

**Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie



Bc. Adéla Režná

**Problematika viktimizace osob se závislostí v adiktologických
službách rezidenční léčby z pohledu pracovníků**

The issue of victimization of people with substance use disorder
in residential addiction treatment from the perspective of workers

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 12. 7. 2024

Adéla Režná

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Haně Fidesové, Ph.D., za soustavnou podporu, vstřícný přístup a cenné odborné vedení při psaní práce. Poděkovat bych chtěla také všem respondentům, kteří se zapojili do výzkumné práce a umožnili tak její realizaci.

Adéla Režná

Identifikační záznam: REŽNÁ, Adéla. *Problematika viktimizace osob se závislostí v adiktologických službách rezidenční léčby z pohledu pracovníků. [The issue of victimization of people with substance use disorder in residential addiction treatment from the perspective of workers]*. Praha, 2024. 114 s., 3 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Abstrakt:

Východiska: Výzkumy potvrzují, že osoby závislosti na návykových látkách čelí vyššímu riziku viktimizace ve srovnání s běžnou populací. Viktimizace má hluboké a dlouhodobé důsledky na psychické zdraví a přispívá k rozvoji přidružených duševních onemocnění. Existují poznatky o možném negativním vlivu viktimizace na průběh a úspěšnost léčby závislosti, kdy osoby se zkušeností s viktimizací čelí větším komplikacím během léčby. V současné době ale v českém prostředí chybí výzkum, jenž by se zabýval problematikou viktimizace v kontextu léčby závislosti.

Cíl: Cílem výzkumné části diplomové práce je zmapovat, jak se problematika viktimizace pacientů/klientů promítá do průběhu rezidenční léčby závislosti, z pohledu pracovníků těchto služeb. Byly stanoveny následující výzkumné otázky: (1) Jaké je složení pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací? (2) Jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají? (3) Jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší?

Metody: Metodou tvorby dat byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup využívající metody polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly prezenční formou či online formou přes platformu Skype. Do výzkumného vzorku byli zapojeni zástupci adiktologických služeb rezidenční léčby, a to vedoucí pracovníci či pracovníci se zkušeností s cílovou skupinou uživatelů návykových látek v rozsahu minimálně 3 roky. Výzkumný soubor byl tvořen 24 respondenty, z toho 17 pracovníky psychiatrických nemocnic a 7 pracovníky terapeutických komunit. K analýze dat byla využita metoda zachycení vzorců.

Výsledky: Viktimizace je mezi klienty rezidenční léčby závislosti velmi rozšířená. Zkušenosti s viktimizací se týkají širokého spektra trestných činů, zahrnující týrání a zanedbávání v dětství, partnerské násilí, majetkové delikty a násilí spojené s drogovou scénou. Terapeutický přístup je individualizovaný, zaměřený na vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí. Pracovníci se zaměřují na práci s emocemi, rozvoj dovedností, budování náhledu na viktimizaci, práci s tématy viny a sebepřijetí, upevnění společenských norem a budování zdravého sebepojetí. Viktimizace negativně ovlivňuje zapojení klientů do léčby, projevující se omezenou participací a pomalejší terapeutickou progresí. Identifikované limity zahrnují riziko retraumatizace, omezení spojená se skupinovou terapií a systémové nedostatky, jako je stigmatizace závislých osob, chybějící provázanost služeb a omezený přístup k odborné péči.

Závěr a doporučení: Studie potvrzuje vysokou prevalenci viktimizace mezi klienty rezidenční léčby závislosti, její komplexní dopad na zapojení do léčby, a identifikuje specifické potřeby těchto klientů. Přináší poznatky o terapeutických přístupech, riziku retraumatizace, systémových nedostacích a zdůrazňuje potřebu multidisciplinárního přístupu a systémových změn ke zlepšení kvality péče. Studie poskytuje podklad pro další výzkum, který by měl podrobněji zkoumat viktimizaci u klientů v léčbě závislosti za využití kvantitativních metod a přímého zapojení klientů.

Klíčová slova: viktimizace, trestná činnost, oběť trestného činu, závislost na návykových látkách, rezidenční léčba závislosti

Abstract:

Background: Research confirms that people with addiction face a higher risk of victimization compared to the general population. Victimization has profound and long-term consequences for mental health and contributes to the development of associated mental illnesses. There are findings about the possible negative impact of victimization on the course and success of addiction treatment, with people with history of victimization facing greater complications during treatment. Currently, however, there is a lack of research in the Czech environment that would deal with the issue of victimization in the context of addiction treatment.

Objective: The objective of the research part of the thesis is to map how the issue of victimization of patients/clients is reflected in the course of residential addiction treatment, from the point of view of the workers of these services. The following research questions were set: (1) What is the composition of residential addiction treatment patients/clients encountered by practitioners in terms of victimization experiences? (2) How do workers deal with the issue of victimization of patients/clients in residential treatment? (3) From the point of view of workers, how does victimization affect the course of residential addiction treatment and what difficulties or complications does it bring?

Methods: A qualitative research approach using the methods of semi-structured interviews was chosen as the method of data creation. The interviews took place face-to-face or online via the Skype platform. The research sample included representatives of residential addiction treatment services, namely senior staff or staff with at least 3 years of experience with the target group of substance users. The research group consisted of 24 respondents, of which 17 were employees of psychiatric hospitals and 7 were employees of therapeutic communities. The pattern capture method was used to analyze the data.

Results: Victimization is widespread among residential addiction treatment clients. Victimization experiences cover a wide range of crimes, including childhood abuse and neglect, intimate partner violence, property crimes, and drug-related violence. The therapeutic approach is individualized, focused on creating a safe and confidential environment. The workers focus on working with emotions, developing skills, building insight into victimization, working with themes of guilt and self-acceptance, strengthening social norms and building a healthy self-concept. Victimization negatively affects client engagement in treatment, manifested by limited participation and slower therapeutic progression. Identified limits include the risk of retraumatization, limitations associated with group therapy, and systemic deficiencies such as stigmatization of addicts, lack of service linkages, and limited access to professional care.

