

Osoby se závislostí z pohledu teorie sociálních vazeb

Štěpán Pantlík

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Štěpán Pantlík**
Osobní číslo: **H128361**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Osoby se závislostí z pohledu teorie sociálních vazeb**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na teorii sociálních vazeb;
- na osoby se závislostí na drogách (osoby bez jakékoli léčby, osoby léčící se v terapeutické komunitě Krok, osoby po úspěšné léčbě);
- na celkovou kvalitativní úroveň jejich života (zájmy, koníčky, rozvoj osobnosti, využití vlastních možností, rodinný – partnerský život, socioekonomická situace, vzdělání, životní styl);
- na výzkum formou disciplinované případové studie založené na pozorování, rozhovorech, dotaznících a studiu výsledků činností.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

JILČIK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L. Sociální patologie. Brno: IMS, 2005.

KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie pro sociální pedagogy. Brno: Bonny Pres, 2003.

NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 157 s. ISBN 80-717-8515-6.

POKORNÝ, V. a kol. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a pedagogiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

SEKOT, A. Sociologie v kostce. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-021-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Zuzana Němcová, Ph.D.

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

20. března 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 20. března 2015


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

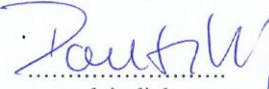
- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně

6.3.2015


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce s názvem „Osoby se závislostí z pohledu teorie sociálních vazeb“ se zabývá léčbou závislých v terapeutické komunitě jako jednou ze služeb poskytovaných závislým lidem při jejich resocializaci a neziskovými organizacemi, které tuto službu poskytují. V této práci jsou analyzovány a komparovány získané informace o jednotlivých aspektech života neabstinujících a abstinujících závislých, přičemž jako teoretický základ je použita Teorie sociálních vazeb - Travis Hirschi a dává si za cíl srovnat jejich kvalitativní úroveň života.

Klíčová slova: Závislost, Terapeutická komunita, Teorie sociálních vazeb, Drogy

ABSTRACT

Bachelor's thesis named „Persons with addiction from the perspective of the theory of social ties“ deals with therapy of addicted people in a therapeutic community as one of the services provided to addicted people in their re-socialization and non-profit organizations providing this service. In this work there are analyzed and compared obtained information about different aspects of life not abstaining and abstaining addicted people, while as the theoretical basis is used. The theory of social ties - Travis Hirschi is used as the theoretical basis and it tries to compare the level of quality of their life.

Keywords: Addiction, Therapeutic community, Theory of social ties, Drugs

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI	13
1.1 ROZDĚLENÍ DROG.....	15
1.1.1 Halucinogenní drogy.....	15
1.1.2 Opiáty.....	17
1.1.3 Stimulační drogy.....	18
1.1.4 Těkavé látky.....	19
1.1.5 Léky.....	19
1.2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	21
1.3 PŘÍČINY VZNIKU ZÁVISLOSTI.....	22
1.4 AKTUÁLNÍ SITUACE NA ÚZEMÍ ČR.....	25
1.4.1 Výsledky mapování Sekretariátem rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.....	25
1.4.2 Potenciální rizika spojená s užíváním drog.....	27
1.5 DÍLČÍ ZÁVĚR.....	28
2 OBVYKLÉ ZPŮSOBY LÉČBY V ČR	30
2.1 PŘEHLED NEJBĚŽNĚJŠÍCH MOŽNOSTÍ PRÁCE SE ZÁVISLÝMI.....	30
2.1.1 Street work (terénní práce).....	31
2.1.2 Ambulantní léčba.....	32
2.1.3 Denní stacionáře.....	33
2.1.4 Detoxikace.....	33
2.1.5 Ústavní léčba.....	33
2.1.6 Rezidenční léčba.....	34
2.1.7 Léčba v psychiatrické léčebně.....	34
2.1.8 Léčba v terapeutické komunitě.....	35
2.1.9 Rodinná terapie.....	35
2.1.10 Doléčování a resocializace.....	36
2.2 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY.....	36
2.2.1 Definice, vznik a vývoj.....	37
2.2.2 Účinné faktory.....	39
2.2.2.1 Náhradní rodina.....	39
2.2.2.2 Ucelená filosofie.....	39
2.2.2.3 Terapeutická struktura.....	39
2.2.2.4 Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií.....	39
2.2.2.5 Sociální učení prostřednictvím sociální interakce.....	39
2.2.2.6 Učení prostřednictvím krize.....	40
2.2.2.7 Terapeutický účinek všech aktivit komunity.....	40
2.2.2.8 Odpovědnost klienta za jeho chování.....	40
2.2.2.9 Zvýšení sebevědomí díky úspěchům.....	40
2.2.2.10 Internalizace pozitivního hodnotového systému.....	41
2.2.2.11 Konfrontace.....	41
2.2.2.12 Pozitivní tlak vrstevníků.....	41
2.2.2.13 Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je.....	41
2.2.2.14 Změna negativního přístupu k životu na pozitivní.....	42

2.2.2.15	Zlepšení vztahů v původní rodině.....	42
2.3	CHARAKTER TK KROK.....	42
2.3.1	Situace a rozvržení budovy.....	44
2.3.2	Denní režim.....	45
2.3.2.1	Rozcvička.....	45
2.3.2.2	Rajony – úklid.....	45
2.3.2.3	Snídaně.....	45
2.3.2.4	Ranní skupina.....	45
2.3.2.5	Pracovní terapie.....	46
2.3.2.6	Oběd.....	46
2.3.2.7	Pracovní terapie.....	46
2.3.2.8	Shrnutí pracovní terapie.....	46
2.3.2.9	Svačina.....	46
2.3.2.10	Zrcadla – Reflexe.....	47
2.3.2.11	Osobní volno.....	47
2.3.2.12	Večeře.....	47
2.3.2.13	Rajony – úklid.....	47
2.3.2.14	Večerní skupina.....	47
2.3.2.15	Večerka.....	47
2.3.3	Pravidla.....	48
2.3.4	Fáze.....	48
2.3.4.1	Nultá fáze.....	48
2.3.4.2	První fáze.....	49
2.3.4.3	Druhá fáze.....	49
2.3.4.4	Třetí fáze.....	49
2.3.4.5	Čtvrtá fáze.....	49
2.3.5	Klientské funkce.....	50
2.3.5.1	Šípek.....	50
2.3.5.2	Žolík.....	50
2.3.5.3	Čmelák.....	50
2.3.6	Klientské zodpovědnosti.....	50
2.3.7	Terapeutický tým.....	51
2.3.8	PNP – Program následné péče.....	53
2.4	DÍLČÍ ZÁVĚR.....	56
3	TEORIE SOCIÁLNÍCH VAZEB.....	57
3.1	ÚVOD DO TEORIE SOCIÁLNÍCH VAZEB.....	57
3.2	ZÁKLADNÍ POJMY.....	58
3.2.1	Citové pouto (attachment).....	58
3.2.2	Závazky (commitment).....	58
3.2.3	Účast (involvement).....	58
3.2.4	Hodnoty (belief).....	59
3.3	VZTAH TEORIE SOCIÁLNÍCH VAZEB K TÉMATU ZÁVISLOSTI.....	59
3.4	VYMEZENÍ ZKOUMANÝCH PARAMETRŮ.....	60
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	61
4	EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ.....	62
4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, HYPOTÉZA A CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ.....	62
4.1.1	Výzkumný problém.....	62

4.1.2	Hypotéza	63
4.1.2.1	Hypotéza č. 1	63
4.1.2.2	Hypotéza č. 2	63
4.1.2.3	Hypotéza č. 3	63
4.1.2.4	Hypotéza č. 4	64
4.1.3	Cíle empirického šetření	64
4.2	STRUKTURA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	64
4.2.1	Vzorek 1	64
4.2.2	Vzorek2	64
4.2.3	Vzorek 3	65
4.3	METODY.....	65
4.3.1	Metoda použitá u průzkumného vzorku 1	66
4.3.2	Metoda použitá u průzkumného vzorku 2 a 3	66
4.4	VÝSLEDKY	67
4.4.1	Výsledek u vzorku 1	67
4.4.2	Výsledek u vzorku 2	68
4.4.3	Výsledek u vzorku 3	69
4.4.4	Porovnání výsledků	72
4.4.5	Hodnocení výsledků.....	74
4.4.5.1	Hodnocení hypotézy č. 1	74
4.4.5.2	Hodnocení hypotézy č. 2	74
4.4.5.3	Hodnocení hypotézy č. 3	74
4.4.5.4	Hodnocení hypotézy č. 4	74
4.5	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ.....	75
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Problematika drogové závislosti není problémem okrajových partií společnosti, právě naopak, je to patologický jev, který prostupuje všemi vrstvami společnosti a to jak horizontálně, tak vertikálně. Zasahuje téměř všechny věkové kategorie s tendencí snižování věku prvního užití drogy. Není, jak je mnohdy považována, záležitostí lidí pouze na okraji společnosti, nebo lidí sociálně, či jinak narušených, přestože závislé aktivní narkomany k tomuto okraji zpravidla sune a to jak socioekonomicky, tak postupnou degradací osobnosti, rozpadem rodinného života nebo např. faktickou devastací zdravotního stavu. Jedná se tedy o vážný celospolečenský problém. Jelikož aktivní závislí prochází ve své drogové kariéře vývojem, který je ve většině případů dočasně, nebo trvale vyřazuje z běžných společenských funkcí a společenských rolí, které dříve zastávali zcela samozřejmě a stávají se trvalou zátěží jak svých rodin a blízkých, tak celé společnosti, která nejen že nese náklady např. na léčbu získaných nemocí, výkony trestů, kriminalitu apod., ale zároveň je tato společnost ochuzována o potenciál stále většího počtu lidí, kteří ztrácí jakýkoli smysl své existence a v podstatě pomalu bezúčelně chátrají, směřují neodvratně ke svému zániku a často i ke své k smrti. Na této cestě za sebou zanechávají nesmazatelnou stopu – trvale zničené vztahy s nejbližšími, rozvrácené rodiny, nezaopatřené děti, nesplacitelné dluhy.....

Ve společnosti, kde existuje státní sociální politika, je část jejího úsilí vždy věnována k vytvoření možnosti návratu závislých lidí do běžné společnosti, k jejich resocializaci. Vycházejí z prostého faktu, že i při dané úspěšnosti se léčba společnosti vyplácí. Aktivní narkoman, byť zpočátku schopný financovat svou závislost z produktů své práce, obvykle tuto schopnost ztrácí a finanční prostředky na drogy si opatřuje zpravidla kriminální činností, prostitucí Resocializace závislých v sobě zahrnuje tedy jak aspekt vytržení člověka ze stávajícího asociálního způsobu života, tak návrat k do běžné společnosti, zaměstnání, rodiny. Jednou z možností jak dosáhnout trvalé abstinence je přibližně rok trvající pobyt v terapeutické komunitě. Ve své práci se mimo jiné zaměřím na terapeutickou komunitu Krok, rezidenční zařízení, kde budu zkoumat dopady léčby na životy konkrétních lidí a pozorovat změny, které se v jejich životech udály.

Cílem bakalářské práce je analýza kvality života u neabstinujících závislých, abstinujících závislých v léčbě a dlouhodobě abstinujících závislých a vzájemně je srovnat a tím srovnat kvalitativně jejich životy, parametry pro srovnání určím pomocí aplikace teorie sociálních vazeb.

Teoretická část bude obsahovat základní rozdělení nealkoholových návykových látek, stručnou charakteristiku aktuálního stavu na území České republiky, přehled nejběžnějších způsobů práce se závislími a seznámení s Terapeutickou komunitou Krok v Kyjově. Představí také teorii sociálních vazeb, pomocí které jsou stanoveny parametry, které se budou zpracovávat a zkoumat v praktické části.

V praktické části bude proveden výzkum a analýza vybraných kvalitativních ukazatelů a bude porovnána kvalitativní úroveň života závislých rozdělených dle úrovně zvládnutí závislosti do tří skupin.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI

Drogy lidé užívali od nepaměti. Původně se jednalo vždy o účelné využití. Lidé používali drogy k náboženským obřadům, když se potřeboval šaman dostat do tranzu, když bylo třeba spojit se se světem bohů, nebo mrtvých a změněné vědomí bylo cestou jak tento svět navštívit. Později se začaly drogy využívat také k lékařským účelům například k tlumení bolesti, nebo při potížích se spánkem. V této fázi se jednalo o drogy, které zpravidla poskytovala okolní příroda, nebyly chemicky upravené a lidskému společenství drogy sloužily a to až k rituálním, či lékařským potřebám. Dá se říci, že měly ve společnosti své místo a společnosti prospívaly ve smyslu podpory rituálů a lékařství. Jistě se našly případy, kdy šaman, nebo tehdejší lékař drogy zneužíval, ale dá se říci, že nepředstavovaly společenský problém. Tehdejší společnost si nemohla zneužívání drog dovolit, jelikož by jí to způsobilo natolik vážné problémy, že by neobstála v konkurenčním boji s jinými lidskými, nebo zvířecími společenstvími. Čili užívání drog probíhalo podle jasně daných pravidel a možnost jejich zneužívání ve větším měřítku byla determinována přírodními zákony resp. autoregulační konkurenčního přírodního boje.

První plošné zneužití návykových látek je vázáno k druhé světové válce, kdy příslušníci německého Wehrmachtu a Luftwaffe dostali v letech 1939 – 1945 asi 200 000 000 tablet pervitinu, který byl prezentován jako lék, který pomáhá udržovat člověka v bdělém stavu. I když tato látka dokázala vojáky udržet v bdělém stavu, vedlejší účinky byly i v tvrdých letech válečné vřavy znepokojující. Jednalo se především o závratě, pocení, deprese a halucinace. Někteří vojáci zemřeli na selhání srdce, jiní se zastřelili po dobu psychotické fáze. Hlavní zdravotnický úředník třetí říše Leonardo Conti byl těmito zdravotními dopady velmi znepokojen a pokusil se používání pervitinu neúspěšně zastavit. V roce 1940 psal voják jménem Heinrich Böll z fronty domů dopis, ve kterém uvádí, že je vyčerpaný válkou, že se stal chladným a apatickým, úplně bez zájmu a své nejbližší žádal, zda by mohli získat víc pervitinu pro jeho potřeby. Ve svém dopise přirovnal jednu tabletu pervitinu k litrům silné kávy, kromě toho popisuje, jak mu po požití naráz zmizí všechny obavy a cítí se šťastný.

Böll se později stal jedním z nejvýznamnějších německých poválečných spisovatelů a v roce 1972 získal Nobelovu cenu za literaturu.

Jistě bylo podobných případů více a to na obou stranách fronty. Poprvé v historii se však nejednalo jen o ojedinělé případy o lidech experimentujících s bylinkami, nebo bohaté morfinis-

ty, ale tento případ ukázal, že plošné zneužívání drog může ovlivnit celé společnosti, případně vést k jejich rozkladům. Podobnou zkušenost zažila Anglie v devatenáctém století, kdy drtivá většina nižší společenské vrstvy byla totálně závislá na ginu a kromě tohoto nápoje neznala prakticky jiných hodnot a tehdejší vláda byla nucena tento společenský problém řešit přísnou regulací resp. zdaněním alkoholických nápojů.

V poválečném období zažily drogy celosvětový boom. Jednak se drogy rozšířily mezi válečné veterány, z nichž se značná část léčila jak z různých fyzických zranění, tak z traumat, které během války zažili, vyrovnávali se ze ztrátou rodinných příslušníků, z vlastním fyzickým stavem a podobně. Rovněž tak lidé, kteří ve válce přišli o své blízké, lidé vykořeneční ze svých společenstev hledali často únik ve stavech změněného vědomí, které droga dokáže vyvolat.

Později v šedesátých letech byly velmi módní léky na hubnutí, jejich typickým představitelem je fermetrazin. Tato vlna do Evropy přišla z USA a jednalo se skutečně o masivní zneužívání léků, přičemž nešlo o nelegální zneužívání, ale o naprosto legálně dostupné léky. Následovala doba sedmdesátých let, doba hippies, která se vyznačovala používáním halucinogenů, především pak LSD. V našich podmínkách se jednalo spíše o čichání různých těkavých látek, jelikož neprostupnost hranic nedovolovala volnou distribuci drog. Od osmdesátých let až po dnešní dny je velmi populární amfetamin – Pervitin. Přestože od devadesátých let je dostupnost veškerých drog v Evropě velmi dobrá je pervitin vedoucím řebříčku prodávaných drog. Pravděpodobně je to způsobenou jeho nízkou cenou, která je dána jeho snadnou výrobou v domácích podmínkách z běžně dostupných léčiv.

Je tedy patrné, že užívání drog v dnešní globalizované společnosti s jejími technickými možnostmi má potenciál stát se celospolečenským resp. celosvětovým problémem, přičemž se tak ve většině moderního, ale i rozvojového světa už stalo. Různé státy a jejich společenství volí různou strategii k vyrovnání se s tímto fenoménem a to od určité tolerance až po velmi nekompromisní represí, přičemž většina vyspělého světa považuje závislé za nemocné a nabízí jim možnost léčby. Nelze podcenit význam prevence, která hraje klíčovou roli v předcházení drogové závislosti.

1.1 Rozdělení drog

Co je to droga? Existuje velké množství definic a není lehké vybrat jedinou správnou, proto jich uvádím dvě, které se mi pro účely této práce zdají být dostatečně demonstrující.

Drogu chápali Hippokratés a Galénos: „jako látku, jež namísto, aby byla tělem „přemožena“ (a strávena jako běžný pokrm), je schopná tělo „přemoci“ a vyvolat – i při dávce směšně malé v porovnání s jinými pokrmy – značné organické a duševní změny“ (Escohotado, 2003, s. 6).

Podle Presla (1994) můžeme jako drogu chápat každou látku, ať přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – působí na psychiku,

2. může vyvolat závislost, má tedy něco co se někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Pokud obecně hovoříme o drogách, máme na mysli látky, které ovlivňují psychiku člověka a jsou schopny vyvolat psychickou či fyzickou závislost nebo obojí.

Návykové látky je možné rozdělit do několika skupin a to na měkké a tvrdé, alkoholové a nealkoholové, tolerované a netolerované, legální a nelegální. (Presl 1994)

1.1.1 Halucinogenní drogy

Jsou chemické látky, které vyvolávají změny vnímání, myšlení a citění tedy prožívání. Jedná se o skupinu drog, přírodních a syntetických, jež jsou charakteristické pro svůj efekt, kterým je kvalitativní změna vědomí. Po požití drogy dochází často k výrazným změnám lidské psychiky, objevují se zrakové i sluchové halucinace, depersonalizace - pocit odcizení a derealizace - chorobný odvrát od skutečnosti. (Terminologický slovník, str. 36)

Produkty konopí se vyskytují ve dvou základních formách a to marihuana - jako směs sušených listů, jež je podobná tabáku, rozdílem je barva, která bývá zelená a samičích plodnic obsahujících semena tzv. šišek ke kouření. Druhou formou je *Hašiš* což je pryskyřice THC sbíraná ze samičích rostlin. Látky, které jsou obsaženy v produktech konopí, se nazývají *cannabinoidy*. Ty mají kromě psychotropního efektu také analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení. Ve většině případů je u obou látek intoxikace doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady. Agresivní či depresivní nálady, pa-

nické a úzkostné stavy se objevují výjimečně a to většinou u osob, které k tomu mají vytvořenou či vrozenou dispozici.

Užití těchto drog má své účinky ve formě příjemného naladění, euforie, smíchu, empatie, ale můžou se objevit zcela opačné příznaky, jako jsou například zvracení, chlad, třesavka, deprese, pocit uvolnění, odbourání zábran, snížená koncentrace, nekoordinovanost, zhoršená orientace, zrychlení srdečního tepu, pomalé vnímání času a jiné. Stejně jako u jiných drog i zde se projevuje abstinenci syndrom ve formě bolesti hlavy, nechutenství, třesavkou, chladem, nespavostí či podrážděností. Daleko silnější než fyzické projevy jsou u cannabinoidů psychické projevy závislosti. V důsledku jejich dlouhodobého užívání dochází k poškození srdce, plic, k poruchám paměti, snížení potence, snížení odolnosti proti chorobám a podobně.

