

# Chráněné bydlení jako prostředek resocializace drogově závislých klientů

Bc. Jana Kopřivová, DiS.

---

Diplomová práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Jana KOPŘIVOVÁ, DiS.  
Osobní číslo: H128154  
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Chráněné bydlení jako prostředek resocializace  
drogově závislých klientů

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na: - přehled drogové problematiky, zejména na chráněné bydlení jako prostředek resocializace drogově závislých klientů; - vymezení pojmu droga, drogová závislost, příčiny vzniku a stádia vývoje drogové závislosti, diagnostiku, rozdělení a účinky návykových látek, prevenci a systém léčebné a resocializační péče o drogově závislé klienty; - úlohu následné péče a chráněného bydlení a na složky programu následné péče, zejména na individuální, skupinovou a rodinnou terapii a sociální poradenství; Součástí práce bude sociologický průzkum (event. drobný sociologický výzkum) zaměřený na resocializaci drogově závislých klientů prostřednictvím následné péče a programu chráněného bydlení. Cílem bude odhalit, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokáží přizpůsobit novému prostředí, k jakým změnám dochází v průběhu terapeutického a resocializačního procesu následné péče a jakým sociálním dovednostem se klienti naučili.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

GÖHLERT, CH., KÜHN, F. Od návyku k závislosti. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2. KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. KALINA, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6. MATOUŠEK, O. A kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X. MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4. NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby. 3. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6. ROTGERS, F. a kol. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9. VYMĚTAL, J. Úvod do psychoterapie. 2., aktual. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3. Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Ivan Nedoma

Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

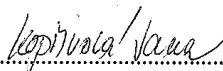
Prohlašuji, že

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

JANA KOPŘIVOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 22.3.2013



Podpis

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 nahlížení 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). Odprá-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 užít 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá sociálním začleněním drogově závislých jedinců do společnosti prostřednictvím programu následné péče. Upozorňuje na význam pobytové formy následné péče, tedy na význam chráněného bydlení a zjišťuje, jak probíhá resocializace drogově závislých klientů v průběhu doléčovacího procesu. Odhaluje, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokáží přizpůsobit novým podmínkám a prostředí, také jakým novým sociálním dovednostem, které jsou potřebné při návratu do běžného života, se naučili.

Klíčová slova:

Droga, drogová závislost, následná péče, chráněné bydlení pro drogově závislé klienty, doléčovací centrum.

## **ABSTRACT**

This thesis engaged the social integration of drug addicts into society through individuals aftercare program. Text highlights the importance of forms of residential aftercare, thus the importance of sheltered housing and figuring out the rehabilitation of drug dependent clients during the aftercare process. It reveals how the sheltered housing service users are able to adapt to new conditions and environments, and how they learned social skills that are needed to return to normal life.

Keywords:

Drug, drug addiction, aftercare, sheltered housing for drug-dependent clients, aftercare center.

Děkuji panu PhDr. Ivanu Nedomovi za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval.

Mé poděkování patří také zaměstnancům doléčovacích center Jamtana, P- Centrum, občanského sdružení Krok a Následné péče Jihlava za pomoc při zprostředkování kontaktů na respondenty. V neposlední řadě děkuji především všem sedmi uživatelům služby chráněného bydlení za jejich spolupráci a otevřenost, bez kterých by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

Dále děkuji celé rodině, která mi vytvářela oporu po celou dobu studia.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 DROGY A DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>12</b>
1.1 DEFINICE POJMŮ DROGA A DROGOVÁ ZÁVISLOST .....	12
1.2 ROZDĚLENÍ A ÚČINKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	15
1.3 SYNDROM DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	19
1.4 PŘÍČINY VZNIKU DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	20
1.5 STÁDIA VÝVOJE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI A DŮSLEDKY ZPŮSOBENÉ UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	23
1.6 DIAGNOSTIKA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI .....	26
1.7 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	29
<b>2 NÁSLEDNÁ PÉČE</b> .....	<b>34</b>
2.1 POJEM RESOCIALIZACE.....	34
2.2 SYSTÉM LÉČEBNÉ A RESOCIALIZAČNÍ PÉČE PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ .....	35
2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE, DOLÉČOVACÍ PROGRAMY.....	38
2.4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ .....	40
2.5 HLAVNÍ SLOŽKY PROGRAMU NÁSLEDNÉ PÉČE .....	41
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>
<b>3 REALIZACE VÝZKUMU</b> .....	<b>45</b>
3.1 METODOLOGIE .....	45
3.2 CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A JEJICH OPERACIONALIZACE .....	46
3.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	47
3.4 POPIS MÍSTA VÝZKUMU .....	48
3.5 PRŮBĚH VÝZKUMU A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	50
<b>4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	<b>52</b>
4.1 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE A PŘÍMÉ POZOROVÁNÍ RESPONDENTŮ .....	52
4.1.1 Respondent č. 1 .....	52
4.1.2 Respondent č. 2 .....	54
4.1.3 Respondent č. 3 .....	56
4.1.4 Respondent č. 4 .....	58
4.1.5 Respondent č. 5 .....	60
4.1.6 Respondent č. 6 .....	62
4.1.7 Respondent č. 7 .....	64
4.2 ANALÝZA ANAMNESTICKÝCH ÚDAJŮ A PŘÍMÉHO POZOROVÁNÍ RESPONDENTŮ .....	66
4.2.1 Analýza osobní anamnézy respondentů .....	66
4.2.2 Analýza rodinné anamnézy respondentů .....	67
4.2.3 Analýza toxikologické anamnézy respondentů.....	69
4.2.4 Výsledek přímého pozorování .....	71
4.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY Č. 1 .....	72
4.3.1 Vztah k ostatním klientům .....	72
4.3.2 Vztah k personálu.....	74

4.3.3	Pravidla v chráněném bydlení .....	75
4.3.4	Prostředí chráněného bydlení .....	76
4.3.5	Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 1 .....	77
4.4	ANALÝZA A INTERPRETACE DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY Č. 2 .....	78
4.4.1	Sociální vztahy .....	79
4.4.2	Zaměstnání .....	82
4.4.3	Volnočasové aktivity .....	84
4.4.4	Zdraví .....	85
4.4.5	Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 2 .....	86
4.5	ANALÝZA A INTERPRETACE DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY Č. 3 .....	88
4.5.1	Umění jednat s lidmi .....	88
4.5.2	Sebepoznávání .....	89
4.5.3	Finanční hospodaření .....	90
4.5.4	Jednání na úřadech .....	90
4.5.5	Vlastní bydlení .....	91
4.5.6	Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 3 .....	92
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>94</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>97</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE.....</b>		<b>101</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>103</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>104</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>105</b>



## ÚVOD

Drogy, které mají na svědomí tisíce lidských životů po celém světě, je možno nazvat novodobou metlou lidstva. V celém světě nabylo jejich zneužívání nevídaných rozměrů v globálním měřítku. Neexistuje stát, který by nebyl problémem s omamnými a psychotropními látkami zasažen. Setkávají se s nimi nejen dospělí či mladiství, ale i děti. Věk dětských spotřebitelů se stále snižuje.

Dnes má užívání drog na svědomí současný konzumní způsob života naší společnosti a důvody jsou různé, ať jde o neschopnost řešení náročných problémů, nedostatek citů, sebekázně jednotlivců nebo o módu (tzv. „být in“). Někteří lidé si tak také představují svobodu a demokracii. Dalšími důvody zůstává vliv sociálního prostředí, pocit osamělosti, u některých nuda, citová nevyrovnanost či zvědavost.

Jen některým jedincům se podaří vymanit se z ničivého vlivu drog. Jsou odkázáni na náročnou a dlouhodobou léčbu, jejíž výsledek nelze předvídat. Proto se tato diplomová práce bude zabývat resocializací drogově závislých klientů prostřednictvím programu následné péče. Terapeutický program této následné péče slouží jako podpora klientů v období mezi ukončením léčby a integrací do společnosti. Cílem programu následné péče a chráněného bydlení je tedy sociální znovuzачlenění jedinců do normálního života. A právě pro tuto závažnost výše uvedené problematiky jsem zvolila pro moji diplomovou práci toto důležité a pozornosti hodné téma.

Hlavním cílem mé diplomové práce bude zjistit, jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím následné péče a programu chráněného bydlení. Pokuším se odhalit, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokáží přizpůsobit novým podmínkám a prostředí a k jakým změnám dochází v průběhu terapeutického a resocializačního procesu následné péče. Mým záměrem bude též prozkoumat, jakým sociálním dovednostem, které jsou potřebné při návratu do běžného života, se klienti naučili.

Teoretická část se bude zabývat drogovou problematikou, zejména potom programem následné péče. Na základě dostupné literatury vysvětlím některé pojmy jako droga, drogová závislost a syndrom závislosti, popíši příčiny vzniku drogové závislosti, její stádia vývoje a diagnostiku. Pozornost budu také věnovat rozdělení a účinkům návykových látek, též důsledkům, které tyto psychoaktivní látky způsobují. Prevence, jako nejdůležitější nástroj boje proti drogové závislosti, bude první kapitolu uzavírat.

Další úsek teoretické části se bude zaměřovat na charakteristiku následné péče, cíle a poslání doléčovacího programu, na formy tohoto programu, především na formu pobytovou. Samostatná kapitola bude pojednávat o terapeutických programech následné péče, z nichž popíše hlavně individuální, skupinovou a rodinnou terapii a socioterapii. Využiji obsahovou analýzu dostupných materiálů a literatury.

Praktická část bude věnovat pozornost realizaci kvalitativního výzkumu. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru s klienty chráněného bydlení se budu snažit dojít k naplnění stanovených cílů mé diplomové práce.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

# 1 DROGY A DROGOVÁ ZÁVISLOST

V následující kapitole vysvětlím pojmy jako droga, drogová závislost a syndrom závislosti, popíši příčiny vzniku drogové závislosti, její stádia vývoje a diagnostiku. Pozornost budu také věnovat rozdělení a účinkům návykových látek, též důsledkům, které tyto psychoaktivní látky způsobují. Prevence, jako nejdůležitější nástroj boje proti drogové závislosti, bude první kapitolu uzavírat.

## 1.1 Definice pojmů droga a drogová závislost

**Droga** – Pojem droga pochází z francouzského slova „drogue“, které obecně označuje sušené, tedy živočišné nebo rostlinné suroviny, používané v lékařství. U tohoto pojmu však došlo ke změně významu. Jednak se jím označují léčivé rostliny, jednak také psychoaktivní přirozené, polosyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti (Göhlert, Kühn, 2001, s. 18). V odborné terminologii jsou od roku 1971 drogy označovány jako omamné a psychotropní látky (OPL). Termín droga, který označuje omamnou, nebo psychotropní látku vznikl nesprávným překladem anglického termínu „drugs“ = léky všeho druhu, léčiva. Synonymum pro výraz droga je též psychoaktivní, psychotropní, návyková nebo omamná látka. Pojem droga se hovorově používá především pro drogy nelegální.

*„Droga je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí. V pojetí závislosti se jedná o látku schopnou navodit změnu vědomí, nebo ji nějak kvalitativně nebo kvantitativně změnit“* (Tkáč, 2008, s. 10). Je to tedy látka, která působí na centrální nervovou soustavu a způsobuje změnu chování, vnímání a vědomí. Mnoho lidí proto propadne touze pomocí drogy zažít neobvyklé stavy vědomí. Užívají stimulanty, aby se udrželi v bdělosti a dobré náladě nebo pomocí sedativ tlumí svoji úzkost a deprese a vyhýbají se tak nepříjemnostem v běžném životě.

**Drogu** můžeme definovat **dvěma hlavními znaky**:

**Jedná se o látku, která má psychotropní efekt**, tj. ovlivňuje nebo mění naše vnímání a prožívání reality a má tedy výrazný účinek na lidskou psychiku. Změna se nejčastěji týká emočního (citového) prožívání a bývá obvykle příjemná (euforie), ale nemusí to být pravidlem.

Druhým znakem nezbytným pro to, abychom nějakou látku mohli označit jako drogu, **je schopnost vyvolat závislost**. Tzv. závislostní potenciál může být větší či menší, ale je

charakteristický pro každou látku. Některé vyvolávají závislost relativně snadno, například heroin, u jiných látek se závislost vyskytuje spíše výjimečně, např. kanabinoidy či LSD (<http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/co-jsou-drogy1.html>).

**Drogová závislost** – Koncept drogové závislosti má mnoho definic od různých autorů, které jsou si velmi podobné a navzájem se doplňují.

Světová zdravotnická organizace (SZO, anglicky World Health Organisation, WHO) v roce 1969 doporučila používat pouze termín drogová závislost a popisuje ji jako *„psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu“* ([http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)). Tento termín nahrazuje dříve užívaná označení narkomanie a toxikománie.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10, ICD – 10) syndrom závislosti (statistický kód F1x.2, na místo x se doplňuje návyková látka) představuje *„skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“* (Nešpor, 2007, s. 14).

Z výše uvedené definice jasně vyplývá, že drogová závislost je onemocnění a spadá mezi chronická onemocnění CNS. Podle MKN – 10 je závislost řazena mezi poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99), konkrétně potom pod poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19). Tento oddíl diagnóz F10 – F19 obsahuje široký okruh nemocí, které mají společného jmenovatele. Tím je užívání psychoaktivních substancí. Číselné označení 10 – 19 označuje příslušnou návykovou látku. Podrobný přehled jednotlivých druhů závislostí a jejich kódů uvádím v Příloze č. 1. Poslední znakový kód, který se doplňuje za desetinnou tečku, označuje klinický stav (viz Příloha P1).

Závislost je také charakteristická naléhavou touhou po účincích drogy, kterou člověk užívá i přesto, že ví, že si v budoucnu způsobí řadu nepříjemných problémů. Lidé se k ní nejčastěji dostanou pouhým experimentováním a příležitostným užitím drogy, které postupem času přechází v pravidelné užívání (Hajný, 2001, s. 14).

Göhlert a Kühn k problematice závislosti uvádí: „*Závislost je 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*“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 20).

Závislost je dle mnoha autorů nejčastěji dělena na **psychickou a fyzickou závislost**, nebo-li na **psychickou a fyzickou složku závislosti**:

**Psychická závislost** – spočívá v neodolatelném nutkání a touze po droze a jejích účincích, proto drogově závislý člověk návykovou látku užívá znovu a znovu. V případě psychické závislosti se jedná o závislost na konkrétních psychických fenoménech, které daná substance vyvolává. Nejvíce je oceňována euforie (radostná, blažená nálada), apatie vůči náročným životním situacím, sebevědomé vystupování a navazování nových vztahů, společný zájem s vrstevníky či prožitek halucinací (Vašina, 2010, s. 167). Zjednodušeně řečeno je to závislost na některých okolnostech, se kterými je užívání drogy spojeno (určité prostředí, společnost, doba, rituál spojený s užitím, atd.). V pojetí klinické psychiatrie psychická závislost přetrvává po celý život, je proto velmi obtížné ji překonat. Zpravidla to trvá několik měsíců i let a bývá příčinou recidiv (návratu k užívání návykové látky). Psychická závislost nastává vždy jako první a často přechází v závislost fyzickou.

**Fyzická (tělesná, somatická) závislost** – vzniká častým a dlouhodobějším užíváním drog. „*Somatická složka závislosti nutí uživatele dodržovat mezi jednotlivými užitími drogy určitý časový odstup, aby nedošlo k rozvoji odvykacího stavu*“ (kol. autorů Sananim, 2007, s. 20). Fyzická závislost tedy představuje stav, kdy se tělo bez návykové látky neobejde a při vysazení reaguje abstinenčními příznaky. Organismus si zvykne na dodávání návykové látky, zahrne ji do své látkové výměny a po určité době může fungovat již jen s drogou. Tělesnou závislost lze pomocí lékařské péče v detoxifikačních centrech překonat v poměrně krátké době (během dvou až čtyř týdnů).

Hajný doplňuje, že „*závislost na účincích drogy je provázena i sociální závislostí*“ (Hajný, 2001, s. 14). Především závislostí na skupině lidí, ve které je droga užívána a izolací od jiných, kteří by mohli dotyčnému pomoci. Jiní autoři používají např. označení **závislost společenská či rituální**.

Kalina naopak zastává názor, že „*od dělení závislostí na psychickou a fyzickou se v poslední době ustupuje, závislost bývá nyní označována většinou prostě jako závislost bez rozlišení*“ (Kalina, 2003a, s. 99).

Novotný uvádí, že závislost můžeme rozlišovat na dva typy (Novotný, 2009, s. 43):

**Substanční závislost** – je závislost na látce samotné – droze (alkohol, nikotin, halucinogen, káva, aj.). Její princip je založený na potřebě organismu tuto drogu dostávat.

**Procesuální závislost** – představuje závislost na určitém druhu činnosti (hazardní hry, workoholismus – závislost na práci, apod.)

**Sekundární závislost** – závislost vznikla v důsledku jiného onemocnění, např. jiné duševní poruchy.

**Monotoxikomanie** – závislost na jedné droze, např. závislost na alkoholu.

**Polytoxikomanie** – závislost na více drogách. Ta je u většiny toxikomanů častá, protože používají více substancí zároveň (alkohol, nikotin, heroin, kokain, aj.).

**Návyk** – nezbytně nutné je rozlišení mezi návykem a drogovou závislostí. Bernhard von Treeck říká, že „*návyk začíná tam, kde jsme se vzdali původních životních perspektiv a kde droga nabývá na významu a nekontrolovatelným způsobem zaujímá prostor v prožitcích člověka a utváření jeho dne*“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 11). Návyk může být definován jako sklon k určité činnosti, která je vytvořena učením, zkušeností a opakováním.

## 1.2 Rozdělení a účinky návykových látek

Tolerovanou součástí našeho života se staly tzv. **legální drogy**. Jedná se o alkohol, od piva, vína až k destilátům. Mezi legální drogy patří též káva, čaj, tabák či nejrůznější léky. **Nelegální (ilegální) drogy** jsou v naší společnosti zakázány zákonem, je zakázána jejich výroba i distribuce (např. marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze, aj.). Göhlert a Kühn podotýkají: „*Rozlišování na legální a ilegální substance je výlučně politické a nikoli lékařské*“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 19). Můžeme říci, že toto dělení znamená určitý postoj společnosti vůči omamným látkám, legální drogy jsou společností akceptovány, ale nesmíme opomenout, že na ně může vzniknout stejná závislost, jako na drogy ilegální.

Různé drogy jsou spojeny s různou mírou efektu a rizik. Podle rizika závislosti se drogy dělí na **drogy měkké** a **tvrdé**, resp. **lehké** a **těžké**. Tento způsob dělení

je nepřesný, ale u nás běžně rozšířený. Příkladem měkkých drog jsou káva, tabákové výrobky, produkty konopí (marihuana, hašiš), extáze či mírně užívaný alkohol. Někdy se těmto drogám také říká drogy s akceptovatelným rizikem, protože u nich nehrozí tak velké nebezpečí závislosti. U tvrdých drog je riziko vzniku závislosti značně vysoké, jsou tedy neakceptovatelným rizikem (např. heroin, pervitin, kokain). Řadí se sem i nadužívání alkoholu. V mnoha případech je ale zařazení substance do měkkých či tvrdých drog sporné ([http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/rozdeleni-drog1.html?section\\_id=71](http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/rozdeleni-drog1.html?section_id=71)).

Podle působení drogy na lidský organismus rozlišujeme návykové látky na **budivé** – stimulancia, např. amfetaminy, kokain, kofein, **tlumivé** – jako jsou alkohol, či opioidy a **halucinogenní** – např. kanabinoidy, LSD (Tkáč, 2008, s. 21).

Způsob aplikace drog může být kouřením, čicháním (tzv. sniffing), ústy (per orálně) či injekčně (intravenózně).

Drogy dělíme podle jejich složení do několika skupin:

**Opioidy** – **opiáty** – skupina těchto látek je odvozena od opia – zaschlé šťávy nezralých makovic. Jako opiáty označujeme potom látky, které mají chemickou strukturu jako morfin (hlavní alkaloid opia) a jsou vysoce návykové, vzniká na ně fyzická i psychická závislost. Opiáty se používají na tlumení bolesti (analgetika-anodyna) nebo jako léky proti kašli (antitusika). Mají tlumivý, uklidňující někdy také euforizující efekt. Řadíme mezi ně látky přírodní, jako jsou **opium**, **morfin**, **kodein** a látky syntetické jako **heroin** (diacetylmorfin), **braun** (derivát kodeinu s účinky heroínu) či **buprenofin** (Subutex), **methadon** a **mediperin**, které se používají k substituční a detoxifikační léčbě závislých na opioidech, ale jsou často zneužívány a aplikovány místo heroínu (Sananim, 2007, s. 168-170, Vašina, 2010, s. 171).

**Stimulancia** – jsou budivé látky, které mají povzbuzující účinek na centrální nervový systém. Odstraňují únavu, dodávají pocit tělesné i duševní energie, snižují potřebu spánku, zlepšují náladu a vyvolávají vzrušující, euforické stavy, zvyšují výkon a aktivitu, zlepšují myšlení a snižují chuť k jídlu, mají tedy anorektický účinek. Po odeznění účinku drogy se dostavuje tzv. „dojezd“, který se projevuje vyčerpáním, nadměrnou potřebou spánku a konzumací jídla. Stimulancia nevyvolávají somatickou závislost, ale především psychickou, která se projevuje silnou touhou po další dávce. Riziko vzniku závislosti na těchto látkách je velice vysoké (Minařík in Kalina, 2003a). Z rostlinných drog sem patří



**betel** (arekolin) – základem drogy jsou listy pepře betelového a plody palmy arekové, **kat** (celastrin, katin) – poupata a mladé listy katy jedlé a **kawa-kawa** – nápoj z pepře opojného. Ze syntetických látek jsou to **amfetamin (benzedrin)** a **metamfetamin (pervitin)**, dále sem řadíme **kokain (crack)**, **extázi** (MDMA, tzv. taneční droga) a také legální stimulanty káva a čaj (účinná látka **kofein**).

**Halucinogeny** – vyvolávají změněné stavy vědomí, halucinace a ovlivňují uživatelské myšlení a prožívání reality. Zvyšují intenzitu prostorového vnímání a vnímání barev a zajišťují dobrou náladu. Dříve se pro ně používaly názvy jako delirogeny, psychotomimetika, fantastika, psychedelika, aj. Většinou nevyvolávají somatickou ani psychickou závislost, ale hrubě zasahují do lidské psychiky, což může vést k trvalému duševnímu poškození. Při užívání těchto drog velmi závisí na aktuálním duševním stavu (tzv. „set“) a na okolnostech (tzv. „setting“), které by měly být pro jedince příjemné. Špatné naladění totiž může vést k tzv. „bad tripu“, nebo-li nepříznivě probíhající intoxikaci. Ta se vyznačuje tím, že konzument pocítuje strach, úzkost, deprese, paranoidní stavy a může být až agresivní. Tento stav se může vracet nebo dlouhodobě přetrvávat („flashback“), i když už jedinec tyto drogy neužívá. Mezi nejčastěji užívané halucinogeny patří **meskalin** (z mexického kaktusu Peyotl), **durman**, **rulík zlomocný**, **psylocybin** (obsažen v Lysohlávkách), **bufetenin** (ropuší jed), nejznámější **LSD** (diethylamid kyseliny lysergové) a **PCP** (phencyclidin, „tzv. andělský prach“), **Ketamin** (lék určený k celkové anestezii) a další (Sananim, 2007, s. 157-161, Vašina, 2010, s. 172).

**Kanabinoidy** – označují psychoaktivní látky, pocházející z indického konopí Cannabis sativa (konopí seté) a jeho produktů. Konopné drogy patří mezi substance s halucinogenním účinkem. Způsobují změny ve vnímání času a prostoru, poruchy krátkodobé paměti, zrakové, sluchové či hmatové iluze, vyvolávají příjemnou náladu, uvolnění, blaženost, euforickou náladu, bezdůvodný smích, zvýšenou chuť k jídlu, ale také úzkost, apatii, panické a depresivní stavy (bad trip). Průběh intoxikace totiž závisí na celkovém naladění jedince (setting). Kanabinoidy mají také analgetické (protibolestivé), antiemetické (tlumící nevolnost a zvracení), antikonvulzivní (protikřečové) či hypotenzivní (snižující krevní tlak) účinky (Tkáč, 2008, s. 43). Mají tedy široké uplatnění v medicíně. Představitelé této skupiny drog jsou **marihuana** (směs sušených listů a květů – tzv. palic) a **hašiš** (konopná pryskyřice). Závislost na těchto drogách vzniká spíše psychická.

**Těkavé látky** – označované také jako prchavé látky, inhalační drogy nebo dříve jako solvencia představují velké riziko zejména z důvodu snadné dostupnosti a nízké ceny. Jedná se o organická rozpouštědla, ředidla, barvy, laky, lepidla, aj. Mají narkotický, tedy tlumivý účinek a vyznačují se tím, že rychle způsobují pocit euforie, poruchy vnímání, iluze, barevné halucinace, pocit nepřemožitelnosti, otupěné vědomí, atd. Postupně se však objevuje emoční labilita (střídání úzkosti a agrese), psychomotorický neklid, ztráta vědomí až kóma. Intoxikace těmito látkami připomíná opilost, ale účinek odeznívá velmi rychle. Tyto látky vyvolávají silnou psychickou závislost, somatická závislost nebývá obvyklá a již během prvního inhalování může dojít ke smrtelnému předávkování. Nejběžnější zástupci jsou **toluen** a **aceton** (k ředění barev), **perchloretylen** (technické odmašťovadlo), **chemopren** (lepidlo), **styrofix** (modelářské lepidlo), **éter**, **chloroform**, **trichloretylen** (látky používané v lékařství k narkózám), **benzín**, **rajský plyn** (např. v nafukovacích balónkách), **butanový plyn** (v zapalovačích), aerosolové směsi ze sprejů či v současnosti populární „**poppers**“, což jsou různé akryl nitrity (čistící prostředky na kůži či hlavy videorekordérů, osvěžovače vzduchu) a mnoho dalších (Sananim, 2007, s. 150-153).

**Psychofarmaka** – jsou další širokou skupinou látek, která je často zneužívána a vyvolává jak psychickou, tak fyzickou závislost. Patří sem benzodiazepiny a barbituráty. **Benzodiazepiny** mají anxiolytický, sedativní, hypnotický, antiepileptický či myorelaxační (snižující svalové napětí) účinek. Zneužívány bývají především lékové skupiny **anxiolytika** – léky odstraňující patologický strach, úzkost a psychické napětí (benzodiazepinová anxiolytika – Diazepam, Oxazepam, Neurol, Lexaurin, Rivotril, Rudotel, Valium, Defobin, atd.), **sedativa** – léky na uklidnění (např. Bellaspon) a **hypnotika** – léky proti nespavosti jako např. benzodiazepinová hypnotika – Rohypnol, Nitrazepam, či Dormicum, ale také Hypnogen, Stilnox, Zopiclon, aj. (<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Benzodiazepiny>). **Barbituráty** jsou léky také s hypnotickým, sedativním, antiepileptickým účinkem a dnes je to již málo používaná skupina léků, protože byly objeveny nové, bezpečnější. Přesto se s nimi můžeme setkat v některých složených preparátech (Spasmoveralgin) nebo se používají v neurologii jako antiepileptika (Sananim, 2007, s. 145-149).

### 1.3 Syndrom drogové závislosti

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je pro stanovení diagnózy závislosti potřeba, aby byly v posledních 12 měsících přítomny alespoň tři z následujících příznaků (Nešpor, 2000, s. 14):

**Silná touha a pocit puzení užívat látku** – Tento pocit nazýváme **craving**, nebo-li bažení, dychtění. V literatuře se velmi často objevuje dělení na tělesné bažení (vzniká při odeznívání účinku drogy nebo těsně po něm) a psychické bažení (vyskytuje se i po delší abstinenci). Objektivními příznaky cravingu jsou nejčastěji oslabení paměti, zhoršený postřeh či zvýšení systolického krevního tlaku. Subjektivními symptomy bývají silná touha po návykové látce, vzpomínky na pocit pod vlivem drogy, úzkost, únava, zhoršené vnímání, neklid, podrážděnost, svíravý pocit na hrudi a žaludku, bušení srdce, bolest hlavy, pocení, třes, aj. Bažení může zvýšit riziko recidivy, ovšem může i naopak vést k větší opatrnosti a vyhnout se tak situacím, které bažení vyvolávaly.

**Potíže v sebeovládání při užívání látky** a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky – Tento znak závislosti velmi souvisí s předchozím, protože bažení zhoršuje sebeovládání. Zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látky představuje hlavně neúměrný odhad množství používané látky, takže roste riziko předávkování.

**Tělesný odvykací stav** nastává při vysazení nebo snížení dávky drogy. Dojde k porušení rovnováhy v těle, která byla nastavena na přítomnost psychotropní látky a dochází k abstinčním příznakům. Ty se u jednotlivých druhů látek liší a mnoho příznaků má přesně opačný efekt, než byl původně účinek návykové látky. Mezi nejčastější odvykací symptomy patří strach, úzkost, podrážděnost, deprese, poruchy spánku, zmatenost, halucinace, bolest hlavy, třes, zvýšená chuť k jídlu, křeče, průjem, pocení, bušení srdce, atd.

**Průkaz tolerance k účinku látky** – Při opakovaném užívání drogy klesá její účinek, proto je potřeba zvyšovat dávky k dosažení potřebného efektu. Tedy stejně vysoké dávky mají po delším užívání nižší účinek, tolerance na drogu stoupá. Toleranci snižují některé psychologické vlivy (např. neznámé prostředí), klesá také po předchozí abstinenci, vlivem některých onemocnění (např. jater) a léků. Je velmi důležité, aby tyto případy poklesu tolerance uživatelé znali a nevystavovali se tak nebezpečí předávkování.

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

účinku – Nic není tak důležité jako droga. Veškeré zájmy, zaměstnání, škola, rodina, přátelé jdou stranou. Jediným cílem je získat návykovou látku a to jakýmkoliv způsobem.

**Pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků** – Člověk si je naprosto vědom všech negativních somatických, psychických a sociálních důsledků, které psychoaktivní látky způsobují, přesto pokračuje v jejich užívání. Podrobně se s těmito důsledky seznámíme v kapitole 1.5. Aby byl tento znak závislosti diagnosticky platný, musí jedinec pokračovat v návykovém chování i přes upozornění lékaře (např. uživatel má poškozená játra, je lékařem seznámen se svým zdravotním stavem, přesto drogy dále užívá).

