rozumových možností nebo aplikace drogy v ústraní s touhou po prolomení vlastní osamělosti v neobyčejných prožitcích, jak je tomu často u závislých na heroinu. Důkazem toho, že spirituální oblast by neměla být opomíjena je program Anonymních alkoholiků, který své pilíře postavil na významu duchovního naplnění a je po dlouhá léta jeden z neúčinnějších programů pro stabilizaci závislosti. (Kudrle, 2003, s. 91-94)

O významu nebo převaze té či oné roviny by se dalo dlouze diskutovat. Zajímavý však je fakt, který uvádí Kudrle (2003, s. 91), že masový rozmach drogové závislosti všude ve světě je stěžejně způsoben pouze biologickými faktory, protože genofond a biologické predispozice se tak rychle nemění. Proto musíme příčiny hledat spíše ve vyšší dostupnosti, popularizaci, reklamě, módních trendech a absenci duchovních hodnot, tedy sociokulturních faktorech.

Přes to, že konkrétní okolnosti, které by jednoznačně způsobovaly náchylnost, nebyly zatím potvrzeny a nějaké závěry v této problematice jsou zatím ve fázi bádání a polemizování, můžeme zaznamenat určitý posun směrem vpřed. Změnu ve vnímání závislosti jako sociální deviace považují za zásadní a ze svého laického pohledu se přiklání k důležitosti zohlednění všech oblastí, jak je tomu u bio-psycho-socio-spirituálního modelu.

## 1.5 Faktory vzniku závislosti

Následující podkapitola o faktorech vzniku a rozvoje závislosti vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti, který jsme si již představili dříve. Zaměřuje se podrobně na všechny tři úrovně a z nich vycházející činitele, kteří dávají za vznik závislosti nebo působí jako udržující faktory.

Jak tvrdí Kalina (2008a, s. 51) současné modernější pojetí se shoduje na tom, že vznik drogové závislosti je mnohočetně podmíněn. Na základě mnohých výzkumů nebyl prokázán jednoznačný vliv určitých specifických oblastí. Vycházíme z toho, že rizikové faktory lze najít v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické a psychologické.

Rodinnými faktory vzniku závislosti a vývojovými aspekty se podrobně zabývá několik českých odborníků v oblasti adiktologie. Následujících podkapitoly jsou čerpány především z poznatků Kaliny a Hajného.

### 1.5.1 Rodinné faktory

Právě Kalina (2008a, s. 41) zdůrazňuje komplexní pohled na závislost jako na jev, který existuje v systému vztahů závislého člověka. Podmínkou pro hledání možných faktorů vzniku závislosti v rodinných vztazích je potřeba vyhnout se tendenci hledání jasného viníka či jednu konkrétní příčinu. V tomto případě se jedná spíše o více činitelů, kteří jsou ve vzájemné interakci.

V rámci rodinných faktorů je nezbytné zmínit pojem spoluzávislost (kodependence), který vznikl v rámci svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků ve Spojených státech amerických. „Kodependence označuje souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina, partner či partnerka závislost spíše podporují, rozvíjejí, nebo naopak sabotují, či zlehčují snahu o vyléčení.“ (Kalina, 2008a, s. 42) Jinými slovy se jedná o jakési umožňování závislého chování členy rodiny. Projevem takového postoje může být popírání či přehlížení očividných problémů, přebírání zodpovědnosti, obviňování místo řešení, tendence věřit iluzím apod.

Pojem spoluzávislost je okrajově spjat i s následující možnou situací, kdy užívání návykových látek plní funkci „náhradního problému“. Podstatou tohoto fungování je přenesení pozornosti a úsilí na problémové užívání dospívajícího dítěte namísto jiného problému, který je pro řešitele často bolestivější. Jako příklad můžeme uvést dlouhodobě neuspokojivý part-

nerský vztah. Důsledkem toho je nesoudržné, nevyrovnané zacházení, které nic neřeší. (Kalina, 2008a, s. 42-43)

Další možný faktor může vzniknout v důsledku nesplnění vývojových úkolů. Období dospívání je charakteristické snahou odpoutat se od dosavadních vazeb v rodině, vytvářet svou roli a identitu. K tomu je však zapotřebí dosažení několika podmínek: odpoutání musí probíhat bez pocitů zrady nebo odmítnutí ze strany rodičů, zvládnutí konfliktů spojených s odchodem bez přebytečných emocí, odchod by neměl být brán jako útek, pomsta, nutná je přítomnost vlastní potřeby osamostatnit se. V případě, že nejsou splněny tyto podmínky pro přirozenou separaci, může dojít k vnitřnímu konfliktu, který je živnou půdou pro rozvoj nadměrného užívání návykových látek. (Klouček, Stuchlík a Hajný, 1999, cit. podle Kalina, 2008a, s. 43).

Jako další rizikový faktor uvádí Kalina (2008a, s. 44-45) roli matky a otce, resp. jejich vztahu k dítěti. Často se uvádí, že nadměrně pečující matka, která příliš ochraňuje, působí na dítě možným negativním vlivem na rizika vzniku závislosti. Nutno je však říci, že provedené výzkumy (Vailant, 1995, cit. podle Kalina, 2008a, s. 44-45) nepotvrdili tento znak jako příčinný faktor. Oproti tomu se jako významný ukázal vztah mezi dítětem a otcem. Zjištěné výsledky ukazují, že málo vřelý a problematický vztah dítěte s otcem byl častým jevem v rodinách, kde se později rozvinula závislost u dítěte.

Hajný (2003, s. 140-142) doplňuje rodinné faktory ještě o několik dalších. Jedním z nich je nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů. Nedostatečná všímavost k pozitivnímu chování dítěte a naproti tomu přílišná koncentrace k chybám může působit jako udržovací faktor. Další oblastí jsou chaotické nebo špatně vymezené mezigenerační vztahy, které stojí za zmínku, jelikož tvoří významné pole, ve kterém dochází ke kritickým momentům vývoje k samostatnosti. Zajímavým příčinným jevem, který rovněž Kalina nezmiňuje, jsou skryté, nedostatečné nebo naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině. A nakonec jeden z nesporných faktorů pro vznik závislosti je přítomnost jednoho či více závislých členů v rodině.

Zajímavá je klasifikace dle Cancriniho (cit. podle Hajný, 2003, s. 143), který rozlišuje závislost v souvislosti s rodinnou strukturou na:

- *traumatickou* – obvykle reakce na trauma, ztrátu, konflikt, úzkost, které mohou být vyvolány zneužitím, úmrtím, násilím, psychickou poruchou apod.;

- *neurotickou* – vzniká v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, špatně vymezenými mezigeneračními hranicemi nebo partnerskými problémy;
- *přechodovou* – charakterizována hraničními rysy závislých jako je nestálost ve vztazích, opakované úniky do fantazijního nebo přímo psychotického prožívání, může se vyskytovat také těžké trauma;
- *sociopatickou* – závislý obvykle pochází z lhostejné rodiny, kde se vyskytovala kriminalita, fyzické násilí, zneužívání nebo vyrůstal v nějaké instituci. Osoba se projevuje vysoce asociálním chováním a návykové užívání je v tomto případě součástí problémového chování ne primární příčinou.

Vymezení rodinných faktorů můžeme najít také v publikaci Nešpora (2007, s. 79), které se v podstatě shoduje s výše uvedenými, nad rámec již zmiňovaných uvádí: schvalování pití alkoholu a užívání drog, nepříznivé hmotné podmínky rodiny, časté stěhování z místa na místo, špatné duševní a společenské fungování rodiny, podceňování dítěte.

Některé uvedené problémy mohou být považovány za faktory vedoucí ke vzniku závislosti, jiné okolnosti fungují jako udržující a další mohou vznikat až v důsledku užívání návykových látek. Leckdy je velice obtížné stanovit, který z faktorů se objevil dříve, nicméně pro samotnou léčbu to není natolik podstatné (Kalina, 2008a, s. 45).

Záměrně byl rodinným faktorům věnován největší prostor, protože rodinné prostředí nás provází od narození až po dospívání, jedinec se formuje vlivem rodiny. V této oblasti také vidím největší možnost intervence a využití preventivních opatření.

### 1.5.2 Vývojový aspekt

Zajímavý pohled na souvislosti mezi vznikem a rozvojem závislosti a vývojem jedince nám přináší teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje, která chápe závislost jako uvíznutí v rané fázi vývoje dítěte. V mnoha ohledech je chování závislého podobné chování a prožívání kojence. Ten je rovněž závislý na poskytované péči a potravě, nedokáže zvládat hrozby zvenčí ani vnitřní konflikty. V rozvinuté závislosti vnímá daná osoba svět velmi zúženě, dominantní je zaměření se na základní potřebu a cestu k ní. Současné pojetí sice potvrzuje mnoho společných rysů orality, ale nepovažuje fixaci v orálním stádiu za nutný předpoklad ke vzniku závislosti. (Kalina, 2008a, s. 47)

Další možné hledisko pochází rovněž z „dílny“ Sigmunda Freuda, který je autorem jedné z prvních teorií, jež pohlíží na závislost jako na narcistické uspokojení. Za základní závislé chování považoval masturbaci. Užívání psychoaktivních látek je pak jen další formou snadného uspokojení. (Kalina, 2008a, s. 47)

Hajný a Kalina (2003, s. 136; 2008a, s. 47-48) se shodují na tom, že droga může nahrazovat prostředek při zvládnání psychických stavů. Díky drogám můžeme měnit prožívání a regulovat emoce. Přirozená schopnost lidí ovládat své citové stavy a nálady byla narušena v době, kdy se měla utvářet. Závislí jsou popisováni jako extrémně citliví vůči zranění, která pramení z vnitřních pocitů a konfliktů i vnějšího okolí. Droga tak kompenzuje chybějící odolnost, dodává potřebnou podporu pro zvládnání napětí či strachu.

Návykové látky mohou také z hlediska vývojového aspektu pracovat jako náhradní prostředky separačních a individuálních tendencí. Experimentování s návykovými látkami bylo odjakživa předmětem zájmů, překročení norem a pravidel znamená dobrodružství a zážitek. Potřeba takového boje s pravidly a zákonem je typická pro fázi dospívání, kdy se adolescent vymezuje, odpoutává a získává svou vlastní identitu. Návykové látky disponují několika vlastnostmi, které mohou být lákavé v období separačních tendencí. Obecně celé dospívání je období prvního kontaktu s drogou. Je proto více než důležité, aby adolescent úspěšně zvládnul vývojové krize, úkoly, které formuloval Erikson ve své vývojové teorii. Pokud nedojde ke správnému začlenění do společnosti, vybudování intimity, přátelských a partnerských vztahů a přijetí svého těla, může se stát užívání drog jakýmsi útočištěm, které prostřednictvím chemických změn poskytuje „pomocnou ruku“ a odpovědi na těžce řešitelné otázky. (Hajný, 2003, s. 136-137)

V určitých oblastech se mohou rodinné a vývojové aspekty prolínat, jelikož vývoj člověka se odehrává v sociálním prostředí, jehož nejdůležitější část je tvořena právě rodinou. Hajný (2003, s. 136) zmiňuje jako jeden z vývojových aspektů neschopnost rodičů adekvátně reagovat na potřeby dítěte. Pod slovem „adekvátně“ bychom si v tomto případě měli představit vyváženou a načasovanou reakci, která je odrazem sociální dovednosti a vyzrálosti. Nemělo by docházet k extrémům, tzn. k podceňování ani k přetěžování dítěte.

Hajný (2003, s. 135-137) dále tento výčet znaků psychického vývoje, které považujeme za rizikové, doplňuje o narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými, idealizace a černobílé vidění ve vztahu k druhým.

Přestože tento seznam rozhodujících rizikových faktorů a kritických bodů není ani zdaleka vyčerpávající, účelem bylo seznámit se s možnými motivy a získat podvědomí o této problematice.

### 1.5.3 Psychologické a psychosociální faktory

Zajímavé rozdělení uvádí Frouzová (2003, s. 124), která tuto podskupinu rozlišuje na faktory vzniku související s účinkem drogy, dále na faktory z hlediska psychoterapeutických školy a integrované přístupy.

Výzkumy sledovali a částečně potvrdili domněnku, že jedním z důvodů, proč lidé berou drogy a stávají se na nich závislí, je pro jejich účinky. Působení drog můžeme rozdělit na to, které nám pomáhá řešit stávající stav nebo nabízí něco, po čem toužíme. Pokud půjdeme ještě dál, můžeme mluvit o šesti základních nabídkách, které nám drogy poskytují:

1. Umožňují dosažení větší kontroly nad sebou nebo nad druhými.
2. Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj. Disponují schopností uvědomit si více sám sebe či smysl života.
3. Odstraňují nepříjemné stavy jako je např. pocit neschopnosti, méněcennosti.
4. Vyvolávají líbivé pocity, zintenzivňují smyslové prožitky.
5. Usnadňují přizpůsobení v prostředí, kde se droga běžně vyskytuje.
6. Posilňuje asociální životní styl, kdy droga posiluje agresivitu a sebestřednost a vytlačuje empatii a výčitky svědomí. (Frouzová, 2003, s. 124)

Z hlediska psychoterapeutických škol existují čtyři teoretické a praktické přístupy v psychotherapii drogových závislostí. Prvním z nich je spirituální přístup, jehož nejznámějším příkladem je hnutí Anonymních alkoholiků (AA). AA vykládají závislost jako následek silných pocitů odcizení, ztráty smyslu života, které vede k absolutnímu zmatku v oblasti osobních cílů. Další z přístupů se nazývá psychodynamický, podle něhož je užívání drog produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Tato teorie vychází buď z pojetí pudů a jejich zvládání nebo ze vztahu s ostatními. Třetím z přístupů je přístup rodinné terapie, který vychází z teorie systému, kdy jeden příznak upozorňuje na chybu v celém systému. Jako poslední se uvádí behaviorální přístup, z jehož hlediska je závislost pojata ve smyslu naučeného chování, podmíněného navíc chemicky. Terapie se v tomto přístupů za-

měruje na změnu maladaptivních vzorců pomocí odměn a trestů. (Frouzová, 2003, s. 126-127)

Forencová (2003, s. 127) v rámci psychologických a psychosociálních faktorů vzniku a rozvoje závislosti zmiňuje v poslední řadě i integrované přístupy a jejich význam pro terapeutickou praxi. Ty obvykle v praxi spojují psychodynamický a behaviorální model závislosti a jejich význam je především zaměřen na činitele, které závislost udržují, brání pozitivní změně než faktorům, které vedly ke vzniku.

Osobně se ztotožňuji s názorem Kaliny na to, že vznik závislosti je zapříčiněn více faktory současně. Jako potenciální absolventi sociální pedagogiky máme uplatnění především v oblastech, kde je možné díky našim kompetencím dosáhnout pozitivního výsledku ať už ve smyslu prevence vzniku závislosti nebo v rámci zásahů do již rozvinuté závislosti. Taková forma pomoci může být organizována například jako práce s rodinou za účelem předcházení tvorby živné půdy pro rozvoj závislosti.

## 1.6 Dopady závislosti

Pokud bychom se zamýšleli nad tím, jaké dopady sebou přináší užívání drog, jsem si jistá že, bychom našli nepřehledné množství různých negativních účinků. Velice hezké shrnutí negativních vlivů drogové závislosti nám nabízí Nešpor (1997, s. 9-10) ve svépomocné příručce, který trochu odlehčeně kapitolu nazval „nevýhody“ drog. Využiji přehledného třídění a představím některé dopady drog na člověka.

**Tělesné zdraví** – AIDS, epileptické záchvaty, infekce, jaterní nemoci, nádory, menstruační problémy, kožní nemoci, poškození sliznice, otrava krve, sexuální potíže, srdeční nemoci, poruchy trávicího traktu, zubní problémy, poškození žilního systému, zánětlivá ložiska po vpiších. Negativní tělesné účinky drog nemůžeme zobecňovat na všechny uživatele, záleží na tělesných dispozicích a druhu užívané drogy.

**Duševní zdraví** – agresivní projevy, „dojezdy“, deprese, větší riziko duševních nemocí, náladovost, nutkavé myšlenky na drogu, poruchy paměti, pocity pronásledování, sebevražedné myšlenky, poruchy spánku, úzkost a další.

