

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Problematika terapeutické komunity pro drogově závislé
se zaměřením na rodinné prostředí klienta a spolupráci s rodinou
v terapeutické komunitě Bílá Voda**

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Gabriela Mahrová

Vypracovala:
Bc. Jarmila Vojáčková Kuncová

Brno 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika terapeutické komunity pro drogově závislé se zaměřením na rodinné prostředí klienta a spolupráci s rodinou v terapeutické komunitě Bílá Voda“ zpracovala samostatně a použila pouze literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 21.3. 2008

Bc. Jarmila Vojáčková Kuncová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Gabriele Mahrové za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Děkuji svojí rodině za pomoc, trpělivost a osobní podporu, kterou mi poskytovala a stále poskytuje.

Za všechno děkuji svým rodičům.

Děkuji svým přátelům a známým za poskytnutou podporu.

Obsah

Úvod

I. Teoretická část..... 1

1. Drogová závislost	1
1.1 Kritéria drogové závislosti	1
1.2 Účinky drog a rizika spojená s jejich užíváním.....	2
1.3 Vznik drogové závislosti	4
1.4 Prevence a léčba drogových závislostí	8
1.4.1 Primární prevence.....	9
1.4.2 Sekundární prevence.....	10
1.4.3 Terciární prevence	10
1.5 Léčba a sociální rehabilitace drogových závislostí.....	12
1.5.1 Ambulantní léčba.....	13
1.5.2 Denní stacionáře	13
1.5.3 Pobytová léčba detoxifikační, ústavní a rezidenční	13
1.5.4 Doléčovací a resocializační centra, chráněné bydlení	14
1.6 Dílčí závěr.....	15
1.7 Implikace pro výzkum	16
2. Rodina jako výchozí prostředí člověka.....	17
2.1 Definice rodiny	17
2.2 Funkce rodiny	18
2.3 Rodina jako nositel výchovy.....	22
2.4 Rodina a rozvoj závislosti.....	25
2.5 Situace v rodině s drogově závislým jedincem	27
2.6 Dílčí závěr.....	28
2.7 Implikace pro výzkum	30
3. Terapeutická komunita pro drogově závislé	31
3.1 Terapeutické faktory terapeutické komunity pro drogově závislé	31
3.2 Terapeutická komunita pro drogově závislé „FIDES“ Bílá Voda	35
3.2.1 Příjem do komunity.....	36
3.2.2 Fáze léčby.....	37
3.2.3 Pravidla a principy léčby.....	39
3.2.4 Výchovná a psychoterapeutická práce v komunitě	40
3.2.5 Pracovní terapie	41
3.2.6 Práce s rodinou	42
3.2.7 Sociální práce	42
3.3 Dílčí závěr.....	43
3.4 Implikace pro výzkum	43

II. Praktická část..... 44

1. Metodický postup.....	44
1.2 Metodika polostrukturovaného rozhovoru	45
1.3 Výzkumný soubor	46
1.4 Operacionalizace klíčových pojmů	47
1.4.1 Výzkumné implikace	47
1.4.2 Scénář rozhovoru	48
1.5 Pilotní studie	51
2. Interpretace výsledků šetření	53
2.1 Situace klientů terapeutické komunity před zahájením léčby	53
2.1.1 Průběh klientovy závislosti.....	53
2.1.2 Preventivní opatření	58
2.1.3 Druh léčby	59
2.2 Výchozí rodinné prostředí klienta, jeho vztahy k rodině před započatím léčby	60
2.2.1 Rodinné prostředí klienta	60
2.2.2 Výchovný styl klientovy rodiny.....	61
2.2.3 Původ klientovy závislosti.....	63
2.2.4 Charakteristika klientových vztahů k rodině před jeho vstupem do TK.....	64
2.3 Pobyt klienta v terapeutické komunitě a jeho vztahy ke členům rodiny před ukončením léčby	65
2.3.1 Průběh klientova pobytu v TK.....	65
2.3.2 Reakce klienta na požadavky TK.....	67
2.3.3 Vyrovnání se s výchovnými prvky TK	68
2.3.4 Spolupráce klientovy rodiny s TK	69
2.3.5 Změna klientova vztahu ke členům rodiny.....	70
Závěr.....	75
Kritická reflexe.....	78
Resumé.....	79
Anotace	80
Annotation	80
Literatura	81
Jiné zdroje	82
Elektronické dokumenty	82
Index	82
Seznam příloh.....	83

ÚVOD

Téma diplomové práce „Problematika terapeutické komunity pro drogově závislé se zaměřením na rodinné prostředí klienta a spolupráci s rodinou v terapeutické komunitě“ jsem zvolila na základě svého zájmu o rodinné prostředí klientů absolvujících léčbu drogové závislosti v terapeutické komunitě, který ve mně vyvolal studijní pobyt v terapeutické komunitě Bílá Voda. Při tomto pobytu jsem měla možnost se zúčastnit výchovného programu a pozorovat průběh pracovních, terapeutických a volnočasových aktivit. Moje rozhodnutí zabývat se touto problematikou podpořila vedoucí terapeutické komunity Bílá Voda projevením zájmu o externí ověření aplikovaného výchovného modelu. Během studijního pobytu jsem poznala, že komunita do značné míry, po určitou dobu, vlastně nahrazuje klientům rodinu. Člověk však potřebuje rodinu stále, ne pouze po určitou dobu. Ráda bych proto zjistila, zda výchovný model aplikovaný v terapeutické komunitě Bílá Voda ovlivní vztahy klienta k jeho původní rodině a zda se během léčby zlepší vztahy klientů k jejich rodinám, neboť se domnívám, že je to jeden z možných předpokladů zamezení recidivy drogové závislosti. Pro toto zjištění jsem zvolila formu přímých rozhovorů s klienty v léčbě terapeutické komunity. Mým cílem je zjistit, zda výchovné působení v terapeutické komunitě vyvolalo změnu ve vztahu klienta k jeho rodině.

Zvolené téma vyžaduje komplexní náhled společenských vědních oborů, proto se budu některými otázkami zabývat z pohledu psychologie, sociologie i pedagogiky. Tímto přístupem bych chtěla zdůraznit potřebu komplexního přístupu k problematice drogové závislosti v souvislosti s multidimenzionálností, která se promítá jak do jejího vzniku a rozvoje, tak léčby.

Pro naplnění stanoveného cíle jsem zvolila následující výzkumnou otázku: **„Co se změnilo ve vztahu klienta k jeho rodině během léčby v terapeutické komunitě Bílá Voda?“**

První část práce obsahuje pojmy, které byly vymezeny na základě dostupné literatury. Tato část práce je rozdělena do tří kapitol, každou z nich uzavírají implikace pro výzkum, které z textu vyplývají. Druhá část je věnována konkretizaci metodického postupu, výběru výzkumných jednotek a operacionalizaci, na kterou navazuje vlastní kvalitativní výzkum.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je rozdělena do tří kapitol, jejichž obsahem bude:

1. vymezení pojmů, týkajících se závislého jedince;
2. vymezení pojmů, týkajících se rodiny, jako výchozího prostředí jedince;
3. práce terapeutické komunity a pojmy s ní související.

1. Drogová závislost

Celospolečenské změny v posledních desetiletích vyvolaly také mnoho změn ve všech oblastech našeho běžného života, včetně nárůstu společensky nežádoucích jevů spolu se zneužíváním drog dětmi a mladistvými, které s sebou přináší závažné důsledky promítající se do společnosti. Snahy společnosti o zmírnění dopadu drogové závislosti na člověka a společnost vedly odborníky k budování co možná nejúčinnějších preventivních strategií, jejichž cílem je postihnout komplexně všechny oblasti prevence drogových závislostí.

1.1 Kritéria drogové závislosti

V Mezinárodní klasifikaci nemocí se uvádí, že při závislosti má pro jedince užívání nějaké látky přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Jako centrální charakteristiku onemocnění označuje touhu (často silnou a přemáhající) užívat psychoaktivní látku. Touhu užívat látku si jedinec uvědomuje, i když ji nemusí přiznávat a často se snaží užívání kontrolovat nebo i zastavit, ale většinou neúspěšně.¹

Pro diagnostikování závislosti je potřeba, aby byly v posledních 12 měsících přítomny alespoň tři z následujících příznaků:

„silná touha a nutkání užívat látku,

potíže v kontrole užívání látky,

užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků,

příznak tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení očekávaného stavu),

zanedbávání jiných zájmů a potěšení než užívání drogy,

¹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha, Portál, 2000, s. 152 ISBN 80-7178-432-X, str. 14 - 25

pokračování užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stavy, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.).“¹

Závislost se projevuje po vysazení drogy a promítá se jednak do oblasti tělesné, fyzické a do oblasti psychické. Soubor těchto fyzických a psychických odvykacích příznaků, které se vyskytují po vysazení návykové látky a typicky se vyskytují pohromadě, se používá označení abstinenční syndrom.

1.2 Účinky drog a rizika spojená s jejich užíváním

Pro léčbu klienta jsou významné účinky související s užíváním konkrétní drogy na lidský organismus a rizika spojená s jejich dlouhodobým užíváním, protože ukazují na případné zdravotní (fyzické a psychické) problémy spojené s jejím vysazením, které je potřeba zohlednit při stanovení léčby.

Drogou rozumíme jakoukoli přírodní či syntetickou látku vyvolávající touhu po jejím opakovaném užití, která působí na psychiku a ovlivňuje vnímání a prožívání reality. Drogy podle jejich složení dělíme do pěti skupin:

1 **Opiáty** (Heroin, Opium, Braun, Morfin, Kodein, Methadon, Subutex):

1.1 účinky - celkové zklidnění, uvolnění, příjemné pasivní prožívání okamžiku, únik od problémů běžného života;

1.2 rizika - rychlá tolerance vůči látce, fyzická závislost, vyhublost, nezáměr o okolní dění, v chování se projevuje bezmezná a obratná lhavost, egocentrismus.

2 **Stimulacia** (Pervitin, Amfetamin, Kokain, Crack, Extáze):

2.1 účinky - celková stimulace, odstranění únavy, pocit zvýšené fyzické a psychické výkonnosti, zrychlení, euforie, zvýšená empatie, uvolnění zábran, podnikavost se zvýšeným sebevědomím, ztráta chuti k jídlu;

2.2 rizika - projevy paranoidního či paranoidně-halucinatorního syndromu, tzv. „stíha“ – v okolí se děje něco divného, psychosomatické vyčerpání.

3 **Produkty konopí** (Hašiš, Marihuana – účinná látka THC):

3.1 účinky - příjemné rozpoložení mysli, uvolnění, pohoda, klid, apatie nebo euforie, tendence ke smíchu, také poruchy vnímání příjemného charakteru, zpomalené vnímání času, zostření barev, zvuků, chuti, zrakové halucinace;

¹ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM: *Drogy otázky a odpovědi*. Praha, Portál, 2007, str. 19

- 3.2 rizika - poruchy paměti, onemocnění dýchacích cest, snížená imunita, omezení plodnosti.
- 4 **Halucinogeny** (LSD, Trifenidil, Psilocibin, PCP - „andělský prach“ - stimulačně halucinogenní účinek, Meskalin, Peyotl, *nyňi také Durman*):
- 4.1 účinky - změny vnímání, myšlení a emotivity, chybí náhled reality, hluboké narušení psychiky;
- 4.2 rizika - narušení psychického zdraví, toxické psychózy, nevypočitatelnost účinku.
- 5 **Těkavé látky** (organická rozpouštědla, Toluen, Vulkán):
- 5.1 účinky - stav polospánku, živé a barevné sny;
- 5.2 rizika - těžké poškození sliznic dýchacích cest, procesu krvetvorby, poškození mozku, jater, zastřené vědomí, bezvědomí, koma, možnost selhání srdce, smrt.¹

K těmto skupinám je nutno ještě přiřadit skupinu běžně ordinovaných a dostupných léků, na které vzniká závislost, jsou to **benzodiazepiny a barbituráty**.

Vysadit drogu není pro dlouhodobého uživatele snadné, protože se následně projeví různě intenzivní abstinenci syndrom a u některých látek jejich náhlé vysazení může dokonce znamenat i ohrožení života, například u morfinu a drog s příbuzným účinkem. U drogové závislosti (především při používání pervitinu) je typický projev silné touhy neboli puzení* po užívání látky, což jsou projevy závislosti psychické. Často právě snaha o odbourání abstinenci syndromu vede uživatele k jejímu opakovanému užívání, které jej postupně omezuje v jeho původních zájmech, svoje úsilí zaměřuje zejména na opatření drogy. Potřebuje více peněz, které je časem ochoten získávat jakýmkoliv způsobem, třeba i trestnou činností. Zájem a schopnost uživatele vykonávat běžné povinnosti se postupně vytrácí a okruh jeho problémů se rozšiřuje do sociální oblasti. V souvislosti s tím pak dochází k destrukci sociálních vazeb a vztahů nejen s rodinnými příslušníky, ale i s původními přáteli. Sociální kontakty uživatele se zaměřují na společnost spojenou s užíváním drog, jejich hovory se dotýkají toho kde a za kolik se dá droga sehnat, jak působí atd.. Drogová závislost se při dlouhodobém užívání promítá do tělesného zdraví, protože užívání vyvolává nechutenství (např. u pervitinu), omezený příjem stravy se všemi důležitými složkami způsobuje chátrání organismu, často i poškození jater a ledvin. Injekční uživatelé drog mají často záněty žil a jsou ohroženi přenosem viru HIV a virové hepatitidy typu C, přičemž v současné době jsou to nemoci ohrožující život uživatele, ale současně také vzniká riziko přenosu těchto onemocnění

¹ FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých. Disertační práce.* 2000
* anglicky „crawing“

na jiné lidi. V oblasti duševního zdraví se objevují depresivní stavy, psychotické epizody, a dochází k poškození některých kognitivních funkcí, např. myšlení a paměti.¹

1.3 Vznik drogové závislosti

Vznik drogové závislosti je většinou dlouhodobý a složitý proces, v němž se uplatňuje řada faktorů. Dnes se nejčastěji jako hlavní příčina vzniku zneužívání drog uvádí multifaktoriální podmíněnost, která zahrnuje patogenní faktory z oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální. Model bio-psycho-socio-spirituální závislosti se opírá o holistický přístup k člověku, který vychází z definice zdraví, ve které je k původní psychické, duševní a sociální pohodě přiřazena složka duchovní a je vnímána jako přirozená součást života.

Pokud se týká biologické úrovně podmíněnosti vzniku závislosti na drogách, dispozice nebyla výzkumy ověřena a prokázána, na rozdíl od genetické souvislosti, kdy se hovoří u dětí alkoholiků o vyšší toleranci vůči alkoholu.² U psychologické úrovně podmíněnosti vzniku závislosti je uvedeno, že pokud matka během těhotenství kompenzovala náročné psychické zážitky tlumivými látkami, byly tyto informace přeneseny na plod a její potomek pak po aplikaci stejně působící látky zažívá efekt, který již kdysi poznal. Tato pozitivní zpětná vazba může rychle posílit vznik návyku. Z hlediska psychologické úrovně podmíněnosti vzniku závislosti je důležitá úroveň postnatální péče: neplnění péče o harmonický vývoj dítěte, diferenciaci jeho potřeb spolu s jejich uspokojováním. Významná je výchova s respektem k hranicím, poskytování podpory v krizových vývojových fázích, především v době dospívání, v krizi hledané identity. Roli hraje i pomoc v případech patologie různých duševních poruch a nemocí, jako jsou deprese, úzkost, psychotické onemocnění, kdy případná sebemedikace může vést k rozvoji abusu a vzniku závislosti.³ Výsledky výzkumů ukazují na skutečnost, že k drogám (jakož i k alkoholu), se uchylují často lidé trpící depresemi nebo úzkostnými stavy, či jiné psychické potíže, které jim jinak mohou znemožnit normální fungování, sami si s tímto problémem neumí poradit, ale nevyhledají odbornou pomoc, stejně jako lidé, kteří mají za sebou nějaké traumatizující zážitky.⁴

¹ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha, Portál, 2000

² KUDRLE, S.. In: KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003

³ tamtéž

⁴ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM: *Drogy otázky a odpovědi*. Praha, Portál, 2007

Model sociální úrovně podmíněnosti vzniku závislosti poukazuje na vztahy s okolím a vlivy formující zrání jedince, jakož i společenský status rodiny, rasová příslušnost a makroprostředí, ve kterém jedinec žije. Na zrání osobnosti má největší vliv kvalita vztahů v rodině nebo její absence. Žije-li dítě v rodině se závislým členem, může být vystaveno fyzickému i emočnímu zneužívání a způsob adaptace na toto soužití může vyústit ve vytváření patologických vazeb, které nesou zřetelné rysy závislosti na jiné osobě. Tento typ závislosti je uváděn jako kodependence, neboli závislost na druhém. Často se pak sám dostává k abusu, jako „ke způsobu adaptace a zároveň možnosti, jak dočasně mírnit své utrpení.“¹ Tamtéž autor uvádí, že vedle rodiny nelze v procesu sociálního učení přehlédnout ani vliv vrstevnických skupin, ve kterých mladiství hledají identifikační vzory, kterými jsou buď silní jedinci či skupiny, protože potřebují být přijímáni, někam patřit, směřovat k nezávislosti, někdy k přežití.

Model spirituální úrovně podmíněnosti vzniku závislosti souvisí s absencí vztahů k tomu, co člověka přesahuje, co je nadsmyslové, nadzkušenostní. Mezi tyto hodnoty patří například víra, naděje, láska, altruismus a solidarita, hodnoty, které souvisí se smyslem života apod.. V poslední době lze pozorovat tendence k znehodnocování spirituálních potřeb v důsledku konzumního způsobu života a nedostatku duchovních hodnot. U některých závislých je právě hledání vnitřní svobody důvodem pro užívání drogy, ale vazba na drogu se následně ukazuje jako jiná nesvoboda vyvolaná vazbou na drogu.²

Někdy nemusí jít u závislého o touhu trvale užívat drogu, ale může jí o pouhé počáteční experimentování, zvědavost, kdy mladý člověk zpočátku zkouší, jak droga působí. Stává se i v těchto případech, že následující krizová situace, do které se člověk dostane, je spouštěčem, který vyvolá chuť uniknout z ní a vzít si drogu, následuje nepříjemný abstinenci syndrom, kterého se zbaví opětovným užitím drogy. Tato situace se objevuje zejména u drog s vysokým rizikem vzniku závislosti, kterými jsou hlavně opiáty (např. heroin).³

Na rozvoji závislosti se mohou podílet některé specifické rysy osobnosti. Podle Praška představuje osobnost: „...individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého člověka charakteristická.“⁴ Osobnost člověka se utváří na základě vrozených dispozic - temperament, v průběhu života je dotvářena

¹ KUDRLE, S.: in: KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003

² KUDRLE, S.: tamtéž

³ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM: *Drogy otázky a odpovědi*. Praha, Portál, 2007

⁴ PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti*. Praha, Portál, 2003, str. 15

získanými vlastnostmi – charakter. Dochází k tomu vzájemným působením vnitřních a vnějších podmínek v procesu socializace. Vývoj a formování osobnosti významně ovlivňují vnější podmínky, do kterých řadíme přírodní, kulturní a společenské prostředí, z něhož se vyčleňuje výchova ve smyslu cílevědomého a záměrného ovlivňování psychiky člověka.¹

U závislých osob se mohou projevit poruchy osobnosti. To jsou takové charakterové a temperamentové rysy, které se zřetelně odchyľují od těch, které má většina lidí. Jde o hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování projevující se jako stereotypní reakce na osobní a sociální situace. Poruchy osobnosti jsou rozděleny podle specifických projevů jedince v chování a prožívání, kterými se liší od ostatních lidí. Autor dále² uvádí tyto typy poruch osobnosti:

1. **Paranoidní porucha osobnosti** – je charakteristická povahovým rysem podezíravostí, nadměrnou citlivostí vůči kritice vlastní osoby, odstrkování, odbývání, urážkám – neschopnost odpouštět, sníženou autokritičností a trvalými tendencemi hájit sebe a vlastní práva i bez oprávněnosti. Chování druhých chápou mylně jako nepřátelské nebo opovržlivé.
2. **Schizoidní porucha osobnosti** – snížená schopnost vyjadřovat jak vřelé, tak i negativní city k druhým, mají sklon k izolaci a nevyhledávání společenských kontaktů, protože tuto potřebu necítí, zaměstnávají se vlastním vnitřním světem, fantaziemi, introspekci, omezeně akceptují platné společenské normy. Od dětství mají chudé vztahy s nepřístupnými nebo krutými rodiči.
3. **Disociální porucha osobnosti** – trvale nerespektují společenské normy a pravidla, práv druhých, k druhým lidem se chovají bezohledně, nejsou schopni udržet trvalé vztahy, mají nízkou toleranci vůči frustraci, snížený práh pro uvolnění agrese a násilného chování, stejně jako sníženou schopnost prožívat pocity viny za vlastní chyby a nedostatky. Často kradou, lžou, týrají slabší lidi, zvířata, toulají se, chodí za školu, vytvářejí antisociální party, mají problémy s autoritami, v dospělosti se projevují promiskuitou, kriminálním chováním a zneužíváním druhých. Jejich chování nelze dostatečně ovlivnit zkušeností, nejsou schopni vzít si ponaučení z trestu.
4. **Emočně nestabilní porucha osobnosti – impulzivní a hraniční typ.**
 - a. **Impulzivní typ** - převažuje emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity, extrémně snížená schopnost snášet kritiku, opakované projevy výbušnosti a agresivity vůči kritice.

¹ PRAŠKO, J.: tamtéž

² PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti*. Praha, Portál, 2003

- b. **Hraniční typ** – emoční nestálost, nejasné nebo narušené představy o sobě, svých cílech a vnitřních preferencích včetně sexuálních. Stálé pocity úzkosti a prázdnoty života, prudké změny afektivity a sebehodnocení. Snahy vyhnout se opuštěnosti mohou vést k sebevražedným výhrůzkám a sebepoškození.
- **Historiónská porucha osobnosti** – neustále se zabývají pozorností druhých a vlastním vzhledem, je charakteristická přehnanými projevy emocí, dramatičností vystupování, teatrálností, ale přesto plochou citovostí.
5. **Anankastická porucha osobnosti** – pocity vlastního ohrožení a pochybností vedou k nadměrné svědomitosti až perfekcionismu, umíněnosti, rigidní morálce, opatrnosti a strnulosti, stále jsou ve stavu zvýšené kontroly sebe i druhých.
6. **Vyhýbavá (anxiózní) porucha osobnosti** – nízké sebevědomí, typický je napjatý a úzkostný jedinec, stále očekávající kritiku, sebedoceňuje se, očekává neúspěch. Má jen málo blízkých, má strach před odmítnutím, proto se vyhýbá sociálním situacím, i když po blízkosti touží. V dobrých vztazích mohou prosperovat dobře, nová setkání vnímají s nedůvěrou a strachem.
7. **Závislá porucha osobnosti** – potřeba nadměrné péče druhých vede k submisivnímu chování, podlézavosti a extenzivnímu strachu z opuštění druhými. Pasivně se spoléhají na jiné osoby, které za ně mají rozhodovat, obávají se odmítnutí, trpí pocity bezmoci a neschopnosti. Nesnáší samotu, druhým se snaží zalíbit, často jim slouží, lichotí, obdivují je, snadno se nechají zneužívat. Tyto osoby ze strachu před ztrátou podpory obtížně dávají najevo nesouhlas. V souvislosti s drogovou závislostí Praško uvádí: „...Orální dispozice se obvykle projevují problémy s jídlem, alkoholem nebo drogami...“¹
8. **Jiné specifické poruchy osobnosti** – jakákoliv jiná specifická porucha osobnosti, kterou je možné validně definovat.
- **Narcistická porucha osobnosti** – v důsledku velkého sebevědomí jsou zranitelní na cokoli, co se dotkne jejich sebevědomí, reagují intenzivně emočně. Dominující jsou projevy velikášství a nadměrná pozornost věnovaná sebehodnocení. Na kritiku reagují prudkými emocemi, neúspěch neumí zpracovat, proto se těmito situacím vyhýbají. Mají problémy ve vztazích s druhými, nejsou schopni prožívat lásku.
 - **Pasivně-agresivní porucha osobnosti** – tyto lidé se vyznačují skrytým kladením překážek druhým, otálením, neústupností a nevykonností, potížemi při spolupráci s ostatními,

¹ PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti*. Praha, Portál, 2003, str. 15

rezistenci vůči nařízené činnosti. Neustále bojují za svoji autonomii, mají potíže vytvořit a udržet blízký vztah (ve vztahu začnou bojovat o svoji svobodu).

U závislých osob je jako nejčastější porucha osobnosti uváděna disociální porucha osobnosti, kterou Kalina¹ charakterizuje jako „...typický fixovaný produkt různých obranných a kompenzačních mechanismů“.²

Drogově závislým osobám je společné určité chování a prožívání: „...tendence k nezdrženlivému chování, nízká sebeúcta a poruchové sebehodnocení. V oblasti sociálního chování se projevují neschopností vytvořit trvalejší vztahy, vydržet u°dlouhodobějších činností, snížená adaptační kapacita vede k únikovým tendencím. Příčinou může být některá porucha osobnosti. Jedinou účinnou regulací chování u závislých osob je zformulování pevného systému pravidel a norem.“³

1.4 Prevence a léčba drogových závislostí

V oblasti drogové závislosti má prevence velký význam jak pro jednotlivce, tak i pro společnost, protože je snadnější závažným problémům, které s sebou přináší předcházet, než je později napravovat.

V širším smyslu slova je prevence závislosti definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu a šíření škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. Podle WHO se rozlišuje primární prevence (u osob, které dosud nejsou ve styku s drogou), sekundární prevence (předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají – poradenství a léčení), terciální prevence (předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog – resocializace, sociální rehabilitace – Harm Reduction (mírnění škod)).⁴

U léčby drogových závislostí je v oblasti prevence důležité, aby byly jednotlivé složky poskytující služby vzájemně provázané, komplexní, dostupné a odpovídaly konkrétním potřebám.⁵ Dlouhodobá pobytová léčba nemá dostatečný účinek, pokud klient potřebuje a nezíská odbornou podporu a pomoc v době po jejím ukončení.

¹ Internet: KALINA, K.: *Článek Psychopatologie 7 – poruchy osobnosti*. <http://209.85.135.104/search?q=cache:i8FMpIYrxWQJ:www.adiktologie.cz/download/390/Psychopatol7-Osobnost.pdf+Psychopatologie+osobnost&hl=cs&ct=clnk&cd=4&gl=cz>

² Internet: KALINA, Kamil. *Článek Psychopatologie 7 – poruchy osobnosti*, tamtéž

³ FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých. Disertační práce*. 2000, str. 4

⁴ KOLEKTIV AUTORŮ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996

⁵ BÉM, P. in: KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003

1.4.1 Primární prevence

U drogových závislostí má mimořádný význam primární prevence, která zahrnuje všechny aktivity směřující k tomu, aby drogový problém vůbec nevznikl. Jejím cílem je zabránit styku jedince s drogou, ale to je prakticky nemožné, proto se zaměřuje na snížení styku s drogou na minimum takovými prostředky, mezi které řadíme snížení dostupnosti, nabídky a poptávky. Efektivita primární prevence je podmíněna její komplexností a spočívá hlavně v informovanosti široké veřejnosti, zahrnuje práci s dětmi, rodiči a pedagogy. V oblasti prevence drogových závislostí je však skutečně nejúčinnějším nástrojem rodina. Výchova v rodině založená na otevřené komunikaci o problémech, vzájemném naslouchání, posilování dětského sebevědomí, jasných rodinných pravidlech a hranicích, osobní příklad rodičů při řešení konfliktů a zdravý životní styl rodiny včetně účelného využívání volného času jsou nejlepší prevencí drogových závislostí.¹

Primární prevence mimo rodinu je zaměřena na děti a mládež. V oblasti primární prevence hrají důležitou roli vrstevnické (peer* programy) programy, kterými se zabývají neziskové organizace. Jde například o program 5P. Jde o zkratku slov přátelství, péče, podpora, prevence, pomoc. Program je založen na přímém aktivním působení na dítě v terénu. Dobrovolník, který je starší 18ti let se s dítětem schází nejméně jednou týdně na 2 až 3 hodiny po dobu 10 měsíců a doprovází dítě při činnostech, které dítě baví a prospívají mu, vzájemný vztah je založen na přátelství staršího kamaráda a očekává se od něj posílení sebedůvěry dítěte, zlepšení komunikace se svými vrstevníky, rodiči a učiteli, lepší porozumění sobě i ostatním. Důležitý je výběr vhodných volnočasových aktivit, ve kterých bude dítě rozvíjet svoje schopnosti a dovednosti. Do programu jsou děti vybíráni buď školou, pedagogicko psychologickou poradnou nebo orgánem sociální a právní ochrany dítěte.² Realizace programu 5P je obzvláště potřebná ve velkých městech. Program 5P není jediným dobrovolnickým programem realizovaným v naší republice, ale vzhledem k jeho obsahu a zaměření má v oblasti primární prevence drogové závislosti svoji nezastupitelnou roli, stejně jako nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Tato sociální služba, která je určena dětem a mládeži, které se ocitly v obtížné životní situaci nebo jsou jí ohroženy a které nevyhledávají standardní formy institucionalizované pomoci a péče. Nízkoprahovost je zajištěna tím, že od klientů se nevyžadují žádné osobní údaje a mohou se na pracovníky sami obrátit kdykoli to

¹ FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých. Disertační práce.* 2000

*peer = anglicky vrstevník

² KRAUS, B.: *Sociální pedagogika II.* Brno, IMS, Skripta. 2007

potřebují. Cílem těchto zařízení je minimalizovat možná rizika související se způsobem života dětí a mládeže, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci.

1.4.2 Sekundární prevence

O sekundární prevenci hovoříme tehdy, pokud problém s užíváním drogy již vznikl. Jejím cílem je snížit rozsah užívání a omezit jeho negativní dopad do zdravotní a sociální oblasti. V systému odborné pomoci sekundární prevence její jednotlivé složky nabízí různé služby podle konkrétní situace klientů s ohledem na jejich potřeby.

Zahrnuje ochranu před infekcemi, krizovou intervenci, detoxifikaci, poradenství, léčení a sociální rehabilitaci. Uvedené služby poskytují zdravotnická zařízení a neziskové organizace.

Konkrétně se jedná o tyto subjekty a služby:

1. zdravotnická zařízení – poradny, detoxifikace, léčba, rezidenční péče v terapeutické komunitě, denní stacionáře, ambulantní péče včetně substituční léčby, doléčovacích programů.
2. neziskové organizace: terénní programy, kontaktní a poradenské služby, stacionární programy, rezidenční péče v terapeutických komunitách. Významné místo v oblasti sekundární prevence zastávají právě Kontaktní centra (dále jen KC), která jsou založena na nízkoprahovosti zajištěním anonymity a širokou nabídkou služeb. KC jsou často jediným nedrogovým prostředím, se kterým uživatel přichází do styku. KC poskytují hygienický a základní sociální servis a v případě zájmu klienta přestat užívat drogy mu pomohou situaci řešit. Pro KC pracují sociální asistenti - anglicky „street workers“, kteří aktivně uživatele vyhledávají a pomáhají jim přímo na ulici.

Služby jsem sice uvedla odděleně, ale odborníci z těchto jednotlivých složek většinou pracují ve vzájemné provázanosti spolupráci tak, aby je bylo možné vhodně doplňovat a kombinovat v návaznosti na konkrétní potřeby klienta.

1.4.3 Terciární prevence

Je zaměřena na uživatele drog a jejím cílem je zmírnit škody vzniklé užíváním drog. Pro oblast terciární prevence se používá termín Harm Reduction – mírnění škod, ve kterém je uplatňován nízkoprahový přístup, to znamená, že na klienty nejsou kladeny předběžné, často

nereálné požadavky, například požadavek aktuální abstinence. Od klientů se nevyžadují osobní údaje, pokud je sami nesdělí. Terciární prevence je pomoc, která se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit rizika ohrožující život a zdraví, která vznikají důsledkem užíváním drogy a jejich dopad na jedince i společnost. V rámci terciární prevence jsou v centru pozornosti hlavně problémoví a injekční uživatelé, u nichž je nebezpečí přenosu závažných infekčních onemocnění jako je AIDS a hepatitida typu C.¹ Do této oblasti řadíme:

1. zdravotnický a sociální servis (výměna jehel a injekčních stříkaček, distribuce prezervativů, poskytnutí polévky, osprchování, pomoc při jednání s úřady). Velký význam má práce kontaktních center a činnost street workerů (výměna injekčních stříkaček a jehel, poradenské služby);
2. doléčovací zařízení pro osoby, které absolvovaly některou rezidenční dlouhodobou léčbu (např. léčbu v terapeutické komunitě), chráněné bydlení. Konkrétně se jedná o doléčovací centra a chráněná bydlení.

V oblasti terciární prevence je pozornost zaměřena na způsob užívání drogy, proto je její součástí substituční léčba. Substituce je nahrazení původní drogy lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s výrazně menšími riziky. Například užívání heroínu je nahrazeno užíváním metadonu. Význam spočívá především ve vyloučení užívání určité ilegální drogy nebo škodlivé formy jejího podávání, zejména injekčního užívání. Doba léčby je různá, od několika týdnů, měsíců až po roky a je zaměřena na časově ohraničený přechod mezi užíváním drog a abstinencí u uživatelů drog. V průběhu této léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu uživatele, jeho sociální situace a k postupnému snižování dávky substituční látky až k jejímu úplnému vysazení. Délka substituční léčby závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém substituční léčba probíhá. U uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání kdy se nepředpokládá změna životního stylu a motivace k abstinenci, může být substituce časově neomezená. Substituční léčba je provázána psychoterapií a sociálním poradenstvím, což napomáhá klientovi se postupně zapojit do běžného života, řešit své osobní problémy a sociální situaci.² Z celospolečenského hlediska pomáhá substituční léčba snižovat náklady na léčbu zdravotních problémů uživatelů, ke snižování trestné činnosti spojené se získáváním peněz na drogy a omezení možnosti přenosu infekčních onemocnění prostřednictvím rizikového způsobu aplikace drog. Navíc stabilizovaný uživatel má možnost pracovat a vést

¹ HRDINA, P.: in: KALINA, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České republiky, 2003

² Internet: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=49>

běžný život, ale hlavním cílem substituční léčby je, ve vhodných případech, vést uživatele k rozhodnutí o abstinenci.

Mezi jednotlivými složkami a službami v oblasti terciární prevence je důležitá spolupráce při řešení jednotlivých situací u klientů tak, aby pomoc na sebe smysluplně navazovala.

1.5 Léčba a sociální rehabilitace drogových závislostí

Léčba a sociální rehabilitace drogově závislých osob vychází z komplexnosti problému vzniku závislosti, proto je založena na mezioborovém přístupu. Volba konkrétní léčby pro klienta závisí na hodnocení jeho zdravotního stavu, doprovodných psychologických a psychopatologických problémech, stupni jeho motivace a potřeby podpory, intenzitě příznaků závislosti (pravděpodobnost relapsu, výskyt abstinčních příznaků a schopnost je zvládat), na vztazích s partnerem a rodinou, na sociálním prostředí, ze kterého pochází.¹ V první fázi léčby musí klient zvládnout odvykací stav. Pro tuto fázi je mu umožněn pobyt na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny. U každého klienta je třeba přistupovat k léčbě tohoto stavu podle konkrétní situace s ohledem na všechny jeho tělesné a duševní problémy. Vedle případné přechodné substituční léčby je mnohdy potřeba léčit klienta antibiotiky pro zánětlivé žíly a podávat vitamíny z důvodu regenerace organismu aj.. Z hlediska psychoterapie je využívána zejména motivace k léčbě, poskytuje se krizová intervence, využívá se možnosti rodinné terapie a podpůrné psychoterapie. Významnou součástí léčby v této fázi je sociální práce, která spočívá v pomoci najít klientům další vhodnou léčbu, pomoc v pracovních a právních záležitostech, při jednání s úřady, vyřizováním osobních dokladů a také kontaktovat rodinu.²

U drogových závislostí rozlišujeme léčbu ambulantní nebo pobytovou - ústavní a rezidenční. Jak ambulantní tak ústavní léčba může být dobrovolná nebo nedobrovolná - soudně nařízená.

¹ MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha, 2005, 1. vydání, s. 352 ISBN 80-7367-002-X

² NEŠPOR, K.. in: KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003

1.5 1 Ambulantní léčba

Tato léčba probíhá v ambulantních psychiatrických zařízeních, která používají označení AT (alkohol, toxikomanie) poradny. Ambulantní programy mají i neziskové organizace (Sananim, P-centrum Olomouc, Renarkon Ostrava apod.). Nemusí jít nutně o čistě zdravotnická zařízení. Při této léčbě není klient vyčleněn z původního prostředí, kterým je bydliště a pracoviště nebo škola. Délka léčby je buď smluvně stanovena po dohodě s klientem, pokud je nařízena soudem, je stanovena i její délka. Tato léčba je vhodná pouze pro ty osoby, které mají vhodné sociální zázemí, podporu rodiny, jsou k léčbě dostatečně motivováni, schopni sebekontroly. Jde většinou o uživatele, kteří brali drogy krátkou dobu a mohou se na podporu svého okolí spolehnout. Délka léčby je nejméně 3 měsíce, kontakty s léčebným zařízením probíhají dvakrát až třikrát týdně.

1.5.2 Denní stacionáře

K léčbě klient dochází každý všední den, léčebný program se realizuje zpravidla v rámci obvyklé denní pracovní doby. Používá se skupinová terapie, individuální pohovory s terapeutem, volnočasové a pracovní aktivity, současně může klient využít sociálního a právního poradenství. Pokud to vyžaduje situace, je léčba doplněna rodinnou, partnerskou nebo rodičovskou terapií.

1.5 3 Pobytová léčba detoxifikační, ústavní a rezidenční

Detoxifikační léčba v mnoha případech předchází léčbě ústavní nebo rezidenční. Cílem detoxifikace je zbavit organismus škodlivé látky, které se realizuje buď bez použití léků, nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinčních příznaků. Detoxifikace (tzv. „detox“) trvá zpravidla 5 – 10 dní, pokud je to nutné, je i delší. Jejím smyslem je zbavit organismus škodlivé látky. Pokud má klient nastoupit dlouhodobou léčbu, většina zařízení trvá na absolvování detoxifikační léčby.

Ústavní léčba probíhá v psychiatrických léčebnách pod lékařským dohledem, proto je vhodná pro klienty, kteří mají závažné somatické nebo psychické potíže a pro klienty, pro jejichž stabilizaci a abstinenci je nezbytné opustit svoje původní prostředí. Léčba probíhá v chráněném prostředí bez drog s přesně vymezeným režimem, stanovenými pravidly pobytu a

léčebným programem (skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie a aktivní využívání volného času). Při ústavní léčbě jsou také poskytovány poradenské služby z oblasti sociální a právní. Tým spolupracuje s rodinou klienta nebo jeho partnerem. Z hlediska délky léčby je buď krátkodobá do dvou měsíců, střednědobá do šesti měsíců, nebo dlouhodobá do jednoho roku, někdy i delší. Klient si během léčby buduje zázemí, hledá zaměstnání a zařizuje osobní záležitosti.¹

Jak jsem již uvedla, na ústavní léčbu navazuje doléčovací program, který je pro většinu klientů nezbytností. Tento program probíhá v doléčovacích a resocializačních centrech. Rezidenční léčbu realizují terapeutické komunity, převážně tato léčba navazuje na předešlou ústavní léčbu v psychiatrické léčebně. O terapeutické komunitě bude podrobněji pojednáno v dalším textu.

1.5.4 Doléčovací a resocializační centra, chráněné bydlení

Doléčovací a resocializační centra jsou typem následné péče navazující na některý typ dlouhodobé léčby. Doléčovací program trvá od dvou měsíců do jednoho roku, zaměřuje se na nácvik prevence selhání (relapsu), tj. předejití obnovení závislosti, dále pomoc v různých krizových situacích a při řešení sociálních problémů klientů. Relaps je návrat k užívání (alkoholu nebo drog) po období abstinence a bývá doprovázen souborem příznaků, které jsou označovány jako „syndrom porušení abstinence“. V případě relapsu je velmi důležité, aby měl klient oporu a otevřenou cestu k pomoci. Tento stav se projevuje stavy deprese, rezignace, pocitu viny, hněvu a tyto pocity následně prohloubí a upevní obnovené užívání drogy. Může vést k dalšímu období drogové závislosti. Ojedinělé užití označují někteří autoři jako laps – uklouznutí.² Také při lapsu je důležitá citlivá pomoc okolí. Terapeuti pracují s klienty i jejich rodiči, rodinou či partnery.³

Velkou pomoc pro klienty, kteří úspěšně absolvovali léčebný program znamená zajištění chráněného bydlení, ve kterém mohou po ukončení léčby přechodně žít a postupně se vracet k samostatnému životu. Doba pobytu v chráněném bydlení je cca 1 rok. Klienti musí buď studovat, nebo pracovat, případně si musí v předem smluveném termínu zaměstnání najít. Příspěvek bydlení je předem stanoven, všechny důležité otázky pobytu jsou smluvně ošetřeny.

¹ MATOUŠEK, O. a kol., *Sociální práce v praxi*, Portál, Praha, 2005

² Internet. Článek Drogy-info: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps

³ Matoušek, O.: tamtéž

1.6 Dílčí závěr

Skutečnost, že se někdo stane závislým na drogách, závisí na více faktorech, proto hovoříme o multifaktoriální podmíněnosti vzniku. Podle mezioborové studijní monografie nebyla biologická podmíněnost drogové závislosti ověřitelně prokázána. Mezi faktory spolupodílející se na vzniku drogové závislosti řadíme nedostatky ve výchově v raném dětství a v období vývojových krizí ve smyslu neuspokojování podpory a potřeb dítěte. Výzkumy je prokázáno, že k užívání drog mají častěji sklon lidé trpící depresemi či úzkostnými stavy, stejně jako ti, co prodělali traumatizující zážitky. Sociální úroveň podmíněnosti vzniku závislosti upozorňuje na vliv společenského postavení rodiny, rasové příslušnosti a makroprostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Další úlohu hraje kvalita vztahů v rodině. Pokud žije dítě v rodině se závislým jedincem, může takové soužití vyvolávat patologické vazby na jiné osoby ve formě kodependence, závislosti na druhém.¹ Na vznik drogové závislosti mají vliv vrstevnické skupiny, ve kterých jedinec hledá svoje identifikační vzory. Spirituální úroveň podmíněnosti vzniku závislosti souvisí s hledáním vnitřní svobody a duchovních hodnot, které se vlivem převahy konzumního způsobu života ve společnosti, vytrácejí. Na rozvoji závislosti se mohou podílet některé specifické rysy osobnosti. Společným rysem drogově závislých osob je sklon k nezdrženlivému chování, nízká sebeúcta a sebehodnocení, neschopnost vytvářet trvalejší vztahy, snížená adaptační kapacita, vedoucí k únikovým tendencím. Jako jediná možnost regulace tohoto chování se uvádí zformulování pevného systému pravidel a norem.²

Z hlediska závažnosti důsledků, kterými se projevuje drogová závislost na člověka a současně se promítá do společnosti, je významná její prevence, ať již se jedná o oblast prevence primární, která má zabránit vzniku závislosti vhodným výchovným působením a omezením přístupu k drogám, nebo o oblast prevence sekundární, která má za cíl omezit spotřebu drog snížením počtu uživatelů, ale i oblast prevence terciární, která si klade za cíl minimalizovat možná rizika a předcházet poškozením, které mohou vzniknout v souvislosti s užíváním drog. Pro oblast terciární prevence jsou cílovou skupinou zejména problémoví nebo injekční uživatelé drog, kteří mohou současně ohrožovat veřejné zdraví, pokud jsou infikováni některými závažnými přenosnými chorobami. Součástí terciární prevence jsou programy zaměřené na způsob užívání drogy, kterou je substituční léčba, vedoucí uživatele k zásadním pozitivním změnám v jeho životě. Prevence je v oblasti drogových závislostí

¹ KUDRLE, S.: in: KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003

² FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých. Disertační práce*. 2000

důležitá nejen pro jednotlivce, ale i pro společnost, je snadnější takovým patologickým jevům předcházet, než je léčit.

Léčba drogové závislosti probíhá buď formou ambulantní, nebo pobytovou. Po dlouhodobé léčbě je pro klienty důležitá návaznost péče v doléčovacích programech, realizovaných v^odoléčovacích a resocializačních centrech, která má pro klienty významnou pomoc z^ohlediska zamezení relapsu a pomoci při řešení různých krizových situací. Důležitou podporou pro klienta, který nemá kam jít po ukončení léčby, je poskytnutí pobytu v chráněném bydlení.

Při adekvátní volbě odborné pomoci získává drogově závislý člověk šanci vrátit se^ok normálnímu způsobu života.

Z této teoretické části, jak se domnívám, se nabízí následující výzkumné implikace.

1.7 Implikace pro výzkum

1. Jak probíhala klientova závislost?
2. Setkal se klient někdy s preventivními opatřeními?
3. Jaký druh léčby podstoupil?

2. Rodina jako výchozí prostředí člověka

V této teoretické části chci poukázat na některé otázky související s rodinou, výchovou a rozvojem závislosti. Rodina je pro člověka důležitá po celý jeho život. Narozenému dítěti rodiče svojí péčí umožňují přežití, v bezpečném prostředí rodiny dítě získává první dovednosti, vědomosti a zkušenosti a osvojuje si potřebné společenské normy a pravidla, získává vzory pro své budoucí chování. Dalšími rodinnými faktory ovlivňujícími chování jedince jsou hodnoty podstatné pro danou rodinu a výchovné postupy, které rodiče volí a užívají. Rodina je pro své členy významná také pro poskytování opory v různých náročných životních situacích, je důležitá i pro sdílení smutku a radosti.

2.1 Definice rodiny

Definování rodiny společenskovědními obory se liší se podle jednotlivých přístupů těchto vědních disciplín. Jednoznačná definice rodiny je problematická, proto pro úplnější pohled na problematiku uvádím definici sociologickou, psychologickou a pedagogickou:

- ➔ Sociologický slovník¹ pod pojmem rodina uvádí: „Institucionalizovaný sociální útvar nejméně tří osob, z něhož část členů je vzájemně spojena pokrevním nebo adoptivním sociálním vztahem rodič - dítě, druhá část vztahem matka - otec, třetí část, vztahem pokrevním nebo adoptivním, sourozenectvím, všichni vztahem příbuzenství v sociálně sankcionovaném více či méně trvalém sociálním vztahu.“
- ➔ Psychologický slovník² rodinu vymezuje následovně: „Společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“
- ➔ Pedagogický slovník pod pojmem rodina uvádí: „Nejstarší společenská instituce. Plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury. Nejběžnějším modelem rodiny je tzv. nukleární rodina, kterou tvoří nejbližší příbuzní, tj. oba rodiče a děti. V posledních desetiletích se model rodiny, který je historicky flexibilní, významně proměňuje.“

¹ GEIST, B.: *Sociologický slovník*: Praha, Victoria Publishing, 1992, str. 647

² HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*, Praha, Portál, 2004, str. 312

Zvyšuje se variabilita rodinných typů, zahrnujících nejen rodinu vlastní a úplnou, ale také rodinu neúplnou, nevlastní a náhradní. Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupiny nebo společenství žijícího ve vlastním prostoru – domově, uspokojujícího potřeby, poskytujícího péči a základní jistoty dětem. Rodina spolu se školou plní významné výchovné funkce, které lze chápat jako komplementární.“¹

V našem právním řádu rodina není přesně vymezena, hovoří se pouze o vzniku a zániku manželství z právního hlediska.²

2.2 Funkce rodiny

Ve vztahu k dítěti plní rodina řadu významných funkcí. Zpočátku je pro dítě nejdůležitější, aby byla naplňována její funkce biologická, protože pro svůj vývoj potřebuje mít zajištěnou jednak fyzickou péči, ale také výživu spolu s oblečením a bydlením. Psychickou funkci zajišťuje dítěti rodina poskytováním citového zázemí, pocitu bezpečí a jistoty. Socializační funkci plní rodina předáváním určitého systému poznatků, norem a hodnot, které dítěti umožňují začlenit se do společnosti a aktivně se účastnit společenského života.³ Základních funkce rodiny, které ji řadí do kategorie funkční rodiny z pohledu sociální psychologie uvádí Helus⁴:

1 Rodina uspokojuje základní primární potřeby dítěte v ranných stádiích jeho života.

Uspokojováním biopsychických potřeb dítěte stále stejnými lidmi si dítě na své okolí přivyká a vznikají tak optimální podmínky pro ranou aktualizaci potencialit rozvoje.

2 Rodina uspokojuje velice závažnou potřebu organické přináležitosti dítěte: potřebu domova, potřebu mít „svého člověka“ (svoji matku, svého otce) a identifikovat se s ním.

Bezpečné a láskyplné prostředí mezilidských vztahů v rodině je základem potřeby integrovat se do vztahů mezi lidmi, do lidského prostředí.

3 Rodina skýtá dítěti již od nejútlejšího věku akční prostor, tzn. prostor pro jeho aktivní projev, činnou seberealizaci, součinnost s druhými.

¹ PRŮCHA, J. WALTEROVÁ, E. MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*, Praha, Portál, 1995, str. 189-190

² Zákon č.94/1963 Sb. o rodině v platném znění

³ KOHOUTEK, R.: *Základy užité psychologie*. Brno, CERM, 2002

⁴ HELUS, Zdeněk: *Sociální psychologie pro pedagogy*, Praha, Grada, 2007

V rodině se vytváří, rozvíjí a diferencuje důležitá životní osa „já jsem, jedním, umím, dovedu, zvládám“, proto rád jedná a sblíží se s ostatními, a tím obohacuje svůj život i život druhých.

4. Rodina pozvolna uvádí dítě do vztahu k věcem rodinného vybavení – k zařízení domácnosti, přístrojům a nástrojům, předmětům hezkým a cenným. Dítě je v rodině záměrně vedeno k chápání hodnot a vztahu k nim, učí se vnímat vlastnictví.

5. Rodina výrazně určuje prvopočáteční prožitek sebe sama jako chlapce/dívky.

Na základě vzoru matky a otce, babičky, dědečka, zkušenosti se sourozencem vkládá do tohoto pojetí genderový obsah.

1. Rodina skýtá dítěti bezprostředně působící vzory a příklady.

Láskou k rodičům a citovým prožíváním různých společných situací, jejich napodobováním, se učí dítě vidět v druhém člověku osobnost a touží se jí stát.

2. Rodina v dítěti zakládá, upevňuje a dále rozvíjí vědomí povinnosti, zodpovědnosti, ohleduplnosti a úcty jako něčeho samozřejmého.

Dítě je zapojováno do různých společných činností rodiny.

3. Rodina otevírá dítěti příležitost vejít do mezigeneračních vztahů a tím hlouběji proniknout do chápání lidí různého věku, různého založení, různého postavení.

4. Prostřednictvím rodičů, prarodičů, starších sourozenců, příbuzných a přátel rodina navozuje dítěti představu o širším okolí, o společnosti a světě.

5. Rodina je dětem a dospělým prostředím, kde se mohou svěřit, očekávat moudré vyslechnutí, radu a pomoc – je útočištěm v situacích životní bezradnosti.

Se vstupem dítěte do školy potřebuje dítě rodinu jako zdroj životní rovnováhy v případě nezdaru nebo problémů se rodina stává jeho útočištěm, ve kterém díky její chápajícímu zázemí lépe zvládá svoje obavy a nejistoty.¹ Uvedené funkce rodiny považuje autor za ideál, ale je si vědom toho, že problémy se vyskytují dočasně téměř v každé rodině, ale v některých rodinách jsou stabilního charakteru a ty pak ovlivňují jejich děti. Z hlediska socializačního procesu má zásadní význam, do jaké míry se daří rodině zvládat všechny pro dítě důležité funkce, které jí náleží. Z tohoto pohledu stejný autor uvádí následující typologii rodin:

- **stabilizovaně funkční** - které všechny uvedené funkce plní a tím zajišťují svým dětem kvalitní socializační podmínky;

¹ HELUS, Z.: *Sociální psychologie pro pedagogy*, Praha, Grada, 2007

- **funkční s přechodnými, více či méně vážnými problémy**, které však vyřeší. Těchto rodin je většina. Problémy jsou způsobeny různými vlastnostmi členů rodiny, vnějšími okolnostmi, osobními selháními i náročnými životními situacemi, které řeší sami. Řešení různých náročných situací je posiluje, rodina a její hodnoty jsou vždy prioritou;
- **problémové** – mají problémy s plněním funkcí, které rodině náleží. Jde o rodiny v krizi, pomoc je účinná většinou jen dočasně, často dochází k rozchodu;
- **dysfunkční** - některé z funkcí rodiny jsou vážně a dlouhodobě narušeny, rodina situaci nezvládá, děti jsou vážně ohroženy, je potřeba zásahů vnějších institucí, protože rodina často nechápe učiněná opatření. Například rodiny zatížené alkoholizmem; vleklými krizemi, nedostačujícími příjmy, žijící v nevyhovujících bytových podmínkách apod.. Rodiny nemají schopnost situaci řešit, rozchod rodičů zanechává v těchto případech traumatické a dlouhodobě působící následky;
- **afunkční** - vůči dítěti neplní svůj účel, dítě vysloveně ohrožuje. V rodinách se vyskytují různé patologické jevy, dítě překáží, postoje vůči němu jsou nevraživé až nenávislné. Náprava v rodině není možná, situace je řešena zbavením rodičů rodičovských práv a umístěním dítěte do zařízení náhradní rodinné péče nebo.¹

Pro porovnání uvádím funkce rodiny a její typologii tak, jak je uvádí Kohoutek, který rozlišuje: biologickou, výchovnou, emocionální, socializační, ekonomickou a kulturní funkci rodiny a z hlediska jejich plnění ve vztahu k dítěti pak uvádí rodinu:

1. **funkční**, která plní řádně všechny svoje funkce;
2. **problémovou**, ve které se v oblasti plnění základních rodinných funkcí vyskytují závady, které zatím rodinný systém a zdravý vývoj dítěte nenarušují;
3. **dysfunkční**, kdy nejsou řádně plněny základní funkce a tím je částečně ohrožena výživa, zdraví, rozvoj psychiky a osobnosti dítěte;
4. **afunkční**, ve které nejsou základní funkce rodiny plněny vůbec a tím je ohroženo zdraví dítěte, někdy i jeho život.²

Plnění funkcí rodiny ovlivňují vnější faktory, tj. prostředí a společenský vývoj, a vnitřní faktory, tj. velikost rodiny, vztahy v rodinném systému. Narozením vstupuje dítě do prostředí rodiny, která je ovlivňována sítí rodinných, příbuzenských a dalších sociálních vazeb, které jsou na struktuře rodiny závislé. Vlivem společenských změn dochází ke změně rodinného systému od rodiny širší k rodině malé, dochází k poklesu počtu dětí v jedné rodině,

¹ HELUS, Z.: *Sociální psychologie pro pedagogy*, Praha, Grada, 2007

² KOHOUTEK, R.: *Základy užité psychologie*. Brno, CERM, 2002

příbuzenský systém se zužuje, dochází k omezování množství kontaktů dítěte. Ze statistických údajů v ČR vyplývá, že v posledním desetiletí došlo k velkému nárůstu dětí narozených mimo manželství.¹ Současná rodina je tvořena párem rodičů a dětmi, je uváděna jako rodina nukleární. Z hlediska její struktury lze hovořit o rodině úplné a neúplné. Ne vždy je dítě vychováváno oběma svými biologickými rodiči. Buď jsou děti vychovávány pouze jedním z rodičů, nejčastěji matkou, nebo osamělý rodič s dítětem založí rodinu novou, kterou Matoušek označuje jako rodinu rekonstruovanou.²

V rodině se, z hlediska jejího fungování v rámci mezilidských vztahů, vytváří vztahové systémy s určitými pravidly, zákony, zvyky, řády. Z psychologického pohledu je podle Sobotkové³ rodina chápána jako systém, (pojmem systém se rozumí soubor částí a vztahů mezi nimi), který se skládá z několika subsystémů. Jednak manželský (partnerský), subsystém rodič-dítě a sourozenecký subsystém. Subsystém rodič-dítě se utváří okamžikem těhotenství a poruchy v tomto subsystému ukazují na instabilitu rodiny. Sourozenecký subsystém je důležitý pro to, aby se dítě naučilo spolupráci, soutěžení, vzájemné podpoře, vyjednávání a vytváření kompromisů. Sourozenecký subsystém ovlivňuje fungování rodiny. Přejídnými subsystémy jsou například matka – mladší dítě, otec – starší dítě. Jejich příliš pevné hranice a dlouhodobé trvání signalizují rodinný problém. Z hlediska fungování rodiny jsou hranice mezi subsystémy důležité. Vnější hranice chrání rodinnou integritu a vnitřní hranice rozlišují jednotlivé subsystémy. U subsystémů rodiny je ideální aby byly pevné, ale flexibilní v případě potřeby (např. aby subsystém dokázal zahrnout prarodiče, pokud jsou oba rodiče dlouhodobě mimo rodinu).⁴

V současné době se hovoří o krizi rodiny a jejím zániku jako instituce. Tyto teorie jsou uváděny do souvislosti s vysokou rozvodovostí a neinstitucionalizovaným soužitím partnerů s dítětem, ale přes všechny zmíněné důvody rodina jako instituce přetrvává.⁵

¹ Internet: Článek: *Analýza: Mění se struktura rodin a závislé děti*. 6.1. 2008:

http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=375

² MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha, Portál, 2003

³ SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. Praha, Portál, 2001

⁴ SOBOTKOVÁ, I.: *tamtéž*

⁵ MOŽNÝ, I.: *Sociologie rodiny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999

2.3 Rodina jako nositel výchovy

Z poznatků uvedených o rodině vyplývá, že rodina je prvním a základním místem, kde probíhá výchova dítěte. Rodiče jsou nejdůležitějšími vychovateli, ostatní subjekty mohou výchovu dítěte pouze doplňovat. Výchova v rodině není vymezena pevnými a jednoznačnými cíli a prostředky, ale rodiče vědí, čeho chtějí výchovou u dítěte dosáhnout. Výchovné požadavky a způsob jejich dosahování obyčejně rodiče přejímají z vlastní rodiny, jsou ovlivněny osobností rodiče. Zpočátku rodiče chtějí naučit dítě sebeobslužné dovednosti a chránit je před vykonáváním nebezpečných činností. Toho dosahují různými příkazy nebo zákazy, později více vysvětlují. Pro dosahování žádaných efektů používají rodiče motivační systém odměn a trestů, u obou existuje široká škála. Odměnou může být jak věc - dárek, tak pohlazení, pochvala, uznání apod.. Rovněž používané tresty mají různou podobu - od napomenutí, zvýšení hlasu, zákazu oblíbené aktivity až po důraznější tresty, přičemž nepřiměřené trestání může u dítěte navodit velmi silné emoční reakce jako je např. strach a úzkost, které mohou být příčinou rozvoje nežádoucích rysů osobnosti (např. generalizovaná úzkost, ustrašenost, plachost, neprůbojnost) a celkové neurotizace dítěte, provázené somatickými příznaky. Někdy může nepřiměřené trestání dítěte vyvolat únikové jednání nebo agresivitu.¹

Výchovný styl, jehož používání v rodině převažuje, může být autoritativní, liberální a demokratický. Tyto styly jsou charakterizovány následovně:

- ⇒ „**autoritativní styl** se vyznačuje důrazem na bezpodmínečnou poslušnost a podřízení bez dlouhých diskusí;
- ⇒ **liberální styl** (označovaný jako „laissez-faire“) zdůrazňuje ponechání velké volnosti bez omezování jeho vlastních aktivit;
- ⇒ **demokratický styl** respektuje samostatnost dítě, právo rozhodovat o sobě, ale na druhé straně vyžaduje odpovědnost k sobě i druhým. Klade důraz na společné řešení konfliktu a na význam společného rozhovoru, opírá se o vysvětlování, ponechává dítěti přiměřenou volnost, na druhé straně však dítě zná nezbytné meze.“²

V rodině většinou převládají tendence některého z vyjmenovaných stylů, jejich používání se prolíná a odvíjí od výchovných postojů rodičů, ty jsou ovlivněny jednak zkušeností z vlastní rodiny, vztahy v původní rodině a osobností rodičů.

¹ ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha, UK, Karolinum, 1993

² LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha, Grada, 1998

Matějček,¹ píše o výchovných postojích, které u rodičů ovlivňují jejich výchovné chování a dělí je do dvou skupin, přičemž do první skupiny řadí ty, které jsou v citovém vztahu k dítěti záporné a do druhé postoje nadměrně kladné. Oba krajní příklady vedou k nesprávným typům výchovy.

a) Nadměrně negativně laděné výchovné postoje rodičů vedou k výchově:

1. **zavrhující** - (často skrytá), dítě je vědomě nebo nevědomě trestáno, omezováno, utlačováno a zaháněno do postoje vzdoru a protestu, nebo do pasivity a rezignace. Důvodem může být připomínka životního nezdaru, zklamání, otřesu apod. (nechtěné dítě, dítě neprovdané matky apod.), nebo dítě pro své nedostatky nespĺnilo očekávání rodičů;
2. **zanedbávající** - v různé intenzitě, opět spíše ve skryté formě, často v rodinách s nízkou socioekonomickou úrovní, děti nemají povinnosti, škoľe se vyhýbají, nevytvoří si vědomí povinnosti. Jsou to rodiny zatížené asociálností, v otevřeném konfliktu se společenskými normami. Z hlediska výchovného je u dítěte situace zhoršována nevhodným příkladem.

b) Nadměrně pozitivně laděné výchovné postoje vedou k těmto typům výchovy:

- **rozmazlující**, rodiče nezdravě citově závislí na dítěti, nechtějí mu umožnit, aby se osamostatnilo a přestalo být na nich citově závislé, podřizují se jeho přáním a náladám. Rodiče postupně ztrácejí u dítěte autoritu, dítě je nejisté a postrádá dostatek sebedůvěry pro soužití s ostatními lidmi;
- **příliš úzkostná a příliš protektivní (ochranná)**, rodiče jsou na dítěti příliš závislí, může se jednat o rodiče věkově starší, nebo kteří dlouho očekávali narození potomka apod.. Nadměrně dítě ochraňují, brání mu v některých činnostech a tím jej zbavují vlastní iniciativy a volnosti. To se pak snaží situaci překonat nebo z ní uniknout, podle vlastního temperamentu nebo okolností. U těchto dětí se může projevit agresivita zaměřená proti svým omezovatelům nebo nezaměřená agresivita, kterou dítě kompenzuje omezováním. Tyto děti se často snaží dostat do různých kolektivů a part, jsou pro ně přitažlivé výbojné party. Opačná reakce dítěte na protektivní výchovu je utlumení vlastních aktivit a pasivní podřizení. Ve středním a starším školním věku se tyto děti nedovedou zapojit do kolektivu, přizpůsobit se různým situacím, trpí ústrky ostatních dětí a často bývají šikanovány;

¹ MATĚJČEK, Z.: *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha, SPN, 1992

- **s přepjatou snahou o dokonalost dítěte - perfekcionismus**, možnosti dítěte nejsou realisticky hodnoceny, ale dítě je rodiči nuceno k dokonalým výsledkům, je přetěžováno. Mnohdy jde o vlastní nezdár nebo přání, kterého rodiče nedosáhli. Tato výchova vede k různým obranným postojům;
- **protekcni**; rodiče chtějí, aby dítě dosáhlo určitých hodnot za každou cenu, bez zvážení toho, jakým způsobem jich dítě dosáhne. Nechtějí dokonalé dítě, ale chtějí je dostat tam, kde se domnívají, že je to pro ně výhodné. Děti vlastními silami „umetají cestičky“ – pomáhají jim, pracují za ně apod.. Většinou jde o rodiče neuspokojené ve své vlastní kariéře, rodiče starší nebo děti postižených.

Pro pochopení vlivů nesprávné výchovy na osobnost a její utváření uvádí Kohoutek¹ následující schéma podle H.R. Lückerta:

Chybná výchova	Zážitková konstituce	Reakce	Životní motto	Centrální inklinace
REJEKČNÍ (odmítavá, bez lásky)	slabá	úzkostnost	„Jsem špatný, všichni mnou opovrhují“	pocit méněcennosti
	silná	hostilita	„Svět je špatný, musím tedy proti němu bojovat“	agresivita
HYPERTPROTEKTIVNÍ (hýčkáající, rozmazlující)	slabá	bezmocnost	„Jsem slabý, všichni mi musí pomáhat“	opožděné zrání, potřeba protektivity
	silná	sebeprosazování	„Musím být vždy a všude první“	egocentrismus
HYPERDOMINANTNÍ (ovládavá, perfekcionista)	slabá	podrobnost (submisivita)	„Musím vždy poslouchat, podrobit se“	hypobulie*
	silná	agresivita (resp. asertivita)	„Musím jiné také ovládat, potlačovat“	hyperbulie**
LAXNÍ (vlažná)	silná	konformita	„Přizpůsobuji se současné situaci“	slabost svědomí
	slabá	egoismus	„Musím se prosadit na účet jiných“	slabé morální zábrany
KONTRASTNÍ (teplé či studené „sprchy“ za tentýž projev)	silná	nerozhodnost	„Nevím co mám dělat“	vnitřní nejistota
	slabá	přetvářka	Musím se vždy postavit do dobrého světla“	

*oslabená vůle, bezradnost, úbytek popudů k činnosti

**„přebujelost“ volní činnosti, chorobná rozhodnost, průbojnost

¹ KOHOUTEK, R.: *Základy užité psychologie*. Brno, CERM, 2002, str. 277

Vhodná rodinná výchova dává dítěti možnost harmonického rozvoje. Jejím předpokladem jsou harmonické vztahy v rodině mezi všemi členy, zdravý a motivující životní styl rodiny. Takovým typem výchovy je demokratická výchova. Demokratický styl uplatňovaný v rodinné výchově zajišťuje příznivý vývoj dítěte, pokud je uplatňován v bezpečném a laskavém prostředí. V takové rodině dochází k oboustranné komunikaci se vzájemným respektem, odměny a tresty jsou přidělovány zaslouženě a přiměřeně.¹

2.4 Rodina a rozvoj závislosti

V této kapitole se budu zabývat faktory, které v prostředí rodiny mohou vyvolávat rozvoj závislosti. Z hlediska vzniku závislosti Hajný² poukazuje na skutečnost, že rodina není hlavní příčinou vzniku závislosti, ale lze identifikovat určité významné znaky v rodinách, které se podílejí na jejím rozvoji. Dále autor uvádí, že při výzkumech mezi závislými a jejich rodiči byly zjištěny jednak vztahy nadměrně angažované, přehnaně ochraňující, tak chladné a lhostejné postoje, u velkého počtu závislých se zjistil v rodině alkoholismus, mnoho závislých má v sobě nezpracovanou náhlu smrt jednoho z rodičů, nejčastěji otce. V rodinných historiích se objevují traumatizující prvky, jako jsou sebevraždy, psychická onemocnění, násilí, úmrtí, rozvody rodičů a chronické partnerské konflikty. Znaky vedoucí k rozvoji závislosti, opakující se v rodinách závislých, Hajný (tamtéž) roztřídil do následujících skupin:

- „nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte: chybí zpětná vazba ze strany rodičů, výchovné postupy jsou nedůsledné, neprůhledné, dochází k vynucování pocitů viny, nerealistických předsevzetí;
- narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem: opakující se struktura rodinných vztahů závislých spočívající v nadměrně ochraňující a pečující matce a chladným, slabým či nepřítomným otcem, rizikem jsou závislé matky, které se pro dcery mohou stát identifikačním vzorem;
- chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi: v rodinách není přesně stanoveno, kdo co má dělat, kdo má za co zodpovědnost a kdo si čím může být jistý, dítě vyrůstá v nejistotě, stále se mění jeho kompetence, svoboda a

¹MATEJČEK, Z.: *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha, SPN, 1992

²HAJNÝ, M. in: KALINA, K. a kolektiv.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003

odpovědnost. Extrémním příkladem narušení mezigeneračních hranic je zneužívání či incest, které vedou k problémům se sebeúctou, sebevražedným myšlenkám, poruchám příjmu potravy;

- skryté, nedostatečné či excesivní vyjádření hněvu v rodině: některé zlostné projevy jsou potlačovány, jiné se objevují v nadměrně neadekvátní míře. Zvýšená hladina napětí v takových rodinách je posilujícím faktorem udržování závislosti;
- závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu: přetíženost rodičů v práci nebo partnerském konfliktu dítě vyvažuje tím, že si najde úzký kruh party, kde většinu svých nálad řeší zpočátku kouřením marihuany a později užíváním drog, často se objevuje při prvním pokusu o odpoutání se od rodiny, užívání má poskytnout dítěti svobodu, ale naopak vnitřně posiluje závislost na rodičích;
- jeden či více závislých členů rodiny: míra rizika narušení dítěte je přímo úměrná tomu, jak závislost rodiče ovlivňuje chod rodiny, rodinné rituály a společně trávený čas. Nečekané reakce závislého rodiče mohou dítě znejistit, identifikace s rodičem je narušena, zklamaná očekávání přispívají k jeho rezignovanému životnímu postoji, popírání závislosti rodičem vede k hlubokému narušení důvěry, bezmocnému vzteku, problematické jsou také důsledky chování druhého rodiče, který situaci neřeší;
- kodependence: jak jsem již uvedla v kapitole o vzniku drogové závislosti, dítě žijící v rodině se závislým členem, může být vystaveno fyzickému i emočnímu zneužívání a následný způsob jeho adaptace může být takový, že si vytváří vazby závislosti na druhém, abusus je později způsobem, jak dočasně mírnit své utrpení.¹

Klasifikace vzniku závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Podle tohoto pojetí lze rozlišit:

- ✓ **závislost traumatickou**, která je způsobena náhlou reakcí na trauma, ztrátu, konflikt a pocity úzkosti, zlosti či paniky. Rodinnými faktory v tomto případě jsou zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině;

¹ HAJNÝ, M. in: KALINA, K. a kolektiv.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, str. 142-143

- ✓ **závislost neurotickou**, která se vyvíjí v rodině s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, nejasnými hranicemi mezi generacemi, zdůrazňováním rozdílů mezi dobrým a špatným dítětem a partnerskými obtížemi, což je nejčastější typ;
- ✓ **závislost přechodovou**, odpovídající těm osobnostním rysům závislých, které jsou popisovány jako hraniční – nestálost v osobních vztazích, epizodické úniky do fantazijního či zcela psychotického prožívání a myšlení; v rodinách se může vyskytovat psychiatrická zátěž, emočně nezvládnuté těžké trauma, příklon k°nezvyklým životním aktivitám jako jsou sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání aj.;
- ✓ **závislost sociopatickou**, rodina vykazuje vysokou míru lhostejnosti, fyzického násilí, kriminality, zneužívání, případně byl jedinec vychováván v instituci. Tento typ závislého se projevuje asociálním jednáním, vlastní vinu nebo odpovědnost nepřipustí, užívání drog není primárním zdrojem jeho problémů, jde jen o doplněk jeho problémového chování.¹

2.5 Situace v rodině s drogově závislým jedincem

Pro každou rodinu je drogová závislost jejího člena obrovskou zátěží, zejména pro děti přestává skýtat rodina bezpečné zázemí. Nepředvídatelné situace vyvolané závislým jedincem hrubě narušují rodinný systém. Pokud má závislý jedinec partnera, neustálé problémy ve°všech oblastech života vyvolávají vyhasnutí emočních vztahů. Kromě vztahové disharmonie se dříve či později u uživatele projeví finanční problémy, protože, jak jsem již zmínila, peníze na drogy je uživatel získávat i pro rodinu nepřijatelnými způsoby, které ji v konečném důsledku poškozují (zadlužování, rozprodávání rodinného majetku apod.). Často tak nešťastné rodiny nevědí, jak mají situaci řešit, a proto takové vážné narušení rodinného soužití vyústí k rozpadu rodinných vztahů a vazeb, závislý končí na ulici. Buď odchází sám, nebo je vykázan. V některých případech, na nátlak svých blízkých nebo ve snaze vyhnout se trestnímu řízení či jiným potížím, uživatel nastoupí léčbu. Pokud je však jeho rozhodnutí k léčbě založeno na těchto uvedených motivačních faktorech, výsledný efekt léčby nemusí být žádoucí. Motivace k léčbě by měla být založena na vlastním uvážení a rozhodnutí, potom je šance na její úspěšné dokončení a také zvládnutí situace po léčbě.

¹ HAJNÝ, M. in: KALINA, K. a kolektiv.: *Drogy a drogově závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003

Rodinné soužití s drogově závislým jedincem v jedné domácnosti, ať již je drogově závislým rodič nebo dítě, je velmi obtížné, vyčerpávající a traumatizující, proto často končí destrukcí rodinných vztahů bez zájmu o jejich obnovení.

2.6 Dílčí závěr

Jednoznačné definování rodiny je obtížné s přihlédnutím k obecně přijímaným definicím společenskovedních oborů. V posledních desetiletích dochází ke změně ve struktuře rodiny, dítě je často vychováváno pouze jedním z biologických rodičů. Pak hovoříme o neúplných rodinách, pokud následuje založení nové rodiny, hovoříme o rodinách rekonstruovaných. V rámci mezilidských vztahů funguje rodina jako systém s podsystémy, ve kterých dochází k různým vztahům. Fungování subsystémů v rodině ovlivňuje stabilitu rodiny. Ve vztahu k dítěti zajišťuje rodina řadu významných funkcí, které se podílejí na jeho vývoji a socializaci. Některé rodiny neplní všechny svoje funkce tak, jak se od nich očekává, tehdy hovoříme o rodinách problémových, dysfunkčních a afunkčních. V posledně jmenovaných rodinách je dítě ohroženo ve svém vývoji, někdy i na životě a tuto situaci je nutno řešit zásahem kompetentních státních orgánů.

Pro budoucí život dítěte má rodina z hlediska výchovy zásadní význam. Většina rodin vychovává své děti podle zkušeností z vlastní rodiny. Výchovný styl rodičů ovlivňuje jejich osobnostní rysy. V některých rodinách se používá při výchově nadměrně kritický styl k projevům dítěte, tehdy hovoříme o výchovném stylu autoritativním. Naopak zase může být dítěti ponechávána absolutní volnost a tento styl je pojmenován jako liberální. Nejvhodnějším výchovným stylem se jeví styl demokratický, při kterém sice má dítě právo rozhodovat o sobě, ale na druhé straně je na něm vyžadována odpovědnost k sobě i druhým lidem, je kladen důraz na spolupráci, je mu ponechána určitá volnost, ale na druhé straně zná své hranice. Negativní výchovné postoje ve výchově vedou k výchově zavrhujeví nebo zanedbávající. V prvním případě je dítě nadměrně trestáno a omezováno, zaháněno do postojů vzdoru, protestu nebo pasivity a rezignace. Ve druhém případě rodiče většinou ani nevědí, co jejich děti dělají, protože se o ně z různých důvodů nestarají. Naopak nadměrně pozitivně laděné výchovné postoje vedou k výchově rozmazlujeví, při které rodič postupně ztrácí autoritu, tyto děti se těžko sžívají s ostatními lidmi. Dalšími typy přehnaně pozitivního ladění je výchova úzkostná a projektivní, při které jsou rodiče na dítěti závislí, omezují je, chtějí je co nejvíce k sobě připoutat. Takové děti se obtížně sžívají s kolektivem, bývají šikanovány.

Perfekcionistická výchova je taková, při které rodiče nutí dítě k dokonalým výkonům bez ohledu na jeho schopnosti, což u něj vyvolává různé obranné mechanismy. Výchova protekční je takový typ pozitivně laděné výchovy, kdy rodiče i za cenu protekce usilují, aby dítě dosáhlo určitého cíle, protože se domnívají, že je to pro ně dobré. Většinou jde o rodiče, kteří prostřednictvím svých dětí chtějí splnit neuskutečněné vlastní cíle. Výchova ovlivňuje utváření osobnosti. Při používání nesprávné výchovy dochází k určitým relativně stálým nevhodným životním postojům.¹

Na rozvoji závislosti se může podílet rodina faktory, které uvádí Hajný² jako je nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte. Autor uvádí, že do této skupiny patří narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem, chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi; skryté, nedostatečné či excesivní vyjádření hněvu v rodině, závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu, jeden či více závislých členů rodiny a kodependence. Klasifikace vzniku závislosti ve vztahu k rodinnému prostředí dává do souvislosti typ závislosti a rodinnou strukturu. Podle tohoto pojetí lze rozlišit závislost traumatickou, neurotickou, přechodovou a sociopatickou. Traumatická závislost je způsobena náhlou reakcí na trauma, v tomto případě se jedná o zneužití, úmrtí, nezvládnutý odchod jednoho z rodičů, násilí, onemocnění, psychická porucha v rodině. U závislosti neurotické jde o rodinu s nahromaděným napětím, neřešenými vztahovými problémy, nejasnými hranicemi mezi generacemi, zdůrazňováním rozdílů mezi dobrým a špatným dítětem a partnerskými obtížemi, což je nejčastější typ. Přechodová závislost odpovídá osobnostním rysům hraničním, v rodinách se může vyskytovat psychiatrická zátěž, emočně nezvládnuté těžké trauma, příklon k neobvyklým životním aktivitám jako jsou sekty, esoterické vědy, holotropní dýchání aj.. Závislost sociopatická je taková, při které rodina vykazuje vysokou míru lhostejnosti, fyzického násilí, kriminality, zneužívání, nebo byl jedinec vychováván v instituci. Tento typ závislého se projevuje asociálním jednáním, vlastní vinu nebo odpovědnost nepřipustí, užívání drog není primárním zdrojem jeho problémů, jde jen o doplněk jeho problémového chování.³

Na základě těchto poznatků jsem dospěla k následujícím výzkumným implikacím.

¹ KOHOUTEK, R.: *Základy užití psychologie*. Brno, CERM, 2002

² HAJNÝ, M. in: KALINA, K. a kolektiv.: *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003

³ HAJNÝ, M. tamtéž

2.7 Implikace pro výzkum

1. Jaké bylo rodinné prostředí klienta?
2. Jaký výchovný styl se v klientově rodině uplatňoval?
3. Lze vypořádat původ klientovy závislosti v jeho rodině?
4. Jak lze možné charakterizovat klientovy vztahy k rodině před vstupem klienta do TK?

3. Terapeutická komunita pro drogově závislé

Terapeutická komunita je základní metodou léčby drogových závislostí, která se opírá o zkušenosti z evropských a amerických programů. Jde o koncepci léčby pro drogově závislé osoby, která účelně využívá vliv vrstevníků ke změnám v chování jedince potřebným směrem.¹ Terapeutická komunita představuje chráněné prostředí bez drog, ve kterém se drogově závislí jedinci účastní léčebného programu, jehož cílem je změna postojů ke droze a bezdrogový život. Obecným cílem léčby v terapeutické komunitě je změna dosavadního rizikového jednání klienta na zdravotně i sociálně akceptovatelný a pro něj spokojený životní styl. Vyšším cílem je pak plná abstinence klientů od návykových látek, jejich osobnostní růst a plná sociální rehabilitace, přičemž abstinencí se rozumí nepřijímání jakýchkoli látek ovlivňujících vědomí. Za úspěšnou sociální rehabilitaci je považován návrat klienta do jeho přirozeného sociálního prostředí, získání schopnosti vytvářet a udržet kvalitní vztahy a jeho plné profesionální uplatnění.

3.1 Terapeutické faktory terapeutické komunity pro drogově závislé

Terapeutická komunita (dále jen TK) nabízí bezdrogové prostředí po 24 hodin denně. Rámcová charakteristika terapeutického působení TK pro závislé může být shrnuta následovně:

1. Náhrada rodiny

TK slouží jako náhradní rodina, která nabízí klientům možnost osobního růstu v bezpečném prostředí.

2. Jednotná filosofie

Jednotná filosofie TK, která je snadno pochopitelná, vysvětlitelná a podporovaná všemi členy komunity.

3. Terapeutická struktura

Prostředí TK má jasnou strukturu, jsou podávány jasné a jednoznačné informace. Tato struktura nabízí klientům bezpečí a ochranu. V TK existuje málo, ale zato jasných základních pravidel. Prostředí TK poskytuje dostatečný tlak k učení, ale současně dostatek struktury

¹ DE LEON, G., KOOYMAN, M., NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*, Praha, Lidové noviny, 2004

nutné k tomu, aby se rozvíjela bez přílišné organizovanosti. Klientům musí být umožněno dělat chyby; TK s příliš velkým počtem pravidel je mrtvá. Ve struktuře TK se mohou klienti pohybovat do pozic s narůstajícími zodpovědnostmi na různé úrovni jejich vývoje.

4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

V TK musí být udržována rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jedince. Demokracie ve skupině je způsob delegování moci všem osobám, aby rozhodnutím většiny přijímala rozhodnutí a řešily se konflikty. TK, která by však delegovala všechnu moc pouze klientům, kteří jsou oproti personálu v přesile, by se mohla stát anti-terapeutickou a vytvářet tak kolektivní obranu proti terapii. Terapie je v TK povinná pro všechny. Klienti se nemohou rozhodovat zda se jí zúčastní či neúčastní. Autonomie jedince je omezena na to, že je součástí skupiny.

5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce

Učení probíhá formou sociálního učení prostřednictvím sociální interakce (Jones, 1953). Rezident se v TK nesmí izolovat. Má být aktivně vtažen a nepřetržitě dostávat informace o svém chování a postojích. Klienti ve vyšších fázích slouží jako modelové role - vzory pro nové rezidenty. Klient se učí fungovat v různých sociálních rolích. Prostřednictvím zpětné vazby získává náhled na své chování. Učí se činit rozhodnutí a přijímat důsledky těchto rozhodnutí.

6. Učení prostřednictvím krizí

Učení je podporováno zažíváním krizových situací. To může být chápáno podle Eriksonovy teorie sociálního učení, který na proces dozrávání pohlíží jako podstupování série krizí vedoucích k neuspořádanosti, pokračující k opětovnému uspořádání na vyšší úrovni po jejím zvládnutí.

7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu

Vše, co se v TK odehraje, je terapie. Členové TK si musí připravovat jídlo, pracovat, starat se o sebe i o dům a musí se proto učit zvládnout různé role.

8. Odpovědnost klientů za jejich chování

Klient není pacient a není tak s ním zacházeno. Roli pacienta charakterizují především tyto přístupy:

- a) pacient je povinně zbaven své normální role;
- b) s pacientem není zacházeno jako s osobou zodpovědnou za svou situaci;
- c) od pacienta je očekáváno, že bude na svoji situaci pohlížet jako na nežádoucí stav a že opustí svoji roli pacienta ihned, jakmile o tom rozhodne úsudek lékaře;
- d) pacient je povinen vyžadovat pomoc.

První dva přístupy u klientů v TK neplatí. Naopak, nemají si hrát na oběť nebo svalovat vinu za svoji situaci na druhé nebo na společnost. Namísto toho, je jim připomínáno, že se chovali dětinsky, byli hloupí a nezodpovědní. Klient je vnímán jako člověk, který potřebuje pomoc, ale musí se naučit o pomoc požádat. Současně je vnímán jako osoba, která dokáže pomoci ostatním členům komunity.

9. Zvyšování sebevědomí prostřednictvím vlastního přičinění

Překonáváním strachu z nezvládnutí věcí formou hry, postupně krok za krokem, hraním „jako že“ se nebojí, se sebevědomí klienta zvyšuje. Je to výsledek toho, že se podílel na různých tvořivých aktivitách a vzdělávání v komunitě. Zvýšené sebevědomí zmenšuje strach ze selhání nebo odmítnutí. Pomáháním druhým osobám si klient uvědomuje svoji hodnotu pro druhé, čímž současně zvyšuje vlastní sebeúctu.

10. Internalizace pozitivního žebříčku hodnot

Pozitivní žebříček hodnot je klientovi nabízen a postupně internalizován. Rezident se učí být čestný, konfrontovat a kritizovat negativní a sebedestruktivní chování a postoje a chápat problém jako výzvu.

11. Konfrontace

Konfrontace a tlak namířený na nově přijatého klienta musí být limitován, jinak ho mohou vytlačit z komunity. Život v komunitě zpočátku pro nové klienty představuje stres, ale když se klient začne v terapeutickém programu rozvíjet, začne programů důvěřovat a jeho obranné mechanismy se naruší. V této situaci, kterou může prožívat jako krizi, je připraven začít měnit svoje postoje a chování. Učí se hovořit o svých vnitřních konfliktech a čelit emočnímu napětí, které je spojené s pocity viny a vlastní neschopnosti. Základní strach ze zničení zmizí a klient je schopen zcela odložit své obrany a udělat krok k přímé emocionální konfrontaci s dalšími osobami namísto prezentace toho, co se s ním děje, prostřednictvím „hraní“. Zjištění, že ostatní jeho změny kladně hodnotí, odbourává jeho strach z odmítnutí a také se učí, že pro to, aby byl hodný lásky, nemusí být dokonalý, jak si mohl myslet v dětství. Klient se učí, že konfrontace není mířena vůči jeho osobě, ale na jeho chování.

12. Pozitivní tlak vrstevníků

Stejně jako může tlak vrstevníků na člověka působit, že začne brát drogy, může jej pozitivní tlak vrstevníků vést k rozhodnutí abstinovat a ovlivnit pozitivní chování uvnitř komunity. Klienti jsou v TK konfrontováni s negativním chováním prostřednictvím svých vrstevníků, déle abstinující se stávají vzory. Klient je veden tak, aby u druhých sledoval a kritizoval nebo komentoval jejich chování a postoje, což je opak toho, jak se choval na ulici,

kde se o druhém závislém s žádnou autoritou nehovoří. Není oceňována hra na oběť a velmi rychle je rozpoznáno, odhaleno a ostře odsouzeno manipulativní chování.

13. Učení se pochopit a vyjádřit emoce

V encounter* skupinách a dalších skupinových sezeních jsou klienti povzbuzováni ve vyjadřování svých emocí. K vyjádření emocí slouží jako jasný nástroj většinou křik. Klient se učí překonávat strach z emočního projevu, svoje city nemusí „přehrávat“ jiným způsobem. Klient zjišťuje, jak dávat najevo pozitivní emoce jako je radost a potěšení, které se vyjadřují obtížněji.

14. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní

Závislí mají k sobě většinou negativní přístup ve smyslu, že je nikdo nemá rád, že nikoho nepotřebují, že nemají právo na život. Tyto jejich negativní postoje mohly vzniknout v dětství, kdy jim pomáhaly zvládat život, když byli ještě malí, ale v dospělosti se staly velkým problémem. Změna negativních postojů k sobě vyžaduje hodně času. Změnit negativní postoje sám k sobě vyžaduje mnoho času. Skupin (jako např. New Identity Process), v nichž jsou falešné identity nahrazovány skutečnými identitami, mohou pomoci překonat tento handicap, kdy člověk má negativní názor na svět způsobený negativním „prorocím“ o sobě.

15. Zlepšení vztahů s původní rodinou

Vztahy s rodiči nebo dalšími příbuznými jsou obnoveny za pomoci personálu, v době po ukončení iniciační (vstupní) fáze, která je provázena zákazem kontaktů. Ve vstupním období rodiče navštěvují rodičovské skupiny, někdy je navštěvují ještě před přijetím klienta do TK. Rodinná terapie součástí léčby v TK. Ve skupinových sezeních mohou být emočně zpracovávány „nevyřízené účty“ s rodiči, jež jsou pouze symbolicky nahrazeny (prázdné židle, role rodičů hraná dalšími rezidenty či členy týmu), což se může realizovat rámci encounter skupin.

Uvedené terapeutické faktory TK jsou, pro terapeutický proces nezbytné. Pokud některý z těchto principů v TK chybí, léčba bude méně efektivní.¹

** „Encounter znamená setkání s dalšími osobami. V encounter skupině je prostřednictvím setkávání s druhými možné učit se o sobě samém. Základní předpoklady o encounter skupině byly formulovány už v Synanonských „hrách“. V TK získaly tyto konfrontační skupiny název encounter, který je rovněž užíván pro emocionální interakční skupiny vyvinuté ve stejném období Hnutím pro lidský potenciál.*

Encounter skupina obsahuje tyto základní předpoklady:

- *kritičnost je hodnotná;*
- *„každý někdy nemá pravdu“; encounter skupina není boj o to, kdo má pravdu; rovněž to není diskusní skupina;*

¹ KOOYMAN, M.: *Terapeutická komunita pro závislé*, In: *Terapeutická komunita pro závislé I. - Vznik a vývoj*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny. 2004

- *nikdo není dokonalý;*
- *vedoucí skupiny je rovněž otevřen konfrontací;*
- *pokud ti jeden člověk zkouší něco říct o tobě, může to být jeho problém; pokud ti stejnou věc říkají dva lidé, měl bys pozorně naslouchat; pokud ti stejnou věc říká šest osob, měl bys raději akceptovat to, co ti říkají;*
- *od skupiny dostaneš pouze to, co do ní vložíš.*¹

3.2 Terapeutická komunita pro drogově závislé „FIDES“ Bílá Voda

Terapeutická komunita (dále je TK) FIDES byla založena v červenci 1996, jako pracoviště Psychiatrické léčebny Bílá Voda. Zkratka FIDES znamená: víra, důvěra, morální závazek. TK je samostatně stojící dvoupatrová budova s přílehlými hospodářskými budovami a menším pozemkem.



Obrázek 1.: Budova terapeutické komunity Fides, Bílá Voda

Do komunity klient nastupuje dobrovolně, pokud je rozhodnutý k léčbě závislosti na nealkoholových drogách. Terapie využívá specifík práce s malou koedukovanou skupinou klientů (kapacita zařízení je 14 členů). Tento systém umožňuje zapojení všech členů skupiny do jejího každodenního fungování. Snaží se co nejvíce přiblížit běžnému chodu domácnosti a tím reflektovat zdravý životní styl. Zároveň je léčba rozdělena do třech fází s rostoucí mírou osobní zodpovědnosti. Klientovi je tak nabízena možnost osobnostního růstu.

¹ KOOYMAN, M.: tamtéž, str. 44 - 50

V TK Bílá Voda pracuje multidisciplinární tým tvořený lékařem, psychologem, sociálním pracovníkem, ergoterapeutem, sestrou a terapeutky. Vedoucím lékařem je „otec“ komunity a vedoucí komunity je sociální pracovníce a terapeutka v jedné osobě- „matka“ komunity. Všichni pracovníci terapeutické komunity jsou absolventy psychoterapeutických výcviků:

- 5 terapeutů absolvovalo výcvik „SUR“ (sebezkušenostní výcvik, Skála);
- 1 terapeut výcvik „Gestalt terapie“ (otevřený systém - jeho principem je "tady a teď". „Má zážitkový charakter a je zacílena na osobní zkušenost klienta. Její cílem není interpretování klientových pocitů, činů a rozhodnutí, ale prostřednictvím zážitkových experimentů (přehrávání určitých situací, hraní vnitřních dialogů, imaginací, práce se sny, regrese - návrat do minulosti...) umožnit klientovi přímý prožitek a pak pracovat na tom, jak jej klient může ve svém životě využít...“¹);
- 1 terapeut absolvoval výcvik v°Systemické terapii (rodinná terapie, zabývá se významnými vztahovými systémy);
- 1 terapeut absolvoval výcvik v „Dynamické terapii“ („...vychází z předpokladu, že jakékoliv rizikové chování pramení z poruch mezilidských vztahů. Cílem je podpořit rozvoj lidského potenciálu k harmonickému životu. Příčinu symptomů hledá v°minulých zážitcích klienta s cílem pochopit, jaký mají tyto zážitky podíl na vzniku daného symptomu...“²).

3.2 1 Příjem do komunity

Podmínky k přijetí do TK jsou zaslání žádosti, jejíž formulář je k dispozici na webových stránkách terapeutické komunity³, dále podrobného životopisu (klient popisuje dětství, dospívání, vztahy s rodinou partnerské vztahy, drogovou kariéru a kriminální minulost) a doporučení kontaktního centra, případně psychologické či psychiatrické ambulance, řádné zdravotní pojištění a dobrovolný vstup. V žádosti klient, mimo jiné, vyplňuje, zda užívá léky, zda se již někdy léčil, jaká je jeho motivace k léčbě. Součástí přijímacích administrativních záležitostí je, ještě před nástupem do TK, odeslání vyplněného a podepsaného „předvstupního dotazníku“, jehož obsahem jsou další informace potřebné pro přípravu na práci s klientem.

Na žádost obdrží klient písemnou odpověď, ve které je stanoven termín nástupu. Před nástupem do léčby musí klient absolvovat laboratorní vyšetření jaterních testů, hepatitidy a

¹ Článek: *Cíl a vhodnost Gestalt terapie*: <http://www.gestalt-terapie.eu/?pg=gestalt&sb=cil>

² Článek: *Definice základních pojmů*: <http://prevcentrum.cz/browseresult.php?href=defzpojmcpmr>

³ Internet: <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=40>

HIV, výsledky pak spolu s průkazem zdravotního pojištění a občanským průkazem předloží při samotném nástupu. Jedním ze základních pravidel léčby je nástup v dohodnutém termínu, který je striktně závazný. Pokud by se klient neomluvil doporučeným dopisem a přijel třeba o°den později, není přijat. K pobytu si klient přiveze vlastní peníze (kapesné), oblečení a hygienické potřeby.

Žadatel nastupuje k příjmu nejprve do psychiatrické léčebny v Bílé Vodě, ve které absolvuje vyšetření, případnou detoxifikaci a vstupní program (práce s motivací), poté je stanoven termín přestupu do komunity.

Přestup do komunity je spojen s prohlídkou všech osobních věcí, která se koná za jeho přítomnosti. Pokud jsou nalezeny věci, které nějakým způsobem symbolizují drogu, jsou rovněž za jeho přítomnosti spáleny. Poté se klient seznamuje s pravidly komunity a v 19.00 hodin nastupuje klauzuru, což je 24 hodin, kdy není zařazen do programu a s nikým nekomunikuje, je sám na pokoji. V této době mlčení má čas přemýšlet nad vlastní životní situací, píše životopis a sestavuje si konkrétní cíle pro jednotlivé fáze léčby.

Na tomto místě cituji úvodní odstavec z materiálu TK, který obdrží k přečtení klient při vstupu do komunity, abych tak přiblížila jeho situaci:

„Pobyt v komunitě, ke kterému jste se rozhodli, je cestou k životu bez drog. Je to cesta celoživotní a tvrdá, ale nejste na ní sami. Zde v komunitě jsou lidé, kteří jsou připraveni pomoci vám vyznat se sami v sobě a ujasnit si, co vlastně chcete, případně čím drogu ve svém životě nahradíte. Všechny pravidla, činnosti a požadavky na vás kladené vedou k cíli, jímž je svobodný život bez závislosti. Tohoto ani žádného jiného cíle však nelze dosáhnout bez vlastního rozhodnutí. Vita in manu vestra est – Život je ve vašich rukou.“^d

3.2.2 Fáze léčby

Léčba v terapeutické komunitě je rozdělena do fází, ve kterých klient na sobě pracuje a postupně dosahuje určitých konkrétních cílů. Čím více toho zvládá, tím výše se posunuje ve fázích léčby a také v tom, co je mu dovoleno. Přestupy do vyšších fází pro něj však znamenají nejen výhody, ale současně navyšování povinností a větší zodpovědnost. Podrobný popis jednotlivých fází léčby obsahuje příloha č. 4.

¹ Interní pravidla. TK Bílá Voda

1.1.1.1 Třetí fáze léčby

Tato fáze trvá nejméně 4 týdny. Na první komunitě si vybere „staršího sourozence“ a bude mu přidělen garant. Garant je pracovník komunity, za kterým klient dochází podle potřeby, provází jej terapií. Po absolvování klausury následuje rituál přijetí do komunity. Ve třetí fázi se klient seznamuje s komunitou, učí se chápat smysl terapie, má čas si uvědomit důvody svého rozhodnutí stát se členem komunity. Cílem této fáze je, aby si klient srovnal svůj vztah k minulosti a ke své závislosti. Svůj životopis a cíle léčby, kterých chce dosáhnout, přednese na komunitě. Jeho písemná podoba spolu s cíli léčby jsou vyvěšeny na nástěnce v komunitní místnosti tak, aby do nich mohl každý člen komunity kdykoliv nahlédnout. Součástí pravidel v třetí fázi léčby je přizvání rodinných příslušníků nebo blízkých osob ke společnému pobytu. Klient vykonává pouze nižší funkce a má za povinnost absolvovat dvě dovolenky v místě svého bydliště. V prvním měsíci této fáze nemá samostatné vycházky mimo komunitu a jeho pošta je kontrolována týmem.

1.1.1.2 Druhá fáze léčby – střednědobá léčba

Tato fáze trvá 18 – 20 týdnů. Ve druhé fázi léčby může klient požádat o návrat do nižší fáze nebo do ní může být týmem vrácen. V této fázi léčby má klient již zvládnout řídicí funkce a využívat celého psychoterapeutického a pracovního programu, bude zvládat krizové situace, kritiku dokáže vyhodnotit svoje nedostatky a schopnosti, bude pomáhat druhým a také nést zodpovědnost.

1.1.1.3 První fáze léčby – dlouhodobá léčba

Tato fáze trvá – 16 – 18 týdnů. V této fázi léčby by měl klient zaujmout pevný odmítavý postoj k drogám, řešit zátěžové situace, otevřeně komunikovat, samostatně se rozhodovat, mít částečně vyřešené vztahy s rodiči či blízkými. Cílem této fáze je také jasný plán o své budoucnosti – kde bude bydlet, pracovat a co bude dělat ve volném čase. Pracuje v domově pro seniory v Javorníku, účastní se psychoterapeutického programu a ostatní pracovní činnosti v komunitě vykonává podle svého uvážení. V závěru této fáze se věnuje zhodnocení pobytu a přípravě na odchod z komunity.

3.2.3 Pravidla a principy léčby

Pro léčbu drogových závislostí jsou pravidla a kontrola jejich přesné dodržování nezbytností. Jak již bylo uvedeno, závislým osobám je společné určité chování a prožívání, které se vedle jiného projevuje v oblasti sociálního chování neschopností vydržet u°dlouhodobějších činností a snížená adaptační kapacita následně vede k únikovým tendencím, které je možné regulovat zformulováním pevného systému pravidel a norem.¹

V TK jsou základní tzv. „kardinální pravidla“ léčby, která jsou tato:

- zákaz užití nebo vnesení drogy včetně alkoholu a léků,
- zákaz agrese a rasismu,
- zákaz sexu mezi členy komunity.²

Při porušení těchto nejzákladnějších pravidel je klient okamžitě propuštěn, k léčbě pak může být znovu přijat nejdříve po šesti měsících.

Další důležitá pravidla, která se týkají denního režimu a pobytu v TK jsou předkládána klientům při nástupu k léčbě v písemné podobě, po dobu pobytu jsou klienta jsou mu k dispozici v komunitní místnosti. Jedná se o tyto pravidla léčby:

1. *„Terapie je povinná, program je závazný. O všem se mluví včetně dopisů, telefonátů, návštěv, osobním volnu, na komunitách. Deník se píše průběžně a odevzdává se ve čtvrtek na ranní komunitě.*
1. *Při přijetí na TK odevzdá klient nebezpečné předměty, léky, mobilní telefon a přehrávače se sluchátky.*
2. *Za cenné věci si každý ručí sám.*
3. *Uklízíme a staráme se o věci a vybavení v TK. Kdo něco rozbije, tak to nahradí. Za poškozené věci zodpovídá celá skupina.*
4. *Klient hlásí odchod a příchod z komunity.*
5. *Návštěvy mužů na ženských pokojích a naopak jsou nepřipustné.*
6. *Kouřit lze venku a v kuřárně v době osobního volna. Nekouří se při sankcích a v době od 22.15 do 5.00, o víkendu do 6.00.*
7. *Každý má povinnost přečíst si životopis nového člena a připravit si dotazy na životopisnou skupinu.*
8. *Svěřené funkce plní každý poctivě podle návodu.“³*

¹ FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých*. 2000, Disertační práce

² *Interní pravidla*. TK Bílá Voda, jsou součástí přílohy č. 1

³ *Komunitní pravidla*. TK Bílá Voda, interní materiál, viz příloha č. 1, 2

Za nedodržení pravidel vždy následuje sankce ve formě činnosti prospěšné všem členům komunity – například žehlení, sekání dřeva.

3.2.4 Výchovná a psychoterapeutická práce v komunitě

Terapeutická práce v komunitě je výchovným vztahem, ve kterém se klade důraz na konkrétní výchovné cíle.¹

1. výchova k samostatnému rozhodování a zodpovědnosti. Někteří klienti se projevují pasivitou a závislým dětským chováním, které je podporované postojem rodičů. Upřímnost a otevřenost je základním léčebným principem, ale zpočátku je pro většinu klientů těžký. K otevřené komunikaci někteří dospějí až před samým koncem léčby;
2. velmi nutná je regulace agrese. Její ventilace je však velmi důležitá. Projevení agrese je možné pouze v prostoru komunitní místnosti za přítomnosti ostatních členů komunity a to buď při mimořádně svolané skupině, nebo během psychoterapeutické skupiny;
3. rituály - smyslem je vytvořit pocit sounáležitosti, zakotvení a současně oddělit jednotlivé etapy pobytu v léčbě. Kromě velkých rituálů existuje v TK řada malých rituálů, mezi které patří činnosti, které se jinak jeví jako nezajímavé. Jde například o vstávání, snídane, úklid, ranní setkání komunity, práce, oběd, odpočinek, fyzická nebo psychická práce, volný čas, večeře, večerní setkání komunity, příprava na spánek. Tyto rituály podporují zodpovědné plánování času, zacházení se sebou a s ostatními, s časem, pěstují zvyky, které vytvářejí jistotu a spolehlivost, učí dodržování pravidel, řádu;

Psychoterapeutická práce je v komunitě přesně strukturovaná a je realizovaná formou komunit, ke kterým se klienti s terapeuty scházejí podle předem stanoveného plánu:

4. pravidelně dvakrát denně a to na ranní a večerní komunita, trvá 90 minut. Obsahem těchto setkání jsou reflexe z prožitého dne, denních a večerních programů a práce se sny. Začátek každé komunity je věnován technickým záležitostem, kde se stanoví aktuální plán práce, udílí se sankce a pochvaly.
5. psychoterapeutická skupiny v délce 90 minut je zaměřena tematicky, biograficky, interakčně, sociometricky nebo arteterapeuticky;

¹ KOOYMAN, M.: *Terapeutická komunita pro závislé*, In: *Terapeutická komunita pro závislé I.-Vznik a vývoj*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny. 2004

6. Velká Komunita – koná se jednou měsíčně, slouží ke zhodnocení jednotlivých etap léčby klientů nebo hodnocení vlastních pokroků v léčbě; a projednávají se návrhy klientů a týmu vztahující se k úpravě pravidel a návrhům, skupina plánuje aktivity a práci na další měsíc.
7. mimořádná skupina se koná na základě svolání kohokoli třemi údery do gongu. Důvodem jsou situace, kdy někdo potřebuje pomoc nebo podporu při řešení problému nebo konfliktu;
8. Životopisná skupina je součástí biograficky orientované terapie a probíhá na začátku léčby. Jak jsem dříve uvedla, klient před ostatními prezentuje svůj životopis a cíle, kterých chce při léčbě dosáhnout. Tento životopis následně vyvěsí na nástěnce tak, aby byl všem přístupný.¹

3.2.5 Pracovní terapie

Těžištěm léčby v komunitě je resocializace, v rámci které se klienti v komunitě učí praktickým dovednostem a zodpovědnosti nejen za sebe, ale i za chod domu i hospodářství. Do pracovní terapie můžeme zařadit jednotlivé pracovní funkce, které klienti v určité fázi léčby vykonávají.

Chod domu zajišťuje „šéf domu“, kterého volí klienti na 14 dní. Do jeho činností náleží spolupráce s týmem, uděluje sankce (tj. takové činnosti, které jsou prospěšné komunitě – např. žehlení, štípání dřeva). Další funkcí je funkce kuchaře, který zajišťuje s pomocníkem dva týdny stravu pro všechny včetně terapeutického týmu, který se stravuje společně s klienty. Všechny funkce mají jen druhé fáze. Obě uvedené funkce zastávají členové, kteří jsou ve druhé fázi léčby. Další funkce jsou kotelník, který zajišťuje topení, hospodář se stará o drůbež, králíky a zahradu, méně náročnější funkce jsou ty, které jsou spojeny s péčí o dílnu, sportovní potřeby a praní.

Kromě práce v domě a na zahradě se klienti účastní veřejně prospěšných prací pro obec Bílá Voda, pracují v lesním závodě, pomáhají při sběru kamene na poli. Nedílnou součástí léčby je práce na udržování čistoty a pořádku v domě, která je pro většina klientů náročná, protože na každodenní zaměstnání nebyli zvyklí. Resocializace klienta (1. fáze) je

¹ *Komunitní pravidla*. TK Bílá Voda, interní materiál, viz příloha č. 1, 2

završena dvouměsíční prací na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny v Bílé Vodě.

3.2.6 Práce s rodinou

Cílem práce s rodiči nebo blízkými osobami je zapojení léčby a pomoci jim k získání náhledu na příčiny a mechanismy vzniku drogové závislosti. Rodičům nebo blízkým osobám je umožněn vícedenní pobyt v komunitě, během něhož se mohou seznámit s podmínkami léčby. Pobyt může pomoci navázat konstruktivní vztah s klientem a usnadnit komunikaci mezi rodičem a dítětem. Pobyt rodičů nebo blízkých osob je stanoven jako podmínka léčby.

Důležitou součástí práce s rodinou v komunitě je zážitkový pobyt rodičů a vztahová terapie. Obsah vztahové terapie si tvoří sám klient společně s rodinným příslušníkem. Začátkem celé terapie je vymezení poptávky obou zúčastněných a nalezení společných cílů terapie. Po dosažení terapeutického konsensu následuje společné hledání cesty a prostředků k naplnění stanoveného obsahu terapie. Klienti mohou využít celou škálu možností – mohou mít s rodinným příslušníkem pouze společný pobyt založený na společných prožitcích, které nabízí standardní program, společnou skupinovou terapii, individuální pohovor, kombinaci různých metod. Za důležité je považováno společné prožívání času v místě, kde je klient stabilizovaný, v prostředí, které je jeho a kde jsou jasně daná pravidla. Obecným cílem je podpora vzájemné komunikace, která by měla vést ke stanovení vlastních rodinných pravidel – prvně pro dovolenku klienta, pak pro život klienta po léčbě. Důraz je kladen na vzájemnou domluvu a respekt k autonomii obou zúčastněných. Dlouhodobějšími cíli bývá možnost promluvit si o minulosti, hledání možnosti obnovení vzájemné důvěry, možnost vzájemné omluvy, případně nápravy chyb, odvinění všech zúčastněných. Při dobrém průběhu je možné udělat tzv. tlustou čáru za minulostí, uvědomění si a sdělení vzájemných citů a plánování společné budoucnosti na reálných základech (např. nebudeme bydlet spolu, ale budeme se vzájemně navštěvovat a pomáhat si, pokud si o pomoc řekneš).

3.2 7 Sociální práce

Sociální práce v TK je prováděna s cílem maximálně stabilizovat životní podmínky klienta v oblasti bydlení, studia nebo zaměstnání, finančních záležitostí a řešení situací spojených s jeho případnou trestnou činností. Zahrnuje rovněž zprostředkování dalších služeb

v jiných zařízeních. Sociální práce s klientem v TK má za cíl provázet klienta na cestě ke zlepšení jeho sociální situace a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy.

3.3 Dílčí závěr

Model terapeutické komunity pro drogově závislé je založen na dlouhodobém pobytu drogově závislého člověka (6- 12 týdnů) v bezdrogovém prostředí, ve kterém prostřednictvím terapeutických faktorů postupně dozrává v samostatnou bytost, schopnou fungovat i po ukončení léčby. Děje se tak v procesu sociálního učení při prožívání různých situací ve vrstevnické skupině, pod odborným vedením pracovníků terapeutické komunity. Během pobytu v komunitě si klienti sami zajišťují vše, co je pro život potřebné. Sami si hospodaří, nakupují, vaří, starají se o svoje oblečení, udržují chod domu, jeho čistotu a pořádek v něm. Součástí léčby je i hospodaření s volným časem a jeho smysluplné využívání. V komunitě jsou daná přesná pravidla, jejichž dodržování je podmínkou k dalšímu setrvání v léčbě. Důležitou součástí léčby je terapeutická práce s rodinou, partnerem nebo rodiči klienta.

Na základě těchto poznatků o terapeutické komunitě jsem dospěla k následujícím výzkumným implikacím.

3.4 Implikace pro výzkum

1. Jak probíhá klientovo působení v TK?
2. Jak klient reaguje na požadavky TK?
3. Jak se klient vyrovnává s výchovnými prvky TK?
4. Spolupracuje klientova rodina s TK?
5. Jak se projevuje změna klientova vztahu ke členům své rodiny?

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Metodický postup

Výzkumná část mé práce se zabývala otázkou, zda výchovné působení v terapeutické komunitě vyvolalo změnu ve vztazích klienta k původní rodině. Pro naplnění stanoveného cíle jsem zvolila následující výzkumnou otázku: **„Co se změnilo ve vztahu klienta k jeho rodině během léčby v terapeutické komunitě Bílá Voda?“**

Vzhledem ke stanovenému cíli bylo těžiště použitých metod v kvalitativní metodologii. Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: člověk, skupina, jejich produkty či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech.¹ „Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů.“² A právě pochopení toho, kde je možné hledat počátky drogové závislosti zkoumaných osob, bylo jedním z mých cílů. Zajímala jsem se o celkovou situaci v jejich rodinách před nástupem do terapeutické komunity i těsně před jejím ukončením.

Nejvíce důležitá při volbě strategie byla skutečnost, že jsem chtěla zkoumat situaci v rodině pohledem klientů terapeutické komunity. Cílem kvalitativního výzkumu je „porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání.“³

Kvalitativní strategie tedy odpovídala záměru výzkumu, kterým bylo zjistit, jaké změny ve vztazích klienta s původní rodinou vyvolalo výchovné působení terapeutické komunity. Uvědomuji si obecné nevýhody kvalitativních strategií, jako jsou nízká reliabilita a obtížná zobecnitelnost na určitou populaci.⁴

¹ FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha, Portál, 2000

² STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice, Albert, 1999, str. 11

³ GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido, str. 32

⁴ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Karolinum, 2005

1.2 Metodika polostrukturovaného rozhovoru

Pro získání dat, týkajících se názorů, postojů, zkušeností či hodnocení je rozhovor nenahraditelnou metodou, která představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat. Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je sice časově náročná, ale ponechává prostor pro zachycení subjektivních pocitů a individuálních zkušeností. Polostrukturovaný rozhovor kombinuje výhody rozhovoru strukturovaného a nestrukturovaného. Rozhovory byly vedeny pomocí scénáře a připravených rámcových otázek, které byly v průběhu rozhovorů rozvíjeny a doplňovány dalšími podotázkami (tyto byly označeny kurzívou a byly použity v případě, že respondent nebyl schopen přesněji vyjádřit vlastní kritéria, nebo pro ujasnění a doplnění odpovědí), jež umožňovaly potřebnou flexibilitu rozhovoru. Dával tak respondentovi i tazateli směr, ale také prostor pro jejich vzájemnou komunikaci.

Všechny individuální rozhovory proběhly v prostorách terapeutické komunity FIDES Bílá Voda, kde byla k tomuto účelu vyhrazena komunitní místnost, kde jsme nebyli v době rozhovoru nikým rušeni. Pomůckou pro zaznamenávání odpovědí byl diktafon, tužka a papír. Vzhledem k tomu, že se jednalo o kvalitativní výzkum, ve kterém jsem chtěla získat hlubší informace o životní situaci klientů terapeutické komunity, rozhodla jsem se neomezovat náš rozhovor žádným časovým limitem a dát prostor pro komunikaci, která byla ukončena až v momentě, kdy byly vyčerpány připravené otázky, nebo kdy respondent projevil snahu o ukončení rozhovoru.

Pro záznam rozhovorů jsem používala diktafon a získaná data jsem zpracovala v MS Word, v němž jsem provedla analýzu kvalitativních dat, jejich vyhodnocení a interpretaci formou třídění do kategorií.

1.3 Výzkumný soubor

Základní výzkumný soubor tvořili klienti terapeutické komunity Bílá Voda, kteří byli osloveni ke spolupráci na základě účelového výběru a se zařazením do výzkumného souboru souhlasili.¹ Účelový výběr reprezentuje skupinu výběrových technik, které nejsou založeny na teorii pravděpodobnosti, ale na logickém úsudku. Disman uvádí, že účelový výběr je založen výhradně na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a co je možné pozorovat. Při použití tohoto výběru musí proto výzkumník jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek skutečně reprezentuje.² Účelový výběr je založen na výběru jedinců podle určitých charakteristik. Pro potřeby mého výzkumu jsem si před jeho započítím stanovila jasná kritéria, na jejichž základě byli respondenti vybíráni. Těmito kritérii byly následující skutečnosti:

1. Ve zkoumaném souboru by měla být rovnoměrně zastoupena obě pohlaví.
2. Respondenti se rozhodli k léčbě v TK dobrovolně.
3. Respondenti byli injekčními uživateli drog.
4. Před nástupem do TK prošli detoxifikací nebo pobytem v psychiatrické léčebně.
5. Jsou v poslední fázi léčby.

Ideální počet osob byl dán reprezentativností kvalitativního výzkumu, což znamená, že šetření bylo prováděno, dokud se objevovaly nové dimenze problému. Šetření bylo ukončeno v okamžiku, kdy vzorek byl nasycen, a další data nemohla přinést nic nového.³ Tato situace nastala ve chvíli, kdy se odpovědi v rozhovorech začaly opakovat a životní příběhy respondentů se sobě podobaly.

Bylo dotazováno 7 klientů terapeutické komunity Bílá Voda. Soubor tvořily 3 ženy a 4 muži. Průměrný věk respondentů byl 26 a půl roku, nejmladšímu bylo 21 let, nejstaršímu 32 let. V souboru se objevili respondenti s různým druhem vzdělání, tři respondenti měli ukončenou základní školu, jeden byl vyučen a tři měli ukončené středoškolské vzdělání. Jedna respondentka z posledně jmenovaných udávala, že studuje na vysoké škole, tuto informaci se však nepodařilo ověřit. Z ostatních šesti jen jedna respondentka byla v pracovním poměru jako sanitárka v Domově důchodců, ostatní respondenti byli

¹ Původní soubor tvořilo 10 respondentů, tři z nich (jeden muž a dvě ženy) využili nabídnuté možnosti výzkumu se nezúčastnit

² DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Karolinum, 2005

³ DISMAN, M. *tamtéž*

nezaměstnaní. Žádný z respondentů nebyl samostatně zajištěn ani v otázce bydlení. Čtyři z nich bydleli u rodičů, jedna s manželem, s nímž se však rozváděla a dva byli bez domova, jeden z nich uvedl, že se zdržuje střídavě u drogově závislých přátel, nebo „*ve sqotech s fe'ákama /uživatelé drog/*“.

Vzhledem k velikosti vzorku není možné výsledky výzkumu zobecnit pro širší platnost, jsou to výsledky vztahující se k práci s klienty v terapeutické komunitě Bílá Voda.

1.4 Operacionalizace klíčových pojmů

Operacionalizace je postupný převod hlavní výzkumné otázky, která vyjadřuje nejobecnější úroveň, do dílčích výzkumných implikací. Z těchto implikací je proveden převod do konkrétních otázek, jejichž prostřednictvím se konkrétní problém zkoumá.

Hlavní výzkumná otázka zní: „**Co se změnilo ve vztahu klienta k jeho rodině během léčby v terapeutické komunitě Bílá Voda?**“

Základní pojmy obsažené v hlavní výzkumné otázce jsem vymezila v teoretické části práce. Při definování a rozpracovávání pojmů se objevovaly postupně implikace pro výzkum. Z těchto výzkumných implikací vyplynuly hlavní a dílčí otázky scénáře rozhovoru.

Rozhovor uvádí otázky, které se týkají osobních charakteristik respondentů, slouží pouze pro kategorizaci osob a budou zodpovězeny nahlédnutím do dokumentace klienta.

Samotný rozhovor je rozdělen do čtyř částí:

- v první části jsou otázky zaměřené na drogy, klientovu závislost před vstupem do TK;
- otázky ve druhé části zjišťují, jakým způsobem klient hodnotí své dětství, pobyt v rodině a vztahy v ní;
- ve třetí části jsou otázky, zjišťující klientovi pocity ze svého působení v TK;
- v poslední části jsou otázky, týkající se klientových představ o jeho způsobu života po ukončení TK, jeho představ o spolupráci s rodinou a jeho vztahu k ní.

1.4.1 Výzkumné implikace

Výzkumné implikace se objevily při definování a rozpracovávání pojmů, obsažených v hlavní výzkumné otázce:

1. Jak probíhala klientova závislost?
2. Setkal se klient někdy s preventivními opatřeními?

3. Jaký druh léčby podstoupil?
4. Jaké bylo rodinné prostředí klienta?
5. Jaký výchovný styl se v klientově rodině uplatňoval?
6. Lze vypozařovat původ klientovi závislosti v jeho rodině?
7. Jak je možné charakterizovat klientovy vztahy k rodině před vstupem klienta do TK?
8. Jak probíhá klientovo působení v TK?
9. Jak reaguje na požadavky TK?
10. Jak se vyrovnává s výchovnými prvky TK?
11. Spolupracuje klientova rodina s TK?
12. Jak se projevuje změna klientova vztahu ke členům své rodiny?

1.4.2 Scénář rozhovoru

Scénář rozhovoru byl navržen konceptualizací výzkumných implikací. Pro úplnost předkládám návrh scénáře rozhovoru, který bude sloužit jako podklad pro polostrukturovaný rozhovor:

OSOBNÍ ÚDAJE

- křestní jméno
- věk / rok narození
- nejvyšší dosažené vzdělání
- zaměstnání / student / jiné
- bydlení (s rodiči / s partnerem / sám)

1. Jak probíhala klientova závislost?

Můžete mi stručně povprávět o vašem životě, váš „životní příběh"? Co bylo předtím, než jste se dostal (a) sem?

1. Vzpomenete si, jak začala vaše závislost?

Co byl první impulz?

2. Kdy a za jakých okolností jste s nimi poprvé přišel do styku / vyzkoušel?

Experimentoval? Kdo mu je nabídl? Ve škole? Na zábavě? V partě?

3. Jaké drogy jste užíval?

Opiáty? Stimulancia? Produkty konopí? Halucinogeny? Těkavé látky?

4. Jakým způsobem a za jakých okolností jste drogy užíval?

*Druh aplikace? Sám? V partě? Kombinování různých drog, případně s alkoholem?
Na tanečních párty? Plánoval jste užívání drog předem? Jako prevence strachu,
stresu? Jako prostředek posílnění?*

5. Odkud jste získával informace o drogách?

Kamarádi? Ve škole? Na diskotéce?

6. Jak jste získával drogu?

Snadno, obtížně?

7. Vnímal jste nějaká rizika spojená s užíváním drog?

Zdravotní, finanční, legislativní

8. Měl jste v souvislosti s drogami nějaké zdravotní problémy?

Jak jste je řešil?

2. Setkal se klient někdy s preventivními opatřeními?

9. Setkal jste se někdy s opatřeními protidrogové prevence?

Peer programy? Program 5P? Jiné?

10. Navštívil jste někdy kontaktní centrum?

Setkával jste se se street workery?

11. Využil jste dostupný zdravotnický a sociální servis?

*Výměna jehel a injekčních stříkaček, distribuce prezervativů, poskytnutí polévky,
osprchování, pomoc při jednání s úřady?*

3. Jaký druh léčby podstoupil?

12. Jaký byl postup vaší léčby z drogové závislosti před nástupem do TK?

Ambulantní léčba, denní stacionář, pobytová léčba?

4. Jaké bylo rodinné prostředí klienta?

Můžeme se vrátit ještě více do minulosti?

13. Jak byste hodnotil vaše dětství?

Myslíte, že bylo radostné, bezstarostné, šťastné, nebo naopak problematické?

5. Jaký výchovný styl se v klientově rodině uplatňoval?

14. Co vaši rodiče?

*Byli přísní? Zanedbávali vás? Nebo naopak, byli nadměrně pečliví, příliš úzkostní,
nebo perfekcionistačtí?*

15. Vyrůstal jste s oběma rodiči?

Pokud ne, proč?

16. Co vaši sourozenci?

Kolik jich máte? Jaké máte vztahy?

6. Lze vypořádat původ klientovy závislosti v jeho rodině?

17. Objevila se v rodině závislost i u někoho jiného?

U koho? Jaká?

18. Domníváte se, že se něco z toho, co jste mi teď říkal/a mohla odrazit na skutečnosti, že jste začal užívat drogy?

Obviňujete někoho přímo? Spatřujete v něčem jasnou příčinu?

7. Jak lze charakterizovat klientovy vztahy k rodině před vstupem klienta do TK?

19. Jak přijímala vaše rodina fakt o vaší závislosti?

Snažili se pomoci? Obrátili se zády?

8. Jak probíhá klientovo působení v TK?

Teď se vraťme do současnosti.

20. Nejdříve se zeptám trochu obecně, jakým způsobem se Vám TK snaží pomáhat ve vaší životní situaci?

21. Co považujete vy sám (sama) za hlavní cíl a smysl TK?

Myslíte si, že se to daří naplňovat?

22. Vzpomenete si na zlomové rozhodnutí o nástupu do TK – takové ANO, pošlu přihlášku?

Co bylo startérem?

9. Jak reaguje na požadavky TK?

23. Jaké pro vás bylo zkušební období?

Chyběl vám někdo z vašich příbuzných?

10. Jak se vyrovnává s výchovnými prvky TK?

24. Jak podle vás probíhal celý váš pobyt v TK až do dnešního dne?

Pracoval jste ve skupinové psychoterapii? Spolupracoval jste se svým garantem?

11. Spolupracuje klientova rodina s TK?

25. Jak často jste v kontaktu s někým z rodiny?

S kým? Dopisoval jste si s někým z rodiny? Telefonoval jste si s nimi? Byl tady někdo z rodiny na návštěvě?

12. Jak se projevuje změna klientova vztahu ke členům své rodiny?

Pojďme se podívat trochu do budoucnosti. Představte si svoji situaci po opuštění TK.

26. Můžete mi něco říci o tom, čeho se nejvíce obáváte?

- Co si myslíte, že vám může, po opuštění TK činit největší potíže, nebo v kterých oblastech se mohou vyskytnout problémy?*
27. Zajímalo by mě, na koho se budete pravděpodobně obracet v případě problémů a složitých situací, po ukončení léčby v TK?
Bude to někdo z rodinných příslušníků? Kdo?
28. Máte nějaké představy o tom, jakým způsobem budete řešit svou situaci s bydlením?
Vrátíte se k rodičům? Čekají na vás? Počítají s vaším návratem?
29. Můžete mi na závěr shrnout, v čem spatřujete pozitivní a v čem naopak negativní stránky tohoto pobytu?
30. Můžete, zjednodušeně, zhodnotit přínos TK pro váš vztah k vaší rodině?

1.5 Pilotní studie

Ačkoli není pilotní studie považována za povinnou součást výzkumu, pokládala jsem přesto za smysluplné zahrnout ji do něj, protože slouží k ověření funkčnosti nástroje zjišťování a k zhodnocení, zda je výzkum v praxi realizovatelný. Disman¹ vymezuje pilotní studii jako způsob, kterým lze zjistit, zda informace, kterou požadujeme, ve zkoumané populaci vůbec existuje a jestli je dosažitelná. Lamser² poukazuje na skutečnost, že pilotáž anticipuje celý průběh hlavní části výzkumu. Zahrnuje všechny podstatné složky dotazování i zpracování získaných informací. Věnuje pozornost každé podrobnosti výzkumu, zejména tam, kde je potencialita chyb nebo celkového neúspěchu výzkumné akce.

Pro účely pilotní studie jsem, technikou náhodného výběru, oslovila dvě klientky v poslední fázi léčby v TK Bílá Voda. Vzhledem ke skutečnosti, že jde o pilotní studii, jejímž smyslem je otestovat srozumitelnost jednotlivých otázek, jejich formulaci, pořadí a v neposlední řadě reakce respondentů, bylo nutné hledat klienty, kteří by se nacházeli ve stejné životní fázi, jako respondenti, s nimiž bude později proveden výzkum. Respondentky pro pilotní studii jsem kontaktovala prostřednictvím vedoucí komunity, která zná své klienty a sdělila jim, že provádím výzkum k diplomové práci a hledám mladé lidi, kteří se po léčbě z drogové závislosti snaží o návrat do „normálního“ života pomocí terapeutické komunity. Díky důvěře, kterou mají tito klienti k vedoucí komunity, nebylo nutné vyvinout mimořádné

¹ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Karolinum, 2005

² LAMSER, V., 1966. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha, Svoboda, 353 s. ISBN neuvedeno

úsilí k přesvědčování o účasti na výzkumu. Rozhovory se uskutečnily v komunitní místnosti na adrese terapeutické komunity, aby respondentky měly výhodu prostředí, které dobře znají. Každou klientku jsem poučila o anonymitě celého výzkumu a před samotným rozhovorem ji ujistila, že poskytování informací je zcela dobrovolné a bude-li mít potíže o nějakém problému hovořit, má možnost otázku nechat nezodpovězenou, nebo rozhovor kdykoli ukončit. Opakovaně jsem zdůraznila hledisko anonymity a skutečnost, že výsledky výzkumu budou použity pouze ke studijním účelům. S rozhovory jsem začala až po jejich výslovném souhlasu s rozhovorem.

Každý rozhovor trval bez předchozích formalit asi jednu hodinu. V obou případech jsem s respondentkou hovořila sama. Rozhovory si vyžadovaly mou značnou pozornost, respondentky často samy volně vyprávěly své postřehy, kdy přecházely automaticky do slangových výrazů. Pokud se držely tématu, nechala jsem je hovořit a důrazně jsem je nepřerušovala. Stalo se tak, že hovor plynule přecházel z jednoho okruhu otázek do druhého. Rozhovory byly vzhledem k cíli mého výzkumu informačně bohaté.

Provedená pilotní studie potvrdila vhodnost konceptualizace tématu této práce. Při rozhovoru často respondentky uvedly některé skutečnosti dříve, než jsem vyslovila otázku, která se jich týkala. Proto jsem často musela měnit pořadí kladení otázek, někdy bylo třeba otázku mírně přeformulovat. Právě toto dovoluje zvolená technika – polostrukturovaný rozhovor. Byla zachována možnost strukturování odpovědí tak, aby byly vzájemně srovnatelné a vyhodnotitelné. Otázky byly kladeny srozumitelně, respondentky odpovídaly bez problémů a nedožadovaly se ani upřesnění ani změny formulace otázek a použitých výrazů. Jejich odpovědi byly porovnány s výzkumným záměrem a shledány jako vyhovující. Z reakcí respondentek pilotní studie nebylo znatelné napětí nebo neochota odpovídat, z toho jsem usoudila, že otázky nebudou vnímány jako ohrožující ani konečným výzkumným vzorkem dotazovaných.

Na základě provedené pilotní studie jsem mohla označit polostrukturovaný rozhovor za adekvátní a účinnou techniku sběru dat vzhledem k cíli výzkumu a zvolenou metodologii jako vhodný nástroj k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku.

2. Interpretace výsledků šetření

V této části předkládám data, jež jsem získala prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Na základě získaných poznatků se pokusím zformulovat výzkumné závěry. Text je rozdělen do tří kapitol, které se vztahují k okruhům dílčích výzkumných implikací. Nejprve se věnuji situaci klientů terapeutické komunity před započatím léčby. Dále pak rodinnému prostředí klienta, z něhož vychází, výchovnému stylu, který se v klientově rodině uplatňoval a klientovým vztahům k rodině před vstupem do TK. V poslední části budu analyzovat pobyt klienta v terapeutické komunitě a jeho vztahy ke členům rodiny.

2.1 Situace klientů terapeutické komunity před zahájením léčby

2.1.1 Průběh klientovy závislosti

Počátek závislosti

Na počátku vyprávění „svého životního příběhu“ zmiňovali všichni respondenti někoho ze svého nejbližšího okolí, kdo je ovlivnil. Nejčastěji se jednalo o partu, přátele, spolužáky: „začal jsem prvně hodně pít, scházeli jsme se ve sklepě s klukama a tam jsme pili co se dalo“ „pak jsem v patnácti začal chodit na diskotéky, kde jsme brali koule /extáze/, pili, občas se zkouřili /opili/“, „s kamarádkou jsme poprvé vyzkoušeli trávu, abychom si zlepšili náladu“. Někteří označovali jako důvod oproštění se od problémů: „nemusel jsem řešit žádné starosti, byl jsem v klidu, nic mě nezajímalo“, „naučil mě brát manžel, nezvládala jsem domácnost, tak mi dal pervitin pro dodání energie,“ jiní pro ukrácení dlouhé chvíle, pro vyrovnání se ostatním: „pak se nám líbili kluci, co jezdili na prknech a ti brali perník, tak jsme se stali skejťáčkama /jezdily na skate boardu – prknu na kolečkách/ a začali brát s nim“, držel jsem se starších známých, kteří hulili trávu, hodně mě to oslovovalo“, „na střední škole, seděl jsem s klukem, který bral heroin, oslovilo mě to, líbili se mi lidi, se kterými se stýkal, chtěl jsem se mu vyrovnat“. Jedna respondentka udávala, že prvotní motivací byla zvědavost: „chtěla jsem vyzkoušet něco nového, drogy mi připadaly zajímavé“ Hned v další větě však popisuje, že zvědavost se rychle změnila ve skutečnou závislost: „seznámila jsem se na diskotéce s jedním vaříčem, měla jsem to zadarmo, tak jsem se pěkně rozjela.“ Pouze jeden z respondentů přiznává, že si vlastně ani nepamatuje, jak u něj závislost začala, protože drogy

bral jako normální součást života: „*ani si to pořádně nepamatuju, prostě to přišlo, nějak to bylo vyústění okolností. U nás bere celá rodina, oba bráchové, bratrance, všichni. Jasně, že rodiče né.*“ Jedna z dotazovaných explicitně vyjádřila přesvědčení, že marihuana je poměrně rozšířenou drogou: „*už předtím jsem hulila trávu, ale to dneska každý*“, ostatní nevyjadřovali toto přesvědčení takto jasně, nicméně implicitně bylo v jejich výpovědích skryto: „*bylo dobré zapadnout mezi starší,*“ nebo: „*bral jsem drogy jako normální součást života*“.

První kontakt s drogou

Při vyprávění o počátcích své závislosti se respondenti rozdělili na dvě skupiny. Tři z nich považují první kontakt s drogou pouze za první aplikaci a nevěnují této události žádnou pozornost: „*v metru na záchodě jsme si obě dali první dávku rovnou do žíly*“, „*na technoparty jsem si poprvé dala perník /pervitin/ od toho kluka, se kterým jsem chtěla chodit*“, „*drogy jsme měli všude doma, tak to tak nějak vyplynulo*“. Naproti tomu druhá část hovoří o tomto prvním kontaktu jako o počátku jisté „kariéry“: „*Dostával jsem prvně od přátel, začal jsem pěstovat trávu, prodávat ji. Začalo se mi dařit, měl jsem konečně nějaké peníze. Hodně jsem se přátelil s jedním kámošem, který byl o 15 let starší než já. Ten mě pak naučil vařit perník a já jsem se zcela osamostatnil. V šestnácti jsem úplně odešel z domu.*“, na tento počátek někdy vzpomínají téměř s nostalgií: „*v prvéku jsem se začal scházet s lidmi, kteří patřili k mému spolubydlícímu, bavil jsem se s nima o filozofických věcech, nadpozemských a metafyzických teoriích, přišlo mi to zajímavé*“ Respondentka, která je vdaná a má dvě děti (jediná z výzkumného souboru) vzpomíná, jak drogy ovlivnily její rodinný život: „*Poprvé mi dal můj manžel buchnu /injekční stříkačka/ s pervitinem na stůl a řekl mi, že mě to uklidní. Ať to zkusím, ať vím, co bere a nic mu už nevyčítám. Nedokázala jsem ho vyhodit, ani ho opustit.*“ Tatáž žena však svou vzpomínku končí smutně: „*Myslela jsem si, že nás to spojí a na čas opravdu spojilo. Jenže jsme neměli peníze na to, aby brali oba, tak jsme se nakonec začali o drogy prát.* Jiný respondent popisuje, že začátek své závislosti má spojený s hrůznou zkušeností: „*Perník /pervitin/ mi poprvé dal bratr, který mě od 10 let sexuálně zneužíval, a když jsem byl větší a vzpíral jsem se, tak mě naučil na perník, abych mu byl po vůli.*“ Tento respondent po odhalení tohoto problému v rodině znovu uvádí drogu v souvislosti se sexem: „*Chtěl jsem zjistit, jestli nejsem homosexuál, tak jsem si našel holku, ale v posteli mi to moc nešlo, tak mě naučila na kokain a píchat si perník, což se ze začátku zdálo dobrým řešením mých problémů.*“

Typ užívané drogy

Pokud měli respondenti hovořit o druhu drogy, kterou užívali, bylo znát opět rozdíl v projevu. Někteří se omezili na jednoduché vyjmenování užívaných drog, jiní to považovali za možnost se „pochlubit“: „*naprosto všechny. Vždycky jsem si říkal, že člověk má vyzkoušet všechno*“, „*Výhradně opiáty, nic jiného jsem nikdy nebral. Vím, že je to neobvyklé, ale hlásil jsem se ke starým tradicím drogové scény a učil jsem se od starých feťáků /uživatelů drog/, tzv. staré školy*“. Jeden respondent upřímně doznal všechny druhy užitých drog a hrdě se přihlásil k celoživotní abstinenci od alkoholu, který díky matčině alkoholismu považoval, na rozdíl od drogové závislosti, za zcela jednoznačně škodlivý: „*Začal jsem trávou a pak perník, heroin a kokain jen svátečně. Občas když dozrály makovice, tak pro zpestření opium. V sezóně houby. Na diskotékách Extázi a LSD. Moje hlavní droga je perník /pervitin/, ten jsem měl vždycky rád. Jediné, co opravdu nesnáším, je alkohol, protože matka furt chlastala, tak se mi to zhnusilo. Nikdy v životě jsem nebyl opilý.*“ Nejčastěji se ve výčtu objevil pervitin, marihuana a extáze. Pouze jednou alkohol a jednou léky.

Způsob a okolnosti užívání drog

Na otázku způsobu užívání odpověděl jeden respondent: „*Každou drogu jsem bral tak jak se má.*“ I ostatní pochopili otázku především jako dotaz na způsob aplikace. Objevilo se tak více způsobů: „*kouření, nosem, nitrožilní aplikace, orálně*“, *trávu jsem kouřil, perník si píchal*“, nebo „*pak jsem se naučil kouřit z plechu /alobal/*“. Teprve na doplňující otázky začali respondenti spojovat otázku aplikace s okolnostmi: „*nejvíc jsem brala v partě, samozřejmě, že jsme i pili, tancovat se bez toho prakticky nedá, líbilo se mi to na perníku i v posteli*“, „*líbilo se mi být v tom stavu, cítil jsem se silný a schopný*“. Někdy drogu berou dívky jako „pomocníka“, pro splnění svého snu: „*drogy mi dodaly energii. Taky jsem na nich byla hubená. Chtěla jsem být tanečnicí, tak jsem potřebovala být štíhlá a plná energie, což se mi dlouho dařilo. Několikrát jsem musela změnit školu, abych mohla po večerech tancovat a věnovat se svým zájmům. Chtěla jsem proniknout do modelingu, hlásila jsem se na miss*“, *jindy se člověk snaží „přežít“: „prášky jsem brala na zvládnání abstáků /abstinenčních syndromů/, abych neměla dojezdy /nepříjemný stav při odeznívání účinků drogy/. Celou dobu jsem chodila do práce, tak abych to vydržela.*“ Jeden respondent dokázal dlouho v partě závislých nezkusit drogu: „*dlouho jsem se scházel s těmito lidmi a drogy jsem nebral, jen mě fascinoval ten jejich svět*“.

Způsob získávání informací o drogách

Informace získávali respondenti buď z dostupné literatury: „...a z knížek“, „informace jsou všude, stejně jako drogy jsou všude. Něco jsem si načetla s knížek“, nebo od svých blízkých: „od manžela“, „doma“. Pro některé byly drogy spojeny s životní filozofií: „všechno mě naučili asi dva lidi, jak brání, tak životní styl, tak způsob, jak si opatřovat peníze“, „od kluků skejtářů, měli styl, byli děsně cool /“bezva“/, brali nás mezi sebe, střídali jsme je, abychom vyzkoušeli, kdo je větší frajer“, jiní se zacházet s drogami naučili jako s budoucím „uměním“: „něco jsem se dozvěděla od kamarádů, zbytek mě naučil kámoš, vaříč a praxe“.

Způsob získávání drog

Na rozdíl od snadno získaných informací o drogách, drogy samotné sháněli respondenti poměrně obtížně. Pouze dva uvedli, že drogu umí vyrobit a proto nemají nouzi: „umím si ji vyrobit“, „od těch dob co je umím vyrobit, tak snadno. Do té doby jsem byl závislý na kámoších a na dealerech a hlavně na tom, kolik mám peněz“. Peníze byly zřejmě největším problémem, protože se objevovaly téměř ve všech rozhovorech: „nebylo to lehké, koupit kvalitní drogu je záležitostí dobrých kontaktů, které já jsem naštěstí vždycky měl. Horší bylo opatřování peněz, ale to nechci rozebírat“. Peníze sháněli respondenti obvykle trestnou činností: „moje holka měla své zdroje, já jsem se staral o peníze – později jsem musel začít krást“, „léky jsem kradla v práci“, „tak něco jsme nabrali doma, občas jsme něco ukradli“ nebo je získávali prostitutí: „kokain jsme brali od jiného dealera, kterého taky znala ona. Tomu jsme museli platit a ona s ním musela mít sex. Mně to nevadilo, brali jsme to jako obchodní záležitost.“, „taky jsme měli takovýho starýho dědka, který se rád díval, jak to děláme dvě holky spolu, tak jsme mu to za prachy občas předvedly“, „vzhledem k tomu, že jsem platila tělem, tak to v praxi vypadalo, že snadno, ale bylo to pro mě těžké, protože ke konci už jsem nebyla tanečnice, ale děvka“.

Vnímání rizik, spojených s užíváním drog

Při závislosti respondenti vůbec nevnímali žádná rizika: „...vůbec!!!“, případně se domnívali, že jich se žádná netýkají: „Myslela jsem si, že když beru tak málo, že se mě to netýká. Dlouho jsem si namlouvala, že toho můžu kdykoliv nechat. Myslela jsem si, že se na to nikdy nepříjde, nikdo to dlouho nevěděl“. Pokud si je snad uvědomovali, cítili mnohem silněji ty stránky závislosti, které pro ně v tu chvíli představovaly pozitiva: „rizika mi nepřípadaly tak důležitý, viděla jsem hlavně zisky“, „ani náhodou, vnímal jsem pozitiva a rizika mě nezajímaly. Bral jsem to tak, že nám se nic nestane, protože máme kvalitní zdroje“. Někteří nad situací raději

nepřemýšleli: „*když jsem brala, tak jsem nad tím nikdy nepřemýšlela*“, jiní strachu čelili „*hrdinsky*“: „*rizikový je i přecházet ulici*“, nebo drogy přijímali s riziky: „*hned ze začátku jsem věděl, co všechno se může stát, viděl jsem i lidi, kteří dopadli špatně, ještě než jsem začal brát, viděl jsem na vlastní oči umřít feťáka /uživatel drog/ na předávkování a nikdo mu nepomohl. Chtěl jsem to i s těmi riziky*“. Někteří situaci přehodnotili pod vlivem zkušeností: „*fakt, že toxická psychóza mě vyděsila*“, nebo v situaci, kdy problémy jsou neúnosné: „*ted' mám žloutenku typu C, čeká mě interferon. Mám obecně prospěšné práce za distribuci drog, čeká mě soud za krádeže. Vzala jsem si několikrát taky rychlou půjčku, kterou jsem samozřejmě nesplácela tak mám 300 000 Kč dluhy*.“ Lehce však někteří umí najít viníka mimo sebe: „*...heroin je démon, který dovede člověka ovládat a kouzlit s ním*“.

Zdravotní problémy v souvislosti s užíváním drog

Také zdravotní obtíže dokáží respondenti zlehčovat. I vážné potíže vidí optikou drog jako malé: „*málem jsem se zbláznil, měl jsem velké halucinace, byl jsem paranoidní až jsem páchal sebevraždu, ale vážné problémy nemám*“, „*naštěstí ne, jen dva abscesy, které jsem poměrně dobře vyléčil, zbylo mi jen pár jizev*“, „*taky mi nic není, kromě toho, že ted' co neberu jsem zase hrozně tlustá a mám zkažené zuby. Taky se mi hrozně zhoršila pleť, to vím, že je drogama*“. Jedna respondentka na počátek závislosti naopak vzpomíná jako na dobu, kdy se cítila výborně: „*naopak, hezky jsem zhubla, všem jsem se líbila a zpočátku jsem na perníku i omládla. Nebo jsem si tak alespoň připadala*“. Někteří respondenti i při závislosti dodržovali určitá pravidla, která je podle jejich mínění měla ochraňovat: „*buchny /jehly a injekční stříkačky/ jsem měla od vaříče ke každé dávce, takže mi to připadalo bezpečné*“, „*když se má přítelkyně nakazila pohlavní chorobou, přestal jsem s ní spát, já to naštěstí nechtyl*“. Někteří naopak realisticky označují svůj zdravotní stav jako vážný a hodnotí jej jako zaviněný závislostí: „*jasně, že mám problémy - abscesy, žloutenku, astma, lupenku, jsem hrozně hubený a nemůžu přibrat, nemám zuby, mám vodu na plicích. Je to děs*“, „*problémy mám a hrozný, mám poruchu příjmu potravy, jsem úplně sama, mám po kariéře, ničím nejsem, mám i nějaké dluhy*“.

2.1.2 Preventivní opatření

Setkání s preventivními opatřeními

Preventivní opatření si pamatovali jen tři respondenti. Jedna dívka znala skoro všechny, jedna dokonce: *„jo, sama jsem byla Peerem, nějak se to ale vymklo“*. Většinou si ale žádný program nepamatovali: *„neuvědomuji si, asi ano, ale nevím, co přesně“*, *„to za mých mladých let snad ani nebylo“*. Jediná respondentka, která má rodinu, si vybavila, že: *„děti něco nosili ze školy, nějaké letáky a tak. Měla jsem dceru v šestnácti, tak už je hodně velká. Asi to nemá moc velký účinek. Navíc když matka fetuje, tak je to v prdeli, že!“* Stejný pocit marnosti z preventivních programů měl respondent, který naznačil, že tyto programy přišly příliš pozdě – alespoň pro něj: *„mě to nikdy nezajímalo a když přišli do školy, tak jsem z toho měl srandu, protože v té době už jsem dávno bral, tak mi přišlo, že nevědí, o čem mluví. Ale držel jsem hubu, aby to na mě neprasklo.“*

Návštěvy kontaktního centra

Otázka kontaktních center je stejně rozporuplná, jako všechny ostatní. Odpovědi se pohybují od naprosto pozitivních reakcí až po naprosto negativní. Polovina respondentů kontaktní centra přijímala jako dobrou alternativu: *„jo, když jsem byla na ulici, tak jsem tam chodila“, jo chodili jsme tam pro jehly, nikdy jsem si nedal cizí buchnou /jehlou a injekční stříkačkou/, vždycky jsem měl svoji“, „jasně, chodil jsem si tam měnit jehly a sprchovat se a najíst. Nakonec to byli oni, kdo mi pomohli do léčby“*. Myšlenka léčby se objevila v souvislosti s kontaktními centry ve více případech: *„kontaktní centrum jsem navštívila, až když jsem se rozhodla jít do léčby, tak jsem tam šla na pohovor, abych dostala potřebné doporučení“*. Na druhé straně asi polovina respondentů viděla kontaktní centrum jako neschůdnou alternativu, kterou využívat nechtěli: *„...jinak jsem tam nechodila, tam se scházeli jen hnusní feťáci. Tam já jsem nepatřila a nepatřím“, „ne, jsem slušná ženská, na takové místa nechodím. Vždycky jsem si dala doma na záchodě, aby mně děti neviděly“, „moc ne, nemám to rád. Umím si všechno sehnat sám, nepotřebuju žádný výměnný programy a podobný nesmysly“*. Stejně rozporuplně se respondenti stavěli ke street workerům: *„streety znám, dělaj užitečnou práci, občas jsem měnil i přes ně“, „... s těma já sem se nebavil, bál sem se, že udávají fízlům a do dneška si myslím, že to dělaj“*.

Využití dostupného zdravotnického a sociálního servisu

Nabízený zdravotnický a sociální servis využívali respondenti podle toho, zda znali jeho nabídku. Dva z nich v podstatě nikdy nic nevyužili, jeden uvedl, že servis využil minimálně. Další čtyři znali přesně nabídku služeb, dle vlastních slov využívali veškerý servis: „využila jsem všechno, zařídili mi i léčbu“, „ano, využíval jsem všechno. Nejvíce služeb Sananimu Praha, jsou tam výborný lidi, maj pochopení a pomáhají tam, kde je potřeba“. Někdy respondent prokázal dobrou znalost nabídky i schopnost využít to, co potřeboval: „prezervativy z káčka /K-centrum/ si neberu, říká se, že jsou nekvalitní a praskají. Jinak všechno, dokonce mi pomohli i se soudama, měli svého právníka, díky kterému nesedím“.

2.1.3 Druh léčby

Postup léčby z drogové závislosti před nástupem do TK

Do výzkumného vzorku byli účelovým výběrem vybráni respondenti s různým typem léčby před nástupem do TK. Tuto informaci je možné získat z dokumentace. Důvodem zařazení této otázky byla snaha, zjistit, jak realitu vnímají sami klienti. Tři z nich přiznali pouze jednu léčbu: „jsem na své první léčbě a hned jsem šla do komunity, protože mi to doporučili“, „prvně jsem byla v PL Bohnice, tam jsem se dozvěděla o komunitě a teď jsem tady“, „tady na detoxu a pak rovnou do komunity“. Někteří chtěli zmírnit skutečnost tím, že odpověděli poněkud vyhýbavě: „když mi bylo nejhůř, zašla jsem za doktorkou, co u nás kdysi dělala. Prvně jsem jí řekla, že bere manžel, což byla pravda. Nakonec jsem do léčby nastoupila já“, „mám za sebou spoustu léčeb, nechce se mi je vyjmenovávat ani se k minulosti vracet“. Dva respondenti „přiznávají“ opakované selhání: „hodněkrát jsem byl v Bohnicích, jednou v TK Němčice, kde jsem léčbu nedokončil, protože jsem chtěl brát. Pak jsem se dostal až na uzavřené oddělení a postupně sem do komunity“, „byl jsem šestkrát v Brně na detoxu, pak nějaký čas v Kroměříži, protože jsem měl toxickou psychózu, málem jsem se zbláznil. Pak jsem byl půl roku venku a už to fakt nešlo. Tak jsem si sednul v káčku a začal hledat léčbu. Bílou Vodou mi doporučil kámoš, který se mnou bral a teď dělá terapeuta v Brně a taky se léčil v komunitě. Jemu jsem hodně vděčný, moc mi pomohl“.

2.2 Výchozí rodinné prostředí klienta, jeho vztahy k rodině před započítím léčby

2.2.1 Rodinné prostředí klienta

Klientovo hodnocení vlastního dětství

U tohoto výzkumného vzorku je to poprvé, kdy mají všichni respondenti shodný názor na hodnocení nějakého jevu. Svoje dětství všichni vnímali jako: „bylo dobrý“, „fajn“, „hezke bezstarostné dětství“, „šťastné“. Ve všech odpovědích se objevovala láska a implicitně pocity sounáležitosti, i když hlavním vychovatelem nebyli vždycky pokrevní rodiče. V jednom případě šlo o pěstouny, kteří měli v pěstounské péči několik dětí: „měli mě rádi i bráchové byli adaptovaní“, dva respondenty fakticky vychovávala babička, důvod však byl rozdílný. V jedné rodině rodiče byli velice pracovně vytížení: „měla jsem hodné rodiče, ale moc pracovali, jezdili hodně do zahraničí a tak nás s bratrem dávali k babičce. Ta nás vlastně vychovala, byla až moc hodná a všechno nám dovolila“, ve druhé neplnili svou funkci: „matka mě má s chlapem, kterého sama nezná, vždycky hodně pila a tak se o mě starala babička. To bylo dobrý, i když byla hodně přísná“. Osamělá matka jako vychovatel se objevuje ještě v dalších dvou rodinách, vychovatele zde ale supluje starší sourozenec: „máma byla sama, fotr utek a ani na nás neplatil alimenty, vím kdo to je, ale nikdy jsem s ním pořádně nemluvil. Chlastá, má svou hospodu, kde chlastá a zároveň pracuje. Má novou ženu a haranty. Máma se o nás starala, byla zdravotní sestra a musela sloužit. Tak mě hlídal brácha.“, „vyrostl jsem s matkou a dvěma sestrami. Byl jsem nejmladší dítě. Hlídal mě často sestry, chodíval jsem s nimi i na rande. S matkou jsme měli přátelský vztah, dlouho neměla muže, tak jsem jí často dělal společnost, i jako dítě mě třeba brávala do divadla, nebo do restaurace, aby měla s kým jít.“ Pouze ve dvou rodinách se na výchově podíleli oba rodiče, i když jejich vzájemný vztah nebyl úplně idylický: „naši byli fajn, i když jak to tak u nás chodí, máme vinohrad a dost se tam slope (pije). Ale tam to tak mají všichni“, „naši jsou spolu, ale nemají se rádi, podnikají a nemůžou od sebe. Furt se hádají a každý chce něco jiného. Otec je děvkař a mámu furt podvádí. Na mě byli oba vždycky hodní. Rozmazlovali mě, měla jsem všechno, co jsem chtěla. Sami sebe si respondenti ve většině případů vybavují jako bezproblémové děti: „dobře jsem se učil, chodil jsem do rybářského kroužku“, „chodila jsem tancovat do lidového souboru“, „chodila jsem na klavír a na tenis“. Ve všech odpovědích lze vypočítat, že respondenti si uvědomují jakýsi bod zlomu. U tří respondentů je tento okamžik spojen s nějakou událostí, většinou tragickou a traumatizující: „...se mi narodil

brácha. Babička (jediný vychovatel) za rok na to umřela. Pak mi začalo peklo“, brácha mě od deseti sexuálně zneužíval, prvně orálně, pak i pohlavní styk. Vždycky jak máma odešla, tak mě vzal, vyhrožoval mi, pak mě zásoboval drogama a chlastem. Vždycky jsem si myslel, že s tím máma nic nedělala. Tady jsem se od ní dozvěděl, že jakmile to zjistila, chodila s bratrem po doktorech a psychologách, přestala sloužit. Já jsem nebyl nikde, ale to už jsem frčel na perníku. Tady jsme si to vyříkali. Pořád jsem myslel, že s tím nic nedělala a hrozně jsem se na ni zlobil. Ted' vím, že to tak nebylo“, „v šestnácti mě znásilnil soused, byl ožralý jak motyka a já se na zahradě opalovala, vlezl tam a udělal mi to. Nikde jsem to neřekla, styděla jsem se a stejně by mi to nikdo nevěřil. Jenže mi udělal děcko, má dcera není manžela, ale jeho. Než jsem se odvážila to někomu říct, tak už bylo na potrat pozdě. Naši by mi nedovolili ji dát k adopci a já řekla, že jsem se na zábavě s někým vyspala ani nevím s kým. Tata mě zmlátil, ale děcko to přežilo. Tak se narodila dcera, starala se o ni hodně máti. Když jsem se pak vdala, vzali jsme si ji k sobě, pak se mi narodil ještě syn“. Naštěstí ne u všech respondentů došlo k takovým událostem. Ostatní si sice uvědomují, že se jejich situace změnila, ale současně si uvědomují, že příčinou byli oni sami: „ve čtrnácti jsem si oholila půl hlavy a začala chodit na techno. Pak jsem se stala skejťáčkou. Na prkně jezdit neumím, ale uznávám ten styl“, „...jsem začal uvažovat o věcech, které ostatní lidé nechápou a neřeší je. Neměl jsem doma pochopení ani podporu pro můj životní styl. Matka mě odstěhovala na čas k otci a jakmile mi bylo osmnáct vyhodili mě oba. Je fakt, že jsem je oba hodně okrádal a dělal jsem velké problémy“, „utíkala jsem z domu, zamykali mě, hlídali, ale já jsem měla svoji hlavu“, „pěstouni se snažili, ale my jsme si chtěli žít po svém...“

2.2.2 Výchovný styl klientovy rodiny

Klientovi rodiče

V odpovědích na otázku rodičů lze u respondentů vyzorovat jednak rodinné poměry, které byly zřejmé částečně už z předchozí otázky, částečně je možné rozeznat u některých z nich výchovné postoje rodičů, které vedly k určitému typu výchovy. Jde jednak o negativně laděné výchovné postoje, přinášející výchovu zanedbávající: „fotra neznám. Matku nesnáším, je hnusná. Její amanty taky nenávidím, když jsem byl větší, tak jsem se s nima pral“, „fotra neznám, máma byla hodná, měla málo času, moc se nemohla zajímat o to, co děláme. Táhla celou domácnost sama, lítala do práce. Moc jsme spolu nemluvili, já byl hodně s klukama. Byla ráda, že jsem venku, ale nevěděla, co dělám“, jednak jde o nadměrně

pozitivně laděné výchovné postoje, vedoucí k výchově protektivní (ochranné): „naši dbali, aby nás ve vsi nepomlouvali, tak na školu a kroužky nás posílali. Byli hodní a vždycky jsme všeho měli dost“, „Pěstouni byli hodní, ale nezvládali nás. Byli to křesťani, kteří neustále chodili do kostela a nás k tomu taky nutili“, k výchově protekční: „máma je hodně starostlivá a vždycky mi hodně pomáhala. Věděla, že nejsem tak dobrá a chytrá, jak by to mělo být, ale vždycky to nějak udělala, abych měla hezký vysvědčení, zaplatila mi soukromou školu a tak“, k výchově rozmazlující: „rozmazlovali mě, vždycky jsem měla dost dáreků, hezké věci i dost peněz. Na to byli dobří“, nebo k výchově s přepjatou snahou o dokonalost dítěte (perfekcionismus): „matka byla velmi přísná dáma, která vždy věděla, co je správné a jak má co vypadat. Hodně uklízela a chtěla to i po nás. Dodržoval jsem doma striktně pravidla slušného chování. Už od první třídy jsem měl dva obleky i s košilí a kravatou“.

Z odpovědí na minulé otázky vyplývá, že s oběma rodiči vyrůstali jen tři respondenti, i když ne ve všech případech to respondenti považovali za dobré: „máma měla otce dávno vyhodit. Je mnohem chytřejší a schopnější než on“. Pokud se rodiče rozešli, měli pro to respondenti vysvětlení: „protože matka střídala chlapy jak ponožky“, „fotr od mámy odešel, je to ožrala a hajzl. Nechci s ním nic mít“, „rodiče se rozvedli, když jsem byl malý. Otec si našel novou ženu a udělal jí dítě. Po rozvodu jsem se s ním stýkal, tak jak stanovil soud. Věnoval se mi, jak mohl, ale neměl jsem rád jeho novou rodinu“. Pouze respondent z pěstounské péče hovořil o svých biologických rodičích: „nevím proč mě odložili a ani to nechci vědět“.

Klientovi sourozenci

Ve dvou případech se objevil respondent bez sourozenců. Jedna respondentka v této situaci viděla výhodu: „jsem jedináček a jsem ráda“. Druhým respondentem bez sourozenců byl mladík, který se ocitl v pěstounské rodině, ke které nikdy necítil blízké vztahy, nebo si je alespoň nepřipouštěl: „vlastní nemám, nevlastních hodně, už si to ani nepamatuju. Různě se to střídalo, tak jak to v pěstounských rodinách chodí“. Ve dvou případech je respondent nejmladší z více dětí, ostatní jsou existenčně zabezpečené a respondent se proto cítí jako jediný problémový: „sestry jsou fajn, obě jsou velmi slušné ženy, brzy odešly z domu, vdaly se a mají děti. Jejich rodiny moc neznám, jedna žije v Rakousku, druhá na Slovensku. Trochu mi vadí, že matku tak opustily, ale mají se moc dobře. Spolu nekomunikujeme, není důvod“ a „mám tři bratry, kteří jsou starší. Moc si mě nevšimli, protože jsem byla holka. Všichni jsou už z domu, mají baráky a rodiny, jen já jsem takový nepodarek“. Ve třech případech má respondent jednoho sourozence, shodou okolností se jedná ve všech třech případech o bratry.

Jeden z nich už o svém bratru dříve hovořil v souvislosti se sexuálním zneužíváním: „o bratrovi už jsem mluvil. Žije teď v Praze a ani já ani máma o něm moc nevíme, občas zavolá. Tváříme se, že tam to se nestalo a mluvíme spolu normálně. Vidíme se jen na vánoce. Máma o tom taky nemluví“. V dalších dvou případech se jedná o mladšího bratra, který se respondentovi jevil jako jeden ze zdrojů problémů: *mám brácha, o kterého jsem se musel po smrti babičky starat, nezvládal jsem to a matka mě za to hrozně bila. Do dneška mám jizvy na zádech. Tak je jasné, že jsem ho rád neměl, protože jsem ho vinil z toho, že mám peklo. Když jsem byl větší, pařili jsme spolu. Brácha je teď už třetí rok v base“* a „brácha je debil. Je o pět let mladší než já, měla jsem ho pořád na krku. Lepil se na mě, přitom je tlustý, protivný mrňavý skřet. Všude mi dělal jen ostudu. Posmívali se mi kvůli němu už na základní škole. Navíc to byl našich mazánek. Leze za mnou dodnes, nestojím o něj, nemluví s ním. Žije pořád u rodičů“.

2.2.3 Původ klientovy závislosti

Objev závislost v rodině

U zneužívaného respondenta je jasný původ závislosti – traumatické dlouhodobé zneužívání během dětství a dospívání, spojené s návodnou aplikací drog, spojenou s účelovým braním. U respondenta z pěstounské rodiny: „biologickou rodinu neznám. Jinak v té druhé bral kde kdo“. Drogy samotné se objevily ještě u bratra jednoho respondenta, jinak v žádné rodině: „závislost v rodině nemáme. Všichni to zvládají, jen mě to trochu ulítlo“. Poměrně rozšířená je konzumace alkoholu: „U nás všichni pijou, drogy nebere nikdo“, pili všichni, matka nejvíc, babička tak pět piv za den. Jiný příbuzný nemám. Jo, máma měla brácha, ten se upil k smrti“, jedna respondentka „analyzovala“ celé příbuzenstvo: „děda prý se upil k smrti, toho jsem ale neznala. Taky babky brácha prohrál v kartách celý svůj majetek. Jinak myslím nic. Otec je dokonce abstinent“.

Vliv vyjádřených skutečností na vznik závislosti

Tato otázka se ptá na respondentovo hodnocení vlivu vyjádřených skutečností na vlastní závislost. Někteří respondenti vidí jasně viníky své závislosti mimo svou osobu. Na otázku „Obviňujete někoho přímo?“ odpovídají explicitně: „jasně, matku“, nebo: „příčina je můj manžel, možná i to, co se mi stalo na zahradě. Je fakt, že dceru jsem nikdy nepřijala, pořád mi toho souseda připomíná“. Jasného viníka vidí i zneužívaný respondent, i když na tuto otázku neodpověděl. Dva respondenti nebyli v odpovědi úplně konkrétní, implicitně však

viníka, nebo viníky označili: „*jo, obviňuju ty co mě odložili a nechali mě na světě samotného. Pěstouni byli na nic, děcák byl hroznej. Dodneška z toho mívám hrozné sny. Měl jsem prostě blbej život a mám ho pořád. Je fakt, že ani drogy ho nezměnily, i když jsem to od nich čekal*“, ještě méně je adresná respondentka, jejíž rodiče hodně pracovali a cestovali: „*tady vidím, když přijedou rodiče za ostatníma klientama, kolik s nima mají zážitků, já marně hledám, co jsme spolu prožili, ani na dovolené jsem s nima nikde nebyla, protože když pořád cestovali, tak pak chtěli být doma. Tam mě jen vychovávali, aby dohnali to co zameškali. Někdy si říkám jestli nás měli vůbec rádi*“. Dva z respondentů vidí příčinu v sobě a v drogách samotných, nikoho jiného neobviňují: „*drogy jsem chtěl brát já a bylo to moje rozhodnutí, rodina s tím nemá nic společného*“, „*já je chtěla brát, bylo to fajn, kdyby na nich nebyly ty problémy kolem, беру furt. Ten stav je skvělý. Nehledám příčinu, to je zbytečný. Kdyby drogy nebyly tak drahý a nepoškozovaly mozek, tak je berou všichni včetně vás. Příčina je v nich, v tom fantastickým stavu. Kdo je bere, má je na začátku rád, nahradí všechno, jsou stylový*“.

2.2.4 Charakteristika klientových vztahů k rodině před jeho vstupem do TK

Přijetí klientovy závislosti rodinou

V reakci rodiny není možné vypočítat jednotný model ale jisté podobnosti. V některé rodině zjištění závislosti vyvolalo bouřlivou reakci: „*matka šílěla*“, někdy i akce k záchraně dítěte: „*zhrozili se, hned přijeli do Čech, začali to všelijak řešit, dokonce chodili na nějakou terapii*“. V další fázi se často dostavovala ze strany rodičů snaha o to, společně problémy řešit a raději „*po dobrém*“. Tak došlo k odhalení šokujících událostí a k novým a novým zklamáním: „*matka pak zjistila, že se děje ještě něco horšího než drogy. (Pozn. zneužívání) Bráchu jednou přímo načapala, tak jsem nemusel nic dokazovat. Mě pak viděla několikrát si dávat*“, „*mysleli si, že mi pomůžou*“, „*naši mě hlídali, abych dodělala školu, nakonec to uplatili, aby mě pustili k maturitě. Cpali mě do léceb, ale vždycky jsem to nějak sehrála. Dokázala jsem švindlovat testy, které měli doma, různě jsem je ukecávala, děsně jsem lhala, nebo jsem utekla z domu, oni mě pak hledali a nakonec byli rádi, že jsem živá*“. Následoval obvykle rozchod s rodinou: „*naši mi kupodivu nejvíc pomohli tím, že mě vyrazili z domu, jinak se ufetuju*“, „*rychle se mě zbavili a udělali dobře. Jak mohli, tak mě vyhodili. Udělali dobře*“, „*odstěhoval jsem se ke své holce, nic s tím nenadělali*“. Odchod od rodiny paradoxně někteří respondenti hodnotí kladně, protože získali nové zkušenosti: „*naučil jsem*

se žít na ulici a ve sqotech, dlouho mi to vyhovovalo a taky jsem dost cestoval. Nepomohli mi, ale zachránili sami sebe. Já jsem si svůj život vybral sám a sám ho taky jedině můžu změnit, nebo díky tomuto kroku zjistili, že nechtějí žít takový život, jaký by je zřejmě s drogami čekal: „na ulici to bylo těžké. Bydlela jsem v krabici a to nikdo dlouho nevydrží. Na sqotu mě zmlátili a okradli. Nejsem stavěná na to žít a nemít svůj standard. Někteří rodiče dokázali plán na záchranu svého dítěte touto cestou „dotáhnout“ až do konce: „Nevzali mě domů, dokud se nebudu léčit. Tak jsem tady. Za ukončení léčby mi slíbili byt a auto“. I další se snažili nějak pomoci: „děti si vzali přes léčbu k sobě a posílají mi sem peníze“. Jinde byl postoj rodiny už před léčbou negativní: „nikdo se se mnou nebaví. Je to hrozná ostuda“, „ale to mi neodpustí“, „s matkou se nebavím už deset let, vůbec ji nekontaktuji a nechci se s ní stýkat. Nemůžu si vybavit, že bych s ní někdy zažil něco hezkého. Bráchovi posílám jednou ročně do vězení balík – na vánoce. On mi občas napíše, ale já nikdy nikomu nepišu dopisy, takže mu neodepisuju“.

2.3 Pobyt klienta v terapeutické komunitě a jeho vztahy ke členům rodiny před ukončením léčby

2.3.1 Průběh klientova pobytu v TK

Pomoc TK v klientově životní situaci

Pomoc terapeutické komunity vnímají respondenti velmi individuálně. Někdo TK chápe jako svoji záchranu: *„Když jsem sem přišel byl jsem úplně v prdeli. Měl jsem 40 kilo, hrozný haldy (halucinace), byl jsem úplně sám. Tady mě přijali a nechali ať se vzpamatuju“.* Jiný ji přijímá jako možnost naučit se základní sociální dovednosti, které jim rodina neposkytla: *„jsou tu fajn lidi, pomáhají mi se vším – s problémy z minulosti, lupenkou, vůbec se učím komunikovat s lidmi a vyznat se sám v sobě. Normální život mi byl dlouho cizí, nejsem zvyklý se o sebe starat – mýt se, čistit si zuby, jíst příborem“,* nebo jako prostředek pro zdokonalení se v některých jiných dovednostech: *„učím se vést domácnost, vařit, pracovat. Zatím čekám, co z toho bude“, „není to tak strašné, baví mě tu starat se o zvířata“, „jsou tu docela fajn lidi, baví mě kolo, jsem ráda, že nemusím pracovat v kuchyni. Ale raději bych byla venku“.* Někteří respondenti začínají mít zájem o svou osobu: *„začal jsem se snažit vypadat trochu normálně. Baví mě sport. Jsem rád, že je tu hodně mužů, chtěl bych být normální chlap“* a o svůj další život: *„dávají mi tady prostor se rozhodnout, to oceňuji. Uvažuju tu o*

svém životě. Rozhodl jsem se ho změnit. Často jsem se litoval, nenáviděl jsem všechny okolo, protože mě opustili. Pak jsem i já všechny opouštěl. Ted' chci mít něco stálého, ještě nevím, co to je, ale přijdu na to“. Jeden respondent se těžce vyrovnává s představou příštího života mimo komunitu: „je to šance, jak se začlenit do běžné společnosti, vadí mi však její konzumní způsob fungování a netolerance“. Pouze jedna respondentka na otázku jak jí může TK pomoci, odpověděla: „No, to bych taky ráda věděla. Je to tu hrozný, hnusný jídlo, málo teplý vody, bydlím s holkou, která šlapala chodník a byla ve vězení. Je to tu pól“.

Hledání hlavního cíle a smyslu TK klientem

Tato otázka pátrá po hledání cíle a smyslu terapeutické komunity samotnými klienty. Nemluví tedy o tom, co je skutečným cílem a smyslem TK, které jsem popisovala v teoretické části práce. Ne všichni respondenti mají jasno v tom, co od komunity očekávají: „nevím jak to do budoucna bude, chtěla bych se vrátit a mít zase manžela, byt a rodinu. Ale to nejde, byt jsme profetovali, manžel se se mnou rozvádí, práci už nemám, tak nevím, co budu dělat“, nebo nejsou rozhodnutí, zda chtějí něco na svém životě změnit: „musím to tu dodělat, nevím, jestli chci přestat brát úplně. Uvidím později...“ Ostatní respondenti si během pobytu cíle a smysl ujasnili. Někteří ho chápou celkem obecně: „cílem je, aby se každý rozhodl, co je pro něj dobré a to udělal. Alespoň takhle si to myslím“, je pro ně smyslem hlavně odpoutání od závislosti: „abstinenční, to je snad jasné. Jak u koho, já sám jsem plně rozhodnutý tuto cestu nastoupit“, „no cílem je dokončit léčbu a pak nebrat drogy“. Jen dva respondenti spojují ukončení závislosti se zlepšením své životní situace. Očekávají zlepšení, ale uvědomují si i skutečnost, že budou muset pro zlepšení své situace udělat i něco víc, než dokončit terapeutickou komunitu: „to, co máme napsáno pod znakem – Mít život ve svých rukách - To bych si přál. Bude ještě dlouho trvat, než se zbavím všech dluhů, soudních stíhání a tak. Proto chci jít po léčbě na doléčovák /Doléčovací centrum/, aby mi s tím ještě pomohl“, nebo: „už nechci brát, potřebuju poznat život normálních lidí, nikdy jsem nepracoval, tak tady budu chodit pomáhat na gerontopsychiatrické oddělení, abych si to vyzkoušel. Po dlouhé době jsem mluvil s mámou a vyříkali jsme si důležité věci, byl jsem na návštěvě doma a šlo to. Viděl jsem se taky s babičkou, to bylo fajn. Celkem se mi daří.

Zlomové rozhodnutí o nástupu do TK

Při odpovědi na otázku co bylo startérem rozhodnutí nastoupit léčbu v TK se respondenti vyjadřovali ke svému životu se závislostí. Ve všech odpovědích se objevovala zoufalá situace, která rozhodnutí předcházela: „byl jsem už úplně na dně, měl jsem

*halucinace, byl jsem paranoidní, nemohl jsem vůbec spát, hrozně mě bolelo žít. Přitom jsem nechtěl umřít“, „na ulici už se to nedalo“, „...jsem se léčil z psychózy...“, asi už to prostě dál nešlo“. Dva respondenti se pro komunitu rozhodli proto, že jim hrozilo trestní stíhání, jeden byl přeložen z psychiatrické léčebny: „probudil jsem se na cele předběžného zadržení a bylo mi děsně. Nikde to neříkám, ale pomohl mi policajt, který mi vynadal, řekl, že zná mého fotra a že jsem horší než on“, „nastoupil jsem spíše pod tlakem okolností – jsem trestně stíhaný“, „musím přiznat, že jsem se nerozhodl sám, na psychině /PL/ v Brně, kde, mě prostě postavili před hotovou věc. Ani moc nevím, proč jsem řekl ano, vůbec mi to nepřemýšlelo. Všechno to bylo takový automatický, i příjezd sem, i nástup byl jako ve snu. Probudil jsem se až tady a už jsem prostě zůstal“. Na základě rozumového rozhodnutí nastoupili do komunity dva respondenti: „léčba měla být pro mého muže, ani nevím, co mě přimělo, že jsem sem šla já. Když nemám muže, nemá to cenu, tak jsem před tím vším chtěla někam utéct. Sem to šlo“, „už jsem s našima nemohla vydržet a navíc mého přítele zavřeli, tak mi vyschly zdroje“. Od rozhodnutí byla ještě různě dlouhá cesta k uskutečnění: *to nejde tak jednoznačně říct, byla to záležitost dlouhodobých úvah a diskusí. Vždycky jsem se rozhodl a pak nenastoupil. Už jsem v druhé komunitě, takže vím, do čeho jdu*“. Téměř vždycky se v odpovědích objevovala osoba, nebo skupina osob, kterým respondent důvěřoval a jejichž prostřednictvím svůj záměr uskutečnil: „ještě chvílku jsem se potácel a pak jsem šel za známým doktorem od mé máti, který mi zařídil Bílou Vodu“, „tak jsem šel na káčko /Kontaktní centrum/, kde mi pomohli“, „tak jsem šla za mámou a ta to zařídila“.*

2.3.2 Reakce klienta na požadavky TK

Zkušební období

Přestože si respondenti uvědomují, že nástup do TK pro ně znamenal určité vysvobození, režim v komunitě se jim z počátku nelíbil. Všemi rozhovory se táhne jakási ambivalence vztahu ke komunitě. Pokud hovoří o počátcích léčby, dávají jasně najevo nevěli, kterou tehdy cítili, i když ne všichni svoje pocity vyjadřují slovně: „vadilo mi omezení ve vycházkách, nemám rád režim ani práci. Nejsem pro to stvořen“, „nemám rád zdejší režim a přísné úklidy, někdy mám pocit, že se všechno moc rozebírá a řeší se kraviny“, „nějak jsem to přežil, prostě jsem poslouchal a všechno to šlo. Horší je tahle fáze, kdy je moc zodpovědnosti ve funkcích, všichni chtějí, abych je plnil na sto procent. Nevládám to. Na druhé straně, jsem se toho dost naučil“, „jsem tu zavřená a ještě to musím chtít, to je hnus“.

respondent se přiznal k tomu, že chtěl léčbu ukončit: „*děsný režim, furt jsem měl někoho za zadkem, pořád po mě někdo něco chtěl. Několikrát jsem chtěl odejít, ale nebylo kam*“. Protože v počátku léčby je zakázán kontakt s rodinou, zajímalo mě, jak se respondenti vyrovnali s touto skutečností a jestli jim někdo z rodiny od počátku léčby chyběl. Jeden respondent na tuto otázku odmítl odpovědět, dva rezolutně odmítli, že by se cítili sami: „*no, to opravdu ne*“, „*nikdo mi nechyběl, protože na začátku jsem celou svou rodinu nenáviděl a nechtěl nikoho vidět. Nechtěl jsem je kontaktovat a kdyby to tady nebylo v pravidlech, tak to neudělám*“. Odpověď respondentky – matky považuji spíše jako kladnou: „*nikdo mi nechybí, jen hrozně děti, zvláště syn. Po těch je mi moc smutno. Jinak se raději moc neptám, vím že mě zavrhlí*“. Ostatní respondenti také přiznávají, že jim v různé míře, blízcí chyběli: „*rodina mi samozřejmě chyběla, ale už jsem se s nimi moc nevidal*“, „*hrozně se mi i teď stýská po domově, rodičích i po pitomým bráchovi*“, „*hrozně se mi stýskalo po rodině. Ale to se mi stýskalo i před tím. Když jsem byla na ulici, chodila jsem se tajně dívat do oken, jestli svítí, kde parkuje auto a tak*“.

2.3.3 Vyrovnání se s výchovnými prvky TK

Průběh pobytu v TK až do dnešního dne

Tato otázka se pomocí zpřesňujících otázek ptá na klientovu spolupráci s garantem a na jeho práci ve skupinové terapii. Odpovědi byly poměrně různé, klienti se dost otevřeli, každý zmiňoval něco jiného. Někteří si vzpomněli na těžké začátky: „*vzpomínám si na dny krizí, chutí na drogy, všichni mě štváli, nebavilo mě vůbec nic*“. V názorech na svoje působení v TK a na vztahy s ostatními se respondenti liší. Někteří jsou spokojení, hovoří o světlých stránkách TK: „*... na parádní zážitky z výletů, velké výkony na kolech na zátěžovkách. Nikdy jsem netušil, že ujedu na kolech 70 km denně. Vyhráli jsme fotbal na olympiádě, hráli jsme divadlo na festivalu. Je tu krásná příroda, nádherný zvířata, který mám moc rád. I lidi jsou tu v pohodě, vzájemně si pomáháme*“, „*program je hodně nacpaný a to je dobře, mám ráda i pořádek, takže se v tom cítím spokojeně, nenudím se a snažím se k tomu tady chovat jako k domovu. Je taky pravda, že jsem nikdy neměla pořádně své místo ani svůj pokoj, furt jsem pendlovala mezi babkou a rodičema a nikde jsem nebyla pořádně doma. Tady si užívám svého pokojíčku, který si se spolubydlicí udržujeme hezký a uklizený*“, tito klienti obvykle přijímají TK jako pomocníka ve zvládnání potíží: „*myslím, že postupně na sobě pracuju, mluvila jsem o všem, co bylo v minulosti. Řekla jsem si i o individuální terapii, protože mám hrozně nízké sebevědomí a mívám hrozné deprese*“. Část klientů přijímá TK

jako nutné zlo, na venek prezentuje nespokojenost s některými skutečnostmi: „*někteří klienti mě štvou. Skupiny mě vždycky štvaly, nerad se hrabu v minulosti a sám v sobě, ale asi to je k něčemu dobrý*“, „*nejde to jinak, všichni se pořád ohání pravidlami a klienti na sebe hrozně donáší. Tuhle mě spolubydlící před všema naprášila, že jím v pracovním bloku, to je fakt trapárna /trapné/. Musela jsem za to půl hodiny řezat dřevo. Asi to tu stejně nevydržím*“, „*snažím se zapadnout, ale jak je u mě zvykem nedaří se mi to. Nebudu dělat to, co mi ostatní říkají, potřebuji všemu rozumět a rozhodnout se ke všemu sám. Tady je všechno nalinkované a vyžaduje se poslušnost. Plním, to protože musím. Určitě si to nepřenesu do života. Nejsem blázen, i když mě za něj ostatní často neprávem považují*“. Většinou se respondenti shodli v názoru na své guaranty. Přijímají je jako pomocníky v řešení svých problémů: „*S garantem řeším ten hrozný rozvod a zkusíme najít byt*“, nebo jako své důvěrníky: „*svou garantu mám rád, naučila mě nosit peníze v peněžence a neutrácet víc než mám. To bylo těžké, jí jsem taky prvně řekl, co se mi v dětství stalo. Nesešlo to s ní, tak jsem si řekl, že to nesekne ani se mnou. Mluvil jsem pak o tom před ostatními a většina mě pochopila. Potřeboval jsem slyšet, že to není moje vina. Bratra nenávidím a teď vím, že na to mám právo*“. V této fázi rozhovorů se objevují příznaky toho, jak důležité je pro lidi se závislostí mít člověka, nebo lidi, kteří jim věří a kterým mohou věřit oni: „*já myslím, že se snažím, podle svých možností. Celkem se zapojuju ve všech bodech programu. Garant mě nedávno pochválil. Za chvíli budu psát žádost o přesup do další fáze*“, „*na guaranty chodit musím a mám děsně přísnou garantu, ale mám ji rád, myslí to dobře a má se mnou svatou trpělivost. Ještě raději mám Gábinu (pozn. vedoucí komunity = „matka komunity“), od ní všechno pochopím, neštvete se se mnou, kolikrát mi nadává, ale ji poslouchám. Pak jsou téčka, který neberu a Ti si můžou říkat co chtěou. Taky mám rád Petra (otec komunity), chtěl bych se od něj naučit, jak být chlap*“.

2.3.4 Spolupráce klientovy rodiny s TK

Kontakty s rodinou

Ve většině případů se ukazuje, že vliv TK je pro respondenty momentálně důležitý. Jednou ze snah TK je navázání vztahů klienta a jeho rodiny. Respondenti na tuto snahu reagují různě: „*návštěva je tu povinná, takže matku jsem pozval, vím, že přijede, ale nevím co od návštěvy očekávat. Ví, že se jí tu nebude líbit, bude se za mě stydět a bude opovrhovat lidmi, kteří se tu léčí. Má na to právo*“, „*já jsem si myslel, že nikoho nemám. Garant mě tak dlouho tlačil, až jsem se dal po pátrání po pěstunech. Nevlastní matka nakonec na krátkou*

dobu přijela a budu moct k nim na výjezd. Tomu bych nikdy nevěřil. Jsou už sami, dozvěděl jsem se i něco o svých sourozencích, hezky jsme si popovídali. Bylo to fajn. Vím, že už do jejich života nepatřím, ale potěšilo mě to. Vzpomněl jsem si díky ní i na hezké věci ze svého dětství. Na skupině jsem pak hledal, co si můžu odnést dobrého ze své minulosti. Vím, že mám velkou schopnost přežít a sílu, takže mě nic moc nepoloží. Problémem se stává nezájem rodiny o klienta: „teď si volám s dětma a píšu jim každý den. Manžel nevím, kde je, píše jen právník. Naši se mnou nemluví“, nebo naopak nezájem klienta o styky s rodinou: „už jsem říkal, nechci nic a nikoho. Nezajímají mě“. Pokud je zájem o nápravu na obou stranách, je zřejmé, že je možné vztahy obnovit, nebo se o to alespoň pokusit: „obnovil jsem kontakt s matkou a babičkou. S nima se chci stýkat i po léčbě. Mámě jsem odpustil a ona odpustila mě. Udělali jsme za minulostí tlustou čáru“, „telefonuju i píšu si s našima, babičkou a dědou. Posílají mi balíky a peníze“, „voláme si skoro každý den, píšeme jednou týdně.

2.3.5 Změna klientova vztahu ke členům rodiny

Klientovy obavy

Přestože většina respondentů (5) uvedla, že vztahy s rodinou se jim daří navazovat, objevují se u nich obavy, jak bude jejich život vypadat po opuštění TK. Pouze jedna respondentka uvedla, že: „vůbec nevím, to je ještě daleko. Ani nevím, co bude za měsíc, natož po léčbě. Neřeším to“. Ostatních šest respondentů přiznalo větší či menší obavy o svoji budoucnost.

Ty jsou spojeny především s minulostí, která se ozývá v podobě nesplacených finančních dluhů a hrozby trestního stíhání: „taky se bojím, že nenajdu práci a nezaplátím dluhy. Ty mám 200 000. Zatím jsem u všech vyřídil splátkový kalendář. Taky mě můžou ještě stíhat, mám tam el paso /loupežné přepadení/. Vězení se bojím nejvíc, to bych se asi raději ufetoval“, „mám dluhy, bojím se, jestli najdu dobře placenou práci. Taky mě ještě čekají nějaké soudy“. Strach o práci se objevuje v několika odpovědích: „jestli si dokážu najít práci“, „nevím jak najdu práci, protože všichni o mě budou vědět, že jsem byla v blázinci“, současně se ale někteří respondenti netají se svou představou, jak by chtěli otázku zaměstnání řešit: „Chtěl bych jít do Prahy, kde je hodně příležitostí. Jednou bych chtěl mít svou nábytkářskou firmu“, „já jsem se rozhodl jít za práci do světa. Nejsem tak neschopný, sice jsem fetoval, ale umím základy angličtiny. A makat taky umím. Nedovedu si představit, že bych žil někde tady“. U pěti respondentů se objevuje touha po návratu domů, i když se obávají, že návrat nebude

lehký, někdy ani možný: „po léčbě bych se chtěl vrátit domů, ale vím, že to asi nepůjde, spadl jsem příliš hluboko a matka mi nedovolí s ní žít“, „budu se muset vrátit k našim. Kam bych taky s dvěma děčkama šla“, „chtěla bych domů, myslím, že mi naši něco z dětství dluží a chtěla bych od nich dostat ztracenou lásku. Problémem může být jak fungovat s nima normálně. Někdy mi připadá, že se ani neznáme.“ Obava ze vztahů s kýmkoli „tam venku“ je cítit ze všech rozhovorů. Nejedná se vždy jen o rodinu a známé, ale také o vztahy, které mají v budoucnu teprve přijít: „hodně bych chtěl mít vztah s holkou, ale zároveň se toho hrozně bojím, jestli jí mám co nabídnout.“, „bojím se, že nevím, jakou mám orientaci. Mám domluvenou konzultaci se sexuoložkou, ale nevím, jestli tam půjdu“, „bojím se, že už nikdy nenajdu chlapa. Vypadám hrozně, a kdo by mě s děčkama chtěl?“. U žádného respondenta se neobjevila obava z recidivy drogové závislosti, pouze jeden respondent připustil obavu z alkoholu, v níž je implicitně vyjádřena obava ze selhání: „jinak se nejvíc bojím chlastu, vím, že jak začnu pít, tak je s abstinencí konec. Nevím, jak tohle udělám, protože pije se všude a já jsem přece chlap“.

Klientova opora v případě problémů a složitých situací po ukončení léčby v TK

Pokud se respondenti po ukončení léčby v TK setkají s „neřešitelným“ problémem nebo složitou situací, mají představu o tom, kdo to bude. Pouze u dvou respondentů z odpovědi jasně vyplývá, že oporou jim v tomto případě budou rodiče: „vždycky máma, ta je zlatá“, „nabídku pomoci mám od obou rodičů, určitě ji využiju“, jeden respondent si uvědomuje, že možnost vyhledat pomoc bude mít pouze v případě, že se bude snažit žít řádně: „Pokud budu fungovat, můžu za pěstounama na návštěvu a tady mi taky nabídli možnost přijet“. Tato myšlenka se implicitně objevuje ve více odpovědích, i když ji respondenti explicitně nevyjadřují. Svoji obavu o to, zda budou moci slibu abstinence dostat, řeší tím, že v případě problémů počítají s pomocí mimo rodinu: „to budu muset řešit na doléčovacím centru, hlásím se do Brna do chráněného bydlení“, „nejraději bych si našel osobního analytika, četl jsem o tom spoustu knih a nejvíce mě oslovilo Freudovo dílo. Jenže to je příliš drahé, takže ze začátku budu muset vzít nějakou službu na pojišťovnu, v každém případě si chci zařídit individuální terapii. Nehodlám nikoho zatěžovat svými problémy a skupina mě často nechápe“. Skutečnost, že se nebudou obracet na rodinu, dva respondenti zdůvodňují tím, že se to doma nedá řešit a proto hledají pomoc jinde: „nevím, asi si najdu nějakou psychologku. Doma na to nejsou“, „z rodiny nikdo. Budu mít terapeuty na doléčováku, vím, že můžu zůstat v kontaktu s komunitou a hodlám toho využít. Tady je moje rodina, tady mě

vychovali, *tady to mám rád*“, nebo se snaží spoléhat sami na sebe: *„budu spoléhat sám na sebe jako do teď. Ale jsem rád, že kdybych přijel do Čech, mám se kam vrátit“*.

Klientova bytová situace po ukončení léčby v TK

Velice podobně se ukazuje situace v otázce bydlení po ukončení léčby v komunitě. Jedna klientka uvedla, že situaci zatím moc neřeší: *„zatím to opravdu nevím. Je ještě dost času vše si ujasnit“*, ostatních šest počítá s tím, že se musí osamostatnit. Ve dvou případech si sice uvědomují, že se zpočátku vrátí k rodině, ale toto řešení přijímají pouze jako provizorní: *„rodiče se mnou počítají, časem bych se chtěla osamostatnit, najít si normálního přítele mít rodinu a svou domácnost“*, *„naši mě zpátky vezmou kvůli děckám. Peníze nemám, tak nemám taky kam jít. Ale rádi nejsou a budou chtít, abychom se časem odstěhovali, to fakt nevím kam“*. Ostatní čtyři respondenti se domů vrátit nechtějí: *„domů zpátky nechci, spíš bych ráda něco svýho. Doufám, že naši splní slovo a koupí mi ten byt“*, raději než s možností bydlení u rodičů, počítají s jinou alternativou: *„domů nikdy, po DC si chci najít podnájem“*, *„po doléčovárně se chci osamostatnit, najdu si podnájem a budu žít sám“*, *„jak jsem říkal, pojedou ven, asi do Irska, seženu si práci a o bydlení se taky nějak postarám. Přežiju všude“*.

Vnímání pozitivních a negativních stránek tohoto pobytu v TK klientem

Když měli klienti zhodnotit pozitivní a negativní stránky svého pobytu, objevil se jeden názor, jehož těžiště je mimo komunitu, ale souvisí se závislostí: *„negativní je, že jsem se sem vůbec dostala, lituju svého rozhodnutí brát drogy“*. Ostatní dokázali najít pozitivum v komunitě jako v jakémsi vysvobození: *„dobré je, že tu jsem“*, *„pomohlo mi to ve všem, jsem prostě normální“*, *„nefetuju a na drogy vůbec nemyslím. Připadám si, jako by to nikdy nebylo a já je nikdy nebrala“*. Jiní spojovali pocit osvobození s konkrétními přínosy, ať už pocit sounáležitosti: *„pozitivní je, že mi tu dávají prostor být sám sebou. Je pravda, že mě tu tolerují a někteří lidé i uznávají, to už jsem dlouho nezažil. Občas si připadám i prospěšný, zažil jsem tu hodně podpory a ocenění“*, zážitků, nebo znovuobjevení svých schopností: *„pozitivní je, že jsem tady, mluvím o svých problémech, zvládám svou váhu, našla jsem znova vztah ke sportu“*, *„pozitivní je, že jsem se dal dohromady, nezbláznil se. Taky jsem tu hodně hezkého zažil, nejvíc se mi líbilo jeskyňáření a lezení po skalách. Nikdy bych neřekl, že mě tohle bude bavit. Taky jsem si říkal, že se nemusím bát života. Už se umím o sebe postarat i v takových věcech jako je vaření, praní, žehlit teda nebudu“*.

Negativní stránky pobytu naopak viděli téměř všichni respondenti v přísném režimu a tvrdé fyzické práci: *„Negativní je jednoznačně přehnaný režim a práce, kterou klidně může*

vykonávat někdo jinej, kdo by byl za to placenej“, „zdá se mi tu přísněj režim, je to moc dlouhý, do všeho moc kecaj“, nebo v povinnosti poslouchat a v problémovém soužití mnoha lidí: „jinak mě na tom tady pěkně štve ten obrovský tlak, který je tu na každého vyvíjený“, „hlavně se tu všechno moc dramatizuje a přehání“, „někdy je to těžký, hádáme se, mám spolubydlícího úplnýho kretěna, někteří lidi jsou tu úplně praštěný. Téčka /terapeuti/ hrozně prudí /štvou/, moc brzo se vstává a furt se musí něco dělat“. Dvě respondentky dokázaly formulovat odpověď do naprosto konkrétní podoby: „nemám ráda sport a výlety, jsem už na to moc stará. Kolo je pro mě děsný“, „a taky negativně vnímám svou funkci hospodáře, kterou právě mám, protože opravdu nesnáším kydání hnoje a starost o smradlavý zvířata.

Ne všichni respondenti dokázali oddělit negativa od pozitiv, z jejich odpovědi vyplývá, že některá negativa mají také pozitivní stránky: „vadí mi obrovské nároky, u mě nejvíc na tu návštěvu. I když jsem nakonec rád, protože nebýt toho, tak já bych sám do toho nešel. Ještě jsem pak i uvažoval, jestli nebudu hledat své původní rodiče, ale to jsem se rozhodl neudělat. Asi by se to nepovedlo a navíc to asi ani nechci vědět“, a naopak někdy dokázali jednou myšlenkou přejít plynule od pozitiva do negativa: „mám tady ráda práci v kuchyni, vaření mě baví. Víím, že i skupiny jsou dobré a pomáhají mi. Nechce se mi dospět, ale asi budu muset. Ono i to vybavení je dobré, ale já furt vidím, že jsem mohla mít lepší. Mohla jsem mít školu a pracovat ve firmě a mít spoustu peněz a zařizovat si byt a místo toho tady chodím na pole sbírat kamení jako ve středověku. Nenávidím to tu“. Jeden respondent vyjádřil přesvědčení, že je třeba situaci přijímat s pozitivy i negativy: „ale řekl jsem si, že to dodělám a hotovo. Moc to nehodnotím, prostě žiju a chci přežít“.

Přínos TK pro klientův vztah k rodině

Při hodnocení svého vztahu s rodinou respondenti pocitově vyjadřují ambivalenci ve vztazích. V několika případech se objevuje nemožnost navázat zprerhané vazby na jednoho příbuzného a naopak klientem předpokládaná možnost dobrého vztahu s jiným členem rodiny: „oni by rádi, abych se smířil s matkou, ale to nejde. Tlačili na mě, tak jsem ji volal, ale práskala telefonem a už to číslo nikdy nevzala. Pak jí zkoušela volat i terapeutka a tu jen seřvala. Dělá mi jen ostudu, nechci ji v životě vidět. Až brácha vyleze z basy, tak s tím bych se sešel, ale nevím jestli to nebude velké riziko, jestli nebude brát“, „snad se mi tady podaří najít znova cestu k dětem, které samozřejmě vědí, že jejich rodiče brali drogy a zatím mi neodpustili. Matka říkala, že nikdo od nás na vztahovou terapii nepřijede, tak nevím co budu dělat“. Jindy je z odpovědi jasné, že díky pobytu v komunitě se dokázal respondent zamyslet

nad svým životem a pokusil se o sblížení s rodinou: „*nebýt jich, tak dodneška nevím, jak to bylo. (pozn. zneužívání bratrem) Netušil jsem, že s mámou můžu otevřeně mluvit. Nevěděl jsem, že ji mám rád a ona mi to řekla taky. Brečel jsem a občas ještě v noci brečím. Přeju si, aby bratr umřel. Vím, že to není správné, ale přeju si to. Jsem rád, že to můžu říkat a nemusím se přetvařovat.* Ve dvou případech je z odpovědi zřejmé, že klientky věří, že může dojít ke zlepšení poměrů v rodině: „*naši tu byli na návštěvě, všichni do nich duli, ať mě nerozmazlují a vedou k samostatnosti. Naštěstí vím, že mě nikdy neopustí. Když nebudu brát budu mít všechno“*, „*rodiče tu byli na návštěvě, měli jsme společnou skupinu i pohovor. Spoustu věcí jsme si vyjasnili. Překvapilo mě zjištění, že svým fetováním, jsem je přitáhla k sobě a vůbec domů. To mi přijde hrozné, snad spolu budeme moct žít i bez toho aniž bych musela mít tak velké problémy. Hodně jsme o tom mluvili. Taky o jejich rozdílném chování ke mně a k bratrovi, tam nevidí oni rozdíly, ale já ano. Bratr je naštěstí na internátě, tak je budu mít jen pro sebe“*. Nejvýstižnější se mi zdála odpověď jednoho respondenta, kterou uvádím v plném znění. Na otázku, zda může zjednodušeně zhodnotit přínos TK pro svůj vztah ke své rodině odpověděl: „*NĚKOHO NA SVĚTĚ MÁM“*.

Závěr

Tato práce umožnila nahlédnout do problémů, s nimiž se potýkají klienti terapeutické komunity pro drogově závislé v Bílé Vodě. Jejím cílem bylo zjistit, zda výchovné působení v terapeutické komunitě vyvolalo změnu ve vztazích klienta k původní rodině. Abych naplnila tento cíl, položila jsem si výzkumnou otázku: „Změnily se vztahy klienta k jeho rodině během léčby v terapeutické komunitě Bílá Voda?“

V první části práce jsem shrnula teoretické poznatky, dostupné k tomuto tématu. Věnovala jsem se vymezení pojmů, týkajících se závislého jedince, pojmům, týkajících se rodiny, jako výchozího prostředí jedince a terapeutické komunity a pojmům s ní souvisejícím. Z těchto teoretických konceptů jsem postupně vyvozovala výzkumné implikace tak, jak se při psaní objevovaly. Výzkumné implikace mi posloužily jako východisko ke scénáři rozhovorů, jehož otázky vznikly operacionalizací výzkumných implikací. V empirické části jsem popsala metodologii výzkumu a provedla analýzu kvalitativních dat, získaných rozhovory s respondenty, kterými byli členové komunity pro drogově závislé v Bílé Vodě. Provedené šetření přineslo několik dílčích závěrů, které lze považovat za odpovědi na dílčí výzkumné otázky.

Ukázalo se, že počátky klientovy závislosti souvisí se všemi v literatuře uváděnými faktory z oblasti biologické, psychologické, sociální i spirituální. U všech respondentů je možné vypořadovat jako hlavní příčinu vzniku zneužívání drog multifaktoriální podmíněnost, o níž se zmiňují v teoretické části práce. V pozadí se často objevují problémy spojené s životem v neúplné, nebo nefunkční rodině, neschopnost správně reagovat na změny životních rolí, neschopnost řešit problémy, často je spouštěčem krizová životní událost. Průběh závislosti koresponduje se všeobecně známými skutečnostmi, respondenti prožívali období zvědavosti, kdy zkoušeli, jaký dopad bude droga mít, následovalo období pohody a dobrých pocitů, které vystřídalo období snahy sehnat drogu za každou cenu, počátky trestné činnosti a pád na samé dno. Odtud jim pomohli jedinci nebo skupiny jedinců, kteří buď na žádost respondenta, nebo z medicínského důvodu zařídili respondentovi léčbu.

Blok otázek, týkající se rodinného prostředí respondenta se zaměřoval na výchovný styl, který byl uplatňovaný v rodině, na vztahy v rodině před nástupem klienta do TK a na to, zda lze vypořadovat původ klientovy závislosti v jeho rodině. V této části se ukázalo, že výzkumný vzorek, který byl vybrán pomocí účelového výběru zcela splňuje požadavky výzkumu. Ve vzorku se objevili respondenti, pocházející z úplných rodin, z rodin, kde

výchovu zajišťoval pouze jeden rodič, případně prarodič a jeden respondent z pěstounské péče. S ohledem na sourozeneckou konstelaci se objevilo několik variant sourozenců, od jedináčka, přes staršího sourozence jednoho bratra a mladšího sourozence několika bratrů, nebo sester až po člena mnohočetné pěstounské rodiny. Stejná různorodost se vyskytla i u výchovného stylu, který byl v rodině respondentů uplatňován. Jednalo se o výchovný styl zanedbávající, projektivní, protekční i rozmazlující. Můžeme tedy říci, že se podařilo docílit úplné nasycení vzorku, kdy další data by nemohla přinést nic nového. Sami respondenti hodnotí své dětství jako spokojené a šťastné, přestože objektivně nespĺňovalo ustálenou představu harmonické rodiny. Ve všech odpovědích se objevovala láska a implicitně pocity sounáležitosti. U všech respondentů lze vypořozovat okamžik, který bychom mohli považovat za spouštěč závislosti. Přestože se objevuje v různém věku respondenta a v různé podobě, lze říci, že spolu s momentální příležitostí jej lze považovat za pravděpodobnější důvod vzniku závislosti, než původ v rodině. Reakce rodiny lze hodnotit jako negativní, ve většině případů znamenalo prozrazení, že respondent užívá drogy, jeho rozchod s rodinou.

Pomoc terapeutické komunity vnímají respondenti velmi individuálně. Přestože se někteří těžce vyrovnávali v počátcích léčby s „pravidly“ a někteří s nimi „bojují“ trvale, lze říci, že si všichni respondenti uvědomují, že pokud by nenastoupili do TK, jejich život by s největší pravděpodobností brzy skončil. Většina respondentů si během pobytu ujasnila cíl a smysl TK pro svoji osobu. Někteří chápou komunitní „rodinu“ jako své skutečné příbuzné, téměř všichni vysoce hodnotí přínos svého garanta. Přijímají je jako pomocníky v řešení svých problémů a uvědomují si, že jsou to lidé, kteří jim věří a kterým mohou věřit oni. Na snahu TK o navázání vztahů klienta a jeho rodiny, reagují respondenti různě. Tam, kde byly problémy ve vztazích ještě před vznikem respondentovy závislosti, je vztah nadále velmi silně porušen, minimálně s jedincem, který podle mínění respondenta má vliv na vznik závislosti. Pokud vztah zasáhly až potíže spojené s rozvíjející se závislostí, lze vypořozovat lehké upravení vztahu. Tento výsledek podporuje i skutečnost, že nadpoloviční většina respondentů, pokud byli tázáni, jak budou řešit „neřešitelné“ problémy nebo složité situace po ukončení léčby v TK, odpověděla, že se obrátí na někoho ze své rodiny. Téměř všichni sice označili za stěžejní osobu, s níž budou řešit svou životní situaci odborníka, ale s tím počítají spíše jako s terapeutickým prvkem. S tím, že budou udržovat kontakt s rodinou počítají i ti respondenti, kteří se rozhodli pokusit osamostatnit v otázce bydlení.

Podle mého názoru je možné na základě těchto dílčích závěrů odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „Změnily se vztahy klienta k jeho rodině během léčby v terapeutické komunitě Bílá Voda?“

Lze říci, že na vztahy, které byly patologické dávno před vznikem a rozvojem respondentovy závislosti, nemá působení TK žádný vliv. Vztahy, které se zhoršily na základě zjištění, že respondent užívá drogy, se působením TK daří, podle výpovědi klientů, stabilizovat. Léčba v komunitě respondenty donutila zpomalit rychlík jejich života a zamyslet se nad tím, kam chtějí jet dál. V této fázi léčby je důležité, že se respondenti domnívají, že to vědí. Většina respondentů ve svých plánech se svojí rodinou počítá.

Domnívám se, že svoji úlohu v navazování kontaktů mezi respondenty a jejich rodinami terapeutická komunita splnila. Její úlohu lze přirovnat k rukám rodiče, který dítěti při jeho prvních krůčcích poskytuje nezbytnou oporu a jistotu. Toto vědomí mu umožní, aby mohlo další kroky dělat samo.

Kritická reflexe

Kvalitativní výzkum jsem prováděla poprvé a snažila jsem se jej provést se vši zodpovědností, ale je možné, že jsem se dopustila chyb.

Výsledky druhu kvalitativního výzkumu, který jsem realizovala, nelze zobecnit na celou populaci, budou využity pouze v terapeutické komunitě Bílá Voda v rámci supervize výchovného programu.

Jsem si vědoma toho, že některé moje závěry, ke kterým jsem došla, mohou být zkreslené velikostí vzorku, přesto se však domnívám, že výsledky, ke kterým jsem dospěla, odpovídají realitě, neboť jsem přesvědčena o tom, že respondenti byli v rozhovorech velmi otevření a upřímní.

Výzkum se stejnými respondenty v budoucnu by mohl být zajímavý, avšak pravděpodobně nebude možný, protože pokud se sami s komunitou klienti nekontaktují, neexistuje reálná možnost, jak se s nimi spojit.

Resumé

V diplomové práci jsem se zabývala otázkami spojenými s rodinným prostředím klienta a spoluprací s rodinou v terapeutické komunitě pro drogově závislé FIDES Bílá Voda. Práce je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž první tři jsou věnovány teorii následovně: drogová závislost, rodina jako výchozí prostředí člověka, terapeutická komunita pro drogově závislé. Poslední kapitola obsahuje praktickou část, věnovanou kvalitativnímu výzkumu, který jsem uskutečnila v terapeutické komunitě FIDES Bílá Voda.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou terapeutické komunity pro drogově závislé se zaměřením na rodinné prostředí klienta a spolupráci s rodinou v terapeutické komunitě. Jejím cílem je odpovědět na otázku, zda výchovné působení v terapeutické komunitě vyvolalo změnu ve vztahu klienta k jeho rodině.

Teoretická část práce je rozdělena do tří částí. První část je věnována teorii drogové závislosti. Druhá část obsahuje pojmy související s rodinou. Ve třetí části je vysvětlen výchovný model terapeutické komunity.

V praktické části jsem použila kvalitativní metodu výzkumu, respondenty byli vybraní klienti terapeutické komunity pro drogově závislé FIDES Bílá Voda, jejich názory a postoje k vlastní rodině.

Annotation

This thesis deals with problems of the therapist community for drug addicted with direct to family surroundings of client. I want to answer questions, if education in community will cause the change of attitude addicted people towards family.

The theory part is divided in 3 parts. The first part is about Theory of the drug addicted. In the secondary part there are the names which are connected with family. In the third part there is the model of the therapist community.

In the practical part I chose qualitative methods of study and the respondents were the addicted people from FIDES, BILA VODA, then their reasons and attitudes to their own family.

Klíčová slova

Drogová závislost, vznik drogové závislosti, prevence, léčba, rodina, terapeutická komunita, model terapeutické komunity, výzkum.

Keywords

Drug addiction, genesis drug addictions, prevention drug addictions, therapy drug addictions, family, therapeutic community, study.

Literatura

- ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha, UK, Karolinum, 1993, s. neuvedeno, ISBN 80-7066-534-3
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Karolinum, 2005. 3. vyd., s. neuvedeno, ISBN 80-246-0139-7
- FILOUŠOVÁ, I.: *Psychologické problémy komunitní léčby drogově závislých*. 2000, Disertační práce. FF UP Olomouc, s. neuvedeno
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha, Portál, 2000. 1. vyd. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
- GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno, Paido, 2000 1. vydání, 207 s. ISBN 80-8593-179-6
- GEIST, B.: *Sociologický slovník*. Praha, Victoria Publishing, b.v. 1992, 647 s. ISBN 80-85605-28-7
- HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*, 1. vyd. Praha, Portál, 2004, 312 s. ISBN 80-7178-803-1
- HELUS, Zdeněk: *Sociální psychologie pro pedagogy*, 1. vyd. Praha, Grada, 2007., 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3
- KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003, vydání 1., s. 318, ISBN 80-86734-05-6
- KALINA, K.: a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha, Úřad vlády ČR, 2003. 1. vydání, s. neuvedeno, ISBN 80-86734-05-6
- KOHOUTEK, R.: *Základy užití psychologie*. Není uvedeno. Brno, CERM, 2002, 544 s. ISBN 80-214-2203-3 str. 276-277
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Velký sociologický slovník*. 1. vyd. Praha, Karolinum, 1996. 749-1627 s. ISBN 80-7184-310-5
- KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM: *Drogy otázky a odpovědi*. Praha, Portál, 2007, vydání 1., s. 200, ISBN 978-80-7367-223-2
- KOORYMAN, M., DE LEON, G., NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha, Nakladatelství Lidové noviny, 2004, 1. vyd. s. neuvedeno ISBN 80-7106-876-4
- KRAUS, B.: *Sociální pedagogika II*. Brno, Skripta. IMS, 2007.
- LAMSER, V., 1966. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha, Svoboda, 353 s. ISBN neuvedeno
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha, Grada, 1998, 344 s. ISBN 80-7169-195-X
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha, SPN, 1992, s. neuvedeno, ISBN 80-04-25236-2
- MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha, Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0
- MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální práce v praxi*. Portál, Praha, 2005, 1. vydání, s. 352 ISBN 80-7367-002-X
- MOŽNÝ, I.: *Sociologie rodiny*. 2. vyd. Praha, Sociologické nakladatelství, 1999. 250 s. ISBN 80-85850-75-3
- NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha, Portál, 2000, 152 s. ISBN 80-7178-432-X
- PRAŠKO, J.: *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha, Portál, 2003, 360 s. ISBN: 80-7178-737-X
- PRŮCHA, J: WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*, 1. vyd. Praha, Portál, 1995, s. neuvedeno, ISBN 80-7178-029-4

SOBOTKOVÁ, I.: *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha, Portál, 2001, 176 s., ISBN 80-7178-559-8

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.: *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice, Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X

Jiné zdroje

Interní pravidla. TK Bílá Voda

Komunitní pravidla. TK Bílá Voda, interní materiál

Elektronické dokumenty

Kalina, Kamil. Článek Psychopatologie 7 – poruchy osobnosti. 15.1. 2008. Dostupné na: <http://209.85.135.104/search?q=cache:i8FMpIYrxWQJ:www.adiktologie.cz/download/390/Psychopatol7-Osobnost.pdf+Psychopatologie+osobnost&hl=cs&ct=clnk&cd=4&gl=cz>

3.12. 2007. Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=49> ,

Článek: *Drogy-info*. 16.2. 2007. Dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/relaps

Článek: *Analýza: Měníci se struktura rodin a závislé děti*. 6.1. 2008: Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=375

Článek: Cíl a vhodnost Gestalt terapie. 17.2. 2008. Dostupné na: <http://www.gestalt-terapie.eu/?pg=gestalt&sb=cil>

Článek: *Definice základních pojmů*. 15.12. 2007. Dostupné na: <http://prevcentrum.cz/browseresult.php?href=defzpojmcpmr>
Internet: <http://www.oblibene.biz/pl.bila.voda/?cap=40>

Index

FILOUŠOVÁ, I.: 8

GAVORA, P.: 43

GEIST, B.: 17

HARTL, P.: 17

KALINA, K.: 26

KOHOUTEK, R.: 24

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM: 2

PRAŠKO, J.: 5, 7

PRŮCHA, J. WALTEROVÁ, E. MAREŠ, J.: 18

Seznam příloh

Příloha číslo 1	Pravidla Terapeutické komunity Fides Bílá Voda
Příloha číslo 2	Základní informace o Terapeutické komunitě Fides Bílá Voda
Příloha číslo 3	Náplň a požadavky na úspěšné splnění jednotlivých fází
Příloha číslo 4	Fáze léčby
Příloha číslo 5	Funkce
Příloha číslo 6	Úklid na pokojích
Příloha číslo 7	Program
Příloha číslo 8	Denní režim
Příloha číslo 9	Etický kodex Evropské federace TK
Příloha číslo 10	Listina práv členů týmu a klientů