## 1.4 Příčiny vzniku drogové závislosti

Odborná literatura uvádí různé teorie příčin vzniku závislostního chování, všechny se však shodují na tom, že příčiny drogové závislosti jsou multifaktoriální. Tzn., že nelze hledat pouze jeden důvod, který vede k rozvoji závislosti, ale je to většinou komplikovaný a dlouhodobý proces, na kterém se podílejí různí činitelé:

**Droga – faktory farmakologické** – záleží na typu návykové látky, jejím chemickém složení a jejím působení na lidský organismus. Předpokladem vzniku závislosti na straně psychoaktivní látky je její návykovost.

**Člověk – faktory somatické a psychické** – závisí na osobnosti a dispozicích jedince, včetně genetických.

**Prostředí – faktory enviromentální** – místo, kultura, zvyky, tradice, zákony.

**Stimul – faktory precipitující** – tedy podnět – provokující, vyvolávající, spouštěcí činitelé (Tkáč, 2008, s. 18).

Jak jsem již výše uvedla, drogová závislost vzniká souhrou různých faktorů, které se navzájem ovlivňují a doplňují a souhrnně je též označujeme jako **bio-psycho-socio-spirituální model vzniku a vývoje závislosti** (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 91-94).

**Biologická úroveň** – Rizikovým faktorem je především konzumace návykových látek během těhotenství, kdy se plod setkává s jejich účinky ještě před narozením a stává se tak nedobrovolným narkomanem. Nejen že je ohrožen jeho vývoj, ale také se novorozenec rodí s abstinčním syndromem. Za biologické činitele považujeme též okolnosti porodu, jestliže byly použity psychotropní, tlumivé látky v době poporodního

stresu. Biologická úroveň zahrnuje především genetické dispozice. Ty způsobují, že potomci rodičů, kteří mají problém s abúzem psychoaktivních látek, mají vrozenou vyšší toleranci vůči návykovým látkám. To znamená, že dokáží snést vyšší množství omamné látky než ostatní a nemívají problémy při odeznívání jejich účinků. Tito jedinci potom vyhledávají stejně „zdatné“, tedy ty, kteří mají také vyšší toleranci a tím se „*biologický faktor (vyšší tolerance) spolu s individuální potřebou a v sociální interakci stává komplexním rizikovým faktorem*“ (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 91). Za vhodné též považují zmínit tzv. „gender faktor“, tedy rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen. Např. závislost se u žen vyvíjí rychleji a rychleji také reagují na léčbu. Rozdílný je často i důvod recidivy. Ženy se k drogám uchylují při negativních emočních prožitcích, muži spíše při pozitivních emocích, např. při společenském úspěchu (Fišerová in Kalina a kol., 2003a, s. 96).

**Psychologická úroveň** – zahrnuje osobnostní vlastnosti člověka. Lidé, kteří nedokáží zvládat závažné životní situace (nemoc, rozvod, změny ve vztazích, ztráta blízkého člověka, zaměstnání, atd.), prožívají psychické napětí, úzkost, deprese či mají nízké sebevědomí, se snaží svoje problémy řešit prostřednictvím drogy. Ta jim přináší rychlý únik z tíživého stavu. Ohroženou skupinou jsou mladiství a lidé, kteří mají zvýšenou potřebu vyhledávat nové a vzrušující zážitky, nemají dlouhodobé cíle a koníčky a drogami zahánějí nudu či stereotyp. Potencionálními uživateli se také mohou stát jedinci s poruchami osobnosti (disociální a emočně labilní), lidé trpící jinou psychickou chorobou (např. schizofrenie, deprese, úzkostné poruchy) nebo jedinci se sníženou inteligencí. Pokud nevyhledají odbornou lékařskou pomoc, mohou jako sebemedikaci použít omamnou látku. Nebezpečí vzniku závislosti je též u osob, které mají problémy v oblasti autoregulace (snížená sebekontrola, impulzivní jednání, atd.). „*Obecně platí, že jedinec, který se nedokáže ovládat, bude s větší pravděpodobností experimentovat s psychoaktivními látkami, resp. nedokáže udržet míru v pití alkoholu, a proto si snadněji vytvoří návyk*“ (Vágnerová, 2004, s. 553).

**Sociální úroveň** – Sociální faktor, který má vliv na rozvoj vzniku závislosti, představuje prostředí jedince, tedy společnost, ve které není v dnešní době problém drogu sehnat. Především městské prostředí nabízí snadnou dostupnost omamných látek a větší anonymitu. Významným faktorem je dále rodina, která nese odpovědnost za výchovu dětí, měla by správně regulovat jejich chování a představovat jim správné vzory. Je důležitým socializačním činitelem. Dysfunkční rodiny, ve kterých jsou narušené vztahy, trvalé

konflikty a napětí mezi rodiči, nemají zájem o dítě nebo se v nich vyskytují sociálně-patologické jevy (kriminalita, psychické, fyzické či sexuální zneužívání, aj.), představují rizikový činitel. Psychická deprivace (citové strádání, neuspokojení základních životních potřeb) může vést k rozvoji závislosti. Také pokud dítě vyrůstá v rodině závislých rodičů, má to negativní vliv na jeho vývoj a sociální učení. Tendence k užívání psychotropních látek může totiž vzniknout i jako nápodoba rodičovského chování. Na rozvoji vzniku závislosti se často podílí liberální výchova (nedostatek přísnosti, přílišná svoboda, např. kvůli pracovní vytíženost rodičů) nebo naopak nadměrně ochraňující a pečující výchova (dítě nezíská dostatečný kontakt s realitou). Závislost může být vyvolána též jako reakce na nějaké trauma v rodině (úmrť, rozvod, onemocnění, zneužívání, aj.). Dalšími sociálními faktory, které zvyšují sklon k užívání psychotropních látek, jsou vrstevnické skupiny, ve kterých hledají mladí nezávislost, nižší úroveň vzdělání (neúspěch ve škole, sociální znevýhodnění), riziková zaměstnání (číšníci, zdravotníci, aj.) či sociální deprivace jako je nezaměstnanost, bezdomovectví, atd. (Vágnerová, 2004, s. 569-575).

**Spirituální úroveň** – Jednou z příčin závislosti může být touha po spirituálních zážitcích nebo naopak nenaplněnost spirituálních potřeb či absence duchovní autority. Někteří lidé tak mohou hledat smysl života, poznávat svět a sami sebe prostřednictvím drog. Ty se také mohou stát součástí náboženských a kultovních rituálů a zasvěcování. Kudrle cituje Grofovou (1993), která říká, „že krize, kterou znamená závislost, je především duchovní krizí, žízň po celistvosti“ (Kudrle in Kalina a kol., 2003a, s. 93).

Důležitou součástí pro vznik a vývoj závislosti je **motivace**, která vede jedince ke zneužívání návykových látek. Nejčastěji je to motivace (Mühlpachr, 2003, s. 17):

**Interpersonální** – potřeba odstranit bariéry v mezilidských vztazích, snadno navázat nové kontakty, získat tak společný zájem a uznání vrstevníků.

**Sociální** – člověk má touhu být součástí takové subkultury, která mu poskytne systém hodnot, cílů a norem, se kterými se snadno ztotožní. Motivací je často sociální změna, která mu pomůže vyhnout se obtížným podmínkám prostředí.

**Fyzická** – zahrnuje přání fyzické pohody, uvolnění, získání energie a fyzické kondice a naopak zbavení se fyzických obtíží.

**Senzorická** – touha po celkovém posílení smyslů (povzbuzení zraku, sluchu, hmatu, chuti) či smyslově sexuální stimulace.

**Emocionální** – ústředním zájmem je odstranit psychickou bolest, špatnou náladu, úzkost a vyřešit tak osobní problémy.

**Politická** – cílem je nedodržovat společenská pravidla, normy či zákony, protestovat proti autoritám a snaha o změnu drogové politiky.

**Intelektuální** – člověk má touhu být intelektuálně jedinečný, zkoumat své vědomí a podvědomí a nepropadnout nudě.

**Kreativně estetická** – častá je např. u umělců, jejichž záměrem je pozitivně ovlivnit představitelství a vylepšit tím svoji uměleckou tvorbu.

**Filozofická** – hlavním účelem je hledání nového smyslu života a nalezení osobní identifikace.

**Antifilozofická** – vychází ze zklamání při hledání smyslu života, člověk nenašel sám sebe v učení filozofů.

**Spirituálně mystická** – motivací k abúzu drog bývá i ortodoxní víra. Droga zprostředkuje lepší komunikaci s bohem a získávání božích vizí.

**Specifická** – vede člověka k touze zažívat dobrodružství a získávat obdiv druhých.

## 1.5 Stádia vývoje drogové závislosti a důsledky způsobené užíváním návykových látek

Projevy chování jsou u různých psychoaktivních látek velmi specifické, přesto můžeme vysledovat společné znaky užívání drog. Drogová závislost se vyznačuje soustředěním myšlení na návykovou látku, trvalou a neutišitelnou touhou po ní, ztrátou kontroly nad svým jednáním, chybějícím předvídáním negativních následků pro zdraví a sociální situaci. Literatura uvádí velký výčet dělení závislostí na stádia či na fáze, jak závislost asi postupuje. Je to však velmi individuální a u každého uživatele může průběh vypadat trochu jinak. Následující stádia závislosti uvádí autoři Göhlert a Kühn v knize od Návyku k závislosti (Göhlert, Kühn, 2001, s. 45-49):

**Počáteční euforické stádium** – Začíná občasným experimentováním, je to tedy stádium, ve kterém se s návykovou látkou volně nakládá (lehký přístup). Účinek je v této fázi zpravidla jen pozitivní, jedinec se zbavuje úzkosti, prožívá uvolnění a omámení. Často si návykové látky nekupuje přímo, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty. Užívá nepravidelně jen menší množství drogy, zejména na večírcích nebo při jiných společenských a oddechových příležitostech. Vlivem účinku drogy se u něho projevuje

vzrůstající pocit sebehodnocení a cítí se schopnějším. Důvodem konzumace mohou být především zátěžové životní situace. Po užití drogy má jedinec dojem, že se mu podařilo jeho problémy potlačit. V tomto období se člověk navenek neliší od svých kamarádů a známých, kteří psychoaktivní látku neberou, stále je schopen plnit běžné role a má stejné zájmy. Toto stádium je také někdy nazýváno iniciální, počáteční (Heller, 1996, s. 16) či fáze experimentování a občasného užívání (Vágnerová, 2004, s. 562).

**Kritické stádium navykání drog** – Druhé stádium drogové závislosti bývá označováno jako kritické stádium navykání, stádium prodromální, varovné (Heller, 1996, s. 16) či fáze pravidelného užívání (Vágnerová, 2004, s. 562). Účinek drogy ustupuje, zvyšuje se tolerance, nutností se stává větší množství návykové látky a její častější konzum. K tomu se přidávají kombinace různých druhů látek, alkoholických nápojů či medikamentů. V této fázi dochází k prvnímu a nenapravitelnému poškození orgánů, jako je poškození mozku, projevují se poruchy pozornosti a paměti. Dostaví se první konflikty ve škole, v zaměstnání a v rodině. Uživatel je často přistižen, že nechodí do školy či do práce. Mívá finanční problémy, proto sahá do peněženek nejbližších, z domova odnáší cennosti, provádí drobné krádeže nebo začíná obchodovat s drogami. Jedinec si nedovede představit, že by se obešel bez drogy, ale popírá riziko negativních účinků psychotropních látek. Myslí si, že má vše pod kontrolou. Jeho zájmy však směřují stále více k opatření drogy a vyhledává přátele, kteří je také konzumují. V této etapě se postižení často poprvé setkávají se zařízeními pro pomoc toxikomanům, protože nejsou schopni plnit své každodenní povinnosti.

**Kritické stádium drogové závislosti** (krucální – rozhodné; fáze návykového užívání, atd.) – Dochází v něm ke značnému zvyšování dávek, tolerance stále roste. Nastává ztráta kontroly nad užíváním psychotropních látek a abstinencí, což znamená, že se s konzumem drog již nedá skoncovat bez odborné léčby. V této fázi se aplikace různých druhů drog často úplně promíchá, někdy však člověk zůstává u určitých druhů drog kvůli jejich účinkům (např. stimulancia, sedativa). V době abstinence, kdy droga přestává působit a další dávka není k dispozici, zažívají závislí pekelná muka. Projevují se u nich psychické i tělesné abstinenci symptomy (podrážděnost, náládovost, agresivita, nevolnost, atp.). Nic pro ně není důležité tak jako droga, neboť tělo bez ní nemůže být. Závislý se už nesnaží návykový problém skrývat, ale buduje si „racionalizační systém“, tedy systém zdůvodnění, jimž svému okolí i sobě vysvětluje a omlouvá užívání omamných látek (Heller, 1996, s. 17). U drogových uživatelů dochází k osobnostním změnám, jsou



narušené jejich vztahy s rodinou a přáteli, je u nich výrazně snížena pracovní schopnost a dochází o zaměstnání, dopouštějí se často kriminality, vyskytují se zdravotní problémy. Kvůli pocitům viny nebo pod nátlakem okolí se pokouší s užíváním přestat, většinou ale neúspěšně.

**Chronické stádium rozkladu** (stádium terminální, konečné) – V tomto stádiu dochází k velkému úbytku snášenlivosti drogy, drogová tolerance klesá. Objevují se postupující procesy tělesného rozkladu, jako cirhóza jater, žaludeční vředy, poškození centrálního nervového systému i periferního nervového systému. Zároveň se projevuje i duševní rozpad osobnosti, tzv. deprivace syndrom osobnosti. To znamená, že postižený ztrácí svoji celkovou podobu člověka, kterým byl dříve. Nastává změna v celé struktuře osobnosti, v chování, v sociálním začlenění, v celé životní orientaci, nemocní se už nemohou vyznat ve svém okolí, potřebují ke všemu cizí pomoc. Protože nejsou schopni se finančně zaopatřit, končí jako bezdomovci. Těžká tělesná onemocnění a duševní rozklad bez včasné odborné léčby končí předčasnou smrtí.

**Důsledky způsobené užíváním návykových látek** – vznikají díky užívání drog a jsou velmi závažné. Představují riziko jednak pro uživatele samotné, zároveň ale také ohrožují ostatní populaci. Negativní dopady se zpravidla objevují až od druhého vývojového stádia a jsou následující:

**Psychické následky** – Dlouhodobé užívání drog vede ke vzniku tzv. organického psychosyndromu, který představuje psychické změny, které jsou vyvolány poškozením mozku. Dochází ke změnám kognitivních (poznávacích) funkcí. Zhoršuje se úroveň koncentrace pozornosti, paměti a myšlení, závislý přestává být schopen řešit problémy, plánovat, organizovat, ztrácí náhled a reálný úsudek, často je u něho narušená orientace v okolním prostředí a komunikační dovednosti. Celkovým úbytkem kognitivních funkcí může dojít až k demenci. Změny jsou patrné též v emočním prožívání. Častá je emoční labilita, vztahovačné až paranoidní ladění, úzkostná či depresivní nálada. Vlivem užívání omamných látek je pozměněna i hierarchie hodnot, upadají původní zájmy, koníčky, péče o sebe, své blízké, svoji profesi, vše se točí jen kolem drogy. Nápadné jsou i změny v chování, které může být mnohdy nepřátelské až agresivní (Vágnerová, 2004, s. 563-564).

**Tělesné důsledky** – znamenají pro uživatele vážné a mnohdy nezvratné poškození jeho zdravotního stavu. Rozsah somatických komplikací vždy závisí na druhu psychoaktivní látky, jejím způsobu aplikace, velikosti dávky a frekvenci užívání. Závislý

je ohrožen například intoxikací (otravou), toxickou psychózou (psychotická porucha podobající se schizofrenii) a řadou nemocí. U injekčních uživatelů dochází k mechanickému poškození cévního systému. Opakované vpichy do těla a nesterilní pomůcky způsobují různé infekce, jako je horečka a celková schvácenost, povrchové záněty žil, povrchové hnisavé procesy, abscesy (hnisavý zánět tkání) či nekrózu (odumření tkáně), sepsi (otrava krve), trombózy aj. Zasažen je také dýchací systém, bývá poškozena nosní sliznice jako důsledek šňupání (sniffing), poleptány plíce např. při inhalaci organických rozpouštědel, uživatelé mívají větší sklon k zápalům plic a častá jsou i rozsáhlá akutní nebo chronická poškození plic. Drogy dále nenapravitelně devastují játra, ledviny, slinivku, zažívací trakt (poruchy výživy, anorexie, úbytek váhy), srdce (hypertenze, infarkt myokardu, arytmie), ale také centrální nervovou soustavu (především mozek). Výrazné nebezpečí představují nesterilní pomůcky k intravenózní aplikaci drogy, špatné hygienické podmínky a častá promiskuita, protože drogově závislý tak může být nakažen různými pohlavně přenosnými chorobami, hepatitidou či virem HIV/AIDS. Užívání drog je též spojeno s častějšími pracovními úrazy, dopravními nehodami a otravami (Minařík, Hobstová in Kalina, 2003a, 223-231).

**Sociální dopady** – Osobnost závislého jedince celkově chátrá, přestává pečovat o svůj zevnějšek, upadají jeho sociální návyky a neplní základní sociální požadavky. Člověk není schopen soustavné docházky do zaměstnání či do školy, klesá jeho pracovní výkon, ztrácí motivaci, zanedbává pracovní povinnosti, je nespolehlivý a tak ztrácí nejen své povolání, ale také rodinu, přátele a domov. Kvůli finančním potížím se uchyluje k trestné činnosti a často se stává bezdomovcem. Jedinci se uzavírají do sebe a ztrácí zájem o své okolí a veškeré dění. Tento proces vede k celkové sociální izolaci a vyloučení ze společnosti, tedy k sociální exkluzi. Jejich zpětné začleňování do společnosti je potom velmi náročným a dlouhodobým procesem (Vágnerová, 2004, s. 569-575).

## 1.6 Diagnostika drogové závislosti

**Diagnostika**, nebo-li proces stanovování diagnózy, je velmi důležitá pro určení správné diagnózy, která potom usnadní rozhodnutí o další léčbě. Tím tedy můžeme pozitivně ovlivnit prognózu sledovaného jedince. Je to vlastně poznávací proces zaměřený na osobu nebo skupinu, při kterém se využívají diagnostické metody a zahrnuje sběr dat, jejich popis a interpretaci. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání jedince v rovině

biologické, psychologické i sociální. Mezi nejčastější diagnostické metody patří diagnostický rozhovor, psychologická diagnostika a toxikologické vyšetření:

**Diagnostický rozhovor a posilování motivace** – Diagnostický rozhovor slouží především k získávání informací o klientovi (názory, postoje, přesvědčení, zkušenosti a jeho vývoj), které velmi napomáhají správnému stanovení diagnózy.

Značně důležitá je počáteční fáze rozhovoru, tedy navázání **terapeutického vztahu**. Jde o to, aby terapeut vytvořil vhodnou atmosféru a pocit důvěry v uživateli, protože na těchto okolnostech závisí celý průběh i výsledek rozhovoru. Terapeut musí vhodně používat prvky verbální a neverbální komunikace, dodržovat zásady asertivní komunikace, umět naslouchat, otázky klást srozumitelně a být empatický. Vašina upozorňuje, že *„samozřejmostí musí být zachování tří elementárních terapeutických „T“, tedy trpělivost, tolerance a tvořivost“* (Vašina, 2010, s. 137). Terapeut by měl také upozornit, že je vázaný povinnou mlčenlivostí, což mnohé klienty uklidní. Většina z nich má tendence údaje o návykovém problému zkreslovat.

Součástí diagnostického rozhovoru je i **posilování motivace k léčbě**. Terapeut klientovi naslouchá, zajímá se o jeho plány a životní cíle, vyvolává v něm pochybnosti o vhodnosti zneužívání návykových látek, posiluje jeho sebedůvěru, vyzdvihuje schopnosti a nadání, navrhuje a oceňuje jeho pokroky v léčbě.

Jak jsem již výše uvedla, cílem diagnostického rozhovoru je též **anamnéza** (sběr dat o drogově závislém). Terapeut získává údaje přímo od klienta, velmi cenná je také anamnéza získaná z okolí, tedy informace od lidí, kteří žijí s klientem ve společné domácnosti nebo ho dobře znají. Anamnéza zahrnuje anamnézu rodinnou (výskyt návykových a duševních nemocí u rodičů, sourozenců, partnerů), osobní (užívání návykových látek v těhotenství matky, vývoj v dětství, prostředí, traumata, školní prospěch, zaměstnání, zdravotní stav, úrazy, první zkušenosti s návykovými látkami, jejich množství a druh, rozvoj trestné činnosti, aj.). Dotazy směřují také k popisu nynějšího onemocnění (problémy spojené s užíváním drog – pracovní, rodinné, tělesné, duševní, recidivy, představy klienta o léčbě, atd.) a sestavuje se tzv. objektivní nález (popisuje stav vědomí, zevnějšek, verbální a neverbální stránku komunikace klienta, sebekontrolu). Anamnestický rozhovor může probíhat jako strukturovaný diagnostický rozhovor (předem připravený) nebo klient může vyplňovat různé diagnostické dotazníky (Nešpor in Kalina a kol., 2003a, 249-251).

**Psychologická diagnostika** – předmětem je zjišťování a měření duševních vlastností, stavů a dalších psychologických charakteristik člověka, rozpoznání podstaty a příčiny rozdílů v daném okamžiku oproti minulému a odhalení individuálních zvláštností jedince. Je třeba brát v úvahu determinanty vývoje (genotyp, výchova, prostředí) a strukturu osobnosti, její vývoj a patologie. Cílem je získání psychologické diagnózy. Zahrnuje vyšetřování i metody psychologické diagnostiky, které může provádět jen odborný psycholog a skládá se z pozorování, měření, interpretace a hodnocení získaných poznatků. V psychodiagnostice se používají následující metody (Kostroňová in Kalina a kol., 2003a, s. 238):

**Klinické metody** – Mezi klinické metody řadíme pozorování, rozhovor (diagnostický, terapeutický, anamnestický, poradenský a výběrový), anamnézu (psychologická anamnéza zjišťuje údaje o vývoji osobnosti a příčinách, které se podílejí na vzniku současného stavu) a analýzu spontánních produktů (využívá toho, že osobnost se projevuje ve svých výtvorech a proto jejich analýzou lze získat i poznatky o jejich tvůrcích, analyzujeme kresbu, písmo, deníky, dopisy, dokumenty, foto, chování, hudební skladby, lidské skutky, aj.). Informace získané pomocí klinických metod mají velký význam a přináší mnoho poznatků o určité osobě, ale mají subjektivní (kvalitativní) charakter. Výsledek vždy závisí na umění psychologa a spolupráci klienta (úmyslné či neúmyslné zkreslování údajů).

**Testové metody** – měří výkon při řešení zadaného úkolu. Jsou to standardizovaná vyšetření, mající jasně stanovená pravidla, postup a způsob vyhodnocení. Charakteristikou testových metod je objektivita – každý jedinec dospěje ke stejnému výsledku (nejvíce objektivní zadání a vyhodnocení je počítačem). Dalšími požadavky jsou standardizace – přesné stanovení pravidel, administrace, skórování a interpretace výsledků, normalizace – možnost srovnání výsledků s určitou statistickou normou, reliabilita – spolehlivost testu, přesnost a stabilita měření, stálost výsledku v čase a validita – platnost testu, jeho praktická využitelnost, nakolik měří to, co měřit má (Doňková, 2009, s. 53-55). Testové metody dělíme na testy výkonové (nejznámější jsou testy inteligence, testy speciálních schopností a psychických funkcí, testy vědomostní) a osobnostní testy (projektivní, objektivní, dotazníky, posuzovací stupnice).

**Psychologický nález** – sestavuje ho psycholog a adresuje ho nejčastěji lékaři, který pacienta k vyšetření doporučil (v klinické praxi obvykle psychiatr) nebo soudu.

**Toxikologické vyšetření** – je prováděno ze vzorku biologického materiálu, nejčastěji z krve nebo moči uživatele. Odběr moči je potřeba provádět pod dohledem, aby drogově závislý nepřinesl moč cizí. Toxikologické vyšetření je možné i z vlasů (odhalí přítomnost drogy i po delším čase od jejího užití), potu nebo ze smolky novorozenců drogově závislých matek. Výsledky závisí na citlivosti daného vyšetření a na dávce užití drogy. Nešpor popisuje typické situace, kdy se toto toxikologické vyšetření provádí: Při intoxikaci neznámou látkou, u diferenciální diagnostiky nejasných psychotických nebo jiných stavů či k ověření abstinence při ambulantní nebo ústavní léčbě drogové závislosti (Nešpor in Kalina, 2003a, s. 234).

S diagnostikou velmi souvisí nově používaný termín **matching**. „*Párování potřeb a intervencí či přizpůsobení léčby pacientům (matching v mezinárodní terminologii) se stává velice populárním tématem posledních deseti let*“ (Kalina, 2003a, s. 255). Jak již sám název napovídá, jde o to, aby každému uživateli byla nalezena taková forma léčby, která bude korespondovat nejen s jeho diagnózou, ale také s jeho individuálními potřebami. Při výběru vhodného léčebného zařízení bereme ohled na psychologické charakteristiky klienta, délku trvání návykového problému, sociální situaci, trestnou činnost, motivaci k léčbě, pohlaví, věk, náboženské vyznání, tělesný stav, atd.

## 1.7 Prevence drogové závislosti

Je jisté, že nejlepší ochranou před zneužíváním návykových látek je včasná prevence, jakožto soustava opatření, která mají předcházet tomuto nežádoucímu jevu. V širším slova smyslu znamená prevence soubor opatření, která se snaží minimalizovat riziko vzniku závislosti. Prevenci drogové závislosti můžeme rozdělit do tří stupňů – primární, sekundární a terciální.

**Primární prevence** se snaží předcházet vzniku závislosti, je určena ohroženým i neohroženým skupinám, tedy všem bez rozdílu. Jejím cílem je předcházet problémům s návykovými látkami u těch, kteří ještě drogu nezačali užívat.

Primární prevenci můžeme rozdělit na **nespecifickou primární prevenci**, jejímž cílem je obecně snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoliv nežádoucích forem chování. Nespecializuje se na konkrétní cílovou skupinu, ale na celou populaci. Tato prevence

se zaměřuje především na plnohodnotné využívání volného času, zdravý životní styl a rozvoj osobnosti. Zahrnuje různé zájmové kroužky, sportovní aktivity, oddechové a relaxační činnosti, aj. Tématem sice není přímo drogová prevence, ale správné využití volného času se výrazně podílí na obranyschopnosti vůči návykovým substancím.

**Specifická primární prevence** je zaměřena na konkrétní nežádoucí chování (např. zneužívání návykových látek) a na určité cílové (rizikové) skupiny. Účelem je předcházet vzniku drogové závislosti, tedy pokusit se motivovat jedince k tomu, aby drogy vůbec nebrali nebo alespoň posunuli jejich konzumaci do vyššího věku. Specifická primární prevence se dělí podle cílových skupin, na které je zaměřena:

**Univerzální (všeobecnou) prevenci**, která je zaměřena na širší cílovou skupinu (např. školní třídu), u které zatím nebyl zjišťován rozsah problémů s užíváním drog nebo případná rizika. Nejběžnějším typem programu všeobecné prevence jsou programy realizované na školách.

**Selektivní prevenci** – ta je cílena na takovou část populace, u které lze předpokládat zvýšený výskyt rizikového chování, tedy i zvýšené riziko ke zneužívání návykových látek (děti uživatelů drog, záškoláci, pachatelé trestných činů, mládež ze sociálně ohrožených lokalit a etnických minorit, žáci hyperaktivní či s poruchami pozornosti a chování, atd.)

**Indikovanou prevenci** – jejímž záměrem je působit na jednotlivce, u nichž byl zaznamenán vyšší výskyt rizikových faktorů v oblasti chování (např. ti, kteří již vykazují známky užívání drog), problematických vztahů v rodině, ve škole nebo s vrstevníky. Tito jedinci jsou sice uživatelé omamných látek, ale nejsou u nich naplněna kritéria závislosti. Tuto prevenci můžeme nazvat též jako včasnou intervencí ([http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2006\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2006\\_01\\_cislo\\_1\\_2006](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2006_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2006_01_cislo_1_2006)).

### **Specifická primární prevence má následující formy:**

**Nejvyšší úroveň (makroprostředí)** se zaměřuje na co největší skupiny lidí a cílem je ovlivnit veřejné mínění, např. pomocí různých kampaní.

**Střední úroveň (mezoprostředí)** je konkretizována na menší lokality a skupiny (městská část, obec, žáky II. stupně základní školy, zdravotnický personál, atd.). Nejvíce se využívá mediálních kampaní, vydávání odborně naučných publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání, atd.

**Místní úroveň (mikroprostředí)** je určena konkrétním cílovým skupinám (např. žáci 9. třídy na ZŠ, studenti středních škol, aj.) a z hlediska specifické prevence drogové závislosti je nejeftektivnější. Patří sem různé **přednášky a besedy, komponované pořady** (přednášky a diskuse o drogách spojené s hudební, filmovou produkcí, setkáním se zajímavou osobností) či **peer programy** (vrstevnické programy). Základním principem peer programů je aktivní účast předem připravených a vyškolených vrstevníků. Je velká pravděpodobnost, že cílová skupina, na kterou je prevence zaměřena, se ztotožní s přednášejícími preventivního programu. Ideální věkový rozdíl mezi peer aktivisty a cílovou skupinou je jeden až dva roky. Vhodnou formou jsou především dlouhodobé a tedy i na sebe navazující programy, které působí na určité cílové skupiny několik let a přináší komplexní informovanost.

Výše uvedené programy primární prevence ve školách zabezpečuje především ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Na každé škole je proto zřízena **funkce školního metodika prevence**. Ten má na starost spolu s dalšími pedagogy **tzv. minimální preventivní program**, tedy připravuje preventivní program žákům, ale také zajišťuje pedagogům příslušné vzdělání a aktivně spolupracuje s rodinou, v případě vyskytujících se problémů. Primární prevence je adresovaná hlavně dětem a mládeži. Aby byla efektivní, musí být přiměřená jejich věkové kategorii. Musí být včasná, systematická, plánovaná, dlouhodobá, kvalitní a musí pozitivně formovat znalosti, dovednosti a postoje mladé generace.

Základy primární prevence by měly být položeny již v dětství, proto jsou nepochybně nejdůležitější právě rodiče. Pozitivní rodinná atmosféra, vhodná a přiměřená výchova, pevná a trvalá pravidla, která dodávají dítěti jistotu, příkladný rodičovský vzor, včasné diskuze o legálních i nelegálních návykových látkách, aktivní využívání volného času a výchova k samostatnému, ale odpovědnému jednání, podporují zdravý rozvoj dítěte a mohou velmi zásadně přispět k zamezení vzniku návykového chování. Můžeme říci, že pokud rodiče budou znát například příčiny vzniku drogové závislosti (viz kapitola 1.4), mohou některým rizikovým faktorům předcházet. Primární prevence se proto musí zaměřit i na osvětu rodičů. Rodiče, pedagogové a široká veřejnost jsou sekundární cílovou skupinou primární prevence.