**Mezilidské vztahy** – bezohlednost, „černé ovce“, falešné vztahy za účelem získat drogu, hádky kvůli drogám, ztráta důvěryhodnosti, odcizení partnera, povrchnost ve vztazích,

osamělost, trestné činy spojené s rizikem vězení, výmluvy, zanedbávání rodiny, zneužívání, krádeže v souvislosti s drogami.

**Finance** – nenávratná investice do drog bez jakéhokoliv zisku, rozprodávání věcí pod cenu, výdaje spojené se soudy a právníky, prodávání sebe kvůli droze, ušlý zisk v důsledku nižší pracovní výkonnosti a časté nemocnosti.

**Životní styl** – zanedbávání hygieny a péče o zevnějšek, chudý životní styl, ubývání zájmů, nedostatek času a peněz na jiné věci, uzavírání se před světem.

**Práce nebo škola** – častá absence, napětí v pracovních vztazích či ve škole, nižší pracovní výkonnost nebo zhoršení známek, nezájem až odpor k práci, nezaměstnanost, nižší příjmy, propuštění nebo vyhazov ze školy a další.



## 2 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Následující kapitola je věnována terapeutické komunitě (TK). Obsahuje nejen definici, charakteristiku, historii, ale zaměřuje se také na organizaci, strukturu a principy fungování. V závěru kapitole jsou představeny nejčastěji využívané terapeutické programy.

### Definice TK

Můžeme se setkat s různými definicemi terapeutické komunity. Vhodné je rozlišit definice podle základního pojetí, které máme dva, širší pojetí TK jako formy organizace léčebné jednotky a užší pojetí TK jako psychoterapeutické metody. (Kratochvíl, 1979, s. 11)

V rámci širšího smyslu je TK považována za „formu řízení oddělení nebo celé psychiatrické léčebny či určité instituce. Spočívá v přechodu od tradiční autoritativně hierarchické organizace k organizaci, v níž je důraz kladen na všestrannou otevřenou komunikaci a na spoluúčast všech nižších složek včetně pacientů na spolurozhodování i léčbě.“ TK se snaží o využití každé hodiny, za účelem využití vzájemných interakcí a vytvoření prostoru pro vyjadřování vlastních názorů a pocitů k vzájemné léčbě pacientů. Vyvíjí se snaha o smazání ostrých hranic mezi personálem a pacienty. (Smail, 1975, cit. podle Kratochvíl, 1979, s. 12)

V užším pojetí je terapeutická komunita definována jako „určitá specifická léčebná metoda, při níž se v rámci obecné terapeutické komunity vytvářejí intenzivní a dobře organizované malé skupiny s primárním cílem strukturální přestavby pacientovy osobnosti a jeho socializace“ (Kratochvíl, 1979, s. 13).

### Vznik a vývoj TK

Původní idea o vzniku terapeutických komunit vznikla ve Velké Británii během druhé světové války, kdy válečné boje zapříčinily u mnoha vojáků neurotické a psychosomatické poruchy. Situace si vyžadovala účinnou a rychlou pomoc, aby se mohli co nejdříve vrátit do boje. Pomoc začali odborníci hledat v technikách skupinové psychoterapie a v širším využití vzájemných vztahů pacientů a vztahů pacientů s personálem. Jednou ze zásadních postav je psychiatr Maxwell Jones, který má hlavní podíl na stanovení zásad terapeutické komunity. Po válce působil jako vedoucí sociálně rehabilitačního oddělení, které bylo určeno pro resocializaci osob s psychopatickými projevy. Toto pracoviště se posléze stalo významným školicím střediskem 50. let a inspirací pro vznik dalších terapeutických komunit v různých zemích. (Kratochvíl, 1979, s. 8-9)

Pokud bychom se chtěli bavit o vývoji terapeutických komunit pro drogově závislé, musíme se přesunout do Spojených států. Tam totiž r. 1958 vznikla TK Synanon, která se stala předchůdcem všech ostatních terapeutických komunit pro drogově závislé. V jejím čele stál Charles Dederich, charismatický vůdce, bývalý podnikatel, alkoholik a absolvent programů Anonymních alkoholiků. V počátcích byl Synanon hlavně díky osobním zkušenostem Dedericha charakteristický úzkou spoluprací s AA. V důsledku změn v klientele směrem k drogově závislým od spolupráce upustili. Navzdory programu AA se ideologie Synanonu odkláněla od ambulantního programu k ústavní péči a od náboženství k světské orientaci. Synanon byl postaven na substituci rodiny, propracovaném systému odměn a trestů, změně chování na základě konfrontace a prostřednictvím frustrace, charismatickém vůdci a náboženské oddanosti. Z dnešního pohledu může být Synanon považováno za sociální experiment, který nakonec selhal a proměnil se až v sektu, dá se říci. Dederich svůj neslavný konec završil po smrti své ženy, recidivou na alkohol a uvězněním za účast na pokusu o vraždu. Synanon byl ve své době považován za nejúčinnější model v léčbě drogových závislostí a po jeho vzoru vznikla komunita Daytop. Ta na rozdíl od předešlé si kladla za cíl návrat abstinujících klientů zpět do společnosti. Dalším rozdílem byla účast profesionálních pracovníků a zřízení nezávislé kontrolní instituce. (Nevšímal, 2004, s. 176-180)

První TK pro drogově závislé v Evropě vznikla r. 1970 v Anglii po vzoru amerického modelu. Týmy terapeutických komunit byly rovněž složeny z profesionálů a to zejména z důvodu nedostatku vyléčených uživatelů a nedůvěry úřadu v jiné zaměstnance. Zprvu komunity prosazovaly demokratické vedení, až po získaných zkušenostech ze stáží z Anglie, Spojených Států a Holandska začali zavádět prvky hierarchie. Vývoj terapeutických komunit v českých zemích je neodmyslitelně spjat se jménem Jaroslav Skála. Ten patří mezi jednu z nejvýznamnějších osobností v léčbě alkoholismu u nás. Je zakladatelem systému péče o závislé a první protialkoholické léčebny na komunitních principech (léčebna u Apolináře, 1948) a po vzoru Anonymních Alkoholiků založil také klub na podporu abstinence svých pacientů s názvem KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). Další vliv na české TK pro drogově závislé se nedá upřít první terapeutické komunitě, která vznikla r. 1954 v Lobči a byla zaměřena na léčbu neurotických onemocnění. První TK určena ryze pro uživatele nealkoholových drog byla založena až r. 1991 zásluhou občanského sdružení SANANIM v Němčicích. Primárním cílem komunity je snaha o trvalou abstinenci klientů a jejich návrat do běžného života.

V návaznosti na SANANIM vznikaly i další dlouhodobé rezidenční TK pro drogově závislé, kterým odbornou supervizi zajišťují nebo zajišťovali odborníci v oboru a Skálovi žáci jako Frouzová nebo Kalina. (Nevšímal, 2004, s. 181-194)

Dnes jak nás informuje server drogy-info (© 2003-2006), je v ČR 23 terapeutických komunit.

## 2.1 Charakteristika

Terapeutická komunita je dle Adamečka, Richterové-Těminové a Kaliny (2003, s. 201) specializované pobytové zařízení, zaměřené na léčbu závislostí za účelem abstinence a sociální rehabilitace. Cílovou skupinou TK jsou osoby středně až těžce závislé na návykových látkách (zpravidla na nealkoholových), pro které je často typická kriminální kariéra, těžší psychosociální, eventuálně i somatické poškození. Věk klientů obvykle nepřekračuje rozmezí mezi 18 až 35 let. TK existují jako složka komplexního systému péče o drogově závislé, popřípadě fungují jako samostatná organizace, která je však provázána s dalšími zařízeními. Pomineme-li několik výjimek (TK Nový Ves) je tento typ zařízení zřízen povětšinou nestátními organizacemi, bez statutu zdravotnického zařízení (kromě TK Bílá Voda).

Obecně je TK postavena na několika zásadních principech jako je motivovanost klienta k vlastní změně, maximální podobnost života v komunitě s realitou v běžném životě, trénink odpovědnosti, dobrovolné rozhodování, terapie především ve skupině, postupný přechod z terapie do běžného života, strukturovaný život v komunitě jako model pro vytvoření vnitřní struktury a v neposlední řadě terapeutický tým jako průvodce, nikoli expert na život. (Adameček, Richterová-Těminová, Kalina, 2003, s. 201)

### 2.1.1 Cíle a prostředky

Jak jsem již předeslala výše, terapeutická komunita by měla zastávat roli průvodce, který pomůže přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života. Vlastní uvědomění si toho, že náš život dává smysl, vede zároveň k větší sebeakceptaci. Měl by přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti, což můžeme považovat za klíč k dalšímu vývoji člověka. Dobrým začátkem k tomuto cíli je abstinence, která však sama o sobě svobodu nepřináší. Další pomyslnou metou je pomoci k poznání sebe sama, svých možností a limitů. Toto nám umožňuje reálné vidění reality a vybudování základů pro náš život. Dalším úkolem „průvodců“, který přirozeně navazuje na předchozí, je přispění k osobnímu růstu, vývoji a víře

v sebe. S tím je dále spojené nalezení svého místa v běžném životě. Díky postupným změnám v postojích a hodnotách klientů se tak pozvolna z „vydědenců společnosti“ stávají členové většinové společnosti. Cílem celého programu TK je rovněž přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu, který by měl být zároveň radostný a spokojený, tzn., že změnu, vývoj nebo abstinenci by klient neměl vnímat jako trest. Cílem terapeutického týmu je vést k radostnému, spokojenému prožívání života, k čemuž je nezbytné rozbití stereotypu očekávání okamžitého uspokojení, kterým je droga dříve vábila. Posledním cílem, který by měl ve skutečnosti předcházet, je vybavení klienta takovými dovednostmi, aby byl schopen výše zmíněných cílů dosáhnout. (Richterová-Těminová, 2007, s. 35-37)

Jako další dílčí cíle TK můžeme zmínit podporu klientů v jejich každodenním „boji s chutí“, změna sebedestruktivního myšlení a chování, získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, schopnost řešit konflikty, získání hygienických a pracovních návyků, uvědomění si hodnoty svého zdraví a zlepšení své fyzické kondice. Hlavním prostředkem k dosahování vytyčených cílů je samotný život v komunitě se všemi svými zvláštnostmi, jako je otevřená komunikace, společné rozhodování a konfrontace. TK vytváří prostředí, které je maximálně podobné běžnému životu, má svá pravidla, řád a režim. Dalšími prostředky jsou jednotlivé složky strukturovaného programu, režim, jednotlivé aktivity programu, fáze léčby a další. (Adameček, Richterová-Těminová, Kalina, 2003, s. 202-205)

## 2.2 Organizace a struktura

Terapeutické komunity jsou podle Kaliny (2008b, s. 177-179) často označovány jako organizačně nezávislé, jelikož jen zřídka jsou součástí psychiatrické nemocnice. Přestože nejsou přímo složkou zdravotnického nebo výchovného systému, podléhají pravomoci sociální či drogové politiky daného státu. V rámci toho podléhají určité kontrole, případně přímým kontrolám kvality služeb (standardy kvality, etický kodex). Další monitoring zejména účetnictví a využití finančních prostředků přichází ze strany veřejné správy, jelikož jen hrstka TK je schopna existovat díky financování s jiných než veřejných zdrojů. Obecně však můžeme říci, že TK pro drogově závislé se mohou těšit větší autonomii než TK, které se zaměřují na jinou klientelu. Autonomní TK má většinou jen minimální pomocný personál nebo vůbec žádný, ten je nahrazen přesným rozpisem pracovních a správních funkcí klientů. Zařazení do funkce je odrazem pokroku v léčbě a klienti se v těchto funkcích střídají. Tento

druh zapojení plní logicky funkci samoobslužnou, ale v podstatě svým hlubším významem svůj praktický účel přesahuje.

TK pro drogově závislé přikládají velký význam struktuře léčby a denního života v komunitě, které tvoří jeden ze základních nástrojů komunity. Struktury, které upevňují chod komunity a tedy i celý vývoj klientů lze rozdělit do následujících oblastí. Jednou z oblastí jsou pravidla, která upravují chování (kardinální pravidla a další). Své uspořádání má také denní a týdenní plán povinných terapeutických a výchovných nebo vzdělávacích činností a pracovní povinnosti a funkce, které zabezpečují každodenní chod komunity. Členění rovněž podléhá i léčebný plán, který je strukturován do fází a podfází. A v neposlední řadě lze najít i jistý řád v udělování výhod při pokroku v léčbě a sankcí v případě porušení pravidel. (Kalina, 2008b, s. 181)

### 2.2.1 Kardinální pravidla

Povinnosti klientů a požadavky na jejich chování jsou obsaženy v tzv. kardinálních pravidlech, která jsou zpravidla stejná ve všech komunitách, liší se jen minimálně. Tato pravidla zahrnují zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity a zákaz sexuálních vztahů. Porušení kardinálního pravidla znamená vyloučení klienta z programu. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003, s. 203)

Podrobněji se kardinálními pravidly zabývá Kalina (2008b, s. 179-180), který do popředí staví pravidlo „čisté komunity“. Toto pravidlo zakazuje všem členům terapeutické komunity, tedy jak klientům, tak terapeutickému týmu, užití návykových látek během léčby (v prostorech i mimo prostory zařízení, na dovolence, výjezdu nebo při práci mimo zařízení) jejich držení nebo prodej. Některé komunity jdou v tomto pravidlu dokonce ještě dál a prosazují zákaz kouření. TK je rovněž nekompromisní v případě zjevného násilí nebo počinů, které jsou klasifikovány jako delikventní a komunita je není schopna řešit. Vyloučení z komunity může nastat i při nepodřízení se řádu komunity, dochází k tomu v případech alarmujícího nebo trvalého pohrdání pravidly a hodnotami komunity. Posledním pravidlem a současně nejkontroverznějším je zákaz erotických a sexuálních vztahů. V případě jeho porušení je jeden z dvojice nucen opustit komunitu, ale zároveň je zvykem nabídnout mu jinou komunitu, kde by mohl v léčbě ihned pokračovat.

## 2.3 Terapeutické programy

Čas v terapeutické komunitě je vyplněn mnoha terapeutickými programy. Ty se mohou v detailech lišit komunitu od komunity. Rozsah této práce neumožňuje uvést všechny programy uskutečňované v TK, z toho důvodu představuji jen ty, které jsou podle mého názoru nejdůležitější, a to skupinovou terapii, individuální terapii a programy pro rodinné příslušníky.

V terapeutické komunitě bychom dále také mohli najít, jak píše Nevšimal (2007, s. 6-7) specifické skupinové techniky (neverbální techniky, arteterapie, holotropní dýchání), programy zdravotní a sociální péče, volnočasové aktivity, zátěžové programy a společné program TK v ČR (Olympiáda TK a Kulturfest).

### 2.3.1 Skupinová terapie

Skupinová terapie patří podle Kratochvíla (2001, cit. podle Nevšimal, 2007, s. 108) mezi jednu z neúčinnějších terapeutických technik v terapeutické komunitě. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakci jak mezi členy skupiny a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Slouží přitom k dosažení náhledů a pochopení postojů, změně maladaptivních vzorců chování, zprostředkování znalostí o interpersonálních procesech, podpoře zrání osobnosti a k odstranění některých symptomů onemocnění. Standardy péče o drogově závislé v TK stanovují nejméně 20 hodin strukturovaných skupinových terapeutických aktivit týdně. Pokud bychom to rozpočítali do jednotlivých dní, znamenalo by to 3-4 hodiny denně, což je na první pohled velký objem, můžeme však říci, že řada cílů skupinového procesu, může být dosahována i v rámci jiného programu.