Hashišový olej je hustá, tmavohnědá až černá, lepkavá hmota, které se aplikuje zpravidla kouřením přičemž se mísí s tabákem či se nakape na cigaretu.

LSD se vyrábí z houby paličkovice, jež parazituje na žitě. Rozpouští se ve vodě a účinku je již v minimálních koncentracích. Aplikuje se do podkoží či jako přídavek do nápojů. Prodává se nakapaná na papírek, či ve formě krystalů. Potom se pozvolna uvolňuje v dutině ústní, či se polyká. Při užívání již v malých dávkách dochází k euforii, uvolnění představivosti a při vyšších dávkách dochází k halucinacím, změnám vnímání času, barev, prostoru, zvuků, chuťové a čichové halucinace, zrychlený puls a tlak aj. V důsledku jejich dlouhodobého užívání dochází k neklidu, rozrušenosti, zvýšené aktivitě, násilnému chování, depresím, sebevraždám, možnosti poškození chromozomů a podobně. Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti či neschopnosti se soustředit.

Lysohlávka: Jedná se o houbu, která v našich podmínkách běžně roste na podzim v našich lesích. Narušuje zásadně činnost centrální nervové soustavy. Velkým rizikem pro uživatele je jejich těžce odhadnutelná dávka, jelikož mu není známo, kolik účinné látky se nachází v daných rostlinách a riziko spočívá v nevypočitatelnosti působení těchto látek v organismu. (Borník, 2001 str. 5-7)

1.1.2 Opiáty

Patří k alkaloidům opia, získaného z máku, jenž vyvolává euforii a ve vyšších dávkách také koma a dechový útlum. (Terminologický slovník, str. 54). V medicíně jsou užívány k tlumení velkých bolestí a tišení kašle. (Borník, 2001 str. 7)

Opiáty jsou spolu s těkavými látkami považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky. *Heroin* vyvolává velmi velkou psychickou a fyzickou závislost, doprovázenou efektem tolerance. Barva heroinu je nahnědlá a výjimečně bílá a navozuje příjemné pocity blaha, uvolnění a vzniku problémům jako jsou: neklid, návaly horka, dechové obtíže, zvracení. (Kalina, 2003 str. 20).

Potenciál závislosti je velmi vysoký. Velkým rizikem jsou stále zvyšující se dávky pro udržení touženého účinku. Při stále se zvyšující dávce dochází k rychlé závislosti a krátkému opojení po užití drogy. V případě vynechání drogy se dostavuje abstinenční syndrom, který bývá velmi silný. U silně závislých mohou nastat těžké fyzické příznaky včetně zástav srdce. Způsob užívání této drogy, je možný několika způsoby- kouřením, inhalací, injekčně, šňupáním. Při injekčním užívání je zvýšené riziko nákazy přenosných chorob, jako je AIDS, žloutenka B, C aj. Dalším rizikem je, že heroin v pouličním prodeji je nabízen míchaný, kdy 40-65 % je náhražka.

Braun je připravován v domácích laboratořích a je stejně účinný jako heroin. Je získáván z léků, které obsahují kodein. V pouličním prodeji má barvu hnědé tekutiny- z toho název braun. Tato látka se před aplikací musí ředit.

Morfin je látka využívaná v lékařství jako analgetikum k tišení bolestí. Aplikuje se injekčně. Jedná se o bílý prášek hořké chuti, který časem ztmavne a je bez zápachu, stejně se dá pořídit v podobě roztoku.

Kodein má podobné vlastnosti jako morfin, ale jeho hodnoty jsou méně účinné než je tomu u morfinu.

Opium je na vzduchu zaschlá mléčná šťáva získaná neřezáním nezralých makovic. Šťáva na vzduchu tuhne a tmavne. V tomto stavu se konzumuje či užívá pro další zpracování. (Borník, 2001, str. 7-10).

Jedná se o zakázané látky vyjma případů, kdy jsou užívány v lékařství. Škodlivé jsou pro uživatele, neboť se jedná o jednu z nejvíce nebezpečných a devastujících drog. Jejich nebezpečí spočívá v předávkování uživatelem, dochází k uvolnění, netečnosti, lhostejnosti, izolace od vnějšího světa a problémů, snížené citlivosti na bolest, rýmě, slzení, zčervenání kůže na obličej, krku a hrudi, zpomalení tepu či zúžení zornic. Injekční aplikace sebou

nese další riziko a to šíření žloutenky, HIV a jiných nemocí. Jeden z dalších faktorů těchto drog je jejich škodlivost v psychosociálních a osobnostních změnách uživatele. Vzhledem k finanční náročnosti a efektu tolerance je pravděpodobnost, že uživatel v zájmu získání finančních prostředků na další dávku začne dříve či později páchat trestnou činnost.

1.1.3 Stimulační drogy

Jedná se o látky, které aktivují, zesilují nebo zvyšují neuronální aktivitu. Nazývají se také psychostimulační, které zahrnují *amfetaminy, kokain, kofein, nikotin* či *antidepresiva* (Terminologický slovník, str. 71).

Stimulační drogy jsou velmi rizikové. Nejčastěji zneužívanou stimulační drogou je káva, čaj, tabák, jenž se řadí mezi drogy legální. Mezi nelegální patří drogy kokainové, amfetaminy a jejich deriváty jako je pervitin. (Kalina, 2003 str. 23).

Kokain narušuje činnost centrální nervové soustavy, může zvýšit agresivitu u konzumenta, halucinace, vážné poškození zdraví (plíce, játra, vysoký krevní tlak). Při dlouhodobém užívání dochází ke změně psychiky zpravidla uživatele vznikají psychické poruchy, projevující se paranoiou, halucinacemi a podobně. Narkoman žije v neustálém pocitu ohrožení, panikaří, jedná iracionálně a útočí na své okolí, cítí se sledovaný, pronásledovaný.

Crack je látka určená ke kouření. Jeho dávka je mnohem levnější než samotný kokain.

V důsledku předešlých dvou látek dochází k těmto pravděpodobným příznakům, jako jsou euforie, neúnavnost, povídavost, zvýšená aktivita, pocit sebevědomí a sebejistoty, nespavost, ztráta chuti k jídlu, zvýšená sexuální aktivita, stálá rýma, halucinace, zrychlená srdeční činnost a teplota. V rámci abstinčního syndromu dochází k apatii, podrážděnosti, mdlobám, sociální únavě, depresím, dlouhým periodám spánku, svědění kůže. Tím, že jsou tyto látky užívány po dlouhou dobu, dochází k tělesnému poškození včetně nosní přepážky.

Amfetamin a jeho deriváty (extáze) se po dlouhou dobu užívali k léčbě deprese či narkolepsii, u dětí k léčbě pozornosti aj. V dnešní době se užívá v omezené míře při léčbě narkolepsie a v medicíně je nahrazen jinými látkami.

Extáze (taneční droga) představuje poměrně širokou skupinu rekreačně užívaných látek, typický je jejich kombinovaný halucinogenní a stimulační účinek. Pod samotným pojmem taneční droga se relativně každému vybaví extáze. Tato látka přináší velmi velké riziko a to zejména v tom, že stimuluje (umožňuje mimořádné fyzické výkony), ale také potlačuje pocit žízně, hladu a vědomí vyčerpanosti. Problémem je, že tato droga způsobí vyčerpanost organismu a může způsobit tělesné poškození či smrt.

Pervitin - vyrábí se převážně v domácím prostředí. Pervitin je znám po celém světě.

Užívá se převážně injekčně, ale může se také šňupat či kouřit. Pervitin a kokain jsou ve formě bílého prášku. Prodávaná substance bývá znečištěna, a proto se může objevit ve formě žlutého či růzovofialového prášku. Urychluje psychomotoriku a umožňuje vnímání více podnětů. Dostavuje se pocit vybuzení, myšlenkové akcelerace, zvýšená aktivita nespavost, ztráta chuti, pocení, zvýšená agresivita, ztráta ostychu, empatie, sebevědomí, úzkost, agrese, suché rty a ústa, deprese. Při vyšších dávkách dochází ke ztrátě paměti, bolesti svalů, křeče, třes, chlad bolest břicha, vyčerpanost, poruchy intelektu, poškození plic, jater, srdce, žaludeční vředy, chorobná vyhublost, vysoký krevní tlak. (Borník, 2001 str. 10-12)

1.1.4 Těkavé látky

Látky, které se vypařují při běžných okolních teplotách. Těkavé látky, jež bývají inhalovány pro své psychotropní účinky, jsou obsaženy v organických rozpouštědlech, která jsou součástí většiny domácností a v průmyslu (Terminologický slovník, str. 73).

Těkavé látky jako jsou *toulen*, *ředidla*, *lepidla*, *čisticí prostředky*, *barvy* či *jiná průmyslová rozpouštědla*, *náplně do zapalovačů*, *benzen*, *benzín* atd. – jsou podceňována, ale pro fyzické i psychické zdraví mají devastující účinek, neboť patří mezi nejnebezpečnější skupinu užívaných psychotropních látek. Tyto látky se inhalují a jejich účinek se dostavuje během několika minut. Otravy, vážné zdravotní důsledky pro samotného uživatele (ovlivnění CNS, zrakové a sluchové halucinace, poruchy vědomí, oblužení, efektnost, narušení mozkové tkáně, jater, srdce, ledvin, agresivita, smrt, dýchací cesty jsou poleptány) (Kalina 2003). Při inhalaci těchto látek se do krve a do mozku dostává velké množství těchto látek, v jejichž důsledku dochází k rozpouštění tuku mozkových buněk, které odumírají. Důsledek dlouhodobého užívání se projeví na samotném uživateli ve formě výše uvedených příznaků a postupné degradaci osobnosti. (Borník, 2001, str. 13)

1.1.5 Léky

Jedná se o látky, které jsou ve většině případů na lékařský předpis. Jejich užívání je převážně ústní tedy polykáním.

Dělení podle Kolektivu autorů OS Sananim 2007:

1. Látky, které snižují strach a napětí (anxiolytika)

2. Látky, které způsobují euforii
3. Látky, které zvyšují tělesný a duševní výkon
4. Látky, které mění smyslové vnímání

Výše uvedené charakteristiky, nebo některé z nich splňují následující skupiny léků:

1. Celková anestetika (léky užívané při operaci)
2. Hypnotika a sedativa (léky na uklidnění a spaní)
3. Antiepileptika (léky proti epilepsii)
4. Antiparkinsonika (léky, které příznivě ovlivňují příznaky Parkinsonova syndromu)
5. Centrální myorelaxancia (látky snižující svalové napětí)
6. Analgetika (léky proti bolesti)
7. Psychostimulancia (látky zvyšující psychomotorické tempo), antipsychotika (látky, které pozitivně ovlivňují psychotické stavy, např. u schizofrenie)
8. Anxiolytika (látky, které odstraňují patologický strach, úzkost a napětí)
9. Ostatní: etanol, centrální analeptika (léky, které zvyšují dráždivost centrálního nervového systému) a mnohé další látky.

Negativní účinky těchto látek jsou obdobné jako po požití alkoholu, ale chybí alkoholový oder- uvolněnost, snížená koncentrace, zhoršená koordinace, oslabení zábran, ospalost, netečnost, zmatenost, spánek, zúžené zornice. Mezi tyto látky můžeme řadit *rohypnol*, *diazepan*, *dormogen*, *noxyron*, *oxazepan* a další. Dojde-li k předávkování těmito léky, dochází k mělkému dýchání, chladu, zblednutí kůže, slabý zrychlený puls, nízký tlak, bezvědomí, halucinace, dezorientace, poruchy koordinace a dalším. V důsledku dlouhodobého užívání dochází k poškození jater, ledvin, zkažené zuby, nechutenství, roztřesenost, poruchy intelektu či pocit pronásledování. V této skupině jsou v České republice jednak látky, které mohou kromě léčivého efektu vyvolat i závažné vedlejší účinky (sedativa, hypnotika, analgetika aj). Jsou zde však i látky, jejichž užívání nemůže při správné aplikaci vyvolat škodlivý efekt a látky, jejichž užívání je nezbytné pro zdraví či život pacienta například inzulin. Jde o různou měrou regulované látky, jejichž distribuce je vázána nejen místně a kvalifikací prodávajícího, ale i kvalifikací a oprávněností samotného lékaře, jenž daný typ léku předepisuje. Škodlivost je závislá na daném léku, způsobem a množstvím jeho užití. Lékové závislosti se často podceňují a pokládají za méně problematrické ve srovnání se závislostmi

na jiných drogách. Některé látky jsou zneužívány pro páchání trestných činů. Chronické užívání vede k psychické a fyzické závislosti na dané návykové látce a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis. Pokud má uživatel obvyklou dávku své drogy či svého léku, nemusí se to nijak výrazně projevit, pokud nepřekročí svoji toleranci. (Kalina 2003)

1.2 Vymezení základních pojmů

Měkké drogy: produkty z konopí (marihuana, hašiš) a LSD. Tyto drogy mohou vést k psychické závislosti bez vzniku závislosti fyzické. Dlouhodobé užívání může s sebou nést těžké poruchy zdraví, i přesto, že je takto označená droga bývá často deklarovaná, jako ne příliš nebezpečná.

Tvrdé drogy: např. opium, morfium a heroin, vedou k rychlé duševní i tělesné závislosti. V relaci těchto dvou pojmů zaujímá zvláštní postavení kokain, protože nevyvolává tělesnou závislost ve vlastním slova smyslu, ale svým velmi vysokým stupněm psychické závislosti se přibližuje účinku fyzické vázanosti.

Návykové látky: rozumí se jimi alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky nepříznivě ovlivňující psychiku člověka nebo jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.

Omamné látky: pojem omamné látky je nutno ujednotit ve smyslu platných právních úprav a ve smyslu mezinárodních úmluv pro nás právně závazných. Do této skupiny zařazujeme také psychotropní látky, u kterých vzniká nebezpečí chronického návyku nebo pro toho, kdo je opakovaně užívá, a které jsou uvedeny v seznamech těchto látek (Nařízení vlády ČSR č. 192/1988 Sb., O jedech a jiných látkách zdraví škodlivých ve znění nařízení vlády ČR č. 182/1990 Sb., č. 33/1992 Sb. a č. 278/1993 Sb.).

Narkotika: tímto termínem jsou odborně nazývány takové látky, které utlumují činnost nervové soustavy.

Toxikomanie je stav periodické, nebo chronické intoxikace, která škodí jedinci i celé společnosti a je vyvoláván opakovaným užíváním drogy ať přírodní nebo syntetické. Od toxikomanie v užším slova smyslu odlišila Světová zdravotnická organizace termín *návyk*: V tomto stavu není nutková potřeba drogy, nýbrž toliko silná touha po ní. Tendence zvyšovat dávky je malá nebo vůbec chybí, tudíž abstinční syndrom a všechny škodlivé účinky připadají na vrub jedince spíše, než kohokoliv jiného.

Toxikoman: je člověk, který propadl náruživosti vůči některým drogám, případně jiným zdravím škodlivým látkám.

Drogová závislost: poprvé byl tento pojem uveden v roce 1963 mezinárodní zdravotnickou organizací WHO. Drogovou závislostí se podle WHO rozumí druhy závislostí včetně alkoholismu, tabakismu, kofeinismu apod. vyjma hráček závislosti a jí podobných. Termín „drogová závislost“ nahradil do té doby užívané termíny jako toxikomanie, či narkomanie, které odrážely jen závislost na určitém druhu drogy. Podle druhu drogy může už ve velmi krátkém čase vzniknout závislost. Tuto závislost rozdělujeme na psychickou (duševní) a fyzickou (tělesnou).

Psychická závislost: uživatel jen prostřednictvím drogy dosáhne duševní rovnováhu. Kdo na vlastní kůži okusil účinek drogy, který byl spojený s příjemnými pocity, zvykne si velmi rychle na opakování tohoto požitku a prožitku. Nakonec se jedinec nedokáže koncentrovat ani na nejmenší aktivitu bez toho, aby nesáhl po droze.

Fyzická závislost: spočívá v tom, že droga se stává součástí látkové výměny organismu. Až v případě tohoto stádia hovoříme o vlastní závislosti na droze. Závislá osoba nebere drogu jen z tohoto důvodu, aby si zpříjemnila pár chvil, ale z toho důvodu, aby se vyhnula stádiu, které vzniká po opadnutí účinků drogy a které je provázeno změněnými duševními a tělesnými stavy. Nastávají příznaky, že tělu látka chybí jako například třes, pocení, nervozita, nesoustředěnost a další. U silné závislosti na heroinu můžou nastat i zástavy srdce.

Uzus: znamená jejich upotřebení podle dispozic lékaře jako léku.

Misusus: nenáležité užití drog - léků

Abusus: zneužívání drog, léků, či jiných omamných látek, nadužívání

1.3 Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou ne zcela jasné a odborníci se mnohdy ve svých závěrech liší. Obecně je však přijímán model, kdy se na člověka hledí jako na složeninu bio – psycho – sociální a závislost jako taková může ovlivnit kteroukoli ze složek a převládnout nad ostatními. Jako příklad se dá uvést dvě osoby, které mají stejné sklony k závislosti dané biologicky, přičemž vyrůstají každá v jiném prostředí a jedna se závislým stane a druhá nikoli, nebo naopak, žijící ve stejném prostředí s různým výsledkem.

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

Je to 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. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha nebo pocit puzení
- b) Potíže v sebeovládání
- c) Tělesný odvykací stav
- d) Průkaz tolerance k účinku látky
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Nikdo nedokáže přesně říci, kdy závislost vznikne, po kolika dávkách. Záleží namnoha okolnostech. Záleží např. osobnosti člověka, který drogu zneužívá, na jeho psychickém a tělesném stavu. Dále záleží na typu drogy, která je zneužívána. Důležitou roli hraje věk, čím je člověk mladší, tím rychleji může závislost vzniknout. Také četnost experimentů s drogou hraje svou roli. (Štáblová R. a kol., 1997)

Drogová závislost představuje onemocnění, čehož důkazem je přijetí závislosti na návykových látkách do Mezinárodního klasifikačního seznamu onemocnění. Přestože je definice celá řada, lze říci, že všechny jsou založeny na společných bodech:

- a) nezvladatelná, neodolatelná touha po opakovaném brání drogy
- b) tendence ke zvyšování dávek
- c) existence psychické či fyzické závislosti na určité droze vyjádřená přítomností tzv. abstinčního syndromu psychického či fyzického
- d) negativní důsledky pro jedince a společnost (Presl, 1994).

Vznik závislosti ovlivňuje velmi mnoho faktorů, mezi nimi i věk prvního užití látky. Obecně lze říci, že čím je věk nižší, tím snadněji se člověk závislým stává. Saková a Sak se k věku vyjadřují takto:

Jednou z příčin toho, že se jedinec stane závislým na drogách, je velmi nízký věk, kdy je mu droga nabídnuta. Čím nižší věk jedince, v němž je mu nabídnuta droga, tím je větší pravděpodobnost, že se droga stane pro něho problémem (Sak P., Saková K., 2004).

Výše jsme si rozdělili drogy do různých kategorií. Stejně tak lze rozdělit jejich užívání do různých kategorií, přičemž hranice mezi nimi jsou volně propustné. Opět je mnoho různých pohledů a způsobů dělení, nejčastěji se však setkáme s dělením na:

příležitostné – experimentální zneužívání – zřídka, sporadické užívání, ne více než 4 až 5 krát za život, jako experiment a pouze za jistých úvodních podmínek, zpravidla provedený v pubertě, nebo ve věku adolescenta

rekreační zneužívání – mírně časté zneužívání; nekupuje drogy přímo, ale neodmítá je, jsou-li mu nabídnuty, nejčastěji na různých večírcích apod.,

příležitostné zneužívání – častější; nakupuje vlastní drogy, které užívá za určité situace či příležitosti (pro povzbuzení, k vyrovnání s obtížemi, hůř se uživateli bez drog baví, navozuje pocit příjemné nálady)

intenzivní zneužívání – velice časté; stále menší kontrola nad drogou, užívá ji při stále obvyklejších příležitostech, až dosáhne denního užívání, má stále iluze, že je schopen kontrolovat své jednání, často toto již neodpovídá realitě, droga postupuje žebříčkem hodnot do vrchních pozic

nuceně závislé zneužívání – nezbytné a nucené užívání drog a to denně, neschopnost být bez drogy, která pokrývá všechny potřeby, riskuje, aby byl schopen zajistit drogu nebo peníze k jejímu obstarání, často není schopen plnit společenské povinnosti, chodit do zaměstnání, starat se o rodinu a podobně.