Nevhodným způsobem prevence je pouhé poskytování informací o účincích drog, zastrahování, zakazování, přehánění následků užívání drog, moralizování či jednorázové a neprofesionální preventivní akce (Kalina, 2003b, s. 281).

Významnou roli v primární prevenci hrají nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM). Ta nabízí volnočasové aktivity dětem a mládeži, která by jinak trávila svůj volný čas nicneděláním, touláním se po ulici či v partách nebo dokonce experimentováním s omamnými látkami. Nízkoprahový přístup znamená, že tato služba je snadno dostupná všem, bez dalších požadavků či omezení a je zdarma. Poskytuje též poradenství a sociální servis.

Součástí primární prevence je také terénní sociální práce (streetwork). Terénní sociální pracovník, tzv. streetworker poskytuje poradenství přímo v terénu a to rizikovým skupinám mládeže, která je ohrožena sociálně patologickými jevy (záškoláctví, užívání drog, vandalismus, kriminalita, šikana, atd.). Streetworker často pracuje s mladými lidmi, kteří se hlásí k určité skupině (subkultuře), např. skinheads, anarchisté, skateboardisté, aj. (<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/primarni-prevence.html>).

**Sekundární prevence** znamená dle WHO předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislími. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina, 2003a, s. 17). Z této definice vyplývá, že je tedy zaměřena na drogu ohrožené skupiny. Snahou je poskytnout pomoc těm, kteří již začali návykové látky zneužívat a informovat je o účincích návykových látek, rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech léčby závislosti. Cílem je zabránit závislým dalšímu požívání omamných látek a dospět k jejich uzdravení aktivní léčbou.

Hampl k problematice sekundární prevence říká: „*Oblast sekundární prevence je nezbytnou součástí léčebné péče. U všech uživatelů drog má sekundární prevence zabránit vzniku a rozvoji závislosti a u závislých jedinců vzniku a rozvoji psychických a somatických komplikací užívání návykových látek. Nelze tedy od sebe zcela oddělit péči preventivní a léčebnou: proto mluvíme o léčebně preventivní péči*“ (Hampl in Kalina, 2003b, s. 174).

Pro uživatele návykových látek je dostupný široký systém odborné pomoci ve zdravotnických zařízeních či neziskových organizacích. Služby těchto zařízení na sebe navzájem navazují a doplňují se. Protože je velmi problematické rozdělit tato zařízení z pohledu sekundární prevence, uvedu je až v následující kapitole. Hranice mezi jednotlivými prevencemi je velmi úzká a mnohá zařízení poskytují služby, ve kterých jsou obsaženy prvky jak primární, tak sekundární nebo terciální prevence



(např. alkoholicko-toxikologické poradny mohou na vyžádání škol provádět i primární prevenci).

**Terciální prevence** se snaží zabránit recidivě závislých po absolvování léčby. Prioritou je také začlenění jedince do běžného života, pomoci mu při hledání zaměstnání, bydlení, řešení závažných životních situací, poskytování poradenské a psychologické pomoci. Dle WHO znamená „*předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů*“ (Kalina, 2003a, s. 17).

Jednou z forem terciální prevence je tzv. **harm reduction**, tedy snižování rizik či minimalizace poškození drogami u závislých jedinců, kteří omamné látky aktivně užívají a nechtějí přestat. Cílem je především zmírnění negativních důsledků, tzn. minimalizace zdravotních komplikací (přenos infekčních nemocí, šíření HIV/AIDS, komplikace při intravenózní aplikaci – např. abscesy, atd.). Též zabránění sociálnímu vyloučení uživatele. Snižování rizik je jedním z hlavních pilířů protidrogové politiky státu (viz Příloha P2). Harm reduction uplatňuje nízkoprahový přístup (dostupný všem a v jakémkoliv stavu, nevyžaduje abstinenci) a zahrnuje poradenství bezpečné aplikace drog, výměnné programy (výměna použitých jehel a stříkaček za sterilní), substituční programy (podání náhradní drogy, např. metadonu), podávání původní drogy (např. heroinu) pod lékařským dozorem, programy prevence předávkování, programy testování „tanečních drog“ (testování chemického složení drogy před jejím užitím přímo na taneční párty), ale také motivaci k léčbě a životu bez drog (Hrdina in Kalina, 2003a). Tyto služby zajišťují např. K-centra (kontaktní centra) a terciální prevenci poskytují i v rámci terénní práce, kdy terénní pracovníci provádí výměnu jehel a stříkaček a poradenství přímo mezi problémovými uživateli.

Terciální prevence zahrnuje také doléčovací centra a chráněná bydlení.

## 2 NÁSLEDNÁ PÉČE

Cílem této kapitoly bude vysvětlit pojem resocializace a popsat systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé. Zaměřovat se bude především na charakteristiku následné péče, na cíle a poslání doléčovacího programu. Také na formy tohoto programu, především na formu pobytovou, tedy chráněné bydlení pro drogově závislé klienty. Samostatná kapitola bude pojednávat o terapeutických programech následné péče, z nichž popíši hlavně individuální, skupinovou, rodinnou terapii a socioterapii.

### 2.1 Pojem resocializace

Dříve než vysvětlím pojem resocializace, považuji za důležité zmínit též pojem **socializace**. Socializací rozumíme proces postupné přeměny člověka jako biologické bytosti v bytost společenskou, tedy proces, během kterého se člověk začleňuje do společnosti. Probíhá po celý život, ve kterém se jedinec učí poznávat sám sebe a svoje prostředí a osvojuje si sociální normy, hodnoty a způsoby chování. Na socializaci jedince mají vliv různé činitele, jako genotyp (soubor vlastností, které získáváme v okamžiku početí), vrozené dispozice, vliv prostředí a především výchova. Dělíme ji na socializaci primární, která probíhá zejména v rodině a ve školských zařízeních. Sekundární socializace se uskutečňuje socializačními procesy v povolání, kultuře, ve společnosti v interakci se sociálním okolím. Pokud jedinec své jednání odchýlí od normálních sociálních norem a hodnot, hovoříme o deviantní socializaci nebo o **desocializaci** (Laca, 2011, s. 64-67).

Pojem **resocializace** označuje snahu o návrat jedince do normálního společenského života. Klienty užívající drogy provází mnoho sociálních problémů, například nízké vzdělání, nezaměstnanost, chudoba, bezdomovectví či páchaní trestné činnosti. Cílem tedy je, aby jedinec znovu přijal společensky uznávané normy a začlenil se zpět do společnosti. Institucionalizovaná podoba resocializace osob závislých na návykových látkách má řadu forem, například pracovní terapie, chráněné dílny, sociální poradenství, socioterapeutické kluby, rekvalifikační programy apod. „*Teoretické východisko resocializace najdeme v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu uzdravy je novým prvkem.*

*Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě (detoxikace-léčba-resocializace). Příslušné služby je však potřebné poskytovat jak aktivním uživatelům drog, lidem se substituční léčbou, stejně jako lidem v „abstinenčních“ programech. Terénní nebo nízkoprahová střediska dnes nabízejí řadu resocializačních aktivit“ ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/r](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r)).*

Hlavním cílem resocializace podle Soyky jsou kromě obnovení pracovní schopnosti následující: posílení sebevědomí, podpora abstinčního postoje, zpracování traumatických zážitků, zvyšování psychické odolnosti, konstrukce budoucího realistického pohledu, zlepšení individuálních a sociálních podmínek a znovuzачlenění se do společnosti (Vlastní překlad, Soyka, 1998, s. 156).

## 2.2 Systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé

Léčba ze závislosti na droze je většinou velice těžká a především dlouhodobá. V biomedicínském modelu je závislost pokládána za chronickou, nevléčitelnou, avšak léčitelnou nemoc, to znamená že, uživatel může dosáhnout trvalé abstinence a žít běžným životem. Léčit se za účelem uzdravení se nechá jen ten uživatel, který má velké psychické, tělesné a sociální problémy. Ty se však v prvních letech užívání drogy nemusí vyskytovat a proto v této době mnozí závislí léčbu odmítají. Léčba závislosti je založena na předpokladu, že uživatel chce svou situaci řešit. Motivace je pro léčení jedním z nejdůležitějších faktorů. Protože je závislost bio-psycho-sociální onemocnění, musí léčba zahrnovat kromě detoxifikace a farmakoterapie psychologický přístup a úpravu sociálního prostředí. Léčebná péče musí být vždy přizpůsobena nejen diagnóze, ale také individuálním potřebám pacienta (matching, viz kap. 1.6.). Nyní ve stručnosti popíši zařízení, která poskytují léčebnou a resocializační péči jedincům závislým na nealkoholových drogách. Bližší popis jednotlivých zařízení a jejich konkrétních služeb přesahuje zaměření diplomové práce.

**Linky telefonické pomoci**, nebo-li linky důvěry poskytují telefonickou krizovou pomoc a základní poradenství. Představují nízkoprahovou službu, která je založena na anonymitě a důvěrnosti (zachování mlčenlivosti). Usilují o stabilizaci psychického stavu uživatelů a překonání jejich aktuální krize prostřednictvím telefonického kontaktu nebo internetového poradenství. Podle toho o jaký problém se jedná, nabízí kontakt na další specializovaná pracoviště. Tyto linky mají i nepřetržitý provoz či jsou bezplatné.

**Nízkoprahová kontaktní centra** jsou založena na principech nízkoprahovosti a anonymity a jsou zaměřena na pravidelné, problémové uživatele s nízkou motivací k léčbě. Náplní jejich činnosti je např. navázání kontaktu s klientem, poradenství, krizová intervence, základní zdravotní péče (včetně testování na HIV či hepatitidy B, C), sociální práce (pomoc při hledání zaměstnání, při vyřizování administrativních věcí na úřadech, soudech, policii, atd.), potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo, atd.), vitaminový servis, motivace závislého klienta k další léčbě, práce s rodinnými příslušníky nebo programy harm reduction (snižování rizik, viz kap. 1.7). Výše uvedené služby jsou nabízeny stacionárně, tedy přímo v kontaktním centru nebo formou terénních programů (Libra in Kalina, 2003b, s. 165).

**Ambulantní léčba** je „poskytována různými zařízeními, od krizových center, přes centra poradenská až po AT poradny“ (Matoušek, 2005, s. 215). Individuální terapie probíhá dvakrát až třikrát týdně a později se sezení konají ve větších odstupech. Skupinovou terapii klient navštěvuje většinou jednou týdně. Ambulantní léčba je vhodná pro jedince s lehčí formou závislosti a vysokou motivací k uzdravě a měla by trvat alespoň tři měsíce (nejlépe 6 až 12 měsíců). Výhodou je, že postižený může vykonávat svoji práci, pokud je zaměstnán. Oproti tomu nevýhoda spočívá v tom, že zůstává v prostředí, kde může dojít do kontaktu s drogou, proto musí být silný, aby neselhal. Další služby, které ambulantní péče nabízí, jsou rodinná terapie, sociální práce, právní či pracovní poradenství, atd.

**Denní stacionáře** nabízejí intenzivní ambulantní léčbu, každý pracovní den, obvykle 40 hodin týdně, po dobu tří až šesti měsíců. Jedná se tedy o střednědobou léčbu. Hlavní podstatou je strukturovaný, léčebně-terapeutický program, který zahrnuje skupinovou (přibližně 10-20 klientů), individuální a pracovní terapii, sociální práci s klientem (pomoc při řešení existenčních problémů, administrativních záležitostí, podpora při hledání práce), klubové a volnočasové aktivity (sport, kultura), poradenství, práci s rodinou, atd. Jsou zde jasně stanovená pravidla, je nutná pravidelná docházka jako do zaměstnání, ale hlavně abstinence. Ta je kontrolována orientačními testy z moči. Denní stacionáře jsou vhodné pro uživatele se středně těžkým stupněm závislosti, kdy by ambulantní léčba byla málo intenzivní, ale zároveň ještě není nutné ústavní léčení. Předpokladem je, že klient má zajištěno bydlení a vhodné sociální zázemí, motivaci k uzdravě a jeho zdravotní stav nevyžaduje nemocniční léčení. Cílem je změna životního stylu, postoje a chování,

prevence relapsu, ale především návrat do běžného života bez návykové látky. Tato intenzivní ambulantní léčba může předcházet nebo navazovat na ústavní léčbu (Kalina, 2003b, s. 179).

**Detoxifikace** probíhá většinou stacionárně, na uzavřené detoxifikační jednotce. Instituce, které ji provádějí, jsou všeobecné nemocnice, speciální protidrogové kliniky či oddělení psychiatrických klinik. Při ohrožení vitálních funkcí se provádí na anesteziologicko-resuscitačních odděleních či jednotkách intenzivní péče. Cílem této léčebné metody je odstranit návykovou látku z organismu (snižováním dávek či medikamentózně), minimalizovat příznaky odvykacího syndromu a připravit tak klienta na odvykací léčbu a psychoterapeutickou pomoc. Trvání léčby je obvykle 1 až 3 týdny (jde o úplné odstranění drogy z těla), ale může trvat i déle.

**Psychiatrické léčebny** či specializovaná lůžková oddělení nemocnic poskytují odbornou léčebnou péči formou krátkodobé ústavní léčby, tzv. prodloužené detoxifikace, která probíhá méně než 3 měsíce (není v ČR příliš rozšířena) či střednědobé ústavní léčby, jejíž délka je obvykle 3 až 6 měsíců. Jedná se o intenzivní ústavní léčbu řízenou lékařem. Ta je vhodná pro pacienty s vysokým nebezpečím relapsu (např. neuspěli v ambulantním léčení), rizikovým sociálním prostředím, psychickými a tělesnými potížemi nebo jedince s nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Průběh ústavní léčby má čtyři fáze. V první fázi (1-3 týdny) probíhá detoxifikace, ve druhé fázi (cca 1 měsíc) se klient seznamuje s přesně strukturovaným programem a pravidly, ve třetí fázi (2-3 měsíce) následuje aktivní léčba a poslední čtvrtá fáze (přibližně 1 měsíc) je zaměřena na návrat do běžného života a následnou péči. Tato cesta zpět vyžaduje od klienta důsledné dodržování strukturovaného léčebného programu, který se opírá o prvky terapeutických komunit (Dvořáček in Kalina, 2003b, s. 195).

**Terapeutické komunity** představují intenzivní ústavní léčbu pod lékařským dozorem. Jde o rezidenční (pobytovou) léčbu, která je určena pro osoby se středním a těžkým stupněm závislosti, nemotivovaným a problémovým klientům. TK poskytují střednědobou (6-8 měsíců) nebo dlouhodobou léčbu (1 rok a více). Strukturovaný režimový program se zaměřuje především na skupinovou, individuální, pracovní a rodinnou terapii, edukační a volnočasové aktivity, aj. Cílem je kompletní změna dosavadního života, socializace osobnosti a následná integrace do běžného života.

**Centra následné péče** jsou určena klientům, kteří prošli ambulantní či rezidenční léčbou nebo jedince, kteří drogy neužívají alespoň tři měsíce. Tito klienti chtějí dále

setrvávat v abstinenci, ale potřebují k tomu ještě další podporu, která trvá zpravidla 6 až 12 měsíců. Program následné péče bude podrobně popsán v následující kapitole.

**Substituční léčba** je terapeutický postup, jehož principem je „náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně) v čisté formě a perorálně, výjimečně i jiným způsobem“ (Popov in Kalina, 2003b, s. 222). Nejpoužívanějšími látkami jsou metadon či buprenofin (Subutex). Tato léčba je určena pacientům s těžkou a dlouhodobou závislostí na látkách opiátového typu. Může být krátkodobá (rychlá detoxifikační substituce, obvyklá doba hospitalizace 1-2 týdny), střednědobá (prodloužená ambulantní nebo ústavní detoxifikace, trvající několik týdnů až měsíců) a dlouhodobá (udržovací substituce, může trvat několik měsíců až let). Výhodou je tedy podání medicínsky bezpečné a netoxické látky, zastavení zdravotních komplikací, které jsou spojené s intravenózní aplikací, zmírnění cravingu, nedochází ke zvyšování tolerance, ale hlavně není změněno vědomí a nálada klienta. Proto je tedy schopen běžného života, práce či plnění rodičovských povinností. Výrazně se podílí na snížení kriminality a přenosu infekčních chorob. Aby byla substituční léčba efektivní a zvyšovala motivaci k úplné úzdavě, musí být podpořena psychoterapií, poradenstvím, sociální prací a celkovou sociální rehabilitací.

Jako další formu pomoci drogově závislým uživatelům uvádí Matoušek **právní poradenství**. To je poskytováno uživatelům návykových látek, kteří páchají trestnou činností a mají problémy se zákonem, řeší právní problémy a potřebují právní poradenskou službu (získat informace o zákonných právech, nárocích a povinnostech) nebo zastupování v právních sporech. Právní poradna poskytuje služby také zaměstnancům zařízení pro uživatele drog (Matoušek, 2005, s. 216).

### 2.3 Následná péče, doléčovací programy

„Období bezprostředně po skončení léčby znamená velmi vysoké riziko relapsu a pacientovi je třeba v tomto období poskytovat adekvátní podporu, aby těžce dosažené výsledky léčby nebyly ztraceny“ (Gossop, 2006, s. 37). **Programy následné péče** se proto zaměřují na prevenci relapsu a zvládání praktických problémů, které je po ukončení předchozí léčby mohou v běžném životě potkat. Je důležité klienty připravit například na to, jak se vypořádat s cravingem nebo jak jednat, když dojde k opětovnému užití drogy.

Klienti na sobě dále pracují v rámci skupinové, individuální, rodinné či párové terapie. Významnou úlohu hraje také pomoc sociálního pracovníka, který je oporou při řešení sociálně právních problémů (dluhy, sociální dávky, trestní stíhání, atd.). Následná péče je poskytována formou opakovací léčby, což je opakovaný pobyt v léčebném programu, který klient předtím absolvoval (obvykle trvá 1 týden). Další formou jsou doléčovací a svépomocné skupiny, individuální pohovory v AT ordinacích (ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie) či K-centrech, chráněné bydlení (po uzavření smlouvy maximálně na 1 rok, podmínkou je zaměstnání či studium), chráněná pracovní místa a rekvalifikace (Kalina, 2001, s. 32).

Podle Hellera je doléčování důležitou součástí léčby, je pravděpodobně dokonce důležitější z hlediska dlouhodobého udržení výsledků léčby (Heller, 1996, s. 100-105). Vymezit přesně období, kdy končí léčba a začíná doléčování, není jednoznačné, ale doléčování začíná většinou v době, kdy jsou z organismu odstraněny následky vlivu psychoaktivní látky na psychické i fyzické zdraví. Po léčbě je potřeba, aby závislý zásadně změnil životní styl, aby se naučil zvládat problémy každodenního života a začlenil se zpět do společnosti. K této sociální stabilizaci klienta slouží například chráněné bydlení, které společně s doléčovacím programem umožňuje plynulý přechod mezi léčbou a integrací do společnosti, protože první rok abstinence je velmi náročný. Doléčování by však mělo pokračovat i v letech následujících, například opakovací kúry s hospitalizací nebo ambulantní formy psychoterapie a socioterapie pro udržení či obnovu motivace k abstinenci. Heller dále uvádí: „*Od šestého roku se dostává abstinující závislý do životního stylu a společenského postavení, kde již není brána jeho závislostní kariéra. Uklidní se jeho blízké i široké okolí a je znovu akceptován jako spolehlivý a bezpečný partner, který nevyžaduje zvláštní přístupy a ohledy*“ (Heller, 1996, s. 105).

**Cílovou skupinu** programu následné péče tvoří osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní či residenční (pobytovou) léčbu. Také jedinci bez předchozí léčby, kteří jsou motivováni k dlouhodobé abstinenci a chtějí pomoci při svém znovuzapojení se do společnosti. Doporučená **délka programu** je minimálně šest měsíců, ale mnoho klientů si ji prodlužuje až na jeden rok. Terapeutický program je zpravidla rozdělen do tří fází, které se od sebe liší intenzitou docházky do programu. Účelem je to, aby se frekvence terapií snížila tak, aby se klient stal zcela nezávislý. Program následné péče v doléčovacích centrech je poskytován jednak formou ambulantní, jednak formou pobytovou v chráněných bytech (Kuda in Kalina 2003b,

s. 208-211). Německý autor H. Eyferth podotýká: „*Důležité je, aby se pro terapii rozhodl závislý z vlastní vůle. Musí chtít proti drogové závislosti bojovat, vnímat sám sebe jako závislého a vzdát se původního stylu života. Musí důvěřovat sám sobě*“ (vlastní překlad, Eyferth, 1984, s. 265).

## 2.4 Chráněné bydlení

Služby programu následné péče je možné rozdělit na ambulantní strukturovaný program a chráněné bydlení (dále CHB). Terapeutického programu se klienti mohou účastnit i bez bydlení v CHB, pokud však využívají toto bydlení, musí docházet do strukturovaného programu. „*Podle Akreditačních standardů (2001) je chráněné bydlení prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování*“ (Dvořák in Kalina, 2003b, s. 215). CHB je časově omezeno zpravidla na šest měsíců, s možností prodloužení podle individuální potřeby až na jeden rok. Doléčovací program je poskytovaný bezplatně, CHB si klient hradí sám a uzavírá zatím účelem s doléčovacím centrem (dále DC) písemnou smlouvu. Součástí této smlouvy, která obsahuje práva a povinnosti uživatele CHB, jsou i osobní cíle, kterých chce klient prostřednictvím doléčovacího programu dosáhnout.

Mezi nejdůležitější **povinnosti** uživatelů CHB patří zákaz užívání nelegálních návykových látek včetně alkoholu. Zakázána je též fyzická i psychická agrese a konání či plánování trestné činnosti. Klienti se musí účastnit terapeutického programu, který odpovídá fázi programu, ve které se právě nachází. Z terapeutických aktivit se mohou řádně omluvit jen ze závažných důvodů, které posuzuje terapeutický tým. Klient si musí aktivně hledat zaměstnání a vypracovávat týdenní plány, ve kterých si stanovuje aktuální cíle. V případě relapsu je povinen tuto skutečnost nahlásit. Pravidlem jsou i namátkové kontroly moči na přítomnost návykové látky. V programu následné péče se nedoporučuje navazování partnerských vztahů. Nájemné musí klienti platit včas. Jsou povinni podílet se na úklidu společných prostor a vybavení CHB nesmí ničit. Musí se chovat ohleduplně k ostatním spolubydlícím, dodržovat noční klid a vracet se do CHB včas, zpravidla do 24 hod. Uživatelé CHB mohou návštěvy přijímat během dne, přespávání známých není možné bez souhlasu terapeutického týmu. Klienti mohou kouřit pouze na určených místech (<http://www.oskrok.cz/index.php?id=407&iq=1>).



## 2.5 Hlavní složky programu následné péče

V léčbě závislosti hraje klíčovou roli psychoterapie. Ta představuje léčbu, která klientovi umožňuje hlubší porozumění vlastnímu onemocnění a problému tak, aby se naučil vlastními silami čelit návykovému jednání. Cílem je změna v prožívání a chování, která povede k samostatnému a odpovědnému jednání. „*Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. V nejobecnější rovině lze použít známou charakteristiku, totiž že psychoterapie je vědou, ale její používání je uměním*“ (Miovský, Bartošíková in Kalina 2003b, s. 25).

Nyní uvedu, které aktivity doléčovacího programu klienti v rámci terapeutického a resocializačního procesu absolvují.

**Individuální terapie** – je zaměřena na práci s jedincem. Odehrává se prostřednictvím rozhovoru mezi terapeutem a klientem, který většinou trvá 50 až 90 minut. Velmi důležité je navázání kvalitního terapeutického vztahu (viz str. 27). Terapeut by měl vytvořit vhodnou atmosféru a pocit důvěry v jedinci, protože na těchto okolnostech závisí celý průběh i výsledek rozhovoru. Individuální terapie je jedna z léčebných metod drogové závislosti. Probíhá v rámci ambulantní i ústavní léčby. V doléčovacím programu je individuální terapie prováděna prostřednictvím individuálních konzultací s individuálním terapeutem a individuální konzultace s garantem. Garant je člen léčebného a resocializačního týmu, který má konkrétního klienta na starost. Řeší společně vzniklé problémy, poskytuje klientovi oporu, pomáhá mu při stanovování cílů, kterých by chtěl klient během doléčování dosáhnout a motivuje ho k jejich plnění (Kalina, 2001, s. 42).

**Skupinová terapie** – je metoda, která má v léčbě závislostí dominantní postavení. Využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tedy vzájemné vztahy mezi členy a terapeutem a mezi členy skupiny navzájem. Tuto skupinovou dynamiku ovlivňuje mnoho okolností. Jednou z nich jsou například skupinové normy. Ty představují soubor nepsaných pravidel, která určují, jak se mají klienti ve skupině chovat. Žádoucí je projevení emocí, svěřování se s problémy, aktivní zapojení se do rozhovorů či poskytování zpětné vazby ostatním členům. S dodržováním skupinových norem souvisí také koheze (soudržnost) skupiny. Pokud členové skupiny dodržují normy, vytvářejí přátelskou atmosféru, vzájemně se akceptují a ztotožňují se s členstvím ve skupině, soudržnost skupiny je silná. Skupinová koheze je nutnou podmínkou pro to,

aby skupinová terapie mohla být účinná. Ve vzájemných vztazích se ve skupině často objevuje tenze (napětí). Každý klient má individuální názory, postoje, požadavky a chování, proto mohou vznikat mezi členy skupiny konflikty, vzájemné antipatie, pocity zlosti či nepřátelství. Jednotliví členové se s touto tenzí vyrovnávají různě. Někteří ji potlačují, což u nich vyvolává pocity úzkosti, strachu, bezradnosti a nejistoty, jiní mohou mít tendence k agresivnímu chování. Pokud je napětí ve skupině příliš silné, může to mít velmi negativní vliv na vývoj doléčovacího procesu. Naopak pokud je hladina tenze ve skupině moc nízká, skupina je velmi soudržná a členové se v kolektivu cítí bezpečně, nejsou motivováni k samostatnosti. Klienti se stávají na skupině závislí a ta potom neplní svůj terapeutický účel. Dynamika skupiny je také ovlivňována projekcí čili minulými zkušenostmi. Tyto zkušenosti klienti promítají do nových situací a vztahů. Počet členů terapeutické skupiny se pohybuje od tří do třiceti klientů. Malá terapeutická skupina zahrnuje maximálně deset osob, střední od jedenácti do dvaceti a velká od jednadvaceti do třiceti osob. V praxi je velikost skupiny obvykle mezi osmi až dvanácti členy, což je na hranici malé až střední skupiny. Za účinné faktory skupinové terapie, které se podílí na terapeutickém a resocializačním procesu, považujeme členství ve skupině, vzájemnou emoční podporu a pomoc druhým. Klienti mají možnost sebeprojevení se (sebeexplorace) a vyjádření svých pocitů, což jim poskytuje i odreagování. Důležitým prvkem je zpětná vazba od druhých členů skupiny, která pomůže klientovi získat náhled na své vlastní chování (Kratochvíl, 2001, s. 15-32).

**Rodinná a partnerská terapie** – se v doléčovacích programech zaměřuje na nápravu rodinných a partnerských vztahů, které jsou často v důsledku užívání návykových látek klienta poškozeny. Je zcela na klientovi, zda tuto možnost využije nebo zda se o urovnání vazeb bude snažit sám. G. Gödde se ve své publikaci *Psychoanalýza a rodinná terapie* zabývá otázkou, „*zda je u rodinné terapie kladen důraz na vzájemnou interakci mezi členy rodiny nebo jen individuálnímu pojetí povahy klientova problému*“ (vlastní překlad, Gödde, 1980, s. 205). Je jisté, že rodinná terapie se musí zaměřit nejen na klienta, ale na soubor všech rodinných vztahů, které ho ovlivňují. Důležitou roli hraje terapeut, který by měl umět motivovat všechny členy rodiny k budování důvěry, pozitivní rodinné atmosféry a zlepšení komunikace.

**Socioterapie** – „*je jedním z prostředků resocializace zaměřených na (re)integraci psychicky a sociálně dezintegrováných osob do společnosti. Má široké rozpětí ve svých formách působení. Společným základem je využití pozitivního potenciálu mezilidských*

*vztahů, společně sdílené činnosti a sociálního učení, stejně jako obecné potřeby člověka jako sociálního tvora“ (Kalina, 2001, s. 101). Do socioterapie patří například cílené sociální učení, programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností, vnímavosti a náhledu na mezilidské vztahy, či socioterapeutické kluby, které vede často sociální pracovník. Každá skupinová terapie je svým dílem i socioterapií.*

**Sociální práce** – je zaměřena na pomoc při řešení praktických problémů jedince. Sociální pracovník v doléčovacích centrech pomáhá klientům při hledání zaměstnání (profesní životopis, předávání kontaktů na pracovní agentury, orientace na internetu, atd.), při úředních jednáních, žádostech o splátkové kalendáře v případě dluhů, kontaktování probační a mediační služby, předávání kontaktů na praktické lékaře a jiné specialisty a při mnoho dalších záležitostech. Sociální pracovník neřeší za klienta jeho povinnosti, pouze mu pomáhá orientovat se v problému a motivuje ho k samostatnému jednání.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 REALIZACE VÝZKUMU

V této kapitole uvedu metodologii výzkumné části této diplomové práce, charakterizují cíle výzkumu, výzkumné otázky a jejich operacionalizaci. Dále popíši výběr respondentů, zařízení, ve kterých byl výzkum proveden a přiblížím průběh výzkumu.

#### 3.1 Metodologie

Své zkoumání jsem založila na **kvalitativním druhu výzkumu**. „*Jeho podstatou je zkoumání psychických jevů a dějů. Jde spíše o nestrukturovaný popis psychických jevů nebo dějů a na něho navazující jeho všestrannou a důkladnou analýzu s cílem podat vysvětlení těchto jevů nebo dějů ve všech jejich vzájemných vztazích a souvislostech*“ (Vízdal a kol., 2009, s. 13, 14).

Než se zaměřím na vlastní šetření, uveďme si základní charakteristiky kvalitativního výzkumu, které zdůrazňuje J. Hendl v knize Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace (Hendl, 2005). Kvalitativní výzkum se provádí pomocí intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle normální, reflektují každodennost. Používají se relativně málo standardizované metody získávání dat. Typy dat zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, osobní komentáře a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí. Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci chovají. Data se induktivně analyzují (z jednotlivých faktů vyvozujeme tvrzení obecné platnosti) a interpretují (vykládají). Výzkumník se snaží pochopit aktuální dění, vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci. Kvalitativní výzkumné strategii je někdy vytýkána neobjektivnost, tedy to, že je subjektivně ovlivněna osobností výzkumníka, nezobecnitelnost, neprůhlednost či malá transparentnost. Naproti tomu ale výhodou je získání hloubkového popisu případů, v mém případě drogově závislých klientů. Proto jsem také tento druh výzkumu zvolila.