Jako celé fungování TK, tak i skupinová terapie se řídí celokomunitními pravidly, které zde jsou do jisté míry pozměněny. To se týká např. navazování blízkých vztahů, které je v tomto případě nezbytné a žádoucí. Nutno však dodat, že tyto vztahy jsou myšleny na úrovni „sourozenecké“. V případě vytváření sexuálních či partnerských vztahů hrozí odchod z komunity, proto je důležité o vztazích otevřeně hovořit a případně takovým situacím předcházet. Důležitou podmínkou pro realizaci skupinové terapie je vytvoření bezpečného a intimního prostředí, které umožní klientům otevření a sebeprojevení. V případě, že tento požadavek není splněn, terapeutické skupiny jsou formální a neodráží aktuální dění. Další pojem, který charakterizuje terapeutickou skupinu je její koheze a otevřenost, které se posilují zejména

díky společným aktivitám jako je práce, sport, trávení volného času. Účastníci skupinové terapie jsou často typičtí svými obrannými intrapsychickými mechanismy (např. popírání, vytěsnění, regrese), které je chrání před úzkostí, konfliktem a strachem spojeným s minulým životem. Je nezbytné se k problematickým tématům opakovaně vracet a čekat na vhodný čas k intervenci. Takovými tématy mohou být autobiografie, rodina, návrat domů či ne, sexualita, vztahy s partnery, vztahy s ostatními v komunitě, témata související s relapsem a další. (Nevšímal, 2007, s. 108-11)

Komunity přikládají veliký význam skupinovým terapiím a zpravidla striktně dodržují čas začátku a konce. Z vlastní zkušenosti mohou potvrdit, že TK klade důraz na průběh aktivit a činností dle předem určeného plánu. Všechny návštěvy jsou plánované a mají svůj vyhrazený čas. Sami klienti jsou sžití s tímto režimem a přesně danými pravidly.

Rozlišujeme více typů terapeutických skupin, které se liší svým obsahem, vedením, časem realizace a cílem:

- **Ranní komunita** – základní a nejdůležitější terapeutická skupina, zaměřuje se na zhodnocení předchozího dne, podávání informací, plánování činností, udělení pochval a sankcí, řešení organizačních a provozních záležitostí.
- **Autobiografická** – zpravidla se uskutečňuje během prvních dnů pobytu klienta v komunitě, jejímž cílem je poskytnout základní informace o životě nového klientovi.
- **Interakční** – skupina zaměřená na konfrontaci dvou nebo více členů komunity. Obvykle je důsledkem předchozích konfliktů. Toto střetnutí by mělo být přímé, orientované na klientovo chování a postaveno na konkrétních příkladech.
- **Dynamická** – skupina orientována na vymezené téma jednoho klienta s cílem předeslat určitý problém v největší možné šíři a souvislostech. Některá témata mohou být v rámci dynamické skupiny povinná např. vztahy v rodině.
- **Mimořádná** – tento typ skupiny svolává člen komunity v případě ohrožení sebe či komunity, vítání hostů nebo přijetí nových členů komunity.

- **Hodnotící** – skupina zaměřená na zhodnocení určité oblasti života v komunitě, buď formou individuálních prezentací dosažených výsledků nebo posouzení (např. víkendové výjezdy) celou skupinou.
- **Velká komunita** – pravidelné setkání všech členů komunity, na kterém se řeší záležitosti podstatné pro celou komunitu (příchod nových členů, ukončení pobytu, přestupy klientů mezi fázemi apod.)
- Tematická, vzdělávací, gender skupiny, skupiny bez terapeuta. (Nevšímal, 2007, s. 108-115)

### 2.3.2 Rodinná terapie

„Současné poznatky z výzkumu naznačují, že zapojení rodin a blízkých uživatelů drog může mít významný vliv na úspěšnost všech typů léčebných programů.“ (Institute of Medicine, 1990, cit. podle Radimecký, 2007, s. 139)

Rodinná terapie nabízí odlišný pohled na symptomatické chování a na jeho vznik a význam. Namísto zaměření na jedince a na jeho vnitřní procesy se rodinná terapie zaměřuje na systémy, do kterých se jedinec zapojuje. Sleduje především hranice mezi rodiči a dětmi, přesně zaměřené monitorování vychází z rodinných faktorů vzniku závislosti. Terapeut, který vede terapii s rodinnými členy, se svými intervencemi snaží o definování normálních, funkčních hranic. Můžeme se setkat s doporučením přijímat již samotný fakt, že rodina terapii vyhledá, jako předzvěst dalších změn. Před zahájením rodinné terapie je vždy nutné přihlídnout a zvážit věk, stupeň separace, současná situace rodiny a potenciál vztahu klienta s rodinou. (Kalina, 2003, s. 45-46)

Rodinná terapie může probíhat v mnoha formách a podobách, různé způsoby se od sebe liší jak efektivností, tak časovou náročností. Při výběru konkrétního způsobu, musíme vycházet z cíle, který jsme si stanovili. V jiných případech budeme volit dotazník nebo rozhovor a v jiných situacích vrstevnické skupiny, smíšené skupiny či pobyt rodinných příslušníků v TK. (Radimecký, 2007, s. 141)

„Pro detailní zmapování rodinných interakcí, jejich stereotypů a pro dosahování behaviorálních změn jsou za nejúčinnější považována rodinná sezení.“ (Waldron, 1998, cit. podle Radimecký, 2007, s. 142)



### 2.3.3 Individuální terapie

Jak uvádí Nevšímal (2007, s. 130) až postupem času se do terapeutických komunit pro drogově závislé prosazovaly prvky individuální terapie, dříve se jednoznačně dávala přednost skupinovým terapiím. V současné době se v českých komunitách stále více zdůrazňuje význam individuální terapie, přinejmenším pro její funkci podpůrnou a poradenskou (Kalina, 1999, cit. podle Nevšímal, 2007, s. 130)

Změna ve smyslu širšího využívání individuální terapie byla zapříčiněna několika faktory. Zejména bylo nutné zajistit rovnoměrné pozorování vývoje klientů, proto došlo k rozdělení klientů mezi terapeuty. Zároveň se došlo k zjištění, že některá témata je vhodné otevírat formou individuálních sezení a poté teprve ve skupině. A nakonec rozkvětu individuální terapie pomohl fakt, že klienti s výskytem více nemocí současně bez vyšší péče z programu vypadávali. Individuální terapie probíhá v rámci spolupráce s garantem, který je každému členovi přidělen při vstupu do komunity, zpravidla mu zůstává po celou dobu. Primárním obsahem individuální terapeutické práce je zhodnocení současného stavu a individuální plánování nezbytných kroků v procesu léčby. Oblasti, které individuální plánování zahrnuje, jsou v podstatě totožné s oblastmi, kterým se věnuje skupinová terapie. (Nevšímal, 2007, s. 130-131)

### 3 LÉČBA V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ

Hovoříme-li o léčbě drogových závislostí u nás, narazíme na širokou strukturu zařízení a programů poskytující pomoc v oblasti drogové závislosti. V České republice je vytvořen systém vzájemně se doplňujících složek, který zahrnuje terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, lékařskou ambulantní péči, denní stacionáře, detoxikační jednotky, střednědobou ústavní péči, terapeutické komunity a doléčovací programy.

Pojem léčba je v rámci drogové závislosti užívána v širším významu. Označuje jakoukoliv odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu, tudíž zahrnuje i odborné programy mimo rozsah zdravotnictví. (*Glosář pojmů*, © 2003 – 2006)

V následující kapitole si přiblížíme fáze léčby v terapeutické komunitě, předpoklady úspěšné léčby, motivaci, jako jednu z důležitých činitelů ovlivňujících léčbu a v závěru zmíníme realizovaný výzkum týkající se léčby v TK.

#### 3.1 Fáze léčby

Vstupu nového člena do komunity obvykle předchází jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení, kde absolvoval detoxikaci nebo delší léčbu. Součástí vstupního programu je zaslání životopisu klienta, žádosti o pobyt a vyplnění předvstupního dotazníku, který vychází z dotazníku EuropASI. (Adameček, 2007, s. 92)

Jednotlivé fáze léčby nemusí být ve všech komunitách stejné. Jednotlivé komunity se mohou od sebe mírně lišit. Zásadní znaky jednotlivých stádií se však nemění.

**Nultou fází** lze charakterizovat jako diagnostickou, poznávací a orientační. Typická je svou izolovaností klienta od vnějšího světa. Zpravidla je dotyčný provázen TK klientem, který je již v komunitě delší dobu. V tomto období může nově příchozí disponovat výhodami, co se týče uplatňování sankcí. Cílem je určitý profil klienta, který je rozhodnutý setrvat v TK, který navázal vztah se svým individuálním garantem, zná režim a pravidla TK. (Adameček, 2007, s. 93)

Těminová a spol. (2003, cit. podle Kalina, 2007, s. 195) uvádí jako průměrnou délku nulté fáze dva týdny u léčby v délce kolem jednoho roku. Klient již pobývá v zařízení a zapojuje se do programu, ale není ještě považován za člena komunity.

Charakteristiku následujících fází se objevuje v několika publikacích, avšak co se týče podrobnosti a přehlednosti se nejlépe doplňují autoři Adameček a Kalina (2007, s. 93-95; 2008, s. 195-199).

V **první fázi** stále přetrvává seznamování se s životem v komunitě a jeho přijetím. Hlavním cílem je asimilace nového člena v komunitě. Klient je i v této fázi izolovaný a prostory TK opouští pouze s doprovodem. Spolu se svým garantem sestavuje individuální plán a má méně zodpovědnosti v samosprávě TK. Cílem je převzít zodpovědnost především sám za sebe, naučit se využívat skupinového terapeutického prostředí, pochopit požadavky na uzdravení a přizpůsobit se životu bez drogy. Trvá zpravidla tři měsíce.

**Druhá fáze** je vrcholným obdobím léčby v TK, kdy dochází k vlastní změně klienta za pomocí všech terapeutických a sociálních zdrojů. Klient je v tomto stádiu zodpovědný nejen za sebe, ale také za druhé a za chod komunity. Začíná se obnovovat kontakt klienta s vnějším světem (vycházkou, výjezdy), zejména s rodinou, kde je snaha o úpravu špatných a rozvrácených vztahů. Klient dosahuje vzestupu postavení v komunitě, např. vykonává funkci doprovodu klientů v nižších fázích, vede určité aktivity. Cílovým znakem jsou mimo jiné úvahy o budoucnosti, zvládnutí negativních myšlenek a emocí, pokračující úsilí v práci na sobě, přimknutí ke komunitě, jejímu programu a filozofii.

Cílem **třetí fáze** je zdravá separace od komunity a pozvolné uzavření terapeutického působení. Tato fáze zahrnuje postupný přechod z TK do vnějšího světa, ověření osobní a sociální zralosti, vytvoření individuální sítě pozitivní sociální a psychologické podpory a závěrečná zhodnocení dosaženého pokroku, mezi a možností klienta. Klient by si měl být vědom své drogové minulosti, svých silných a slabých stránek. Charakteristický znak této fáze je svobodnější pohyb ve vnějším světě, a to hlavně za účelem zajištění práce, bydlení a následné péče.

Hlavním úskalím všech fází je předčasný odchod z komunity. V nulté fázi může dojít k odchodu z důvodu opadnutí prvotní euforie z prostého abstinování. V první fázi se k předchozím příčinám přičítá možný vliv stagnace stavu klienta. Naopak je tomu ve druhé a třetí fázi, kdy hrozí předčasný odchod klienta v případě, že jsou přesvědčeni o svém vyléčení. (Adameček, 2007, s. 93-96)

### 3.2 Předpoklady účinné léčby

Nešpor (2007, s. 99) představuje několik principů efektivní léčby závislosti, které volně cituje podle amerických pramenů (Thirteen principles, 1990). Ty představují jakýsi ideál, k němuž je zapotřebí směřovat. Principy zdůrazňují to, že ne každý druh léčby je vhodný pro každého. Jedním ze základních předpokladů úspěšné léčby je poskytování péče, která bude rychle dostupná, dostatečně dlouhá a pružná v závislosti na měnících se potřebách klienta. Léčba musí rovněž zahrnovat individuální a skupinové poradenství a podávání vhodných léků v případě dvojité diagnózy. Detoxikace by měla být součástí komplexní léčby, ne jenom jejím jediným možným způsobem. Efektivní léčba může být příznivě ovlivněna tlakem ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů a zároveň účastí ve svépomocných skupinách po skončení samotné léčby.

Jeden ze současných autorů, který prediktory úspěšné léčby popisuje blíže ve svých publikacích, je Kamil Kalina. Ten uvádí (2008b, s. 259-264), že pro získání relevantních výsledků léčby je nutný dostatečný časový odstup. Měření po šesti měsících není zcela rozhodující a konečné, oproti tomu výsledky získané po dvou letech se již dramaticky nemění. K nejdůležitějším prediktorům patří psychopatologické komplikace. U klientů, kteří nejsou v léčbě úspěšní, se častěji objevují emoční komplikace, deprese, závažnější neurózy a poruchy osobnosti. S neúspěchem léčby dále významně souvisí závažnější a opakovaná trestní činnost, motivace klienta, která předesílá setrvání v léčbě a její výsledek. Důležitým prediktorem je věk při začátku závislosti, kde platí, čím později závislost vznikne, tím je větší šance na úspěšné uzdravení. U klientů, kteří se stanou závislí v nižším věku (16 a méně) užívání drog napáchá větší škody v procesu osobnostního zrání a zvládnání významných vývojových úkolů. V poslední řadě je podstatná délka drogové kariéry, s rostoucí délkou drogové závislosti se snižuje možnost dosažení pozitivního léčebného efektu. Klíčovým kritériem v hodnocení výsledků léčby je abstinence. V otázce abstinence se názory odborníků často rozcházejí. Někteří akceptují společensky přijatelnou míru užívání marihuany, oproti tomu jiní netolerují žádné nelegální drogy. Aktuální zdrženlivost od drog neznamena sama o sobě spolehlivý ukazatel příznivé prognózy, důležité jsou proto další ukazatele jako je snížení kriminality, zlepšení psychického stavu, sociální integrovanost a celková změna způsobu života.

Sledování dlouhodobých výsledků léčby se vymyká běžným kompetencím terapeutických komunit, proto své úsilí vynakládají na ovlivnění těch ukazatelů, které úzce souvisí s dlouhodobou úspěšností léčby, a to především retenci, tzn. udržení klienta v léčbě. Za minimální efektivní léčbu je považována doba alespoň třech měsíců. Čím déle se klient v léčbě udrží, tím se zvyšuje pravděpodobnost dokončení léčby. Opakem pozitivního vlivu retence jsou důsledky předčasného ukončení léčby. Ukončení léčby v prvním období má mimořádné nepříznivé dopady pro udržení abstinence. To také potvrzují výzkumy, kdy bylo zjištěno, že z klientů, kteří vypadli z léčby v prvních třech měsících, prodělalo relaps (návrat příznaků nemoci) 82 % v prvním týdnu do jednoho roku to bylo téměř 100 %. Ve skupině klientů, kteří se léčili déle než tři měsíce, byl relaps zaznamenán u 24 % v průběhu jednoho týdne a u 60 % do jednoho roku. Značný rozdíl můžeme vidět v případě recidivy (návrat k trvalejšímu vzorci užívání drog), ke které došlo v první skupině u 85 % do jednoho roku, zatímco u druhé to bylo pouze v 38 % procentech. Z těchto poznatků vyplývá, že délka léčby je významným prediktorem léčby. Obecně programy v délce 12 měsíců zaznamenávají větší úspěšnost než je to u programů šestiměsíčních. Za nejpřesvědčivější ukazatel úspěšnosti se považuje dokončení léčby, jinými slovy setrvání v komunitě po plánovanou dobu. V neposlední řadě značný význam pro dlouhodobou příznivou prognózu má zlepšení klienta během léčby, to může zahrnovat ústup depresivních příznaků, zlepšení duševního a fyzického stavu, získání sebedůvěry a další. (Kalina, 2008b, s. 264-267)

Zajímavé je, že zdrojem výše zmíněných dat, které Kalina uvádí, jsou v naprosté většině výzkumy realizované v zahraničí. První výzkumné šetření podobného druhu se na území ČR uskutečnilo až v r. 2007 (viz 3.4 Realizovaný výzkum).