Stejně jako závislost je těžko postižitelnou a definovatelnou veličinou důvody, kvůli kterým lidé sahají po drogách jsou také různé. Štáblová uvádí tyto:

sebezničení: s plným vědomím se rozhodne zničit sám sebe

prázdnota: ztráta cíle a smyslu života (něčím musí naplnit – je tu droga)

žít a užít: hledání nových zážitků, nenaplněnost v běžném životě adekvátními prožitky

vzor: všichni pijí, já musím také (jinak „trest“ skupiny, příp. šikana) obava z vyloučení

krize: úleva drogou, zvyk řešit nadále každou krizi (stres apod.), absence vlastních mech.

osudové setkání: nevědomky – proti své vůli – bere drogu až do návyku, s drogou se potkal

málo sil: musí zabrat, vydržet (učení ke zkouškám: káva, léky, „životabudič“)

napětí: nutnost klidně pracovat, ale ve skutečnosti napnutí, že to nezvládne – léky

nakloněná rovina: kontrolovaná – pravidelná konzumace drog přechází k návyku

tréma (sociální fobie): svobodné a mladé matky, sklon ke kriminalitě – bere drogy

(Štáblová R. a kol., 1997)

1.4 Aktuální situace na území ČR

1.4.1 Výsledky mapování Sekretariátem rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Při mapování aktuální situace na území české republiky jsem vycházel především z Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. Jsou v něm obsaženy výsledky vlastních průzkumů Ministerstva vnitra České republiky.

Užívání drog v obecné populaci ČR je stabilní a mezi mládeží dokonce klesající. Přesto se však Česká republika objevuje v různých evropských či světových srovnávacích studiích v žebříčcích (např. konzumace alkoholu, konopných a jiných drog apod.) na nelichotivých prvních místech. Zároveň je ČR jednou ze zemí, kde můžeme pozorovat pozitivní trendy ve vývoji situace v oblasti užívání nelegálních drog mezi studenty. Míra užívání drog v obecné populaci ČR je stabilní. Výsledky populačních dotazníkových průzkumů realizovaných v posledních třech letech v dospělé populaci ukazují, že nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %), halucinogenními houbami (4–9 %) a LSD (2–6 %). Výsledky studie ESPAD v r. 2011 potvrdily dlouhodobé trendy v poklesu prevalence užití pervitinu, heroínu, extáze i halucinogenních hub v populaci šestnáctiletých; v r. 2011 došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek. Přesto však Česká republika patří k zemím s nejvyšší mírou konzumace alkoholu, včetně nadměrného pití alkoholu, a zkušeností s nelegálními drogami, především konopných látek 16letými studenty, v Evropě. Dostupnost návykových látek je v ČR vysoká. Konopné látky by si celkem snadno nebo velmi snadno dokázalo obstarat 59 % dotázaných, extází 20 % a pervitin téměř 9 % dotázaných. Na vysoké úrovni zůstává v ČR mezi mladými lidmi subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, v čase se snižuje dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek (ESPAD, 2011).

Počet problémových uživatelů drog v ČR se dlouhodobě pohybuje mezi 35–40 tisíci. V posledních letech roste střední hodnota odhadu problémových uživatelů opiátů a pervitinu. Před pěti lety se mluvilo o odhadu 30 tis. osob, v r. 2011 se střední odhad pohybuje na úrovni 40,2 tis. osob, z toho bylo 38,6 tis. injekčních uživatelů drog. V r. 2010 byly provedeny odhady rozsahu aktuálního intenzivního či problémového užívání dalších drog. Alespoň jednou týdně v posledním měsíci užilo v ČR sedativa téměř 1 mil. osob, konopné látky 360 tis. osob, extázi 35 tis. osob, halucinogenní houby 30 tis. osob a kokain téměř 15 tis. osob ve věku 15–64 let, především mladých dospělých. Pro 70 % uživatelů konopných drog představuje užívání relativně malé riziko, ovšem až 10 % uživatelů konopných drog je ve značném riziku problémů spojených s jejich užíváním a závislosti. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku. Alkohol užívá rizikově či škodlivě přibližně 1 až 1,4 mil osob a ve značném riziku závislosti nebo závislých je v ČR odhadem 50–150 tis. dospělých osob do 64 let. Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb vykazujících léčbu uživatelů drog se v posledních letech téměř nezměnil. Klesá počet ambulantně léčených pacientů o více než 2 %, na což měl vliv jak pokles pacientů užívajících alkohol, tak i pacientů užívajících nealkoholové drogy (bez tabáku). Došlo k poklesu počtu pacientů u všech tří nejčtenějších skupin nealkoholových drog, tj. opiátů/opioidů, ostatních stimulantů (bez kokainu) a kombinace drog. Zvyšuje se počet pacientů evidovaných v registru substituční léčby, a to jak ve specializovaných centrech, tak i v ordinacích ostatních lékařů předepisujících přípravky s obsahem buprenorfinu, léčba těmito preparáty však stále není v plném rozsahu v registru evidována. Nově jsou sledovány agregované údaje o počtu pacientů v substituční léčbě v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů pro dospělé. Do registru substituční léčby bylo v r. 2011 nahlášeno 2290 osob, což je přibližně polovina počtu, který byl celkem vykázan psychiatry a praktickými lékaři. Počet uživatelů drog v Registru žádostí o léčbu hygienické služby roste od r. 2008. V r. 2011 vyhledalo léčebné služby celkem 9284 uživatelů drog, tj. o 279 osob více než v r. 2010. Žadatelům o léčbu dlouhodobě dominují uživatelé stimulantů (64,9 %) – u většiny z nich je základní drogou pervitin. Stejně jako v předchozích letech tvořili druhou nejčtenější skupinu mezi všemi žadateli uživatelé opiátů/opioidů (19,3 %), mezi prvožadateli jsou na druhém místě uživatelé konopných látek (18,6 %). Je patrné stárnutí populace žadatelů o léčbu, v r. 2011 byl průměrný věk žadatelů o léčbu 27,4 let. Ženy tvoří stabilně necelou třetinu žadatelů o léčbu.

(Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015)

1.4.2 Potenciální rizika spojená s užíváním drog

V této oblasti se v České republice daří udržet relativně pozitivní stav. V r. 2010 a 2011 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog – promořenost HIV je stále pod 1 %, i když v různých zdrojích dat byl na těchto nízkých hodnotách zaznamenán nárůst. Nově bylo identifikováno v posledních dvou letech 14 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog. Počet nově hlášených případů virové hepatitidy typu C (VHC) u injekčních uživatelů drog v roce 2011 vzrostl, v předchozích letech však mírně klesal. U virové hepatitidy typu B (VHB) zůstal počet případů stejný jako v r. 2010. Prevalence VHC mezi uživateli drog se pohybuje od přibližně 20 % v nízkoprahových programech do 40 % ve věznicích a až 70 % u uživatelů drog v substituční léčbě – tyto výsledky je však potřeba hodnotit opatrně vzhledem k tomu, že pochází z různých monitorovacích systémů screeningového nebo diagnostického testování a jsou pravděpodobně zatíženy výběrovou chybou. Po několikaletém poklesu provedených testů na HIV a VHC je v posledních třech letech patrný zřetelný nárůst provedených testů na infekční choroby mezi uživateli drog v kontaktu s nízkoprahovými službami. Největší meziroční nárůst v r. 2011 zaznamenalo testování na syfilis. Podle dostupných údajů dlouhodobě klesá mezi injekčními uživateli drog míra rizikového chování, jako je např. sdílení jehel. Dlouhodobě stoupá také počet kontaktů a množství vyměněného injekčního materiálu a dalších parafernálií pro injekční aplikaci – v 99 nízkoprahových programech bylo v r. 2011 distribuováno více než 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček. Dále se rozšiřují také programy distribuce želatinových kapslí jako perorální alternativy injekční aplikace pervitinu. Léčba nemocných AIDS včetně injekčních uživatelů drog je v ČR poskytována v 7 AIDS centrech, léčba virových hepatitid probíhá v cca 75 centrech pro léčbu virových hepatitid, z nichž přibližně polovina léčí

Dle průzkumu ESPAD zůstává na vysoké úrovni v ČR mezi mladými lidmi subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, v čase se snižuje dostupnost nelegálních drog včetně konopných látek. U pervitinu od r. 1999 a u extáze od r. 2003 se snižuje subjektivně vnímaná dostupnost extáze, poprvé v roce 2011 byl zaznamenán také pokles subjektivně vnímané dostupnosti konopných látek.

V r. 2011 byly nejvíce dostupnými nelegálními drogami marihuana a pervitin, zvyšuje se obliba a dostupnost kokainu. Ceny a čistota drog jsou stabilní nebo v rozmezí, ve kterém je

možno pozorovat mírné meziroční výkyvy u některých drog. Většina vypěstované marihuany je určena pro domácí trh. Pervitin vyrábí tuzemští výrobci zejména v malých domácích laboratořích zejména pro domácí trh. Stále častěji ale dochází k produkci pervitinu ve vyšším objemu. Jako prekurzor výroby pervitinu slouží zejména léky s obsahem pseudoefedrinu dovážené především z Polska. ČR v r. 2009 zavedla opatření na omezení dostupnosti léků s obsahem pseudoefedrinu v lékárnách. Na národní úrovni toto opatření bylo účinné, nicméně způsobilo zvýšení dovozu těchto léků ze zahraničí, zejména z Polska. Na významu nabývá drogový trh s pervitinem v severozápadních Čechách stimulovaný rostoucí poptávkou ze strany německých občanů. Na výrobě pervitinu pro německý trh se podle NPC výraznou měrou podílí skupiny osob původem z Vietnamu, což může negativně ovlivnit další vývoj na ilegálním trhu s pervitinem nejen v ČR, ale také jinde v Evropě. Pervitin vyráběný osobami z řad vietnamské komunity je podle předběžných zpráv policie kvalitnější a zároveň levnější, což by dále mohlo zvýšit dostupnost pervitinu v ČR i v zahraničí. Kokain se v ČR vyskytuje zejména v prostředí zábavy a nočního života. Od r. 2008 roste počet záchytů i objem zabaveného kokainu. Dále od r. 2010 je v ČR patrný zvýšený výskyt nových syntetických drog. Jedná se o látky, které mají podobné účinky jako tradiční drogy (pervitin, marihuana, extáze, halucinogeny aj.), ale nejsou na seznamu zakázaných OPL a vymykají se tak mezinárodnímu i národnímu systému kontroly nelegálních drog. V oblasti legálních drog se stále ukazuje vysoká míra tolerance a nízká vymahatelnost práva v oblasti užívání a dostupnosti těchto látek mladistvým. Zde byla zřízena pracovní skupina předsedou vlády, která přichystala konkrétní návrhy dílčích změn zákona č. 379/2005 Sb., které byly předány MZ k zapracování do návrhu zákona o ochraně před škodami působenými návykovými látkami, který by měl nahradit zákon č. 379/2005 Sb. Podstatou navrhovaných změn bylo zlepšení vymáhání práva v oblasti dostupnosti alkoholu mladistvým. Potřeba implementace dalších opatření v oblasti dostupnosti alkoholu se ukazuje v novém světle také vzhledem k nedávné epidemii otrav metanolem včetně smrtelných, která vypukla v září 2012.

(Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015)

1.5 Dílčí závěr

Jak je patrné drogy provází lidstvo od počátků jeho věků. Původně sloužily k rituálním a lékařským účelům. Měly v lidském společenství své místo, pomáhaly k jeho vývoji. V historii docházelo vždy k zneužívání drog, jednalo však o ojedinělé případy, které byly spíše

osobním než společenským problémem. Plošné zneužívání se dá přibližně datovat do konce první poloviny dvacátého století. V současnosti je užívání drog v podstatě normální na každé diskotéce, party..... Můžeme mluvit o jisté módě. Díky tržnímu hospodářství a volnému obchodu se drogy daleko snadněji distribuují a stávají se dostupnějšími a levnějšími. Naše země není již dávno pouze tranzitní, ale v mnoha případech cílovou destinací. Mládež experimentuje s drogami zcela běžně a závislých přirozeně přibývá. Společnost reaguje vytvářením preventivních programů, záchranných systémů a institucí, které vrací část lidí, kteří propadli závislosti zpět do běžného života. Jedněmi z takových zařízení jsou terapeutické komunity, kterým se budu věnovat níže. Z určitého úhlu pohledu se dá chápat vznik závislosti u lidí jako nutný produkt funkce společnosti a pod touto optikou by logicky padala odpovědnost na stranu společnosti, která reálné náklady v našem státě nese. Nechci snižovat osobní odpovědnost každého jedince za svůj život, ale logicky náklady na léčbu a ostatní dopady nese zpravidla společnost lidí, ve které závislý žije. Je tedy v zájmu všech lidí, aby závislých bylo co nejméně a aby existovala možnost návratu do společnosti. Nejde tedy o otázku, jak se drog zbavit, ale o způsob, jak se s jejich existencí daná společnost vyrovnává.

Presl (1994, s. 8) dodává, že již při zběžné znalosti světové literatury můžeme pozorovat, že drogy provázely vývoj naší civilizace od samého počátku, jsou neoddělitelným prvkem našeho současného života a není důvodu se domnívat, že by mělo v budoucnosti dojít k zásadním změnám. Ze svých zkušeností vyvozuje, že žádný přístup společnosti, ať již represivní či liberální, drogovou problematiku nevyřeší. Taková je zkušenost všude na světě. Různé přístupy mohou drogovou problematiku jen zkomplikovat či snížit příslušné negativní dopady na společnost – ale problém prostě nezvládnou. Jestliže někdo říká něco jiného, tak buď o věci samotné nic neví, nebo lže. Zástupců obou kategorií je stále dost a dost. Autor shrnuje, „že drogy byly, jsou a budou – ať už se nám to líbí nebo ne, a je na nás, abychom se s tímto faktem vyrovnali, jak umíme nejlépe“.

2 OBVYKLÉ ZPŮSOBY LÉČBY V ČR

V České republice existuje řada způsobů práce se závislími. Jedná se o ucelený systém, souhrn odborných činností, jehož jednotlivé části jsou jasně definované a kontinuálně na sebe navazují. Pracovníci v těchto službách pracují jak s klienty motivovanými s užíváním drogy přestat, tak s klienty nemotivovanými. V takovém případě se jedná o takzvaný *harm reduction*, jehož cílem je omezit, či zmírnit dopady užívání drog zdraví klienta, zamezit přenosu infekčních či pohlavních nemocí. Toho se snaží dosáhnout jednak informováním a jednak přinášením zdravotnického a jiného materiálu. Při práci s motivovaným klientem je kladeno za cíl pokud možno úplnou abstinenci klienta od návykových látek a jeho zapojení do běžného života společnosti, přičemž se klade důraz, aby jako abstinující závislý byl odpovědný jednak k sobě, to je svému zdraví, rodinnému životu a podobně, aby zkvalitňoval svůj život, ale také ke společnosti, aby pracoval, splácel svoje případné dluhy a stal se plnohodnotným občanem.

2.1 Přehled nejběžnějších možností práce se závislími

Pro správný výběr odborné činnosti, která bude pomáhat klientovi zvládat jeho závislost je nutné vzít v úvahu několik faktorů. Především se jedná o:

- Stupeň závislosti
- Zdravotní stav
- Psychologické a psychiatrické problémy
- Míra motivace
- Potřeba podpory
- Rodinné vztahy
- Sociální prostředí a jeho ochota ho změnit

Aby byla léčba pokud možno co nejefektivnější je nutno v maximální možné míře splnit několik podmínek. V praxi se nedaří splnit je vždy všechny, je však třeba mít na paměti, že úsilí vyvinuté k jejich pokud možno co nejvyššímu naplnění se přímo odráží v úspěšnosti léčby.

Včasný začátek léčby: je první a základní fází pomoci drogově závislým. Snahou by mělo být vyhledat jedince dříve, než abychom na něj čekali, až navštíví ordinaci lékaře. Tito jedinci hledají převážně pomoc již v takovém stavu, která komplikuje samotnou léčbu. Je třeba se zaměřit na využití všech prostředků, které nám umožní rychle identifikovat jedince zasaženého návykovou látkou, co nejdříve po objevení prvních problémů. S tím souvisí také nabídka služeb jednotlivých organizací, které se problematikou drogově závislých zabývají se snahou o odstranění všech překážek v přístupu k nim.

Individualizovaný přístup: je základem každé léčby. Pokud se nám podaří osobu zasaženou návykovou látkou rychle identifikovat, tak se zvyšují jeho šance pro úspěšnou léčbu s viditelnými výsledky. Ke každému jedinci je potřeba přistupovat individuálně neboť problémy, kterým jsou drogově závislí zasažení, mohou mít původ v různých oblastech. Je zapotřebí provést řádnou diagnostiku, která v sobě skrývá terapeutické dovednosti a znalosti toho kdo toto vyšetření provádí.

Podpora motivace: zde hraje stěžejní roli, která přispívá k samotné léčbě, změně životního stylu, snahou vydržet a dokončit léčbu.

Prevence relapsu: je snahou jak terapeuta, ale i samotného uživatele, aby k tomu nedošlo. Je potřeba mít na paměti, že se to stát může.

Zhodnocení léčebného kontinua: každá započatá léčba drogově závislého je počátkem jeho cesty k abstinenci od různých drog v jeho životě. Celý tento proces není jednoduchý a skládá se z mnoha faktorů jako je vhodně zvolená léčba, změna životního stylu, poradenství, následná péče. Je nutné si připustit, že první léčba nemusí být vždy účinná, ale samotná podstata léčby se může projevit později. Léčbu, která splnila úkol jen částečně je potřeba považovat za účinnou.

Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika: všichni drogově závislí, kteří prozatím nejsou schopni změnit smysl jejich života a žít bez drogy musí alespoň vědět, že existují organizace, které jim mohou poskytnout pomoc. (Nešpor 1998)

2.1.1 Street work (terénní práce)

Streetworker je člověk, který pracuje na ulici. Podstatnou součástí jeho práce je vyhledávání a mapování jedinců a cílových skupin, u nichž je předpoklad, že sociální práci potřebují, ale sami ji nevyhledají. Přitom tyto jedince a skupiny kontaktuje v jejich přirozeném prostředí. Tato činnost vyžaduje velmi dobrou znalost terénu, schopnost pohybovat se v daném sociálním prostředí a především schopnost navazovat kontakt. Jedná se o kon-

taktní činnost, součást kontaktní práce, která je velmi často využívána kontaktními centry, přičemž mnohdy tvoří jejich primární nabídku služeb.

Práce streetworkera spočívá v zaměření se na tu část populace, která žije rizikovým způsobem života, nebo se u ní projevují sociálně patologické prvky chování. Aktivita tohoto pracovníka se zaměřuje především na:

1. Bezdomovce
2. Prostitutky
3. Bezprizorní děti
4. Uživatele drog

Cílem streetworkera je nalézt a zachytit jedince s rizikovým chováním pokud možno co nejdříve, aby dopady patologického chování byly co nejmenší snaží se je tedy zmírnit ať už poradenstvím či donáškou zdravotnického materiálu (*harm reduction*), předejít prohlubování takového jednání, případně ho zastavit.