Důležité je též vědět, že kvalitativní výzkum v žádném případě neslouží k ověření platnosti nebo neplatnosti hypotéz. Slouží k vytváření, resp. k formulování hypotéz na základě zobecnění pozorovaných psychických jevů a dějů. Jeho posláním je generování hypotéz a nikoli ověřování jejich platnosti (Vízdal a kol., 2009).

Podstatou kvalitativního výzkumu je podle Švaříčka takový sběr dat, který vede k získání maximálního množství informací o zkoumaném jevu. Teprve potom může výzkumník začít pátrat v datech po pravidelnostech. Výstupem kvalitativního výzkumu je formulace nových hypotéz či teorií (Švaříček, 2007).

Základními metodami, které budu využívat pro sběr dat, budou **individuální polostrukturovaný rozhovor (semistrukturovaný interview)**, s použitím otevřených otázek a **přímé pozorování**. Pro tento účel jsem použila záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru od autora P. E. Verona (Příloha P3), publikovaný B. Lazarovou (2007, s. 48), který doplním vlastními poznámkami. Tyto metody považuji za nejvhodnější, vzhledem ke zkoumanému souboru.

### 3.2 Cíle, výzkumné otázky a jejich operacionalizace

Hlavním **cílem** mé diplomové práce bude zjistit, jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím následné péče a programu chráněného bydlení. Pokusím se odhalit, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokáží přizpůsobit novým podmínkám a prostředí a k jakým změnám dochází v průběhu terapeutického a resocializačního procesu následné péče. Mým záměrem bude též prozkoumat, jakým sociálním dovednostem, které jsou potřebné při návratu do běžného života, se klienti naučili.

Ve svém výzkumu se zaměřím tedy na následující **výzkumné otázky**:

**Hlavní výzkumná otázka (HVO):** Jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím pobytu v chráněném bydlení?

**Dílčí výzkumná otázka 1 (DVO 1):** Jak probíhala adaptace uživatele chráněného bydlení na nové prostředí a podmínky?

**Dílčí výzkumná otázka 2 (DVO2):** Jaké změny vnímají klienti během terapeutického a resocializačního programu v chráněném bydlení?

**Dílčí výzkumná otázka 3 (DVO 3) –** Jaké sociální dovednosti získávají klienti chráněného bydlení v programu následné péče?

**Operacionalizace** je převod hlavní výzkumné otázky do dílčích výzkumných otázek, ze kterých jsou následně vytvořeny konkrétní otázky, které jsou pokládány respondentům při rozhovoru. V příloze P4 je znázorněn postup operacionalizace.

### 3.3 Výběr respondentů

Výzkumný soubor byl sestaven **metodou záměrného výběru**. „*Cílem není, aby reprezentoval určitou populaci, ale určitý problém. Není tedy konstruován náhodně, ale teoreticky – záměrně jej vytváříme s ohledem na náš problém. To znamená, že se výběr případů odvozuje od toho, jak je definován náš výzkumný problém a naše výzkumné otázky*“ (Švaříček, 2007, s. 72-73). Vzhledem k tomu, že výzkumným problémem mé DP je resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím chráněného bydlení, byla stanovena následující kritéria. Prvním kritériem je diagnóza primární závislosti na nelegálních drogách, včetně kombinací se závislostí na alkoholu či hraní automatů (ne však samostatná alkoholová závislost či gamblerství). Druhým kritériem je to, aby byl respondent klientem chráněného bydlení. V chráněném bydlení musel bydlet alespoň 3 měsíce, což je poslední podmínkou, kterou museli účastníci výzkumu splňovat. Poslední kritérium bylo stanoveno s ohledem na to, aby dotazovaní byli dostatečně adaptovaní na nové prostředí a měli dostatek zkušeností s programem pobytové formy následné péče.

Potencionální účastníky jsem se svolením pracovníků oslovila osobně ve dvou doléčovacích centrech, v DC Jamtana v Brně a v P-Centru v Olomouci. Klientům jsem se v úvodu představila a vysvětlila jim důvod mé návštěvy. Stručně jsem jim představila svoji DP, její cíle a požádala jsem je o spolupráci při její tvorbě. Z DC v Brně přislíbili účast 4 respondenti, z DC v Olomouci 3 respondenti. V době mé návštěvy v DC, tedy v říjnu 2012, někteří respondenti nesplňovali kritérium počtu měsíců v CHB, proto jsem s nimi byla nadále v kontaktu prostřednictvím e-mailu. Na rozhovor jsme se domluvili až v době, kdy měli za sebou tři měsíce pobytu v CHB.

Dále jsem oslovila Občanské sdružení Krok, které se též zabývá programem následné péče. Prostřednictvím vedoucí pracovnice jsem získala informaci, že pouze jeden klient chráněného bydlení splňuje má kritéria pro výzkum. Tomuto klientovi byl za spolupráce vedoucí pracovnice předán oslovovací dopis, ve kterém byl požádán o to, aby se podílel na výzkumu. Se spoluúčastí souhlasil.

Stejným postupem jsem získala posledního respondenta. Za podpory vedoucího pracovníka Následné péče v Jihlavě mi byl zprostředkován kontakt na jediného klienta pobytové formy následné péče, který odpovídal všem stanoveným kritériím.

Účast na výzkumu byla samozřejmě dobrovolná. Díky tomu ale došlo ke snížení počtu respondentů negativním samovýběrem. „*Redukce negativním samovýběrem vzniká tehdy, když část jedinců, vybraných do vzorku, odmítla na výzkumu participovat*“ (Disman,

2002, s. 116). Výsledný výzkumný vzorek se skládá ze sedmi respondentů, pěti mužů a dvou žen. Dva respondenti i přes opakované kontaktování ztratili zájem o spolupráci.

Tabulka č. 1: Přehled účastníků výzkumu						
Respondent	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Diagnóza	DC	Počet měsíců v CHB
R1	muž	31	svobodný	závislost na pervitinu, gamblerství, alkohol	P-Centrum (Olomouc)	3 měsíce
R2	muž	30	svobodný	závislost na pervitinu, gamblerství, alkohol	P-Centrum (Olomouc)	3 měsíce
R3	muž	28	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu	P-Centrum (Olomouc)	4 měsíce
R4	žena	31	rozvedená	závislost na pervitinu	DC Jamtana (Brno)	3 měsíce
R5	žena	23	svobodná	závislost na pervitinu	DC Jamtana (Brno)	4 měsíce
R6	muž	27	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu	OS Krok (Kyjov)	3 měsíce
R7	muž	38	svobodný	závislost na pervitinu	Následná péče Jihlava	4 měsíce
Zdroj: vlastní výzkum						

### 3.4 Popis místa výzkumu

Výzkum byl realizován s respondenty v následujících zařízeních:

#### **Doléčovací centrum Jamtana**

Občanské sdružení Podané ruce působí v oblasti primární, sekundární i terciální prevence závislostí. Poskytuje protidrogové sociální služby v mnoha moravských městech.

V roce 1999 otevřelo sdružení Podané ruce Doléčovací centrum Jamtana. Služby zahrnují ambulantní terapeutický program i program chráněného bydlení. Program centra je určen pro klienty, kteří absolvovali krátkodobou, střednědobou či dlouhodobou léčbu drogové závislosti. Pokud žádnou léčbu nepodstoupili, musí doložit potvrzenou abstinenci v předchozích čtyřech měsících. Kapacita chráněného bydlení je pro dvanáct osob a maximální délka pobytu je sedm měsíců. Měsíčně klienti hradí za služby CHB částku 2400 Kč. Celkový terapeutický program je rozdělen do tří fází, každá z nich trvá průměrně dva až tři měsíce. Podle toho, ve které fázi doléčování se klienti nacházejí, se účastní různých programů. V první fázi jsou povinnými aktivitami komunita (hodnocení uplynulého týdne a plánování následujícího), skupinová a individuální terapie, arteterapie, klub (volnočasové aktivity), skupina prevence relapsu a skupina chráněného bydlení



pro uživatele této služby. V dalších fázích se program postupně rozvolňuje (<http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/dolovac-centrum-jamtana/>).

### **P-centrum**

Nezisková organizace P-centrum nabízí služby z oblasti primární prevence, péče o rodinu s dětmi, ambulantní léčby, poradenství a doléčování závislosti.

Doléčovací centrum poskytuje doléčovací program v ambulantní formě na šest nebo osm měsíců a chráněné bydlení na čtyři nebo šest měsíců. Tak jako v ostatních DC je povinnost uživatele chráněného bydlení současně navštěvovat i doléčovací program. Kapacita doléčovacího programu je 15 míst, kapacita zvýhodněného bydlení 12 míst. Cílovou skupinou jsou osoby ve věku od 18 let, se závislostí na návykových látkách, které podstoupily alespoň 3 měsíce rezidenční léčbu závislosti. Cena za ubytování v CHB je 2400 Kč měsíčně. První polovinu klienti bydlí v CHB I, na Lafayettově ulici, po polovině pobytu se stěhují do CHB II, na ulici Kateřinské. Každý byt má tři dvoulůžkové pokoje (dva pokoje mužské, jeden ženský). Povinné aktivity doléčovacího programu jsou individuální terapie, sociální práce, skupinová terapie, která zahrnuje hodnotící, dynamickou, tématickou skupinu, ranní skupinu pro nezaměstnané, kluby (volnočasové aktivity) a domovní skupinu pro ty, kteří využívají chráněné byty (<http://www.p-centrum.cz/index.php/doleovaci-centrum>).

### **Občanské sdružení Krok**

Služby občanského sdružení Krok v Kyjově zahrnují dlouhodobou rezidenční léčbu pro drogově závislé klienty prostřednictvím terapeutické komunity, agenturu pro občany (probační program a sociálně aktivizační služby), občanskou poradnu, preventivní programy, zprostředkování rekvalifikace, výkon trestu obecně prospěšné práce a program následné péče.

V následné péči mohou klienti využít strukturovaný ambulantní program v délce cca šesti měsíců a podporované bydlení též v délce šesti měsíců, u kterého je podmínkou účast na ambulantním programu. Kapacita CHB je šest míst pro muže a čtyři pro ženy. Uživatelé platí první tři měsíce 2500 Kč měsíčně, za zbývající pobyt platí 3000 Kč za měsíc. Cílovou skupinou jsou uživatelé závislí na návykových látkách či automatech, kteří absolvovali alespoň tři měsíce rezidenční léčby a chtějí pomoci při zpětném začleňování do běžného života. V programu CHB je nutné dovršení 18. roku. Terapeutický

program se skládá ze skupinové terapie, kterou tvoří skupina programu následné péče, klub abstinentů, skupiny uživatelů po relapsu (na základě potřeb), hodnotící skupiny, setkávací skupiny (např. setkání s rodiči, mužské a ženské skupiny) a provozní skupiny uživatelů CHB a individuální terapie a sociálního poradenství (<http://www.oskrok.cz/index.php?id=4&iq=1>).

### **Následná péče Jihlava**

Následná péče v Jihlavě zahrnuje jak ambulantní formu doléčovacího programu, tak i pobytovou. Pobytová forma je službou poměrně novou, fungující od března roku 2012. Oblastní charita Jihlava zřídila chráněné bydlení pro osoby závislé na návykových látkách, které má kapacitu pěti osob. Jedná se o dvoupokojový byt, s kuchyní, toaletou a koupelnou. Služba je určena mužům i ženám, starším osmnácti let, kteří absolvovali léčbu závislosti alespoň tři měsíce a jsou dále rozhodnutí abstinovat. Délka pobytu činí 4 až 6 měsíců. Pokud klient využívá pobytovou formu následné péče, musí též navštěvovat ambulantní doléčovací program. Měsíční poplatek za ubytování činí 2500 Kč. Klíčové složky programu tvoří prevence relapsu, individuální a skupinová terapie, sociální a rodinné poradenství, arteterapie a volnočasové aktivity (<http://jihlava.charita.cz/zavislosti/naslednapece/>).

## **3.5 Průběh výzkumu a zpracování získaných dat**

Rozhovory s jednotlivými respondenty byly realizovány v období od 16. listopadu 2012 do 1. února 2013. Probíhaly ve společných prostorách DC nebo přímo ve chráněném bydlení, tedy v jejich dobře známém prostředí. Na začátku rozhovoru, po vzájemném představení, byl každý klient poučen o postupu, cíli a jeho účasti na výzkumu DP. Byli informováni o diskrétnosti všech vypovězených údajů, takže nebudou uvedeny žádné jejich osobní údaje, které by vedly k odhalení nebo přiblížení osobní identity. Upozorněni byli též na možnost odmítnout odpovědi na otázky, na které by jim bylo nepříjemné odpovídat. Šest respondentů souhlasilo s nahráváním rozhovoru na diktafon, pouze u jednoho klienta byly odpovědi zaznamenávány písemně. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas s výzkumem (Příloha č. 5).

Nahrané rozhovory jsem doslovně přepsala. K výzkumným otázkám jsem vytvořila kategorie, podle kterých jsem odpovědi utřídila. Následně jsem se snažila odpovědět na dílčí výzkumné otázky.

## 4 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V následující kapitole popisují průběh polostrukturovaných rozhovorů. První část tvoří anamnestické údaje (Příloha P6), přímé pozorování a jeho vyhodnocení. Druhá pasáž obsahuje analýzu a interpretaci odpovědí na dílčí výzkumné otázky. Pro přesnější výklad respondenty přesně cituji. Citace jsou autentické, obsahují tedy i hovorové výrazy a jsou odlišeny kurzívou.

### 4.1 Anamnestické údaje a přímé pozorování respondentů

#### 4.1.1 Respondent č. 1

Pohlaví: muž

Věk: 31 let

Rodinný stav: svobodný

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu, kokainu, alkoholu, gamblerství

DC: P-centrum

Délka pobytu v CHB: 3 měsíce

#### **Osobní anamnéza:**

Respondent prodělal v dětství boreliózu, zápal plic, v 18 letech úraz kolene, který měl pravděpodobně podle něho velký význam na budoucí situaci, tedy na užívání návykových látek v pozdějším věku. Kvůli tomuto poranění přestal hrát fotbal, který hrál závodně. Jeho současný zdravotní stav je dobrý. O užívání návykových látek v těhotenství matky si není vědom, ve druhém měsíci těhotenství matka přestala kouřit.

Školní prospěch na ZŠ byl velmi dobrý, učil se na jedničky a dvojky a jeho chování bylo bezproblémové, žádné výchovné problémy neměl. Po ZŠ nastoupil na SŠ hotelovou, kterou dokončil a úspěšně završil maturitou. V současné době pracuje jako barman v jazzovém klubu.

#### **Rodinná anamnéza:**

Klient vyrůstal v úplné rodině, tedy s matkou, otcem a se dvěma mladšími bratry ve čtyřpokojovém bytě. Matka pracovala jako zdravotní sestra, otec v oblasti průmyslu. Dětství měl respondent velmi pěkné, vztahy v rodině byly vždy bezkonfliktní a rodinné klima hodnotil jako ideální. Vždy však chtěl být vůdčím typem, doma i v kolektivu měl

potřebu se prosazovat. Chtěl jít svým mladším bratrům, o které se pomáhal starat, příkladem. Výchovný styl rodičů byl velmi ochránářský, vychovávali ho s přílišnou péčí a dobromyslností a neustálou kontrolou, proti které se později začal bránit. Uvádí, že to byla až moc velká ochrana před nebezpečím, které reálně nehrozilo. Velmi těžce prosazoval vlastní názor vůči rodičům, hlavně v období puberty.

Veškerý volný čas ještě před užíváním návykových látek klient věnoval sportu, především fotbalu, kterému se věnoval závodně. Třikrát týdně chodil na tréninky, o víkendu jezdil na zápasy.

#### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami byla kolem 18. roku, tedy v období po úraze kolene, kdy najednou měl spoustu volného času. Začal experimentovat se všemi drogami, s pervitinem, kokainem, LSD, s alkoholem. Od 24 let se stal pravidelným uživatelem pervitinu. Ve spojitosti s užíváním pervitinu měl problém i s hraním automatů a alkoholem. Pervitin užíval nitrožilně.

Největším fyzickým problémem z období užíváním návykových látek je poškozený chrup. Psychické problémy v období užívání drog představovaly nejčastěji deprese.

Trestnou činnost v souvislosti s užíváním návykových látek nikdy nepáchal.

První absolvovaná léčba byla v 28 letech. Z té se vrátil domů k rodičům, ale po roce a půl došlo k recidivě a stal se opět uživatelem pervitinu. Důvodem byla nespokojenost s vlastním životem. V 31 letech podstoupil pětiměsíční léčbu v Červeném Dvoře a po ní nastoupil do P-Centra v Olomouci.

#### **Přímé pozorování:**

Rozhovor s respondentem se odehrával v místnosti, kde probíhají skupinové terapie. Během rozhovoru respondent zaujímal uvolněnou pozici vsedě, často s rukama opřenýma o opěradlo sedací soupravy. Byl upravený, optimistický, velmi komunikativní a otevřený. Na otázky odpovídal bezprostředně, k tématu a doplňoval své odpovědi rozsáhlými myšlenkami a zdůvodněními. Mluvil hlasitě, plynule a srozumitelně. Jeho gestikulace byla přirozená, při delším projevu výraznější. U některých otázek se nejprve zamyslel a následně teprve odpověděl, byla zřejmá jeho soustředěnost. Zájem dával najevo i pohybovým zrcadlením. V průběhu konverzace vystupoval s přirozeným sebevědomím a projevoval smysl pro humor.

#### 4.1.2 Respondent č. 2

Pohlaví: muž

Věk: 30 let

Rodinný stav: svobodný

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu, alkoholu, gamblerství

DC: P-centrum

Délka po bytu v CHB: 3 měsíce

##### **Osobní anamnéza:**

Respondent neprodělal žádná závažnější onemocnění či úrazy a jeho současný zdravotní stav je dobrý. Užívání návykových látek v těhotenství matky zjištěno nebylo.

Školní prospěch na ZŠ byl průměrný, po ZŠ již začal experimentovat s drogami, takže se výrazně zhoršil. Nastoupil na SOU, obor prodavač, ale výuka ho nezaujala, proto studium ukončil. Poté si vybral obor automechanik. V prvním ročníku procházel, ve druhém již dal přednost drogám a úmyslně neudělal opravné zkoušky z německého jazyka. Nejvyšší dosažené vzdělání je tedy základní. Několik měsíců během užívání návykových látek pracoval jako taxikář, v současné době pracuje na stavbě jako dělník.

##### **Rodinná anamnéza:**

Respondent vyrůstal v neúplné rodině, byl jedináček. V dětství žil jen s matkou, otce a nevlastní sourozence poznal až před rokem. Otec mu v dětství moc chyběl. Matka se mu snažila zajistit dobrou budoucnost, i s ní se tedy moc neviděl, poněvadž pracovala v Německu jako zdravotní sestra. Rodina byla finančně zajištěná, ale často se cítil osamocen. Výchovu zajišťovali prarodiče, byla ale příliš benevolentní, chyběla mu pevná ruka. Když dostal občas za něco vynadáno, nic si z toho nedělal.

Jeho velkou zálibou ještě před užíváním návykových látek byly počítačové hry, u kterých trávil hodně času. Zajímal se též o automobily, o řízení, jejich opravy, atd.

##### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami byla asi ve 14 letech. Během prázdnin začal v partě s alkoholem, pil téměř každodenně a k tomu začal brát marihuanu. Ta mu ale moc nevyhovovala a vrátil se k ní až po letech, v kombinaci s pervitinem. Užíval ji na to, aby mohl snadno usínat. V 17 letech začal brát pervitin. Nosem ho užíval asi 5 let a od té doby, co ho zkusil užít nitrožilně, u tohoto způsobu už zůstal. Intravenózní aplikaci sice přerušil výkon trestu, ale celkově trvala asi dva roky.

Největší fyzickou změnou v souvislosti s užíváním pervitinu byl rapidní úbytek váhy. Od 17 let bydlel ve squatu (v opuštěné budově bez oprávnění), tedy absolutně sociálně vyloučen. Realitu nevnímal, žil ve svém světě, nic víc ho nezajímalo. Žil zde s přítelkyní, která se živila prostitucí, ale přesto ji miloval. Drogy užívali společně. Domů k prarodičům se chodil někdy najíst a vyspat. Babička trpěla Alzheimerovou chorobou, moc si toho nepamatovala, dědovi vadilo jeho toulání. Také to, že si od něho půjčoval peníze. Matka ho omlouvala, že situace není tak závažná. Prvních pět let užívání pervitinu úspěšně tajil. Od té doby, kdy začal užívat nitrožilně, vše vyšlo najevo. V tuto chvíli mu to bylo už jedno, už mu na tom nezáleželo. Matka z toho byla zdrcená, ptala se známých, co má dělat. Nakonec ho vyhodila z domu a nepomohla mu ani tehdy, když přišel prosit o jídlo.

Peníze na drogy si opatřoval různými krádežemi, nejčastěji krádežemi autorádií. Nejzávažnějším trestným činem, kterého se dopustil, bylo spolupachatelství při loupeži na benzinové pumpě. Spoluúčast na tomto trestném činu si zpočátku ani neuvědomoval, pracoval jako taxikář a zavezl pachatele na místo činu. Z tohoto místa činu pachatele však odvezl k další benzinové pumpě, k dalšímu loupežnému přepadení. Za spoluúčast na trestném činu loupeže mu byl uložen nepodmíněný trest odnětí svobody na tři a půl roku. Ve vězení neměl potřebu omamné látky užívat, pervitin měl pouze jednou. Více než drogy mu chyběla přítelkyně a kamarádi ze squatu. Po propuštění z věznice se rozhodl abstinovat a našel si práci. Vydržel to dva nebo tři měsíce, potom se však vrátil k bývalé přítelkyni, která drogy stále brala a recidiva na sebe nenechala dlouho čekat. Přítelkyně měla v té době již dítě s jiným partnerem. O dítě však nebyla schopná se postarat, proto ho dala k adopci. Zpočátku užíval pervitin jen víkendově, potom si ho nosil i do práce, o kterou následně přišel, stejně jako o řidičský průkaz i o auto, které dostal od matky. Po několika měsících si přítelkyně opět našla jiného partnera. To byl důvod, proč se respondent rozhodl léčit.

Do první léčby nastoupil v 29 letech. V léčebně v Červeném Dvoře byl 7 měsíců a poté nastoupil do DC v Olomouci.

#### **Přímé pozorování:**

Hovor probíhal v místnosti určené ke skupinovým terapiím. Respondent mluvil rozvázným, klidným a ztišeným hlasem a zaujímal uzavřený posed na sedací soupravě. Na otázky odpovídal konkrétně a stručně, v případě nerozvinuté odpovědi byl dotazován doplňujícími otázkami. Mluvil hovorově, velmi přirozeně a se zájmem. Byl upravený, přátelský a ochotný. Během rozhovoru udržoval přiměřený oční kontakt a neprojevoval

téměř žádná výraznější gesta. Jeho projev a výraz v obličeji byl spíše vážný a velmi procítěný, především když mluvil o své minulosti.

#### 4.1.3 Respondent č. 3

Pohlaví: muž

Věk: 28 let

Rodinný stav: svobodný

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu, alkoholu

DC: P-centrum

Délka v CHB: 4 měsíce

##### **Osobní anamnéza:**

Respondent neprodělal žádná závažná onemocnění či úrazy a netrpí žádnými chronickými zdravotními problémy. Jeho současný zdravotní stav je dobrý. O užívání omamných látek během těhotenství matky neví, problém s pitím alkoholu však měla.

Školní prospěch na ZŠ i SOU byl průměrný, z chování měl vždy o jeden až dva stupně sníženou známku. Začalo to od 2. třídy zhárstvím, výchovné problémy ve škole se s ním táhly po celou školní docházku. Na ZŠ prováděl běžné klukoviny, na učilišti se kázeňské potíže stupňovaly. Sestra byla na základní škole vzornou žákyní, výborně se učila, ale trpěla kvůli respondentovým výchovným problémům, proto přestoupila na jinou ZŠ.

Klientovo nejvyšší dosažené vzdělání je SOU, obor umělecký kovář. Před užíváním návykových látek pracoval dlouhodobě v soukromé firmě, v současnosti jezdí s vysokozdvizným vozíkem ve slévárně.

##### **Rodinná anamnéza:**

Klient žil v dětství v úplné rodině, s oběma rodiči a o dva roky mladší sestrou na venkově. Když dosáhl věku 4 let, přestěhovali se rodiče do města a tam již zůstali. Finančně byli dobře zajištěni. Matka je absolventkou SŠ zemědělské, otec vystudoval SŠ elektrotechnickou, pracoval jako zabezpečovací technik u ČD.

Rodiče se velmi často hádali, poněvadž matka často pila alkohol, křik a nadávky byly na denním pořádku. Jednou je otec dokonce vyhodil z domu, což bylo pro respondenta dost traumatizující. Bylo to kvůli matčině závislosti na alkoholu, ale také proto, že ji otec podezříval z nevěry. Rodinné klima bylo vypjaté, rozepře trvaly až do jeho 18. roku. Byly stále intenzivnější a často padalo slovo rozvod. Manželství rodiče udržovali jen kvůli



dětem. Do 18 let respondent bydlel u rodičů, potom se přestěhoval k přítelkyni, která užívala drogy víkendově.

Rodiče o sourozence neprojevovali zájem, nikdy se s nimi neučili a nekontrolovali jejich školní výsledky. K běžným potřebám dětí byli lhostejní, nevěnovali pozornost jejich volnému času. Řešili jen své manželské problémy, dohled zvyšovali jen v období výchovných problémů respondenta. Volný čas před užíváním návykových látek věnoval klient atletice.

#### **Toxikologická anamnéza:**

Ve 12 letech začal respondent kouřit, doma kradl peníze na cigarety a začal chodit za školu. Své kouření dává za vinu rodičům, kteří oba kouřili. Měl k cigaretám volný přístup. Několikrát ho rodiče za kouření fyzicky potrestali, ale většinou projednávali jenom své manželské problémy. Od 13 let započalo jeho stálé toulání s kamarády po okolí. Rodiče ho vždy pustili, občas mu jen vyhrožovali domácím vězením, nepřijde-li včas. Od osmé či deváté třídy mu dovolili chodit na zábavy. Tam pil alkohol, postupně přidával marihuanu a extázi. Marihuanu si doma pěstoval. Rodiče o tom věděli, zpočátku jim to nevadilo, později dostal vynadáno a tím to považovali za vyřešené. V 17 letech poprvé zkusil pervitin v partě, od té doby si ho snažil na víkend zajišťovat. To, jak se dávky stupňovaly, si nepamatuje, zpočátku to bylo asi jednou týdně, později několikrát týdně.

Nitrožilní aplikace, kterou zahájil užívání pervitinu, respondentovi asi po půl roce začala způsobovat psychické problémy, proto přešel na šňupání. Prožíval depresivní stavy, úzkost, vyčerpání, toxické psychózy. Ztratil zájem o své původní koníčky a přátele, zajímal se pouze o drogy. Vždy byl zaměstnaný, i když užíval drogy. O práci nakonec přišel kvůli alkoholu, proto se rozhodl podstoupit léčbu.

Trestnou činností v souvislosti s užíváním návykových látek bylo opakované řízení pod vlivem alkoholu. Za maření úředního výkonu dostal nepodmíněný trest odnětí svobody na čtyři měsíce. Po polovině trestu byl propuštěn. Dále se dopustil krádeže v areálu firmy, kde pracoval. Vzniklou škodu po domluvě zaplatil díky rodině. V blízké době bude splácet rodině dluh.

První léčení proběhlo v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Bylo mu 27 let a strávil tam 3 měsíce. Dále byl 5 měsíců v TK Bílá Voda. Léčbu ukončil, protože chtěl nastoupit na uvolněné místo v DC v Olomouci.

**Přímé pozorování:**

Rozhovor s tímto respondentem se též odehrával v prostorách, které jsou určeny k terapiím. Jako jediný odmítl nahrávání na diktafon, protože by se necítil dobře, mohl by být nervózní a mohlo by to ovlivnit průběh celé konverzace. Jeho přání bylo respektováno, proto jsem jeho výpovědi zaznamenávala písemně. Bylo to velmi časově náročné, rozhovor trval 95 minut. Po celou dobu klient neprojevoval žádné známky netrpělivosti a ochotně vyčkával, až si odpovědi zaznamenám. Jeho řeč byla plynulá, srozumitelná a udržoval se mnou oční kontakt. Přesto, že byl po noční službě a byl unavený, dokázal se velmi dobře soustředit na pokládané dotazy. Působil upraveným a přátelským dojmem a často zrcadlil pohyby. Když hovořil o své práci a finanční nejistotě, byl v rozpacích a optimistická nálada rázem klesla.

**4.1.4 Respondent č. 4**

Pohlaví: žena

Věk: 31 let

Rodinný stav: rozvedená

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu, alkoholu

DC: Jamtana

Délka pobytu v CHB: 3 měsíce

**Osobní anamnéza:**

Respondentka nemá žádné zdravotní problémy, neprodělala žádná závažná onemocnění či úrazy. Současný zdravotní stav je dobrý. Matka v těhotenství návykové látky neužívala.

Do 7. třídy ZŠ probíhalo vše bez problémů, od 8. třídy si zhoršila prospěch ve škole, také měla sníženou známku z chování za užívání alkoholu během výuky. Na střední škole začala užívat drogy, z tohoto důvodu byla koncem třetího ročníku ze školy vyloučena. Základní škola je tedy jejím nejvyšším dokončeným vzděláním. Nyní pracuje jako uklízečka.

**Rodinná anamnéza:**

Klientka žila v neúplné rodině, s matkou a prarodiči v rodinném domě. Matka pracovala jako učitelka na VOŠ, otec podnikal, ale nežil s nimi. Má jednu nevlastní sestru, se kterou se nestýká. Zodpovědnost za výchovu měli prarodiče, kteří jí dávali absolutní

volnost bez jakékoliv kontroly školní docházky, prospěchu či kontroly volného času. Od osmé třídy chodila tam, kam chtěla, pokud ji prarodiče nechtěli pustit, řešila to útekem. Veškerý volný čas před užíváním návykových látek věnovala vrcholovému plavání.

#### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami získala ve 13 letech, kdy poprvé okusila alkohol. Od 16 let kouřila marihuanu a začala užívat rovnou pervitin. Dva roky ho brala příležitostně, od 18 do 21 let se stala jeho pravidelnou uživatelkou. Ve 21 letech pervitin vyráběla a skončila poprvé ve vazbě, kde strávila 4 měsíce. Po propuštění opět necelý rok pervitin brala i vyráběla a poté byla za trestný čin nedovolené výroby a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy odsouzena na 16 měsíců nepodmíněného trestu odnětí svobody. Po propuštění z věznice asi 4 roky abstinovala. V této době otěhotněla, vdala se a narodil se jí zdravý chlapeček. Když syn dosáhl 3 let věku, začala opět brát drogy. Celková délka užívání pervitinu byla 8 až 9 let.

V souvislosti s užíváním návykových látek se u ní projevil velké změny. Především to byl nezáměr o všechny a o všechno, co nebylo spojené s drogou. Později to byla lhostejnost k manželovi a dítěti, o které se přestala starat. Pokud neměla drogu, chtělo se jí brečet, trpěla depresemi a zažívala toxické psychózy.

Trestná činnost v souvislosti s užíváním návykových látek byla četná. Časté bylo řízení vozidla pod vlivem návykových látek, dále výroba pervitinu a různé krádeže. Celkově byla respondentka šestkrát odsouzená, z toho dvakrát nastoupila trest odnětí svobody.

Léčbu absolvovala na specializovaném oddělení pro výkon ochranného léčení ve výkonu trestu odnětí svobody v Opavě.

#### **Přímé pozorování:**

Rozhovor se odehrával v prostorách DC Jamtana, v místnosti, kde probíhají skupinové terapie. Respondentka odpovídala stručně, jasně a výstižně, rozhovor s ní trval nejkratší dobu, 46 minut. Působila upraveným, příjemným dojmem a nechyběl jí ani smysl pro humor. Udržovala oční kontakt, neprojevovala žádná výrazná gesta a zaujímala uvolněný posed na židli. Mluvila hovorově, příjemným a zvučným hlasem.

#### 4.1.5 Respondent č. 5

Pohlaví: žena

Věk: 23 let

Rodinný stav: svobodná

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu

DC: Jamtana

Délka v CHB: 4 měsíce

##### **Osobní anamnéza:**

Respondentka neprodělala žádná závažná onemocnění či úrazy a netrpí žádnými chronickými zdravotními problémy. Její současný zdravotní stav je dobrý. Matka v období těhotenství neužívala žádné návykové látky.

Klientka vyrůstala s matkou i otcem na venkově, byla jedináček. Ve škole byla průměrnou žačkou, poněvadž se neučila. Rodiče vše nechávali na ní, nepomáhali jí a nekontrolovali její školní výsledky. Nedostatečné hodnocení měla až na SŠ z matematiky a chemie, naopak v českém jazyce vynikala. SŠ zakončila maturitou. V současné době je ošetřovatelkou v domově důchodců.

##### **Rodinná anamnéza:**

Respondentka prožila dětství v úplné rodině. Matka vystudovala SŠ ekonomickou a byla zaměstnána jako úřednice, otec byl vyučený truhlář a v tomto oboru pracoval.

Vztah rodičů k ní byl emočně chladný a bezkontaktní. Po materiální stránce měla všechno, bydleli v rodinném domě, ale matka do večera pracovala a otec byl alkoholik, takže každý den trávil v hospodě. Respondentce chyběly projevy lásky a citové podpory, komunikace s rodiči byla minimální. Výchovný styl rodičů byl hodně volný, bez autority. Byli příliš benevolentní a důvěřiví. Výchovné potíže v dětství neměla, vždy měla strach dělat nějaké problémy, zapojit se do nějaké party či vyznávat nějaký styl. V kolektivu byla uzavřená a držela se stranou.

Volný čas před užíváním návykových látek trávila sama, nevěděla jak ho využít. Rodiče jí nikdy k ničemu nevedli, proto ani nevěděla, co by jí vlastně bavilo. Ve škole navštěvovala kroužek vaření a tance, ale rodiče ji v této zájmové činnosti nepodporovali, proto po čase tyto volnočasové aktivity opustila. Po vyučování jezdila po vesnici na kole, postávala na zastávce či jezdila bezúčelně autobusem. Od té doby, kdy jí v hospodě nalili alkohol, v ní začala vysedávat. Tam se seznámila s kamarády,

se kterými potom trávila čas v různých hospodách. V létě konzumovali alkohol na zahradách kamarádů a všude tam, kde to nevadilo jejich rodičům.

#### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami měla ve 14 letech. V partě pila alkohol, začala kouřit cigarety a marihuanu. Tu kouřila pravidelně proto, aby vystřízlivěla po alkoholu a mohla pít dál. Marihuana jí nikdy nechutnala, ale kouřila ji z toho důvodu, že to činili všichni známí. Alkohol a marihuanu užívala zprvu jen víkendově na diskotékách, stupňovalo se to však tak, že každodenní uživatelkou byla již v 15 letech. Ve 20 letech začala brát extázi a pervitin, konzumovala též lysohlávky a opiáty. Z intravenózní aplikace měla velký strach, proto pervitin šňupala. To trvalo 10 měsíců. V psychotropních látkách se nevyznala, proto vždy užívala nekvalitní drogy od nevěrohodných dealerů. Potřebovala stále vyšší dávky a se stoupající spotřebou návykových látek u ní propukla těžká toxická psychóza. Po 4 měsících byla převezena po pokusu o sebevraždu na psychiatrickou kliniku v Červeném Dvoře. Po návratu z této léčebny začala pervitin opět užívat.

Během prvních měsíců užívání návykových látek zaznamenala velký úbytek na váze, zhubla přes 20 kilogramů. Rodičům to vysvětlila tak, že hodně sportuje a oni jí věřili. V té době řešili manželskou krizi kvůli otcově alkoholismu, takže jejímu problému nevěnovali pozornost. V duchu jim zazlívala, že její potíže nevidí, i když si to přála. Matka si našla později nového přítele a o ni se opět nezajímala. Již během prvních měsíců se u respondentky projevila toxická psychóza, měla těžké deprese a halucinace. Po celou dobu užívání pervitinu měla tedy těžké psychické problémy, se kterými se sama neuměla vyrovnat. Zlepšená nálada či euforický efekt, který očekávala, se u ní nedostavoval. Psychické problémy vyústily tak, že chtěla sama odjet na psychiatrii, ale rodiče si stále ničeho nevšimli. Tento stav vyvrcholil pokusem o sebevraždu. Rodiče teprve tím poznali, že se s ní něco děje.

Po léčbě na psychiatrické klinice se vrátila k pervitinu, ještě ve vyšším množství než před léčbou. Znovu ztrácela na váze, rodiče si opět ničeho nevšimli.

Trestnou činnost v souvislosti s užíváním návykových látek nikdy nepáchala, měla strach. Nemá záznam v trestním rejstříku ani žádné dluhy. Peníze na alkohol a drogy kradla doma, popřípadě prodávala matčino zlato. Málem se nechala přemluvit k tomu, aby nosila drogy do věznice, ale v té době se její psychický stav rapidně zhoršoval, takže nabídku odmítla.

Opakovaně prošla detoxifikací a následnou léčbou v psychiatrických léčebnách v Mostě, dvakrát v Červeném Dvoře, dvakrát v Bohnicích a dvakrát v Kosmonosech. Do léčeben ji vždy donutila jít matka, po každé však nastupovala s tím, že problém nemá, že není důvod se léčit. Proto léčbu vždy předčasně ukončila. Až do TK Sejřek se rozhodla jít z vlastní vůle, to už si plně uvědomovala svou závislost a chtěla se léčit.

#### **Přímé pozorování:**

Rozhovor s respondentkou probíhal též v místnosti určené k terapeutickým sezením, stejně jako v předchozím případě. Klientka byla velmi milá, ochotná a vstřícná, odpovídala s projevovaným zájmem. Byla komunikativní a otevřená, své odpovědi rozsáhle vysvětlovala a doplňovala svými zkušenostmi, vždy však k tématu. Zaujímal ji přirozený posed na židli a velmi často zrcadlila pohyby. Její zevnějšek byl upravený a působila veselým dojmem.

#### **4.1.6 Respondent č. 6**

Pohlaví: muž

Věk: 27 let

Rodinný stav: svobodný

Status: nezaměstnaný

Primární diagnóza: závislost na pervitinu, alkoholu

DC: Krok

Délka v DC: 3 měsíce

#### **Osobní anamnéza:**

Respondentův současný zdravotní stav je dobrý, neprodělal žádná onemocnění, hospitalizace či úrazy, nemá chronické zdravotní problémy. Matka v těhotenství nežívala žádné návykové látky.

Školní prospěch byl už od ZŠ většinou dostatečný, ale bylo to z toho důvodu, že mu nikdo s učivem nepomáhal. Chování měl po celou dobu školní docházky výborné. SOU zemědělské dokončil z toho důvodu, aby dostal výuční list a měl aspoň nějaké vzdělání. Po vyučení pracoval jako zámečnick, toto zaměstnání mu zprostředkoval jeho otec.

**Rodinná anamnéza:**

Klient žil v úplné rodině, s rodiči a mladším bratrem na vesnici. Matka pracovala jako zahradnice, otec byl řidič v autodopravě. Rodinná atmosféra byla stresující, otec každodenně pil alkohol, kvůli kterému vznikaly věčné rozepře. Panovalo psychické napětí a tuto situaci respondent vnímal jako traumatizující. Světlé chvíle byly jen v období, kdy otec nepil, těch bylo ale málo. Proto se respondent zdržoval doma co nejméně. Od 6. třídy začal chodit s kamarády do hospody, kde začal také pít alkohol.

Rodiče se starali spíše o svoje problémy, proto nekontrolovali, jak se klient učí, s kým se stýká a co dělá ve svém volném čase. Pokud se jim něco nelíbilo, dokázal se z toho vymluvit.

Na prvním stupni ZŠ chodil do skautu. Od druhého stupně trávil čas jen s kamarády po hospodách, neustále měli důvod k nějakým oslavám a tedy i pití alkoholu. Také rád jezdil na kole.

**Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami získal ve 12 letech a to s alkoholem a s marihuany. Od SOU byl pravidelným uživatelem alkoholu a marihuany, na víkendových akcích zkoušel LSD. Marihuana mu přestala vyhovovat, proto se jí snažil omezovat, ale o to více pil alkohol. S kamarády ho to po čase již nebavilo, proto pil alkohol převážně sám. Pervitin začal šňupat kolem 23 let, získával ho od spolupracovníka, který byl vyhlášeným dealerem. Důvodem přechodu k pervitinu byla touha po nové zkušenosti. Později přešel i na nitrožilní užívání. Alkohol požíval i v práci, měl schovanou láhev ve skřínce. Postupem času začal ze zaměstnání odcházet, aby si dal dávku pervitinu a z tohoto důvodu o práci přišel. Doma svoji závislost stále tajil, i když matka měla podezření. Dozvěděla se to až po jeho kolapsu, když mu volala záchrannou službu.

Zpočátku nepocíťoval žádné změny v souvislosti s užíváním návykových látek. Až ke konci, tedy asi po dvou letech užívání pervitinu pocíťoval psychické problémy, hlavně deprese. I přes to, že na tom byl psychicky špatně, se vždy kontroloval, aby to na něm nebylo poznat. Aby byl čistý a upravený, aby nemusel krást jako mnoho jiných závislých. Rodiče byli hodně překvapeni, když zjistili, že užívá drogy. Postavili se k tomu tak, že situaci je potřeba řešit, neobrátili se k němu zády, ale snažili se mu pomoci.

Trestnou činnost v souvislosti s užíváním návykových látek neprovozoval a nemá žádné dluhy.

Určitou dobu abstinovat doma, přesně neví jak dlouho. Po detoxifikaci nastoupil do TK Krok.

**Přímé pozorování:**

Rozhovor byl proveden s respondentem přímo v chráněném bytě, v obývacím pokoji, který měl pěkně uklizený. Jelikož v té době byl jediným uživatelem služby chráněného bydlení, byl zajištěn dostatek soukromí. Klient hovořil klidným, rozvážným a tichým tónem. Zaujímal spíše uzavřenou pozici vsedě, ale rozhovor na mě působil velmi bezprostředně a příjemně. Velmi často parafrázoval mou otázku a poté na ni odpovídal. Mám za to, že tak projevoval svůj zájem a soustředěnost na pokládané dotazy. Navenek působil upraveně a upřímně, udržoval přiměřený oční kontakt a neprojevoval výrazná gesta.

#### 4.1.7 Respondent č. 7

Pohlaví: muž

Věk: 38 let

Rodinný stav: svobodný

Status: pracující

Primární diagnóza: závislost na pervitinu

DC: Jihlava

Délka v DC: 4 měsíce

**Osobní anamnéza:**

Respondent netrpí žádnými zdravotními problémy, neprodělal závažná onemocnění ani úrazy. Jeho současný zdravotní stav je dobrý. Ví, že v období těhotenství matka pila alkohol, trpěla Alzheimerovou chorobou. Od rodiny odešla, když mu byly 3 roky.

Školní prospěch na ZŠ byl průměrný, hodně zlobil, byl to ale druh jeho protestu. Absolvoval SOU, obor obráběč kovů. Složil také zdárně maturitní zkoušku na nástavbovém studiu. Do 30 let neměl žádné zaměstnání. V současnosti pracuje jako obsluha CNC obráběcích strojů.

**Rodinná anamnéza:**

Respondent žil do tří let s matkou a nevlastním otcem. Matka byla závislá na alkoholu, ve třech letech se rodiče rozvedli a byl svěřen do péče otce. Matka měla pouze základní vzdělání, od 16 let pracovala jako servírka, otec pracoval jako topenář. Má nevlastního staršího bratra z matčina prvního manželství, který s nimi ale nikdy nežil.



Za zlomovou událost považuje rozvod, po kterém si otec našel družku. Ta ho bila. Traumatizující byl také matčin pokus o sebevraždu a její následná hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Rodinné klima bylo vypjaté, především v období rozvodu. Matka mu velmi chyběla. Jedinou otcovou starostí bylo, aby uspokojil jeho základní životní potřeby, tedy aby měl kde spát a co jíst, většinu času trávil v práci nebo s družkou. Na výchově se podílela i praradice, sestra respondentovy babičky, matky jeho otce. Ještě před zahájením školní docházky ho učila číst, psát a německá slovíčka. Klient byl i v péči psychologa. Zprvu se kolektivu stranil, později se naopak začal prosazovat. Kontrola školního prospěchu ze strany vychovávajících nebyla žádná.

Volný čas před užíváním drog věnoval četbě a bavilo ho zhotovování modelů.

#### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami byla ve 13 letech. Začal čicháním toluenu podle vzoru svého nevlastního bratra. Ten s nimi sice nežil, ale byli v kontaktu. Také hodně pil alkohol, kouřil marihuanu a užíval hypnotika. Kolem 15let pil denně. S pervitinem začal ve vězení ve 27 letech a poprvé ho užil nitrožilně.

Změny v souvislosti s užíváním návykových látek byly především psychické. Při užívání Rohypnolu mu vadila opakovaná ztráta paměti, nemohl si vzpomenout, co dělal. Když bral pervitin, trpěl toxickými psychózami, proto přešel na heroin. Fyzicky byl celkově slabý a viditelný byl i úbytek váhy. Otec o všem věděl, ale nemohl nic dělat.

V 18 letech se odstěhoval od otce a trestnou činností si vydělal na byt, kde žil s přítelkyní, do té doby, než nastoupil trest odnětí svobody.

Respondent podstoupil dvě léčby. K první ho přiměli přátelé, když viděli, že je to s ním neúnosné, že závislost nezvládá. Ve 33 letech zahájil léčbu v TK Krok v Kyjově, ale nedokončil ji. Našel si práci a začal pracovat na stavbě. Druhá léčba byla v TK Podcestný Mlýn u Dačic, tu již dokončil.

#### **Přímé pozorování:**

Rozhovor s respondentem probíhal v chráněném bytě, v kuchyni. Přítomen byl ještě jeden spolubydlící, ten však byl ve svém pokoji. Celý byt byl pěkně uklizený. Respondent působil upraveným, přátelským, optimistickým, sebevědomým dojmem a byl velmi komunikativní. Viditelná byla přirozená gesta rukou. Na pokládané dotazy odpovídal zvučným tónem, zaujímal uvolněnou pozici vsedě a často jsem zaznamenala i zrcadlení pohybů. Přibližně v polovině rozhovoru požádal o kuřáckou pauzu, poté soustředěně odpovídal na další dotazy.

## 4.2 Analýza anamnestických údajů a přímého pozorování respondentů

### 4.2.1 Analýza osobní anamnézy respondentů

Výzkumu se účastnilo sedm respondentů, z toho pět mužů a dvě ženy. Nejmladší respondentce bylo 23 let, nejstaršímu respondentovi 38 let. Průměrný věk je tedy 30 let. Všichni respondenti jsou svobodní, pouze respondentka č. 4 je rozvedená.

U všech sedmi respondentů je primární diagnózou závislost na pervitinu. Pervitin je hned po konopných drogách druhou nejčastěji užívanou nelegální drogou v ČR a podle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti se v roce 2011 spotřebovalo 4,6 tun pervitinu. U čtyř respondentů byla přidruženou závislostí závislost na alkoholu, u dvou respondentů dále závislost na hracích automatech. Oba respondenti uvedli, že automaty hráli výhradně pod vlivem pervitinu.

Žádný z respondentů neprodělal žádná závažná onemocnění a netrpí chronickými zdravotními problémy. Pouze respondent č. 1 měl v 18 letech komplikovaný úraz kolene, kvůli kterému musel přestat závodně hrát fotbal. Sám uvedl, že tato událost měla vliv na jeho pozdější sklon k návykovým látkám a to především z důvodu nadbytku volného času a touze experimentovat. Zdravotní stav všech dotazovaných je v současnosti dobrý.

R2 a R4 mají ukončeno pouze základní vzdělání, R3 a R6 absolvovali střední odborné učiliště a zbývající tři respondenti zakončili své vzdělání maturitní zkouškou.

Kromě R6 jsou všichni zaměstnaní a službu chráněného bydlení užívají 3 až 4 měsíce.

U dvou respondentů, R3 a R7 se pravděpodobně vyskytlo užívání alkoholu v období těhotenství matky.

Mimo R1 měli všichni zhoršený prospěch ve škole. Všichni shodně vypověděli, že to bylo především z toho důvodu, že se s nimi nikdo neučil a nekontroloval jejich výsledky. Časté byly i výchovné problémy. R2 a R4 měli sklony k útěkům z domova a toulání a R3 a R7 prováděli běžné klukoviny.

V následující tabulce jsem se pokusila údaje osobní anamnézy respondentů shrnout do přehledné tabulky. V dalším textu označuji respondenty již jen zkratkami R1 – R7.

Tabulka č. 2: Souhrn osobní anamnézy respondentů								
R	Rodinný stav	Diagnóza	Vzdělání	Status	Počet měs. v CHB	Návyk. látky v těhotenství matky	Školní prospěch	Výchovné problémy
R1 muž 31	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu, gamblerství	SŠ	pracující	3	ne	výborný chvalitebný	ne
R2 muž 30	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu, gamblerství	ZŠ	pracující	3	ne	dobrý dostatečný	ano
R3 muž 28	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu	SOU	pracující	4	alkohol	dobrý dostatečný	ano
R4 žena 31	rozvedená	závislost na pervitinu	ZŠ	pracující	3	ne	dobrý dostatečný	ano
R5 žena 23	svobodná	závislost na pervitinu	SŠ	pracující	4	ne	dobrý dostatečný	ne
R6 muž 27	svobodný	závislost na pervitinu, alkoholu	SOU	nezaměstnaný	3	ne	dostatečný	ne
R7 muž 38	svobodný	závislost na pervitinu	SOU s maturitou	pracující	4	alkohol	dobrý	ano
Zdroj: vlastní výzkum								

#### 4.2.2 Analýza rodinné anamnézy respondentů

Z rodinné anamnézy respondentů vyplývá, že čtyři respondenti žili v úplné rodině. Pouze jeden z nich, R1, žil v úplné rodině funkční, tedy v takové, kde rodiče plnili řádně své povinnosti a rodinné klima bylo bezkonfliktní. Všichni ostatní účastníci výzkumu žili v dysfunkčních rodinách. U čtyř respondentů, tedy u více než poloviny, byl jeden z rodičů pravidelným uživatelem alkoholu. Jak uvádím v kapitole 1. 4, vznik závislosti je vždy souhrn různých bio-psycho-socio-spirituálních činitelů. U těchto respondentů je zřejmý negativní vliv sociálního a rodinného prostředí. Pokud dítě vyrůstá v rodině závislých rodičů, má to negativní vliv na jeho vývoj a sociální učení. Tendence k užívání psychotropních látek může totiž vzniknout i jako nápodoba rodičovského chování. Důvodem nefunkčních rodin byl již zmíněný alkohol ve čtyřech případech, kvůli kterému

se rodiče hádali a zanedbávali řádnou výchovu. Řešili manželské problémy a nedbali na to, jak se jejich děti učí, co dělají ve svém volném čase a s kým se kamarádí. Rodinné klima bylo tedy vypjaté a stresující, protože hádky byly na denním pořádku. U R2 a R4 přetrvával nezáměr rodičů o děti z důvodu velké pracovní vytíženosti. Výchovu přenechali prarodičům. Ti ovšem nekladli na respondenty žádné nároky a požadavky, byli příliš benevolentní, nekontrolovali jejich výsledky, případné problémy přecházeli či ospravedlňovali a výchovu pojali příliš liberálně. Rodinná atmosféra byla emočně chladná, rodiče s dětmi velmi málo komunikovali a netrávili volný čas společně. Proto nebyla uspokojena potřeba lásky a sounáležitosti. Velmi závažnou traumatickou událostí byl u R7 kromě rozvodu rodičů a matčina pití, také její pokus o sebevraždu. Souhrnně můžeme říci, že v šesti případech žili respondenti v narušeném rodinném prostředí a výchova byla liberální až zanedbávající. Pouze R1 rodiče vychovávali ochranářským způsobem, ale jejich přehnaná dobromyslnost, shovívavost a ochrana se v období puberty respondenta obrátila proti nim. Respondent začal dělat vše pro to, aby se prosadil alespoň v kolektivu a zajistil si nezávislost. Podle anamnestických údajů jsou R2 a R5 jedináčci, ostatní mají sourozence, se kterými měli vždy dobré vztahy a R4 a R7 mají sourozence nevlastní. Volný čas před užíváním návykových látek trávila většina respondentů aktivně. R1 hrál závodně fotbal, R3 se věnoval atletice, R4 vrcholově plavala, R5 navštěvovala kroužky vaření a tance a R6 chodil do skautu. Dva respondenti vyplňovali volný čas osamoceně, tedy počítačovými hrami, četbou a lepením modelů. Tabulka č. 3 rodinné anamnézy shrnuje.

Tabulka č. 3: Souhrn rodinné anamnézy respondentů							
R	Typ rodiny	Počet sourozenců	Vzdělání rodičů	Rodinné klima	Traumatic. události	Výchovný styl rodičů	Volný čas před užíváním návyk. látek
R1 muž 31	úplná, funkční	2	matka zdravotní sestra, otec v průmyslu	bezkonfliktní	ne	ochranářský	závodně fotbal, veškerý sport
R2 muž 30	neúplná (matka, prarodiče), dysfunkční	0	matka zdravotní sestra	emočně chladné, bez komunikace	pracovní vytíženost matky	liberální	počítač. hry, auta
R3 muž 28	úplná, dysfunkční	1	Matka SŠ zemědělská, otec SŠ elektrotechnická	stresující	matka uživatelka alkoholu, nezáměr rodičů	zanedbávající	atletika

R4 žena 31	neúplná (matka, prarodiče)	1 nevlastní	matka učitelka	emočně chladné, bez komunikace	pracovní vytíženost	liberální	vrcholové plavání
R5 žena 23	úplná, dysfunkční	0	matka SŠ ekonomická, úřednice, otec SOU truhlář, truhlář	emočně chladné, bez komunikace	otec uživatel alkoholu	zanedbávající	kroužek vaření, tance
R6 muž 27	úplná, dysfunkční	1	matka zahradnice, otec řidič v autodopravě	stresující	otec uživatel alkoholu	liberální	skaut
R7 muž 38	neúplná (otec, družka), dysfunkční	1 nevlastní	matka barmanka, otec topenář	stresující	rozvod, matka uživatelka alkoholu, pokus matky o sebevraždu družčino bití	zanedbávající	četba, lepení modelů
Zdroj: Vlastní výzkum							

#### 4.2.3 Analýza toxikologické anamnézy respondentů

První zkušenosti s návykovými látkami se u respondentů objevovaly v období puberty, tedy od 11 do 15 let. Dva respondenti začali užívat tyto látky ve 12 letech, dva respondenti ve 13 letech a dva respondenti ve 14 letech. Pouze R1 poprvé experimentoval s návykovými látkami až v období adolescence, v 18 letech. U účastníků výzkumu je průměrný věk prvního užití návykové látky 14 let. Počáteční návykovou látkou, kterou všichni okusili, byl alkohol a nikotin. Ze souhrnné tabulky č. 4 vyplývá, že marihuana byla další drogou, se kterou mají všichni klienti zkušenost. Je zřejmé, že kromě R2 a R4, všichni experimentovali s dalšími psychoaktivními látkami. Primární diagnózou všech účastníků výzkumu je závislost na pervitinu. Průměrný věk první aplikace pervitinu je 20 let. Šest respondentů ze sedmi, pervitin aplikovalo nitrožilně, pouze R5 se touto vyvarovala. U šesti respondentů je shodnou skutečností důvod užívání návykových látek a to vliv party. Častým důvodem je též touha zažít něco nového, vzrušujícího. V souvislosti s užíváním návykových látek se u všech respondentů projevily především psychické problémy, v podobě depresí, úzkostí a toxických psychóz. R5 se dostala do tak závažného psychického stavu, že se pokusila spáchat sebevraždu. Úbytek váhy a fyzické vyčerpání uváděli respondenti jako časté fyzické následky drog. R1 dále zmínil poškozený chrup, pervitin užíval celých deset let. Sociálními důsledky u všech respondentů

je nejčastěji ztráta zájmu o původní zájmy a přátele, v případě R4 též o svého manžela a dítě. R2 byl absolutně vyloučen, žil ve squatu. Tři respondenti nepáchali v souvislosti s užíváním návykových látek trestnou činnost. Čtyři respondenti se dopustili trestných činů kvůli nedostatku finančních prostředků na zajištění drogy. Jednalo se o trestné činy krádeže, loupeže, řízení vozidla v opilosti a nedovolené výroby a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy. Čtyři respondenti (R1, R2, R5, R6) nemají dluhy z období užívání drog, R4 a R7 je řeší splátkovými kalendáři a R3 bude splácet vzniklou škodu rodině, která za něho dluh zaplatila. Pět respondentů prožilo recidivu a opakované léčby, pouze R3 a R6 podstoupili první léčbu a v abstinenci chtějí setrávat.

R	R1 muž, 31 let	R2 muž, 30 let	R3 muž, 28 let	R4 žena, 31let	R5 žena, 23 let	R6 muž, 27 let	R7 muž, 38let
Počáteční věk užívání NL	18	14	12	13	14	12	13
Druhy NL	alkohol marihuana pervitin kokain LSD gamblerství	alkohol marihuana pervitin gamblerství	alkohol marihuana extáze pervitin	alkohol marihuana pervitin	alkohol marihuana extáze pervitin lysohlávky opiáty	alkohol marihuana LSD pervitin	alkohol toluen marihuana hypnotika pervitin heroin
Věk prvního užití pervitinu	18	17	17	16	20	23	27
Způsob aplikace NL	i. v.	šňupání i.v.	šňupání i.v.	i. v.	šňupání	šňupání i.v.	i. v.
Důvod k užívání NL	volný čas, touha, po nové zkušenosti	vliv party	vliv party	vliv party	vliv party	vliv party, touha po nové zkušenosti	vliv bratra, party, touha po nové zkušenosti
Psychické, fyzické a sociální změny v souvislosti s užíváním NL	poškozený chrup, deprese	úbytek váhy, sociální vyloučení	toxické psychózy, fyzické vyčerpání, ztráta původních zájmů	deprese, toxické psychózy, nezájem o dítě	toxické psychózy, pokus o sebevraždu, úbytek váhy	deprese	ztráta paměti, toxické psychózy, úbytek váhy
Trestná činnost	ne	krádeže, spolupachatelství při loupeži	krádež, řízení vozidla pod vlivem alkoholu	řízení vozidla pod vlivem alkoholu, výroba pervitinu, krádeže	ne	ne	ano

Dluhy	ne	ne	ano	ano	ne	ne	ano
Recidiva	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano
První léčba ve věku	28	29	27	nezjištěno	21	26	33
Absolvovaná léčba	PL Červený Dvůr 5 měsíců	PL Červený Dvůr 7 měsíců	PL Kroměříž 3 měsíce, TK Bílá Voda 5 měsíců	odd. pro výkon ochr. léčení ve výkonu trestu odnětí svobody	PL Most, Bohnice, Červený Dvůr, Kosmonos y, TK Sejšrek	TK Krok	TK Krok, TK Podcestný Mlýn
Zdroj: vlastní výzkum							

#### 4.2.4 Výsledek přímého pozorování

Jako druhou metodu jsem ke svému výzkumu použila přímé pozorování. Pro tento účel jsem použila záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru (Příloha č. 3). Po každém rozhovoru jsem tento arch vyplnila a připojila jsem vlastní poznámky. Své pozorování, tedy popis chování a neverbálního projevu respondentů jsem již zpracovala v kapitole 4. 1, proto nyní shrnu nejčastější projevy, společné všem klientům.

Rozhovory se čtyřmi respondenty se odehrávaly v prostorách DC, ve kterém probíhá jejich doléčování. S respondenty R6 a R7 se uskutečnily přímo v chráněném bytě. Domluva probíhala telefonicky nebo prostřednictvím e-mailu a všichni respondenti přišli na domluvený termín včas. Byli velmi přátelští, ochotní a komunikativní, což se dalo předpokládat již ze skutečnosti, že se do výzkumu dobrovolně přihlásili. Snažili se soustředit na pokládané dotazy a svůj zájem projevovali rozvahou nad svými odpověďmi. U R1, R3, R5 a R7 bylo velmi zřetelné zrcadlení pohybů a R6 často parafrázoval mé otázky a poté na ně odpovídal. Jejich verbální projev byl plynulý a srozumitelný, R1, R4 a R7 mluvili hlasitějším tónem s přirozeným sebevědomím. U R1 a R7 byla patrná gestikulace rukou. Společnými znaky všech účastníků výzkumu byla otevřenost a přiměřený oční kontakt. Nejvíce projevoval své emoce R2, který vážně a procítěně povídal o své minulosti. U R3 jsem zpozorovala očividný projev obavy, když hovořil o finanční nejistotě a nespokojenosti s prací. R5 působila velmi veselým dojmem. Pět klientů CHB zaujímal uvolněnou, otevřenou pozici vsedě, R2 a R6 spíše uzavřenou, všichni však odpovídali bezprostředně a myslím, že pravdivě.