Jiný úhel pohledu nám nabízí výzkumného šetření, které bylo zaměřeno na nápomocné faktory pozitivní změny z pozice klientů. Výzkumný vzorek tvořilo 10 abstinujících klientů, kteří absolvovali minimální délku pobytu v resocializačním centru (Retest nebo Provitál) a jejich odchod byl schválen terapeutickým týmem. Klienti absolvovali výzkumný rozhovor zaměřený na změny, které nastali v průběhu pobytu a na faktory, které k těmto změnám přispěly. Získané data byly analyzovány pomocí kvalitativního konsenzuálního přístupu a zařazena do 14 vzniklých kategorií popisující nápomocné faktory změny. Autoři dále kategorie seřadili do 4 domén: psychoterapie, vnitřní zdroje, aspekty zařízení a komunikace. V oblasti psychoterapie se klienti shodovali na faktorech jako je získání zpětné vazby od spoluklientů, rady a informace nebo vysvětlení různých psychických procesů, zážitků po-

dobnosti s jinými klienty a možnost vyjádření se v terapeutickém rozhovoru. Podporující faktory v rámci vnitřních zdrojů byly klienty nejčastěji uváděné vlastní rozhodnutí přestat s drogami a víra ve vlastní změnu. V kategorii aspekty zařízení, tzn. režim a pravidla resocializačního zařízení, nejčastěji klienti uváděli faktory jako povinnost dodržování pravidel a režimu (např. zákaz agrese), přinucení a dozor terapeutického týmu a vzájemnou propojenost jednotlivých složek resocializace. Do poslední oblasti mezilidských vztahů a komunikace byli pak zařazeny tyto činitele: přátelství se spoluklientem, vzájemná pomoc mezi klienty a pomoc personálu, ocenění, pochvala a motivace ze strany dalších klientů a vzor, příklad jiného klienta jak v pozitivním tak negativním smyslu. (Halama a Klimas, 2006, s. 367-371)

### 3.3 Motivace

Motivace je bezesporu důležitý faktor v léčbě uživatelů návykových látek. Zajímavý je posun od tradičního pohledu na motivaci, kdy byla považována za základní charakteristiku klienta. Motivace byla chápána jako znak osobnosti, který klient buď má, anebo nemá a chybějící motivace byla vysvětlována jako výsledek silného obranného mechanismu uživatelů drog, kteří měli v důsledku užívání drog narušenou osobnost. Oproti tomu stojí novodobé pojetí, které vnímá motivaci jako výsledek interpersonálních vztahů mezi klientem, terapeutem a prostředím léčebného zařízení, tedy výsledek vzájemné spolupráce. Nedostatek motivace je v tom případě chápán jako přirozená reakce na strach, obavy ze změny. Své očekávání přehodnotili i pracovníci terapeutických komunit, a tak došlo v průběhu minulých let ke snižování nároku na motivaci klientů. Zejména z požadavku, aby byli klienti plně motivováni již v okamžiku nástupu do léčby. Přestože české TK stále prohlašují, že motivace je jednou z podmínek pro přijetí, povětšinou se omezují pouze na její formální prokázání (písemná žádost, strukturovaný životopis). Z výzkumu bylo zjištěno, že převážná většina klientů nastupují do TK především pod tlakem různých vnějších faktorů – tlak ze strany rodiny, nejbližších příbuzných, zdravotní, finanční potíže a jiné. (Radimecký, 2006, s. 45)

### 3.4 Realizovaný výzkum

Šefrámek v r. 2007 realizoval projekt Evaulace výsledků léčby klientů v terapeutických komunitách, který měl za úkol, nejen zhodnotit dosažené výsledky léčby v TK, ale zároveň poskytnout detailní popis chování klientů před zahájením léčby v TK, popsat proces léčebných zásahů a sledovat změny v chování klientu v období do jednoho roku od ukončení

léčby v TK. Současné pokusy o hodnocení výsledků léčby pro uživatele nelegálních látek v ČR mají nedostatky zejména v tom, že jsou prováděny účelově pouze v daných zařízeních a nepoužívají standardizované nástroje a jednotnou metodiku, která by umožnila srovnání validních dat. V neposlední řadě se sami výzkumníci nedovedou shodnout v tom, co sledovat, hodnotit a jaké výsledky léčebné intervence je možno považovat za relevantní. Projektu Evaluace výsledků léčby klientů v terapeutických komunitách se účastnilo pět komunit na území ČR. Výzkumný vzorek byl tvořen 104 klienty, kteří svou léčbu v TK zahájí v průběhu roku 2007. Šefránek za základní výzkumný nástroj zvolil strukturovaný rozhovor Maudsley Addiction Profile (MAP). Prostřednictvím této metody byly získány podrobné data vztahující se ke čtyřem následujícím oblastem: užívání nelegálních látek, rizikové chování, fyzické a psychické zdraví, osobní a sociální fungování. Tento výzkumný nástroj společně s dalšími (Opiate treatment Index, Dotazník kvality života, Zungova sebehodnotící škála) kategorizuje výsledky do čtyř okruhů, ve kterých by mělo dojít k přepokládaným změnám a to oblast problémového užívání nelegálních látek, zdraví, osobní a sociální fungování, ohrožení v oblasti veřejného zdraví a kvality života. (Šefránek, 2008, s. 321-329)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 PROJEKT VEGA

Hlavní náplní projektu VEGA je evaluace výsledků procesu léčby v terapeutických komunitách. Cílem je realizovat výzkum, který se zaměří na sledování účinnosti a výsledků léčebného jednotnou metodikou. Ten by měl přinést prvotní výsledky o účinnosti resocializačního procesu v rámci pobytové formy u závislých klientů na Slovensku a odhalit skryté příležitosti a limity toho typu intervence, které se stanou základním východiskem pro další intervenci. Projekt je rozvržen do tří let (2011-2013), během něhož jsou klienti dotazováni při vstupu do resocializačního střediska, krátce po odchodu a po jednom roce od ukončení léčebného procesu. Sběr dat je prováděn metodami CMRS, EuropASI u dospělých účastníků a T-ASI u mladistvých klientů a jejich rodičů. Výběrový soubor je tvořen klienty z přibližně 22 resocializačních středisek, kteří nastoupili do léčby v průběhu roku 2011.

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V následující kapitole je vyhrazen prostor pro představení výzkumného cíle, z něhož vycházejí výzkumné otázky, základní soubor a výzkumný vzorek. Cílům výzkumu je dále přizpůsobena výzkumná metoda a postup při sběru dat.

### 5.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat výsledky léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé, zjistit její úspěšnost. Tento cíl je dále rozdělen do dvou dílčích částí. První z nich je sledování a zhodnocení změn v rámci stanovených proměnných u drogově závislých klientů během léčby v TK. Proměnnými v tomto případě je zdravotní stav, psychický stav, rodinné a sociální vztahy klientů. Druhým úkolem je zjistit míru připravenosti a motivace klientů nastupujících do léčby v TK a následně, zda existuje konkrétní vztah mezi připraveností a motivací klienta a retencí jako jedním z předpokladů úspěšné léčby.

Vzhledem k tomu, že cílem je získání výsledků, důkazů (ne příčin) nezávislých na osobě výzkumníka a k povaze mého tématu jsem zvolila kvantitativní druh výzkumu.

### 5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky vycházející ze stanoveného cíle jsou formulovány následovně:

VO1: Jaký vliv má léčba v terapeutické komunitě na zdravotní stav klientů?

VO2: Jaký vliv má léčba v terapeutické komunitě na psychický stav klientů?

VO3: Jaký vliv má léčba v terapeutické komunitě na rodinné a sociální vztahy klientů?

VO4: Jaká je míra připravenosti a motivace klientů nastupujících do léčby v terapeutické komunitě?

VO5: Jaký vliv má míra připravenosti a motivace na udržení klientů v léčbě?

Přestože z výzkumných otázek vyjadřující vztah mezi proměnnými (vyjma O4, která by se dala označit za popisnou) byly na začátku výzkumného šetření vytvořeny hypotézy, nebylo možné jejich ověření vzhledem k průběhu výzkumu, resp. k nízkému počtu respondentů. Z tohoto důvodu hypotézy nejsou v práci uvedeny a výsledky jsou vyhodnoceny popisným, deduktivním způsobem.

### 5.3 Výzkumný vzorek

Základním souborem jsou drogově závislí absolvující léčebný proces v terapeutické komunitě. Výzkumný vzorek tvoří 8 klientů TK Renarkon, jejichž pobyt nepřesáhnul délku 4 měsíců. Jedná se o záměrný výběr. Výzkum je omezen pouze na výše zmíněnou TK z toho důvodu, že s dalším TK se nepodařilo navázat spoluprací. Z více než 18 oslovených TK většina odmítla spoluprací z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení a nedostatku času. V několika TK již podobné šetření probíhalo, tudíž v zájmu klientů realizace výzkumu nebyla možná.

### 5.4 Výzkumný postup

Výzkum je realizován pomocí dvoukolového sběru dat. První dotazování klientů probíhá v době, kdy jsou klienti v první fázi léčby nebo přestupují do druhé fáze (délka pobytu klientů v době sběru dat by neměla překročit 4 měsíce). Druhé kolo sběru dat je uskutečněno po uplynutí 7 měsíců, kdy se předpokládá, že klienti jsou již v poslední fázi léčby. Data týkající se jednoho klienta, získána na začátku a po uplynutí zmíněné doby se navzájem porovnávají a zjišťují se změny v proměnných.

### 5.5 Výzkumná metoda

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodiku EuropASI (Addition Severity Index) a CMRS (Scale for Substance Abuse Treatment). EuropASI je objektivní, mnohorozměrný, strukturovaný rozhovor, který se využívá na klinické a výzkumné účely pro skupinu dospělých uživatelů návykových látek. Použití této metody je možné před, během i po léčbě, díky tomu můžeme posoudit změny a výsledky léčby. Zaměřuje se na následující oblasti: základní údaje, zdravotní stav, stav závislosti (užívání drog, alkoholu), zaměstnání/zdroj obživy, rodinná anamnéza/sociální vztahy, právní status a psychický stav.

Kubíčková a Csémy (1998, s. 307-311) představují výsledky validity české verze EuropASI, která byla ověřena na vzorku 193 mužů a žen, pacientů psychiatrických oddělení pro léčbu závislosti a klientů protidrogových center. Své hodnocení poskytli zároveň psychiatři, kteří byli dobře seznámeni se stavem vyšetřovaných bez toho, aby znali výsledky EuropASI. Z výpočtu korelací mezi hodnocením prostřednictvím rozhovoru EuropASI a nezávislým hodnocením psychiatrů vyplynula vysoká shoda, pokud jde o závažnost alkoholové a dro-

gové závislosti klientů. Střední shoda byla prokázána v oblasti zdravotního stavu (somatického), pracovních problému a problému klientů se zákony. Nižší shoda byla pak zaznamenána v oblasti rodinných vztahů a psychického stavu klientů. V případě psychického stavu korelační koeficient splňoval požadavek absolutní hodnoty minimálně 0,40 u rodinných vztahů, byly naměřeny hodnoty mírně po touto hranicí, která je ve většině výzkumů považována za hraniční, s nižší se nepracuje (Chráska, 2007, s. 105).

Pro zjištění míry motivovanosti a připravenosti klientů je použit výzkumný nástroj CMRS který je konstruován pro měření několika aspektů. CMRS je sebehodnotící pětistupňová Likertova škála složená z 18 položek, které jsou zaměřeny na všechny oblasti, které se mohou podílet na rozhodnutí klienta pro nástup do léčby a udržení se v léčbě – vnější vlivy, vnitřní vlivy, připravenost a motivace.

### 5.5.1 Průběh sběru dat

V průběhu března až května 2011 jsem kontaktovala terapeutické komunity v České republice s žádostí o spolupráci. Z výše zmíněných důvodů se podařilo spolupráci navázat pouze s TK Renarkon. Troufám si říci, že jak „nepřístupnost“ terapeutických komunit, tak časová náročnost zejména metodiky EuropASI zapříčinila nízký počet účastníků výzkumu. V červnu 2011 se konalo první kolo sběru dat pomocí metodiky EuropASI a CMRS. Klienti byli dotazováni jednotlivě, kdy každý strukturovaný rozhovor zbyl zapisován do předepsaných listů a trval zhruba 45 minut. Druhé kolo proběhlo v lednu 2012, pro sběr dat byla použita pouze metodikou EuropASI.

Metodika byla upravena, vzhledem k cílům mého výzkumného šetření. Změny zahrnovaly redukci otázek týkajících se základních údajů na věk a jména klientů, která sloužila pouze k identifikaci klientů a snadnému spárování dvou rozhovorů téhož klienta. Zbytek otázek nebyl použit z důvodu zachování anonymity. Zároveň bylo v každé oblasti vypuštěno posouzení závažnosti podle posuzovatele a posouzení věrohodnosti (viz příloha I). Pracovníci terapeutické komunity se zaručili za pravdivost uvedených údajů a z vlastní zkušenosti mohou potvrdit, že dotazování klienti byli velice otevření a sdílní.

## 6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Následující kapitolu je věnována vyhodnocení výzkumu, které je rozděleno do několika částí. První část obsahuje analýzu vstupních dat klientů získaných při prvním dotazování a to z důvodu vytvoření určitého podvědomí o složení klientely TK a charakteristice účastníků léčebného procesu. Druhou částí je porovnání proměnných u jednotlivých klientů a poslední část je vymezena pro vyhodnocení míry motivovanosti a připravenosti a zjištění případných vazeb s retencí.

### 6.1 Analýza vstupních dat

Analýzu vstupních dat byla zařazena do výzkumné části z toho důvodu, že považuji za přínosné vytvořit určitý komplexní pohled na klienty. Omezení se pouze na informace týkající se drogové kariéry hodnotím podle mého názoru jako nedostatečné. Je důležité mít podvědomí o tom, z jakého rodinného zázemí klienti pocházejí či s jakými zdravotními a psychickými problémy se potýkají. Neměli bychom opomíjet ani další informace, které jsou přímo či nepřímo spojené s užíváním drog. Vzhledem k odchodu většiny klientů z terapeutické komunity a znemožnění tak porovnání oblastí na začátku a na konci léčby, by data získaná při prvním rozhovoru nebyla nijak využita a přišla vniveč. Následující přehled zohledňuje všechny oblasti, na které se metodika EuropASI zaměřuje, avšak vzhledem k množství informací byly vybrány pouze ty nejdůležitější a nejzajímavější data, tak aby byl naplněn účel analýzy. Procentuální vyjádření nejsou uváděny z důvodu nízkého počtu respondentů.

#### Základní údaje

Rozhovoru se účastnilo 8 klientů, z toho bylo 6 mužů a 2 ženy. Věkový průměr respondentů byl 25,1 (rozpětí 20-30 let, median 25,5). Věkový průměr mužů byl 25,3 let (minimum byl 20 let, maximum 30 let), žen 24,5 (minimum 23 let, maximum 26 let).

#### Drogy/Alkohol

V oblasti drog byli klienti tázáni na jejich hlavní problém. Všech 8 klientů bez výjimky uvedlo pervitin, přestože měli zkušenosti s různými návykovými látkami (nejčastěji alkohol, marihuana, halucinogeny, opiáty). V jednom případě, hlavní problém závislosti způsoboval pervitin společně s marihuanou a v druhém případě byla tato kombinace obohacena ještě o alkohol. Bližší informace o užívání drog klienty jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 1. Zkušenosti klientů s drogami a abstinencí

Klienti	První užití	Doba užívání	První NU	Doba NU	A po léčbě (dny)	A bez léčby (dny)
č. 1 (28)	18	8	18	8	0	720
č. 2 (26)	18	6	25	1	7	7
č. 3 (22)	18	3	18	3	21	21
č. 4 (25)	18	7	20	4	180	2
č. 5 (30)	17	13	22	8	1	60
č. 6 (20)	15	5	17	3	30	3
č. 7 (27)	20	7	25	2	60	30
č. 8 (23)	18	4	×	×	0	0
Průměr	17,6	6,6	20,7	4,2	37,4	106, 6
Odchylka	1,4	3,1	3,4	2,8	61,2	252,7

Tabulka č. 1 znázorňuje oblast užívání drog. Klienti jsou uvedeni pod číslem pro zachování anonymity. V závorce za číslem klienta je uveden jeho věk. Druhý sloupec ukazuje věk při prvním užití drogy, kterou klienti označili, jako svůj hlavní problém (variační šíře 15-20 let, modus 18 let). Dále můžeme z tabulky vyčíst dobu celoživotního užívání (variační šíře 3-13 let), věk při prvním nitrožilním užití (variační šíře 17-25 let) a celoživotní dobu nitrožilního užívání, která se pohybovala různě, od 1 roku až po 8 let. Pouze 2 klienti uvedli, že užívali sdílené injekční stříkačky, zbývající dotazování nikdy nesdíleli stříkačky s jinými závislými. Klient č. 8 nikdy neužíval návykovou látku nitrožilně, z toho důvodu jsou políčka zaznačena křížkem. Předposlední a poslední sloupec znázorňují dobu abstinence klientů po absolvování léčby jakoukoliv formou (detoxikace, pobyt na psychiatrické léčebně, substituční léčba a jiné) a z vlastního rozhodnutí. Aritmetický průměr v tomto případě nemá velkou výpovědní hodnotu, jelikož hodnoty jsou velice kolísavé, jak nám znázorňuje i směrodatná odchylka. Přestože nejdelší abstinence po absolvování léčby trvala půl roku, většina klientů (6/8) spadá do rozpětí 0-30 dní. Ještě extrémnější rozdíly jsou zaznamenány v oblasti abstinence bez jakékoliv lékařské intervence, kde je variační šíře 0-720 dní (tzn. 2 roky).