Conclusion and Recommendations: The study confirms the high prevalence of victimization among residential addiction treatment clients, its complex impact on treatment engagement, and identifies the specific needs of these clients. It provides insights into therapeutic approaches, the risk of retraumatization, systemic deficiencies and emphasizes the need for a multidisciplinary approach and systemic changes to improve the quality of care. The study provides a basis for further research, which should examine victimization in addiction treatment clients in more detail using quantitative methods and direct client involvement.

Keywords: victimization, criminal activity, crime victim, drug addiction, residential addiction treatment

Obsah

1	Úvod	10
2	Teoretická část	12
2.1	Základní pojmy	12
2.1.1	Viktimologie, oběť trestného činu	12
2.1.2	Viktimizace.....	13
2.1.3	Reviktimizace	16
2.1.4	Legislativní úprava týkající se obětí trestných činů	17
2.1.5	Data o obětech trestných činů v ČR.....	20
2.1.5.1	Oficiální statistická data o obětech	20
2.1.5.2	Výzkumy viktimizace	21
2.1.6	Data o obětech trestných činů v zahraničí	26
2.2	Riziko viktimizace a zranitelné skupiny	29
2.2.1	Osoby s duševním onemocněním	30
2.2.2	Osoby bez domova	31
2.2.3	Osoby se závislostí	33
2.3	Dopad viktimizace na duševní zdraví	36
2.4	Vztah mezi viktimizací a užíváním návykových látek	38
2.4.1	Role PTSD ve vztahu viktimizace a užívání návykových látek.....	41
2.5	Viktimizace a léčba závislosti	43
3	Výzkumná část	47
3.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	47
3.2	Výzkumný soubor	48
3.3	Metody tvorby dat	50
3.4	Metody analýzy dat.....	50
3.5	Etické aspekty výzkumu	51
3.6	Analýza a výsledky výzkumu	52
3.6.1	Jaké je složení pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací?	52
3.6.2	Jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají?	66
3.6.3	Jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší?.....	80
3.7	Souhrn výsledků	94
3.8	Diskuze a závěr	96

4	Seznam použité literatury	101
5	Seznam tabulek a grafů.....	111
6	Přílohy	112
6.1	Příloha 1: Informace pro účastníka, informovaný souhlas	112
6.2	Příloha 2: Struktura rozhovoru	113
6.3	Příloha 3: Stanovisko Etické komise Kliniky adiktologie	114

Seznam použitých zkratk

ACE	Adverse Childhood Experiences – nepříznivé zkušenosti v dětství
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
BCS, CSEW	The British Crime Survey, Crime Survey for England and Wales – Britský národní výzkum kriminality
BJS	Bureau of Justice Statistics
ČR	Česká republika
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání
EU	Evropská unie
FRA	The European Union Agency for Fundamental Rights – Agentura Evropské unie pro základní práva
HIV	Human Immunodeficiency Virus – virus lidské imunitní nedostatečnosti
ICVS	The International Crime Victimization Survey – Mezinárodní výzkum obětí
IKSP	Institut pro kriminologii a sociální prevenci
IVAWS	International Violence Against Women Survey – Mezinárodní průzkum násilí na ženách
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
NCVS	The National Crime Victimization Survey – Americký národní výzkum obětí kriminality
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR	Policie České republiky
PMS	Probační a mediační služba
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder – posttraumatická stresová porucha
RVKPZ	Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí
SUD	Substance Use Disorder – Porucha způsobená užíváním návykových látek
TZ	Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
UNICRI	United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute – Mezuregionální institut pro výzkum kriminality a spravedlnosti Organizace spojených národů
ZOTČ	Zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů)

1 Úvod

Viktimizace označuje proces, kdy je osoba vystavena fyzické, psychické, emocionální nebo ekonomické újmě v důsledku trestného činu. Tento jev představuje závažný sociální a zdravotní problém, který má dalekosáhlé důsledky pro jednotlivce i společnost. V kontextu osob se závislostí představuje viktimizace klíčovou oblast výzkumu, neboť užívání návykových látek a viktimizace vykazují komplexní a vzájemně propojený vztah. Studie ukazují, že viktimizace může vést k užívání návykových látek jakožto maladaptivní strategie zvládání stresu vyvolaného viktimizací, zatímco užívání návykových látek může zvyšovat riziko vystavení násilí. Výsledky výzkumu de Lint et al. (2017) potvrzují, že 59,8 % osob po viktimizaci zvýšilo spotřebu některé návykové látky. Na základě studie Lee et al. (2016) je pak viktimizace mezi 19. a 29. rokem života přímo spojena s vyšším užíváním návykových látek ve věku 36 let a výskytem PTSD ve stejném věku, což zdůrazňuje dlouhodobé důsledky viktimizace na zdraví a životní dráhu jednotlivců. Užívání návykových látek a závislost rovněž představují rizikový faktor pro různé formy viktimizace. Haller a Chassin (2014) například identifikovali, že užívání alkoholu a drog v období adolescence významně zvyšuje riziko násilné viktimizace. Studie Caravaca-Sánchez et al. (2023) ukazuje, že užívání návykových látek je spojeno s různými formami násilí, včetně fyzického a sexuálního násilí.

Viktimizace je rozšířeným a závažným jevem v populaci osob se závislostí na návykových látkách, které často čelí vyššímu riziku viktimizace ve srovnání s běžnou populací. Dean et al. (2018) zjistili, že osoby s duševními poruchami, včetně těch způsobených užíváním návykových látek, mají výrazně vyšší riziko vystavení trestné činnosti, zejména násilné. Jak uvádí studie Seid et al. (2022), incidence viktimizace ve vzorku pacientů přijatých k léčbě závislosti dosahuje 145,6 na 10 000 osoboroků, což je výrazně více než ve srovnávací kohortě běžné populace s 5,4 na 10 000 osoboroků. Ve studii Daigre et al. (2015) prevalence celoživotní interpersonální viktimizace u osob nastupujících do léčby závislosti dosahovala 45,9 %, přičemž nejčastější formou bylo psychické násilí (38,9 %), následované fyzickým (22,3 %) a sexuálním násilím (13,5 %). Ženy vykazovaly výrazně vyšší frekvenci viktimizace, kdy zkušenost s některým typem násilí uvedlo 68,3 % žen a 38,1 % mužů (Daigre et al., 2015).

Se závislostí na návykových látkách se běžně pojí trauma a posttraumatická stresová porucha (PTSD), představující významnou komorbiditu u osob užívajících návykové látky, jež může zvyšovat závažnost závislosti a komplikovat léčbu. Yoon et al. (2017) přináší zjištění, že fyzické a sexuální zneužívání v dětství je spojeno s užíváním návykových látek v dospívání prostřednictvím symptomů posttraumatického stresu. Studie Haller a Chassin (2014) ukazuje, že symptomy PTSD jsou významným prediktorem zvýšených problémů s alkoholem a drogami, což podporuje hypotézu samoléčby, kdy jedinci s PTSD užívají látky ke zmírnění symptomů poruchy. Zvýšené riziko užívání návykových látek kvantifikovali Sullivan et al. (2016), kteří zjistili, že ženy s PTSD mají téměř 15krát vyšší pravděpodobnost kombinovaného užívání nelegálních drog a alkoholu ve srovnání s těmi bez PTSD. Na vztah mezi posttraumatickým stresem a závažností závislosti upozorňují Kok et al. (2015), kteří zjistili, že symptomy PTSD významně predikují závažnost závislosti na alkoholu a nelegálních návykových látkách.

Odborné studie rovněž přináší poznatky o možném negativním vlivu viktimizace na průběh a úspěšnost léčby závislosti, kdy osoby se zkušeností s viktimizací vykazují vyšší riziko relapsu a čelí větším komplikacím během léčby. Keyser-Marcus et al. (2015) identifikovali, že anamnéza viktimizace je spojena s vyšší četností psychiatrických symptomů, jako jsou deprese, úzkost a sebevražedné myšlenky, vedoucí ke zhoršení výsledků léčby. Poznatky o úspěšnosti léčby přináší Van Brown et al. (2020), kteří zjistili, že opakovaná násilná viktimizace v minulosti je spojena s vyšší pravděpodobností užívání návykových látek během 12 měsíců po propuštění z léčby. Z hlediska anamnézy vícečetné viktimizace Christie et al. (2022) ukázali, že polyviktimizace, zvláště spojená s traumagenními charakteristikami, zvyšuje riziko relapsu po léčbě.

Tyto údaje naznačují, že viktimizace je v této populaci nejen rozšířená, ale má rovněž hluboké a dlouhodobé důsledky na psychické a fyzické zdraví těchto osob. Současné poznatky zdůrazňují nutnost integrovaných terapeutických přístupů, které adresují jak závislost na návykových látkách, tak zkušenosti s viktimizací. Tyto přístupy vyzdvihují význam zahrnutí péče o trauma a léčby PTSD do programů zaměřených na léčbu závislostí. Intervence zaměřené na trauma kombinované se standardní léčbou závislosti ukazují na efektivnější snížení závažnosti PTSD a lepší léčebné výsledky než samotná léčba závislosti (Roberts et al., 2022).

Viktimizace a její důsledky jsou celosvětově uznávaným problémem, avšak specifické studie zaměřené na české prostředí jsou omezené. Zahraniční studie potvrzují, že viktimizace je běžným a závažným jevem u osob se závislostí, který vyžaduje komplexní a individuální přístup; v současné době ale v českém prostředí chybí výzkum, jenž by se zabýval problematikou viktimizace v kontextu léčby závislosti. Tato diplomová práce se zaměřuje na aspekty viktimizace osob se závislostí s cílem zmapovat, jak se problematika viktimizace promítá do průběhu rezidenční léčby závislosti, přičemž využívá perspektivu pracovníků těchto služeb, kteří zastávají klíčovou roli při identifikaci a řešení viktimizace u osob se závislostí. Zkoumání perspektivy pracovníků léčby závislosti je klíčové pro hlubší porozumění problému viktimizace u klientů léčby závislosti, kdy jejich odborný přínos a praktické zkušenosti přispívají ke komplexnímu pohledu na tuto problematiku a k identifikaci trendů a přístupů aplikovaných k řešení problematiky viktimizace. Práce cílí na detailní a hlubší porozumění dynamice viktimizace v kontextu rezidenční léčby závislosti, včetně analýzy strategií, které jsou využívány k řešení této problematiky, a specifických faktorů ovlivňujících průběh terapeutických intervencí u jedinců s historií viktimizace.

2 Teoretická část

2.1 Základní pojmy

2.1.1 Viktimologie, oběť trestného činu

Viktimologie je vědním oborem, jenž studuje oběti trestných činů. Ukotvení viktimologie v rámci ostatních věd není jednoznačná; někteří autoři ji definují jako samostatný obor, v jiných pramenech je považována za součást kriminologie nebo forenzní psychologie (Velikovská, 2016). Podle Daigle (2021) se viktimologie zabývá etiologií viktimizace, jejími důsledky a způsoby, jakými systém trestního soudnictví poskytuje podporu a pomoc obětem. Rovněž analyzuje interakce různých společenských složek, včetně médií, s oběťmi trestných činů (Daigle, 2021).

Dle Čírtkové (2006, s. 201) je viktimologie naukou, která „zkoumá vědeckým způsobem oběti trestných činů. Zajímá ji, jakou roli hraje oběť v motivaci pachatele a jakým způsobem se spolupodílí na interakci v průběhu trestného činu“ (Čírtková, 2006, s. 201). Tato definice je užitečná pro pochopení dynamiky mezi obětí a pachatelem, avšak může vést k riziku obviňování oběti, pokud není správně interpretována. Je důležité, aby výzkum a praxe v oblasti viktimologie důsledně rozlišovaly mezi odpovědností pachatele a kontextuálními faktory, které mohou ovlivnit viktimizaci. Moderní pojetí viktimologie, jak ji definuje Velikovská (2016), je vymezeno širěji, kdy předmětem zájmu je oběť trestného činu, její role v průběhu trestného činu a při objasňování deliktů, faktory přispívající k viktimizaci, následky viktimizace a viktimologická prevence. Dále se zabývá právy oběti, výskytem jevu viktimizace v rámci společnosti nebo podstatou traumatizace způsobené trestným činem (Velikovská, 2016). Tato definice zdůrazňuje komplexnost viktimizace a důležitost zohlednění širších sociálních a osobních kontextů, důležitých pro efektivní prevenci a léčbu následků viktimizace.

Středem pozornosti viktimologie je oběť trestného činu. Velikovská (2016) popisuje, že z viktimologického hlediska jsou oběti trestných činů děleny do tří skupin. Primární oběť představuje osobu přímo zasaženou trestným činem, sekundární oběť zahrnuje blízké osoby, jež mají k oběti silnou vztahovou vazbu a jejíž újmu prožívají jako vlastní (např. partner, rodinný příslušník), a terciárními oběťmi jsou osoby z blízkého sociálního okolí oběti, jako přátelé nebo sousedé (Velikovská, 2016). Autorka nabízí jasnou a přehlednou typologii obětí trestných činů, což je přínosné pro pochopení různých úrovní dopadu viktimizace.

Walklate (2017) přináší komplexní pojetí oběti jakožto osoby, která utrpěla újmu v důsledku úmyslného jednání nebo jednání jiné osoby, jemuž bylo možné předejít, přičemž tato újma zahrnuje fyzické zranění, psychické a emocionální utrpení, ekonomickou ztrátu a poškození základních práv. Tato újma je složitě propojena s úmyslem pachatele, což mezi obětí a pachatelem vytváří vztah osobní křivdy a vnímané nespravedlnosti. Zkušenost oběti je hluboce subjektivní a kontextuální, formovaná její osobní historií, sociálním prostředím a širšími socio-politickými podmínkami. Klíčové pro pochopení role oběti je rozpoznání její autonomie a odolnosti, které jí umožňují aktivně se zapojit do pochopení své újmy, adekvátně na ni reagovat a efektivně se přizpůsobit jejím následkům. Tento přístup přesouvá

pozornost od vnímání oběti jako pasivního příjemce újmy k uznání její role jako aktivního činitele v procesu zotavení (Walklate, 2017). Definice klade důraz na osobní příběhy a prožité zkušenosti obětí a podporuje přístup zaměřený na oběť, který bere v úvahu komplexní a mnohostrannou povahu viktimizace. Oběť trestného činu je tedy chápána nejen prostřednictvím utrpěné újmy, ale také skrze její schopnost odolnosti a širší kontexty, které ovlivňují její prožívání a zotavení.

Obětí trestných činů lze kvalifikovat na základě příslušnosti do různých skupin. Velikovská (2016) uvádí, že první typologie obětí historicky oběti rozlišovaly na základě hledisek, jako je míra zavinění trestného činu, lhaní či zodpovědnosti za viktimizaci vlastní osoby. Postupem času se při klasifikaci obětí začala zohledňovat rozličná kritéria, jako reakce oběti, míra poškození nebo oznámení trestného činu, jež poukazují na širší kontext viktimizačního procesu (Velikovská, 2016). V našem prostředí se typologií obětí zabývala například Čírtková (2004), která oběti trestných činů rozděluje na základě reakce na trestný čin do tří skupin, obětí s expresivní a kontrolovanou reakcí, obětí pasivních a obětí aktivních (Čírtková, 2004). Tato typologie přináší teoretický rámec pro pochopení různých reakcí na viktimizaci, avšak rozdělení obětí může být příliš zjednodušující a nemusí plně zohledňovat individuální rozdíly a specifické kontexty, ve kterých k viktimizaci dochází. Velikovská (2016) za jednu z nejpoužívanějších typologií obětí považuje dělení dle zažitého trestného činu, jež koresponduje s kriminologickým dělením trestných činů. Zde rozlišujeme například oběti sexuálního násilí, fyzického násilí, domácího násilí, či oběti s majetkovou újmou nebo oběti podvodů. Obecněji lze oběti rozdělit do 4 skupin na základě toho, zda trestný čin ohlásily na policii a zda se cítí být trestným činem poškozeny (Velikovská, 2016).

2.1.2 Viktimizace

Proces viktimizace definuje Čírtková (2006, s. 203) jako „*proces poškozování a způsobování újmy, čímž se fakticky z jedince stává oběť trestného činu*“. Autorka poskytuje přímou definici viktimizace, která je snadno srozumitelná a přesná, zaměřuje se ale pouze na proces způsobování újmy, aniž by zahrnovala širší aspekty viktimizace. Širokou definici, která zahrnuje různé dimenze viktimizace nabízí Daigle (2021), dle níž se viktimizace vztahuje k procesu, při kterém jsou jednotlivci vystavováni škodlivým či kriminálním činům ze strany ostatních. Tento fenomén zahrnuje několik dimenzí, včetně etiologie viktimizace, jejích důsledků a reakcí systému trestní justice a dalších společenských složek. Dopady viktimizace přesahují okamžitou fyzickou újmu a zahrnují psychické a emocionální strádání, finanční ztráty a dlouhodobé duševní problémy, jako je posttraumatická stresová porucha (Daigle, 2021). Dle Velikovské (2016) viktimizaci vnímáme jakožto soubor náhlých, nepředvídatelných událostí majících silně stresující charakter, kdy pro osobu zasaženou touto událostí je velmi náročné se s nastalou situací vyrovnat. Toto pojetí klade důraz na stresující povahu viktimizace a obtíže spojené s vyrovnáváním se s ní, což je důležité pro pochopení psychologických dopadů na oběti.

Viktimizace oběti může nastávat ve třech fázích trestného činu, dle kterých rozlišujeme viktimizaci primární, sekundární a terciární. Velikovská (2016) **primární viktimizaci** definuje

jako poškození nastávající bezprostředně po deliktu, kterým se osoba stává obětí trestného činu. Primární újma v důsledku primární viktimizace může mít charakter materiální (odcizení, poškození věci), fyzický (tělesná zranění) či duševní (plačtivost, poruchy spánku, paměti, deprese, úzkost, fobie, ohrožení víry v sebe sama nebo víry v boha). Nejméně viditelnou a měřitelnou složkou újmy je duševní újma, vycházející ze subjektivního prožívání oběti, jejíž hloubka nemusí korelovat s rozsahem fyzického nebo materiálního poškození. Toto emociální zpracování představuje zásadní prvek v procesu primární viktimizace, který ovlivňuje následný vznik a průběh sekundární a terciární viktimizace (Velikovská, 2016).

Durdík et al. (2018) definují psychologickou podstatu primární viktimizace jako otřes základními přesvědčeními a jistotami jedince, charakterizovaný zpochybněním doposud zakořeněných představ o nezranitelnosti, vlastní hodnotě a spravedlnosti světa. Navzdory rozdílům ve zkušenostech obětí jsou jejich psychologické reakce obecně podobné, jelikož proces viktimizace u obětí narušuje tyto základní aspekty identity a pohledu na svět. Otřes základních životních iluzí vede k narušení rovnováhy v různých oblastech, jako jsou sociální vztahy, pracovní schopnost, finanční zabezpečení, představy o osobní budoucnosti a celkové vnímání světa. Tato nerovnováha vyžaduje ze strany oběti investici energie a zdrojů na obnovu previktimizačního stavu a může vést k významným změnám životního stylu. Traumatizace způsobená viktimizací se může projevit novými příznaky, jako je posttraumatická stresová porucha, nebo zhoršením stávajících obtíží, jako je deprese (Durdík et al., 2018).

Na výsledném psychickém dopadu primární viktimizace se podílejí různé okolnosti trestného činu zahrnující způsob získání kontroly nad obětí, prostředky použité pachatelem k ovládnutí oběti, ponížení a zneuctění oběti, způsob reakce oběti během trestného činu a její hodnocení tohoto chování, časové hledisko deliktu, charakter vztahu oběti a pachatele nebo chování ostatních osob přítomných v průběhu trestného činu (Velikovská, 2016). Durdík et al. (2018) nicméně upozorňují, že psychické následky viktimizace oběti, vzhledem k nespecifické povaze traumatu, neodrážejí průběh konkrétní události. Různé oběti mohou zažívat různé psychologické následky v důsledku stejného činu, jejichž povaha je ovlivněna více jejich osobností nežli charakterem samotné události (Durdík et al., 2018). Tento přístup zdůrazňuje individualizaci vnímání a reakce na trauma, což je klíčové pro poskytování adekvátní psychologické podpory.

Sekundární viktimizaci Čírtková (2004, s. 117) definuje jako „*újmu vznikající v důsledku reakcí formálních instancí sociální kontroly nebo neformálního sociálního okolí*“. Tento jev přibližuje Velikovská (2016), která uvádí, že sekundárně oběť mohou poškozovat reakce přátel, rodinných příslušníků, sousedů, nevhodná zpracování případu v médiích nebo necitlivý přístup orgánů činných v trestním řízení (policie, soud), advokátů a znalců. V této souvislosti Durdík et al. (2018) sekundární viktimizaci charakterizují jako chybnou reakci společnosti, institucí a jednotlivců na primární viktimizaci. Během sekundární viktimizace vznikají tzv. sekundární rány, které jsou výhradně psychické povahy a mohou být pro oběť škodlivější než rány primární. Sekundární rány zahrnují přetrvávající zraňující pocity, jako jsou pocity stigmatizace, negativní exkluzivity či nespravedlnosti. Sekundární újma vzniká v případě, kdy během procesu počínajícího oznámením nebo zveřejněním trestného činu dochází k jednáním, které nerespektují důstojnost a individualitu oběti, a dále poškozují oběť (Durdík et al., 2018).

Sekundární viktimizace se dle Durdíka et al. (2018) projevuje například očerňováním oběti, obviňováním či přenášením viny na oběť, nerespektováním soukromí oběti a bagatelizací újmy oběti. Očerňování oběti spočívá v tendenci zpochybňovat její postavení či roli a zaujímání postoje, že si viktimizaci zasloužila. K obviňování či přenášení viny na oběť dochází v případech, kdy lidé oběť viní z naivity, provokativnosti, riskantního chování nebo lehkomyšlnosti, vedoucí k její viktimizaci. Nerespektování soukromí oběti zahrnuje prezentaci informací o ní a její viktimizaci bez souhlasu a mimo její kontrolu. Bagatelizace újmy pak spočívá ve zpochybňování či zlehčování rozsahu a závažnosti újmy v důsledku viktimizace či zpochybňování viktimizace jako takové. Sekundární viktimizace zahrnuje taktéž uplatňování nepravdivých mýtů o obětech trestných činů, zejména těch, které jsou vázané na konkrétní typy trestných činů, jako je sexuální napadení a domácí násilí (Durdík et al., 2018). V souvislosti se sekundární újmou danou subjekty trestního řízení může oběť negativně ovlivňovat necitlivý a netaktní přístup policistů, nevhodné prostředí, kde dochází k výslechu oběti, nedostatečné poskytování informací oběti, délka trestního řízení nebo posuzování věrohodnosti oběti. Sekundární újma umocňuje vliv primárního zranění a výsledná újma nabývá výrazně závažnějšího charakteru (Velikovská, 2016).

Terciární viktimizace je charakterizována sníženou schopností vyrovnání se s dopady trestného činu a zapojení se do běžného společenského života (Velikovská, 2016). Dle Sochůrka (2003, s. 28) při terciární viktimizaci nastává „*trvalá změna psychiky, životní linie nebo životního programu poté, co se člověk stal obětí trestného činu nebo jiné nepříznivé události*“. Oběť trestného činu není schopna přijatelně zpracovat traumatickou událost, ztrácí schopnost návratu do společnosti, dochází k narušení psychiky, změně životního stylu a změně kvality života (Velikovská, 2016). Definice zahrnují různé aspekty narušení života oběti po trestném činu, jež mohou poskytovat jasný rámec pro identifikaci a intervenci u obětí, které zažívají terciární viktimizaci. Zároveň jsou ale definice terciární viktimizace značně zaměřeny na negativní důsledky a nedostatek schopnosti oběti vyrovnat se s následky, což může vést k vnímání oběti jako pasivního subjektu bez schopnosti zotavení. Existuje riziko stigmatizace obětí, které nejsou schopny rychle se zotavit a vrátit se do normálního života. Toto pojetí terciární viktimizace je v kontrastu s definicí obětí dle Walklate (2017), jež bere v úvahu širší kontext viktimizace a zdůrazňuje autonomii, odolnost a aktivní roli oběti v procesu zotavení, čímž nabízí více posilující a optimistický pohled na roli oběti. Integrace těchto pohledů by mohla přinést vyváženější a efektivnější přístupy k podpoře obětí trestných činů.

Studie Probační a mediační služby (Kellner et al., 2020) identifikovala klíčové potřeby obětí trestných činů, které vyžadují cílenou intervenci a podporu. Primární potřebou obětí viktimizace je zajištění bezpečí a jistoty. Dalšími kritickými potřebami jsou poskytování psychosociální podpory a informovanost a orientace v právních a sociálních procesech, kdy oběti vyžadují jasné a srozumitelné informace o svých právech a možnostech dostupné pomoci. Spravedlnost a zadostiučinění jsou klíčové pro obnovení důvěry v justiční systém; oběti požadují, aby byly jejich zkušenosti adekvátně zohledněny a kompenzovány. Rovněž je nezbytné zajistit ochranu před sekundární viktimizací, aby oběti nebyly vystaveny dalšímu traumatu během trestního řízení. Zmocňování obětí, tedy podpora jejich aktivní účasti v řešení situace, je důležitá pro obnovu pocitu kontroly nad jejich životem. Tyto potřeby jsou dynamické

a individuálně variabilní, vyžadující přístup zohledňující jedinečné okolnosti a požadavky každé oběti (Kellner et al., 2020).

2.1.3 Reviktimizace

Reviktimizace, charakterizovaná opakovaným vystavením traumatickým událostem nebo újmě, je významným kriminologickým fenoménem. Jak uvádí Daigle (2021), viktimizace může iniciovat cyklus opakované viktimizace, kdy jedinci, kteří již jednou byli oběťmi, čelí zvýšenému riziku následné viktimizace. Tento jev je ovlivněn různými predisponujícími faktory a okolnostmi, které zvyšují jejich zranitelnost a pravděpodobnost, že se opět stanou oběťmi (Daigle, 2021).

Na vysokou míru reviktimizace mezi osobami, které zažily sexuální zneužívání v dětství, poukazuje metaanalýza autorů Walker et al. (2019). Na základě analýzy 80 studií byla identifikována míra sexuální reviktimizace v rozmezí 10 až 90,3 %. Průměrná prevalence sexuální reviktimizace v analyzovaných studiích byla 47,9 %, což naznačuje, že téměř polovina obětí sexuálního zneužívání v dětství zažije v budoucnu sexuální viktimizaci (Walker et al., 2019). Průměrná prevalence sexuální reviktimizace ukazuje na vysoké riziko opakované viktimizace u obětí sexuálního zneužívání v dětství. Široké rozmezí míry reviktimizace naznačuje značnou heterogenitu mezi studiemi, což může být způsobeno rozdíly v metodologiích, populačních vzorcích a kontextech.

Fereidooni et al. (2024) se ve přehledovém článku zabývali analýzou 71 studií z hlediska psychologických faktorů spojujících týrání a zanedbávání v dětství s viktimizací v dospělosti. Jakožto potenciální prediktory reviktimizace byly shledány závažnost symptomů poruch souvisejících s traumatem, disociace, emoční dysregulace a rizikové sexuální chování (Fereidooni et al., 2024). Na vztah mezi sexuálním zneužíváním v dětství a budoucí viktimizací se zaměřili Scoglio et al. (2021). Mezi identifikované rizikové faktory patřilo souběžně se vyskytující násilí a zanedbávání doma, rizikové sexuální chování, posttraumatická stresová porucha, emoční dysregulace a další maladaptivní mechanismy zvládání. Ve dvou ze čtyř studií zkoumajících závislostní problematiku se problémové pití nebo užívání návykových látek ukázaly jako rizikové faktory pro pozdější viktimizaci. Byl identifikován pouze jeden ochranný faktor, a to vnímaná rodičovská péče (Scoglio et al., 2021). Identifikace specifických prediktorů a rizikových faktorů zdůrazňuje potřebu cílených intervencí a preventivních strategií, které by mohly zmírnit dlouhodobé dopady dětského traumatu.

Ruback et al. (2014) zkoumali mediační efekt užívání drog, alkoholu, deprese a páchání trestné činnosti na vztah mezi závažnou násilnou viktimizací a následnou reviktimizací stejného charakteru na vzorku dospívajících. Významným mediačním faktorem ovlivňující vztah viktimizace-reviktimizace u mužů bylo zapojení do násilné trestné činnosti. U žen se na vztahu významně projevil kombinovaný účinek všech mediátorů, avšak žádný jednotlivý mediátor nebyl shledán významným (Ruback et al., 2014). Výzkum zdůrazňuje význam behaviorálních změn po viktimizaci a jejich vliv na riziko reviktimizace, což může přispět k lepšímu porozumění dynamice viktimizace a k vývoji efektivnějších preventivních a intervenčních programů. Nedostatek významného jednotlivého mediátoru u žen naznačuje, že mohou

existovat další nezahrnuté faktory, které ovlivňují vztah mezi viktimizací a reviktimizací. Pro plné pochopení těchto vztahů jsou nutné další výzkumy.

Výsledky studie Jaffe et al. (2019) na vzorku 453 mladých žen ukázaly, že prožité interpersonální trauma (fyzické napadení, napadení se zbraní, znásilnění a sexuální obtěžování) zvýšilo pravděpodobnost budoucí reviktimizace, přičemž klíčovou roli hrály symptomy posttraumatického stresu. Pokud jde o maladaptivní posttraumatické kognice, souvislost mezi předchozím interpersonálním traumatem a následnými událostmi stejného charakteru byla zprostředkována mírou vnímaného ohrožení. Výsledky studie dále ukazují, že v minulosti prožité neinterpersonální trauma (např. přírodní katastrofy, požár, dopravní nehody, náhlá smrt blízkého atd.) rovněž nepřímo zvýšilo riziko následného interpersonálního traumatu prostřednictvím zvýšených příznaků PTSD. Zjištění naznačují, že potíže pramenící z PTSD, jako jsou pocity hněvu, podrážděnost nebo vyhýbavé chování, mohou měnit dynamiku mezilidských vztahů a zvyšovat riziko vzniku konfliktu nebo násilí (Jaffe et al., 2019). Výsledky zdůrazňují klíčovou roli symptomů PTSD jako zprostředkujícího faktoru mezi minulým traumatem a budoucí reviktimizací, což podtrhuje význam cílených intervencí a léčby PTSD, které mohou snížit riziko opakované viktimizace. Studie se však zaměřuje pouze na mladé ženy, což omezuje generalizovatelnost výsledků na muže nebo jiné věkové skupiny.

2.1.4 Legislativní úprava týkající se obětí trestných činů

Nejvýznamnějším právním předpisem českého právního řádu v oblasti viktimologie je zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů – dále jen ZOTČ). Tento právní předpis se zaměřuje na práva a ochranu osob, které se staly oběťmi trestné činnosti. ZOTČ je zásadním nástrojem pro ochranu a podporu obětí trestných činů, jehož účelem je zlepšení postavení obětí v trestním řízení a posílení jejich práv. Upravuje tři základní oblasti, a to práva obětí trestných činů, poskytování peněžité pomoci obětem trestných činů státem a vztahy mezi státem a subjekty, které poskytují služby obětem trestných činů.

Na ukotvení viktimologie má z právního hlediska hlavní význam definice oběti trestného činu. Definice oběti trestného činu vychází z § 2 odst. 2 ZOTČ, který jakožto **oběť** považuje „fyzickou osobu, které bylo nebo mělo být trestným činem ublíženo na zdraví, způsobena škoda nebo nemajetková újma nebo na jejíž úkor se pachatel trestným činem obohatil nebo měl obohatit“. Trestný čin je ve smyslu zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (dále jen TZ) definován jako „protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně“ (§ 13 odst. 1). Pro účely ZOTČ je za trestný čin považován také čin jinak trestný (§ 2 odst. 1), u kterého byly naplněny znaky skutkové podstaty trestného činu, nicméně pachatel není trestně zodpovědný z důvodu nízkého věku či nepřičetnosti, a proto nelze skutek klasifikovat jako trestný čin ve smyslu trestního zákoníku.

ZOTČ dále stanovuje **práva**, jež náleží obětem trestných činů, a to právo na poskytnutí odborné pomoci (§ 4 až 6), právo na informace (§ 7 až 13), právo na ochranu před hrožícím nebezpečím (§ 14), právo na ochranu soukromí (§ 15 a § 16), právo na ochranu před druhotnou újmou (§ 17 až § 22) a právo na peněžitou pomoc (§ 23 až § 26). Ve věci práva na peněžitou pomoc

zákon vymezuje okruh oprávněných žadatelů, účel a výši peněžité pomoci, předpoklady pro její poskytnutí, důvody vedoucí k jejímu neposkytnutí a související náležitosti.