### 4.3 Analýza a interpretace dílčí výzkumné otázky č. 1

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím následné péče a programu chráněného bydlení. Za důležité jsem proto považovala odhalit, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokáží přizpůsobit novým podmínkám a prostředí CHB. Často se dostanou do nového města, které neznají, musí se seznámit s novými lidmi a naučit se respektovat nová pravidla, proto jsem díky této otázce chtěla zjistit, jak se s touto situací vyrovnali.

Záměrem v dílčí výzkumné otázce č. 1 – Jak probíhala adaptace uživatele chráněného bydlení na nové prostředí a podmínky, bylo prozkoumat, jak se při nástupu do CHB vytvářely vzájemné vztahy respondentů s ostatními klienty a personálem, jak jim vyhovují nová pravidla a prostředí. Na tyto čtyři kategorie jsem DVO 1 rozdělila.

#### 4.3.1 Vztah k ostatním klientům

Svůj nástup do DC popsal R1 následovně: Po první léčbě udělal největší chybu v životě, protože se vrátil bydlet k rodičům. Rok a půl abstinovat, potom začal užívat pervitin znovu. Důvod recidivy byl ten, že kvůli bydlení u rodičů přestal cítit zodpovědnost, nebyl spokojený sám se sebou. Myslel si, že si najde práci a zaplatí dluhy, ale protože se o vše starali rodiče, ztratil motivaci. Respondent uvádí, „*že člověk by měl mít přirozenou zodpovědnost, aby si mohl hmotných i nehmotných věcí vážit*“. Po další léčbě byl rozhodnut jít do DC, ale nevěděl, kde má znovu začít život bez drog. Sepsal si priority, mezi které patřilo, jak DC funguje. Důležitým kritériem byla i velikost města. Na DC v Olomouci četl dobré reference. Do Prahy jít nechtěl, v ní žil již 6 let a je podle něho příliš hlučná, rychlá. Proto dal přednost Olomouc, kde je „*vše pomalejší, ale zároveň to tady žije*“. Líbí se mu historické centrum, je to studentské město, takže i dobré místo k seznámení. Dodává: „*Člověk nemůže uvažovat, kde to bude blbý, ale musí se rozhodnout, kde to bude dobrý, kde se může na něco těšit. To je základní věc člověka, měl by se umět na něco těšit, mít nějaký miniplán.*“ R2 si zařídil, aby nástup do DC navazoval na předchozí léčbu, aby ani na víkend nejezdil domů. Tam by hrozilo riziko, že se půjde podívat za bývalou přítelkyní. „*Do DC jsem se těšil, protože měsíc před ukončením léčby v Červeném Dvoře, jsem se jel do DC podívat na návštěvu, kde jsem se se všema seznámil.*“ Nástup R3 do DC byl též předem plánován. Již po prvním léčení v psychiatrické léčebně v Kroměříži chtěl nastoupit do CHB v Olomouci, ale kapacita byla v té době zcela naplněna. Proto zahájil další léčbu v TK Bílá Voda, ale po pěti měsících



ji ukončil a nastoupil na uvolněné místo v DC. „Do TK jsem nastoupil jen kvůli tomu, abych měl kde počkat na volné místo, abych nebyl na ulici. Chtěl jsem jít do Olomouce, poblíž mám rodinu, nechtěl jsem zůstat úplně sám.“ R4 měla v den propuštění z výkonu trestu odnětí svobody soudem stanovaný nástup do DC. Matka ji vyzvedla na nádraží a doprovodila do DC. R5 mi prozradila, že velmi nerada opouštěla terapeutickou komunitu, kterou považovala za svůj domov. „Opouštěla jsem něco, co mám ráda a kde mi bylo dobře. Byla jsem smutná a našťavaná, že musím jít do DC do Brna. S obavou jsem odpočítávala dny, které mi zbývají v komunitě.“ R6 konstatoval: „Byla to velká změna oproti TK, kde byly různé aktivity, v DC je to nastavené úplně jinak, takže to bylo zase nové zvykání.“ R7 si již koncem léčby v TK zařídil práci v Jihlavě. Důvodem byla jeho přítelkyně, které chtěl být na blízku. Vztah sice nevydržel, ale poněvadž měl již domluvenou práci, rozhodl se do CHB v Jihlavě nastoupit.

Respondenty při nástupu do CHB provázely tyto pocity a obavy: R1: „Před tím, než jsem si vybral P-Centrum v Olomouci, mě provázely obavy, jestli si zvolím správné místo pro nový začátek.“ R2 nepocíťoval obavy z nástupu do DC, poněvadž ho předem navštívil a seznámil se s prostředím a terapeutu. Ani R3 strach neměl, těšil se a věřil, že mu v DC pomohou. R4 obavy provázely: „Měla jsem pocit, že jdu z kriminálu do kriminálu, že v DC nebudu smět nic dělat, ale tady mi bylo oznámeno, že mám naprostou volnost.“ Provázela ji také úzkost, že potká někoho známého z období užívání drog nebo že ji někdo ze známých pozná, že je bývalá uživatelka návykových látek. Zatím se jí to avšak nestalo. Bála se, že kvůli páchané trestní činnosti v minulosti, ji kolektiv nepřijme. První pocity R5 z nástupu do CHB byly takové: „Když jsem přijela do DC, bylo pro mě velmi zvláštní, že jsem dostala klíče do ruky. Pro běžného člověka je to normální, pro mě to bylo něco nového.“ Největší starostí z pobytu v CHB měl R6 z nových, volnějších pravidel, než měl v TK, odkud přišel. R7 si žádné obavy z nástupu do DC neuvědomoval.

Atmosféru mezi klienty vnímali všichni respondenti jako velmi přátelskou a velmi dobře se začlenili do kolektivu. R1, R2, R5 a R6 nastoupili do CHB, kde měli někoho známého z předchozího léčení, což pro ně bylo velkým pozitivem. R1 dodal: „Lidi tady jsou super, sešel se dobrý kolektiv. Myslím si, že kdybych nevěděl, že žiji mezi závislými, tak bych to sám ani nepoznal.“ R4 poznamenala: „Atmosféra byla velmi přátelská, měla jsem obavy, že přicházím z výkonu trestu a že mě ostatní za to odsoudí, ale všichni mě přijali bez předsudků.“ R5: „Přijali mě všichni v pohodě, všichni se se mnou snažili komunikovat.“

R1 si myslí, že vztahy během pobytu se neustále vyvíjejí a časem vznikají i „minikonflikty“. Ty pramení v souvislosti „s ponorkou“. R3 říká: „*Vztahy se mění přirozeným vývojem, u někoho k lepšímu, u někoho k horšímu, v poslední době je to spíš ponorka. Může to být ovlivněno i mou momentální situací, když nejsem v dobrém rozpoložení, ovlivňuje to negativně i vztahy s ostatními.*“ Naopak R4 usuzuje, že vztahy jsou stále stejné.

Čtyři účastníci výzkumu mi totožně sdělili, že konflikty mezi uživateli CHB nevznikají. R5 soudí, že „*většinou konflikty nevznikají, všichni si přejí, aby se všem dařilo, v jejich očích je to až moc růžové, do konfliktů se v DC moc nechodí. Byla zvyklá, že v TK se řeší každá maličkost, to v DC ne.*“ Zbývající tři klienti odpověděli, že konflikty vznikají kvůli drobnostem a řeší se při skupinových terapiích.

#### 4.3.2 Vztah k personálu

Všem dotazovaným se podařilo velmi dobře navázat kontakt s novým personálem, velmi je potěšila nabídka tykání. R1 prozradil: „*Privítání ze strany zaměstnanců DC bylo milé, překvapila mě domácí atmosféra a nabídnuté tykání.*“ R2 shodně vypověděl: „*Překvapila mě nabídka tykání, cítil jsem se dobře, v předešlé léčbě jsem se s tím nasetkal.*“ Pouze R6 má velkou výhodu v tom, že služby občanského sdružení Krok zahrnují TK, kde absolvoval léčbu i následnou péči, včetně CHB. Terapeuty má tedy i v CHB stejné a to mu velmi vyhovuje. Pět účastníků se domnívá, že žádné bariéry ve vztazích mezi klienty a pracovníky DC nevznikají. To uvedla i R5 a opět otevřela téma předchozí léčby v TK. Postěžovala si: „*V TK se vše víc řešilo, v DC méně, ale bariéry rozhodně nejsou, za některýma terapeutama chodím raději, za jinými méně. A když mám pocit, že někoho otravuju, tak je mi ze strany terapeutů řečeno, že od toho jsou tady.*“ R4 vypověděla: „*Ze strany personálu žádné bariéry nebyly, ale z mé ano. Měla jsem bariéry vůči některým terapeutům, ale časem jsme si to vyříkali.*“ Pokud by měl R6 zhodnotit prvotní navázání kontaktu s personálem v TK, držel si odstup. „*Trvá mi déle, než si někoho nového připustím k tělu.*“ V současné době mají všichni s personálem vztah velmi dobrý. Také přístup personálu ke klientům respondenti charakterizovali jako pozitivní. To dokládá i výčet vlastností, kterých si na svých terapeutech váží: R1: „*Vážím si jejich otevřenosti, řeší s člověkem cokoliv, vstřícnosti, dokáží se s člověkem na všem domluvit a profesionality.*“ R2 si cení „*ochoty*“, R3 „*vstřícnosti, laskavosti a tolerance*“, R4 „*normálnosti, nestaví se ke mně jako k vyvrhelovi*“. R5 by dokázala popsat vlastnosti personálu spíše v TK, v DC má pocit, že je s terapeuty málo v kontaktu. Je zde

již 4. měsíc, ale je pro ni těžké vyjádřit, jaké vlastnosti na personálu nejvíce oceňuje. R6 si nejvíce váží „*odborných zkušeností*“. R7: „*Vstřícnosti. Ted' mi došlo zrušení ambulantní léčby u soudu, kterou mám 10 let a terapeut mi nabídl, že tam půjde se mnou. Toho si moc vážím.*“

#### 4.3.3 Pravidla v chráněném bydlení

Při nástupu do DC byly pro R1 a R4 nejtěžší první dny, než se se vším seznámili. R2 uvedl, že nejobtížnější bylo hledání práce. „*Tak jako všichni lidé jsem měl první tři dny na rozkoukání se v novém kolektivu. Nevěděl jsem, jak se mám chovat a co čekat*“, soudil R3. Pro R5 byla nesnadným úkolem samostatnost. Přála si, aby si dokázala sama nakoupit a uvařit, tak jak to uměli ostatní, kteří byli v CHB již delší dobu. „*Byla jsem donucena si sama obstarat jídlo, absolvovat cestu do supermarketu, kde je spousta lidí, se kterými jsem 13 měsíců nepřišla do styku, měla jsem pocit, že mám minulost napsanou na čele. Byla jsem zvyklá, že v TK jsem měla kompletní servis.*“ Pro R6 bylo těžké zvykat si na nová, volnější pravidla v CHB. Dodržování režimu a pravidel v TK tvořilo náplň celého dne, nyní nevěděl, jak s volným časem naložit. R7: „*S terapeutem se mi doposud nedaří vykomunikovat to, abych mohl chodit na tréninky boxu.*“

Nejobtížnější je pro R1 dodržování pravidla vracet se zpět do CHB nejpozději do 24 hodin. Pozdější příchod je tolerován kvůli práci, jinak dle osobní domluvy se svým garantem den dopředu a následným písemným oznámením sociální pracovníci a vedoucímu DC. Klient konstatoval: „*Je velmi těžké plánovat vše dopředu, už dnes musím vědět, kde se zítra zdržím. Člověk pak nemůže dělat věci spontánně.*“ R2 s dodržováním pravidel žádný problém nemá, jsou to maličkosti, které mu vadí, např. to, kde se smí kouřit a kde ne. Taktéž R4, R5 a R6 pravidla vyhovují. R3 je spokojen s pravidelnou kontrolou abstinence, říká: „*Je to pro mě největší držák.*“ Pro R7 je obtížné dodržování terapeutického programu, který se mu prolíná s prací. Pravidelně odjíždí za přítelkyní do nedalekého města, kde si našel druhou práci od čtvrtku do neděle. Proto mu čas na terapii nezbývá a to se terapeutům nelíbí.

To, které aktivity terapeutického programu respondentům vyhovují více či méně, je velmi individuální. Většina klientů se shodla, že to závisí na aktuální situaci a jejich náladě. Ve výpovědích byla zřetelná opora jejich garantů, kterým mohou říci, co je trápí. R4 nevyhovují skupinové terapie, protože nerada mluví před ostatními. R5 uvádí, že program je sestaven dobře, i přes to, že spousta klientů na něho nadává. Dá se časově skloubit i s prací, i když je po ní už člověk někdy unavený.

#### 4.3.4 Prostředí chráněného bydlení

Prostředí CHB na R1 působí domácím dojmem, i když o vlastním bydlení má představy jiné. Nechtěl by bydlet s tolika lidmi. Uvědomuje si, „že když začíná od nuly, tak je to vlastně nadstandard“. CHB vytváří pro R2 rodinné prostředí a dále konstatuje: „Není to tak pěkné jako v Červeném Dvoře, což byl zámek a nedbá se tolik na pořádek, jako tam.“ R3 případně prostředí klidné, vytvářející atmosféru čistého zázemí a domova. R4 prostředí vyhovuje, hlavně volný režim. R6 se v CHB rychle zabydlel, prostředí vnímá jako přátelské. V současné době je na CHB sám, to se mu pro jednoho zdá příliš velké. R7 se v CHB cítí příjemně, oceňuje výhodnou dosažitelnost všeho, všude chodí pěšky, i do práce. Pouze R5 na otázku neodpověděla.

R1 na otázku, co by se dalo podle něho zlepšit v CHB, odpověděl: „Lidé jsou tu občas nespokojení s maličkostmi, jako je chybějící plech v kuchyni, teplá voda se jim zdá málo teplá, ale všichni z nás, co jsme tady, bychom si měli uvědomit, kde jsme byli ještě nedávno. Za 2400 Kč měsíčně tu máme všechno.“ Dva uživatelé CHB, R3 a R7 by si přáli více klidu a soukromí. R5 si vzpomněla, že by mohli dostat např. novou pračku nebo lampičky, které jim chybí. Někdo si chce číst a tak svítí, jiný chce spát. Byly by potřebné různé drobné opravy, ale na to jsou potřebné finance a ty doléčovacímu centru chybí. R6 zhodnotil, že „není asi nic co by zlepšil, v rámci možností je vše skvělé.“ R2 a R4 žádná odpověď v tu chvíli nenapadla.

Zorientovat se v novém prostředí a v novém městě nedělalo R1 problém. Hned druhý den pobytu si zakoupil mapu města, baví ho procházky historickým centrem a poznávání památek. Pochůzky absolvoval vždy sám, protože „ne každého baví chodit a bloudit po cizím městě“. R3, R4 a R6 znají město, ve kterém se nachází DC. R5 si také koupila mapu a sama poznávala město. Několikrát se i ztratila a jela na opačný konec města, než chtěla. Provázely ji obavy z neznáma, po čase se situace zlepšila a začala se orientovat. Nově příchozím klientům se potom nabídla, že jim pomůže zorientovat se v Brně, což by sama na začátku pobytu také ocenila. R7 se orientoval v novém prostředí dobře, neměl problém se na cokoliv zeptat, třeba i v informačním centru.

Závěrečná otázka byla pro respondenty těžká, ale odpověděli všichni účastníci. R1 pracovníci DC nejvíce pomohli při přizpůsobování se novým podmínkám nabídkou tykání a přátelskou atmosférou. Obrovskou podporu cítil v jejich motivaci k tomu, aby si našel práci. Vždy se ho ptali, co pro nalezení práce dělá konkrétního. To ho motivovalo, protože sám by si vydržel hledat práci maximálně týden a pak by už jen

seděl u internetu. Taktéž R2 zmínil pomoc, oporu a přátelskou atmosféru, kterou terapeuti v DC vytváří. R3 opět zmiňuje, že mu vyhovují kontrolní testy abstinence, také že má možnost lapsu (jednorázové užití alkoholu či drogy). Dozvěděl se v terapeutickém programu spoustu nových informací ohledně své závislosti. R4 shrnuje odpověď slovy: „*Pomohli mi k návratu do běžného života. Když jsem přišla z minulého výkonu trestu, hned jsem tihla k feťákům.*“ Díky kolektivu v DC a lidem stejného zájmu si našla práci a učí se žít bez drogy. R5 vnímá pomoc hlavně v tom, že má kde bydlet za rozumnou cenu. Také to, že je v kolektivu, na který je zvyklá z TK, nerada je sama. Pro R6 má CHB nenahraditelnou cenu v tom, že si udržuje dovednosti, jež se naučil v komunitě. Především schopnost postarat se sám o sebe. R7 říká: „*Nikdo nikomu s ničím nepomáhá, je to na každém z nás, jak si poradí nebo o jakou pomoc požádá.*“

#### 4.3.5 Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 1

##### **Jak probíhala adaptace uživatele chráněného bydlení na nové prostředí a podmínky?**

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že všichni respondenti svůj nástup do pobytové formy programu následné péče plánovali. Rozhodovali se podle různých kritérií, například podle dobrých referencí na konkrétní chráněné bydlení, velikosti města, blízkosti své rodiny nebo zajištěného zaměstnání. Pouze jedna respondentka měla v den propuštění z výkonu trestu odnětí svobody soudem stanovaný nástup do DC. Všichni respondenti však chtěli pomoci při zpětném začleňování do běžného života a rozhodli se využít tedy doléčovacího programu.

Je přirozené, že všechny účastníky při nástupu do CHB provázely určité obavy a nejrůznější pocity. Respondenti se obávali například nového prostředí a pravidel, přísného režimu, neschopnosti začlenit se do kolektivu nebo toho, zda zvolí správné místo pro nový život bez návykových látek. Podle mého názoru je téma před novými skutečnostmi přirozeným jevem. Tři respondenti pocit strachu z nového prostředí nevnímali, ale naopak se do CHB těšili. Jeden z nich dokonce absolvoval předchozí návštěvu do DC ještě v průběhu léčby. Mám za to, že kdyby všichni respondenti měli možnost navštívit DC ještě před zahájením pobytu v CHB a seznámit se s prostředím a personálem, jejich nepříjemné pocity by se zmírnily.

Atmosféru v CHB popsali všichni klienti jako přátelskou a proto se velmi snadno začlenili do kolektivu. Dobré vzájemné vztahy přispívají k tomu, že mezi respondenty nevznikají žádné závažné konflikty.

Díky již zmíněnému přátelskému prostředí se všem dotazovaným podařilo velmi dobře navázat kontakt s novým personálem. Přístup personálu charakterizovali jako vstřícný, laskavý a profesionální, není tedy pochyb o tom, že k bariérám v navázání kontaktu neměli důvod. Velmi pozitivním faktem je též nabídka tykání ze strany personálu. Tento krok vnímám jako symbol rovnocennosti, kterého si klienti velmi váží. Dva účastníci sice uvedli, že si při nástupu drželi určitý odstup od terapeutů, to však může být dáno povahovou vlastností, navazovat vzájemné vztahy delší dobu. Velmi vhodnou alternativou se mi jeví provázanost služeb TK a následné péče, kdy si klienti nemusí zvykat na nový personál. Bohužel ve většině případů to ale není možné.

S dodržováním interních pravidel CHB nemají respondenti větší problémy. Jsou to většinou jen maličkosti, které jim nevyhovují. Mezi pravidla, která považují za obtížná, patří příchod do půlnoci do CHB, povinnost kouřit jen na určených místech nebo povinná docházka na terapeutický program. Pravidelná kontrola abstinence je vnímána pozitivně, jako podpůrný prostředek k udržení abstinence.

Prostředí CHB působí na respondenty domácím dojmem, jako klidné, čisté a příjemné zázemí. Někteří by si sice přáli více soukromí, jiní vidí, že by byly potřebné drobné opravy či zakoupení drobných věcí. Všichni si však uvědomují, že k tomu jsou potřebné finance, které většinou doléčovacích center chybí. Jsou si také vědomi, že cena za poskytované ubytování je opravdu výhodná.

Naučit se orientovat v novém prostředí se podařilo všem účastníkům výzkumu. Tři měli tu výhodu, že město, ve kterém se DC nachází, znali. Ostatní pojali seznámení se s novým městem velmi aktivně, sami podnikali procházky a poznávali okolí.

Závěrem tedy můžeme říci, že všem respondentům se podařilo velmi dobře se začlenit do kolektivu klientů i zaměstnanců DC a adaptovat na nové podmínky a prostředí.

#### **4.4 Analýza a interpretace dílčí výzkumné otázky č. 2**

Programy následné péče se zaměřují především na sociální znovuzачlenění uživatelů návykových látek do běžného života ve společnosti. Cílem je naučit klienty novému chování, normám, hodnotám a pravidlům, které jim pomohou zvládat nároky každodenního života bez návykových látek. Většina z nich již absolvovala léčbu závislosti, proto je důležité, aby si pozitivní změny nadále udrželi a byli podporováni na cestě k doživotní abstinenci a samostatnému fungování, které zahrnuje např. zdravé pracovní

návyky, legální zdroj příjmů, vlastní bydlení, zlepšení komunikace s rodinou a osobami blízkými, plnohodnotné trávení volného času, atd. Změny, které pociťují klienti v průběhu programu následné péče, jsem se snažila odhalit prostřednictvím DVO 2 – Jaké změny vnímají klienti během terapeutického a resocializačního programu v chráněném bydlení?

#### 4.4.1 Sociální vztahy

Vztah s rodiči a sourozenci má R1 dobrý. Za rodiči jezdí asi dvakrát měsíčně, také si dost volají, asi jednou za dva, tři dny. R2 je v telefonickém kontaktu s matkou. Oba dva nechtějí, aby jezdil domů, protože to pro něho představuje rizikové prostředí, kde dříve drogy užíval. *„Máma by vlastně chtěla, aby jsme si volali každý den, takže mi spíš volá ona, já jí nevolám. Je to ještě moc brzy na to, kolik jsem jí toho provedl, chtěl bych tomu nechat čas.“* Matka R3 v jeho 18 letech zemřela, s otcem má neosobní vztah, má dojem, že se s ním otec baví jen z povinnosti. Se sestrou má hezký vztah a jsou v pravidelném kontaktu. Také R4, R5 a R6 mají velmi pěkné vztahy s rodiči, pouze R4 nechce udržovat kontakt s nevlastní sestrou, je pro ni cizí. R7 není s rodinou v kontaktu, ani nechce, maximálně jim pošle pohled na Vánoce. Je to především z toho důvodu, že vztahy v rodině nejsou optimální, což má vliv na jeho psychický stav. V místě bydliště rodičů užíval drogy a při jedné jejich návštěvě došlo k relapsu. Od té doby rodinné vazby přerušil. Kromě R7 jsou tedy všichni respondenti v pravidelném kontaktu s rodinami.

Kromě R7, u kterého se vztahy s rodinou během pobytu v CHB nezlepšily, protože s nimi není v kontaktu, se všech šest respondentů shodlo, že ve vztazích s rodiči došlo k pozitivní změně, především ve vzájemné komunikaci. R1 odpověděl: *„Asi je to tím, že nebydlím s rodičema a tím je dáno i to, že jsem schopen se s nimi bavit o čemkoliv. Můžu jim kdykoliv zavolat a o čemkoliv si promluvit.“* R2 prozradil: *„Vztah s maminkou se určitě zlepšil, z první výplaty jsem jí koupil dárek. Chtěl bych jí vrátit to, co všechno pro mě udělala a nějak se začít musí. Uvědomil jsem si, jak jsem mamince ubližoval.“* O zlepšení vztahu s matkou dokládá i odpověď R5: *„Můžu se jí svěřit, např. s tím, že v práci manipuluju s lékama a to u mě vyvolává chutě. Je to v tom, že vím, že jí můžu říct cokoli. Přitom myslím na sebe. Dřív jsem jí nic neříkala, protože jsem řešila, jak jí z toho bude. Teď je to naopak. Kdybych to shrnula, tak zlepšení nastalo už v TK a teď to intenzivně pokračuje.“*

I přístup rodičů k šesti respondentům se během léčby a pobytu v CHB změnil. Vidí snahu svých dětí se změnit k lepšímu a postupem času jim začínají více věřit. R3 uvádí: *„Ano, vztah je teď jiný, více mi věří a asi jsou ve stádiu očekávání, jestli se dokážu postavit*

na vlastní nohy.“ R6 podotýká: „*Ano, na matce je vidět, že je vyrovnanější, když nefetuju, více mi věří.*“

R1 rodinu vnímá jako „*nejbližší lidi, kteří pro mě strašně moc znamenají a kterým toho v současné době strašně moc dlužím, jsou to lidé, kteří pro mě strašně moc udělali*“. Rodina je pro šest respondentů emoční oporou, představuje pro ně jistotu, bezpečí a pomoc. R6 tvrdí: „*Ted' už pro mě rodina znamená hodně, dřív mě nezajímalo nic, ani vlastní rodina a jsem rád, že mi podali pomocnou ruku.*“ Pro R5 byla otázka co pro ni znamená rodina těžká, jak uvedla: „*Já nemohu říct co pro mě znamená rodina, ale jednotliví členové. Naše rodina se rozpadla. Oba rodiče mají novou rodinu, ani jednu neberu za svoji, ale velkou oporou je mi máma.*“

Podle výpovědí respondentů se program následné péče podílí na utváření rodinných vztahů, podle individuálních potřeb. R1: „*Ted' je to jen na mně, aby to byl vztah dospělých lidí, protože tyhle otázky mezi mnou a rodinou byly probírány už v minulých léčbách. Já problém v rodině ted' nemám, ale pokud někdo ano, tak to terapeuti hodně řeší.*“ Pokud terapeuti cítí, že problémy v rodinných vztazích nejsou, nechávají tomu volný průběh. Pokud ano, snaží se o motivaci k vyjasnění si vztahů s nejbližšími. Také pracovníci následné péče v Jihlavě usilují o to, aby R6 pracoval na změně postoje k rodině, ale on nemá zájem. Chce zkusit nový začátek sám.

K sociálním vazbám s přáteli a kamarády vypověděli respondenti následující: R1 rozlišuje na kamarády a přátele. Kamarádů má spoustu. Jsou to lidé, které kdykoliv rád uvidí, ale přítel má jen několik. Na ty se může s čímkoliv obrátit. V DC přátele nemá, jen kamarády. Tři respondenti uvedli, že vlastně žádné přátele nemají, v současné době si je teprve hledají, jako např. R3: „*Prakticky v současné době žádné přátele nemám a nikdy jsem neměl, pro mě jsou ted' přátelé rodina.*“ R2, R4 a R6 mají přátele z předchozí léčby či z CHB.

Respondenti se shodují, že navazování kontaktů mimo CHB je pro ně obtížné. Výjimkou je navazování vztahů na pracovišti, to nikomu z respondentů problém nečiní. Pouze R6 se stýká jen s lidmi z DC, protože je v současné době nezaměstnaný. R4 říká: „*Nemám žádné kontakty mimo DC, když nepočítám kolegyně z práce.*“ R6 se svěřil, že problémem v navazování kontaktů je abstinence. S oslovením lidí problém sice nemá, ale všichni chtějí zajít na pivo a to on nesmí.

Když respondenti budou navazovat nová přátelství či partnerský vztah, bude pro ně důležité zmínit svoji drogovou minulost. Na tomto se shodli všichni. Dále také na tom,



že se svěřením se s minulostí vyčkají delší dobu, než druhého poznají. R1 si myslí, že mu nebude dělat problém svěřit se komukoliv se svou minulostí. Pokud mu bude na tom člověku záležet, bude chtít, aby to věděl co nejdříve, jen co to situace dovolí. „*Minulost pro mě nehraje roli, já chci poznat člověka jaký je teď a neřešit, jaký byl dříve a to očekávám i od ostatních.*“ R6 konstatuje: „*Je to důležité to říct, i když je možné, že se na mě budou lidé dívat přes prsty, ale mně se uleví.*“

Předsudků se neobávají čtyři respondenti. Očekávají, že si lidé nechají vše vysvětlit nebo jim na mínění druhých nezáleží. R6 k tomuto říká: „*Předsudky neřeším, vím, že svou léčbou dělám pro sebe maximum a to je důležité.*“ R2, R4 a R5 mají naopak strach z předsudků a rychlých závěrů.

Pět respondentů není v kontaktu s kamarády, se kterými trávili čas před užíváním návykových látek, tedy se spolužáky či s kamarády z místa bydliště. Je to především z toho důvodu, že se s těmito přáteli přestali stýkat kvůli své závislosti. Navázat původní vztahy se R7 snaží například prostřednictvím Facebooku. R1 je v kontaktu s kamarády, se kterými trávil čas před užíváním drog, z tohoto okruhu má opravdové přátele. R4 nechce obnovovat stará přátelství, je samotářka a čas chce věnovat raději synovi.

Kontakty s lidmi z období užívání nelegálních návykových látek neudrží R1, R3, R6 a R7. R1 podotýká, že sám tyto kontakty nevyhledává, kvůli tomu odešel do jiného města. R6 doplňuje, že kamarády, se kterými pil, nedokázal „*odříznout*“, setkal se s nimi v hospodě, ale on sám z toho neměl dobrý pocit, proto odešel. Se známými, se kterými užíval drogy, se nestýká vůbec. Tři zbývající respondenti jsou v kontaktu s bývalými kamarády z období užívání drog telefonicky nebo přes Facebook.