Každý z klientů měl již v době nástupu do terapeutické komunity zkušenost se zařízením poskytující pomoc drogově závislým. Nejčastějším klienti uváděli zkušenost s lůžkovou textací a zpravidla tuto formu léčby absolvovali několikrát. Několikrát se také objevila odpověď *lůžková psychiatrická*, kdy klienti měli potíže s upřesněním, kterou formu léčby v minulosti využili. Pouze jeden klient měl zkušenosti léčbou v terapeutické komunitě, kterou však úspěšně nedokončil.

Klienti se zároveň hodnotili na pětistupňové škále, kde měli subjektivně posoudit, jak moc je trápily problémy s drogami za poslední měsíc. Při posouzení 0 znamenala vůbec ne, 1 – trochu, 2 – dost, 3 – značně a 4 – mimořádně silně. Průměr hodnot byl 2,4 a směrodatná odchylka 1,9. V případě, jak moc je pro klienty důležité vyřešení těchto problémů, byl průměr hodnot o něco vyšší 3,4 a zároveň směrodatná odchylka byla nižší 0,9. Z toho vyplývá, že klienti při odpovědích na tuto otázku shodovali o něco více, než při otázce předešlé. Hodnoty týkající se důležitosti vyřešení byly nejvyšší v porovnání se stejnou otázkou v ostatních oblastech.

### Zdravotní stav

*Tab. 2. Zdravotní stav klientů*

Klienti	Trvalé problémy	Pravidelné léky	Míra soužení	Důležitost pomoci
č. 1 (28)	ne	ano	0	0
č. 2 (26)	ne	ne	1	2
č. 3 (22)	ano	ne	4	2
č. 4 (25)	ne	ne	0	0
č. 5 (30)	ano	ne	1	1
č. 6 (20)	ne	ne	0	0
č. 7 (27)	ne	ne	0	0
č. 8 (23)	ne	ne	1	2
Průměr			0,9	0,9
Odchylka			1,4	1

V oblasti zdravotního stavu neměli klienti žádné trvalé problémy, které by jim stěžovaly život, s výjimkou dvou klientů, kdy je trápily problémy se zuby a zkrácenými žilami. Nikdo z klientů neměl udělen invalidní důchod z důvodů tělesných problémů. Všichni klienti podstoupili test na HIV/AIDS, který při vstupu do terapeutické komunity povinný a u všech byl výsledek negativní. Klienti rovněž uváděli, že nikdy během života netrpěli žloutenkou ve spojitosti s užíváním drog nebo si u této položky nebyli odpovědi jisti. Pouze jeden z klientů užíval pravidelně léky na lékařský předpis, i když je paradoxní, že neuváděl, že by trpěl nějakými trvalými tělesnými potíží. Na otázku, která zjišťovala kolik dní za poslední měsíc trpěli klienti zmíněnými zdravotními problémy, polovina (4/8) nepocíťovala problémy a zbytek uvedl počet dní v rozmezí od 1 do 4 dnů. Subjektivní posouzení trápení se svými zdravotními problémy se shodovalo s hodnotami, které klienti uváděli při otázce, jak je pro ně důležitá pomoc a vyřešení těchto problémů. Nejčastější uváděná hodnota v těchto otázkách byla 0 (vůbec ne), tu uvedlo 4/8 klientů.

**Psychický stav****Tab. 3. Psychický stav klientů**

Klienti	Psychiatrické léky	Obtíže	Dny s trápením	Míra soužení	Důležitost pomoci
č. 1 (28)	ano	ne	30	3	4
č. 2 (26)	ano	ano	30	2	2
č. 3 (22)	ano	ano	0	0	2
č. 4 (25)	ano	ne	2	1	4
č. 5 (30)	ne	ne	0	1	3
č. 6 (20)	ano	ne	0	0	0
č. 7 (27)	ne	ne	0	0	3
č. 8 (23)	ne	ano	0	1	2
Průměr			7,8	1	2,5
Odchylka			13,8	1,1	1,3

Z tabulky výše vyplývá, že 5/8 klientů užívalo léky na psychické obtíže za období posledních 30 dnů. Stejný počet klientů neuvádí žádné subjektivní obtíže. Zbývající klienti si stěžovali na depresi, pocity úzkosti, strachu, sebevražedné myšlenky. Žádný z klientů nepobíral invalidní důchod. V případě otázky, kolik dní za poslední měsíc trpěli uvedenými obtížemi, většina klientů (5/8) neuvedla ani jeden den. Nicméně 2 klienti udali všech 30 dnů, tím se logicky zvýšil průměr, který však v tomto případě není zcela směrodatný. Míra trápení v rámci psychického stavu je individuální, závislá od konkrétních potíží každého klienta, pohybovala se v rozmezí 0 až 3. Poměrně vysoké jsou však hodnoty u všech klientů vztahující se k důležitosti intervence v oblasti psychického zdraví (průměr hodnot 2,5).

**Vzdělání/zdroj obživy****Tab. 4. Vzdelání a finanční situace klientů**

Klienti	Vzdělání	Zaměstnanost (měsíce)	Nezaměstnanost (roky)	Dluh (Kč)	Míra soužení	Důležitost pomoci
č. 1 (28)	SOU	29	8	150000	0	2
č. 2 (26)	ZŠ	12	0,5	200000	2	2
č. 3 (22)	ZŠ	9	1,5	500000	0	2
č. 4 (25)	SŠ	12	0,4	300000	0	0
č. 5 (30)	SOU	24	1	150000	0	0
č. 6 (20)	ZŠ	12	0	×	0	2
č. 7 (27)	SOU	48	1	500000	3	1
č. 8 (23)	SOU	24	1	80000	0	3
Průměr		21,3	1,7	268571,4	0,6	1,5
Odchylka		13,1	2,6	171505,9	1,2	1,1



Nejvyšší dosažené vzdělání ve skupině klientů byla střední škola s maturitou (1/8), nejčastější však byli vyučení (4/8) a nemalé zastoupení tvořili i klienti se základním vzděláním (3/8). V otázce zaměstnanosti byly odpovědi značně rozdílné. Nejdelší doba zaměstnanosti klienta trvala 4 roky, oproti tomu nejkratší byla 9 měsíců, Nejčastěji se klienti pohybovali v rozmezí od 1 do 2 let (5/8). V oblasti nejdelší doby nezaměstnanosti se objevily i extrémní hodnoty jako 8 let, nicméně 6/8 klientů můžeme zařadit do rozmezí 0 až 1 rok. Většina klientů (6/8) pobírala dávky v nezaměstnanosti, jeden z klientů pobíral nemocenské dávky a jedna klientka byla finančně podporována rodinou. Alarmující jsou částky, které klienti uváděli jako svůj dluh. S výjimkou jednoho klienta, jenž byl nejmladším členem komunity, měli všichni finanční závazky, které se pohybovaly v rozmezí 80 000 až 500 000 Kč. Zajímavé jsou nízké hodnoty v otázce trápení s finančními problémy a zdrojem obživy (průměr hodnot 0,6), které si osobně vysvětlují, tím, že v první fázi léčby klientu zprvu řeší jiné oblasti jejich života. V následující otázce (důležitost pomoci v dané oblasti), jsou hodnoty již o něco vyšší (průměr hodnot 1,5).

### Právní postavení

*Tab. 5. Právní postavení klientů*

Klienti	Podmínka	Odsouzení	Očekávaná obžaloba	Vážnost problému	Důležitost pomoci
č. 1 (28)	ano	3	ne	1	2
č. 2 (26)	ano	1	ano	2	2
č. 3 (22)	ne	0	ne	0	2
č. 4 (25)	ano	2	ne	0	3
č. 5 (30)	ne	4	ano	2	3
č. 6 (20)	ne	2	ano	3	1
č. 7 (27)	ano	1	ne	2	3
č. 8 (23)	ano	1	ne	1	2
Průměr		1,8		1,4	2,3
Odchylka		1,3		1,1	0,7

V oblasti právního postavení nebyly mezi klienty velké rozdíly. Právní postavení však nehovořilo v jejich prospěch. 5 klientům v době rozhovoru běžela podmínka a zbývající v nejbližší době očekávali obžalobu nebo trestní stíhání, s výjimkou klienta, který byl v podmínce a zároveň předpokládal obžalobu. S těmito údaji pak úzce souvisí počet odsouzení za trestné činy u jednotlivých klientů. Téměř všichni klienti byli minimálně jednou během života odsouzeni za spáchaný trestný čin. Světlou výjimkou je klient č. 3, kterému ne-

běžela podmínka, neočekával trestní stíhání a nebyl nikdy odsouzen. Klienti hodnotili vážnost svého problému v závislosti na své nynější situaci, o čemž vypovídá směrodatná odchylka, která byla poměrně vysoká (1,1). Průměrná hodnota odpovědí je 1,4. Současně všichni klienti pocítují značnou potřebu pomoci v oblasti právního postavení.

### Rodinné a sociální vztahy

**Tab. 6. Postavení klientů v rodinných a sociálních vztazích**

Klienti	Bydlení	Volný čas	Blízký vztah	Míra soužení	Důležitost pomoci
č. 1 (28)	sám	sám	sourozenec	0	0
č. 2 (26)	s rodiči	přátelé	matka, sourozenec, přítel	3	2
č. 3 (22)	s partnerem	sám	matka, sourozenec	0	2
č. 4 (25)	sám	sám	sourozenec, sex. partner, přítel	1	3
č. 5 (30)	s přáteli	přátelé	matka, sourozenec	0	2
č. 6 (20)	s přáteli	přátelé	matka, sourozenec, sex. partner	1	2
č. 7 (27)	s přáteli	sám	matka, sourozenec, sex. partner	0	3
č. 8 (23)	s přáteli	přátelé	přítel	4	3
Průměr				1,1	2,1
Odchylka				1,6	1

Z položky zjišťující rodinný stav vyplynulo, že většina klientů byla svobodná (7/8), jeden klient byl rozvedený. V průběhu posledních tří let polovina klientů bydlela s přáteli, dva klienti bydleli sami, jeden s rodiči a jeden se sexuálním partnerem. Vyjma klientů, kteří bydleli sami, všichni dotázaní sdíleli bydlení s osobami, které rovněž vykazovali závislé chování, ať už byl předmětem závislosti alkohol nebo drogy. S tímto je spojený způsob trávení volného času, kdy se v odpovědích objevily pouze dvě varianty, které klienti uváděli, a to sám nebo s přáteli se závislostí. Zajímavé informace vyplývají z otázky týkající se blízkých vztahů klientů. Nejčastěji uváděným byl sourozenec a na druhém místě matka. Nikdo z klientů neuvedl vřelý vztah s otcem. Tento fakt jen potvrzuje teze, které jsme zmínili v souvislosti s rodinnými faktory vzniku závislosti (viz s. 18). Subjektivní posouzení trápení v oblasti vztahu bylo velice nejednotné, objevovaly se jak nejnižší, tak nejvyšší hodnoty. Důležitost pomoci v této oblasti klienti hodnotili průměrně (hodnota 2).

### Rodinná anamnéza

Klientům byly kladeny otázky zjišťující rodinnou anamnézu, resp. zda má někdo ze členů jejich neblížšího příbuzenstva (otec, matka sourozenec) vážný problém s alkoholem, drogami nebo nějaký psychický problém. Za vážný problém je považován takový, který vede

k léčbě nebo lékařskou intervencí potřebuje. Z rozhovoru vyplynulo, že polovina (4/8) klientu má minimálně jednoho člena rodiny, který trpí některým z výše zmíněných problémů. Druhá polovina nevedla nikoho ze svého nejbližšího okolí, což bylo v některých případech zapříčiněno nevědomostí těchto informací (např. klienti neznali otce nebo se s ním nevidali).

Z uvedených informací můžeme pozorovat různorodé složení klientely terapeutické komunity. Výraznější rozdíly jsou zaznamenány v oblastech fyzického a zdravotního stavu, kdy klienty subjektivně posuzovali svou situaci. Největší podobnosti můžeme vidět v údajích týkajících se právního postavení klientů.

## 6.2 Porovnání proměnných

Předpokladem pro porovnání proměnných bylo spárování informací o klientech získaných v prvním a druhém kole sběru dat. V době mezi jednotlivým dotazováním došlo k situaci, kdy 6 z 8 klientů terapeutickou komunitu předčasně opustilo. Terapeutický tým objasnil příčiny odchodu. 4 klienti TK opustili předčasně na vlastní žádost, kdy jeden z těchto klientů nastoupil do programu doléčovacího centra. Stav další z klientek si vyžádal stabilizaci na psychiatrické léčebně, po stabilizaci se klientka do komunity již nevrátila. Poslední ze šesti klientů byl z komunity vyloučen za porušení kardinálního pravidla. Předčasný odchod z komunity a nedokončení plánovaného programu, ať už dobrovolně nebo ne, nehovoří v prospěch těchto klientů. Setrvání v léčbě představuje jeden z prediktorů úspěšné léčby a zároveň příznivé prognózy. Nelze tvrdit, že tento fakt zákonitě povede k relapsu a následné recidivě klientů, k tomu by bylo zapotřebí dlouhodobější mapování klientů a opakovaný sběr dat, nicméně to jejich šance na udržení abstinence značně snižuje. Z původních 8 klientů po 7 měsících v TK zůstali pouze dva klienti (muži) u nichž bylo možné srovnání proměnných, klient č. 1 a č. 5. Psychický stav, zdravotní stav a rodinné a sociální vztahy jsem jako proměnné určila z toho důvodu, že v jiných oblastech by srovnání nebylo možné, jelikož klienti byli i v době druhého kola sběru dat stále členy terapeutické komunity, a tudíž jsem předpokládala, že v některých oblastech ke změnám nedojde. Tato domněnka se potvrdila díky srovnání dat z obou dotazování. Oblast rodinných vztahů byla zvolena záměrně, z toho důvodu, že v rámci terapeutických programů by měla být začleněna i terapie s rodinnými příslušníky.

**Zdravotní stav****Tab. 7. Srovnání klientů v oblasti zdravotního stavu**

Zdravotní stav	č. 1 na začátku	č. 1 na konci	č. 5 na začátku	č. 5 na konci
Trvalé problémy	ne	ne	ano	ne
Žloutenka	ne	ne	ne	ne
Test na HIV	ano	ano	ano	ano
Výsledek testu	negativní	negativní	negativní	negativní
Pravidelné užívání léků na předpis	ano	ne	ne	ne
Individuální důchod	ne	ne	ne	ne
Míra soužení	0	0	1	1
Důležitost pomoci	0	0	1	1

V oblasti zdravotního stavu byly zaznamenány pozitivní změny u obou z klientů. Klient č. 1 v době druhého dotazování nemusel užívat pravidelně léky na lékařský předpis a klient č. 5 si v průběhu léčby vyřešil problémy trvalejšího rázu, které na začátku léčby uvedl. Test na HIV jim byl proveden jen jednou a to při vstupu do komunity. Klienti rovněž neuváděli, že by byli za poslední měsíc léčeni kvůli tělesným potížím. Ostatní tvrzení zůstává beze změny. Stejně tomu tak je i u hodnot zjištěných prostřednictvím sebehodnotící škály, kdy klienti na konci léčbu uvádějí naprosto stejné hodnoty jako na začátku.