Dá se rozdělit na

1. Přímou činnost

Dostává se do přímého kontaktu s klienty nebo cílovou skupinou v jejich prostředí, nebo prostředí nízkoprahového zařízení. Aktivně je vyhledává, mapuje určitou oblast

2. Nepřímá činnost

Práce v příslušném zařízení – typická je administrativa

2.1.2 Ambulantní léčba

Jedná se o léčbu bez vyjmutí jedince z prostředí, ve kterém žije. Při této formě je nutnost, aby se jedinec na tuto terapii dostavil a to zejména tam, kde se tato poskytuje. Terapie a její délka je vždy závislá na konkrétní osobě. Všechno čemu se drogově závislý podrobuje, musí být zakotveno v jejich dohodě o celém průběhu léčby. Je vhodná pro ty jedince, kteří mají rodinné, sociální či jiné zázemí. Tito jedinci jsou motivováni a schopni větší sebekontroly. Proto je vždy nutné zvážit, zda užití tohoto typu léčby je vhodné pro všechny a zda není nutné uvažovat o jiném druhu léčby v důsledku dlouhodobého užívání drog a rozpadlému rodinnému zázemí aj. (Nešpor, Csémy 1999)

2.1.3 Denní stacionáře

Drogově závislý zde tráví podstatnou část svého času. Celá terapie spočívá na principu ambulantní péče. Účastní se skupinové terapie či individuálních pohovorů s terapeutem, popřípadě jiných aktivit. Toto zařízení poskytuje psychiatricko-psychologickou a psychosociální péči v oblasti sekundární prevence drogových závislostí. Jedná se o strukturovaný program v denní péči o drogově závislé, který by měl dle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4 hodiny denně po dobu 5 dnů v týdnu. Obvykle je založen na skupinové práci a uplatňují se v něm prvky terapeutické komunity. Prevence relapsu a práce s rodinnou má být nezbytnou součástí denní péče. Důraz je kladen na nezávislost jedince a jeho odpovědnost. Programy toho typu klientovi umožňují zachovat síť rodinných a sociálních vztahů i po dobu léčby. (Kalina, 1997)

2.1.4 Detoxikace

Detoxikace je nutná před započítím vlastní léčby. Jedná se o způsob, kdy je klientovi umožněno překonat prvotní odvykací potíže, abstinenci příznaky a vyčistit jeho organismus od nežádoucích zbytků drog.

Detoxikovat se může :

1. U lehčích případů závislostí v rodinném prostředí
2. Oddělení pro léčbu závislosti
3. Detoxikační jednotky v nemocničním komplexu

Nejprve je vhodné zjistit, jaká látka byla či je užívána. Důležitá je samotná anamnéza jednice zaměřená na jeho okolí. Tato anamnéza nám odhalí nejen látku, která byla užívána, ale i jiné somatické poruchy, které jsou důležité při specializované pomoci. Lidé, užívající návykové látky, mohou být nebezpeční samy sobě, ale i ostatním. Proto je nutné zajistit jejich bezpečnost, ale i bezpečnost ostatních osob. Samotný přístup k pacientovi a psychotherapeutická pomoc mohou do značné míry ovlivnit samotný průběh odvykacího syndromu. Psychotherapie je považována za základ léčebných programů v léčbě závislostí, jejichž součástí je i rodinná terapie (Nešpor, 2000)

2.1.5 Ústavní léčba

Jedná se o další druh pomoci při zvládnání drogových závislostí, který se od jiných liší tím, že je zde jedinec chráněn a izolován od prostředí, kde užíval drogy. Má oproti ambulantní

léčbě jistou výhodu. Tou první je bezpečnější prostředí, kde je nepřetržitá lékařská pomoc, menší dostupnost návykových látek, a kde je méně spouštěčů. Druhou výhodou je možnost přípravy vhodně připraveného programu, než při léčbě ambulantní. Je nutná hospitalizace v léčebně a její snahou je vytvořit takové prostředí, které by vyloučilo drogy v rámci vytvořeného režimu a pravidel. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog. (Matoušek, 1995)

Klienti se účastní aktivit pro volný čas (sport, výtvarné aktivity apod.), mohou využít poradenství v sociálně právních problémech. V rámci léčby se obvykle spolupracuje s rodinou či partnerem klienta. Samotná léčba se odvíjí od konkrétního případu, ale obvykle začíná od dvou měsíců do půl roku jako krátkodobá léčba. Co se týče léčby dlouhodobé, tak ta je zpravidla pojata od půl do jednoho roku. V některých případech může dosáhnout i dvou let. Pokud se jedná o léčbu dlouhodobějšího rázu, pak hovoříme o léčbě rezidenční, která probíhá v komunitě.

(Nešpor, 1999)

2.1.6 Rezidenční léčba

Jde o léčbu v rezidenčním zařízení, kde je pevně daný povinný program, jehož součástí jsou pravidelně skupinové terapie, edukační činnosti, volnočasové aktivity a podobně. Klienti jsou zpravidla zapojováni do chodu tohoto zařízení, přičemž se podílí na běžných činnostech, které jsou k tomuto chodu zapotřebí. Zpravidla pracují v kuchyni, na zahradě, při údržbě a podobně. Typické resocializační zařízení je terapeutická komunita.

Tato léčba je vhodná převážně pro klienty, kteří jsou drogou silně zasaženi. Tím, že je na ně působeno v rámci sociálního učení, tak dochází k dosahování a získávání schopností, dovedností, které vedou jedince k tomu, aby změnil svůj život a mohl normálně žít ve společnosti. Je to léčba, která v sobě zahrnuje aspekt sociálně-výchovný a sociálně rehabilitační (resocializační). (Kalina 2003)

2.1.7 Léčba v psychiatrické léčebně

Drogově závislý je pod dohledem lékařské pomoci. Tento způsob léčby má v sobě zahrnuté režimová opatření v rámci denního programu, jenž je spojován s terapeutickou aktivitou. Jedná se o léčbu, která je spíše zaměřena na závislost. O to méně je řešena stránka resocializace, která je důležitá pro lepší start v jeho dalším průběhu životem. Na tuto léčbu musí

navazovat jiný program, který se tímto problémem zabývá a jedinec musí postupovat takzvané doléčování. Na základě vhodně zvoleného doléčování může jedinec tyto věci dotáhnout do konce. Jedná se o způsob léčby pro ty drogově závislé, kteří nedokážou abstinovat právě v tom prostředí, kde k závislosti došlo. Zejména pro ně je tento způsob léčby nejvhodnější. Po absolvování léčby v psychiatrické léčebně je možné navazovat na léčbu v terapeutické komunitě. (Nešpor, Csémy 1999)

2.1.8 Léčba v terapeutické komunitě

Léčba v terapeutické komunitě je léčba rezidenční. Trvá zpravidla od šesti do čtrnácti měsíců, na ni navazuje doléčovací proces. V komunitě je dán pevný řád. Klienti se povinně účastní programu, jehož součástí je společné stravování, pracovní terapie, skupinová terapie, komunity, individuální terapie atd. Klasický příklad komunity je skupina patnácti klientů, přičemž asi třetina je dívek. Podmínky pro všechny klienty jsou stejné, povinnosti také. Společně se starají o chod domácnosti (kuchyň, zahrada atd.), podílejí se na údržbářských pracích. Klienti jsou rozděleni podle fází, zpravidla 1- 3, které představují délku jejich pobytu a stupeň zvládnutí závislosti. Starší bývají odpovědní za mladší.

Po ukončení léčby se v rámci doléčovacího procesu zakládají podpůrné skupiny, které při komunitě trvale fungují.

2.1.9 Rodinná terapie

Rodinná terapie je vhodná především u dětí a mladistvých, kteří mají zachované alespoň částečně rodinné vztahy. Neomezuje se však pouze na ně. Má svou úlohu i při léčbě dospělých. Jedná se o původní rodinné seskupení, které jednice chrání a vyživuje, nebo také o širší rodinu, v závislosti na rodinných vztazích. Rodinná terapie efektivně funguje jako doplněk s jiným druhem léčby. Rodina jako taková může působit jak pozitivně, tak negativně. Negativní může být patologie v takovéto rodině. Rovněž tak je třeba brát v úvahu, že rodinná patologie může být jednou z příčin vzniknuvší závislosti některého z jejích členů. V pozitivním smyslu může rodina působit jako zdroj morální a emoční podpory. V tomto smyslu je práce s rodinou jako podpůrným prostředkem v terapii velmi důležitým prvkem. V terapeutických komunitách je možnost práce s rodinou mnohdy přímo vyžadována. Rodiče a sourozenci se setkávají na rodinných setkáních, budují a posilují se vzájemné vztahy.

Rodina, kde se závislost vyskytla, je vystavena velkému stresu. Každý z rodičů v této fázi, potřebuje alespoň trochu pomoci se zaměřením na jeho osobu a to proto, aby byl schopen racionálně uvažovat při pomoci v samotné léčbě. Touto pomocí je může být *tvrdá láska*. Ta v sobě zahrnuje vřelost a snahu pomoci, ale zároveň neústupnost přímo či nepřímo nepodporovat další škodlivé užívání návykových látek. (Nešpor 2001).

2.1.10 Doléčování a resocializace

Konečným prvkem celého systému péče o drogově závislé je proces doléčování, který je potřebný k dlouhodobému udržení výsledku předchozího léčení. Doléčování hraje důležitou roli v udržení abstinence po léčení a v procesu znovuzачlenění klienta do společnosti. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle 6-12 měsíců a obsahuje prevenci relapsu, podpůrnou skupinovou terapii, individuální terapii či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práci, pracovní poradenství, chráněné bydlení, rekvalifikace, práci s rodinnými příslušníky, zdravotní péči zaměřenou převážně na somatické potíže. Velký důraz je kladen na prevenci relapsu, tedy jak jednat v situaci selhání, kdy člověk požíje znovu drogu a nepropadl opět drogové závislosti. Následná péče je jednou z důležitých strategií jak zabránit opětovnému užití drogy po samotné léčbě. Následná péče může mít různé formy. U nás jsou běžné-opakovací léčby, doléčování, svépomocné skupiny. Tato péče může být poskytnuta i formou individuálních pohovorů a to prostřednictvím AT ordinací, K- center, či klinických psychologů. Specializovaná pracoviště, jež poskytují následnou péči, jsou známa jako doléčovací centra (Kalina, 2000)

2.2 Terapeutické komunity

Úvodem této kapitoly předkládám dva citáty, které vystihují filozofii a význam terapeutických komunit:

Ten, kdo měl někdy možnost setkat se blíže s terapeutickou komunitou, v níž se uživatelé drog se závislým chováním snaží změnit svůj dosavadní život, mi snad dá za pravdu, že terapeutická komunita je fascinující organismus, který se zcela vymyká běžně zavedeným představám o léčbě. Ať už se odborníci z oboru nazývanému v českých zemích adiktologie dělí na zastánce konceptu závislosti na drogách jako nemoci, nebo vycházejí z konceptu závislosti jako naučeného chování, patrně se v jednom bodě shodnou. A sice v tom, že při léčbě uživatelů drog je nezbytná jejich aktivní účast. A to je zřejmě jeden z hlavních zna-

ků, jímž se léčba závislého chování liší od léčby celé řady nemocí, v nichž je nemocný nebo klient odkázán do pasivní role pacienta.

Josef Radimecký

Terapeutická komunita je jako karavana táhnoucí pouští. Správně připravená karavana se dostane do cíle, dobře fungující komunita s dobře připravenými a vzdělanými terapeuty pomůže klientovi dostat se do oblasti zdraví, osobní svobody a autonomie.

Magdalena Frouzová

2.2.1 Definice, vznik a vývoj

Definicí pro terapeutickou komunitu je mnoho, uvedu tedy jednu, která je produktem konsenzu zástupců terapeutických komunit a zdá se mi výstižná.

Definice přijatá Světovou federací terapeutických komunit v roce 1981:

Hlavním cílem terapeutické komunity je podporovat osobní růst. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. To představuje sankce a tresty, stejně jako možnost dosáhnout vyššího statusu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině –, nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní. Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází ke spolupráci na smysluplných úkolech ve prospěch komunity. Tlak skupiny vrstevníků je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vzhled vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní problémy se děje prostřednictvím skupiny a individuální interakce, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám. Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti. V komunitě existují dvě linie autority – horizontální a vertikální-, to podporuje myš-

lenku sdílení odpovědnosti podpory procesu společného rozhodování – pokud je to prospěšné a v souladu s filosofií a cíli terapeutické komunity.

(KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj 2004)

Terapeutické komunity vznikly ve Velké Británii během Druhé světové války jako její přímý důsledek. Vojáci se díky prožitým traumatům často stávali psychiatrickými pacienty a terapeutické komunity vznikly jako prostředek pro rychlé zbavení psychických problémů a jejich brzkého navrácení do boje. Začala se zde intenzivně využívat psychoterapie. Objevuje se zde jméno Maxwell Jones, britského psychiatra, který propracoval systém terapeutických komunit a pod jehož vlivem vznikla v roce 1954 první terapeutická komunita také v ČSSR v obci Lobeč. V tehdejší Československu byly terapeutické komunity okrajovou záležitostí, ale v tehdejší Evropě vznikaly vcelku běžně. Velkého rozmachu se dočkaly v USA.

V poválečném období vznikají dvě větve terapeutických komunit.

Evropská větev - Jedná se o odvětví komunitně orientovaných programů vyvinutých za účelem pomoci dětem a dospělým s různými psychologickými, sociálními, výchovnými a psychiatrickými potížemi. Označuje se jako pedagogický proud a jeho členové byli profesionály v oblasti výchovy.

Americká větev – Vycházela především z náboženských kořenů a svépomocného hnutí. Z této větve vznikají primárně hnutí na pomoc drogově závislým jako AA (anonymní alkoholici) nebo později Synanon (první terapeutická komunita založená Charlesem Dederichem zaměřená na léčbu drogově závislých na nealkoholových drogách založena roku 1958). Synanon se odklání od náboženské ideologie k světské orientaci. Následně se od Synanonu odvíjí celé spektrum současných terapeutických komunit pro drogově závislé a podle amerického modelu vznikaly první terapeutické komunity v Evropě.

V zemích bývalého Československa vzniká první terapeutická komunita pro drogově závislé až v roce 1991, jelikož předlistopadový režim odsunoval závislé na okraj zájmu, měl tendence patologické prvky společnosti spíše skrývat, navíc drogově závislí u nás představovali pouze velmi malou část léčených pacientů.

V současné době je v České republice asi deset terapeutických komunit pro drogově závislé.

2.2.2 Účinné faktory

Co je v terapeutické komunitě terapeutické? Komunita nabízí 24 hodin denně trvající prostor pro život bez drog. Za použití teoretických koncepcí popsaných v této kapitole lze léčivé prvky v komunitě shrnout takto:

2.2.2.1 Náhradní rodina

Slouží jako náhradní rodina a poskytuje klientovi možnost dospět v bezpečném prostředí.

2.2.2.2 Ucelená filosofie

Ucelená a srozumitelná filosofie, kterou lze vysvětlit všem tak, aby jí pochopili a podporovali.

2.2.2.3 Terapeutická struktura

Uspořádání má jasnou strukturu, kde nejsou žádné dvojné vazby. Struktura nabízí bezpečí a jistotu. Existuje zde jen málo pravidel, ale jsou jednoznačná. Toto prostředí poskytuje dostatečný tlak nutný k učení, ale také dost struktury, která brání chaosu, aby se vymkl kontrole. Musí být možné dělat chyby, terapeutická komunita s příliš mnoha pravidly je mrtvá. Klient musí mít možnost postupovat v komunitě od jednoduchých rolí k rolím s rostoucí mírou odpovědnosti.

2.2.2.4 Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

V komunitě musí být rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jedince. Demokracie ve společnosti je způsob, jak delegovat moc na všechny lidi, jak umožnit rozhodovat většině a jak řešit konflikty. Terapeutická komunita, která deleguje všechnu moc na klienty, kteří mají většinu, může být anti-terapeutická. To se stalo v prvních měsících Emilieho-eve. Terapie v komunitě je povinná. Klient si nemůže vybírat, jestli se zúčastní nebo ne. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.

2.2.2.5 Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Učení se děje prostřednictvím interakce. Klient se nemůže v komunitě izolovat. Musí se aktivně podílet na životě komunity a získávat reflexe na své chování. Starší klienti se stá-

vají vzory pro nové příchozí. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Díky zpětné vazbě se učí rozumět svému chování. Učí se dělat rozhodnutí a přijímat důsledky své volby.

2.2.2.6 Učení prostřednictvím krize

Učení je posilováno tím, že klient zažívá krizové momenty. Je to srozumitelné z Ericksonovy teorie sociálního učení. Považuje zrání za cestu skrze řadu krizí, které vedou k deintegraci po níž následuje reintegrace na vyšší úrovni, když je krize zvládnuta.

2.2.2.7 Terapeutický účinek všech aktivit komunity

Vše, co se děje v komunitě, je terapie. Klienti si připravují jídlo, pracují v různých částech domu a musí se učit jednotlivým rolím.

2.2.2.8 Odpovědnost klienta za jeho chování

Klient není pacient. K roli pacienta patří následující charakteristiky:

- a) Pacient je zbaven povinností, které jinak patří k jeho roli
- b) Pacient není zodpovědný za svou situaci
- c) O pacientovi se předpokládá, že si svůj stav nepřál a že se bude snažit svou roli pacienta opustit, jakmile to jen bude po lékařské stránce správné
- d) Pacient má právo hledat pomoc

Klient jako člen komunity nemá první dvě charakteristiky pacienta. Říkáme jim, že si nemají hrát na oběť a obviňovat ze svého životního selhání společnost, nebo jiné lidi. Místo toho jim tvrdíme, že se chovali dětinsky a byli hloupí a nezodpovědní. Klient je považován za člověka, který potřebuje pomoc a který se musí naučit o ni požádat. Tak je považován za člověka, který může pomoci druhým

2.2.2.9 Zvýšení sebevědomí díky úspěchům

Sebevědomí klienta roste tak, jak překonává strach ze selhání, jedná „jako by“ se nebál. Je to také výsledek toho, že se podílel na tvořivých aktivitách a vzdělávání v komunitě. Zvýšené sebevědomí dále snižuje strach ze selhání a odmítnutí. Když pomáhá druhým, uvědomuje si klient, že má pro druhé cenu, a to opět zvyšuje jeho sebeúctu.

2.2.2.10 Internalizace pozitivního hodnotového systému

Objevují se pozitivní hodnoty a jsou zvnitřněny. Klient se učí být upřímný, konfrontovat a kritizovat negativní a autodestruktivní chování a vidět problém jako výzvu.

2.2.2.11 Konfrontace

Konfrontace a tlak zaměřené na nově přijatého klienta by měly mít limitovanou míru, aby ho nevytlačily z komunity ven. Již sám život v komunitě pro nového člena představuje stres. Jak se klient začíná v terapeutickém programu rozvíjet, začíná programův důvěřovat a jeho obrany se naruší. V této ohrožující situaci, kterou může prožívat jako krizi, je klient připraven začít měnit své chování a postoje. Klient se učí mluvit o svých vnitřních konfliktech a čelit emocionálnímu stresu spojenému s pocity viny a neschopnosti. Základní anihilační mizí a klient je připraven zrušit své obrany zcela. Nyní dělá krok k přímé emocionální konfrontaci s ostatními místo toho, aby své pocity odehrával jinak. Když zjistí, že ostatní jeho změny oceňují, zmizí i strach z odmítnutí. Zjistí, že aby byl milován, nemusí být perfektní. Naopak se zdá, že je to naopak. Jak napsal Shostrom: „Zdá se, že předpokládáme, že čím budeme dokonalejší a bez chyby, tím víc budeme milováni. Ve skutečnosti je to zřejmě naopak. Čím víc jsme schopni připustit vlastní lidské slabosti, tím víc jsme hodni lásky“. Klient zjistí, že konfrontace není namířena vůči jeho osobě, ale vůči jeho chování.

2.2.2.12 Pozitivní tlak vrstevníků

Tak jako může tlak vrstevníků vést k tomu, že člověk začne brát drogy, tak může pozitivní tlak vrstevníků napomoci k rozhodnutí abstinovat a rozvinout pozitivní prvky chování. Jednotlivci s negativním chováním čelí konfrontaci. Jiní se stávají vzory. Klient je veden k zodpovědnosti za to, že bude sledovat a kritizovat či komentovat chování a postoje ostatních. To je naprostý opak toho, co se děje na ulicích, kde toxikoman neříká žádné autoritě nic o dalším toxikomanovi. Neoceňuje se hra na oběť a manipulativní chování rychle rozpoznáno a ostře odsouzeno.

2.2.2.13 Učení se rozumět emocím a vyjadřovat je

V encounterových a jiných skupinách potvrzujeme klienty k tomu, aby vyjadřovali své emoce. K vyjádření emocí slouží obvykle křik – jako jasný nástroj vyjádření. Toxikoman se učí překonávat strach z emočního projevu. Nemusí se již bránit svým emocím prostřednictvím odehrávání. Může konečně zjistit, jak dát najevo pozitivní emoce jako radost a potěšení, které se někdy vyjadřují hůř, než ty negativní.

2.2.2.14 Změna negativního přístupu k životu na pozitivní

Většina toxikomanů má v sobě negativní přístup – „mě nikdo nemá rád“, „nepotřebuji nikoho“, „nemám právo na život“. Právě poslední postoj je mezi závislými častý, i když si jej uvědomují až na skupinách. Jejich negativní postoje vznikly obvykle v dětství. Pomáhaly jim přežít, když byli ještě malými dětmi, ale staly se velkým handicapem v dospělosti. Změnit negativní přístup k sobě trvá dlouho. Ke změně mohou přispět skupiny například boxing terapie – kdy jsou falešné identity nahrazovány pozitivními – kde může každý přemoci svou kletbu.

2.2.2.15 Zlepšení vztahů v původní rodině

Vztahy s rodiči a dalšími blízkými se za pomoci týmu mění od okamžiku prvního kontaktu po období separace v první fázi programu. V této době chodí rodiče do rodičovských skupin, které někdy začínají už před zahájením léčby. V terapeutických skupinách lze s rodiči vyřešit řadu „nedokončených záležitostí“, kde jsou rodiče zastoupeny symbolicky (prázdné židle, hraní rolí klienty či terapeuty). To se děje na encounterových skupinách, v psychodynamických skupinách, pesso terapii nebo skupinách boxing terapie.

A na závěr: když některý z těchto patnácti terapeutických faktorů chybí, bude léčba méně účinná.

(KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj 2004)

2.3 Charakter TK Krok

Terapeutická komunita je součástí služeb Občanského sdružení Krok, mezi jehož další aktivity spadá Agentura pro občany a program následné péče (PNP) a byla založena 7. 7. 1998 v Kyjově. Jedná se o jedinou komunitu pro drogově závislé, která je umístěna prakticky uprostřed města, což umožňuje každodenní konfrontaci s běžným světem. V současné podobě představuje nabídku dlouhodobé rezidenční léčby pro klienty s drogovou závislostí od patnácti let. Kapacita komunity je patnáct klientů. Nejčastěji do komunity přicházejí klienti závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, typicky

užívající několik let nitrožilně. Velkou skupinu tvoří uživatelé s diagnostikovanou závislostí na pervitinu. Z toho vyplývá i jejich psychosociální a somatické poškození.

Léčba je postavena na postupném vývoji klienta od vzorců chování ovlivněných užíváním drog přes systém kontroly, sebekontroly k sebedisciplíně a samostatnému odpovědnému fungování směrem k sobě i směrem ven ke společnosti. Skupinová a individuální terapie se opírá především o Transformační systemickou terapii V. Satirové, která podporuje rozvoj vnitřních zdrojů klienta.

Délka pobytu klienta se pohybuje kolem jednoho roku a rozděluje se do čtyř fází. Klienti postupují od jednotlivých fází podle aktivity a osobních posunů. Rozdělení pobytu na fáze vytváří přirozený motivační prostor, ve kterém lze využívat systém různých výhod a omezení. Fáze umožňují klientům přirozený vývoj, učí je odpovědnosti za své chování, učí je přijímat odpovědnost i za klienty v nižších fázích, celou skupinu a chod komunity.

Součástí terapie je dodržování denního režimu, který vymezuje časově a obsahově program komunity. Režim slouží k získání, nebo obnovení zdravých návyků, uvědomění si svých povinností a odpovědností vůči sobě a druhým. V rámci pobytu se klienti účastní pracovní terapie, jejímž cílem je osvojení základních dovedností a návyků, které využijí v běžném životě. Nacvičují si pravidelnost, pracovní návyky, zručnost v různých typech prací, nedílnou součástí je možnost získání osvědčení potvrzující stupeň zručnosti v dovednostech jako je šití, práce s PC, práce v kovárně atd. Klienti mají také možnost získat rekvalifikaci a místo na zkoušku.

Na skupinové terapii se řeší problémy jednotlivých klientů, interpersonální a intrapsychie konflikty, pracují na svých osobních tématech, nacvičují si potřebné dovednosti, učí se tvořivosti za použití různých terapeutických technik. Při skupinové práci se využívá skupinová dynamika, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny.

Nedílnou součástí terapie je individuální plán léčby. Individuální plán po celou dobu pobytu reflektuje potřeby a cíle, kterých chce klient prostřednictvím odborné péče dosáhnout a jednou měsíčně je aktualizován.

V rámci volnočasových a zážitkových aktivit jako např. výlety do okolí, hry, sport, organizování akcí pro veřejnost, návštěva kina, divadla, koncertů, zátěžové a zážitkové pobyty v přírodě a podobně, se mají klienti možnost seznámit s činnostmi, ke kterým se často v minulém životě nedostali, nebo se jim v období užívání drog přestali věnovat.

Významnou součástí léčby je spolupráce s rodinou. Rodinní příslušníci klienta se aktivně podílejí na léčbě klienta v komunitě. Účastní se aktivit pořádaných pro rodiny klientů, rodičovských skupin, mužských a ženských skupin i ostatních akcí komunity. Rodinní příslušníci mohou kdykoli požádat o individuální konzultaci.

V komunitě je zajištěna veškerá péče o zdravotní stav klientů. Pokud je klient pozitivní na hepatitidu, je kontaktováno infekční oddělení v místní nemocnici, kde mu je zajištěna pravidelná péče.

Sociální práce je prováděna s cílem maximálně stabilizovat sociální podmínky klienta pro jeho následnou abstinenci v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání, soudních řízení, finančních záležitostí a jiných dle potřeby.

S klienty pracuje sociální pracovník, který chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Sociální pracovník dbá, aby klienti obdržely všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na něž má nárok. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života. Klienti se učí komunikačním dovednostem, jsou vedeni k odstraňování bariér a nefunkčních vzorců chování, provádějí nácvik asertivního jednání.

Výkon trestů obecně prospěšných prací v komunitě funguje v součinnosti s Probační a mediační službou ČR v Hodoníně. Během pobytu v komunitě má klient odsouzený k výkonu OPP možnost si tento trest odpracovat.

2.3.1 Situace a rozvržení budovy

Komunita je v prvorepublikové vilce, kde byl původně dětský domov, později od padesátých let minulého století mateřská školka. Nachází se poblíž centra města nedaleko vlakového nádraží. To samo o sobě predikuje každodenní interakci s běžnými obyvateli města, která jak se ukazuje, je spíše přínosná.

Za budovou se nachází zahrada o rozloze přibližně 700 metrů čtverečních, přičemž asi třetina je určena pro pěstování ovoce a zeleniny a dvě třetiny jsou budovány jako místo k odpočinku a relaxaci. Dále se zde nachází dílna s kovárnou a menší budovy, které slouží jako sklady náradí a pro uložení jízdních kol.

Samotná budova má dvě patra a je permanentně upravována dle aktuálních potřeb, přičemž většinu prací si dělají klienti sami v rámci pracovní terapie. Takto bylo z půdních prostor vybudováno celé podkroví, kde vznikly tři dvou až třílůžkové pokoje, sociální zařízení

včetně koupelny a terapeutická místnost. Je využíváno jako ubytovací patro pro ženy. V prvním patře, tedy hned pod ženskou částí se nachází mužská část. Jsou zde čtyři pokoje, provozní terapeutická kancelář, dvě sociální zařízení. V přízemí jsou kanceláře tj. kancelář ředitelky a hlavního terapeuta, kancelář účetní a kancelář sociální pracovníce spolu s projektovou manažerkou a dvě sociální zařízení. Dále zde je komunita, to je místnost, kde se klienti schází a probíhá zde skupinová terapie. Vedle je kuchyň s jídelnou. Ve sklepě jsou umístěny dílny, arte místnost, keramická místnost, šatny a skladové místnosti.

2.3.2 Denní režim

Všechny aktivity denního režimu jsou pro klienty povinné, pokud neexistují objektivní překážky jako například nemoc a podobně. Předkládám strukturu běžného všedního dne, víkendy jsou odlišné, zpravidla se jezdí na výlety, zátěžové i zážitkové.

2.3.2.1 Rozcvička

Pokud klient nemá *platby viz. níže*, vstává o čtvrt na šest ráno. Po provedení osobní hygieny o půl šesté nastupuje společnou na rozcvičku. Ta trvá přibližně deset minut. Poté následují rajony.

2.3.2.2 Rajony – úklid

Na nástěnce si klient přečte, který úsek budovy bude dnes uklízet. Nafasuje si potřebné nářadí a provede úklid daného úseku. Rajon zkontroluje *šípek viz. níže* a po jeho odsouhlasení klient uklidí použité nářadí a jde do komunity, kde čeká do začátku snídane

2.3.2.3 Snídane

Dva klienti, kteří mají službu v kuchyni, se neúčastní rozcvičky a úklidu a v daném čase chystají pro všechny snídani. Ta začíná před půl sedmou. Klienti společně s terapeutem snídají. U snídane, stejně jako u ostatních jídel, která probíhají vždy společně se nemluví a klient musí sníst alespoň půl porce.

2.3.2.4 Ranní skupina

Po snídani zůstávají klienti u stolu a začíná ranní skupina. Ta má za cíl nastavení do dne, řešení aktuálních problémů, vypovězení snů a podobně. Také se zde upřesňuje rozdělení do pracovní terapie.

2.3.2.5 Pracovní terapie

Po ranní skupině odcházejí klienti do pracovní terapie. Zde jsou pod vedením pracovního terapeuta rozděleni do pracovních skupin, které vedou zpravidla klienti ve vyšších fázích viz. níže. V rámci pracovní terapie se uskutečňují různé pracovní činnosti. Jedná se o údržbu nemovitostí v užívání TK Krok, péče o ovce, kozy, prasata, králíky na farmě, kterou komunita využívá, dále pak vykonávání různých prací pro fyzické i právnické osoby v Kyjově a okolí. Tady se jedná o údržbu zeleně pro Nemocnici Kyjov, ale i bourání starých budov či drobné zednické a výkopové práce. Dívky chodí dvakrát týdně do šití, kde jednak provádí opravy oblečení a jiného textilu pro komunitu a jednak se učí samy vyrábět různé věci jako oblečení, polštáře, zástěry a podobně. Rozsah pracovních činností je poměrně široký a mění se podle aktuálních potřeb TK. Klienti se také v rámci pracovní terapie učí s odborným externím lektorem zámečnickým a kovářským pracem.

2.3.2.6 Oběd

Pracovní terapie je přerušena o půl dvanácté obědem. Klienti i terapeuti jí společně a to podle vzdálenosti vykonávané práce buď na pracovišti, nebo v budově TK Krok. V deset hodin dopoledne stejně společně svačí. Ve dvanáct hodin začíná opět pracovní terapie. Obědy klienti pouze vydávají, kupují se hotové.

2.3.2.7 Pracovní terapie

Pokračuje se v práci do půl čtvrté. Během celého dne má klient možnost svolat si skupinu – krizovou intervenci, pokud to vyžaduje jeho aktuální stav.

2.3.2.8 Shrnutí pracovní terapie

Po ukončení pracovní terapie si klienti stoupnou do kruhu a shrnují pracovní den. Soustředí se při tom na své prožívání při práci, konflikty, nastavení a podobně. Pracovní terapeut jim pokud uzná za vhodné dává zpětné vazby, případně jejich výkon hodnotí.

2.3.2.9 Svačina

Po návratu klientů do budovy TK všichni společně svačí. Při tom pověřenému klientovi nahlásí, co budou dělat v následujícím osobním volnu.

2.3.2.10 Zrcadla – Reflexe

Po svačině si klienti dají kávu, nebo čaj a při tom si dávají reflexe. Celá skupina dává reflexe na jednoho klienta, dokud se všichni nevystřídají. Reflexe začíná: „Dnes jsem tě viděl.....“ Po třech reflexích se dostává na řadu další klient. Při poslechu reflexe klient mlčí a nesmí na ni reagovat minimálně dvacet čtyři hodin.

2.3.2.11 Osobní volno

Osobní volno je strukturované a má svá pravidla, která respektují specifika a požadavky TK.. Klient si předem určí, co bude dělat a toho plánu se drží. Kontrolu provádí určený klient i terapeut.

2.3.2.12 Večeře

V šest hodin následuje večeře, kterou opět nachystají klienti, kteří mají v kuchyni službu.

2.3.2.13 Rajony – úklid

Úklid se provádí podobně jako ráno.

2.3.2.14 Večerní skupina

Ve tři čtvrtě na sedm začíná hlavní terapeutický program – večerní skupina. Ta se skládá ze dvou částí.

a) Technika

Klienti si hlásí platby – porušení méně závažných pravidel TK, za což si vytahují ze seznamu platby, což jsou úkoly, které musí vykonat následující den před rozcvičkou. Jedná se o různé práce pro komunitu a kreslení a psaní textů s terapeutickým přesahem. Následuje rozdělení pracovní terapie na další den, řeší se různé technické věci chodu komunity.

b) Skupina

Jako první se hlásí a zapisují svolané skupiny – krizová intervence a se skupinou se rozebírají, potom přichází skupinová terapie. Ta trvá přibližně do půl desáté večer.

2.3.2.15 Večerka

V jedenáct hodin je večerka a každý klient musí být v tuto dobu v posteli, musí mít vykonanou osobní hygienu a napsaný zápis v deníku. Pokud něco do této hodiny nestíhá, musí si u terapeuta požádat o výjimku.

2.3.3 Pravidla

Život klientů v komunitě je svázán mnoha pravidly. Mají za cíl udržet komunitu v chodu, chránit klienty před vystavováním se nebezpečí a v neposlední řadě naučit klienty je s pokorou přijímat.

Dají se rozdělit na dvě kategorie:

a) Kardinální

Za jejich porušení hrozí vyloučení. Zde je několik příkladů:

Zákaz fyzické a psychické agrese, navazování sexuálních vztahů, svévolné opuštění skupiny, úplná abstinence, spolupráce s terapií, respektování terapeuta atd.

b) Běžná

Za jejich porušení si klient také na večerní skupině platbu. Opět několik příkladů:

Zákaz sprostých slov, psaní deníku minimálně osm řádků denně, respektování vyšší fáze, dodržování režimu, muži nesmějí na ženské patro, hajzlovky – mluvení o osobě, která není přítomna, mluvení o minulosti, tabák ponechaný bez dozoru, nic se nepůjčuje, nemění, zákaz paraskupin – nic se neřeší soukromě, vše na svolaných skupinách, včas na všech společných aktivitách, pořádek na pokoji, špatně udělaný rajon, vykonaná hygiena, plánované osobní volno, atd.

Porušování těchto pravidel je poměrně běžné, ale změna jejich míry může ukazovat na klientovy posuny, nebo na jeho aktuální stav.

2.3.4 Fáze

Klientův pobyt je rozdělen do čtyř fází, přičemž posun mezi jednotlivými fázemi odráží klientovu aktivitu a osobnostní posuny. Přejít mezi jednotlivými fázemi vyžaduje písemné zpracování tzv. přestupu, což je soubor otázek určující klientovi posuny a jeho připravenost na přestup do další fáze. Přestup schvaluje celá skupina.

2.3.4.1 Nultá fáze

Označuje se jako diagnostická, orientační, úvodní, poznávací a podobně. Klient se v této fázi rozhoduje, jestli se chce stát členem skupiny, během této fáze může kdykoli odejít. Stejně tak se rozhoduje skupina, zda daného klienta přijme za svého člena. Nově příchozímu klientovi je přidělen bratr – sestra, který ho provází prvními dny v TK a přebírá za něj

platby. Klient v této fázi je izolován od okolního světa, prakticky žádný čas nemůže trávit sám a to ani na pokoji, nebo v šatně. Klient v nulté fázi bývá podporován skupinou, vynořují se mu dlouho popírané pocity a myšlenky, často vyprchává prvotní euforie z abstinence.

2.3.4.2 První fáze

Klient v první fázi je již členem skupiny, jeho izolace od okolí však nadále trvá. Začíná se zabývat sám sebou, stabilizuje se. Platby si již přebírá sám, může sám například na pokoj, ale ještě ne na zahradu. Komunitu opouští pouze s doprovodem. Spolu se svým garantem začíná tvořit individuální plán. Často si již uvědomuje a přijímá problémy související s užíváním drog

2.3.4.3 Druhá fáze

Ve druhé fázi přijímá klient odpovědnost za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé i za chod komunity. Může se sám pohybovat po budově i po zahradě, bere si na odpovědnost určitý úsek komunity, může dostat od skupiny *žolika* viz. níže. Jezdí na jednodenní vycházky. Vede samořídící skupinu, určuje její téma. Rozšiřují se jeho kompetence, dostává mladšího bratra, v prvních týdnech za něj přebírá odpovědnost. Začíná fungovat jako vzor, je nositelem řádu a pravidel. Podle možností obnovuje vztahy s rodinou.

2.3.4.4 Třetí fáze

Klient je již za sebe plně odpovědný, má odpovědnost za druhé. V pracovní terapii vede pracovní skupinu, je odpovědný za její pracovní výkon, za dodržování pravidel a podobně. Doprovází mladší klienty mimo komunitu, k lékaři, na úřady. Jezdí na dvoudenní vycházky. Je již vzorem a nositelem pravidel. Vystupuje aktivně. O třetích neboli *vyšších* fázích se dá mluvit jako o pilířích komunity. Mimo běžné společné skupiny mají skupiny vyšších fází, kterých se účastní pouze třetí fáze a terapeut a kde řeší jejich fungování, přístup k fázově mladším klientům, vlastní semknutost a obecně se takto podílí na řízení komunity více, než klienti v nižších fázích.

2.3.4.5 Čtvrtá fáze

Vyhlašuje se dnem vyvěšení odchodu, což je přibližně měsíc před ním. Má atributy třetí fáze, navíc se některé dny neúčastní společného programu, hledá si práci, píše životopis, pracuje na prevenci relapsu. Poslední týden před slavnostním odchodem se stává pomoc-

ným terapeutem a jeho pravomoci jsou dále rozšířeny. Poslední den v komunitě chystá slavnostní rozloučení, vaří, chystá občerstvení. Zve si na něj rodinu, hosty, zpravidla se účastní i všichni terapeuti. Ostatní klienti si připraví program. Poté následuje rituální rozloučení s komunitou a klient odchází.

2.3.5 Klientské funkce

Komunita si na týdenních nebo měsíčních hodnotících skupinách volí mezi sebou tři funkce, které potom zastávají tři klienti.

2.3.5.1 Šípek

Je to šéf komunity. Má na starosti rozdělování prací souvisejících s chodem komunity, komunitní automobily, rozdělování a kontrolu rajonů, zamykání a kontrolu budovy, kontrolu pracoviště, zařízení potřebného nářadí, svolává na určitou hodinu klienty a terapeutů ke společným aktivitám (jídlo, skupiny a podobně).

2.3.5.2 Žolík

Skupina volí mezi klienty druhých fází jednoho, který dostane na týden pravomoci třetí fáze. Takto klient s projevenou důvěrou si může vyzkoušet kompetence a povinnosti vyšší fáze.

2.3.5.3 Čmelák

Čmeláka volí komunita jako mimořádné ocenění pro jednoho s klientů. Může to být zvládnutá náročná situace, ocenění za výkony, za posuny a podobně.

Dále existují nevolené funkce, které se mezi klienty střídají. Jedná se například o službu v kuchyni, pomocníka v kuchyni, organizace a dozor nad osobním volnem, čtení pravidla na skupině a podobně.

2.3.6 Klientské zodpovědnosti

Každý klient od druhé fáze si vybírá určitý úsek komunity, který má na starost. Je odpovědný za jeho chod, údržbu a případná vylepšení. Tento úsek se stává takzvaně jeho zodpovědností. Pokud si tuto odpovědnost neplní jak má, potom mu není umožněno jet na vycházku. To kontroluje určitý terapeut vždy do daného dne v týdnu. Takto je rozdělená celá budova komunity včetně zahrady. Klient se o svůj úsek stará v osobním volnu. Příklady zodpovědností:

1. Kovárna, dílna
2. Terasa
3. Komunitní místnost
4. Jízdní kola
5. Hala
6. Kuchyň
7. Technické zařízení
8. Trávník
9. Zahrádka
10. Kytky na oknech
11. Ovocné stromy

A mnoho dalších.

2.3.7 Terapeutický tým

Složení terapeutického týmu v terapeutické komunitě je samo o sobě velmi specifické a má zásadní význam. Tým musí být stabilní, flexibilní, vzdělaný, musí umět klienty motivovat, stanovit pevné hranice v relativně demokratickém prostředí, jeho členové musí věřit v úzdravnost a musí být přesvědčení o smysluplnosti systému. Musí mezi sebou dobře komunikovat a být zaměřeni na klientův prospěch.

Pracovník v terapeutické komunitě by měl splňovat následující požadavky:

1. Integrovaný ve světě
2. Mít životní zkušenosti
3. Jasně si uvědomovat svou roli
4. Dokázat respektovat odlišnosti
5. Umět naslouchat
6. Přirozeně komunikovat
7. Spolupracovat s týmem
8. Dokázat revidovat svoje názory
9. Schopný a ochotný se dále rozvíjet

10. Snášet tlak, který je na něj vyvíjen (ataky klientů, projekce, přenosy, přilnutí atd.)

V současné době je složení terapeutického týmu TK Krok následující:

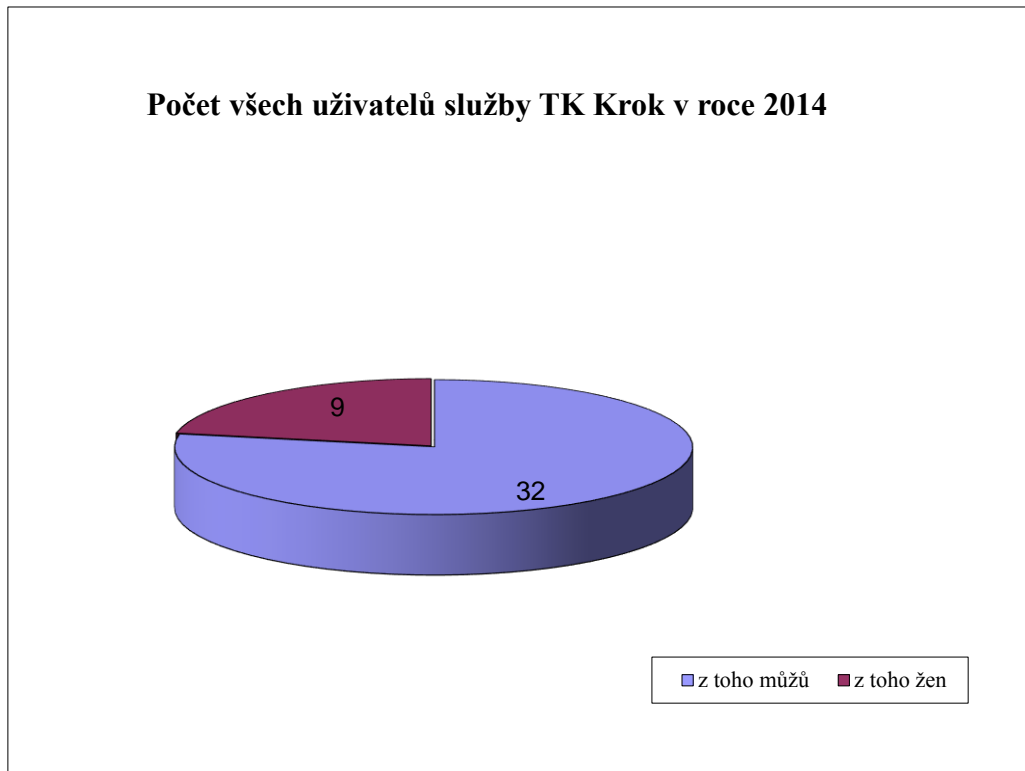
1. Hlavní terapeut
2. Tři psychoterapeuti
3. Tři pracovní terapeuti (jeden z nich je bývalý klient (ex-user))
4. Psychoterapeut pro PNP
5. Sociální pracovník

Dále ředitelka, externí lektor – kovář, externí lektorka – švadlena, účetní.

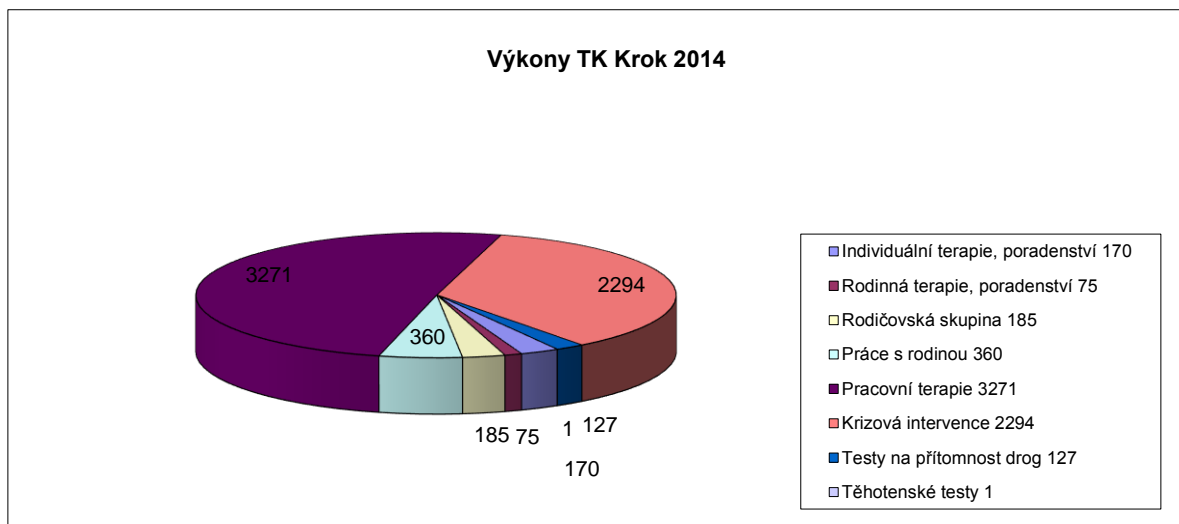
V TK Krok má tým jednou za čtrnáct dnů terapeutickou poradou, jednou za měsíc provozní poradou. Každé tři měsíce supervizi a týmové setkání.

Každý zájemce o práci v TK Krok musí absolvovat asi hodinový pohovor s hlavním terapeutem, potom je ze zájemců o místo vybráno několik, kteří absolvují postupně týdenní stáž, tedy pobyt v roli klienta se všemi aspekty komunitního režimu. Takto je budoucí pracovník poznán do té míry, aby bylo jasné, zda je pro práci v komunitě osobnostně, motivačně atd. vhodný. Hlavní terapeut potom spolu s týmem rozhoduje o případném přijetí

pracovníka.



Obrázek 1: Počet všech uživatelů služby TK Krok v roce 2014



Obrázek 2: Výkony TK Krok 2014

2.3.8 PNP – Program následné péče

Program následné péče funguje od roku 2002 a jeho posláním je následné znovuzачlenění klientů do života společnosti. PNP funguje jako přechodový můstek mezi komunitou a běžnou společností. Poskytuje klientům oporu ve zranitelném období těsně po ukončení léčby.

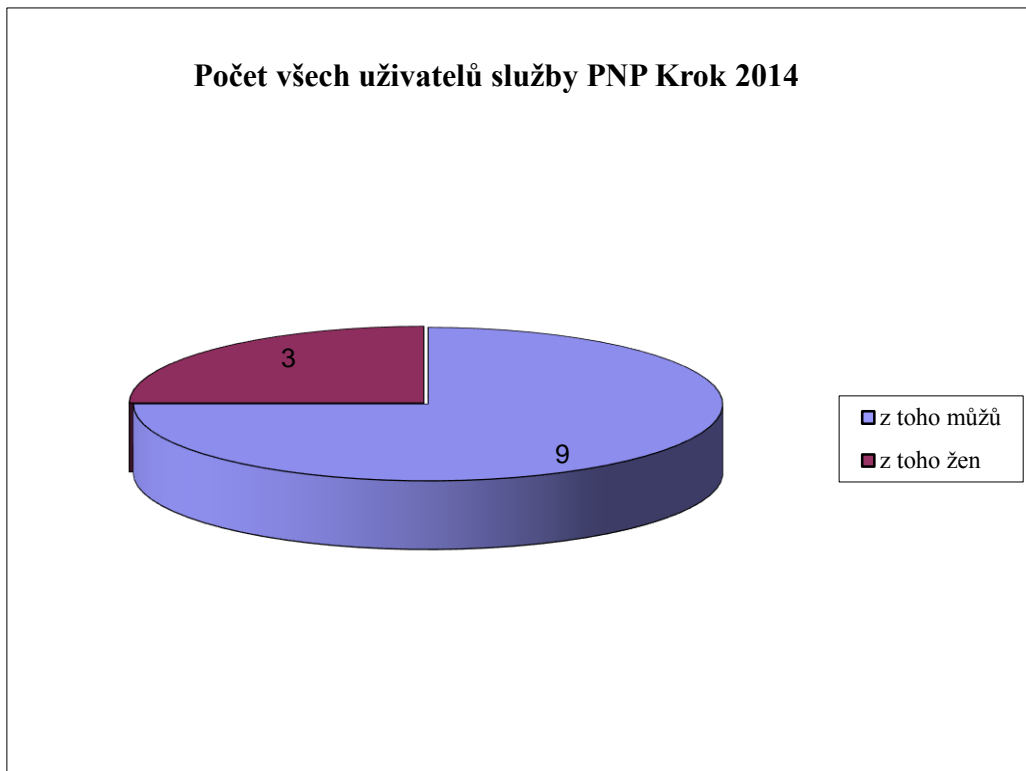
Do programu se mohou zapojit osoby starší patnácti let, závislé na návykových látkách, nebo automatech, které absolvovaly minimálně tříměsíční rezidenční léčbu závislosti. Chtějí abstinovat, začlenit se zpět do společnosti a pracovat, nebo studovat. Mají zájem o podporu a pomoc při přechodu do běžného života bez drog.

Program trvá přibližně půl roku a nabízí klientům podporované bydlení a sociálně-terapeutické činnosti. V rámci podporovaného bydlení je klientům za zvýhodněnou cenu poskytnuto ubytování v zařízeném bytě. Klienti se sami starají o domácnost a vykonávají samoobslužné činnosti jako úklid, vření, žehlení, praní a podobně.

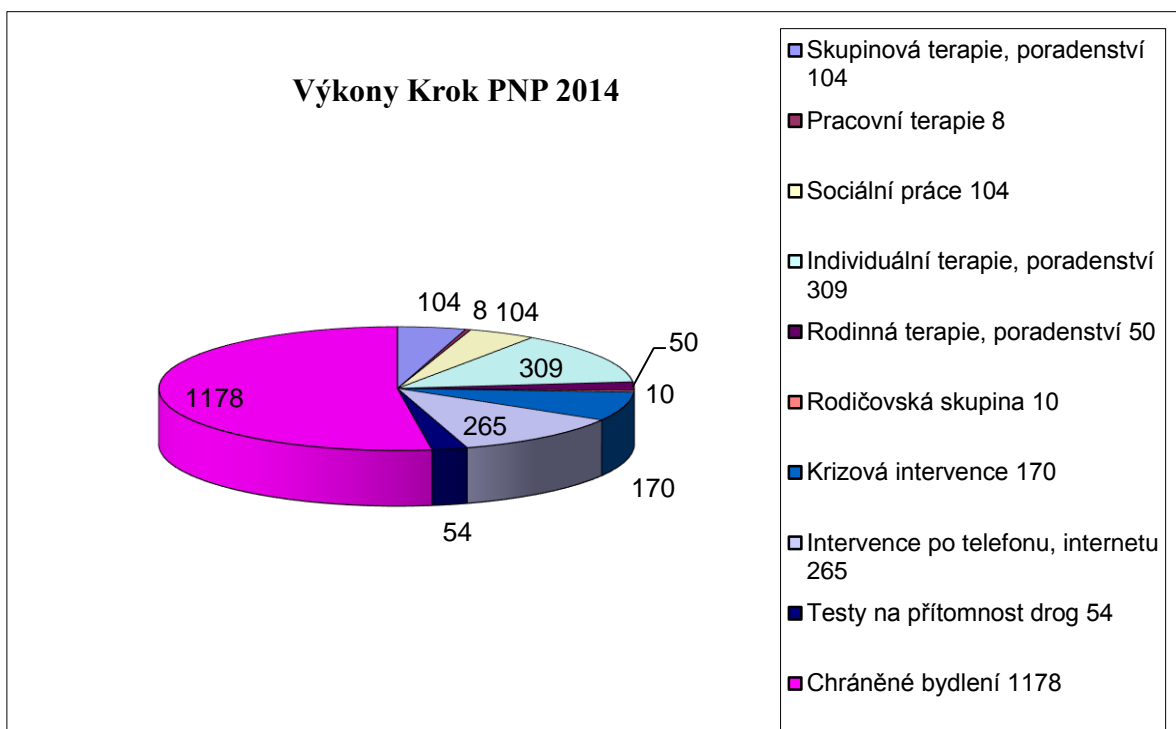
Klienti se v rámci programu dvakrát týdně účastní skupinové terapie pod vedením terapeuta a dle potřeb mají možnost využít individuální terapii. Na skupinových setkáních řeší své aktuální problémy, sdílí své pracovní i osobní úspěchy a neúspěchy s ostatními klienty programu. V případě potřeby je jim poskytnuta podpora a pomoc při hledání zaměstnání. Klienti se také mohou zúčastnit párové terapie. V rámci individuální terapie pomáhá terapeut klientovi stanovovat reálné cíle a podporuje ho v jejich naplňování.

Díky službám PNP si klienti vyzkouší samostatnou péči o domácnost, hospodaření s financemi, rozvržení dne – skloubení pracovních činností a osobního volna. Mají možnost realizace dovedností, které získali v komunitě a ověří si svoji abstinenci.

Významným faktem je, že všechny tyto činnosti se dějí za podpory terapeutů, čímž se snižuje riziko relapsu klienta.



Obrázek 3: Počet všech uživatelů služby PNP Krok 2014



Obrázek 4: Výkony Krok PNP 2014

2.4 Dílčí závěr

Drogová závislost má mnoho podob, stejně tak existuje mnoho způsobů, jak se závislími pracovat na cestě k jejich abstinenci. Pro středně těžké a těžké závislosti je velmi účinným nástrojem terapeutická komunita. Ta však předpokládá motivovaného spolupracujícího klienta. Pokud je vhodně použita předcházející škála služeb, která začíná u streetworkrů a končí detoxikací klienta a která nástupu do komunity zpravidla předchází, může do terapeutické komunity takový klient vstupovat. Existuje potom reálná možnost, že klient svou závislost dokáže zvládnout a zařadit se zpět do společnosti a prožít zbytek svého života plnohodnotně jako šťastný a spokojený člověk.

3 TEORIE SOCIÁLNÍCH VAZEB

Teorii sociálních vazeb použijí pro stanovení parametrů, pomocí kterých srovnám kvalitu života drogově závislých, kteří svou závislost nedostali pod kontrolu a těch, kteří svou závislost dokázali ovládnout.

3.1 Úvod do teorie sociálních vazeb

Velká většina teorií deviantního chování se snaží odpovědět na otázku „proč se lidé dopouštějí deviantního chování“. Takto položená otázka je důsledkem představy, že společenská povaha člověka je dostatečným vysvětlením pro silnou tendenci člověka chovat se konformně. Jak je uvedeno v souvislosti se symbolickým interakcionismem, může to probíhat tak, že v průběhu socializace přijímá jedinec očekávání druhých, kteří mu tak zprostředkovávají normy platné ve společnosti. Z tohoto pohledu by se tedy zdálo, že člověk se dopustí deviantního chování hlavně pod určitým vnějším tlakem – a povaha tohoto vnějšího tlaku se liší podle různých teoretických rámců, v nichž jsou teorie deviantního chování vypracovány (jednou z možností je strukturální tlak popsáný Mertonem). Sociolog a kriminolog Travis Hirschi je však autorem teorie, která vychází ze zcela jiné antropologie neboli představy člověka. Člověk není svou přirozeností nastaven k samozřejmému akceptování norem, ale pouze k co nejsnazšímu a nejefektivnějšímu dosahování cílů. Člověk je racionální aktér. To, co potřebuje vysvětlení je, proč jedná konformně, tedy proč tak často volí strategie odpovídající normám a nikoliv nejsnazšímu uspokojení vlastních zájmů. Hirschi poukazuje na to, že „zájem“ není pevně daný, ale utváří se v závislosti na existenci vazeb člověka ke konvenční společnosti. Pro člověka, který k ní má silné a početné vazby, je deviantní chování silně nevýhodné – není v jeho zájmu. Naopak člověk tyto vazby postrádající se neobává, že by narušením norem chránících blahobyt ostatních utrpěl podstatnější škodu – postrádá tedy základní mechanismus kontrolující jeho chování. Hirschi rozlišuje čtyři typy sociálních vazeb jedince ke konvenční společnosti. Jsou to citové pouto, závazky, účast a hodnoty.

3.2 Základní pojmy

3.2.1 Citové pouto (attachment)

Člověk emotivně prožívá postoje druhých k sobě. Pozitivně prožívá souhlasné postoje a negativně postoje nesouhlasné. Nemusí jít o postoje projevené navenek, tedy stačí, když je si dotyčný vědom, že okolí postoje souhlasné nebo nesouhlasné prožívá. Právě toto je mechanismus socializace skrze internalizaci postojů (významných) druhých. Porušit normu vlastně znamená překonat připoutání plynoucí z těchto mechanismů, tedy „zatvrdit se“ proti prožívání ostatních. Role připoutání je v tom, že deviantní chování přináší jedinci emoční nepohodlí.

3.2.2 Závazky (commitment)

Jestliže citové pouto představuje emotivní aspekt vazby ke společnosti, pak závazky se vztahují k její racionální, kalkulované stránce. Spočívá v tom, že člověk do konvenčních aktivit vyžadujících chování odpovídající normám již nějakým způsobem v minulosti „investoval“, například energii, čas, peníze, prestiž. Role závazků je v tom, že při racionální kalkulaci zájmů vychází deviantní chování jako nevýhodné.

Předpokládá to ovšem, že si je těchto rozvětvených následků svého chování vědom. A předpokládá to také, že přínos společenských vazeb skutečně existuje, tedy že společnost je uspořádána tak, aby se konformní jednání při běžně se vyskytujícím investování „vyplácelo“. Statky a oprávnění, které společnost umožňuje jedincům získávat, jsou tedy jakousi její pojistkou.

3.2.3 Účast (involvement)

Tento druh vazeb znamená „vytížení“ konvenčními aktivitami. Člověk, který je zapojen do konvenčních aktivit bude mít mnohem méně energie, času, prostředků, aby je investoval do deviantní činnosti. Je pod tlakem schůzek, termínů, plánů. To je také důvod proč preventivní i resocializační programy kladou takový důraz na zapojení do volnočasových aktivit.

3.2.4 Hodnoty (belief)

Lidé ve společnosti obvykle sdílí určitou sadu hodnot a norem. To, že se lidé v různých skupinách liší normami, které uznávají, například teenageři z nižších vrstev a mladí příslušníci elit, není nic, co by stálo za vysvětlení. Pro Hirschiho je otázka deviantního chování aktuální až tam, kde člověk jedná v rozporu s normami skupiny, ke které se hlásí. Problémem je tedy deviantní chování vzhledem k normám skupiny, do níž byl člověk socializován. Jednou možností je to, že hodnoty a normy nemají žádnou kauzální sílu při vysvětlení lidského chování. Druhou možností by bylo, že hodnoty a normy mají silnou motivační úlohu, ale tu je možné neutralizovat pomocí racionalizací. Racionalizace je reinterpretace významu určitého chování tak, aby nebylo v neudržitelném rozporu s normou. Díky racionalizaci může aktér dále uznávat normu i jednání, které ji porušuje. Hirschi navrhuje přijmout jednoduché třetí tvrzení, že lidé zkrátka nezastávají stejně silně tytéž hodnoty. Vlastnictví může být pro někoho naprosto nedotknutelné, pro jiného je podmíněčné, pro jiného je přímo „každé vlastnictví krádež“. Tito lidé budou normu „nepokradeš“ považovat za nestejně závaznou; shodnou se v tom, že krádež je špatná, ale ne v tom jak moc je špatná. Racionalizace nejsou nutně třeba. Platí, že ve společnosti může platit stejná sada norem a hodnot, ale lidé se různí v tom, nakolik považují tyto normy a hodnoty za závazné.

3.3 Vztah teorie sociálních vazeb k tématu závislosti

Hirschiho teorie sociálních vazeb je postavená na tom, že neformální sociální kontrola potlačuje, nebo působí jako předpoklad zločinného chování. Teorie zdůrazňuje vztah mezi institucemi jako škola a rodina, které vychovávají dítě, a mezi přesvědčeními v sociální pravidla omezující formy delikventního chování, přičemž náboženství jako neformální sociální kontrola má nejasný vliv na toto chování.

Tato teorie se také zabývá efekty indikátorů sociální vazby na tři formy deviace – drobná delikvence, užití drog a násilí. Výsledky naznačují, že vliv sociální vazby na různé formy deviantního chování se mění s tím, jak se mění věk adolescenta. Tradiční prvky sociální vazby (vztah ke škole, k rodině) jsou významně spojeny k mnohým formám deviace napříč vývojovými fázemi.

Úhel pohledu, který tato teorie nabízí na deviantní chování, je tedy unikátní tím, že umožňuje stanovit jednotlivé parametry, jednotlivé konkrétní vazby na společnost, které vychází

z možnosti uspokojování jednotlivých zájmů - potřeb a zkoumat jejich hodnotu na předpokládané stupnici. Především však umožňuje jejich kvantitativní srovnání, přičemž nám nechává prostor pro vlastní interpretaci zjištěných diferencí a to z pohledu buď nenaplnění dané potřeby konvenčním způsobem, nebo její ztráty a nepotřebností jejího naplňování. Nelze nevízt v úvahu typickou změnu hodnotového žebříčku u závislých spojenou s prioritou uspokojení chuti na drogu, která tím dostává přednost před jinými potřebami.

3.4 Vymezení zkoumaných parametrů

Na základě Hirschiho Teorie sociálních vazeb byly stanoveny následující parametry, které budou srovnávány, přičemž klient je hodnotí na stupnici 1 - 5.

1. Práce, škola
2. Finanční situace
3. Právní oblast
4. Bydlení
5. Vztahy s rodinou
6. Intimní vztahy
7. Přátelé, lidé obecně
8. Zdraví
9. Duševní pohoda
10. Zájmy, volný čas

S těmito parametry bude dále pracováno v praktické části. Dotazník První kontakt byl vytvářen v souladu s touto teorií a tyto parametry obsahuje.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

Cílem empirické části je provést výzkum a analýzu vybraných kvalitativních ukazatelů tj. zachytit a srovnat celkovou kvalitativní úroveň života závislých, rozdělených dle míry zvládnutí závislosti do tří skupin, jejich srovnání a učinění závěru.

4.1 Výzkumný problém, hypotéza a cíle empirického šetření

Z teoretické části, stejně tak z použité literatury jasně vyplývá, že závislost na návykových látkách člověka mění. Mění ho tak, jak droga postupuje jeho žebříčkem hodnot směrem vzhůru a odsunuje dříve důležité věci směrem pod ni. Je patrné, že zachycení vybraných parametrů a jejich srovnání, tak jak je klient subjektivně vnímá, bude mít vypovídající hodnotu o změnách, které klient prodělává v cestě, kterou postupuje při zvládnutí své závislosti a po jejím zvládnutí.

4.1.1 Výzkumný problém

V rámci empirické části se bakalářská práce zaměřuje na srovnání kvality života lidí závislých na drogách, v závislosti na úrovni zvládnutí závislosti, přičemž zkoumá hodnoty jednotlivých aspektů, které jsou určeny za pomoci Teorie sociálních vazeb. Ke srovnání kvality života použije tedy zprůměrování a srovnání jednotlivých aspektů.

Tyto aspekty byly určeny v teoretické části a jsou to:

1. Práce, škola
2. Finanční situace
3. Právní oblast
4. Bydlení
5. Vztahy s rodinou
6. Intimní vztahy
7. Přátelé, lidé obecně
8. Zdraví
9. Duševní pohoda
10. Zájmy, volný čas

4.1.2 Hypotéza

Předpokládám, že postupující zvládání závislosti a její zvládnutí se projeví na subjektivně vnímaných hodnotách měřených aspektů, jejich hodnoty budou nižší, přičemž vyšší číslo znamená větší problém. Zároveň předpokládám, že rozdíl mezi neabstinujícími závislými a abstinujícími závislými v léčbě TK Krok bude vyšší, než rozdíl mezi abstinujícími závislými v léčbě TK Krok a abstinujícími závislými rok po léčbě. Můj předpoklad se odvíjí od skutečnosti vyplývající se zkušenosti, že léčba, především její začátek je doprovázen euforií, která vychází z počátku zjištění, že abstinovat je možné a ze znovu rozpoznávání vlastních emocí. Naopak při začleňování se do běžné společnosti je klient konfrontován se zatížením svou minulostí. Jedná se především o nedůvěru okolí, zatížení dluhy, zpravidla nízké vzdělání, případná kriminální minulost a další.

Hypotézy byly vybrány na základě předpokladu, že zvládání závislosti bude mít vliv na míru vnímání problémů v jednotlivých aspektech a budou vyhodnoceny na základě zprůměrování hodnot jednotlivých aspektů pro jednotlivé vzorky a srovnány horizontálně mezi vzorky. Každý aspekt pro daný vzorek bude zprůměrován a tento průměr srovnán s průměrem stejného aspektu u ostatních vzorků.

Na základě interpretace teoretických znalostí a vlastních zkušeností stanovuji hypotézy takto:

4.1.2.1 Hypotéza č. 1

Lidé, kteří se nikdy neléčili, budou mít nejvyšší subjektivní hodnocení všech měřených aspektů.

4.1.2.2 Hypotéza č. 2

Lidé, kteří se aktuálně léčí v TK Krok, budou mít subjektivní hodnocení všech měřených aspektů nižší než lidé, kteří se nikdy neléčili a vyšší, než lidé déle než jeden rok po léčbě při zachování abstinence.

4.1.2.3 Hypotéza č. 3

Lidé, kteří řádně ukončili léčbu v TK Krok a abstinují nejméně jeden rok po jejím ukončení budou mít hodnoty všech měřených aspektů nejnižší.

4.1.2.4 Hypotéza č. 4

Rozdíl mezi lidmi neléčenými a lidmi v léčbě bude vyšší, než rozdíl mezi lidmi v léčbě a abstinujícími závislími rok po léčbě.

4.1.3 Cíle empirického šetření

Cílem empirického šetření se sebrat potřebná data pomocí dotazníků, sečtení hodnot jednotlivých aspektů, jejich průměrování a srovnání. Tomu předchází vypsání dat z dotazníků TK Krok a vytvoření vlastních dotazníků, které obsahují stejné otázky. Dále stanovení výzkumných vzorků a jejich kontaktování.

4.2 Struktura průzkumného vzorku

Jak bylo uvedeno výše všichni respondenti jsou lidé závislí na drogách a všichni se dostali ve svém životě v závislosti do bodu, kdy si uvědomili, že závislost nemají pod kontrolou. Všichni také kontaktovali TK Krok, čili projevíli zájem o léčbu. Dále byli všichni v době vyplnění dotazníku starší patnácti let, což je spodní hranice pro přijetí do léčby. Mezi respondenty není jinak ve věku nijak rozlišováno, rovněž není rozlišeno pohlaví, národnost, rasa, sexuální orientace, zdravotní stav a podobně. Dále není mezi respondenty nijak vybíráno a byli použiti všichni, kteří byli za dané časové období ochotni dotazník vyplnit. Jediné rozlišení, které vedlo k rozdělení do jednotlivých vzorků resp. kategorií je abstinence a její délka.

4.2.1 Vzorek 1

Jedná se o klienty, kteří projevíli zájem o léčbu v TK Krok a vyplnili dotazník První kontakt. Klienti buď již několik dnů abstinují – jsou pacienti detoxikačního centra, nebo žijí doma a drogy užívají a o léčbě teprve uvažují. Dotazník vyplňovali v TK Krok před pohovorem s hlavním terapeutem.

Tento vzorek obsahuje 168 respondentů.

4.2.2 Vzorek2

Jedná se o klienty v léčbě TK Krok, kteří v době vyplnění dotazníku byli minimálně ve druhé fázi a jezdí na vycházky. Účastní se programu komunity tj. pracují, účastní se chodu TK, jezdí na výlety a podobně. Dotazník vyplňovali v TK Krok ve svém osobním volnu.

Tento vzorek obsahuje 27 respondentů.

4.2.3 Vzorek 3

Jedná se o bývalé klienty TK Krok, kteří řádně ukončili léčbu a po léčbě abstinují minimálně jeden rok. Jsou zpravidla plně resocializovaní a žijí plnohodnotný život běžného občana společnosti. Dotazník vyplňovali v TK Krok při návštěvách Klubů abstinentů.

Tento vzorek obsahuje 47 respondentů.

4.3 Metody

V rámci empirické části bakalářské práce byla jako metoda vybrána kvantitativní metoda – dotazník. Výsledky výzkumu byly následně statisticky vyhodnoceny a srovnány. Tuto metodu jsem vybral především proto, že je používána v TK Krok, což mi umožnilo získat data od neabstinujících závislých a to za několik let. Dalším důvodem byla samotná vhodnost této metody z hlediska atributů, které vykazuje cílová skupina a v neposlední řadě její vhodnost k získání velkého množství srovnávaných dat.

Dotazník byl používán ve dvou variantách. První varianta byla daná, používaný dotazník v TK Krok – První kontakt -PI. Obsahuje výše zmíněné otázky a další data, která nejsou předmětem tohoto výzkumu. Druhá varianta obsahuje pouze vybrané otázky – Dotazník spokojenosti- PII. Dotazníky první varianty dává vyplňovat sociální pracovník TK Krok zájemcům o léčbu a dotazníky druhé varianty jsem dával k vyplnění já. Dotazníky tedy nebyly anonymní, v prvním případě zájemce o službu vyplňuje své jméno a ve druhém případě jméno požadováno není, ale existuje zde osobní znalost. Samotné vyplnění dotazníků probíhalo vždy v TK Krok při prvním kontaktu, v režimu léčby a při návštěvách Klubu abstinentů.

Před vyplněním dotazníků v léčbě a na Klubu abstinentů bylo respondentům osobně vysvětleno, proč dotazník vyplňují a bylo dobrovolné. Probíhalo vždy pouze v mé přítomnosti.

Dotazníky budou analyzovány prostým zprůměrováním. Každý aspekt pro daný vzorek bude zprůměrován a tento průměr srovnán s průměrem stejného aspektu u ostatních vzorků.

4.3.1 Metoda použitá u průzkumného vzorku 1

Tento průzkumný vzorek vyplnil dotazník První kontakt - PI, ze kterého bylo vybráno hodnocení následujících aspektů:

Vyjádřete Vaši současnou spokojenost s uvedenými oblastmi na stupnici 1 – 5:

(1 – bez problémů, 2 – mírné, zvládnutelné problémy, 3 – vážné problémy, 4 – velmi vážné problémy, 5 – nemůže to být horší)

1. Práce, škola
2. Finanční situace
3. Právní oblast
4. Bydlení
5. Vztahy s rodinou
6. Intimní vztahy
7. Přátelé, lidé obecně
8. Zdraví
9. Duševní pohoda
10. Zájmy, volný čas

4.3.2 Metoda použitá u průzkumného vzorku 2 a 3

Tyto průzkumné vzorky odpovídaly pouze na následující otázky, které jsou stejné jako v dotazníku První kontakt. Takto vznikl Dotazník spokojenosti - PII.

Vyjádřete Vaši současnou spokojenost s uvedenými oblastmi na stupnici 1 – 5:

(1 – bez problémů, 2 – mírné, zvládnutelné problémy, 3 – vážné problémy, 4 – velmi vážné problémy, 5 – nemůže to být horší)

1. Práce, škola
2. Finanční situace

3. Právní oblast
4. Bydlení
5. Vztahy s rodinou
6. Intimní vztahy
7. Přátelé, lidé obecně
8. Zdraví
9. Duševní pohoda
10. Zájmy, volný čas

4.4 Výsledky

4.4.1 Výsledky u vzorku 1

Tabulka 1: Výsledky u vzorku 1

<i>Hodnocený aspekt</i>	<i>Průměr hodnocení</i>
<i>Práce, škola</i>	3,4
<i>Finanční situace</i>	3,9
<i>Právní oblast</i>	3,3
<i>Bydlení</i>	3,7
<i>Vztahy s rodinou</i>	3,9
<i>Intimní vztahy</i>	2,6
<i>Přátelé, lidé obecně</i>	2,8
<i>Zdraví</i>	2,9
<i>Duševní pohoda</i>	3,8
<i>Zájmy, volný čas</i>	3,9

4.4.2 Výsledky u vzorku 2

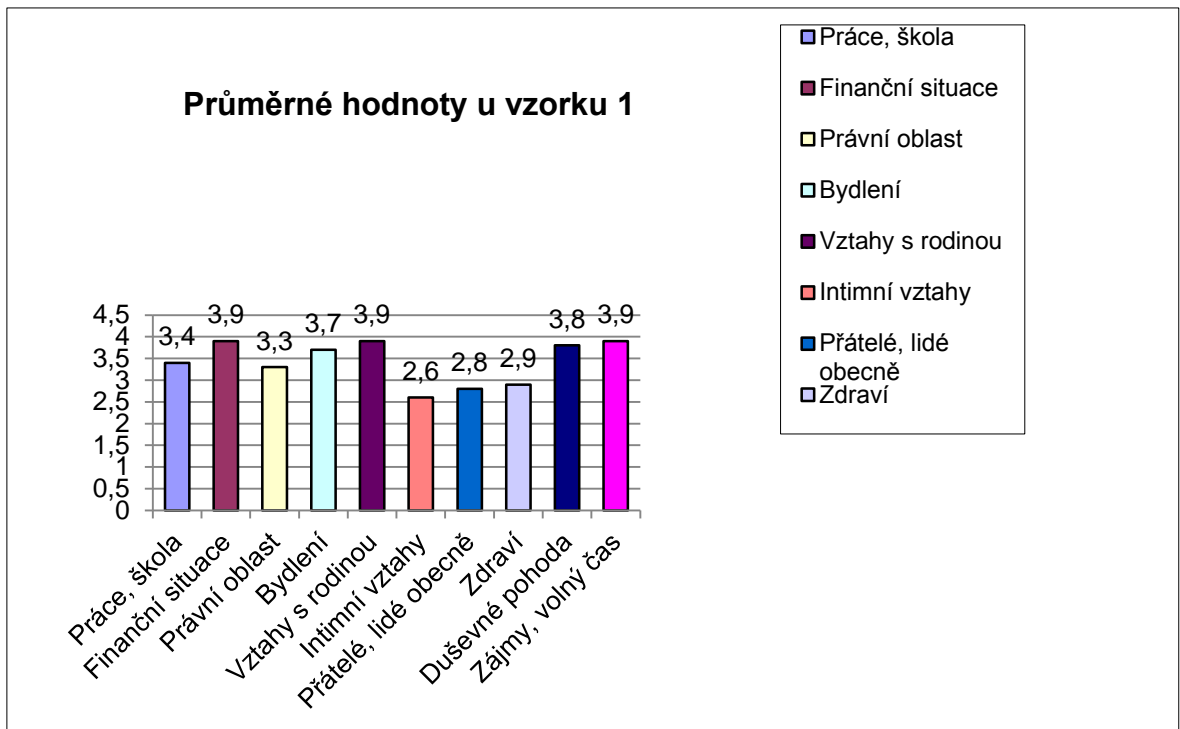
Tabulka 2: Výsledky u vzorku 2

<i>Hodnocený aspekt</i>	<i>Průměr hodnocení</i>
<i>Práce, škola</i>	1,8
<i>Finanční situace</i>	1,6
<i>Právní oblast</i>	2,0
<i>Bydlení</i>	1,2
<i>Vztahy s rodinou</i>	1,6
<i>Intimní vztahy</i>	1,5
<i>Přátelé, lidé obecně</i>	1,4
<i>Zdraví</i>	1,6
<i>Duševní pohoda</i>	1,7
<i>Zájmy, volný čas</i>	1,9