Na otázku, jak budete reagovat v případě, že vás někdo z bývalých drogově závislých kamarádů kontaktuje nebo někoho potkáte, odpověděl R1, že občas se mu někdo ozve. Svěřuje se: „*Je složité lidi z minulosti úplně odříznout, ale vím, že jsem vystaven riziku, že když budu s nimi v kontaktu, začnu znovu brát. Když mi někdo zavolá, tak s ním krátce pohovořím a snažím se mluvit na rovinu. Ať by mi řekli co by chtěli, stejně poznám, jestli berou nebo ne. Sám tyto lidi nekontaktuju.*“ R2 plánuje, že až pojedete k matce, chtěl by se potkat s kamarádem, se kterým společně drogy užívali. Kamarád v současné době návykové látky neužívá, ale neabsolvoval žádnou léčbu. Nezná tedy např. pravidlo, že nesmí pít ani pivo. R2 má z toho strach, že až se setkají, kamarád ho na pivo pozve. Tohoto známého nemůže odmítnout, protože mu hodně pomohl, proto se bude vystavovat riziku. Kdyby ale kamarád začal drogy znovu užívat, vyhýbal by se mu. R3 by v případě,

že by někoho z bývalých kamarádů potkal, komunikoval normálně, ale se značným odstupem. R4 by při náhodném setkání s uživatelem drog předstírala, že si ji s někým spletl. R5, R6 a R7 by zúžili náhodné setkání na krátkou konverzaci. R6 řekl: „*Bavil bych se s bývalými známými jen v případě, kdyby chtěli požádat o pomoc. Jinak v tom má jasno, že tito lidé představují riziko.*“

Kromě R7 v současné době nikdo z klientů partnerský vztah nemá. Dříve měli vztahy s uživateli návykových látek. R4 a R6 v blízké budoucnosti nechtějí navázat nový partnerský vztah. R6 podotýká: „*Měl jsem vztah dva roky, rozešli jsme se kvůli pití, v současné době nikoho nehledám, protože mám dost práce sám se sebou.*“ R7 partnerku má, ve vztahu má však problémy. Partnerka se ho dotazuje na minulost a vadí jí, že se jí svěřil s tím, že byl ve výkonu trestu odnětí svobody a bral drogy. To ho odradilo od toho, aby se jí dále svěřoval. Neví, zda jejich vztah vydrží.

Budoucí partnerský vztah si šest respondentů vůbec nepředstavuje. R4 to shrnuje slovy: „*V tuto chvíli si ani nedokážu představovat vztah, je to hrozně složité si najít partnera nebo vůbec navázat kontakt s někým jiným, než jsou lidi z DC.*“

Uzavření manželství se nebrání čtyři účastníci výzkumu, R4 bude raději volit jen společné soužití, protože má již zkušenost s rozvodem a R1 a R3 nemají zatím jednoznačný názor.

Všichni respondenti se shodují, že vliv DC na utváření nových přátelských a partnerských vztahů je velký. Uvedli, že témata týkající se vztahů jsou velmi častým tématem jak při skupinových, tak individuálních terapiích. „*Myslím si, že tady na těch lidech si to můžu cvičit, jak navazovat kontakt a bavit se s lidmi a to je zkušenost, kterou nikde neseženu*“, charakterizovala R5.

#### 4.4.2 Zaměstnání

Při hledání nového zaměstnání stál R1 před otázkou, jestli zvolit práci, která ho baví, což by trvalo jistě déle nebo zda vzít první práci, kterou najde, např. do pásové výroby. Pro R2 a R4 bylo obtížné najít práci z důvodu nízkého vzdělání a záznamu v trestním rejstříku. R3 velmi těžce nesl neustálé odmítání. R5 propadala obavám a myslela si: „*Je spousta lidí, kteří by to zvládli lépe než já, měla jsem pocit, že nikde na mne nečekají.*“ Pro R6 bylo nejobtížnější zaměřit se na hledání jakékoliv práce, čili nehledat jen práci ve svém oboru, i přes to, že má několik rekvalifikací v oblasti svařování. R7: „*Já jsem měl práci sehnanou, proto mně to nepříjde jako problém.*“

R1 si práci hledal tím způsobem, že chodil na poznávací procházky městem a měl u sebe vždy životopisy. Když objevil nějakou firmu nebo místo, kde by se mu líbilo pracovat, zanesl tam svůj životopis. „*Přijde mi lepší osobní kontakt, než to nechávat na ÚP nebo zasílat životopisy e-mailem.*“ Též R2 kladl důraz na osobní kontakt a roznášel životopisy. Práci mu ale pomohli najít v DC. Za podpory DC získal práci i R3. Osobní hledání zaměstnání nepreferoval, nemá rád věčné odmítání, spíše rozesílal odpovědi na inzeráty. R4 a R5 sehnaly práci prostřednictvím známých z CHB. Ti jim pověděli o volném pracovním místě, proto šly na pohovor a práci získaly. R1 a R7 si práci našli zcela samostatně, čtyřem klientům k práci pomohli pracovníci či jiní klienti CHB prostřednictvím zprostředkovaného kontaktu.

Všichni respondenti si uvědomují, že práci si nemohou vybírat, ale musí se zpočátku spokojit s jakýmkoliv zaměstnáním. Přáli by si ale práci, která je baví a je dobře finančně ohodnocena. R1 má svoji práci rád a prozrazuje: „*V mém případě je práce skloubená i s koníčkem, což je hudba. Výhoda této práce je, že stále se tam děje něco nového, střídají se tam různé kulturní akce.*“ Také R5 je velmi spokojená jako ošetřovatelka v domově důchodců a kvůli této práci chce zůstat bydlet v Brně natrvalo. Pro R6 bude kritériem při výběru zaměstnání skutečnost, aby dělal to co umí, tedy aby pracoval ve svém oboru.

Pět ze šesti zaměstnaných respondentů neuvažuje v blízké době o změně zaměstnání. Pouze R3, který momentálně pracuje jako řidič vysokozdvizného vozíku ve slévárně, o změně uvažuje. Na pracovišti mu byly nabídnuty drogy. „*Neustále svádím vnitřní boj, někdy mám dny, že nevím ani proč abstinuju a to mi nedělá dobře.*“

Respondenti velmi radostně hovořili o tom, že se jim velmi dobře podařilo začlenit se do kolektivu. R6 se domnívá, že až bude mít práci, bude mít zpočátku ostych vůči ostatním zaměstnancům, časem se snad zapojí do kolektivu.

Dva dotazovaní se svěřili někomu ze svých kolegů v práci se svou drogovou minulostí. R1 se svou minulostí svěřil jedné kolegyni. Má potřebu, aby to alespoň někdo věděl, ale zároveň to dále nechce šířit, „*není to nic ke chlubení*“. R2 se svěřil přímo majiteli firmy, u které je zaměstnán. Nechtěl, aby jeho minulost vyšla najevo tak, že by se to majitel dověděl od jiných lidí a o práci následně přišel. Byl překvapený, jak bezproblémově to přijal. R6 plánuje, že se v budoucím zaměstnání po čase, až kolegy pozná, svěří se svojí minulostí. U R4 vyšla její minulost na povrch náhodně. Při nástupu do současného zaměstnání zatajila svůj záznam v rejstříku trestů, ale po tom, co ve firmě někdo vykradl skříňky, chtěla vedoucí po všech pracovnících výpis z trestního rejstříku.

Vedoucí se k bývalé závislosti respondentky a jejímu záznamu v rejstříku trestů postavila bez předsudků, vyšším nadřazeným se to nelíbilo. O práci nepřišla, neboť byli spokojeni s jejími pracovními výsledky. Zbývající tři respondenti se nechtějí svěřovat nikomu v zaměstnání se svou minulostí, uvedli, že to je jejich soukromá věc. R3 chce vyzkoušet, jak se k němu budou lidé chovat, když o jeho bývalé drogové závislosti nevědí.

Zjistila jsem, že čtyři respondenti by měli zájem dále se vzdělávat. Jedná se o R1, který by si přál v budoucnu působit v oblasti prevence drogově závislých. Tu by podle něho měli provádět lidé, kteří mají s návykovými látkami zkušenost. Sám ve školních lavicích prevenci nezažil. Uvedl, že studium plánuje až za několik let, protože v současnosti má hodně starostí sám se sebou. R3 plánuje nástavbové maturitní studium, stejně jako R4. Ta by chtěla od následujícího školního roku, započat dálkové studium a později působit v sociální sféře a věnovat se etnickým menšinám. Rozhodla se, že nechce zůstat jen u uklízení. R6 by se rád dále rozvíjel ve svém oboru a proto by chtěl získat další osvědčení z rekvalifikačních kurzů v oblasti svařování.

Na otázku, jakým způsobem pomáhá program následné péče realizovat pracovní či vzdělávací aktivity, odpověděl R1: „*Myslím si, že se tady dělá maximum pro to, aby člověk byl zařazen do běžného života, jak pracovního, tak sociálního.*“ Podle respondentů je to oblast, které je věnována největší pozornost. Terapeuti je neustále vedou k tomu, aby si hledali práci a vzdělávali se. Za velmi motivující považují zpětnou kontrolu, jak si práci hledají a na jaké pracovní pohovory chodí. Pomocí je též přístup k internetu. R5 svoji odpověď charakterizovala takto: „*Často nám i říkají svůj názor, třeba zda je to vhodné zaměstnání pro nás, atd. Myslím si, že terapeuti mají velký přehled a smysluplně dokáží člověku poradit. I mně řekl jeden terapeut, že práce ošetřovatelky pro mě není vhodná, protože budu v kontaktu s léky, ale já jsem přesto do toho šla.*“

#### 4.4.3 Volnočasové aktivity

Klienti se ve svém volném čase věnují různým aktivitám. Odhalila jsem ale, že v této oblasti, tedy v aktivním trávení volného času, pociťují nedostatky. R1 a R7 se věnují svému velkému koníčku, tedy sportu a navštěvují posilovnu. R2 a R3 by také rádi chodili do posilovny a věnovali se různým sportům, nemají však dostatek financí na volnočasové aktivity. R4 se po práci věnuje synovi. Vyzvedává ho z družiny a vodí k matce, které byl soudem svěřen do péče. Pátý a šestý respondent přiznávají, že neví, jak s volným časem naložit. R5 podotýká: „*Nemám žádné koníčky, možná bych se mohla zapsat do kurzu tance, ráda chodím do města, po bazarech, to se snad časem ukáže, co mě bude bavit.*“

Volného času na realizaci svých zájmů a koníčků má pět respondentů velmi málo. Práce a terapeutický program následné péče jim vyplňuje veškerý čas. R2 si postěžoval, že když chodil do práce, moc volného času neměl. V současné době jeho zaměstnavatel pro něho nemá práci a také mu nevyplatil mzdu. Teď, když by na své zájmy měl dostatek času, nemá na ně peníze. R3 uvedl, že volného času má relativně hodně, ale nemá chuť ho aktivně vyplňovat, opět kvůli nedostatku financí. Jeho výplata pokryje náklady na bydlení a stravu, jiné věci si už dovolit nemůže. „*Nemůžu nikam chodit, protože na to nemám, proto se uzavírám hodně do sebe a celé hodiny přemýšlím.*“

Z rozhovorů je zřejmé, že šest respondentů ze sedmi, omezují finanční prostředky při využívání volného času. Než si R1 našel práci, peníze ho taktéž omezovaly při využívání volného času, teď už ne. Uvádí, že „*na tom co ho baví, nehodlá nikdy šetřit*“. R5 v předchozím hovoru uvedla, že stále nemá žádné koníčky, proto zatím neví, zda ji peníze budou nějakým způsobem omezovat, ještě si nezjišťovala, co kolik stojí.

Pouze dva respondenti se vrátili ke svým zájmům, které měli před obdobím užívání návykových látek. Oba dva se vrátili ke sportu, který je od dětství velmi bavil. R4 mi pověděla, že závodní plavání byl její obrovský koníček, měla několik tréninků týdně a to by již v současné době nebylo časově možné. Čtyři klienti se v odpovědi ztotožňují, že neměli nikdy žádné smysluplné zájmové aktivity, ke kterým by se mohli vrátit.

Velmi příjemným zjištěním byla skutečnost, že respondenti vnímají pomoc DC při využívání svého volného času. Klienti P-Centra v Olomouci oceňují například snížené vstupné do posilovny. R3 dodává: „*Zpočátku jsem byl rád i za kluby a skupiny, protože jsem nevěděl, co s volným časem.*“ Také R4 a R5 pomáhají kluby, jejichž cílem je podpora nových zájmů a vhodné využití volného času. Podporou jsou též týdenní plány, které si klienti sami vypracují a následně plní své stanovené cíle.

#### 4.4.4 Zdraví

Jak již bylo zjištěno v osobní anamnéze, současný zdravotní stav všech respondentů je dobrý. Přesto jsem se rozhodla otevřít téma, zda je i v současné době stále ještě provází nějaké fyzické či psychické problémy, které by souvisely s předchozím užíváním návykových látek. Fyzické následky užívání drog řeší pouze R1. Desetileté braní pervitinu mělo dopad na jeho chrup, který je nenávratně poškozen. Oproti tomu psychické problémy provází téměř všechny respondenty. Nejčastější je flashback, tedy záblesky minulosti, ve kterých prožívají touhu po droze v podobě vzpomínek. To potvrzuje i R3: „*Psychické problémy určitě ano, ve špatném období flashbaky jsou. Mohl bych to např. řešit*

*na skupině či s garantem, ale já sám si nedokážu o pomoc říct, proto se to snažím zvládat sám.*“

Pod pojmem zdravý životní styl si respondenti vybavili především sport, tedy dostatek pohybu, dřinu v posilovně, zdravé a střídavé jídlo, celozrnné pečivo, dostatek spánku a zákaz kouření. Zdravému životnímu stylu se cíleně nikdo nevěnuje, pouze R1 a R7 vyzdvihují dostatek pohybu, na kterém si zakládají. Někteří z klientů opět otevřeli téma financí. Zdravý životní styl, tedy aktivně strávený čas a kvalitní jídlo je pro ně finančně nedostupné.

Následující otázku, co pro respondenty znamená abstinence, bych ráda citovala u všech klientů, protože každá odpověď je jedinečná. R1: *„Jedna z možností, jak začít žít.“* R2: *„Nový začátek.“* R4: *„Spokojený život.“* R5: *„Všechno, když neabstinuješ, nemáš nic.“* R6: *„Životní styl, pravý opak toho, když jsem bral.“* R7: *„Opak mé minulosti a něco sám sobě dokázat.“* Jen R3 neodpověděl, stále nemá v této oblasti jasno. Přesto, že každá odpověď je jiná, mají mnoho společného. Odpovědi představují touhu po novém, lepším životě, čili přesný opak toho, jak žili během užívání návykových látek.

Čtyři respondenti vypověděli, že jsou to právě oni samotní, kdo se motivují nadále udržet v abstinenci. Motivací k abstinenci u R1 je *„právě ta možnost, že můžu začít znovu žít“*. Pro R6 jsou motivací rodiče a bratr. R3 se v současné době teprve snaží zjistit, co ho motivuje k léčbě a abstinenci, doposud si na to nedokázal odpovědět. Podvědomě má strach se vrátit zpět k užívání drog.

K oblasti zdravého životního stylu a vlivu DC na tuto oblast respondenti uvedli, že to je zcela v jejich rukou a tato oblast je v programu následné péče méně prioritní. Terapeuti je sice motivují ke zdravému životnímu stylu a nabádají je k ukončení kouření, ale sami klienti uvedli, že v praxi to moc neřeší.

#### **4.4.5 Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 2**

##### **Jaké změny vnímají klienti během terapeutického a resocializačního programu v chráněném bydlení?**

Další výzkumnou otázkou jsem se snažila prozkoumat, jaké změny vnímají klienti během svého doléčovacího procesu. První oblastí, na kterou jsem se zaměřila, byla oblast sociálních vztahů. V ní jsem zaznamenala velký pokrok dotazovaných respondentů. Kromě jednoho klienta se podařilo všem urovnat vztahy se svými rodiči a jsou s nimi v pravidelném kontaktu. Rodina pro ně opět představuje jisté zázemí a poskytuje jim emoční oporu, jistotu, bezpečí a pomoc. Respondenti si uvědomili svá provinění a rodiče

vidí jejich snahu na sobě pracovat. Díky tomu došlo k pozitivní změně především ve vzájemné komunikaci.

Sociální vazby s přáteli a kamarády jsou dle výpovědí respondentů v současné době zúženy především na kamarády a přátele z CHB, z předchozích léčeb a kolegy v zaměstnání. Příčinou je ve většině případů úplné přerušení vazeb s kamarády z mládí, kteří návykové látky neužívali. Tři respondenti uvedli, že opravdové přátele nemají a teprve si je hledají. Navazování kontaktů mimo CHB je pro ně obtížné. Domnívám se, že toto se zlepší postupem času a také po ukončení pobytu v CHB, kdy se zcela integrují do běžné společnosti. I přes to, že respondenti si uvědomují, že kontakt s lidmi z období užívání návykových látek je rizikový, jsou s nimi tři respondenti ve spojení. Za velmi příjemné zjištění považují fakt, že všichni účastníci výzkumu chtějí svým blízkým po čase zmínit svoji drogovou minulost. Je vidět, že se s ní dokázali vyrovnat a nechtějí v budoucích vztazích nic tajit. Partnerský vztah má pouze jeden klient, ostatní se na něho ještě necítí dostatečně připraveni nebo neměli zatím příležitost se s někým seznámit.

Během uplynulých tří až čtyř měsíců v CHB si šest respondentů ze sedmi dokázalo najít zaměstnání, což je velmi kladnou skutečností. I přes některá úskalí, jako je nízké vzdělání, záznam v trestním rejstříku nebo málo pracovních zkušeností, uspěli. Dva klienti si práci našli zcela samostatně, ostatním se ji podařilo najít prostřednictvím zaměstnanců či kamarádů z CHB. V této oblasti je tedy vidět opravdu velká pomoc a podpora ze strany doléčovacích center. Všem se podařilo velmi dobře se začlenit do pracovního kolektivu, proto neuvažují o změně. Pouze jeden respondent se setkal s nabídkou drogy na pracovišti, proto chce v blízké době zaměstnání změnit. Pokrokem v osobním rozvoji respondentů je i to, že čtyři se dále chtějí v budoucnosti vzdělávat a rozvíjet vlastní kvalifikaci.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že klienti v oblasti volnočasových aktivit pocítují jisté nedostatky. Je to především ze dvou důvodů. Jednak nemají dostatek financí na aktivní trávení svého volného času nebo ještě neví, jak s ním naložit. Čtyři klienti se shodli, že díky drogám neměli nikdy žádné smysluplné zájmy a nepoznali, co by je ve skutečnosti bavilo. Proto pomoc DC v oblasti volnočasových aktivit vítají.

Poslední zkoumanou oblastí byl zdravý životní styl. Tomu se cíleně žádný z respondentů nevěnuje. Dva klienti hodně sportují, pro ostatní představuje zdravý životní styl vyšší finanční náklady, proto pro ně není prioritou. Usuzuji, že zdravý životní styl pro ně představuje abstinence. Tu také jeden z respondentů označil jako životní styl, pravý

opak toho, když užíval návykové látky. Současné zdraví respondentů je dobré, ale všichni ještě občas pociťují psychické problémy.

Změny, kterých klienti dosáhli během terapeutického a resocializačního programu následné péče, jsou zřejmé. Pobyt v CHB má vliv na pozitivní rozvoj v sociálních vztazích a především na pracovní uplatnění. Oblast volnočasových aktivit a zdravého životního stylu by měla být dále rozvíjena.

### 4.5 Analýza a interpretace dílčí výzkumné otázky č. 3

Jedním z cílů následné péče je klientům pomoci získat základní sociální dovednosti, které budou potřebovat při návratu do běžného života a dovést je k úplné samostatnosti. Poslední výzkumnou otázkou, DVO 3 – Jaké sociální dovednosti získají klienti chráněného bydlení v programu následné péče, jsem se snažila tyto sociální dovednosti prozkoumat. Tyto dovednosti zahrnují například schopnost komunikovat s lidmi, sebepoznávání, finanční hospodaření, jednání s úřady či schopnost zajistit si vlastní bydlení. Zajímalo mě, k jakým změnám v těchto oblastech u účastníků výzkumu došlo.

#### 4.5.1 Umění jednat s lidmi

Respondenti posuzují ostatní lidi jednak podle zevnějšku, tedy podle prvního dojmu, ale též podle jejich charakterových vlastností a chování. Například R1 posuzuje druhé na základě prvního dojmu. Pokud je mu někdo na první pohled nesympatický, drží si odstup a snaží se přijít na to, proč tomu tak je. R5 dodává: *„Musím pořádně člověka poznat a to mi trvá nejméně půl roku.“*

Prosadit svůj názor není problematické pro čtyři respondenty. R4 se domnívá, že není vůdčí typ osobnosti, proto se své názory v kolektivu uplatňovat nesnaží. R5 a R6 shodně uvádějí, že prosazovat svůj názor lépe dokázali v TK, kde bylo prostředí důvěrnější. R5 říká: *„Dařilo se mně to více v TK, tady se mně to tolik nedaří. V TK jsem byla na lidi více zvyklá, věděla jsem, co si ke komu můžu dovolit. V DC se scházíme málo, proto já sama za sebe mám pocit, že je lepší být potichu a držet krok.“*

Pět odpovědí, na otázku jak zvládáte negativní emoce, vykazovalo určitou podobnost. Většina klientů uvedla, že negativní emoce zvládají špatně, zpravidla je „dusí“ v sobě a nikomu se s tím nesvěří. Například R6 zkonstatoval: *„Nejsem takový, že bych to ventiloval navenek, dusím to v sobě.“* R5 zhodnotila: *„Hodně emoce v sobě dusím a pak*



je mi z toho zle.“ R1 se negativní emoce učí zvládat. „*Probíráme některé praktiky, jako je zatínání svalů, které mi v zátěžových chvílích pomáhají od nepřiměřené reakce.*“ R7 to řeší debatou s někým blízkým.

Naprostá shoda panovala u odpovědí, které se týkaly přijímání kritiky. Všichni ji v první chvíli nesou velmi těžce, ale pokud je oprávněná a objektivní, jsou schopni nad ní přemýšlet a vzít si z ní ponaučení.

Naslouchat druhým lidem nečiní nikomu z respondentů problém. Mám za to, že je to z toho důvodu, že se sami potřebují často svěřit se svými problémy někomu blízkému, proto i oni mají pochopení pro druhé. R1, R4 a R6 dokonce uvedli, že raději naslouchají druhým, než aby mluvili o sobě.

#### 4.5.2 Sebepoznávání

Čtyři respondenti zhodnotili své sebevědomí jako velmi nízké. R2 řekl: „*Když jsem bral drogy, věřil jsem si víc.*“ Také R3 naznal, že „*během léčby mu sebevědomí spadlo, je to horší, protože je to tvrdá realita*“. Naopak tři respondenti s uplývající dobou léčby vnímají zlepšení.

Za relaxaci považují tři respondenti sport, ostatní odpočívají u televize, knihy či poslechu oblíbené hudby.

Největší radost mají dotazovaní ze svých vlastních úspěchů. R1 shrnuje tuto otázku slovy: „*Když mám radost sám ze sebe, že se mě daří, že jsem právě šťastný.*“ R4 má největší radost ze své svobody a také z toho, že může být se svým synem. R5 je šťastná, že má práci, která ji baví, vydělává si vlastním přičiněním peníze a může si za ně koupit pěkné oblečení. R6 měl radost třeba z toho, když šel poprvé do kina mezi lidi, tím z něho spadly negativní emoce.

Pro dva respondenty je stresující záležitostí blízká budoucnost a bydlení. Řeší, zda mají jít bydlet samostatně nebo s někým z CHB. Každá varianta má svá rizika. Neustále nad tím přemýšlí a je to stresující. R2 a R3 jsou ve stresu kvůli finanční nejistotě. R2 uvádí: „*Stresuje mě nejasná budoucnost a finance. Také to, že nemám přítelkyni. Občas mám myšlenky, že bych se vrátil k bývalé přítelkyni, ale vím, jak by to dopadlo.*“ R4 má strach z toho, že by musela znovu jít do věznice, přišla znovu o rodinu, syna, svobodu, o všechno. R5 měla veliké obavy z nočních služeb, ve kterých se slouží jednotlivě, trpěla žaludečními obtížemi. R6 vypověděl, že ho dokáže stresovat úplně maličkosti, je velký trémista. Když si jde vyzvednout například certifikát na již hotový svářečský kurz, je ve stresu. „*V závěru se tomu sám směju*“, dodává.

Stres zvládá každý po svém. Dva respondenti si jdou zacvičit do posilovny, R2 a R3 se v období stresu uzavírají do sebe a hodně přemýšlí, zbývající klienti si o svých problémech snaží s někým promluvit. Nejčastěji je to matka, s kým řeší své starosti, pět respondentů totiž uvedlo, že je jim oporou v nejtěžších chvílích. R3 je oporou sám sobě, nerad dává najevo své problémy a v jaké situaci se nachází. Také R7 má v nesnadném období oporu sám v sobě, též ji cítí ve svém terapeutovi.

#### 4.5.3 Finanční hospodaření

Šest ze sedmi respondentů prozrazuje, že hospodaření s financemi je pro ně velmi obtížné. R1 měl naspořeno na bydlení, ale koupil si z toho reprobedny. R2 si bral několikrát měsíčně zálohu, protože s financemi nevycházel. R3 přiznává, že se musí se naučit počítat a vycházet s výplatou. Chtěl by to mít tak, aby peníze počítat nemusel, ale ví, že to je jen dětská představa. Také R5 nemá nachystán pevný rozpočet. Na začátku měsíce, dokud peníze má, si kupuje to, co jí udělá radost. Až začnou finance docházet, kupuje jen to nejnnutnější. Pouze R4 se daří s financemi dobře hospodařit.

Po zaplacení nákladů na bydlení respondenti utrací nejvíce za jídlo. Kuřáci mají výdaje za cigarety a R1 a R7 si platí vstupy do posilovny.

Třem respondentům se daří nějaké peníze uspořit, tři s výplatou vyjdou jen těsně. R6 má v plánu, že až si najde práci, bude také spořit.

V případě platební neschopnosti by se čtyři respondenti obrátili na svou rodinu, tři by situaci řešili zcela samostatně. R6 mi sdělil: „*Strázně nerad někoho o něco žádám, asi bych si vzal nějakou půjčku.*“

Z minulosti řeší R1 dluhy vůči rodičům. Z každé výplaty jim bude dávat dva tisíce. Opět ale ví, že kdyby to finančně nezvládal, tak mu třeba měsíc počkají. Další dluh bude splácet pojišťovně formou splátkového kalendáře. Také R3 bude splácet dluh rodičům za vzniklou škodu, kterou způsobil při krádeži ve firmě, kde pracoval. R4 a R7 také budou splácet dluhy institucím, kterým dluží, formou splátkového kalendáře a R2 je ve stádiu, kdy teprve zjišťuje, kde zůstal dlužen.

#### 4.5.4 Jednání na úřadech

Pět respondentů nemá problém si vyřizovat osobní věci na úřadech. Shodli se na tom, že jim vadí fronty, časové prodlevy či neochota úředníků, ale úřední jednání jim nečiní problémy. R5 říká: „*Úřady, banka, doktoři, to mi nedělá problémy.*“ R6 provází při úředních jednáních tréma, ta opadá v případě opakovaných návštěv v jednotlivých

institucích. Obavy z jednání na úřadech má pouze R4. Nejobtížnější je pro ni být samostatnou.

Obvyklé úřední povinnosti, které museli respondenti v nedaleké minulosti vyřídit, byly na úřadě práce, zprostředkování zaměstnání nebo dávky hmotné nouze. Také jednání při řešení dluhů. R4 uvedla: „*Nejhorší bylo jít na ÚP, když mě propustili z věznice. Cítila jsem se trapně, že jdu z výkonu trestu. Myslela jsem si, že se mnou půjde matka, která se mnou doposud vše vyřizovala. Ale nakonec se mnou nešla, chtěla, abych byla samostatná. Matka mi řekla, že teď bude vše jinak a budu si vše vyřizovat sama. To mi nakonec moc pomohlo.*“

#### 4.5.5 Vlastní bydlení

Vlastní bydlení by si R1 představoval tak, že by bydlel sám. „*Asi by bylo nejlepší mít dost peněz na to utáhnout vlastní bydlení a bydlet sám. Měl bych víc soukromí. Společné bydlení má zase výhodu, že je levnější a můžeme si pomáhat, ale může to být i naopak. Když jeden zrecidivuje, je to ohrožující.*“ Oblast bydlení ještě nemá vyřešenu, neví pro co se rozhodnout. R2 by chtěl bydlení vyřešit tak, aby měl práci spojenou s firemním bydlením. Pokud by to nevyšlo, bude bydlet se spolubydlícím z CHB, sám by vlastní byt neutáhl. Také R3 a R5 plánují společné bydlení s kamarády z CHB. R4 vlastní bydlení nepreferuje, vrátí se k matce, kde má její syn v současné době domov. Nechce mu narušovat získané rodinné zázemí. Bude přispívat na inkaso a jídlo a matka jí s péčí o syna pomůže. R6 by si chtěl pořídit domeček se zahradou na vesnici. Nechce někomu cizímu platit nájem. Až bude mít jistý výdělek, rád by splácel hypotéku, aby měl něco vlastního. R7 zamýšlí bydlet s přítelkyní, jen neví, jestli mu to s tou současnou vyjde.

Šest respondentů ze sedmi v žádném případě neuvažuje o možnosti se po pobytu v CHB vrátit k rodičům. R1 a R7 mají předchozí negativní zkušenosti se společným bydlením s rodiči. R2 se obává rizikového prostředí, tedy toho, kde užíval návykové látky a R5 si chce najít své vlastní bydlení kvůli nové práci, která ji baví. R6 by společné bydlení s rodiči vnímal jako ohrožující. Matka je příliš hodná a o vše by se starala, proto by nerozvíjel dále svoji samostatnost a otec má problém s alkoholem. Pouze R4 se vrací bydlet k matce, bere však ohled na svého syna.

Největší obavou do budoucnosti je pro dva respondenty recidiva. Ostatní klienti se obávají, že nebudou mít dostatek financí na zaplacení bydlení.

Jak vám pomáhá program následné péče a pobyt v CHB v utváření sociálních dovedností? Na tuto poslední otázku odpověděl R1, že se cítí více samostatný v oblasti

rozhodování se. Shodně odpověděl i R2: „*Jsem více samostatný, jsem schopen si sám vydělat a zaplatit bydlení, aniž bych dostal sponzorský dar od mámy.*“ R4 má za to, že se naučila mnoho věcí vyřídit sama, například věci na úřadech. R3, uvedl, že se naučil žít a starat se sám o sebe, je na to připravenější než po příchodu z léčebny. R5 za novou dovednost považuje to, že zvládá chodit do zaměstnání.

#### 4.5.6 Odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 3

##### **Jaké sociální dovednosti získávají klienti chráněného bydlení v programu následné péče?**

Prostřednictvím poslední výzkumné otázky jsem se snažila odpovědět na to, jaké sociální dovednosti klienti získávají během svého pobytu v chráněném bydlení. Velmi pozitivním zjištěním bylo, že respondenti posuzují druhé lidi podle charakterových vlastností a chování člověka a potřebují dostatek času na to, aby druhého lépe poznali. Někteří též uvedli, že na posuzování lidí má vliv první dojem, u kterého je však potřeba postupem času ověřit, zda byl správný. Respondenti se nenechávají tedy ovlivňovat předsudky, stereotypy či jinými chybami v poznávání lidí.