**Psychický stav****Tab. 8. Srovnání klientů v oblasti psychického stavu**

Psychický stav	č. 1 (na začátku)	č. 1 (na konci)	č. 5 (na začátku)	č. 5 (na konci)
Invalidní důchod	Ne	Ne	Ne	Ne
Problémy (30 dní)	užívání léků	užívání léků, deprese, sebevražedné myšlenky	žádné	deprese, stavy úzkosti, sebevražedné myšlenky
Počet dní s obtížemi	30	10	0	5
Míra soužení	3	1	1	3
Důležitost pomoci	4	3	3	2

Největší změny v proměnných byly zaznamenány právě v oblasti psychického zdraví. Oba klienti uvádí na konci léčby potíže, které se na počátku léčby u nich neobjevovaly (deprese,

sebevražedné myšlenky). Paradoxní je, že klient č. 1, přestože uvedl, že ho za poslední měsíc trápily deprese a sebevražedné myšlenky, na posuzovací škále se hodnotí nižšími hodnotami. U klienta č. 5 došlo ke zhoršení ve více oblastech a rovněž se zvýšila hodnota, již popisuje míru svého soužení v oblasti psychického zdraví (z hodnoty 1 na 3).

### Rodinné a sociální vztahy

**Tab. 9. Srovnání klientů v oblasti rodinných a sociálních vztahů**

Rodinné a sociální vztahy	č. 1 (na začátku)	č. 1 (na konci)	č. 5 (na začátku)	č. 5 (na konci)
Trávení volného času	sám	sám	přátelé s problémy	přátelé s problémy
Blízký vztah během života	sourozenec	sourozenec	matka, sourozenec	matka, sourozenec
Problémy ve vztahu (30 dní)	žádné	žádné	žádné	žádné
Konflikt s rodinou (30 dní)	0	0	0	0
Míra soužení	0	0	0	1
Důležitost pomoci	0	0	2	2

V rodinných a sociálních vztazích nedošlo během léčby k žádným výrazným změnám. Můžeme říci, že položky zůstávají nezměněny. U obou klientů jsou sledovány přetrvávající preference, co se týče způsobu trávení volného času. Nikdo z nich také neuvedl, že by měli za poslední měsíc nějaké výraznější problémy ve vztahu s rodinou nebo jinými blízkými lidmi. Rozdíl mezi klienty je patrný v posouzení, jak je pro ně důležitá pomoc v oblasti rodinných a sociálních vztahů, kdy pro klienta č. 1 to není vůbec důležité a klient č. 5 odpověděl, že je to pro něj dost důležité. Při posouzení rodinných vztahů musíme vzít v úvahu stupeň separace klienta od původní rodiny. V případě klienta č. 1 bylo odloučení od rodiny již značné a vzhledem i k věku klienta, nepocíťoval potřebu jakýkoliv zásahů.

### 6.3 Motivace a připravenost klientů

Motivace a připravenost klientů byla sledována pomocí metodiky CMRS (viz příloha II). Tento dotazník se zaměřuje na všechny oblasti, které by mohly ovlivnit klienta v nástupu do léčby a poté v udržení se v léčbě. Jednotlivé položky z dotazníku byly rozděleny do konkrétních oblastí: vnější vlivy (1-5), vnitřní vlivy (7-10), připravenost (13,14) a motivace (11, 15-17). Rozdělení je přibližné, z toho důvodu, že některé položky zasahovaly do více oblastí a nebylo možné jednoznačné zařazení. Při vyhodnocování byly brány v potaz všechny položky, přestože některé nebyly zahrnuty do výpočtů. Položky č. 6 a č. 12 byly považová-

ny za kontrolní a položka č. 18 nebyla zahrnuta z důvodu neaktuálnosti. V některých případech bylo nutné dané věty přeformulovat pro snadnější vyhodnocení (č. 2, č. 4 a č. 5). Rovněž položka č. 4 není zcela jednoznačná, jelikož odpověď na ni může interpretovat několik způsobů. Z důvodu větší přehlednosti nezobrazují výsledky pro každou položku zvlášť, ale vždy pro danou oblast. Klienti se k jednotlivým položkám vyjadřovali prostřednictvím pětistupňové škály, kde hodnota 1 vyjadřovala silně nesouhlasím, 5 silně souhlasím a hodnota 3 byla neutrální ani ano ani ne,

**Tab. 10. Hodnoty v jednotlivých oblastech**

Oblast	Průměr	Odchylka
Vnější vlivy	3,25	1,31
Vnitřní vlivy	3,63	1,1
Připravenost	4,13	0,52
Motivace	4,11	0,74

Z tabulky výše je patrné, že nejvyšší průměrné hodnoty byly sledovány v oblasti připravenosti, hned za ní v oblasti motivace. Oproti tomu nejnižší hodnoty byly naměřeny v oblasti vnějších vlivů, kde je zároveň nejvyšší směrodatná odchylka. To si můžeme vysvětlit například tím, že někteří z klientů nenastoupili do léčby pod hrozbou trestního stíhání, tudíž u nich budou hodnoty v této oblasti nižší.

**Tab. 11. Porovnání hodnot u klientů, kteří v léčbě zůstali a kteří vypadli**

Oblasti	Klienti, kteří v léčbě zůstali		Klienti, kteří z léčby vypadli	
	Průměr	Odchylka	Průměr	Odchylka
Vnější vlivy	3	1,2	3,33	1,29
Vnitřní vlivy	3	1,31	3,83	0,96
Připravenost	4,5	0,58	4	0,45
Motivace	4,5	0,55	4	0,76

Pokud porovnáваме hodnoty klientů, kteří v léčbě zůstali a ti, kteří komunitu opustili předčasně, jsou na první pohled patrné rozdíly v jednotlivých oblastech. Klienti, kteří v léčbě zůstali, vykazovali o něco vyšší hodnoty v oblasti motivace a připravenosti, než klienti, kteří z léčby vypadli. Naopak to bylo v oblasti vnějších a vnitřních vlivů. Celkově však rozdíly

v jednotlivých oblastech nejsou veliké a hodnoty nesestupují pod hranici čísla 3, tzn., že klienty s výrokem povětšinou souhlasili. Čím větší hodnoty se objevovaly, tím větší měla daná oblast vliv na klientovo rozhodnutí nastoupit do léčby nebo se v ní udržet.

**Tab. 12. Hodnoty u jednotlivých klientů**

Klienti	Průměr	Odchylka
č. 2 (26)	4,15	1,46
č. 7 (27)	3,85	0,55
č. 8 (23)	3,85	1,07
č. 3 (23)	3,72	0,61
č. 4 (25)	3,72	1,07
č. 1 (28)	3,69	1,65
č. 5 (30)	3,55	0,82
č. 6 (20)	3,29	0,99

V tabulce 11 jsou klienti seřazeni od nejvyšších průměrných hodnot ve všech oblastech dotazníku po nejnižší průměrné hodnoty. To znamená, že klient č. 2 měl po zprůměrování všech položek nejvyšší konečnou hodnotu a podle subjektivního posouzení byl tedy nejvíce motivován a připraven. I zde můžeme říci, že hodnoty jsou vyrovnané, rozdíl mezi nejvyšší a nejnižší hodnotou není ani 1. Větší výkyvy jsou patrné u směrodatné odchylky, což je způsobenou, jak jsem již výše zmínila výše, různou mírou motivovanosti v jednotlivých oblastech. Klienti označení šedě (č. 1 a č. 5) jsou klienti, kteří v léčbě setrvali. Zajímavé zjištění je, že klient s nejnižší hodnotou byl tentýž, který byl z komunity vyloučen za porušení kardinálního pravidla.

## 7 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMŮ

Zaměříme-li se na první část výzkumného šetření, tedy sledování proměnných, z výzkumu vyplývá, že jsou patrné rozdíly, jak v jednotlivých oblastech, tak mezi klienty. O něco lépe je na tom oblast zdravotního stavu, než psychického stavu, kde intervence nebyla natolik úspěšná. Otázkou je, co zapříčinilo zhoršení stavu klientu v oblasti psychického zdraví. S velkou pravděpodobností mohly tyto změny vzniknout v důsledku určitého tlaku, který je spojený se třetí fází léčby a blížícím se odchodem s komunity, jak jej popisují odborníci. Oblast rodinných a sociálních vztahů zůstává téměř beze změny. Vysvětlením může být fakt, že klienti, kteří v léčbě setrvali, byli dva klienti s nejvyšším věkem v terapeutické komunitě. Z tohoto i z jimi uvedených odpovědí usuzují, že jsou již plně osamostatněni od rodičů a i přes to, že jejich rodinné vztahy nejsou ideální a harmonické, nepocítují tak velkou potřebu řešit tyto záležitosti. Na první pohled však výsledky léčby v terapeutické komunitě nejsou úplně ideální, v tom nás utvrzuje především počet klientů, kteří léčbu předčasně ukončili.

Z druhé části výzkumu, zaměřenou na všechny oblasti klientova života, které se podílejí na rozhodnutí klienta v otázce léčby, se nepotvrdil vztah mezi zjištěnými hodnotami a délkou pobytu klientů v terapeutické komunitě. Jinými slovy nebyla prokázána přímá úměra, kde by platilo, čím vyšší hodnoty klienti uvádí, tím větší je jejich šance na udržení se v léčbě. Spíše naopak, z tabulky č. 12 je zřejmé, že klienti, kteří v léčbě setrvali, se pohybují ve spodní polovině. Obecně jsou však hodnoty u všech klientů, zjišťované na začátku léčby poměrně vysoké.



## ZÁVĚR

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit účinnost léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé, prostřednictvím sledování proměnných. Zároveň další úkol představoval zmapování oblasti motivace a připravenost klientů nastupujících do léčby. V návaznosti na to pak zkoumat existenci vztahu mezi zjištěnými hodnotami a retencí klientů. Tyto cíle byly dle mého mínění naplněny. Zjištěné poznatky jsou však omezeny mými možnostmi a možnostmi výzkumu. Značné úskalí skrýval rovněž výzkumný soubor díky své specifčnosti. Jelikož potenciálními respondenty mohla být pouze omezená skupina lidí, není počet respondentů tak vysoký, jak se u kvantitativního druhu výzkumu vyžaduje. Z tohoto důvodu nelze výsledky nijak zobecňovat a vztahovat na všechny drogově závislé absolvující léčbu v terapeutické komunitě. Generalizace výsledků není ani cílem této práce. Výzkum nepochybně přinesl mnoho zajímavých poznatků, které mohou být využity jako náměty pro další práce, které se mohou jednotlivými oblastmi zabývat podrobněji. Nepochybuji o výpovědní hodnotě této práce, která z mého hlediska plní spíše funkci odrazového můstku. Dokazuje, že v procesu léčby, jak se děje v terapeutických komunitách, jsou viditelné mezery a nedostatky, které si vyžadují podrobnější popis a vysvětlení. Z jednotlivých zjištění, které z výzkumu vplynuly, bych zdůraznila fakt, který jsem zmiňovala již dříve, že klienti, kteří v léčbě setrvali, byli dva klienti s nejvyšším věkem. Vystává otázka, zda je to pouze shoda náhod nebo existuje spojitost mezi věkem klientů, osobně bych spíše řekla osobní zralosti, a retencí. Tento poznatek uvádím jako příklad využití výsledků pro další výzkumnou činnost.

Pro měření účinnosti léčby v terapeutických komunitách ve větším a komplexnějším rozsahu, než jak je tomu v této práci, by bylo bezesporu přínosné zapojení samotných komunit do toho procesu. Začlenění sběru dat jednotnou metodikou do kompetencí terapeutického týmu a celé komunity by zabezpečilo nejen počet respondentů, ale přineslo by i další výhody plynoucí s neustálého kontaktu s klienty. V neposlední řadě je jednou z nejdůležitějších podmínek pro hodnocení účinnosti léčby sledování klientů nejen během léčby, ale i s časovým odstupem od ukončení léčby, kdy měli klienti možnost otestovat své dovednosti ve skutečném životě.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

ADAMEČEK, David, Martina RICHTEROVÁ-TĚMINOVÁ a Kamil KALINA. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 201-207. ISBN 80-86734-05-6.

ADAMEČEK, David. Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 91-96. ISBN 978-80-7106-9.

CANCRINI, Luigi, 1985 cit. podle HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.

FROUZOVÁ, Magdaléna. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 124-129. ISBN 80-86734-05-6.

GÖHLERT, Fr.- Christoph a Frank KÜHN, 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Přeložila Dagmar Liebelová. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, Martin. Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 140-144. ISBN 80-86734-05-6.

HAJNÝ, Martin. Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 135-139. ISBN 80-86734-05-6.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

INSTITUTE OF MEDICINE, 1990 cit. podle RADIMECKÝ, Josef. Programy pro rodinné příslušníky. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 136-149. ISNB 978-80-7106-9.

KALINA, Kamil, 1999 cit. podle NEVŠÍMAL, Petr. Individuální terapie. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 130-136. ISNB 978-80-7106-9.

KALINA, Kamil. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: KALINA, Kamil a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 78-82. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kolektiv, 2008a. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, 2008b. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

KLOUČEK, Evžen, Robert STUHLÍK a Martin HAJNÝ, 1999 cit. podle KALINA, Kamil a kolektiv, 2008a. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia. ISBN 509-21-826.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2001 cit. podle NEVŠÍMAL, Petr. Skupinové terapie. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 108-116. ISNB 978-80-7106-9.

KUDRLE, Stanislav. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, K., a kolektiv, 2003. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, 1997. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka*. Praha: Sportpropag.

NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEVŠÍMAL, Petr. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In: Středočeský kraj, Magdaléna, o.p.s, 2004. *Terapeutická komunita I: vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj, Magdaléna, o.p.s., s. 155-238. ISBN 80-7106-876-4.

NEVŠÍMAL, Petr. Individuální terapie. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 130-136. ISBN 978-80-7106-9.

NEVŠÍMAL, Petr. Skupinové terapie. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 108-116. ISBN 978-80-7106-9.

RADIMECKÝ, Josef. Programy pro rodinné příslušníky. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 136-149. ISBN 978-80-7106-9.

RIESEL, Petr, 1999. *Lesk a bída drog: praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-348-9.

RICHTEROVÁ-TĚMINOVÁ, Martina. Cíle léčby. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 35-37. ISBN 978-80-7106-9.

SMAIL, J. D., 1975 cit. podle KRATOCHVÍL, Stanislav, 1979. *Terapeutická komunita*. Praha: Academia. ISBN 509-21-826.

Thirteen Principles, 1990 cit. podle NEŠPOR, Karel, 2007. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 3. dopl. a opr. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

VAILLANT, George, 1995 cit. podle KALINA, Kamil a kolektiv, 2008a. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

WALDRON, H. B. & SLESNICK, N., 1998 cit. podle RADIMECKÝ, Josef. Programy pro rodinné příslušníky. In: NEVŠÍMAL, Petr, 2007. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, Magistrát hl. m. Prahy, Magdaléna, o.p.s., s. 136-149. ISBN 978-80-7106-9.

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

### **Periodika:**

HALAMA, Peter a Ján KLIMAS, 2006. Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie. *Adiktologie*. Roč. 6, č. 3, s. 367-375. ISSN 1213-3841.

HALAMA, Peter a Ján KLIMAS, 2006. Nápomocné a blokujúce faktory u resocializujúcich sa. *Čistý deň*. Roč. 4, č. 1, s. 30-31. ISSN 1336-4243.

KUBIČKA, Luděk a Ladislav CSÉMY, 1998. Validita české verze EuropASI. *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Roč. 33, č. 5, s. 307-315. ISSN 0862-0350.

RADIMECKÝ, Josef, 2006. Očekávání pracovníků terapeutických komunit vs. proces změny chování klientů. *Adiktologie*. Roč. 6, č. 1, s. 43-53. ISSN 1213-3841.

ŠEFRÁNEK, Martin, 2008. Evaluace výsledků léčby v pěti terapeutických komunitách pro drogově závislé: analýza vybraných vstupních dat z roku 2007. *Adiktologie*. Roč. 8, č. 4, s. 321-335. ISSN 1213-3841.

### **Elektronické zdroje:**

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Mapa pomoci. Drogy-info.cz [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Glosář pojmů. Drogy-info.cz [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-04-02]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/)

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Postoje české společnosti k drogám. Drogy-info.cz [online]. © 2003-2006 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/vyzkum/postoje\\_ceske\\_spolecnosti\\_k\\_drogam](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/vyzkum/postoje_ceske_spolecnosti_k_drogam)

Uživatelů drog v Česku výrazně přibylo. Na prevenci se ale šetří. *Hospodářské noviny* [online]. © 1996-2012 [cit. 2012-03-29]. ISSN 1213-7693. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/cesko/c1-48049420-uzivatelu-drog-v-cesku-vyrazne-pribylo-na-prevenci-se-ale-setri>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. World Health Organization © 2008, 10. revize, aktualizovaná 2. verze k 1.1.2012 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

**Interní materiály:**

Projekt VEGA č. 1/0221/11

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

A	Abstinence
AA	Anonymní alkoholici
KLUS	Klub lidí usilující o střízlivost
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NU	Nitrožilní užívání
TK	Terapeutická komunita
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Zkušenosti klientů s drogami a abstinencí.....	46
Tab. 2. Zdravotní stav klientů .....	47
Tab. 3. Psychický stav klientů .....	48
Tab. 4. Vzdělání a finanční situace klientů.....	48
Tab. 5. Právní postavení klientů .....	49
Tab. 6. Postavení klientů v rodinných a sociálních vztazích .....	50
Tab. 7. Srovnání klientů v oblasti zdravotního stavu.....	52
Tab. 8. Srovnání klientů v oblasti psychického stavu .....	52
Tab. 9. Srovnání klientů v oblasti rodinných a sociálních vztahů .....	53
Tab. 10. Hodnoty v jednotlivých oblastech.....	54
Tab. 11. Porovnání hodnot u klientů, kteří v léčbě zůstali a kteří vypadli .....	54
Tab. 12. Hodnoty v jednotlivých oblastech.....	55



## SEZNAM PŘÍLOH

P I EuropASI

P II CMRS

# PŘÍLOHA P I: EUROP ASI

## EuropASI<sup>\*</sup>

Tento formulár slúži k záznamu rozhovoru EuropASI. Vyšetrenie metódou EuropASI vedie k popisu problémov klienta s návykovým problémom v siedmich oblastiach a k vyhodnoteniu závažnosti problémov. Rozhovor má uľahčiť rozvrhnutie plánu liečby a inej pomoci závislým. Vyšetrenie je možné len po preštudovaní príručky s pokynmi a po zaškolení. V žiadnom prípade nevyplňuje formulár klient (pacient) sám.

### INŠTRUKCIE

Vyplňte každé záznamové pole. Môžete použiť tieto kódy:

X - klient otázku nezodpovedal

N - otázka je nepoužiteľná

Pri jednej položke sa môže použiť len jeden z kódov X, N.

### HODNOTENIE ZÁVAŽNOSTI

Hodnotením závažnosti vyšetrujúci vyjadruje do akej miery klient v danej oblasti potrebuje liečbu alebo inú pomoc. Škály majú rozpätie od 0 (nie je potrebná žiadna intervencia) do 9 (je nevyhnutná intervencia v situácii životného ohrozenia). Každé hodnotenie sa zakladá na histórii problémov, na súčasnom stave klienta a na jeho subjektívnom hodnotení potreby pomoci. K správne použitiu hodnotiacich škál je nutné preštudovať príslušný oddiel Pokynov.

### HODNOTIACA STUPNICA PRE ADMINISTRÁTORA

(intervenciou sa myslí liečba či iná pomoc)

- |       |   |
|-------|---|
| 0 - 1 | Žiadny skutočný problém, nie je potrebná žiadna intervencia |
| 2 - 3 | Mierny problém, intervencia pravdepodobne nie je nutná      |
| 4 - 5 | Stredne závažný problém, nejaká intervencia je na mieste    |
| 6 - 7 | Značne závažný problém, intervencia je nutná                |
| 8 - 9 | Extrémne závažný problém, intervencia je absolútne nutná    |

### KLIENTOVA POSUZOVACÍ STUPNICE

Použitím tejto stupnice klient vyjadruje do akej miery mu vadili problémy v príslušnej oblasti a ako naliehavá je pre neho v príslušnej oblasti potreba pomoci či liečby. Klient dostane stupnicu do ruky na zvláštnom lístku.

- |   |                  |
|---|------------------|
| 0 | Vôbec nie        |
| 1 | Trochu           |
| 2 | Dost'            |
| 3 | Značne           |
| 4 | Mimoriadne silno |

---

\* Európska adaptácia 5. edície ASI (McLellan, 1992), ktorej autormi sú A. Kokkeviová, C. Hartgersová, P. Blanken, E. M. Fahrner, G. Pozzi, E. Tempesta a A. Uchtenhagen. Preklad z českej verzie, ktorú pripravili L. Kubička a L. Csémy v rámci riešenia grantu IGA MZ ČR 3705-3. Expertné konzultácie poskytli MUDr. Pavel Baudiš, CSc., PhDr. Magdaléna Frouzová, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. a prim. MUDr. Petr Popov.

## ZÁKLADNÉ ÚDAJE

## VÝSLEDKY INÝCH VYŠETRENÍ

### A. KLIENT

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### B. TYP ZARIADENIA

- 1 - Ambulantná detoxifikácia  
 2 - Lôžková detoxifikácia  
 3 - Ambulantná substitučná liečba  
 4 - Ambulantná bezdrogová  
 5 - Lôžková bezdrogová  
 6 - Denný stacionár  
 7 - Psychiatrické lôžkové  
 8 - Nepsychiatrické nemocničné  
 9 - Iné, a to \_\_\_\_\_  
 0 - Žiadna intervencia

### C. DÁTUM PRIJATIA

d d m m r r

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### D. ROZHOVOR DŇA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

hod min

### E. II OD

\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### F. II DO

\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### G. DRUH ROZHOVORU

- 1 - Pri prijme  
 2 - Opakovaný  
 (Koľký? \_\_\_\_\_)

### H. ZPÔSOB KONTAKTU

- 1 - Osobný  
 2 - Telefónom

### I. POHLAVIE

- 1 - Mužské  
 2 - Ženské

### J. KÓD ADMINISTRÁTORA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### K. PREČO NEVYŠETRENÝ(Á):

- 1 - Prerušil(a) rozhovor  
 2 - Odmietol(a) rozhovor  
 3 - Neschopný(á) odpovedať

### 1. SÚČASNÉ BYDLISKO

- 1 - Veľké mesto (>100.000)  
 2 - Stredne veľká obec (10-100.000)  
 3 - Malá obec (dedina) (<10.000)

### 2. KÓD OBCE (PŠČ)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### II 3. Ako dlho bývate na tomto mieste?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
 roky mesiace

### II 4. Patrí byt, kde bývate, Vám či Vašej rodine?

- 0 - Nie  
 1 - Áno

### 5. VEK

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 6. ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ

9

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8

### 7. KRAJINA NARODENIA

7

Klienta \_\_\_\_\_

Otca \_\_\_\_\_

Matky \_\_\_\_\_

6

5

### 8. Bol(a) ste posledných

30 dní niekde umiestnený(á)?

- 0 - Nie  
 1 - Áno

4

3

2

Kódujte (0 či 1) tiež položky a až f.

a. Väzenie, cela zadržania

b. Liečba pre alkohol/drogy

c. Somatická liečba

d. Psychiatrická liečba

e. Len detoxifikácia

f. Iné: \_\_\_\_\_

1

0

P

R

O

B

L

É

M

Y

É

É

## PROFIL ZÁVAŽNOSTI

P Z P A D P R P  
 R D R L R R O S  
 O R A K O Á D. Y  
 B A C O G V C  
 L V O H Y N S H.  
 É O V O E O  
 M T N L C.  
 Y N É  
 É

### Poznámky:

## ZDRAVOTNÝ STAV

1. Koľkokrát v živote ste bol(a)  v nemocnici pre telesné ochorenie? (Zahrňte predávkovanie a delírium tremens, nie detoxifikáciu.)
2. Ako je to dlho, čo ste bol(a) naposledy v nemocnici pre telesné problémy?  roky  mesiace
3. Máte nejaké trvalé zdravotné problémy, ktoré Vám komplikujú život?
- 0 - Nie  
1 - Áno (Popíšte):.....  
.....  
.....
4. Mal(a) ste niekedy infekčnú žltáčku?
- 0 - Nie  
1 - Áno  
2 - Nevie  
3 - Odmieta povedať
5. Robili Vám niekedy testy na HIV (AIDS)?
- 0 - Nie  
1 - Áno  
2 - Nevie  
3 - Odmieta povedať
6. Ak áno, pred koľkými mesiacmi?   
(Prípadne) Pred koľkými dňami?
7. Aký bol výsledok posledného testu?
- 0 - HIV negatívny  
1 - HIV pozitívny  
2 - Nevie  
3 - Odmieta povedať
8. Užívate pravidelne na predpis nejaké lieky pre telesné problémy?
- 0 - Nie  
1 - Áno
9. Máte invalidný dôchodok z dôvodu telesného ochorenia? (Nezapočítavajte invalidní dôchodok pre duševné ochorenie.)
- 0 - Nie  
1 - Áno
10. Liečil Vás v posledných troch mesiacoch nejaký lekár pre telesné problémy?
- 0 - Nie  
1 - Áno
11. Koľko dní ste mal(a) za posledných 30 dní telesné zdravotní problémy?

PRI OTÁZKACH 12 A 13 POŽIADAJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÚ POSUZOVACIU STUPNICU.

12. Ako veľmi Vás telesné  zdravotné problémy trápili v posledných 30 dňoch?

13. Ako veľmi je pre Vás dôležité,  aby ste mal(a) riadnu liečbu svojich telesných zdravotných problémov?

ZÁVAŽNOSŤ PODĽA POSUDZOVATEĽA  
(Vid' Pokyny. Hodnoťte kódmi 0 až 9 podľa stupnice pre posudzovateľa!)

14. Ako hodnotíte klientovu  potrebu liečby telesných problémov?

POSÚDENIE VIEROHODNOSTI

Sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:

15. Vedomou či nevedomou  snahou klienta?  
0 - Nie  
1 - Áno

16. Zlým porozumením  zo strany klienta?  
0 - Nie  
1 - Áno

Poznámky

## PRÁCA/ZDROJ OBŽIVY

1. Počet rokov školskej dochádzky (vrátane VŠ) v rokoch
2. Počet rokov VŠ vzdelania
3. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie   
 Popíšte \_\_\_\_\_  
 1 - ZŠ  
 2 - SOU  
 3 - SOU s maturitou  
 4 - SŠ s maturitou  
 5 - VŠ diplom
4. Máte platný vodičský preukaz?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
5. Ako dlho trvalo Vaše najdlhšie pravidelné zamestnanie? (Vid' definíciu v Pokynoch.)   
 roky mesiace
6. Ako dlho trvalo Vaše najdlhšie obdobie nezamestnanosti?   
 roky mesiace
7. Obvyklé (nebo posledné) zamestnanie   
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Popíšte podrobne.)
8. Obvyklá forma pracovného zaradenia v posledných 3 rokoch   
 1 - Plný úväzok  
 2 - Čiastočný úväzok (pravidelné hodiny)  
 3 - Čiastočný úväzok (nepravid. hodiny)  
 4 - Študent  
 5 - Vojenská služba  
 6 - Dôchodok/prac. neschopnosť  
 7 - Nezamestnaný(á)  
 8 - Niekde umiestnený(a)  
 9 - Žena v domácnosti
9. Koľko dní ste pracoval(a) za posledných 30 dní? (Nepočítajte prostitúciu a predaj drog.)   
 Získaval(a) ste za posledných 30 dní pre svoju obživu peniaze z nasledujúcich zdrojov?
10. Zo zamestnania?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
11. Dávka v nezamestnanosti?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
12. Od nejakej charitatívnej organizácie?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
13. Nemocenské dávky alebo dôchodok?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
14. Od partnera(ky), rodiny alebo priateľov (tj. peniaze pre Vašu osobnú potrebu)?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
15. Z ilegálnej činnosti?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
16. Z prostitúcie?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
17. Z iných zdrojov?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
18. Čo je hlavným zdrojom Vašej obživy? (Zapište jeden z vyššie uvedených kódov 10-17.)
19. Máte dlhy?   
 0 - Nie   
 1 - Áno, a to \_\_\_\_\_ €
20. Koľko ľudí je od Vás závislých čo sa týka výživy, bývania apod.?
21. Počas posledných 30 dní, koľko bolo dní, keď ste mal(a) problémy so zamestnaním či s nezamestnanosťou?
22. Ako veľmi Vás trápili problémy so zamestnaním za posledných 30 dní?
23. Ako veľmi je pre Vás dôležitá pomoc či rada čo sa týka zamestnania?
- ZÁVAŽNOSŤ PODĽA POSUDZOVATEĽA**  
 (0 až 9 podľa stupnice posudzovateľ'a)
24. Ako posudzujete klientovu potrebu pomoci čo sa týka zamestnania?
- POSÚDENIE VIEROHODNOSTI**  
 Sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:
25. Vedomou či nevedomou snahou klienta?   
 0 - Nie  
 1 - Áno
26. Zlým porozumením zo strany klienta?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

Poznámky

## DROGY/ALKOHOL

Zapište v Poznámkach aké konkrétne látky užíva či užíval(a)	Vek kedy prvýkrát	Celoživotne (roky)	Posledných 30 dní	*Forma aplikácie
1. Alkohol - každé množstvo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Alkohol – nadmerne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Heroín	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Metadon/LAAM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Iné opiáty/morfinové analgetika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Tlumivé lieky (anxiolytiká, barbituráty, hypnotiká)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Kokáin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Stimulanciá (pervitín)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Marihuana, hašiš	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Halucinogény (LSD)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Prchavé látky	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Iné (napr. MDMA, extáza)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Viac než jedna látka denne (položky 2-12)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Poznámka: V Pokynoch sú príklady pre každú skupinu látok \*Forma aplikácie: 1 - ústami, 2 - čuchanie, šnupanie, 3 - fajčenie, 4 - injekčne nie do žily, 5 - injekčne do žily

14. Vpichoval(a) ste si niekedy?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

14A. Vek pri prvej injekcii   
 roky  
 Všetky injekcie celoživotne   
 roky  
 Všetky injekcie za posl. 6 mesiacov   
 mes.  
 Všetky injekcie posl. 30 dní   
 dny

14B. Vpichovanie v posledných   
 6 mesiacoch  
 1 - Nikdy spoločne s druhými  
 2 - Niekedy zdieľanie striekačky  
 3 - Často zdieľanie striekačky

15. Koľkokrát ste mal alkoholové delírium tremens?   
 A koľkokrát ste sa predávkoval drogou?

### Poznámky

16. Typ zariadenia a koľkokrát mu/jej poskytlo starostlivosť *Alkohol/Drogy*  
 1-Ambulantná detoxifikácia   
 2-Lôžková detoxifikácia   
 3-Ambulantná substitučná   
 4-Ambulantná čistá   
 5-Lôžková čistá .....   
 6-Denný stacionár   
 7- Lôžková psychiatrická   
 8-Iná lôžková (nemocnica)   
 9-Iné

*Alkohol/Drogy*  
 17. Koľko mesiacov trvalo   
 najdlhšie obdobie, kedy ste po liečbe abstinoval(a)?

18. Ktorá droga je Váš hlavný problém? Kódujte 02-12 podľa zoznamu alebo: 00-bez problému; 15-Alkohol a drogy; 16-viac drog. Pýtajte sa klienta, či je vec nejasná.

19. Aké dlhé bolo posledné obdobie, kedy ste sám od seba bez liečby nebral(a) tú drogu, ktorá je Váš hlavný problém? (00-nikdy neabstinoval/a)   
 mes.  
  
 dni

20. Pred koľkými mesiacmi (dňami) toto obdobie abstinencie skončilo? (00-doteraz abstinuje)   
 mes.  
  
 dni

21. Koľko ste za posledných 30 dní asi tak utratil(a) za alkohol? €   
 a za drogy? €

22. Koľko dní ste bol(a) počas posledných 30 dní v kontakte s nejakým ambulantným centrom kvôli alkoholu či drogám? (Počítajte aj AA a NA)

23. Koľko dní ste mal(a) počas posledných 30 dní problémy s alkoholom   
 s drogami

PRI OTÁZKACH 24 A 25 POŽIADAJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÚ POSUZOVACÍU STUPNICU.

24. Ako veľmi Vás za posledných 30 dní stresovali, trápili problémy s alkoholom   
 s drogami

25. Ako veľmi je pre Vás dôležitá liečba problémov s alkoholom?   
 A čo sa týka drog?

ZÁVAŽNOSŤ PODĽA POSUDZOVATEĽA (0 až 9 podľa stupnice posudzovateľa)

26. Ako posudzujete klientovu potrebu pomoci čo sa týka problémov s alkoholom   
 s drogami   
*(Posúďte potrebu pomoci pred začatím súčasnej liečby.)*

### POSOUZENÍ VIEROHODNOSTI

sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:

27. Vedomou či nevedomou snahou klienta?   
 28. Zlým porozumením zo strany klienta?

## PRÁVNE POSTAVENIE

1. Je klient teraz prijímaný na ochrannú liečbu na základe rozhodnutia súdu?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

2. Beží Vám v súčasnej dobe podmienka po podmienenom odsúdení?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

Koľkokrát v živote ste bol(a) na súde obžalovaný/á pre

3. predaj drog?

4. krádež?

5. násilný čin (vlámanie, ublíženie na zdraví, zabitie, znásilnenie)?

6. pre iný trestný čin?

7. Koľko z týchto obžalovaní viedlo k odsúdeniu?

Koľkokrát v živote ste bol(a) na súde obžalovaný(á)

8. pre výtržnosť

9. pre kupliarstvo

10. riadenie pod vplyvom alkoholu či drog?

11. vážny dopravný priestupok?

12. Koľko mesiacov ste bol(a) počas života vo väzení či vo väzbe?   mes.

13. Ako dlho trval Váš posledný pobyt vo väzení či vo väzbe   mes.

14. Kvôli čomu to vtedy bolo?    
 (Použite kódy 03-06, 08-11. Pri viacerých trestných činoch kódujte ten najzávažnejší.)

15. Čakáte v súčasnosti súdnu obžalobu, trestné stíhanie alebo nástup na výkon trestu?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

16. Kvôli čomu?    
 (Kódujte 03-06,08-11. Pri viac činoch kódujte ten najzávažnejší.)

17. Koľko dní ste bol zadržaný(á), vo väzbe či vo väzení počas posledných 30 dní?

18. Koľko dní ste sa počas posledných 30 dní zaoberal nejakou trestnou činnosťou kvôli zisku?

PRI OTÁZKACH 19 A 20 POŽIADAJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÚ POSUZOVACIU STUPNICU.

19. Ako vážne sú podľa Vás Vaše súčasné problémy s políciou a so zákonom?

20. Ako veľmi je pre Vás teraz dôležitá pomoc či rada v záležitostiach s políciou a so súdom?

ZÁVAŽNOSŤ PODĽA POSUDZOVATEĽA (0 až 9 podľa stupnice posudzovateľa)

21. Ako posudzujete klientovu potrebu pomoci v trestno-právnych záležitostiach?

## POSÚDENIE VIEROHODNOSTI

Sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:

22. Vedomou či nevedomou snahou klienta?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

23. Zlým porozumením zo strany klienta?   
 0 - Nie  
 1 - Áno

## RODINNÁ ANAMNÉZA

Mal niekto z Vašej rodiny či príbuzenstva závažný problém s alkoholom alebo drogami, alebo nejaký psychiatrický problém? Myslím takého druhu, že to viedlo k liečbe alebo, alebo vyžadovalo liečbu?

### Z matkinej strany

	Alkohol	Drogy	Psych
Klientova matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strýko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II Iní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Z otcovej strany

	Alkohol	Drogy	Psych
Klientov otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Babka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dedko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strýko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II Iní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Súrodenci

	Alkohol	Drogy	Psych
Brat 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brať 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestra 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sestra 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II Nevlastný súrodenec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokyn: Zapište "0" do príslušnej kategórie, ak je odpoveď jasne Nie pre všetky osoby danej kategórie; "1" ak je odpoveď jasne Áno aspoň pre jednu osobu danej kategórie; "X" sa zapiše, ak je odpoveď neistá alebo "Neviem" a "N" sa zapisuje v prípade, že klient nemá žiadnu príbuznú osobu danej kategórie. Kódujte údaj o najproblémovejšom súrodencovi, ak má klient viac než dvoch bratov či viac než dve sestry.

## RODINNÉ A SOCIÁLNE VZŤAHY

1. Rodinný stav
- 1 - Ženatý/vydatá prvýkrát  
 2 - Opakovane ženatý/vydatá  
 3 - Vdovec/vdova  
 4 - Ženatý/vydatá, odlúčení  
 5 - Rozvedený/á  
 6 - Nikdy nebol/a ženatý/vydatá
2. Ako dlho trvá Váš súčasný rodinný stav?     roky mesiace  
 (U slobodných od 18 rokov)
3. Ste s touto situáciou spokojný(á)?
- 0 - Nie  
 1 - Je mu/jej to ľahostajné  
 2 - Áno
4. S kým prevažne býva  (posledné 3 roky)
- 1 - So sex. partnerom a deťmi  
 2 - Len so sex. partnerom  
 3 - Len s deťmi  
 4 - S rodičmi (rodičom)  
 5 - S príbuznými  
 6 - S priateľmi (známymi)  
 7 - Sám (sama)  
 8 - V chránenom prostredí  
 9 - Nemá stále bydlisko
5. Ako dlho už takto     bývate?     roky mesiace  
 (Od 18 rokov, ak býva s rodičmi či príbuznými.)
6. Vyhovuje Vám s kým bývate?
- 0 - Nie  
 1 - Áno
- Bývate s niekým, kto
- 0 - Nie  
 1 - Áno
- 6a. má teraz problémy s alkoholom?
- 6b. s niekým kto berie drogy?
7. S kým hlavne trávite voľný čas?
- 1 - S príbuznými bez problémov  
 2 - S príbuznými s problémami s alkoholom alebo drogami  
 3 - S priateľmi bez problémov s alkoholom alebo drogami  
 4 - S priateľmi, ktorí majú problémy s alkoholom či drogami  
 5 - Trávi voľný čas sám
8. Vyhovuje Vám s kým trávite voľný čas?
- 0 - Nie  
 1 - Je to jedno  
 2 - Áno
9. Koľko máte blízkych priateľov?
- Pokyn k otázke 9a-18: Kódujte "0", ak je odpoveď jasným Nie u všetkých osôb danej kategórie; "1" ak je odpoveď jasné Áno aspoň pre jednu osobu danej kategórie; "X" v prípade nejasej odpovede či odpovede "Neviem"; "N" ak klient nikdy nemal príslušnú osobu.
- 9a. Mal/a ste počas svojho života veľmi blízky dlhotrvajúci vzťah
- s matkou   
 s otcom   
 s bratom či sestrou   
 so sexuálnym(ou) partnerom(kou) či manželkou(om)   
 s dieťaťom   
 s priateľom (kou)
- Boli obdobia, kedy ste mal(a) vážne problémy vo vzťahu:
- 0 - Nie  
 1 - Áno
- |                                 | <i>Posl. 30 dní</i>      | <i>Celý život</i>        |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. k matke                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. k otcovi                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. bratovi (sestre)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. sex. partnerke (partnerovi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. deťom                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. iným príbuzným              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. blízkym priateľom           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. susedom                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. spolupracovníkom?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Ublížil Vám niekto z vyššie uvedených ľudí (10-18)
- 0 - Nie  
 1 - Áno
- |  | <i>Posl. 30 dní</i>      | <i>Celý život</i>        |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 18a. citovo (tým, že Vám nadával)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18c. telesne (tým, že Vás zranil)?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18d. sexuálne (vynucovanie sexuálneho styku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18e. Bol(a) ste niekedy znásilnený(a)?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
19. Koľko bolo za posledných 30 dní, kedy ste mal/a vážny konflikt
- a. s niekým z rodiny či príbuzenstva?
- b. s niekým iným?
- PRI OTÁZKACH 20 - 23 POŽIADAJTE KLIENTA, ABY POUŽIL KLIENTSKÚ POSUZOVACIU STUPNICU.
- Ako veľmi Vás za posledných 30 dní stresovali a rozčuľovali
20. problémy s rodinou či príbuznými?
21. problémy s inými ľuďmi?
- Ako dôležitá je pre Vás pomoc či rada
22. na riešenie problémov s rodinou či príbuznými?
23. a čo sa týka problémov s inými ľuďmi?
- ZÁVAŽNOSŤ PODĽA POSUDZOVATEĽA (0 až 9 podľa stupnice posudzovateľa)
24. Ako posudzujete klientovu potrebu pomoci pokiaľ ide o rodinné, príbuzenské a iné vzťahy?
- POSÚDENIE VIEROHODNOSTI
- Sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:
25. Vedomou či nevedomou snahou klienta?
- 0 - Nie  
 1 - Áno
26. Zlým porozumením zo strany klienta?
- 0 - Nie  
 1 - Áno
- Poznámky**



## PSYCHICKÝ STAV

1. Koľkokrát ste sa liečil(a) pre psychiatrické (duševné) problémy?

- a. Lôžkovo    
b. Ambulantne

2. Máte invalidný dôchodok kvôli psychickej poruche?

- 0 - Nie  
1 - Áno

Mal ste niekedy obdobie, myslím také, že to nebolo následkom alkoholu či drog, keď ste mal (Vid' definíciu v Pokynoch.)

- 0 - Nie  
1 - Áno

*Posl. 30 dní Celý život*

3. vážnu depresiu?

4. závažné stavy úzkosti?

5. stavy, pri ste niečo chápal(a), nesústredil(a) ste sa, nepamätal(a) si?

6. halucinácie (hlasy)?

7. neschopnosť ovládať sa?

8. mal predpísané psychiatrické lieky?

9. myšlienky na sebevraždu?

10. pokus o sebevraždu?

10a. Koľkokrát ste sa pokúsil(a) o sebevraždu?

11. Koľko bolo za posledných 30 dní, kedy ste mal(a) nejaké psychické problémy?

PRI OTÁZKAH 12 A 13 POŽIADAJTE KLIENTA, ABY POUZIL KLIENTSKÚ POSUZOVACIU STUPNICU.

12. Ako veľmi Vás posledných 30 dní obťažovali psychické problémy, o ktorých sme hovorili?

13. Ako veľmi je pre Vás dôležité liečiť sa pre tieto psychické problémy?

NASLEDUJÚCE POLOŽKY VYPLNÍ POSUDZOVATEĽ

- 0 - Nie  
1 - Áno

14. Zreteľne depresívny(a), stiahnutý(á) do seba

15. Zreteľne hostilný(á)

16 Zreteľne úzkostný(á), v tenzii

17. Sťažný kontakt s realitou, poruchy myslenia, paranoidné myšlienky

18. Obtiažne chápe, nesústreď sa, nepamätá si

19. Sebevražedné myšlienky

ZÁVAŽNOST PODĽA POSUDZOVATEĽA

(0 až 9 podľa stupnice pre posudzovateľ'a)

20. Ako posudzujete klientovu potrebu psychiatrickej/psychologickej starostlivosti?

POSÚDENIE VIEROHODNOSTI

Sú informácie na tejto strane podstatne skreslené:

21. Vedomou či nevedomou snahou klienta   
0 - Nie  
1 - Áno

22. Zlým porozumením zo strany klienta?   
0 - Nie  
1 - Áno

**Poznámky**

## PŘÍLOHA P II: CMRS

### CENTRUM PRE VÝSKUM TERAPEUTICKEJ KOMUNITY (CTCR)

#### CMRS Prijímacia verzia

ČÍSLO KLIENTA:

POHLAVIE:           1=Muž                           2=Žena

VEK:

PRIMÁRNA PSYCHOAKTÍVNA LÁTKA:

1= kokain   5= alkohol  
2= crack   6= rôzne drogy  
3= opiáty   7 = amfetamíny, metamfetamíny  
4= marihuana                                   8= iné: .....

DÁTUM:.....

To ako sa cítite má významný vplyv na priebeh liečby. Pocity, ktoré prežívate sú spojené s okolnosťami, problémami vo vašom živote, vnímaním seba samého/samej a tiež vnímaním samotnej liečby. Pozorne pouvažujte nad každým z uvedených tvrdení a určite do akej miery vyjadrujú Vaše myšlienky a pocity.

Zakrúžkujte číslo, ktoré najlepšie vyjadruje Vašu odpoveď.

1 silne nesúhlasím	2 nesúhlasím	3 ani súhlas, ani nesúhlas	4 súhlasím	5 silne súhlasím	9 nedá sa posúdiť
--------------------------	-----------------	----------------------------------	---------------	------------------------	-------------------------

1. Som si istý/á, že by som šiel/a do väzenia, ak by som sa nezačal/a liečiť.           1 2 3 4 5 9
2. Určite bych se nezačal/a léčit, kdyby mi nehrozilo trestní stíhání nebo vězení.  
(Původní verze: Určite by som sa začal/a liečiť, aj bez toho, že by mi hrozilo trestné stíhanie a uväznenie.)           1 2 3 4 5 9
3. Som presvedčený/á, že by mi moja rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žiť spolu s nimi (doma), ak by som nezačal/a liečbu.           1 2 3 4 5 9
4. Jsem přesvědčený/á o tom, že mí příbuzní, přítel nebo přítelkyně se nebudou pokoušet, aby jsem léčbu ukončil/a po pár měsících.  
(Původní verze: Som presvedčený/á o tom, že moji príbuzní/priateľ alebo

- priateľka sa budú pokúšať, aby som liečbu ukončil/a po pár mesiacoch.) 1 2 3 4 5 9
5. Neobávam sa toho, že mi pokračovanie v lečbe prinesie vážne finančné problémy.  
(Původní verze: Obávam sa, že ak budem pokračovať v liečbe, budem mať vážne finančné ťažkosti.) 1 2 3 4 5 9
6. V podstate mám pocit, že mám príliš veľa problémov vonku, ktoré mi znemožnia byť na liečbe celý program (rodičia, partner/priateľ alebo priateľka, deti, strata práce, strata príjmu, ohrozené ďalšie vzdelávanie, rodinné problémy, strata domova/bývania atď.) 1 2 3 4 5 9
7. V podstate cítim, že užívanie drog/pitie alkoholu je v mojom živote veľmi vážnym problémom. 1 2 3 4 5 9
8. Často prežívam hnev na seba a nemám sa rád, za to, že som bral/a drogy/pil alkohol. 1 2 3 4 5 9
9. V poslednej dobe mám pocit, že ak sa nezmením, s mojim životom to pôjde dole vodou, všetko sa zhorší. 1 2 3 4 5 9
10. Skutočne ma mrzí, že som bral/a drogy drog a že spôsob akým som Žil/a spôsobili bolesť mnohým ľuďom. 1 2 3 4 5 9
11. Prestať brať drogy/piť alkohol je pre mňa to najdôležitejšie. 1 2 3 4 5 9
12. Veľmi tomu neverím, že sa musím liečiť, aby som prestal/a brať drogy/Piť alkohol. Myslím si, že keď budem chcieť, môžem prestať sám/sama. 1 2 3 4 5 9
13. Nastúpil/a som do programu liečby, lebo sa skutočne cítim pripravený/á zvládnuť ju a dostať sa zo závislosti. 1 2 3 4 5 9
14. Urobím všetko čo je potrebné, aby som si dal/a život do poriadku. 1 2 3 4 5 9
15. V podstate je to tak, že momentálne ani nevidím inú možnosť ako absolvovať liečenie. 1 2 3 4 5 9
16. Skutočne si myslím, že nedokážem prestať brať drogy/piť alkohol iba s pomocou priateľov, príbuzných alebo viery. Určite nejaké liečenie potrebujem. 1 2 3 4 5 9
17. Som už z drog/z pitia alkoholu naozaj veľmi vyčerpaný/á a chcem zmenu, ale neviem ako to môžem zvládnuť sám. 1 2 3 4 5 9
18. Som ochotný/á začať s liečením čo najskôr. 1 2 3 4 5 9