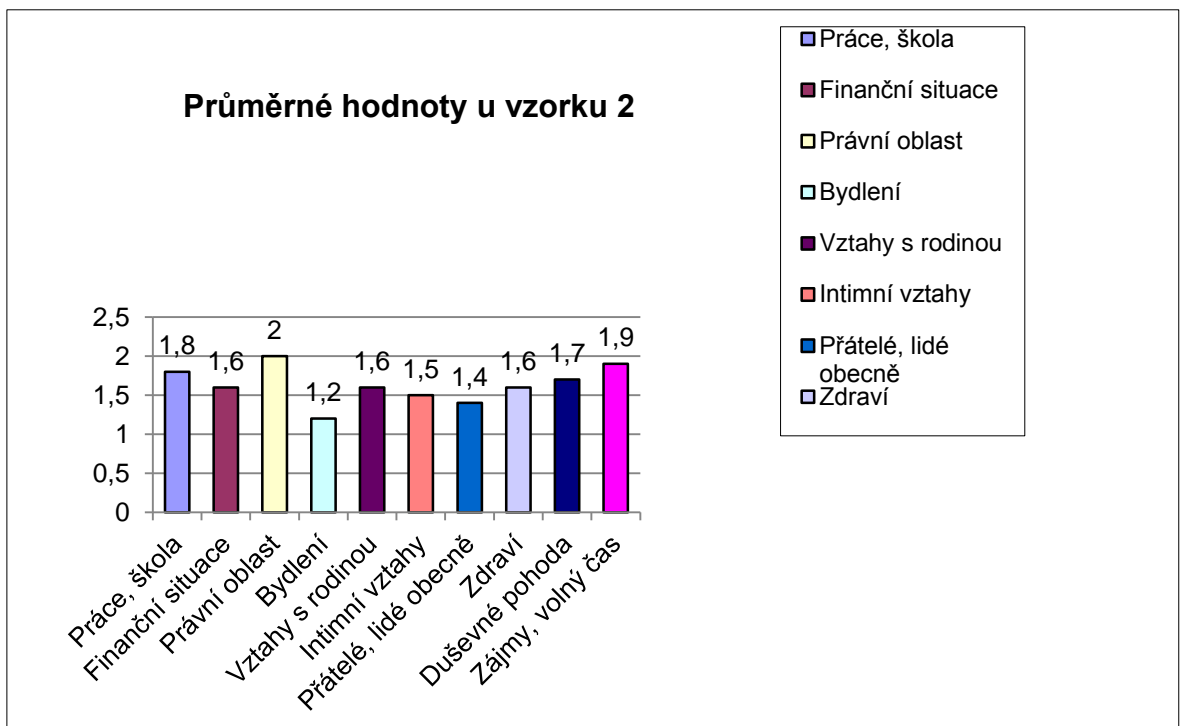
4.4.3 Výsledky u vzorku 3

Tabulka 3: Výsledky u vzorku 3

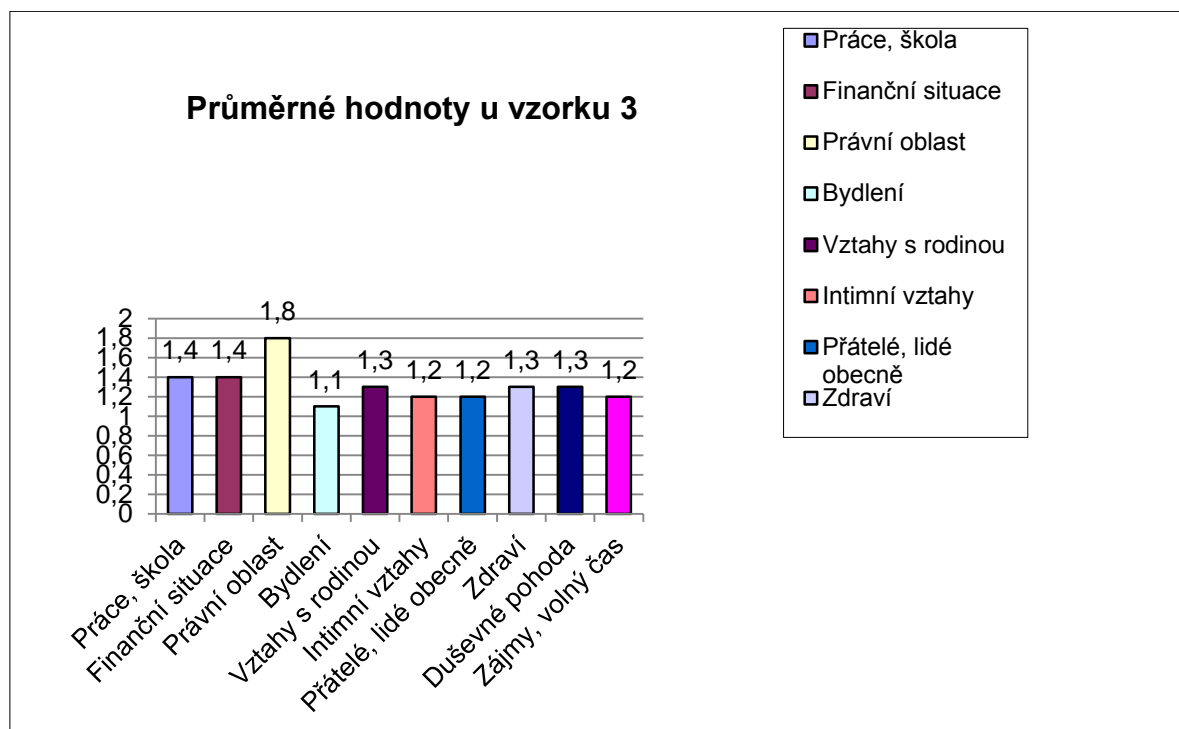
<i>Hodnocený aspekt</i>	<i>Průměr hodnocení</i>
<i>Práce, škola</i>	1,4
<i>Finanční situace</i>	1,4
<i>Právní oblast</i>	1,8
<i>Bydlení</i>	1,1
<i>Vztahy s rodinou</i>	1,3
<i>Intimní vztahy</i>	1,2
<i>Přátelé, lidé obecně</i>	1,2
<i>Zdraví</i>	1,3
<i>Duševní pohoda</i>	1,3
<i>Zájmy, volný čas</i>	1,2



Obrázek 5: Průměrné hodnoty u vzorku 1



Obrázek 6: Průměrné hodnoty u vzorku 2

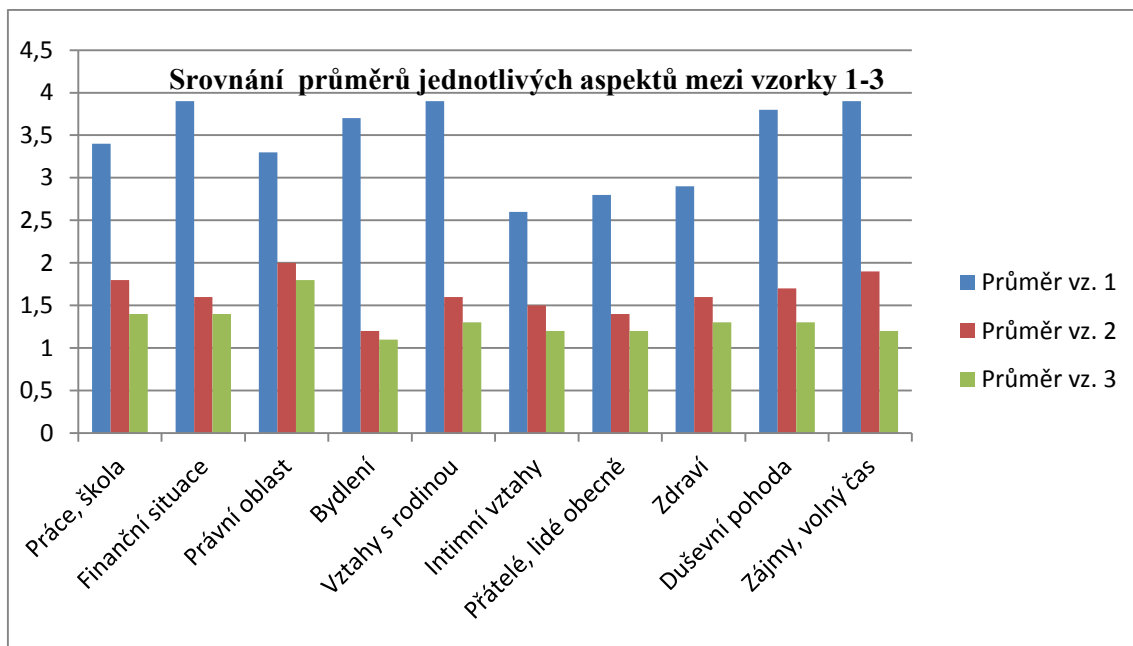


Obrázek 7: Průměrné hodnoty u vzorku 3

4.4.4 Porovnání výsledků

Tabulka 4: Porovnání průměrných výsledků

<i>Hodnocený aspekt</i>	<i>Průměr vz. 1</i>	<i>Průměr vz. 2</i>	<i>Průměr vz. 3</i>
<i>Práce, škola</i>	3,4	1,8	1,4
<i>Finanční situace</i>	3,9	1,6	1,4
<i>Právní oblast</i>	3,3	2,0	1,8
<i>Bydlení</i>	3,7	1,2	1,1
<i>Vztahy s rodinou</i>	3,9	1,6	1,3
<i>Intimní vztahy</i>	2,6	1,5	1,2
<i>Přátelé, lidé obecně</i>	2,8	1,4	1,2
<i>Zdraví</i>	2,9	1,6	1,3
<i>Duševní pohoda</i>	3,8	1,7	1,3
<i>Zájmy, volný čas</i>	3,9	1,9	1,2



Obrázek 8: Srovnání průměrů jednotlivých aspektů mezi vzorky 1-3

Tabulka 5: Rozdíl hodnocení mezi vzorky a jeho srovnání

<i>Hodnocený aspekt</i>	Vz.1-Vz.2	< nebo >	Vz.2-Vz.3
<i>Práce, škola</i>	1,6	>	0,4
<i>Finanční situace</i>	2,3	>	0,2
<i>Právní oblast</i>	1,3	>	0,2
<i>Bydlení</i>	2,5	>	0,1
<i>Vztahy s rodinou</i>	2,3	>	0,3
<i>Intimní vztahy</i>	1,1	>	0,3
<i>Přátelé, lidé obecně</i>	1,4	>	0,2
<i>Zdraví</i>	1,3	>	0,3
<i>Duševní pohoda</i>	2,1	>	0,4
<i>Zájmy, volný čas</i>	2	>	0,7

4.4.5 Hodnocení výsledků

4.4.5.1 Hodnocení hypotézy č. 1

Hypotéza č. 1

Lidé, kteří se nikdy neléčili, budou mít nejvyšší subjektivní hodnocení všech měřených aspektů.

Podle výsledků výzkumu je **hypotéza potvrzena**.

4.4.5.2 Hodnocení hypotézy č. 2

Hypotéza č. 2

Lidé, kteří se aktuálně léčí v TK Krok, budou mít subjektivní hodnocení všech měřených aspektů nižší než lidé, kteří se nikdy neléčili a vyšší, než lidé déle než jeden rok po léčbě při zachování abstinence.

Podle výsledků výzkumu je **hypotéza potvrzena**.

4.4.5.3 Hodnocení hypotézy č. 3

Hypotéza č. 3

Lidé, kteří řádně ukončili léčbu v TK Krok a abstinují nejméně jeden rok po jejím ukončení budou mít hodnoty všech měřených aspektů nejnižší.

Podle výsledků výzkumu je **hypotéza potvrzena**.

4.4.5.4 Hodnocení hypotézy č. 4

Hypotéza č. 4

Rozdíl mezi lidmi neléčenými a lidmi v léčbě bude vyšší, než rozdíl mezi lidmi v léčbě a abstinujícími závislými rok po léčbě.

Podle výsledků výzkumu je **hypotéza potvrzena**.

4.5 Závěr a doporučení

Z výsledků výzkumu zpracovaného v empirické části je patrné, že lidé, kteří se učí zvládat svou závislost a lidé, kteří tuto závislost dokázali zvládnout v TK Krok, vnímají problémy v měřených aspektech jako menší, než lidé, kteří své závislosti podléhají, ale dospěli do bodu, kdy si uvědomili, že sami ji zvládnout nejsou schopni.

Výzkum ukázal, že závislí lidé, kteří se nikdy neléčili, vnímají ve všech zkoumaných aspektech výrazně vyšší problémy, než lidé, kteří s léčbou úspěšně začali a jsou s ní zhruba v polovině. Tento rozdíl je nejvyšší ze všech měřených rozdílů. Relativně značná diference ve vnímání míry problémů měřených aspektů mezi zkoumanými aktivními narkomany a mezi abstinujícími v léčbě TK Krok, ukazuje na výrazný rozdíl v subjektivně vnímané kvalitě života mezi těmito dvěma zkoumanými skupinami, respektive vzorky. Výzkum rovněž potvrdil, že pokračující abstinence u závislých tento trend nadále prohlubuje a míra subjektivně vnímaných problémů v daných aspektech života se nadále snižuje. Závislí tedy sami posuzují z hlediska vybraných aspektů svůj život jako méně problematický a lepší, než v minulosti.

Z tohoto pohledu můžeme konstatovat, že léčba v TK Krok a následná abstinence má pozitivní dopad na subjektivní vnímání kvality jejich života.

Výzkum dokázal, že život abstinenta je závislým subjektivně vnímán jako život s menší mírou problémů v měřených aspektech a že terapeutická komunita je zařízením, kde se této změny dá dosáhnout. Z tohoto pohledu se léčba v terapeutické komunitě a následná abstinence jeví jako vhodná pro závislé usilující o zvládnutí své závislosti a o pozitivní změny ve vnímání kvality svého života.

ZÁVĚR

Existuje nespočet odborné literatury a různých prací zabývajících se drogovou problematikou, příčinou závislosti a její léčbou. Zpravidla neprobíhají diskuze o škodlivosti užívání návykových látek, jelikož jejich objektivní dopad na závislého je neoddiskutovatelný. Tato práce se ve své empirické části zabývá subjektivním hodnocením vybraných aspektů, které mohou určit subjektivně vnímanou kvalitu života. Nedochozí zde tedy k hodnocení třetí osobou, ale člověk postupně zvládající svou závislost sám hodnotí jednotlivé aspekty a problémy, které vnímá a ty jsou s upevňující se abstinencí vnímány jako stále menší a menší. Z výsledků je tedy patrné, že člověk, který svou závislost zvládá, má problémů méně a tím je jeho život šťastnější a spokojenější. Není to tedy lékař nebo terapeut, který říká, že abstinujícímu závislému je lépe, že léčba v terapeutické komunitě a následná abstinence pozitivně ovlivní jeho život, ale jsou to sami závislí, kteří posuzují svůj život jako lepší a méně problematický.

A to je důvod, proč tato práce vznikla. Je to redukováná výpověď lidí, kteří si prošli peklem závislosti, je to výpověď o změně, která je možná a která stojí za namáhavou cestu, kterou závislý při své léčbě postupuje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BORNÍK, M., Drogy co bychom o nich měli vědět. Odbor prevence Ministerstva vnitra 2001 ISBN 80-85821-98-2
- ESCOHOTADO, A. Stručné dějiny drog. Praha: Volvox Globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8.
- HIRSHI, T., GOTTFREDSON, R. Positive Criminology Newbury Park, CA: Sage publications, 1987
- HIRSHI, T., GOTTFREDSON, R. A General Theory of Crime, Calif.: Stanford University Press, 1990
- ILLES, T. Děti a drogy. 2. vyd. Praha: Tira, 2002, s ISBN 80-85866-50-1
- TK Krok Interní dokumenty a manuály
- JILČIK, T., PLŠKOVÁ, A., ZAPLETAL, L. Sociální patologie. Brno: 2005
- KALINA, K., Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky 2003, ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, K. Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky 2003, ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, K. Drogy v ordinaci praktického lékaře. Praha: Lilia, 1997 ISBN 80-901966-5-9
- KALINA, K. Léčba Drogově závislých, Sborník "Drogy ze všech stran II", Institut FILIA, Praha, 2000, (v tisku)
- KOLEKTIV AUTORU OS SANANIM Drogy Otázky a odpovědi, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-223-2
- KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe, Praha 2007 ISBN 978-80-7106-937-9
- KOLEKTIV AUTORU, Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj, Praha 2004 ISBN 80-7106-876-4
- KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-383-3
- MATOUŠEK, O.: Ústavní péče. Praha, SLON 1995, ISBN 80-85850-76-1
- MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie pro sociální pedagogy. Brno: Bonny Pres 2003

- NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Praha, Psychiatrické centrum 1999, ISBN 80-85121-52-2
- NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 157 s. ISBN 80-717-8515-6
- NEŠPOR K, Doporučené diagnostické a léčebné postupy u poruch působených návykovými látkami, Určeno praktickým lékařům, zpracováno na základě požadavku České lékařské společnosti JEP, Praha, 2001
- NEŠPOR K. Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby, Praha Portál 2000, ISBN 80-7178-432-X
- NEŠPOR, K a kolektiv. Dotazník dle Tartera, Státní zdravotní ústav Praha 1998, ISBN 80-7071-106-X
- TERMINOLOGICKÝ SLOVNÍK Z OBLASTI ALKOHOLU A DROG. WHO. Psychiatrické centrum Praha 2000, ISBN 80-85121-08-5
- PRESL, J. Drogová závislost. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7
- POKORNÝ, V. a kol. Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a pedagogiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04
- SAK P., SAKOVÁ K. Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2004, 240 s. ISBN 80-86320-33-2
- SEKOT, A. Sociologie v kostce. Brno: Paido 2002. ISBN 80-7315-021-2
- ŠTÁBLOVÁ R. a kolektiv. Drogy, kriminalita a prevence. 1. vyd. Praha: Policejní akademie ČR, 1997, 214 s. ISBN 8085981-64-1
- URBAN, E. Toxikománie. Praha: Avicenum, 1973. 200 s. ISBN 08-073-73.
- www.mvcr.cz/soubor/akcni-plan-2013-2015-pdf.aspx
- <http://www.drogy-info.cz>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Atd. A tak dále

Atp. A tak podobně

Vz. Vzorek

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Počet všech uživatelů služby TK Krok v roce 2014	53
Obrázek 2: Výkony TK Krok 2014	53
Obrázek 3: Počet všech uživatelů služby PNP Krok 2014	55
Obrázek 4: Výkony Krok PNP 2014	55
Obrázek 5: Průměrné hodnoty u vzorku 1	70
Obrázek 6: Průměrné hodnoty u vzorku 2	70
Obrázek 7: Průměrné hodnoty u vzorku 3	71
Obrázek 8: Srovnání průměrů jednotlivých aspektů mezi vzorky 1-3	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výsledky u vzorku 1	67
Tabulka 2: Výsledky u vzorku 2	68
Tabulka 3: Výsledky u vzorku 3	69
Tabulka 4: Porovnání průměrných výsledků	72
Tabulka 5: Rozdíl hodnocení mezi vzorky a jeho srovnání.....	73

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: PRVNÍ KONTAKT

První kontakt

Prosíme Vás o sdělení informací, které jsou důvěrné a důležité pro naši spolupráci.

Způsob kontaktování před osobní návštěvou (vepište prosím číslem počet kontaktů u jednotlivých forem): telefon: email

Jméno a příjmení **Datum narození**

Popište problém, který Vás přivádí:

.....
.....
.....

Kdo Vás dnes doprovází? matka otec partner/ka
 bratr/sestra sociální pracovník nikdo
 někdo jiný (doplňte)

Vyjádřete Vaši současnou spokojenost s uvedenými oblastmi na stupnici 1 – 5:

(1 – bez problémů, 2 – mírné, zvládnutelné problémy, 3 – vážné problémy, 4 – velmi vážné problémy, 5 – nemůže to být horší)

Práce, škola	1	2	3	4	5
Finanční situace	1	2	3	4	5
Právní oblast	1	2	3	4	5
Bydlení	1	2	3	4	5
Vztahy s rodinou	1	2	3	4	5
Intimní vztahy	1	2	3	4	5
Přátelé, lidé obecně	1	2	3	4	5
Zdraví	1	2	3	4	5
Duševní pohoda	1	2	3	4	5
Zájmy, volný čas	1	2	3	4	5

Vaše očekávání od dnešního setkání

.....
.....
.....

- otočte -

Předešlá řešení problému (pomoc, léčba):

.....

Na čí doporučení přicházíte?

.....

V následující části prosím doplňte informace, které se Vás aktuálně týkají:

Poslední ukončené vzdělání:

.....

Studium (kde):

.....

Přerušeni studia (kdy):

.....

Zaměstnání:

.....

Registrace na ÚP (kde):

.....

Soudní řízení

ANO

NE

Dluhy, finanční závazky:

ANO

NE

KONTAKT

Adresa

Mobilní telefon

Mám zájem o léčbu v Terapeutické komunitě Krok. Žádám o zařazení do pořadovníku zájemců o službu.

Datum:

Podpis

Děkujeme Vám za vyplnění.

Doporučení sociálního pracovníka, osobní cíl klienta:

podpůrný a motivační rozhovor

další osobní konzultace

pobyt v TK Krok

kontakt na jiné zařízení / sociální službu

.....

Zájemce byl v plném rozsahu informován o službách, které TK Krok poskytuje.

Předáno v tištěné podobě:

informace pro klienty

informace pro rodiče

Podpis sociálního pracovníka

PŘÍLOHA PII: HODNOTÍCÍ DOTAZNÍK

Hodnotící dotazník

Jste v současné době klientem TK Krok? ANO NE

Máte po ukončení léčby v TK Krok alespoň 1 rok? ANO NE

Abstinoval jste od nástupu do TK Krok až dosud? ANO NE

Vyjádřete Vaši současnou spokojenost s uvedenými oblastmi na stupnici 1 – 5:

(1 – bez problémů, 2 – mírné, zvládnutelné problémy, 3 – vážné problémy, 4 – velmi vážné problémy, 5 – nemůže to být horší)

Práce, škola	1	2	3	4	5
Finanční situace	1	2	3	4	5
Právní oblast	1	2	3	4	5
Bydlení	1	2	3	4	5
Vztahy s rodinou	1	2	3	4	5
Intimní vztahy	1	2	3	4	5
Přátelé, lidé obecně	1	2	3	4	5
Zdraví	1	2	3	4	5
Duševní pohoda	1	2	3	4	5
Zájmy, volný čas	1	2	3	4	5