Schopnost prosadit svůj názor v kolektivu mají čtyři respondenti. Ostatní v oblasti sebeprosazování cítí jisté nedostatky, což je pravděpodobně dáno jejich charakterovými vlastnostmi. Pro někoho je přirozená iniciativnost a rychlá adaptace v kolektivu, pro jiného méně. Dva respondenti se shodli, že prosadit se jim dařilo lépe v TK, kde měli s ostatními klienty osobnější vztahy.

Zjištěnou skutečností je také to, že respondenti špatně zvládají negativní emoce. Uvedli, že tyto nelibé pocity v sobě zadržují, což podle mého názoru velmi negativně ovlivňuje jejich prožívání a celkovou spokojenost. Pouze jeden respondent odpověděl, že v případě záporných emocí se snaží o nich hovořit s někým blízkým. Práce s negativními emocemi, jako je smutek, strach, hněv či frustrace, je problematickou oblastí respondentů. Terapeutický program by mohl být na toto téma ještě více zaměřen.

Kritiku klienti sice zpočátku nesou těžce, ale uznávají, že pokud je objektivní a oprávněná, jsou schopni si z ní vzít ponaučení.

Dovednost naslouchat druhým lidem je pro respondenty přirozenou součástí komunikace.

V oblasti umění jednat s lidmi tedy respondenti prokázali, že jsou schopni zdravé a asertivní komunikace, která přispívá k vytváření dobrých vztahů mezi klienty.

Sebevědomí tří zúčastněných v průběhu doléčování stoupá, což považuji za další pokrok, kterého prostřednictvím následné péče dosáhli. Naopak čtyři respondenti uvedli, že jejich sebevědomí je stále velmi nízké, uvědomují si, že si ho zvyšovali drogami a v běžném životě to není snadné. Úroveň sebevědomí ovlivňuje všechny oblasti lidského života, tedy partnerské vztahy a komunikaci, zaměstnání, trávení volného času, zdraví i celkovou osobní spokojenost. Proto je velmi důležité, aby na úrovni sebedůvěry dále pracovali.

Největší radost mají respondenti ze svých vlastních úspěchů, jako například z pracovních úspěchů, nabyté svobody nebo když se jim daří v mezilidských vztazích. Věřím, že postupem času jim vlastní úspěchy pomohou i se zvýšením již zmíněného nízkého sebehodnocení. Naopak nejvíce stresující je pro respondenty blízká budoucnost, nejistota ohledně vlastního bydlení a finanční zaopatření. Práce se stresem je další oblast, na kterou by se měli zaměřit.

Oblast finančního hospodaření je nesnadnou záležitostí pro uživatele chráněného bydlení, jak sami přiznali, zato všichni mají snahu řešit své dluhy z minulosti.

Při nástupu do CHB museli respondenti absolvovat různá úřední jednání. Všichni tato jednání zvládli samostatně.

Co se týká vlastního bydlení, tak na to mají respondenti shodný názor. Všichni se chtějí osamostatnit, proto budou hledat vlastní bydlení. Většina z nich zpočátku uvažuje o společném bydlení s klienty CHB, obávají se, že vlastní byt by nezaplátili. V době, kdy s respondenty rozhovor probíhal, měli za sebou polovinu pobytu v CHB, proto jim zbývalo dostatek času na hledání nového bydlení. Pouze R1 mi sdělil, že je na kratší pobytové formě CHB, která trvá čtyři měsíce, ale již má požádáno o prodloužení pobytu na šest měsíců. Vidí, že všechno chce svůj čas a čtyři měsíce jsou krátká doba na to, aby se mohl úplně začlenit, tedy aby si našel práci i bydlení.

Respondenti prokázali, že umí jednat s druhými lidmi a jsou schopni určité sebereflexe. O tom svědčí i jejich ochota podílet se svojí účastí na mé diplomové práci. Finančnímu hospodaření a nalezení vlastního bydlení se pravděpodobně budou muset více věnovat ve druhé polovině jejich pobytu v CHB. To považuji za přirozený vývoj resocializačního procesu v CHB.

## ZÁVĚR

V teoretické části diplomové práce jsem se snažila vytvořit pomocí obsahové analýzy dostupných zdrojů ucelený přehled poznatků a informací, pojících se k tématu chráněné bydlení jako prostředek resocializace drogově závislých klientů. Záměrem první kapitoly bylo seznámit sebe i čtenáře s teoretickým vymezením problematiky závislosti na nealkoholových drogách. Na základě dostupné literatury jsem vysvětlila pojmy droga, drogová závislost a syndrom závislosti. Popsala jsem příčiny vzniku závislostního chování a zaměřila jsem se především na bio-psycho-socio-spirituální model vzniku a vývoje závislosti, který nám může pomoci pochopit, z jakých důvodů se lidé uchylují k užívání návykových látek. Důležité je to především z toho důvodu, aby společnost neodsuzovala drogově závislé jedince, vyvarovala se předsudků a vytvořila jim takové podmínky, které jim pomohou integrovat se do běžného společenského života. Pozornost byla věnována i rozdělení a účinkům psychoaktivních látek, stádiím vývoje drogové závislosti, též důsledkům, které tyto látky způsobují. Diagnostika, nebo-li proces stanovování diagnózy, je velmi podstatná pro určení správné diagnózy, která potom usnadní rozhodnutí o další léčbě. Proto o ní pojednávala samostatná podkapitola. Prevence, jako nejdůležitější nástroj boje proti drogové závislosti, první kapitolu uzavřela.

Druhý úsek teoretické části jsem zaměřila na charakteristiku následné péče, cíle a poslání doléčovacího programu. Přehledně jsem zpracovala systém léčebné a resocializační péče pro drogově závislé a vysvětlila pojem resocializace. Mým účelem ale bylo především upozornit na význam pobytové formy následné péče, tedy na význam chráněného bydlení pro drogově závislé jedince. Těm je prostřednictvím poskytovaných služeb doléčovacích center dána možnost pokračovat nadále ve své abstinenci, naučit se žít samostatně a uplatnit se ve společnosti. Protože k dosažení těchto cílů je určen terapeutický a poradenský program následné péče, v samostatné kapitole jsem pojednala o tomto podpůrném programu následné péče. Popsala jsem individuální, skupinovou a rodinnou terapii, socioterapii a sociální práci.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem se snažila zmapovat, jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím následné péče a programu chráněného bydlení. Abych dosáhla maximálního množství informací o zkoumaném jevu, zvolila jsem kvalitativní druh výzkumu. Použila jsem metodu individuálního polostrukturovaného rozhovoru a přímého pozorování. Pomocí těchto metod jsem získala anamnestické údaje respondentů, které mi pomohly zajistit hloubkový popis jednotlivých

případů a širší souvislosti jejich životních osudů. Také se mi prostřednictvím nich podařilo odpovědět na dílčí výzkumné otázky.

Je nepochybné, že počet účastníků výzkumu je velmi nízký na to, aby výsledky výzkumu mohly přinést obecnou platnost, vztahující se na všechny drogově závislé jedince. Přesto se domnívám, že je možné si určitou představu o situaci udělat.

V první dílčí výzkumné otázce jsem se pokusila odhalit, jak se uživatelé služby chráněného bydlení dokázali přizpůsobit novým podmínkám a prostředí. Z rozhovorů se sedmi klienty jasně vyplývá, že přesto, že některé z nich provázely určité obavy, dokázali se velmi snadno začlenit do kolektivu klientů a podařilo se jim navázat i přátelský vztah s personálem doléčovacích center. Naučili se respektovat interní pravidla CHB a orientovat se pro mnohé v novém prostředí. Jejich adaptace proběhla tedy velmi úspěšně.

K jakým změnám dochází v průběhu terapeutického a resocializačního procesu následné péče, bylo mou druhou dílčí výzkumnou otázkou. Podařilo se mi zjistit, že vzájemné rodinné vztahy se u téměř všech respondentů zlepšily, jsou s rodinami v pravidelném kontaktu a cítí z jejich strany oporu. Sociální vazby s přáteli a kamarády jsou během pobytu v chráněném bydlení sice zúženy na kamarády a přátele z tohoto zařízení či předchozí léčby, ale prostřednictvím kolegů z nového zaměstnání si budou postupně budovat novou sociální síť kontaktů. Ve skupině sedmi respondentů se povedlo šesti z nich zapojit se do pracovního procesu a čtyřem těmto jedincům k tomu dopomohli zaměstnanci nebo kamarádi z chráněného bydlení. V této oblasti je tedy vidět opravdu velká podpora ze strany doléčovacích center. Oblasti volnočasových aktivit a zdravého životního stylu by však měla být věnována větší pozornost a měla by být více rozvíjena, protože v této sféře cítí klienti určité nedostatky.

Z rozhovorů a odpovědí na poslední otázku je zřejmé, že všichni se naučili novým sociálním dovednostem. Respondenti prokázali, že umí jednat s druhými lidmi a jsou schopni určité sebereflexe. Problematickou oblastí u některých klientů je regulace myšlení a emocí. Negativní pocity v sobě zadržují, což velmi záporně ovlivňuje jejich celkovou psychiku. Proto by měl být kladen důraz na duševní hygienu, relaxační techniky a podporu sebevědomí. Finanční hospodaření a nalezení vlastního bydlení jsou též oblasti, které budou muset klienti nadále řešit.

Závěrem mé diplomové práce bych ráda poukázala na úzký vztah tématu resocializace drogově závislých klientů a sociální pedagogiky. Tu můžeme chápat jako potřebu pomoci těm, kteří se dostali do obtížné životní situace a jsou určitým způsobem znevýhodněni

nebo ohrožení. Drogově závislí jedinci jsou bezpochyby ohroženou sociální skupinou, které hrozí v nejhorším případě i sociální vyloučení ze společnosti. Proto je velmi důležité, abychom těm, co se rozhodli abstinovat, pomohli k úspěšné resocializaci a následné integraci do společnosti prostřednictvím programů následné péče, které jsou nenahraditelnou pomocí na jejich cestě k běžnému životu bez návykových látek.

Moje diplomová práce nepřináší nové teorie a poznatky, zdůrazňuje však na význam chráněného bydlení pro drogově závislé klienty, kterému je tato práce věnována.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÉM, Pavel a KALINA, Kamil, 2003b. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.
- DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- DOŇKOVÁ, Olga, 2009. *Aplikovaná psychometrika*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.
- DVOŘÁČEK, Jiří, 2003. *Střednědobá ústavní péče*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.
- DVOŘÁK, Dušan, 2003b. *Chráněné bydlení a chráněná práce*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.
- EYFERTH, Hans, OTTO Hans-Uwe, THIERSCH, Hans, 1984. *Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Hermann Luchterhand Verlag, Neuwied und Darmstadt. ISBN 3-472-51014-5.
- FIŠEROVÁ, Magdaléna, 2003a. *Neurobiologie závislostí*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.
- GOSSOP, Michael, 2006. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-81-9.
- GÖHLERT, Fr. Christoph a KÜHN, Frank, 2001. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar. ISBN 80-7202-950-9.
- GÖDDE, Günter, 1980. *Psychoanalyse und Familientherapie*. Berlin. ISBN neuvedeno.
- HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ISBN 80-2470135-9.

HAMPL, Karel, 2003b. *Lékařská ambulantní péče o závislé*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

HELLER, Jiří a kol., 1996. *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-277-8.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HRDINA, Petr, 2003a. *Harm reduction – snižování poškození drogami*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol., 2003a. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol., 2003b. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KOSTROŇOVÁ, Taťjana, 2003a. *Psychologická diagnostika*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KRATOCHVÍL, Stanislav, 2001. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2.vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-096-7.

KUDA, Aleš, 2003b. *Následná péče, doléčovací programy*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav, 2003a. *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

LACA, Slavomír, 2011. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

LAZAROVÁ, Bohumíra, 2007. *Možnosti poznávání lidí: Kapitoly z pedagogické a psychologické diagnostiky pro sociální pedagogy*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

LIBRA, Jiří, 2003b. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

MATOUŠEK, Oldřich a kol, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-736-7002-X.

MINAŘÍK, Jakub a HOBSTOVÁ, Jiřina, 2003a. *Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, Michal, BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2003b. *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

MÜHLPACHR, Pavel, 2003. *Kapitoly ze sociální patologie*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

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

NOVOTNÝ, Jan Sebastian, 2009. *Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

POPOV, Petr, 2003b. *Programy metadonové a jiné substitute*. In: KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

SOYKA, Michael, 1998. *Drogen – und Medikamenten – abhängigheit*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mgH Stuttgart. ISBN 3-3-8047-1596-6.

TKÁČ, Juraj, 2008. *Patologické závislosti*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VAŠINA, Lubomír, 2010. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN neuvedeno.

VYMĚTAL, Jan, 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2., aktual. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0253-3.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Doléčovací centrum Jamtana. *Podané ruce* [online]. © 1995 - 2013 Občanské Sdružení Podané ruce, o.s. [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/dolovac-centrum-jamtana/>

Doléčovací centrum. *P-Centrum* [online]. © 2011 [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/index.php/doleovaci-centrum>

FÍŠEROVÁ, Magdaléna. Stránky ústavu farmakologie 3. LF UK: *Neuropsychofarmakologie a prevence drogových závislostí: Historie, příčiny a léčení drogových závislostí - přehledový článek. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy* [online]. 27. 2. 2012 [cit. 2012-08-18]. Dostupné z: [http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)

LEJČKOVÁ, Pavla. *Zaostřeno na drogy 1/ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Primární prevence užívání drog* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, © 2005, roč. 4, 1/2006 [cit. 2012-09-09]. ISSN 1214-1089. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2006\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2006\\_01\\_cislo\\_1\\_2006](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2006_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2006_01_cislo_1_2006)

MINAŘÍK, Jakub. Informace o drogách: Co jsou drogy?. *Primarniprevence.cz - prevence rizikového chování* [online]. © 2003 - 2012 [cit. 2012-08-17]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/co-jsou-drogy1.html>

MINAŘÍK, Jakub. Informace o drogách: Rozdělení drog. *Primarniprevence.cz - prevence rizikového chování* [online]. © 2003 - 2012 [cit. 2012-08-17]. Dostupné z: [http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/rozdeleni-drog1.html?section\\_id=71](http://www.odrogach.cz/rodice/drogy2/informace-o-drogach2/rozdeleni-drog1.html?section_id=71)

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Glosář pojmů* [online]. 2003 [cit. 2012-09-15]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/dolecovani\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dolecovani_aftercare)

*Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISSN 978-80-7440-045-2. [cit. 2012-09-12] Dostupné z:

[http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/strategie\\_web\\_1.pdf](http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/strategie_web_1.pdf)

Následná péče. *Občanské sdružení Krok* [online]. ©neuveden [cit. 2013-03-14]. Dostupné z: <http://www.oskrok.cz/index.php?id=4&iq=1>

Následná péče Jihlava. *Oblastní charita Jihlava* [online]. © 2013 Charita Česká republika [cit. 2013-03-13]. Dostupné z: <http://jihlava.charita.cz/zavislosti/naslednapece/>

KALINA, K. A kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Fila Nova, 2001. ISBN 0-238-8014-4 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z:

[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/0\\_mezioborovy\\_glosar\\_pojmu/mezioborovy\\_glosar\\_pojmu\\_z\\_oblasti\\_drog\\_a\\_drogovych\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu/mezioborovy_glosar_pojmu_z_oblasti_drog_a_drogovych_zavislosti)

Program následné péče o. s. Krok. *Pod střechou – Průvodce PNP Krok Kyjov aneb S abstinencí pevným Krokem*. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.oskrok.cz/index.php?id=407&iq=1>

*WikiSkripta, projekt sítě lékařských fakult MEFANET: Benzodiazepiny*. ISSN 1804-6517 [cit. 2012-08-19]. Dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Benzodiazepiny>

## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DC	Doléčovací centrum
DVO	Dílčí výzkumná otázka
CHB	Chráněné bydlení
R	Respondent
TK	Terapeutická komunita

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Přehled účastníků výzkumu, s. 48

Tabulka č. 2: Souhrn osobní anamnézy respondentů, s. 67

Tabulka č. 3: Souhrn rodinné anamnézy respondentů, s. 68

Tabulka č. 4: Souhrn toxikologické anamnézy respondentů, s. 70



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P 1: Rozdělení duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním Psychoaktivních látek podle MNK-10 (F10-F19)

Příloha P 2: Protidrogová politika

Příloha P 3: Záznamový arch pro kvalitativní pozorování během rozhovoru (podle P. E. Verona)

Příloha P 4: Operacionalizace

Příloha P 5: Informovaný souhlas

Příloha P 6: Anamnestické údaje

## **PŘÍLOHA P 1: ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ ZPŮSOBENÝCH UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK PODLE MNK-10 (F10-F19)**

**F10.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **alkoholu**

**F11.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **opoidů**

**F12.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **kanabinoidů**

**F13.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **sedativ nebo hypnotik**

**F14.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **kokainu**

**F15.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **jiných stimulantů včetně kofeinu**

**F16.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **halucinogenů**

**F17.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **tabáku**

**F18.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **prchavých rozpustidel**

**F19.-** Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním **více drog a jiných psychoaktivních látek**

**U položek F10–F19 se používá následující členění na čtvrtém místě:**

- . **0** Akutní intoxikace
- . **1** Škodlivé použití
- . **2** Syndrom závislosti
- . **3** Odvykací stav
- . **4** Odvykací stav s delíriem
- . **5** Psychotická porucha
- . **6** Amnestický syndrom
- . **7** Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- . **8** Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- . **9** Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

**Zdroj:** MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. – 2. aktualizované vydání, s. 197 – 201)

## **PŘÍLOHA P 2: PROTIDROGOVÁ POLITIKA**

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejím účelem je zabezpečit zdraví, ochranu a bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti, která je s drogami spojena.

Základními dokumenty jsou Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2012.

**Protidrogová politika ČR je postavena na uplatňování tří základních strategií (přístupů), které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito přístupy jsou:**

**Snižování nabídky drog** (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog),

**Snižování poptávky po drogách** (primární prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů),

**Snižování rizik spojených s užíváním drog** (harm reduction).

Protidrogovou politiku ČR v kontextu těchto přístupů tvoří **čtyři základní pilíře:**

**Primární prevence,**

**Léčba a sociální začleňování,**

**Snižování rizik (harm reduction),**

**Snižování dostupnosti drog.**

Přístupy	Snižování nabídky drog	Snižování poptávky po drogách		Snižování rizik
Pilíře	Snižování dostupnosti drog	Primární prevence	Léčba a sociální začleňování	Snižování rizik (harm reduction)

Zdroj: Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, s. 13, 14.

## PŘÍLOHA P 3: ZÁZNAMOVÝ ARCH PRO KVALITATIVNÍ POZOROVÁNÍ BĚHEM ROZHOVORU (PODLE P. E. VERONA)

<p><i>I. Aktivita:</i>  podrážděný, neklidný, neschopný setrvat tiše  rychlý, živý, čilý  impulzivní  tichý, klidný, rozvážený  stabilní  utlumený  inertní, lhostejný, mdlý  Držení těla, motorické postoje:  Tiky:  okusování nehtů  pohrávání si s věcmi  trhání věcí  pohyby rukou  pohyby nohou  Oblečení:  Zvláštní projevy:  Zvláštní fyziognomie:</p>
<p><i>II. Pohyby:</i>  plynulé a elegantní  přesné a ovládané  hranaté a nemotorné  neohrabané  rychlá – pomalá chůze a pohyby</p>
<p><i>III. Tělesné vzezření a držení těla:</i>  působivé držení těla  uspokojivé držení těla  nepůsobivé držení těla  zdravé vzezření, dobře vyvinutý, dobře živý  nezdravé, slabé tělesné vzezření  pyknické proporce  dobře a symetricky proponovaný  hubený, astenický  růžolící – bledý  energický – skleslý způsob chůze</p>
<p><i>IV. Osobní vzezření a výraz:</i>  přitažlivý a dobře vypadající (vyvolává pozitivní reakce)  příjemný  nezajímavý, indiferentní dojem  nehezký, odporný (vyvolává negativní reakce)  silná agresivita tváře a gest – bezvýrazný  smysl pro humor – bez smyslu pro humor  vyspělý, vážný, filozofický – nevyspělý, dětský  uzavřený – otevřený  veselý, optimistický – depresivní, melancholický  vzrušivý, vznětlivý, dráždivý – vyrovnaná nálada – chladný, flegmatický</p>
<p><i>V. Péče o sebe:</i>  vybíravý v oblékání, přepečlivě upravený  dobrý vkus, čistý a úhledný  nenápadný  nedbalý v oblékání a nečistý  špinavý a neupravený</p>

<p><i>VI. Řeč:</i>  zvučný, příjemný, dobře modulovaný hlas  těžký, drsný, skřípavý hlas  projev jasný, plynulý, zřetelný  patlavost, koktavost  vyjadřuje význam přímo, gramaticky správně, snadno  neschopný se vyjádřit, agramatismy  povídavý, žvanivý  dosti hovorný  zřídka mluví sám od sebe  nemluvný, mlčenlivý  mluví vybroušeně, široký slovník  projev prázdný a tupý primitivní slovník  přízvuk</p>
<p><i>VII. Sebeprasazování:</i>  honosný a okázalý  samolibý  sebevědomý a jistý  sebekritický  podceňující se  rozpačitý, ostýchavý  úzkostlivý, opatrný  zdržlivý, podrobiv  rozhodný – nerozhodný, kolísavý  odporující – sugestibilní</p>
<p><i>VIII. Spolupráce:</i>  chce spolupracovat v každém směru  rezervovaný a formální  násilný, podezřivavý  skrupulózní  přesný a pravidelný v návštěvách a přijímání rad  bezstarostný, lehkomyšlný  pilný  líný a nepořádný  nevrlý a nepřátelský</p>
<p><i>IX. Pohotovost a soustředění:</i>  pozorný, bdělý, soustředěný  duchem nepřítomný  snadno se rozptýlí, nepozorný</p>
<p><i>X. Emoce:</i>  nеспoutané, bujné emoce  svěhlavé, dětské reakce, umíněnost  náladový  určitý nedostatek sebekontroly  vážný, hloubavý  spoutaný a utlumený</p>
<p><i>XI. Testové reakce, plánování činnosti:</i>  analytický, seriózní, ale nesystematický  používá pokusu a omylu  riskuje, hazarduje  těží z minulých zkušeností  opakuje stejné chyby</p>

Zdroj: Lazarová (2007, s. 48)

## PŘÍLOHA P 4: OPERACIONALIZACE

<b>Operacionalizace</b>		
<b>HVO: Jak probíhá resocializace drogově závislých klientů prostřednictvím pobytu v DC?</b>		
<b>DVO:</b>	<b>Indikátory:</b>	<b>Otázky k rozhovoru:</b>
DVO1: Jak probíhala adaptace uživatele chráněného bydlení na nové prostředí a podmínky?	Vztah k ostatním klientům	Jak by jste popsal svůj nástup do CHB? Jaké vás provázely pocity, popřípadě obavy? Jak jste vnímal atmosféru mezi klienty? Jak vás přijali mezi sebe? Jak se mění váš vztah k ostatním klientům v průběhu vašeho pobytu? Vznikají mezi vámi klienty konflikty? Jakým způsobem je řešíte?
	Vztah k personálu	Jak se vám podařilo navázat kontakt s personálem? Vnímal jste nějaké překážky v navázání kontaktu s personálem? Jaké? Jaký máte vztah s pracovníky DC v současné době? Jak by jste charakterizoval přístup personálu k vám? Kterých vlastností si na personálu nejvíce vážíte?
	Pravidla CHB	Co bylo nejtěžší při nástupu do CHB? Jak vám vyhovují interní pravidla v CHB? Která pravidla jsou pro vás nejobtížnější respektovat? Které aktivity v programu následné péče vám nejvíce vyhovují? Které aktivity v programu následné péče vám nejméně vyhovují?
	Prostředí CHB	Jak na vás působí prostředí CHB? Co by se dalo podle vás zlepšit v CHB? Jak jste se dokázal zorientovat v novém prostředí a městě? V čem vám DC nejvíce pomohlo při přizpůsobování se novým podmínkám?
DVO2: Jaké změny vnímají klienti během terapeutického a resocializačního programu v CHB?	Sociální vztahy	Jaký máte vztah s rodiči a sourozenci? Jak často jste s nimi v kontaktu? Zlepšily se vaše vzájemné vztahy? V čem konkrétně? Změnil se váš přístup k rodičům během doléčování a pobytu v CHB? Změnil se přístup vašich rodičů k vám během doléčování a pobytu v CHB? Co pro vás rodina znamená? Jakým způsobem ovlivnilo DC vaše rodinné vztahy? Co pro vás znamenají přátelé? Jak se vám daří navazovat kontakty mimo DC? Když navazujete (budete navazovat) nová přátelství či partnerský vztah, je pro vás důležité zmínit svoji drogovou minulost? Proč? Obáváte se předsudků? Jste v kontaktu s kamarády, se kterými jste trávil čas před užíváním drog (spolužáci, kamarádi z místa bydliště)? Udržujete vztahy s někým z období užívání návykových látek? Jak budete reagovat v případě, že vás někdo z bývalých drogově závislých kamarádů kontaktuje? Nebo někoho potkáte? Jak jste na tom v současné době s partnerskými vztahy? Jak si představujete budoucí partnerský vztah? Preferujete uzavření manželství či společné soužití? Proč? Jaký má DC vliv na utváření přátelských a partnerských vztahů?

	Zaměstnání/ vzdělávání	Co je podle vás nejobtížnější při hledání nové práce? Jak jste si práci našel? (sám, za podpory DC, za podpory rodiny či známých, návrat do předchozího zaměstnání) V případě, že klient není zaměstnaný: Co konkrétního pro nalezení práce děláte? Na co jste kladl (budete klást) důraz při výběru zaměstnání? Uvažujete v blízké době o změně zaměstnání? Jak jste se začlenil do pracovního kolektivu? Svěřil jste se (svěříte se) nadřízenému či kolegům se svou minulostí? (V případě že ano, jakým způsobem? V případě že ne, proč?) V jaké oblasti by jste měl zájem se vzdělávat? Jakým způsobem vám pomáhá program následné péče realizovat pracovní či vzdělávací aktivity?
	Volnočasové aktivity	Čemu se věnujete ve vašem volném čase? Kolik vám zbývá času na zájmy a koníčky? Omezují vás nějakým způsobem finance při využívání volného času? Věnujete se stejným zájmům, jaké jste měl před vaší drogovou minulostí? Jaký má vliv DC na trávení vašeho volného času?
	Zdraví	Jaké fyzické problémy vás provází z minulosti? Jaké psychické problémy vás provází z minulosti? Co se vám vybaví, když se řekne zdravý životní styl? Na co kladete největší důraz v oblasti zdravého životního stylu? Co pro vás znamená abstinence? Co vás motivuje udržet se v abstinenci? Jak vám pomáhá DC o oblasti zdravého životního stylu?
DVO 3: Jaké sociální dovednosti získávají klienti chráněného bydlení v programu následné péče?	Umění jednat s lidmi	Na základě čeho posuzujete druhé lidi? Jakým způsobem prosazujete vlastní názor (oprávněný požadavek)? Jak ovládáte své negativní emoce? Jak přijímáte kritiku? Jak nasloucháte druhým lidem?
	Sebezpznávání	Jak by jste zhodnotil své sebevědomí? Jakým způsobem relaxujete? Co vám dělá v životě největší radost? Co je pro vás stresující? Jak stresové situace zvládáte? Kdo je vám největší oporou v těžkých chvílích?
	Finanční hospodaření	Jak umíte hospodařit s financemi? Za co nejvíce utrácíte? Spoříte finance? Na koho by jste se obrátil v případě finančních problémů?
	Jednání s úřady	Co je pro vás nejobtížnější při jednání na úřadech? Co jste se naučil nového? Jaká úřední jednání jste v poslední době měl?
	Vlastní bydlení	Jak si budete shánět nové bydlení? Jaké máte představy o vlastním bydlení? Do jakého prostředí se budete vracet po ukončení pobyty v DC? Zvažujete možnost, že se vrátíte k rodičům? Z čeho máte v budoucnosti největší obavy? V jakých oblastech jste více samostatný? Jak vám pomáhá program následné péče a pobyt v CHB v utváření sociálních dovedností?

Zdroj: vlastní výzkum

## **PŘÍLOHA P 5: INFORMOVANÝ SOUHLAS**

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
Institut mezioborových studií Brno  
Studijní program: Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika

Název diplomové práce: Doléčovací centrum jako prostředek resocializace drogově závislých klientů.

Autorka diplomové práce: Bc. Jana Kopřivová, DiS.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Ivan Nedoma

### **Informovaný souhlas**

Byl/a jsem poučena o postupu, cílech a mé účasti na výzkumném projektu. Moje účast bude dobrovolná a zcela anonymní, tedy nebudou uvedeny žádné osobní údaje, které by vedly k odhalení nebo přiblížení osobní identity. Získané informace budou sloužit pouze pro účely diplomové práce. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na diktafon, aby bylo možné ho přepsat a použít pro studijní účely. Po vyhodnocení výsledků bude audiozáznam smazán. Během rozhovoru mám možnost odmítnout odpovědi na otázky, na které nechci odpovídat. Uděluji autorovi práce právo použít spisovou dokumentaci.

V..... dne .....

Podpis autora práce

.....

Podpis respondenta

.....



## **PŘÍLOHA P 6: ANAMNESTICKÉ ÚDAJE**

Pohlaví:

Věk:

Rodinný stav: svobodný/á, ženatý/vdaná, rozvedený/á, vdovec/vdova

Status: student, pracující, nezaměstnaný

Diagnóza:

Název DC:

Délka pobytu v CHB:

### **Osobní anamnéza:**

Prodělaná onemocnění, hospitalizace, úrazy, chronické zdravotní problémy:

Současný zdravotní stav:

Užívání návykových látek v těhotenství matky:

Zlomové události, traumata:

Školní prospěch a chování:

Výchovné problémy v dětství, vztahové problémy či konflikty:

Nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní historie, současné zaměstnání:

### **Rodinná anamnéza:**

Typ rodiny: úplná, neúplná

Vzdělání rodičů:

Počet sourozenců:

Vztahy v rodině, postavení klienta v rodině, rodinné klima:

Výchovný styl rodičů, výchovné metody rodičů:

Trávení volného času:

### **Toxikologická anamnéza:**

První zkušenost s návykovými látkami:

Druhy návykových látek, způsob aplikace, četnost dávek, délka užívání:

Změny v souvislosti s užíváním návykových látek (psychické, fyzické, sociální):

Trestná činnost v souvislosti s užíváním návykových látek, dluhy, obžaloby, odsouzení:

Absolvovaná léčba: