Resocializace drogově závislých osob po ukončení léčby

Aneta Janíková

Bakalářská práce
2019

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Aneta Janíková**
Osobní číslo:	**H150280**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Forma studia:	**prezenční**
Téma práce:	**Resocializace drogově závislých osob po ukončení léčby**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti drogové závislosti, léčby drogové závislosti a resocializace.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. 2. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. Monografie, no. 1. ISBN 80-86734-05-6.
MAHDALÍČKOVÁ, Jana. Víme o drogách všechno? Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014, 122 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
VONDRKA, Josef. Smrt jménem závislost. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 187 s. ISBN 80-7178-884-8.
STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Vyd. 1. Brno, vi, 196, 1999, ISBN 808-583-460-X.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Lukešová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. listopadu 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 27. listopadu 2018

L.S.

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

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 23.4.2019 .....

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 nevýdělečně 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 vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na resocializaci drogově závislých, kteří ukončili léčbu a také na to, jaký vliv měla drogová závislost na jedince. Teoretická část je rozdělena do tří částí. V první části je popsána drogová závislost a vše o ní. Druhá kapitola se zabývá léčbou, a to především pobytovou a ambulantní. V poslední kapitole se zabývá procesem resocializace a péče, která probíhá po úspěšném dokončení léčby. Praktická část zkoumá především život jedince po léčbě a jeho znovu začlenění do společnosti.

Klíčová slova: drogová závislost, resocializace, léčba, následná péče.

ABSTRACT

The Bachelor thesis is focused firstly on the process of resocialization of drug-addicted persons who underwent treatment and secondly on the influence and impact of drug addiction on individuals. The theoretical part is divided into three sections. In the first section I deal with the drug addiction itself. The second chapter focuses on the treatment, mostly the ambulant and the residential one. In the last section I describe the process of resocialization and the post-treatment care. The practical part mostly explores the life of individuals during the period of post-treatment care and their resocialization.

The key words: Drog addiction, resocialization, treatment, post-treatment care.

Děkuji paní Mgr. Martincové, která mi po celou dobu psaní mé bakalářské práce s ochotou a trpělivostí pomáhala a dále také paní Mgr. Lukešové, která vedení mé bakalářské práce dokončila.

Mé poděkování patří také mým respondentům, kteří mi věnovali čas a chuť se se mnou podělit o jejich životní příběh a především mojí rodině.

Prohlašuji, že tištěná i elektronická verze bakalářské práce jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 DROGOVÁ ZÁVISLOST **13**
1.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI 13
1.2 ZÁVISLOST NA DROGÁCH 14
1.3 ÚČINKY DROG 17
2 LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH **19**
2.1 POBYTOVÁ LÉČBA 21
2.1.1 Terapeutické komunity 21
2.2 AMBULANTNÍ LÉČBA 24
2.3 SUBSTITUČNÍ LÉČBA 26
3 RESOCIALIZACE **28**
3.1 NÁSLEDNÁ PÉČE 29
3.1.1 Prevence relapsu 30
3.1.2 Psychoterapie a svépomocné programy 31
3.1.3 Sociální práce 32
II PRAKTICKÁ ČÁST **34**
4 METODOLOGIE VÝZKUMU **35**
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM 35
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE 35
4.2.1 Hlavní výzkumný cíl 36
4.2.2 Dílčí výzkumné cíle 36
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 36
4.3.1 Hlavní výzkumná otázka 36
4.3.2 Dílčí výzkumné otázky 36
4.4 STRATEGIE VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT 36
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR 37
5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ **38**
5.1 CO BYLO, NEŽ TO ZAČALO? 38
5.2 RODINA JE VŠE, A TO NE JEN TA VLASTNÍ. 39
5.3 ZDRAVÍ A ŽIVOT NA 1. MÍSTĚ 40
5.4 CO BYLO, BYLO, ANEB JDE ZAČÍT ZNOVU A LÍP. 42
6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ **45**
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI **50**
ZÁVĚR **51**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **52**

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....55
SEZNAM TABULEK.....56
SEZNAM PŘÍLOH.....57

ÚVOD

V této bakalářské práci si klademe za cíl zjistit, jak obtížné je pro lidi s drogově závislou minulostí navrátit se zpět do každodenního života a začlenit se do společnosti po ukončení jejich dobrovolné léčby.

Závislost má v dnešní době velmi široké spektrum pojetí. Existuje řada návykových látek, ale i věcí, které jsou výsledkem technologického pokroku naší doby a na kterých si lidé mohou vybudovat závislost.

Nejvíce ohroženou skupinou naší společnosti jsou bezesporu mladí lidé. Dospívání můžeme označit za nejvíce rizikovou část života, kdy dospívající mají chuť experimentovat a zkoušet nové věci. Mnohokrát jsou také ovlivňováni vrstevníky, a ne vždy to jen u experimentování skončí. Největším problémem je, že mladí lidé si velmi často ani neuvědomují, jaké následky jim může jejich závislost způsobit. Je důležité mít na paměti, že závislost nemá vliv pouze na zdraví člověka, ale vytváří také problémy sociálního a finančního charakteru.

Čím dál častěji se setkáváme s drogově závislými a máme pocit, že už to v dnešní době začíná být zcela „normální“ a běžné. Je to dáno především tím, že v současné době je velmi jednoduché si drogu obstarat. Existuje množství barů, diskoték, skladišť, kde si lidé mohou bez problému „zboží“ zakoupit. Za nejvíce problémovou nelegální drogu v České republice je považován pervitin neboli metamfetamin avšak čím dál častěji se také setkáváme s užíváním extáze, kokainu a jiných halucinogenních drog (www.drogy info.cz, 2015).

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Část teoretická se skládá z 3 kapitol, přičemž každá z nich je rozdělena na několik podkapitol. V části teoretické se zaměříme na drogovou závislost obecně – co znamená pojem droga, a jaké účinky a následky může lidem způsobit. Dále se budeme zabývat léčbou, resocializací a následnou péčí, které jsme se věnovali pozornost také při výzkumu.

V praktické části bakalářské práce, která obsahuje další 3 kapitoly, budeme provádět kvalitativní výzkum a snažit se zjistit, jak u drogově závislých osob probíhá resocializace a jak je pro daného člověka po fyzické a psychické stránce náročná.

Na základě rozhovorů, které nám poskytly osoby přímo v doléčovacím centru P-centru v Olomouci a po následném zpracování všech potřebných informací zjišťujeme, jak je pro

osoby v procesu abstinence náročné začlenit se zpět do běžného života. Co nebo kdo byl jejich největší motivací, která je přiměla porazit svou závislost a čemu všemu museli tito lidé na své dlouhé cestě čelit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

V této kapitole popisujeme, jak se závislost definuje a jak se projevuje. V kapitole se také zmiňujeme o drogách obecně, o jejich účincích. Se závislostí na drogách se nesetkáváme tak často, jako například se závislostí na alkoholu. Drogová závislost se tvoří poměrně snadno a dotyčný, který se stává závislým, si neuvědomuje, jak rychle ho droga stahuje ke dnu.

Závislost na drogách může ve vážnějších stádiích vést také k narušení základních, ale i společenských a životních činností. Jedinec není schopný přirozeně reagovat na základní podněty. V horším případě může drogová závislost vést až k selhání tělesných orgánů, tudíž smrti (www.monikaplocová.cz, 2018).

Podle Kaliny (2001) závislost zahrnuje nejčastěji projevy jako je nutkavá potřeba užít drogu, silná touha k užití drogy, jedinec ztrácí volní kontrolu a droga je pro něj na prvním místě. Dává jí přednost před vším ostatním. Jedinec není schopen se od psychoaktivní látky odpoutat i navzdory, že začíná mít komplikace jak duševní, tak fyzické.

Vznik závislosti je ovlivňován mnoha faktory. Podle Mahdalíčkové (2014, s. 31) má podíl na vzniku závislosti mnoho okolností. Tvrdí, že záleží zejména na osobnosti člověka a také na tom v jakém psychickém nebo fyzickém rozpoložení se člověk nachází. Podle autorky je také velice důležitým faktorem věk. Čím mladší člověk je, tím více je zvětšováno riziko vzniku závislosti. Tvrdí, že v dnešní době jsou už dobře znány účinky drog, a proto se dnešní celá společnost dívá na působení drog trochu jinak.

1.1 Definice závislosti

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je „syndrom závislosti: skupina 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. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se žádná závislost nevyskytuje“ (Nešpor, 2011, s. 9-10).

Rozlišujeme několik znaků závislosti, které nám slouží k rozluštění, kdo není a kdo je závislý. Definitivní diagnózu můžeme stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo k více než třem následujícím jevům:

1. **Silná touha nebo pocit puzení látku užívat (*craving*),** pod pojmem *craving* si představujeme bažení – touha cítit účinek psychoaktivní látky, se kterou měl jedinec zkušenost.
2. **Potíže v sebeovládání** při užívání látky, může nastat buď na začátku nebo na konci užívání a, nebo při požití většího množství látky.
3. **Tělesný odvykací stav,** pacient látku užívá s úmyslem, aby byly zmenšeny příznaky, které jsou vyvolané předchozím užíváním této látky.
4. **Průkaz tolerance k účinku látky,** je třeba zvyšovat postupem času dávky pro dosažení stejného účinku, protože stejné dávky mají nižší účinek.
5. **Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.**
6. **Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků,** jako jsou depresivní stavy, které vyplývají z nadměrného užívání látek (Nešpor, 2011, s. 10).

Americká psychiatrická asociace uvádí, že definitivní diagnózu můžeme stanovit, jestli-že pacient vykazuje alespoň tři ze sedmi příznaků v období jednoho roku, tudíž můžeme říct, že je podobná teorii, kterou poskytuje Mezinárodní klasifikace nemocí (Nešpor, 2011, s. 22).

1.2 Závislost na drogách

Vznik závislosti na nealkoholových látkách můžeme definovat jako proces celkových změn, jak v somatické, psychické, tak sociální oblasti. Závislost na drogách má mnohem rychlejší spád, než závislost na alkoholu. Rozvoj závislosti na drogách je mnohem rychlejší.

„Drogy jsou různé psychoaktivní látky (přírodní i syntetické, včetně léků), které jsou užívány a zneužívány ke změnám emočního stavu, nálady, vědomí a stavu bdělosti, k povzbuzování nebo tlumení duševních a tělesných funkcí a k vyvolávání mimořádných zážitků (iluzí, halucinací apod.)“ (Kohoutek, 2007, s. 210).

Rozlišujeme drogy, které jsou povolené, a které naopak zakázané. Mezi ty povolené řadíme nejčastěji alkohol a tabák. Mezi zakázané nejčastěji například tzv. stimulační drogy, které jsou u nás v ČR nejvíce zneužívány.

Nejjednodušším a nejsrozumitelnějším dělením drog je dělení podle účinku. Podle účinku se drogy dělí na:

- drogy stimulační, povzbuzující
- drogy tlumivé, uklidňující
- drogy halucinogenní. (http://navykovelatky.cz/, 2018)

Stimulační drogy, jinak budivé látky, jsou látky, které vyvolávají duševní i tělesné povzbuzení. Nejčastěji se setkáváme s drogy jako je pervitin a kokain (SANANIM, 2007, s. 164).

Dle kolektivu autorů sdružení SANANIM (2007, s. 164) je v současné době pervitin nejvíce významnou nelegální drogou, která se v ČR užívá.

Uživatelů kokainu v České republice je značně méně, než uživatelů pervitinu. Podle Kaliny je dominující stimulační drogou pervitin, se kterým se setkáváme u 64,5% uživatelů (Mravčík a kol., 2006, s. 90).

Podle Fischera a Škody (2014, s. 95) „závislost na drogách nevzniká náhle, ve většině případů tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích“. Rozlišujeme čtyři fáze:

1. Stadium, které je označováno jako stadium **experimentální**, je vyznačováno občasným užíváním drogy, které je pro jedince příjemné. Droga pomáhá uniknout jedinci z reality, jedinec zvládá problémy ve škole, v práci s drogou lépe, než kdy dříve. Pokud se nám podaří jedince v téhle fázi podchytit, je velice pravděpodobné, že s konzumací přestane.
2. Stadium, tzv. stadium **příležitostného užívání**, kdy jedinec užívá drogu za účelem, že mu pomáhá v osobní situaci nebo i z nudy. V této fázi nemůžeme říct, že je jedinec závislý, konzumace je většinou utajena a jedinec si uvědomuje nesprávné chování.
3. Stadium **pravidelného užívání** je fází, kdy dotyčný bere drogu čím dál častěji a popírá rizika, která jsou spojena s jeho chováním. Jedinec přestává mít zájem o okolí, rodinu, přestává chodit do zaměstnání.
4. Stadium je označováno jako **návyk a závislost**, kdy pro jedince neexistuje žádná motivace, než ta, která směřuje k droze. Ztrácí všechny sociální vazby a zůstávají mu sociální vazby pouze s partou narkomanů. Psychické, sociální i somatické změny jsou velice závažné a všímáme si jich už na první pohled. Dochází k poškození zdraví, a také k častějšímu výskytu HIV a hepatitidy zejména typu C (Fischer, Škoda, 2014, s. 95-96).

Každá psychoaktivní látka má rozdílné účinky, tudíž se můžeme setkat s rozlišením závislosti na biologickou závislost a psychickou závislost.

Biologická závislost je definována jako stav, kdy se organizmus adaptuje na drogu, projevuje se zvýšenou tolerancí a rozvojem abstinenčních příznaků při vysazení nebo omezení množství látky. Psychická závislost je definována jako potřeba užívat látku za cílem vyvolání příjemných pocitů a naopak k odstranění pocitů nepříjemných (Fischer, Škoda, 2009, s. 94).

Doposud nebylo potvrzeno nic, co by přímo prokazovalo predispozice pro vznik drogové závislosti. U skupiny lidí se může závislost rozvíjet díky psychologickým problémům, u některých můžou převažovat dispozice genetické, vrozené a také sociokulturní vazby spojené s požíváním návykových látek (Kalina et al., 2003a, s. 91).

Faktorů, které mohou zvýšit závislost na psychoaktivních látkách, máme mnoho. Nejčastěji se ale setkáváme s genetickými a biologickými predispozicemi a psychickými faktory (Fischer, Škoda, 2014 s. 88).

Nemůžeme říct, že je dosud jednoznačně určeno, že existují specifické genetické informace, které vedou ke vzniku závislostního chování. Porucha se nevyvíjí jen na základě genetického podkladu, ale vzniká na základě interakce genetické výbavy s prostředím. Američtí odborníci Blum, Cull, Braverman a Comings „našli souvislost mezi výskytem určité genetické varianty a takovými poruchami chování, jakými jsou nadužívání alkoholu, drogová závislost, kouření, poruchy pozornosti a patologické hráčství.“ Tihle američtí autoři si jsou jisti, že tyto poruchy mají společného biologického jmenovatele tzv. „hardwarový“ systém v mozku, který by měl být určen pro tvorbu potěšení z odměny, která se dostává při specifickém chování (cit. dle Fischer, Škoda, 2014, s. 88-89).

Mezi biologické faktory můžeme řadit například problematické okolnosti při těhotenství. Matka dítěte mohla být sama toxikomanka, tudíž se plod potkal s účinky návykových látek ještě před narozením (Kalina et al., 2003a, s. 91).

Některé jedince provází při požití návykové látky obzvlášť příjemné pocity, a proto je u nich větší pravděpodobnost, že návykovou látku častěji a ve vyšším množství užijí (Fischer, Škoda, 2014, s. 89).

U závislých jedinců se můžeme potkat s vyšší dráždivostí, labilitou, častou změnou nálad, ale také depresí a úzkostí. Jedinci nedokážou vyhodnotit situaci na správné úrovni, a proto

se často potkáváme se sebepřeceňováním nebo naopak se sebeponižováním. Osoby, které často trpí depresemi, mají častokrát vyšší sklon k braní psychoaktivních látek (Fischer, Škoda, 2014, s. 89).

Někteří jedinci chtějí pouze vyzkoušet něco nového, mají sklon k riskantním strategiím, a také mají sníženou citlivost k ohrožení. Závislost je také pevně spjata s prostředím, ve kterém se jedinec vyskytuje a také s jakými vrstevnickými skupinami se schází (Fischer, Škoda, 2014, s. 95).

Pokud se setkáváme u jedince s nějakou duševní poruchou, můžeme říct, že závislost na psychoaktivní látce se tvoří výrazně snadněji (Fischer, Škoda, 2014, s. 90).

1.3 Účinky drog

Každá skupina drog má účinky odlišné, ale ne příliš. V téhle kapitole popisujeme účinky, se kterými se můžeme setkat nejčastěji.

U stimulačních drog je nejčastější stimulační účinek na centrální nervovou soustavu, především mozek (SANANIM, 2007, s. 165).

Můžeme se setkat s poruchami vnímání, jako jsou iluze, halucinace, bludy, ale i paranoidní myšlení, které můžou vést až k násilnému chování. Při předávkování může vést k tzv. intoxikaci. Základními deseti znaky intoxikace je podle MKN-10 euforie, zvýšená energie, bdělost, agrese a hrubost, časté měnění nálad, iluze (sluchové, hmatové i zrakové), srdeční arytmie, pocení nebo naopak zimomřivost. Častým znakem jsou také křeče (Kalina, 2008, s. 140).

Halucinogeny ovlivňují především receptorové systémy v mozku a jejich efekt je vyvolaný jejich interakcí. Užití bývá doprovázeno buďto mírným útlumem, ale spíše mají stimulační účinek (SANANIM, 2007, s. 158).

U halucinogenních drog můžeme často pozorovat změny smyslového vnímání a také halucinace.

To, jak rychle droga začne působit, má také vliv způsob, jakým byla droga podána. Droga může být podána dýchacím ústrojím, zažívacím ústrojím, kůži nebo například injekčně. Látka, kterou přijímáme dýchacím ústrojím má velice rychlý účinek a náběh, protože v plicích se látka dostává velice rychle do krevního oběhu, tím pádem také rychleji do tkání a orgánů (Mahdalíčková, 2014, s. 22).

Ve finále můžeme říci, že účinky všech drog si jsou velice podobné a je třeba také zmínit, že účinek drogy nelze nikdy úspěšně předpovědět.

2 LÉČBA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Pro jedince, který je závislý, je prvním nejdůležitějším krokem k vyřešení téhle situace léčba. V dnešní době je situace léčby drogově závislých neuspokojivá, ale můžeme říci, že není úplně beznadějná.

Jestli-že se zneužívání změní na chorobnou závislost a závislý jedinec ztrácí kontrolu nad svým jednáním a není schopný zvládat vlastními silami cestu zpět, je na místě léčba. Léčba nevede k úplnému odstranění závislosti k droze, ale pouze dosahuje úzdravu, to znamená, že příznaky choroby vymizí, ale osoba se nevrací do stavu před vznikem choroby (Heller, Pecinovská, 2011, s. 121).

Hlavním cílem léčby závislých osob je zkvalitnění života na nejvyšší možné úrovni a také zlepšení zdraví. Hlavní cílovou oblastí v léčbě je snížení závislosti, snížení úmrtnosti a nemocnosti, které je spojené nebo způsobené užíváním návykových látek a posledním cílem je rozvoj všech stran osobnosti, jak duševní, sociální, tak tělesné (Kalina, 2015, s. 607).

U každého jedince nemusí být tyhle cíle dosaženy vůbec, ale u někoho mohou být dosaženy ve velmi krátké době, a naopak někomu to může trvat značně déle.

„Jen ti, kteří se závislým člověkem žijí, vědí o nekonečných snahách přesvědčit jej o chorobě, o tom, že jeho intoxikace již přestali souviset s tím, co se děje v jejich okolí“ (Heller, Pecinovská, 2011, s. 122).

Dle De Leona (2000) je motivace a připravenost velice důležitá při terapeutickém procesu, ale nátlak vnějších okolností může právě vnitřní motivaci značně ovlivnit (cit. dle Kalina a kol., 2015, s. 610).

Rozlišujeme dle De Leona (2000) nezbytné percepce, které se vztahují k léčbě. Rozdělují se do čtyř kategorií a jsou nazývány tzv. škálou CMRS. První z nich jsou *circumstances* neboli **okolnosti**. Spousta životních situací vede lidi k tomu, aby vyhledali léčbu právě kvůli nějakým negativním okolnostem – problémy se zákonem, penězi, zdravím aj. Druhou kategorií je *motivation* neboli **motivace**. Klienti hledají léčbu kvůli tomu, že chtějí, tíhnou po osobní změně. Správná motivace vede klienta k tomu, aby zjistil, že tím hlavním problémem nejsou drogy, ale on sám, a že se nemá měnit svět kolem něj, ale musí se změnit on. Další percepcí je *readiness* neboli **připravenost –** jedinci vnímají léčbu jako svou jedinou možnou alternativu a všechny ostatní volby zavrhli. Jako poslední autor uvádí **vhod-**

nost – *suitability*. Je důležité, aby klienti vnímali léčebný program jako správný a vhodný. Klient má pozitivní přístup k programu, souhlasí s cíli a filozofií programu a také v neposlední řadě mu důvěřuje (cit. dle Kalina a kol., 2015, s. 610).

Nešpor (2011, s. 101) ve své knize uvádí třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách. Principy jsou citovány podle amerických pramenů (*Thirteen principles*, 1999), proto musíme brát na vědomí, že léčba v USA a léčba u nás se může lišit.

- Je důležité, aby byla pacientovi zvolena taková léčba, která je pro něj nejvhodnější.
- Léčba by měla pacientovi pomáhat v jeho různých potřebách – zdravotních, psychologických, sociálních i právních.
- Léčba musí být klientovi dostupná.
- Léčba by měla být přizpůsobivá a vstřícná klientovi.
- Pro léčbu je důležité její trvání – delší léčba přináší lepší výsledky.
- Léčba by měla mít jak poradenství individuální, tak skupinové a také by měla zahrnovat kognitivně-behaviorální postupy.
- U některých jedinců je důležité nastavení správné medikace.
- Pro pacienti, kteří trpí i jinou poruchou je důležité, aby byli léčeni pro obojí.
- Detoxikace nemá veliký přínos pro léčbu, pomáhá pouze překonávat odvykací stav.
- Léčba, která je efektivní, nemusí být dobrovolná – častokrát je na jedince vyvinut nátlak z rodiny, práce aj.
- Je nutné si ověřovat, zda během léčby se dotyčný nepotýká s problémy abstinence.
- Léčba by měla spočívat i ve vyšetření infekčních nemocí jako je HIV/AIDS, žloutenka typu C aj.
- Léčba závislosti je označována jako dlouhodobý proces, proto je dobré brát v potaz, že se léčba může několikrát opakovat a pro klienta je dobré zúčastňovat se svépomocných skupin.

V České republice je léčba zprostředkována širokým spektrem služeb. Služby můžeme dělit na ambulantní a pobytové a také nesmíme zapomenout na léčbu substituční. Do ambulantní léčby řadíme ambulantní zdravotnické zařízení, stacionární programy, strukturované programy následné péče a do léčby pobytové spadají terapeutické komunity, specializované oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny (Mravčík et al., 2006).

Pro závislého jedince je důležitá pevná vůle a taky smíření se s tím, že už po celý život musí být ve stádiu abstinence.

Při procesu léčby je důležité, aby byl klient motivován a věděl, že léčba bude mít pozitivní výsledek. Proto se setkáváme s pojmem před léčebné poradenství, které právě slouží především k motivování klienta.

Poradenství, které probíhá před nástupem do léčby, tvoří spolu se samotnou léčbou a následnou péčí tzv. účinné léčebné kontinuum, které má kladný vliv na úspěšnou léčbu (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 219).

2.1 Pobytová léčba

Do pobytové léčby řadíme léčbu ústavní a rezidenční.

Pod pobytovou léčbou si představujeme léčebný program, při kterém klient žije v chráněném prostředí léčebného zařízení. Cílem ústavní léčby je vytvoření správného prostředí bez drog, jsou dané jasné pravidla a režim pobytu. Pobytová léčba pracuje s různými terapeutickými metodami, které mají za účel pomoct klientovi ujasnit si svoje ne příliš adekvátní postoje vůči návykovým látkám. Snaží se vyřešit klientovi problémy, které se týkali života před drogami nebo života při drogách. Léčba může trvat od několika měsíců, až po několik let. Pro léčbu, která je vyznačována jako krátkodobá nebo střednědobá se používá pojem ústavní léčba a nejčastěji probíhá v psychiatrických léčebnách. Léčba rezidenční je spojována s terapeutickými komunitami a trvá v rozpětí jednoho až dvou let. V dnešní době se ale můžeme setkat s terapeutickými komunitami, které nabízí střednědobou léčbu (http://www.drogovaporadna.cz, 2009).

2.1.1 Terapeutické komunity

Terapeutická komunita se zabývá jak dlouhodobou léčbou drogově závislých jedinců, tak i resocializací drogově závislých jedinců (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 48).

Sociolog Robert Rapoport říká, že „komunita je doktor“. Žádná definice terapeutické skupiny není úplně jednoznačná a nemusí vyhovovat všem (cit. dle Kalina, 2008, s. 21)

Pojem „terapeutická komunita“ zahrnuje různé léčebné projekty, instituce a také každá terapeutická komunita je jedinečná a přizpůsobuje se hlavně konkrétním potřebám svých členů. Můžeme rozlišit dva hlavní typy terapeutických komunit. Terapeutická komunita **demokratická** a terapeutická komunita **hierarchická.** Pod tu demokratickou spadají klien-

ti, kteří se potýkají s duševními poruchami a s osobnostním vývojem a do té hierarchické spadají klienti drogově závislí. Každá z komunit má svoji kulturu, tradici a klade jiné důrazy na jednotlivé principy (Kalina, 2008, s. 21).

Všichni členové musí v komunitě dodržovat určitá a stejná pravidla, ale ne každý má rovná práva a povinnosti. Kalina ve své knize uvádí několik charakteristických znaků terapeutických komunit pro závislé:

- Bezdrogové prostředí,
- vysoká samostatnost,
- komunita je oddělena od vnějšího světa a také od okolí,
- rozděleny role a pracovní pozice klientů podle toho, jak dlouho jejich léčba probíhá,
- svépomoc klientů, jak v léčebném procesu, tak i každodenních činnostech komunity,
- osvojení si změny, sociálního učení a také úzdravy,
- uvědomění si, že drogová závislost je vyznačována jako porucha celé osoby (Kalina, 2008, s. 203).

Podle Světové federace terapeutických komunit (WFTC 1981, in Kooyman, 1993) je hlavním cílem terapeutické komunity nápomoc v osobním růstu (cit. dle Kalina, 2008, s. 204).

Podle autora Deitche (1997) je „terapeutická komunita místem naděje a víry“.

Terapeutická komunita pro drogově závislé je tzv. pobytové zařízení, ve kterém se drogově závislí snaží přestat být závislými.

Péče v terapeutické komunitě je buď to střednědobá, nebo dlouhodobá. Pobyt většinou trvá 6-18 měsíců. Cílovou skupinou jsou jedinci závislí na návykových látkách a většinou je jejich závislost doprovázena také kriminální anamnézou, či psychosociálním poškozením. Věková hranice klientů je 18-35 let, ale můžeme se také setkat s komunitami, které jsou přímo určeny pro mladistvé, nebo naopak pro starší klientelu. V terapeutických komunitách se setkáváme s multidisciplinárním týmem, který tvoří psychoterapeuti, pedagogové, lékaři, pracovníci v oblasti sociální práce aj. V komunitě se setkáváme také se specializovanými výcviky, jako jsou rodinné terapie, arteterapie nebo individuální a skupinové psychoterapie (cit. dle Kalina 2008, s. 214).

Fáze léčby v terapeutické komunitě

Dle sdružení SANANIM-TKK (2004) zajišťují nástup do terapeutické komunity členové, kteří jsou v pokročilém stádiu léčby. Nástup do komunity má několik částí. Základním prvkem je vstupní rozhovor, který je zaměřený na aktuální stav klienta a také na základní informace o něm, jeho rodině, životě apod. Velmi důležitou částí je toxikologická a dechová zkouška, protože všechny nealkoholové i alkoholové látky jsou v komunitě zakázány. Často se také můžeme setkat s tím, že komunita bude chtít si promluvit i s členy rodiny nebo s blízkými osobami, které klienta doprovázejí. Poslední velice důležitou částí je prohlídka věcí klienta, aby bylo vyloučeno to, že klient do komunity nevnese žádné drogy nebo jinak nebezpečné věci, které by ohrožovali chod komunity (cit. dle Kalina, 2008, s. 192).

Léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do čtyř fází. První fáze je označována jako nultá, po té následuje fáze první, druhá a třetí. Fáze nultá, první a poslední zabírá 50% léčby a druhá zabírá rovněž 50% léčby (www.drogy info.cz, 2015).

„Nultá“ fáze je považována za subfázi první fáze. Při nulté fázi se dokončují vstupní prohlídky, celkové zhodnocení klientova stavu a také se vyjasňují individuální potřeby klienta. Nastavuje se individuální léčebný plán a také personál hledá správné řešení, kterým klientovi odbourá stres a také se snaží zabránit tomu, aby klient neměl snahu komunitu příliš brzo opustit (Kalina, 2008, s. 195).

Těmínová a spol. (2003) tvrdí, že „nultá“ fáze by měla trvat při roční léčbě přibližně dva, ale i více týdnů. V téhle době klient ještě není úplným členem komunity, má tam specifické postavení. To, aby se stal součástí komunity, musí o přijetí požádat. Vstup do komunity je doprovázen vstupním rituálem a taky podepsáním smlouvy.

První fáze, která při roční léčbě trvá přibližně tři měsíce, je označována pro klienta jako velice důležitá. Klient se zde snaží pochopit, že závislost na droze způsobila mnoho problémů a je potřeba tyhle problémy odstranit a také změnit jeho destruktivní chování. Je důležité, aby si klient uvědomil, že svůj životní styl je nutné změnit, naučil se žít bez drogy a přijmul pravidla komunity. Dalším cílem první fáze je začlenění nováčka do komunity a to, v co nejkratším čase, protože jedinec je často frustrován. Na konci první fáze by měl jedinec přijímat pravidla komunity, smysl programu a také jeho cílů. Má v komunitě své místo a je přesvědčen o životě bez drog a zvládá život bez drogy (Kalina, 2008, s. 196).

Druhá fáze je nejčastěji nejdelší fází. Obvykle trvá až 6 měsíců - pokud celková léčba trvá alespoň jeden rok.

Členové zde přijímají nové hodnoty komunity. Ve druhé fázi mají členové komunity za úkol najít sami sebe a také vztahy k ostatním, kteří jsou v komunitě také přítomní (Kooyman, De Leon, Nevšímal, Hajný, Adameček, Didunyk, 2004, s. 59).

Dle De Leona (2000,2001) jsou v téhle fázi naplňovány psychologické a sociální cíle terapeutické komunity. Nejdůležitějšími rysy druhé fáze v terapeutické komunitě je zlepšení se v chování, zvyšování úrovně v náhledu, psychologický růst, rozvoj zralosti a vzrůstající osobní nezávislost (cit. dle Kalina, 2008, s. 198).

Třetí fáze, která je označována jako fáze poslední a pohybují se v ní už tzv. „starší klienti“. Vyhledávají kontakty i mimo terapeutickou komunitu. Jedinec směřuje více pozornosti v kontaktu s rodiči, přáteli aj. Třetí fáze je označována obdobím, kdy se klient připravuje na následnou fázi léčby mimo komunitu. Klient se snaží naplánovat budoucnost, která se týká práce, přátel, vzdělávání, vztahů. Na konci třetí fáze má klient za úkol napsat jakousi ukončující zprávu o svém pobytu (Kooyman, De Leon, Nevšímal, Hajný, Adameček, Didunyk, 2004, s. 59).

Po splnění všech tří fází klient komunitu opouští a může nastoupit do doléčovacího centra, které se klientům doporučuje.

2.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je určena pro drogově závislé, kteří věří, že se závislosti zbaví pouze s pomocí odborné pomoci. Klient navštěvuje pracoviště několikrát do týdne.

Dle Kaliny et al. (2003, s. 172) by měla být specializovaná ambulantní péče dostupná a v plném rozsahu pro všechny pacienty, kteří ji potřebují. Do roku 1992 byla tahle péče v České republice zajišťována celostátní sítí zdravotnických zařízení s názvem ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí. Později došlo ke změně a k privatizaci těchto služeb, protože většina lékařů se touhle problematikou přestala zabývat, protože jejich práce nebyla oceněna tak, jak by oceněna být měla.

Léčba, probíhá v prostředí, ve kterém se klient pohyboval, i když byl závislým. Klient dochází do zařízení, kde je léčba poskytována. Délka léčby může být různá a může se u jedinců různě lišit, ale ve všech zařízeních by měla být nastavena podobně. Ambulantní

léčba je vhodná pro jedince, kteří mají sociální zázemí a hlavně podporu u rodiny. Léčba je považována za účinnou až od třetího měsíce trvání s tím, že klient navštěvuje zařízení minimálně třikrát týdně (Raboch, 2010).

Podle Rabocha existují skupiny, které fungují buď na základě terapeutického zařízení, nebo jako svépomocné. Probíhají jednou týdně, ale mohou i častěji (Raboch, 2010).

Takováto léčba je pro drogově závislé tou těžší variantou, protože se dotyční neustále pohybují v prostředí, ve kterém drogy užívali.

Pracoviště ambulantní léčby jsou zaměřeny především na rehabilitaci, prevenci, léčbu, resocializaci a registraci osob, u kterých se rozvíjí nebo už je rozvinuta závislost na nealkoholových látkách (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 39).

Ambulantní léčbu mohou nabízet a poskytovat různá zařízení. Mohou to být krizová centra, poradenská centra. Léčba ambulantní už od začátku klade na klienta určité nároky. Klientovi je sestaven zpočátku individuální plán léčby, kterým se řídí a pravidelně konzultuje jeho plnění. Párová či rodinná terapie může být součástí ambulantní léčby (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 215).

Zařízení by mělo být řízeno lékařem, který má v oboru praxi. V ambulantních službách se setkáváme s terapeutickým týmem, který má vedoucí lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, zdravotní sestry a sociální pracovnice. Provoz ordinace je v týdnu přístupný po celou pracovní dobu, o víkendech a svátcích podle potřeby (Kalina, 2003b, s. 172).

Ordinace mohou přivítat také rodiče, partnery nebo i příbuzné, kteří jsou s jedincem v nějakém kontaktu.

Každý pacient, který se rozhodne podstoupit tuhle léčbu je komplexně vyšetřen lékařem. Lékař vyšetřuje pacientův somatický i psychický stav a důležitou součástí tohohle vyšetření je anamnéza. Právě při odebírání osobní anamnézy navazuje závislý jedinec první kontakt, který je velice důležitý pro získání důvěry s jednotlivými pracovníky (Kalina et al., 2003b, s. 174).

Sekundární prevence je uváděna jako nezbytnou součástí léčby. Nelze od sebe oddělit péči preventivní a léčebnou tudíž se tato péče nazývá jako léčebně preventivní péče. Léčebně preventivní péče by měla obsahovat bio-psycho-sociální prvky, a proto je dělena do tří základních pilířů, které obsahují:

- Psychoterapii – personál by měl být pacientovi vstřícný a trpělivý, pacient má přístup k individuální psychoterapii, která by se měla několikrát opakovat. Dále zde můžeme zmínit psychoterapii rodinnou a skupinovou.
- Farmakoterapii – slouží především k usměrňování závislostí a ke komplikacím, které mohou nastat v čase léčby. Farmakoterapie se zaměřuje buď to na úplné dosažení abstinence, nebo na „náhradu užívané drogy lékem s menším rizikem užívání".
- Socioterapii – hlavním cílem socioterapie je navrácení jedince do společnosti, do rodiny, do školy a hlavně do běžného života bez drog (Kalina et al., 2003b, s. 174,175).

V mnoha zdrojích se setkáváme, že kombinace psychoterapie a farmakoterapie se považuje za nejúčinnější. Avšak dle Kaliny (2015, s. 119) farmakoterapie zahrnuje pouze jakési substituční preparáty, a proto substituci nemůžeme považovat za úplnou úzdravu, ale pouze za jakési nahrazení drogy, na které je jedinec závislý. Proto by měla být farmakoterapie prováděna spolu s psychoterapií.

2.3 Substituční léčba

Jak už jsme se zmiňovali výše, substituci můžeme chápat jako jakési „nahrazení" drogy.

Cílem substituční léčby je tedy nahrazení drogy nějakou jinou cestou, která je především bezpečnější (Kalina, 2015, s. 378).

Nešpor (2011, s. 99) ve své knize uvádí, že je to nahrazení nebezpečné drogy látkou stejné skupiny (nejčastěji metadon nebo buprenorfin). Tvrdí, že substituční léčba je vhodná tehdy, kdy je jedinec fyzicky závislý na droze a při vysazení má silné odvykací potíže. Je důležitě, aby jedinec při tomhle druhu léčby spolupracoval a nebral jiné drogy, které by se mohly spolu s nahrazenými látkami špatně snášet.

Dle Popova (2003,2008) je substituční léčba pro některé jedince konečným cílem. Jedinci jsou v procesu substituce několik let, s tím cílem, že jejich kvalita života se zlepší, budou schopní chodit do zaměstnání a starat se o sebe, či rodinu (cit. dle Kalina, 2015, s. 379).

Základními cíli substituční léčby je mnoho. Richterová Těmínová (2008) za cíle považuje zlepšení psychického stavu, somatického stavu, sociální rovnost klienta. Dalším důležitým cílem je také zamezení kriminálního a rizikového chování, se kterými se u drogově závislých často setkáváme. Posledním důležitým faktorem pro splnění cílů substituční léčby je

dosáhnout toho, aby jedinec byl schopný znovu získat zaměstnání, zahájit studium či dokončit studium (cit. dle Kalina, 2015, s. 380).

Kalina ve své knize uvádí za hlavní cíl substituční léčby snížení užívání nelegálních drog a tím vlastně i snížení kriminálního chování závislých jedinců (Kalina et al., 2008, s. 376-377).

Popov (in Kalina et al., 2003) popisuje tři základní formy téhle léčby:

1. krátkodobá detoxifikační substituce, která trvá přibližně 1-2 týdny,
2. střednědobá detoxifikační substituce, která trvá několik týdnů až několik měsíců,
3. dlouhodobá udržovací substituce, tzv. substituce, která může trvat několik let (Kalina et al., 2008, s. 376).

V kapitole se zmiňujeme o léčbě drogové závislosti. Popisujeme druhy možné léčby. Jako nejúčinnější se nám jeví léčba pobytová, do které řadíme terapeutické komunity. Dalším důležitým krokem k úspěšnému zbavení se drogové závislosti je resocializace, o které se zmiňujeme v následující kapitole.

3 RESOCIALIZACE

Po úspěšném absolvování léčby, ať ambulantní, substituční nebo pobytové téměř vždy přichází na řadu resocializace, která je pro jedince velice důležitou součástí celého procesu.

Pojem resocializace můžeme chápat jako znovu začlenění jedince do společnosti. Přesněji podle Kaliny (2015, s. 469) je resocializace „plnohodnotné sociální začlenění uživatelů drog do podmínek běžného života“.

Resocializace je „návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odchýlili“. Změna, kterou klient podstoupí, by měla být trvalá a ne jen dočasná (Matoušek, 2008, s. 174).

MPSV (2014) uvádí, že význam resocializace je sociální začlenění, které závisí na tom, jestli si člověk je schopný obnovit své zejména sociální dovednosti a také zda je ochotný přijmout sociální normy společnosti.

Cíl resocializace je často zaměřen na nějakou změnu neadekvátního chování, které bylo způsobeno užíváním drog. Základním krokem resocializace je odtrhnout jedince z prostředí, které by v něj mohlo vyvolávat nutkání drogu znovu užít (Brinkerhoff at al, 2007, s. 69).

Důležitá pomoc jedinci, který byl drogově závislý, spočívá v sociální integraci. Sociální integraci chápeme jako pomoc jedinci, který má snahu se znovu začlenit do společnosti. V praxi, můžeme hovořit o pomoci, která spočívá v pomoci s hledáním práce, s bydlením a s terapiemi, které jsou zaměřené na rozvoj dovedností, které jedinec potřebuje ke zvládnutí obtížností (Fischer, Škoda, 2014, s. 112).

Resocializace drogově závislých je náplní hlavně služeb následné péče. Služby následné péče zahrnují programy, jako jsou ambulantní doléčovací programy, ve kterých se můžeme setkávat s dalšími službami a to s chráněným bydlením a chráněným zaměstnáváním (www.drogy-info.cz, 2015).

Pojem resocializace vyvolává u některých pracovníků v pomáhajících profesích a častokrát i ve veřejnosti dojem, že jde o převýchovu či trest. Proto je pro některé lepší používat výraz sociální rehabilitace (Kalina et al., 2003b, s. 63-64).

Jak píšeme výše, setkáváme se s různými pojmy, které definují resocializaci, ale obsah a cíl je vždy stejný – vždy se jedná o pokus znovu začlenění se jedince do společnosti.

3.1 Následná péče

Následnou péči můžeme považovat za nutnou součást procesu léčby a resocializace osob.

Marlatt a Barett (1994) tvrdí, že hranice následné péče nejsou přesně vymezeny. Častokrát se setkáváme s neshodou, kdy vlastně tahle péče začíná. Následná péče je brána jako poslední fáze procesu změny (cit dle Kalina et al., 2008, s. 215).

Někdy může být pojem „**následná péče**“ obměňována pojmem „**doléčování**“. Oba tyhle pojmy si jsou totožné a mají stejný význam. Všechny tyhle služby mají společný cíl a to cíl resocializační (Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina 2015, s. 469).

U Kaliny (2015, s. 471) se ale můžeme dočíst, že „doléčování“ spočívá hlavně v posilování abstinence.

Podle MPSV (2017) jsou služby následné péče ambulantní nebo pobytové. Jsou určeny pro osoby závislé na návykových látkách, které podstoupili léčbu ústavní nebo ambulantní. Péče může být určena také pro osoby, které abstinují. Součástí následné péče jsou terapeutické činnosti, pomoc při navázání kontaktu se společenským prostředím aj. Služba je pro jedince bezplatná.

Tahle péče, která navazuje, po léčbě by měla odstranit nebo alespoň zmírnit důsledky, které se pojí s relapsem a naopak pomoct jedinci v udržení abstinence (Hawkins, Catalano, 1985 in Kalina, 2015, s. 470).

Kalina et al. (2003b, s. 209-210) ve své knize uvádí hlavní složky, které jsou součástí programu následné péče. Řadíme tam:

- Psychoterapii,
- prevenci relapsu,
- sociální práci,
- práce a rekvalifikace,
- lékařská péče,
- práce s rodinou,
- volnočasové aktivity.

Dále se v naší bakalářské práci budeme zajímat právě o tyhle hlavní složky následné péče, a to hlavně o **prevenci relapsu**, **sociální práci** a **psychoterapii**. Nesmíme opomenout, že

pro drogově závislé je také velice důležitá **práce s rodinou** a rodinná terapie. Důležitou roli hrají v následné péči také **svépomocné skupiny**.

3.1.1 Prevence relapsu

Po ukončení léčby se můžeme v mnoha případech setkat, že jedinec abstinenci poruší. Proto je důležitě seznámit jedince právě s prevencí relapsu a taky s tím, jak ho posilovat.

Neexistuje jednotná definice pro tenhle pojem, ale Kalina (2001) ve své knize relaps definuje jako návrat k užívání drog v době, kdy jedinec abstinoval.

Kromě relapsu se často setkáváme s pojmem laps. Millerová (2011, s. 212) ve své knize uvádí, že pojem **laps** chápeme jako jakési porušení abstinence, ale tohle porušení je jen nárazové – člověk se nevrací se ke stejnému stupni užívání návykových látek, jako předtím. Naopak pojem relaps chápeme jako úplné porušení abstinence, kdy člověk začne drogu užívat úplně stejně jako na začátku.

Příčin relapsu je mnoho, avšak nejvíce rizikové situace definují Marlatt a Gordonová (1985) a rozlišují tři spouštěče příčin relapsu. Jako první uvádí **negativní emocionální stavy**, které tvoří až 35% příčin relapsu. U jedinců se objevují pocity frustrace, člověk často pociťuje pocity úzkosti, smutku nebo deprese. Důležité je, aby člověk, který má právě jeden z těchto příznaků nebyl sám a trávil čas s někým, s kým je rád. Jako druhý spouštěč jsou **interpersonální konflikty**, čím rozumíme nějaké hádky buď to v kruhu přátel, nebo rodiny, v takovém případě je nejlepší co nejdříve situaci opustit. Posledním spouštěčem je **sociální tlak**, který může být přímý a nepřímý. Přímým rozumíme především verbální přemlouvání a nepřímým přímo přítomnost osob závislých na drogách (Kalina et al., 2015, s. 482).

Při prevenci relapsu se často také setkáváme s pojmem *craving* neboli bažením. Nelze ho označit za jasnou příčinu relapsu, ale hraje při něm zásadní roli (Kalina et al., 2015, s. 482).

Craving je popisován jako „silná touha po psychoaktivní látce nebo pocit puzení drogu užít“. Velká touha po droze může být také jedním z příznaků odvykacího stavu. *Craving* je označován za jedno z kritérií při určování diagnózy závislosti (Kalina, 2001, s. 24).

Prevence relapsu je popisován jako kognitivně behaviorální přístup. Nejde pouze o naučení klienta, jak se vyhýbat rizikovým situacím, ale také jak tyhle situace zvládat. Terapeut, který vede prevence relapsu, by měl vést klienta tak, aby po skončení téhle prevence byl

klient schopen sám sobě behaviorálního terapeuta dělat. Autor popisuje prevenci relapsu jako nějakou obavu ze selhání a také jako impuls pro vstup do následné péče (Kuda, 2003, in Kalina et al., 2008, s. 209,226).

Kuda (2003) uvádí, že teorie prevence relapsu vychází z bio-psycho-sociálního chápání závislosti. Filozofií prevence relapsu má být předpoklad, že závislost je jakási výzva k růstu a není to nemoc, která člověka stahuje ke dnu (cit dle Kalina, 2003b, s. 117).

Podle Kaliny (2013, kap. 27) rozlišujeme pět složek prevence relapsu. Řadíme tam psycho edukaci, zvědomování, hledání různých alternativ, tvorba chování a intervence k životnímu stylu.

3.1.2 Psychoterapie a svépomocné programy

Psychoterapie by měla být pro drogově závislé jedince nedílnou součástí léčby. Jedinec může psychoterapii podstoupit, ale nemusí. V praxi je ale doporučována, protože může závislému jedinci výrazně pomoci.

Kratochvíl (2017, s. 19) ve knize uvádí, že hlavním cílem psychoterapie je „odstranění chorobných příznaků“. Jedinec navštěvuje terapeuta s různými potížemi, které ho trápí a terapeut by mu měl s těmito potížemi pomoct a odstranit je. V knize se setkáváme také s druhým cílem a to výrazně odlišným – cílem psychoterapie je resocializace, reedukace, rozvoj osobnosti.

Psychoterapie by měla být hlavně zaměřena na odvrácení klienta od drogy. Někdy se terapeut snaží vyřešit všechny okolnosti, které klienta trápí, ale ne vždy je to správné. Mělo by se jednat o psychoterapii podpůrnou, která je zaměřena především na stabilizaci emotivity (Kalina et al., 2003b, s. 209).

Za zmínku stojí také svépomocné programy, které mívají u jedinců důležitou roli. Pod pojmem „svépomocné programy“ si představujeme různé druhy aktivit.

Kalina (Kalina et al., 2003, s. 84) uvádí, že svépomocné programy jsou považovány za jeden z nejvíce účinných nástrojů a zahrnují velice široký rámec různých druhů a způsobů aktivit.

Department of Health of UK (1997) definuje svépomocný program jako „podporu, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním“ (cit dle Kalina et al., 2003b, s. 84).

3.1.3 Sociální práce

Drogová závislost má negativní sociální dopady na život člověka, se kterými se můžeme častokrát setkat i po skončení léčby. Proto se zmiňujeme o sociální práci, která má výrazný vliv v rámci následné péče na zachování změn a životního stylu jedince (Mahrová, 2008, s. 120).

Definic pro sociální práci existuje mnoho. Podle Matouška (2016, s. 200) je sociální práce „společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů." Cílem sociálního pracovníka je navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Sociální práce je považována za hlavní přístup při poskytování sociální pomoci.

Podle Navrátila (Kalina et al., 2003, s. 71) je hlavním faktorem sociálního fungování v paradigmatu sociální práce považováno především „duševní zdraví a pohoda člověka". Sociální práce bývá prováděna především formou skupinové nebo individuální terapie, můžeme se ale setkávat také s terapií rodinnou.

Největší důraz je kladen na komunikaci, a také na vztahu klienta a sociálního pracovníka (Matoušek et al., 2007, s. 187).

O **rodinné terapii** mluvíme dnes jako o terapii „systémové". Rodina má pro závislého klienta velice významnou roli. Podle Americké Národní instituce pro užívání drog je důležité používat rodinnou terapii s rozvahou. Není potřeba provádět několik sezení v rámci rodinné terapie, pomoc můžou i pouze dvě, pokud jsou prováděny s jasně daným cílem (Millerová, 2011, s. 149).

Skupinová terapie je označována běžnou formou léčby u jedinců, kteří jsou závislí. Tuhle terapii většinou vedou jeden až dva psychoterapeuti. Corey (1995) rozlišuje čtyři typy skupin a to edukační, profesní, sociální a osobní. Skupinová terapie je kombinací edukační, sociální a osobní skupiny. Vedoucí by měl stanovit ve skupině jasné normy a ty by měli klienti dodržovat. Skupinová terapie má čtyři fáze. První fáze je nazývána jako „koktejl párty" a vyznačuje se nervozitou členů. V téhle fázi se členové snaží poznávat, ale příliš se toho o sobě nedozví. Druhá fáze bývá obtížná pro klienty i pro vedoucí. Klienti se snaží zjistit, jak moc je skupina pro ně bezpečná a anonymní. Ve třetí fázi klienti drží pohromadě, důvěřují si. Čtvrtá fáze je fáze poslední a jejím cílem je, aby se jedinec od skupiny odtrhl a snažil se přenést myšlenky, které získal ve skupině do svého života (Millerová, 2011, s. 142).

Individuální terapie spočívá v pravidelném setkávání se klienta s psychoterapeutem. Klient dochází k terapeutovi nejčastěji jedenkrát za týden. Cílem individuální terapie je především zmírnění nebo přijetí duševních, emocionálních a behaviorálních poruch jedince. Důležité je, aby se jedinec, který terapeuta navštěvuje, cítil bezpečně a neměl pocit strachu a nejistoty, protože jedinec musí být často otevřený (Kalina, 2001, s. 50).

Sociální práce je v procesu resocializace velice důležitým krokem. Skupiny, jak individuální, tak skupinové mají velice vysoký význam pro jedince a pomáhají je znovu začlenit do společnosti. Je třeba zmínit, že důležitým faktorem pro jedince je podpora rodiny a nejbližších osob.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části jsme popsali téma drog obecně, závislost na drogách, léčbu a také velice důležitou součást léčby a to resocializaci. Ve třetí kapitole, jak už jsme se zmínili, rozebíráme resocializaci, což bylo hlavním klíčovým pojmem výzkumného šetření. V praktické části se budeme snažit navázat na část teoretickou a doplnit ji realizovaným výzkumem. Vzhledem k tomu, že respondenti se častokrát ve svých výpovědích vraceli spíše do minulosti, rozhodli jsme se pro zařazení kategorie, která se týká spíše toho, jak to všechno začalo. Záměrem a cílem celého výzkumného šetření bylo především se dozvědět, jak návrat do života a společnosti vůbec byl pro jedince s touto minulostí těžký.

4.1 Výzkumný problém

V praktické části naší bakalářské práce se zaměříme především na resocializaci a léčbu, která u respondentů probíhala. Výzkumný problém má odhalit, jak těžké bylo pro drogově závislé se začlenit zpět do normálního života, co jim pomáhá udržet se v resocializaci a také jak překonat problémy po léčbě, které můžou nastat a kdo byl pro jedince největší oporou při tomhle složitém a velice důležitém procesu. Resocializace drogově závislých není příliš častým tématem ke zpracování, i když je pro vyléčené jedince tahle část léčby považována za velice důležitou, a proto jsme se rozhodli tuhle problematiku prozkoumat více.

Čím dál častěji se setkáváme s drogově závislými, a to ne jen tzv. „víkendovým braním“, ale každodenním užíváním drog. V České republice se nejčastěji setkáváme se závislostí na pervitinu, ale začíná být mnohem častější užívání vícero drog současně (www.drogy info.cz, 2015).

4.2 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem v naší bakalářské práci je především zjistit, jakým způsobem se drogově závislí jedinci po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti. V souvislosti s hlavním výzkumným cílem jsme si určili cíle dílčí. Snažili jsme se tedy zjistit, jak se jedinci dokázali vyrovnat s novou životní situací, která nastala po zbavení se závislosti, jaké byli důsledky užívání a co je pro ně největší motivací.

4.2.1 Hlavní výzkumný cíl

- Zjistit, jakým způsobem se drogově závislí po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti.

4.2.2 Dílčí výzkumné cíle

- Zjistit, co a kdo jim pomohl nejvíce překonat problémy po léčbě.
- Odhalit důsledky, které jim přinesla závislost na drogách.
- Identifikovat jejich největší motivaci, která jim pomáhá abstinovat.
- Zjistit okolnosti, které jsou a které přesvědčují jedince v pokračování resocializace.

4.3 Výzkumné otázky

Po stanovení výzkumných cílů, jak dílčích, tak jednoho hlavního, jsme si stanovili výzkumné otázky, které nám pomohou při výzkumném šetření.

4.3.1 Hlavní výzkumná otázka

- Jakým způsobem se drogově závislí po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti?

4.3.2 Dílčí výzkumné otázky

- Co a kdo jim pomohl překonat problémy po léčbě?
- Jaké jsou důsledky užívání drog ovlivňující resocializaci jedince?
- Jaké aspekty resocializace motivují drogově závislé jedince k abstinenci?
- Jaké okolnosti ovlivňují resocializaci drogově závislého jedince po ukončení léčby?

4.4 Strategie výzkumu a metoda sběru dat

Pro náš výzkum jsme zvolili přístup kvalitativní, protože jsme se potřebovali dozvědět hlubší informace o životě jedinců a u přístupu kvantitativního bychom potřebné informace nemuseli dostatečně vyzkoumat. Proto jsme zvolili polo strukturovaný rozhovor.

Cílem polo strukturovaného rozhovoru je zjistit úplné a detailní informace o právě studovaném jevu (Švaříček, Šeďová, 2007, s. 13). Otázky do rozhovoru jsme měli připravené dopředu a na místě podle situace jsme pokládali doplňující otázky. Rozhovory byly po

souhlasu respondentů nahrávány na mobilní telefon a poté přepisovány do počítače. Všechny rozhovory probíhaly v prostorách doléčovacího centra, kde se respondenti momentálně zdržovali.

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří čtyři respondenti, kteří byli oslovení v doléčovacím centru v P-centru v Olomouci. I když jsme se domnívali, že nebude problém respondenty najít a oslovit, opak se stal pravdou. Výběr respondentů byl záměrný, podmínkou byla abstinence od drog, na které byli závislí. Jeden z respondentů byl ochoten provést rozhovor ihned po uvedení a představení situace. Ostatní z respondentů byli vybráni metodou sněhové koule. Miovský (2006) popisuje metodu sněhové koule tak, že respondenty, které jsme již získali, poprosíme, aby požádali o kontakt na další lidi, kteří by mohli odpovídat jedincům, které právě hledáme (cit. dle Švaříček, Šeďová a kol. 2007).

Výzkumný soubor tvoří dvě ženy a dva muži.

Tabulka 1 informace o výzkumném souboru

Respondent	Věk	Délka závislosti	Délka abstinence
Marián	35 let	15 let	10 měsíců
Jakub	24 let	6 let	12 měsíců
Jesika	25 let	2 roky	11 měsíců
Karolína	26 let	12 let	18 měsíců

5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se budeme věnovat zpracováním výsledků, které jsme získali z realizovaného výzkumu pomoci polo strukturovaného rozhovoru s našimi respondenty. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, a poté důkladně přepsány. Zpracování dat bylo vypracováno otevřeným kódováním a poté rozdělením kódů do jednotlivých kategorií. Kategorie jsou pojmenovány podle tématu, kterým se budeme přibližně zabývat.

5.1 Co bylo, než to začalo?

I když našim cílem nebylo zjistit, co k závislosti respondenty vedlo a proč se stali závislými, tak minulost pro ně byla při rozhovorech důležitou součástí a častokrát k ní spadali. Díky tomu, že se vraceli do doby, kdy a proč to všechno začalo, jsme se rozhodli tuhle kategorii zde zařadit.

První kategorie obsahuje kódy: neúplná rodina, špatná známost, útěk z domova, špatná parta, problémy doma, únik z reality, negativní vzor, špatný vzor.

Téměř u všech čtyř respondentů byl jedním z důvodů, proč se stali závislými, špatný kolektiv, který je v době dospívání důležitým bodem. Podle respondenta Mariána to ale není úplně jen o kolektivu, ale taky hodně o sobě samém. „*Chytl jsem se špatný party, ale určitě to bylo i o mě. Takový únik před světem.“* Dalším negativním faktorem, který hraje důležitou roli pro jedince, je rodinná pohoda a taky úplná rodina. U všech čtyř respondentů jsme se setkali s faktem, že vyrůstali v rodině, kde panoval neklid. Respondenta Jakuba tohle dovedlo ke špatnému konci. *„Já jsem začal hulit, protože jak ségra dělala ty potíže, tak furt byli doma hádky, ale pořádné, ségra se bila s taťkou, já jsem stál bokem a hrozné psycha jako. Začal jsem chodit častěji ven.“*

Jesika vyrůstala v rodině, kde fungovala pouze matka a navíc se častokrát nacházeli ve finanční tísni. „*Hodně doma byly problémy, že máma byla na nás sama a potřebovala finančně pomoct. Já jsem si našla práci, tu obsluhu nahoře bez, jenomže to mi nějak nedělalo dobře, takže tam jsem začala hodně pít, abych to nějak unesla tady to.“*

Jak už jsme se zmiňovali výše, že důležité je vyrůstat ve správném kolektivu, tak u dvou respondentů jsme se dozvěděli, že impulsem k začátku braní drog nebyl jen špatný kolektiv, ale také špatný vzor, kterým se dotyční chtěli stát. Karolína uvádí: „*Víš co možná jak to začalo, sousedka naše dala vlastně mě a ty svý dceři, nám dala přečíst knížku Úplná*

prázdnota od Ivety Vochalový, což bylo vlastně o drogách a já jsem se v tom hrozně viděla a nějak mě to oslovilo, no.“ S podobným začátkem jsme se setkali také u Jakuba, který měl nejen špatný vzor, ale také nesprávného kamaráda. „*Začal jsem chodit častěji ven a našel jsem si kamaráda, začal jsem se s ním stýkat, a pak nás jednoho dne napadlo, tak blbě (smích), jsme se dívali na gangsterské filmy a tak prostě, tak jak jsme to viděli, tak jsme si řekli, že bysme to chtěli zkusit taky, jak jsme viděli v těch filmech, že jsou všichni v pohodě a tak.“* U Jakuba na druhou stranu panoval také pocit samoty, protože byl trochu jiný, než ostatní děti kolem něj a proto byl někdy odsuzován a šikanován. „*Já jsem jako i tak začal brát kvůli té samotě, tak je pro mě důležité být pořád s někým v kontaktu.“*

Respondentka Karolína kvůli závislosti utíkala z domu a ve svých 16 ti letech odešla z domu úplně. „*No brát jsem začala v 16 ti vlastně. Já jsem bydlela s vařičem perníku, takže jsem jen chodila do školy a fetovala. Jsem měla celkem pohodu (smích).“*

Jak můžeme vidět, skoro u všech respondentů jsme se setkali s podobnými faktory, které byly z jisté míry impulsem pro braní drog.

5.2 Rodina je vše, a to ne jen ta vlastní.

Kategorie druhá tvoří kódy: pomoc rodiny, pomoc terapeutů, komunita, změna díky komunitě, podpora od matky, vlastní syn, přerušení kontaktu z minulosti.

Druhou kategorii jsme pojmenovali rodina je vše, a to ne jen ta vlastní. Tím chceme říci, že důležitou součástí při procesu léčby a resocializace byla pro dotyčné ne jen ta vlastní rodina, ale také terapeuti z komunity, kteří byli jedním z respondentů označeni za „druhou rodinu“. „*V té komunitě hlavně ti terapeuti a tak no, přece jenom tam jsi rok a stanou se pro tebe všichni druhou rodinou. Jsou to lidi, kteří ti ukázali směr, dali ti další šanci, abys neztroskotala zase.“* Všichni z našich respondentů podstoupili léčbu v terapeutické komunitě, která trvá přibližně rok. Vytvořili si tam velice silné vztahy a s pracovníky kontaktních center jsou v mnohých případech v kontaktu doposud. Jak řekl Jakub, co jsme zmínili už výše *„přece jenom tam jsi rok.“* Karolína měla v terapeutické komunitě větší podporu, než u rodiny. „*I když mám podporu u rodiny, tak oni mě nedokážou tak pomoct, ani náhodou, oni vůbec neví prostě. I když jim člověk řekne, co potřebuje nebo tak, tak prostě tomu nerozumí. To je jinej svět pro ně.“*

Pro všechny z dotazovaných byla rodina vždy největší podporou a také motivací. A také to, co jim pomohlo, se ze závislosti dostat. „*No tak určitě máma mě podporovala hodně, pro-*

tože ona mi vlastně vychovávala i mého syna, takže hodně máma mě podporovala.“ Marián je také hodně motivován svým synem.

Důležitým zjištěním bylo, že žádný z respondentů není v kontaktu s přáteli, se kterými byl dříve. Ba právě naopak je pro ně důležité se od těchto lidí odloučit a nevyhledávat ani místa, ani kontakty, které by v nich mohl vyvolat pocit nejistoty a chtíč užít drogu znovu. „*Tak člověk má naučený, že přijde stres a dá si drogu, že vlastně to je nejjednodušší řešení a tady prostě s tím musím pracovat a samozřejmě, i když jsem v novým prostředí, tak prostě mám takový senzor, takže když jdu, prostě třeba musím na nádraží, tak prostě automaticky mi střílej oči tam, kde jsou ty osoby a vidím to i z tramvaje, když jedu, tak vidím prostě tam u stánku, že si někdo kupuje, takže prostě ten senzor furt je.“* Na otázku, zda se stýkáš s kamarády z minulosti, Marian odpověděl „*ne, protože jsou všichni závislí.“*

Jak z rozhovoru se zkoumanými osobami vyplývá, je důležité, aby se dotyčný odtrhl od kontaktů z minulosti. I když je sám přesvědčený o životě bez drog není to úplně jednoduché drogu odmítnout. „*Jinak jsem utla všechny kontakty, které by mě mohli ohrozit vlastně i na facebooku všechno jsem odstranila a jsem hodně v kontaktu s lidmi, vlastně co jsou taky tady na doléčováku a i v práci s kolegyněmi se normálně bavím.“*

5.3 Zdraví a život na 1. místě

Třetí kategorie je především o motivaci. Proč a co závislé jedince motivovalo k tomu, aby se drog zbavili a začali žít tak, jak si přejí.

Kategorie třetí tvoří kódy: snadné nalezení práce, zdraví, problémy se zdravím, obavy ze smrti, úplná abstinence, hledání práce, chtíč po normálním životě.

„Největší motivace? Prostě, jo tak, největší motivace, no tak hlavně jsem potřebovala, aby skončilo, co bylo, já už jsem pak žila hrozně, v nebezpečným prostředí. Nevím prostě to už bylo strašný a stejně mě ty drogy nedělaly, to, co měly“ tvrdí Karolína, pro kterou největší motivací je touha po životě normálního člověka. *„Dosáhnout dobrejch stavů bylo čím dál těžší, no. Nevím, no, já jsem žila v Anglii, víš. Čtyři roky a já jsem tam žila na takovým poloskvotě a tam žilo hroznejch lidí, bylo to jako hrozný. Já jsem se pak bála i vyjít, nám tam vletěli černoši a tak, protože tam byli drogy, dost peněz, že jo, ale zároveň jsme třeba neměli co jíst jako, neměli jsme teplou vodu. No, ale drog jsme měli vždycky dost (smích), ale k čemu to bylo, že. Takže tohle byla i ta motivace přestat, že už dost, stačí. Nechtěla jsem v tom už žít, věděla jsem, že už to je špatně.“* Karolína měla především obavy ze své-

ho života, protože po vyprávění žila v dost nebezpečném prostředí, jak sama popisuje. U všech respondentů jsme se setkali s problémem, který se týkal zdraví a života vůbec. Každý už potom žil v takovém prostředí, které mu bylo nebezpečné a stačilo málo k tomu, aby nepřežili vůbec. Marian měl jasný důvod, proč přestat. *„Přestal jsem hlavně kvůli svýmu zdraví, protože mi loni diagnostikovali žloutenku typu B a C. Vlastně doktorka mi řekla, že když takhle povedu život dál, tak můžu bejt do dvou let mrtvej. Já jsem žil 10 let na ulici, takže hlavně to zdraví, no.“* Můžeme zde opět vidět, jak se respondenti neustále vrací k minulosti. Strach ze smrti měl také respondent Jakub, který se ze dne na den zhroutil a právě to byl ten impuls, kdy se rozhodl se vším špatným přestat. *„No, už jsem to nezvládl, už jsem nechtěl. Jeden den jsem to fakt nezvládal, já jsem zhubl za půl rok asi 35 kg a ještě jsem měl zákaz k mamce, tak jsem už měl myšlenky na smrt.“* Proto se rozhodl hlavně kvůli svému zdraví ze dne na den přestat. *„Ze dne na den, co jsem si řekl, že přestanu, tak mi v tu noc umřel taťka a já se s ním den před tím pohádal, takže to bylo tím největším impulsem.“*

Všichni čtyři respondenti dodržují úplnou abstinenci, a to i u měkkých drog, jako je alkohol nebo cigarety. *„No tak abstinuji od všeho. No jako je to těžký, chutě jsou, chutě přicházejí, že jo, ale určitě mi pomáhá prostě žít ten život, chci žít normálně.“* I když dodržovat abstinenci, jak sami z výpovědí vidíme, je těžké, tak vždy to jde, když jedinec chce a má daný cíl. Jakub má na to názor podobný, jako ostatní „*taky už hodně nechci. Už to nechci znovu zažívat, to bylo fakt hrozné (smích).“*

Pro nás bylo velikým, ale příjemným překvapením, že jedna z respondentů, Jesika, má vystudovanou právě sociální pedagogiku. *„Vzhledem k tomu, že jsem vystudovala tu sociální pedagogiku, jsem vlastně bakalář. Ale nikdy jsem to nedělala, protože jsem fetovala, že jo. No a dělám teď v domově důchodců.“* Jesika bere svoji práci taky jako velikou motivaci a to, co ji drží nad vodou, aby abstinovala. *„A taky mě baví ta práce, to je taky moje velká motivace, že mě to naplňuje, připadám si konečně užitečná.“*

Vzhledem k tomu, že se část respondentů nachází ve veliké finanční tísni, protože mají spoustu dluhů z minulosti, bylo pro ně nejdůležitější si najít práci a dluhy začít splácet. Pro Jesiku je to jedna z největší překážek. *„Mám hodně dluhů, takže to je takový to, co nejvíc řeším.“* Překvapivým zjištěním bylo, že všichni získali práci poměrně brzo, někteří už do týdne, co opustili komunitu. Jakub dokonce hledal práci už přímo v komunitě, aby po odejití mohl hned nastoupit. *„Já už jsem si v komunitě našel práci vlastně, už dopředu. Našel*

jsem si přes internet tu práci a poslal jsem tam životopis, oni chtěli, ať přijedu, tak jsem přijel na pracovní pohovor a vzali mě.“

Ani u jednoho z respondentů jsme na první pohled neregistrovali žádné, okamžitě viditelné, známky užívání drog. To můžeme brát právě jako velké pozitivum, při hledání práce. Jesika to označuje za výhodu. *„Já si myslím, že u mě je docela výhoda, že nejsem nějak extra poznamenaná těma drogami, takže právě na první pohled vůbec nevědí a nenapadne je, že tohle všechno mám za sebou a nevyptávají se.“* Naopak nevýhodou je, že nemají téměř žádné dokončené vzdělání, kromě Karolíny, o které jsme psali výš. Pomyslným strašákem zkoumaných osob jsou také záznamy v trestním rejstříku a možnost pobytu ve vězení, což potvrzuje i Karolína a dodává: *„No já jsem se hodně bála, co se týče práce, jak si ji najdu, protože mám záznam v registru, ehm a vlastně jakože žádný moc zkušenosti nemám. Já jsem dělala od 18-ti do 20-ti let obsluhu nahoře bez, takže to ani nemůžu dávat do životopisu.“* Tvrdí Karolína, která i přes tyhle překážky dokázala práci najít.

5.4 Co bylo, bylo, aneb jde začít znovu a líp.

Nejdůležitějším krokem v téhle velice složité a nepříjemné situaci, ve které se všichni naši respondenti nachází, je především udělat tlustou čáru za tím, co vše bylo. Proto jsme poslední kategorii pojmenovali, co bylo, bylo, aneb jde začít znovu a líp. Je důležité, aby jedinci začali žít život znovu a na plno, tak jak je jejich přáním, našli si koníčky a hodili za hlavu vše, co je doposud pronásledovalo a ničilo jim životy.

Čtvrtá kategorie obsahuje kódy: strach z minulosti, stop všemu, krádeže, vězení, zapomenutí na chuť, odmítání drogy, sport, potřeba něco dělat, volný čas s kamarády.

Jesika i Jakub si bohužel prošli i vězením, které pro ně bylo, ale i jistou nápravou, protože tam k drogám přístup neměli. *„Já jsem byla ve vězení, mě zavřeli na dva roky, takže jsem strávila, na pět let, ale pustili mě za dobrý chování po jedné třetině a podmínka byla léčba. Ve vězení jsem nebrala, měla jsem absťáky, třeba jsem pět dní nespala, ale je tohle vůbec nezajímá.“* Nemůžeme ale brát vězení, jako jakousi nápravu. Pokud člověk sám nechce, tak i po propuštění z vězení se dostane právě tam, kde byl před nástupem do vězení, což nám Jesika sama v rozhovoru sdělila. *„Největší stopka bylo to vězení, protože jsem už věděla, že je to špatně, ale nějak jsem to nedokázala stopnout, takže jsem věděla, že potřebuju ještě, když jsem dva roky čistá, že potřebuju nějak prostě se sebou něco udělat.“* Ve vězení se oba respondenti ocitli kvůli drogám, na které neměli peníze a potřebovali si na ně

nějak vydělat. *„Ve vězení jsem byla vlastně za krádeže v obchodech, já jsem brala ten herák a ty peníze jsem musela nějak udělat.“*

Jakub, ačkoliv chtěl zpět do rodného města a tam, kde vyrůstal, *„já jsem se chtěl hlavně vrátit do města, kde jsem byl“,* tak od toho musel opustit, protože vždy, když tam jel, tak to na něj nemělo dobrý vliv. *„No třeba já když teď jedu k mamce, tak já tam jedu maximálně na 3-4 dny, protože, i když jsem čistý 19 měsíců, tak si prostě nevěřím, v tom prostředí tam, abych byl.“* Tenhle problém jsme nepozorovali pouze u Jakuba, ale také u Karolíny, která měla problém tentýž. *„No tak, já hned po léčbě změnila kraj, abych se odstěhovala pryč. Já jsem z Hradce.“*

Jelikož u všech respondentů je tělesné poznamenání téměř nulové, tak poznamenání psychické a sociální je poněkud větší a nepříjemnější. *„No, největší dopad je takový ten psychický, mám prostě psychické problémy. I takovej sociální vlastně, v tý společnosti, prostě necítím se v ní dobře a tak, furt mám nějaký, nevím jak to říct, furt se nemůžu začlenit do tý normální společnosti. Furt si připadám, že tam nepatřím nebo tak. Já vím, že to na mě nejde moc poznat, ale mám to pořád v hlavě, nějaký blok a paranoie a tak.“* Řekla jedna z respondentů, Karolína. U Jakuba to změnilo osobnosti celkově. *„No mělo to dopad, já když jsem byl mladší, tak jsem byl takový nevýrazný kluk, hodný, doma jsem poslouchal a pak jsem začal. Ty drogy, prostě si začneš dělat, co chceš.“* Důležité je, aby ta motivace byla neustále posilována. *„Tak člověk má naučený, že přijde stres a dá si drogu, že vlastně to je nejjednodušší řešení a tady prostě s tím musím pracovat.“*

Nejčastějším a také nejúčinnějším potlačením abstinenčních příznaků je jednoznačně pro všechny respondenty sport. *„Já mám jako spoustu věcí, co mě baví. Já mám právě hlad po tom všem, protože jsem vlastně nic nedělala, takže prostě mě baví všechno. Teď jsem byla na hot józe, chtěla bych lézt na stěnu a ještě chodím do sauny. Hrozně ráda jezdím na kole“,* potvrdila Karolína. Důležité pro všechny je pořád mít nějakým způsobem vyplněný volný čas, protože jakmile se dostanou do fáze, kdy se nudí a nemají co dělat, tak myslí právě na drogy, které by byli jistě účinným vyplněním volného času. *„Právě potřebuji pořád něco dělat, protože mám pocit, že jakmile se zastavím, nebudu nic dělat, tak začnu fetovat. Takže to je hodně důležitý pro mě.“* Respondent Marián plánuje návrat ke koníčku, který ho doprovázel celé dětství. „*Chci se přihlásit znovu na fotbal, protože jsem hrál dlouho fotbal, než jsem začal brát drogy.“* Jesika si našla koníček už v terapeutické komunitě a věnuje se mu do teď. *„Mám sport, ten mi hodně pomáhá, třeba běhání, když to jsem*

měla i v komunitě, že prostě, když mi nebylo dobře, tak jsem si šla zaběhat, ať nějak vypustím od těch myšlenek nebo tvořím. Hrozně ráda něco vytvářím prostě z korálků a tak.“

Z výpovědi Jakuba jsme se už výše dozvěděli, že potřebuje být neustále s někým v kontaktu a nerad tráví volný čas a vůbec čas celkově sám. *„Tak dělám tak různě všechno. Ale je i pro mě důležité, já jsem jako i tak začal brát kvůli té samotě, tak je pro mě dost důležité být pořád s někým v kontaktu, takže jsem často s kamarády. Ani bych asi nemohl bydlet sám, protože si myslím, že bych do toho spadl znovu.“*

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V předchozí kapitole jsme se zabývali analýzou získaných dat a teď se pokusíme data interpretovat podle toho, co jsme na základě výzkumu zjistili a odpovíme na výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly stanoveny na začátku celého výzkumného šetření a v první řadě vedli k naplnění výzkumných cílů. Hlavním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem se drogově závislí po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti.

Aby interpretace údajů byla dostatečně přehledná, tak vždy zmíníme výzkumnou otázku a k ní budou následovně napsány výsledky, které jsme ve výzkumném šetření zjistili.

Hlavní výzkumná otázka:

- Jakým způsobem se drogově závislí po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti?

Dílčí výzkumné otázky:

- Co a kdo jim pomohl překonat problémy po léčbě?
- Jaké jsou důsledky užívání drog ovlivňující resocializaci jedince?
- Jaké aspekty resocializace motivují drogově závislé jedince k abstinenci?
- Jaké okolnosti ovlivňují resocializaci drogově závislého jedince po ukončení léčby?

Co a kdo jim pomohl překonat problémy po léčbě?

Téměř u všech respondentů jsme se setkali s totožnou odpovědí. Nejvíce důležitou roli pro překonání problémů po léčbě hrála především rodina a také terapeuti z terapeutické komunity, ve které všichni z našich respondentů léčbu podstoupili. Pro respondenty je rodina nejdůležitější jednotkou, ale na druhou stranu rodina nedokáže pomoct tak, jak by měla. Jak řekla jedna z našich respondentek, že ji matka sice pomůže, ale vůbec tomu nerozumí a myslí si, že to jde hned a bez jakýchkoliv větších překážek.

Kalina (2003) uvádí, že se rodinná terapie stále nestala hlavní terapeutickou metodou, avšak shoduje se s myšlenkou, že právě rodinná terapie napomáhá a také zvyšuje schopnost závislého léčbu vůbec dokončit. Pro respondenta Mariána je taky velice důležitý jeho syn, který mu byl odebrán z péče, právě kvůli jeho závislosti. Jedinec, který je závislý, mění jak chování k celé rodině, tak i k sobě samému.

Respondenti se také shodli na tom, že doléčovací centrum je jedna z nejlepších možností, která po léčbě může nastat. Je to dobrovolné rozhodnutí klientů, zda chce pokračovat sám nebo se rozhodne pokračovat v péči odborníků. Program je vytvářen na základě potřeb klientů, ale je velmi důležité brát na vědomí, že hlavním cílem v doléčovacím centru, je jakési rozpárání vazeb klienta na program, který využívá (Kalina, 2001).

V doléčovacím centru probíhají dvakrát do týdne skupiny, které jsou pro ně velkou motivací a hlavně podporou. Jak zmiňuje Kalina (2001) skupinová terapie je jedna z nejčastějších a také základních nástrojů léčby závislosti.

Všichni respondenti ve svých výpovědích uvedli, že největším „zabijákem" chuti na drogu, která často přichází, je především sport. Uvedli, že pokud nemají vyplněný svůj volný čas, tak mají myšlenky pouze na drogu, která by jim v tomhle vyplnění volného času pomohla. Nicméně tohle tvrzení taky potvrzuje Kalina (2000, s. 123), který uvádí, že během léčby a následné péče se klienti také učí si plánovat svůj volný čas tak, aby se vyhnuli rizikovým situacím. Proto všichni respondenti mají koníčky jako je jízda na kole, běh, a také kontakt s přáteli, který je pro ně velice důležitý a v jejich životě nepostradatelný.

Jaké jsou důsledky užívání drog ovlivňující resocializaci jedince?

Nejčastějším důsledkem, který ovlivňuje resocializaci, je hlavně méněcennost jedince a také sociální dopad, který na jedince negativně působí. Žijí v pocitu, že do společnosti už nezapadají, tak, jak by měli. Přitom je to pro ně jen pouhá domněnka. K vyvrácení právě těchto pocitů méněcennosti jim pomáhá, výše zmíněná, následná péče. Následná péče je v našem případě chápána i jako výměna názorů a zkušeností s abstinencí od jiných, už vyléčených, jedinců. Kalina (s. 470, 2015) považuje za hlavní cíl následné péče pomoc klientovi překonat období, kdy přechází ze závislého života do normálního, a také ho připravit na jisté problémy, které mohou nastat.

Častokrát se setkáváme se strachem a nejistotou z nového prostředí. Všichni z respondentů nám potvrdili, že se museli odstěhovat z místa bydliště, nebo z místa, kde k drogám přišli. Právě na těchto místech je většinou pro jedince velice obtížné drogu odmítnout. Můžeme říci, že oproštění se od místa bydliště a svých přátel z minulosti je důležitou součásti resocializace.

Vzhledem k tomu, že ani jeden z našich respondentů nebyl poznamenán tělesně, tak můžeme říci, že na první pohled je jejich minulost téměř neidentifikovatelná. Z našeho výzkumu se nejeví žádné příliš negativní důsledky.

Dva z našich respondentů také pociťují problém ze stránky finanční, a proto je pro ně velice důležité mít jistou práci a taky jistý příjem peněz. V době, kdy byli závislí, jak už jsme se zmínili v kapitole páté, potřebovali peníze na drogy, a proto jim bylo jedno, kde peníze vezmou, a proto pro ně byly tou nejjednodušší variantou půjčky, které musí doteď splácet.

Jaké aspekty resocializace motivují drogově závislé jedince k abstinenci?

Hlavní motivací u všech respondentů je především touha po normálním životě a také po založení rodiny. Téměř všichni z našich respondentů měli strach o své zdraví, protože se závislostí přišli jisté zdravotní problémy a tudíž měli strach o svůj život. Proto můžeme označit zdraví, jako jeden z nástrojů motivace a také jako za zlomový okamžik, proč se vůbec drog vzdát. Jeden z respondentů je nakažený žloutenkou typu B i C a bylo mu jasně sděleno, že pokud takhle povede život dál, do roka může umřít.

Důležitým aspektem je pro ně také doléčovací centrum, ve kterém momentálně všichni respondenti bydlí. Jedná se o tzv. chráněné bydlení, které je jedincům poskytováno, pokud podstoupí léčbu buď to ambulantní, nebo pobytovou. Chráněné bydlení je pro ně velikým plusem, protože spoustu z nich se necítí na to žít sám, anebo v mnoha případech ani nemají možnost vlastního bydlení. „Cílem chráněného bydlení je zajištění ubytování při absolvování terapeutického a resocializačního programu, a to i lidem, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě“ (Kalina, 2001). Z výzkumu jsme se dozvěděli, že pro klienty je opravdu velikou hrozbou vrátit se zpět na místo, kde si prošli drogovou závislostí a začít tam od znovu. Spoustu z nich má strach, že právě znovu propadne závislosti a v abstinenci se neudrží.

Bydlení, které jim je poskytováno si klienti hradí, anebo alespoň na něj přispívají. Základním pravidlem v chráněném bydlení je především dodržování tzv. „bezdrogového“ prostředí (Kalina, 2001). Je nutno dodat, že zmíněná resocializace probíhá už ve fázi léčby a nikoliv až po léčbě.

Jaké okolnosti ovlivňují resocializaci drogově závislého jedince po ukončení léčby?

Největším strachem u všech respondentů bylo hlavně nalezení práce. Tři ze čtyř respondentů neměli po ukončení léčby v terapeutické komunitě téměř žádné zkušenosti s prací, proto přišly jisté obavy, zda někde práci najdou.

Jak uvádí Morávek et al. (2006), zaměstnání je jedním z největších problémů, které brání překonat problémy, které po léčbě nastávají. Většina z respondentů se živila v době závislosti především drobnými krádežemi – tudíž mají z minulosti zápis v trestním rejstříku, což pro ně může být jistou nevýhodou. Dále pak taky nedokončené vzdělání a absence praxe. Jedna z respondentek má vystudovanou vysokou školu, tudíž dokonce pracuje i v oboru, který má vystudovaný.

Nakonec ale z našeho výzkumného šetření vyplývá, že práci nebyl vůbec problém, ani pro jednoho z našich respondentů, najít. U části jsme se setkali se strachem z toho, kam půjdou bydlet, až jim skončí jejich pobyt v chráněném bydlení. Vzhledem k tomu, že mají nějaké dluhy, které musí splácet, tak proto si nemůžou dovolit bydlet sami, ale pouze s někým byt sdílet. Všichni respondenti se shodli, že přechodné bydlení, které následná péče umožňuje, je pro ně velice významnou oporou při jejich dlouhé cestě k úspěšné resocializaci. Přechodné bydlení jim dává jakýsi čas navíc, na to, aby si mohli našetřit peníze, a rozhodnout se jakou možnost bydlení po úspěšném dokončení doléčování si zvolí.

Řekli bychom, že největším strašákem všech je proces návratu do běžného života. Respondenti mají obavy z věcí a povinností, které se pro nás jeví jako běžné a úplně normální. Vědí, že přebírají jakousi zodpovědnost za „celý“ svůj život a musí se s tím nějakým způsobem poprat a postavit se na vlastní nohy.

Jakým způsobem se drogově závislí po ukončení léčby začlenili zpět do společnosti?

I když jsme si už výše odpověděli na všechny dílčí výzkumné otázky, tak ještě nám z části chybí odpověď na hlavní výzkumnou otázku našeho výzkumu.

Z našeho výzkumu vyplývá, že téměř všichni respondenti ještě nejsou na úplném konci resocializace. Všech pět respondentů se nachází, můžeme říci, na tzv. půli cesty, která vede k úspěšné resocializaci. Ani jeden z respondentů zatím nebydlí sám, ale právě na ubytovnách, které následná péče nabízí. Proto nemůžeme říci, že dotazovaní jedinci zatím jsou úspěšně resocializováni.

Respondenti jsou ale na dobré cestě, téměř na poslední „úrovni“. Můžeme ale říci, že nějakým způsobem jsou už všichni do společnosti začleněni. Všichni z respondentů chodí do práce, vydělávají si peníze a úspěšně se snaží platit vše, co mají a také někteří z nich splácet dluhy, ke kterým v době závislosti přišli. Většina z nich je na správné cestě, která vede

právě k úspěšnému konci léčby a k začátku nového života, po kterém všichni z jedinců touží.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledku výzkumného šetření se dozvídáme, že proces celé resocializace je běh na dlouhou trať. Nemůžeme úplně jasně vymezit, zda je jedinec zcela resocializován, protože je to velice individuální. Z našeho výzkumu vyplývá, že pro drogově závislé jedince je důležitou součástí následná péče, který by neměla být zanedbána. Právě ona jedinci zajišťuje návrat do běžného života a vůbec mu dává jakousi přípravu do života, do kterého jedinec po ukončení léčby vstupuje.

Naše práce by mohla být v běžném životě dobrou příručkou právě pro ty, kteří se rozhodli se svou závislostí skoncovat. Také ale pro sociální pracovníky, širokou veřejnost, a pro všechny, kteří by se chtěli dozvědět více o resocializaci a jejího dlouhého průběhu.

Rádi bychom přivítali výzkum podobný našemu výzkumu, protože v této oblasti toho bohužel moc zpracovaného není. Proto se domníváme, že nejen široká veřejnost má nedostatky a jisté mezery v informovanosti o procesu resocializace.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo především zjistit, jak těžké pro drogově závislé je se znovu začlenit do společnosti a začít žít život, po kterém jedinci touží.

V teoretické části jsme si objasnili definici drogové závislosti, léčbu drogově závislých a také to nejdůležitější – a to resocializaci. Cílem teoretické části bylo seznámit okolí s drogovou závislostí obecně a také s resocializací a jejím celým průběhem. Dále pak s léčbou, která je k úspěšné resocializaci právě hlavním a důležitým bodem na této dlouhé a náročné cestě za vysněným životem bez závislosti.

V praktické části jsme měli za úkol, pomocí kvalitativního výzkumu, zjistit, jak se jedinci do společnosti začlenili a jak těžké to pro ně bylo. Zajímalo nás, kdo byl pro ně největší oporou, a kdo naopak byl nepřítelem. Zjistili jsme, že velikou oporou pro jedince s drogovou minulostí byla terapeutická komunita a následná péče celkově. Všem z respondentů pomáhala rodina a celé rodinné zázemí, které je pro ně velice důležitým opěrným bodem v průběhu celé léčby. Naopak nepřítelem byli především přátelé z minulosti a taky nevyřešená minulost, která doprovází téměř všechny až doteď. Při rozhovorech jsme se dozvěděli i okamžiky, které podle nich vedli právě k drogové závislosti.

Toto téma jsme si zvolili především kvůli tomu, že se čím dál častěji setkáváme se závislostmi na tvrdých drogách. Proto nás zajímalo, zda je vůbec pro drogově závislého jedince reálné z tohoto bludného kruhu, plného drog, se nějakým způsobem dostat ven. Zajímalo nás, jak obtížná je celá cesta, která začíná léčbou a končí resocializací, která je pro jedince vlastním rozhodnutím.

Z výzkumu vyplývá, že pro jedince s drogovou minulostí není vůbec jednoduché začít žít znovu kvalitní život a mnohdy některé momenty, kterými si respondenti prošli, jsou stále promítány i v životě po drogové závislosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografické zdroje:

[1] BRINKERHOFF, David B., et al. Essentials of sociology. 7th edition. [s.l.] : Wad sworth Publishing, 2007. 480 s. ISBN 978-0495096368.

[2] *Drogy: otázky a odpovědi:[příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.

[3] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné, sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 9788024750460.

[4] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 9788024727813.

[5] HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, ed. *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

[6] KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

[7] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

[8] KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

[9] KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

[10] KAMIL KALINA A KOLEKTIV. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 8023880144.

[11] KALINA, Kamil et al., 2003a. Drogy a drogové závislosti, 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

[12] KALINA, Kamil et al., 2003b. Drogy a drogové závislosti, 2. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

[13] KOOYMAN, Martien, George DE LEON a Petr NEVŠÍMAL. *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

[14] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026212270.

[15] MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 9788074785894.

[16] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, et al., 2008. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

[17] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024711516.

[18] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026211549.

[19] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 807367002x.

[20] MORÁVEK, Jan a kol. Analýza potřeb potencionálních zaměstnavatelů léčených uživatelů návykových látek. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: SANANIM, 2006.

[21] Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Trojánková, A., Petroš, O., Vopravil, J., Vacek, J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Úřad vlády ČR, Praha.

[22] MILLEROVÁ, Geri, 2011. Adiktologické poradenství. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.

[23] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071788317

[24] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

[25] RABOCH, Jiří. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, 195, 196, s. ISBN 978-80-7399-984-1.

[26] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

[27] VONDRKA, Josef. Smrt jménem závislost. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 187 s. ISBN 80-7178-884-8.

Internetové zdroje:

[28] MPSV.CZ: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/.

[29] Monika Plocová. *Monika Plocová* [online]. Dostupné z: https://monikaplocova.cz/.

[30] SANANIM. *Http://www.drogovaporadna.cz/* [online]. 2009 [cit. 2019-03-19].

Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html

[31] Home – drogy-info.cz. *Home - drogy-info.cz* [online]. Copyright © 2015 [cit.19.03.2019]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/.

[32] Drogy a návykové látky – informační portál. *Drogy a návykové látky - informační portál* [online]. Copyright © 2019 [cit. 19.03.2019]. Dostupné z: http://navykovelatky.cz/.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

Aj. A jiné

Např. Například

Tzv. Takzvaně

S. Strana

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 informace o výzkumném souboru 37

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Rozhovor s respondentem Jakubem.

Příloha II: Rozhovor s respondentem Mariánem.

Příloha III: Rozhovor s respondentkou Karolínou.

Příloha IV: Rozhovor s respondentkou Jesikou.

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR S RESPONDENTEM JAKUBEM

1. **Co vedlo k Vaší závislosti?**

Já jsem začal hulit, protože jak ségra dělala ty potíže, tak furt byli doma hádky, ale pořádné, ségra se bila s taťkou, já jsem stál bokem a hrozné psycha jako. Začal jsem chodit častěji ven a našel jsem si kamaráda, začal jsem se stýkat s ním no a pak nás jako jednoho dne napadlo, tak blbě, jsme se dívali na gangsterské filmy a tak prostě (smích), tak jak jsme to viděli, tak jsme si řekli, že bysme to chtěli zkusit taky, že jak jsme viděli v těch filmech, jak jsou všichni v pohodě a tak. Tak jsme šli za jedním klukem, co jsme viděli, že to prodává, začal se nám smát, že jsme děcka, jestli jsme normální, ale ten kluk co jsem se s ním bavil, měl hodně bohaté rodiče, tak vytáhl peníze a ten kluk nám to prodal no. Pak jsem po měsíci hned začal brát perník.

2. **Jak dlouho jste byl/a závislá?**

No do 23, já mam teď 24, od 13 jsem to bral tak jakože za zábavou do 17 asi, a pak už jsem do toho spadl úplně. No a v 17 ti hlavně, naši neměli moc peníze a tak a kámoši měli furt značkové hadry a tak, tak jsem to začal i prodávat a pak to šlo všechno už z kopce.

3. **Jak probíhala léčba?**

Já jsem se chtěl hlavně vrátit do města, kde jsem byl, tak tam jsem měl nějaké pohovory s psychiatričkou, ale ta na to šla docela drsně, že mě seřvala, jestli si jako dělám srandu a ať jdu do komunity, tak jsem nad tím chvíli přemýšlel a rozhodl jsem se pro komunitu, no. To, když je člověk jednou závislý a rozhodne se jít do té komunity, tak to člověka hodně změní, no. Pomůže to k lepšímu, ten program je udělaný fakt dobře. Pak jsem šel do doléčováku, měl jsem to tam na rok. Ta léčba je v komunitě hodně tvrdá, tam se s tebou nemažou.

4. **Kdo Vám pomohl nejvíce se dostat ze závislosti?**

Tak určitě máma a hlavně ti terapeuti v komunitě.

5. **Jak těžké bylo si najít zaměstnání?**

Já už jsem si v komunitě našel práci vlastně, už dopředu. Našel jsem si přes internet vlastně tu práci a poslal jsem tam životopis, oni chtěli, ať přijedu, tak jsem přijel na pracovní pohovor a vzali mě. V práci to jako o mě nikdo neví, mám tam známé, vždy po odpolední, mi

říkají, ať jdu s nimi na pivo a tak, ale tak jsem jim řekl, že nepiju a jim to pořád nedalo, tak jsem řekl, že jsem měl problémy s alkoholem no.

6. **Z čeho jste měl/a největší strach po ukončení léčby?**

No třeba já když teď jedu k mamce, tak já tam jedu maximálně na 3-4 dny, protože, i když jsem čistý 19 měsíců, tak si prostě nevěřím, v tom prostředí tam, abych byl.

7. **Měl/a jste se kam vrátit po léčbě?**

No já hned z komunity sem jel do doléčováku, tady je to právě dobré, že když hned nemáš peníze, tak máš kam jít. Proto je ten doléčovák, že tady přijdeš, máš tu ještě skupiny, ale i bydlení.

8. **Jaký dopad na Vás mělo braní drog?**

No mělo to dopad, já když jsem byl mladší, tak jsem byl takový nevýrazný kluk, hodný, doma jsem poslouchal a pak jsem začal. Ty drogy, prostě si začneš dělat, co chceš. Začal jsem myslet jen na peníze, abych se mohl zfetovat, bylo mi jedno, komu ublížím.

9. **Co bylo největší motivací, která Vás přesvědčila o životě bez drog, byla nějaká?**

Minulý rok v lednu jsem vylezl z vězení, a šel jsem ven, a když počítám i to vězeni, tam jsem byl asi 3-4 měsíce, ale já už jsem byl druhým rokem na ulici a už jsem to nezvládl. Bral jsem i ve vězení. No a mě by mamka nechala bydlet u sebe, ale jak jsem byl agresivní, tak řekla, že ne. Mamka má dcerku od ségry v pěstounství a sociálka se o to začala zajímat, že tam jsem já tak jsem dostal zákaz styku s nimi, takže jsem byl na té ulici no.

No a proč jsi teda přestal? No, už jsem to nezvládl, už jsem nechtěl. Jeden den jsem to fakt nezvládal, já jsem zhubl za půl roku asi 35 kg a ještě když jsem mel ten zákaz k mamce, tak jsem už měl myšlenky na smrt. Zaťukal jsem na mamku, ať mě pustí, jsem brečel a ona říkala, že ne, že nemůže, prostě, tak jsem zkolaboval a odvezla mě rychlá na detox do Havířova, jako na psychiatrii, tam jsem si uvědomil, že to nejde, tam jsem byl 10 dní, a fakt jsem 10 dní prospal. Pak mě odvezli do Opavy, a tam jsem byl pořád pozitivní, tak mě odvezli někam do hor na další detox. No, tak v tu chvíli jsem si řekl, že stop.

Taky jsem věděl, že nechci prostě umřít. Ze dne na den co jsem si řekl, že přestanu, tak mi v tu noc umřel taťka a já se s ním den před tím pohádal, takže to bylo tím největším impulsem.

10. Co Vás motivuje nadále pokračovat v abstinenci?

Tak doléčovák hodně a taky už hodně, že nechci. Už to nechci znovu zažívat, to bylo fakt hrozné (smích).

11. Jak Vás v abstinenci podporuje rodina, přátelé?

Tak samozřejmě mamka, ale v té komunitě hlavně ti terapeuti a tak no, přece jenom tam jsi rok a stanou se pro tebe všichni rodinou. Jsou to lidi, kteří ti ukázali směr, dali ti další šanci, abys neztroskotala zase. Jsem s těma terapeutama pořád v kontaktu, píšu si s nimi, jezdím za nimi. Ti mi pomáhají hodně v té abstinenci.

12. Máte nějaký koníček, zálibu?

Tak dělám tak různě všechno. Ale i je pro mě důležité, já jsem jako i tak začal brát kvůli té samotě, tak je pro mě dost důležité být pořád s někým v kontaktu, takže jsem často s kamarády. Ani bych asi nemohl bydlet sám, protože si myslím, že bych do toho spadl znovu.

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S RESPONDENTEM MARIÁNEM

1. **Co vedlo k Vaší závislosti?**

Tak určitě špatný kolektiv, chytil jsem se špatný party, ale určitě to bylo i o mě. Takový únik před světem, protože naši se často hádali, takže jsem zkoušel, co se dalo. Začal jsem první s trávou, ve 14 ti, s perníkem v 16 ti. No tak já jsem vlastně takhle utíkal no z tý reality.

2. **Jak dlouho jste byl/a závislá?**

Mmm 15 let.

3. **Jak probíhala léčba?**

Léčil jsem se v Bílé Vodě v terapeutické komunitě, 10 měsíců. Byla to druhá léčba teda, před 6 ti roky jsem tam byl taky. No, ani jednu léčbu jsem nedodělal teda, protože tady na tý, na tý desetiměsíční mě vyloučili 12 dní před rituálem za porušení pravidel. No takže vlastně jsem nastoupil hned druhej den sem, na doléčovák.

4. **Kdo Vám pomohl nejvíce se dostat ze závislosti?**

No tak určitě máma mě podporovala hodně, protože vlastně ona vychovávala i mého syna, takže hodně máma mě podporovala.

A kamarádi, stýkáš se s nimi? Ne, protože jsou všichni závislí.

5. **Jak těžké bylo si najít zaměstnání?**

Nebylo, právě že vůbec. Jako tady je hodně nabídek. Pracuju 14 dní.

Vědí to v práci? Ne, ale teď jeden kolega to ví, protože se mě vyptával, tak. Já nemám problém o tom mluvit.

6. **Z čeho jste měl/a největší strach po ukončení léčby?**
7. **Měl/a jste se kam vrátit po léčbě?**

No tak já jsem hned z komunity šel sem, do doléčováku.

8. **Jaký dopad na Vás mělo braní drog?**

No tak ono když člověk žije 10 let na ulici, tak to má určitě nějaký dopad, jo.

9. **Co bylo největší motivací, která Vás přesvědčila o životě bez drog, byla nějaká?**

Přestal jsem hlavně kvůli svýmu zdraví, protože loni mi diagnostikovali žloutenku typu B a C. Vlastně doktorka mi řekla, že když takhle povedu život dál, tak můžu bejt do dvou let mrtvej. Já jsem žil 10 let na ulici, no takže hlavně to zdraví. Další motivací byl hlavně taky můj syn určitě a prostě nějak už, jako 15 let brát, tak už toho bylo hodně.

10. **Co Vás motivuje nadále pokračovat v abstinenci?**

No tak abstinuju od všeho. No jako je to těžký, chutě jsou, chutě přicházejí, že jo, ale určitě mi pomáhá prostě žít ten život, chci žít normálně.

11. **Jak Vás v abstinenci podporuje rodina, přátelé?**

Určitě máma, ségra.

12. **Máte nějaký koníček, zálibu?**

Koníčky mám, určitě mám sport. Chci se přihlásit znovu na fotbal, protože jsem hrál dlouho fotbal, než jsem začal brát drogy. Jezdím na kole.

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR S RESPONDENTKOU KAROLÍNOU

1. **Co vedlo k Vaší závislosti?**

No to já právě pořádně taky nevím jako. Víš co možná jak to začalo, sousedka naše dala vlastně mě a ty svý dceři, nám dala přečíst knížku Úplná prázdnota od Ivety Vochalový, což bylo vlastně o drogách a já jsem se v tom hrozně viděla a nějak mě to oslovilo, no. No brát jsem začala v 16 ti vlastně. Já jsem bydlela s vařičem perníku, takže. Jsem jen chodila do školy a fetovala, jsem měla celkem pohodu (smích).

2. **Jak dlouho jste byl/a závislá?**

No, tak jsem furt závislá, závislá už budu do konce života svým způsobem. Jako toho se člověk nikdy nezbaví, a, závislá jsem, no brala jsem 12 let. A závislá jsem vlastně 13, protože už rok a půl jsem čistá.

3. **Jak probíhala léčba?**

No já přiletěla z Anglie, kde jsem vlastně brala. Poprosila jsem naše, jestli prostě, jako řekla jsem jim, že se chci jít léčit a jestli bych prostě mohla být u nich, než si to zařídím, že to prostě není hned, že je čekací doba, že jo. Tak jestli bych mohla být za tím u nich. Tak oni mi řekli, že jo, ale že si musím najít práci. Jenže ta čekací doba byla třeba jen měsíc, že jo, ale naši chtěli abych si i na ten měsíc našla práci. Pak nakonec mi ji i matka našla. Dělala jsem v domovu důchodců, ale měla jsem tam veliký problémy, protože jsem měla psychózu a tak. Já jsem pořád brala, že i tam, proto jsem třeba několikrát nepřišla a tak. No pak jsem odjela do tý komunity, na 9 měsíců, a pak jsem jela hned sem do doléčováku.

4. **Kdo Vám pomohl nejvíce se dostat ze závislosti?**

No, tak ta terapeutická komunita, ti terapeuti tam. Byla jsem v Bíle vodě v komunitě. A tady na doléčováku mi pomáhají hodně, protože i když mám podporu u rodiny, tak oni mě nedokážou tak pomoct, ani náhodou, oni vůbec neví, prostě.. I když jim člověk řekne, co potřebuje nebo tak, tak prostě (ehm) tomu nerozumí. To je jinej svět pro ně.

5. **Jak těžké bylo si najít zaměstnání?**

No, tak ani tak těžké to nebylo, vzhledem k tomu, že jsem vystudovala tu sociální pedagogiku, jsem vlastně bakalář. Ale nikdy jsem to nedělala, protože jsem fetovala, že jo. No a dělám v domově důchodců. Nebylo to pro mě tak těžký no, protože tam potřebujou, tam je

nedostatek pracovníků, takže prostě, i když jsem řekla tomu řediteli, že teda jsem bývalý feťák a že jsem se léčila a že chci začít znovu, tak prostě on mi řekl, že mi dá tu šanci, ale že první áčko a letím. Jak bude nějakej průser prostě se semnou nebude o tom bavit, že musí všechno šlapat, jak má.

6. **Z čeho jste měl/a největší strach po ukončení léčby?**

No tak, já hned po léčbě změnila kraj, abych se odstěhovala pryč. Já jsem z Hradce.

7. **Měl/a jste se kam vrátit po léčbě?**
8. **Jaký dopad na Vás mělo braní drog?**

No, největší dopad je takový ten psychický, mám prostě psychický problémy. I takovej sociální vlastně, v tý společnosti, prostě necítím se v ní dobře a tak, furt mám nějaký (mm) nevím jak to říct, furt se nemůžu začlenit do tý normální společnosti. Furt si připadám, že tam nepatřím nebo tak. Já vím, že to na mě nejde moc poznat, ale mám to pořád v hlavě, nějaký blok a paranoie a tak.

9. **Co bylo největší motivací, která Vás přesvědčila o životě bez drog, byla nějaká?**

Největší motivace? Prostě.., jo tak, největší motivace, no tak hlavně jsem potřebovala, aby skončilo, co bylo, já už jsem pak žila hrozně, v nebezpečným prostředí. Nevím prostě to už bylo strašný, stejně mě už ty drogy nedělaly, to, co měly. Cítila jsem, nevím prostě, dosáhnout dobrejch stavů bylo čím dál těžší, no. Nevím, no, já jsem žila v Anglii, víš. Čtyři roky a já jsem tam žila na takovým polo skvotě a tam žilo hroznejch lidí, bylo to jako hrozný. Já jsem se pak bála i vyjít, nám tam vletěli černoši a tak, protože tam byli drogy, dost peněz, že jo, ale zároveň jsme neměli třeba co jíst jako, neměli jsme teplou vodu. No, ale drog jsme měli vždy dost (smích), ale k čemu to bylo, že. Takže tohle byla i ta motivace přestat, že už dost stačí. Nechtěla jsem v tom už žít, věděla jsem, že už je to špatně tohle prostě.

10. **Co Vás motivuje nadále pokračovat v abstinenci?**

No mojí motivací, mě přijde, že prostě bych to už ani nedala, kdybych začala fetovat. Už vidím, jaký teď mám problémy, kdyby zas nastali ty různé paranoie a takový, tak nechci to už zažívat. A taky mě baví ta práce, to je taky moje velká motivace, že mě to naplňuje, připadám si konečně užitečná.

11. **Jak Vás v abstinenci podporuje rodina, přátelé?**

Tak rodina hlavně, s kamarády z dávna se nebavím, že. No vlastně mám jich pár, ale to jsou lidi, co taky brali a už přestali.

12. Máte nějaký koníček, zálibu?

Já mám jako spoustu věcí, co mě baví. Já mám právě hlad po tom všem, protože jsem vlastně nic nedělala, takže prostě mě baví všechno. Teď jsem byla na hot józe, chtěla bych lézt na stěnu, ještě chodím do sauny, hrozně ráda jezdím na kole. Teď chci jet s tou komunitou na běžky, jedu v březnu. Právě potřebuju pořád něco dělat, protože mám pocit, že jakmile se zastavím, nebudu nic dělat, tak začnu fetovat. Takže to je hodně důležitý pro mě.

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR S RESPONDENTKOU JESIKOU

1. **Co vedlo k Vaší závislosti?**

Hodně doma byly problémy, že máma byla na nás sama a potřebovala nějak finančně pomoct a já jsem si našla práci tu obsluhu nahoře bez, jenomže to mi nedělalo nějak dobře, takže tam jsem začala hodně pít, abych to nějak unesla tady to. Stala jsem se vlastně závislou na alkoholu, což jsem si myslela, že je ještě v pohodě, pak přišel kamarád a dal mi na diskotéce pervitin a zjistila jsem, že vlastně dokážu fungovat líp, jenže pak jsem třeba tejden nespala, takže z toho jsem byla už úplně mimo, přišla mi na to máma, protože jsem dostala toxickou psychózu a dala mi ultimátum, že buď přestanu brát, a nebo půjdu z domu. No já jsem přestala jenomže jak jsem byla furt mimo, jak jsem to dospávala, tak jsem byla pořád doma a ona si myslela, že pořád beru. No tak já jsem se sebrala, šla jsem do práce a znovu jsem začala fetovat. Seznámila jsem se pak s klukem, který byl na heráku, a už to bylo celý znovu.

2. **Jak dlouho jste byl/a závislá?**

2 roky, pervitin, heroin a od 18 ti let alkohol. Takže já mám takový mix.

3. **Jak probíhala léčba?**

Já jsem byla ve vězení, mě zavřely na dva roky, takže jsem strávila, na 5 let, ale pustily mě za dobrý chování po jedné třetině a podmínka byla léčba. Buď to ambulantně, nebo někam, tak jsem se rozhodla pro komunitu, byla jsem v Bílé vodě a tam jsem měla dlouhodobou léčbu a 9 měsíců jsem tam byla. Ve vězení jsem nebrala, měla jsem absťáky třeba jsem 5 dní nespala, ale je to nezajímá tohle.

Potom jsi šla hned sem do doléčováku? Hned sem, hned vodtamtud sem jela sem.

4. **Kdo Vám pomohl nejvíce se dostat ze závislosti?**

Největši stopka bylo to vězení, protože jsem už věděla, že to je špatně, ale nějak jsem to nedokázala stopnout, takže věděla jsem, že potřebuje ještě, ikdyž jsem dva roky čistá, že potřebuju nějak prostě se sebou něco udělat.

Ve vězení jsi nebrala? Ne, ne ne

5. **Jak těžké bylo si najít zaměstnání?**

Já jsem teda hledala přes agenturu, takže tam jako tolik neřeší ten rejstřík nebo tak, takže já jsem tady nastoupila v úterý a ve čtvrtek už jsem měla podepsanou smlouvu a další tejden už jsem šla do práce, takže to bylo pro mě důležitý, nějaká ta finanční jistota, protože úřad, tomu je to úplně jedno, že jsem najednou jako to, takže kdybych čekala na úřad jestli mi přispěje na bydlení, tak prostě já jsem na ulici zase, protože bych to neměla jak zaplatit. Když člověk chce, tak určitě najde tu práci. Já si myslím, že u mě je docela výhoda, že nejsem nějak extra poznamenaná těma drogama, takže právě na ten první pohled vůbec nevědí a nenapadne je, že tohle všechno mám za sebou a nevyptávají se.

6. **Z čeho jste měl/a největší strach po ukončení léčby?**

No já jsem hodně se bála co se týče práce, jak si ji najdu, protože mám záznam v registru, ehm a vlastně jakože žádný moc zkušenosti nemám. Já jsem dělala od 18ti do 20ti let obsluhu nahoře bez, takže to ani nemůžu dávat do životopisu. Takže z toho jsem měla obavy a mám hodně dluhů, takže to je takový to, co nejvíc řeším. Jinak si myslím, že jsem docela jako se zapojila zpátky do toho života v pohodě, že já jsem do těch 20 ti vlastně fungovala jako normálně.

A teď pracujete? Teďkom pracuju, dělám ve fabrice v Prostějově, tam dělám jako kompletuju součástky do auta, ale je to finančně špatně placený, takže teď si hledám novou práci a chci jít dělat nejspíš skladnici někam, kde dávají víc.

V práci o Vaši minulosti ví? Ne, neříkala jsem. Nemám potřebu, jako diví se hodně, že jsem šla z Prahy sem, že je to zvláštní, že lidi z Moravy utíkají do Prahy, tak většinou říkám, že pro mě to bylo stresovitý tam a že mám radši přírodu a takový ten klid, takže proto jsem tady a nějak to přijmuli a nic se neptaj, ale jako, to je babinec, takže to by bylo říct to jedný, tak..

7. **Měl/a jste se kam vrátit po léčbě?**

Po léčbě jsem šla hned do dolečováku, mám tu na půl roku bydlení a skupiny na 8 měsíců. Takže do půl roka si musím najít vlastní bydlení.

8. **Jaký dopad na Vás mělo braní drog?**

Tak člověk má naučený nějaký, že přijde stres a dá si drogu, že vlastně to je nejjednodušší řešení a tady prostě s tím musím pracovat a samozřejmě ikdyž jsem v novým prostředí, tak

prostě mám takový ten senzor, takže když jdu prostě třeba musím na nádraží, tak prostě automaticky mi oči střílej tam kde jsou ty osoby a vidím to i z tramvaje, když jedu, tak vidím prostě tam u stánku prostě že si někdo kupuje, takže prostě tam ten senzor furt je, takže s tím musím furt pracovat a stopovat si to.

9. **Co bylo největší motivací, která Vás přesvědčila o životě bez drog, byla nějaká?**

No určitě, člověk musí mít motivaci, protože i v tom vězení se dá droga sehnat a když nechce člověk se sebou něco udělat, tak prostě vězení nepomůže, to takový jako jenom, že to zastaví na chvíli, ale ty lidi potom většinou pak jdou a zase pokračují a mě to prostě ničilo ten život na těch drogách, ty lidi vokolo mě a prostě jak jsem vypadala a chci mít rodinu.

10. **Co Vás motivuje nadále pokračovat v abstinenci?**

No tak abstinuju ve všem, nedám si nic.

11. **Jak Vás v abstinenci podporuje rodina, přátelé?**

Já když jsem vlastně začala brát, tak jsem se sebrala a odešla jsem z domu, takže o mě dva roky vůbec nic nevěděli, jestli jsem na živu, co se semnou děje a až když mě zavřely, tak jsem se jim ozvala, že vlastně jsem ve vězení. Ve vězení jsem byla vlastně za krádeže v obchodech, já jsem brala ten herák a ty peníze jsem musela nějak udělat. Jinak jsem utla všechny kontakty, které by mě mohli ohrozit vlastně i na facebooku všechno jsem odstranila a jsem hodně v kontaktu s lidma, vlastně co jsou taky tady na doléčováku, já jsem s většinou byla i v komunitě, že a i v práci s kolegyněmi se normálně bavím.

12. **Máte nějaký koníček, zálibu?**

Mám sport, ten mi hodně pomáhá, třeba běhání, když to jsem měla i v komunitě, že prostě, když mi nebylo dobře, tak jsem si šla zaběhat, ať nějak vypustím od těch myšlenek nebo tvořím. Hrozně ráda něco vytvářím prostě z korálků a tak.