ZOTČ definuje zvláštní kategorii obětí trestných činů, a to kategorii **zvláště zranitelných obětí**. Zvláště zranitelné oběti se dle Durdíka et al. (2018) vyznačují vyšším rizikem sekundární viktimizace a častějším výskytem negativních vlivů, jako je zastrašování ze strany pachatele, zvýšený stres během trestního řízení a zvýšený strach z kontaktu s pachatelem. Osoby v kategorii zvláště zranitelných obětí jsou rovněž vystaveny zvýšenému riziku reviktimizace (Durdík et al., 2018). Zvláště zranitelnými oběťmi se dle ZOTČ (§ 2 odst. 4) rozumí:

- dítě
- osoba, která je vysokého věku nebo je postižena fyzickým, mentálním nebo psychickým hendikepem nebo smyslovým poškozením, pokud tyto skutečnosti mohou vzhledem k okolnostem případu a poměrům této osoby bránit jejímu plnému a účelnému uplatnění ve společnosti ve srovnání s jejími ostatními členy
- oběť trestného činu obchodování s lidmi, znásilnění, týrání svěřené osoby, týrání osoby žijící ve společném obydlí nebo teroristického útoku
- oběť trestného činu proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti, trestného činu, který zahrnoval násilí, či pohrůžku násilím, trestného činu spáchaného pro příslušnost k některému národu, rase, etnické skupině, náboženství, třídě nebo jiné skupině osob nebo oběť trestného činu spáchaného ve prospěch organizované zločinecké skupiny, jestliže je v konkrétním případě zvýšené nebezpečí způsobení druhotné újmy zejména s ohledem na její věk, pohlaví, rasu, národnost, sexuální orientaci, náboženské vyznání, zdravotní stav, rozumovou vyspělost, schopnost vyjadřovat se, životní situaci, v níž se nachází, nebo s ohledem na vztah k osobě podezřelé ze spáchání trestného činu nebo závislost na ní

Zvláště zranitelným oběťmi jsou dle ZOTČ přisouzena **speciální práva**, jež mimo jiné zahrnují právo na bezplatnou odbornou pomoc (§ 4), právo na zabránění kontaktu s osobou, kterou označily za pachatele (§ 17 odst. 2), v přípravném řízení právo na výslech či podání vysvětlení osobou stejného nebo opačného pohlaví (§ 19 odst. 1) či právo na výslech prováděný zvlášť citlivě (§ 20 odst. 1).

Základní zásady pro přístup a jednání s oběťmi trestných činů a poskytování pomoci oběťmi definuje § 3 ZOTČ. § 3 odst. 1 stanovuje hlavní právní zásadu ve vztahu k oběti, a to tzv. presumpci statusu oběti, kdy *„každou osobu, která se cítí být obětí spáchaného trestného činu, je třeba považovat za oběť, nevyjde-li najevo opak nebo nejde-li zcela zjevně o zneužití postavení oběti podle tohoto zákona“*. § 3 odst. 2 se vztahuje k zásadě individuálního a diferencovaného přístupu k oběti a prevence sekundární viktimizace. V rámci tohoto principu zákon udává příslušníkům Policie ČR, orgánům činným v trestním řízení, poskytovatelům pomoci oběťmi trestných činů, poskytovatelům zdravotních služeb, znalcům, tlumočnickům, obhájcům a sdělovacím prostředkům povinnost *„respektovat osobnost a důstojnost oběti, přistupovat k oběti zdvořile a šetrně a podle možností ji vycházet vstříc. Vůči oběti postupují s přihlédnutím k jejímu věku, zdravotnímu stavu včetně psychického stavu, její rozumové vyspělosti a kulturní identitě tak, aby nedocházelo k prohlubování újmy způsobené oběti trestným činem nebo k druhotné újmě“*. Třetí významnou zásadou ve vztahu k oběťmi trestné

činnosti je zásada zákazu diskriminace (§ 3 odst. 3), kdy práva definována zákonem náleží oběti bez ohledu na rasu, etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru či světový názor.

V kontextu diskriminace obětí trestných činů literatura zdůrazňuje existenci tzv. hierarchie viktimizace, která odráží, jak společnost reaguje na oběti trestných činů na základě jejich vnímané nevinnosti a sociální akceptovatelnosti. Hierarchie viktimizace ovlivňuje postavení oběti ve společnosti a v médiích, kde určité typy obětí získávají více sympatie a podpory než jiné. Ideální oběť je vnímána jako slabá, bezmocná a morálně čistá osoba, což vede k vyšší míře empatie a ochoty poskytnout pomoc. Například dítě nebo starší osoba, kteří jsou přepadeni na ulici, jsou často vnímáni jako ideální oběti, protože odpovídají představě bezbrannosti a nevinnosti. Naproti tomu oběti, které nenaplňují tento ideální obraz, jako jsou osoby se závislostí, osoby bez přístřeší nebo prostituující osoby, často zažívají stigmatizaci a čelí nedůvěře a odsuzování. Tento mýtus ideální oběti ovlivňuje nejen mediální zobrazování obětí, ale také jejich postavení v trestním řízení a v přístupu k pomoci (Durdík et al., 2018).

Třetí část ZOTČ definuje vztahy mezi státem a **subjekty, které poskytují služby obětem trestných činů**. Obsahem třetí části zákona je vymezení subjektů poskytující pomoc obětem trestných činů, podpory těchto subjektů ze strany státu, definice podmínek pro udělení akreditace, povinnosti akreditovaných subjektů, zakotvení registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů a další náležitosti (§ 38 až 48). Registr poskytovatelů pomoci obětem trestných činů je spravován Ministerstvem spravedlnosti, které do registru zapisuje subjekty dle zákonem stanovených podmínek (§ 48). Subjekty zapsané v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů poskytují obětem odbornou pomoc, kterou se dle § 4 rozumí psychologické poradenství, sociální poradenství, právní pomoc, poskytování právních informací nebo restorativní programy.

Durdík et al. (2018) v této souvislosti upozorňují na přetrvávající roztržičnost služeb v oblasti pomoci obětem trestných činů a akcentují potřebu pomoci komplexní, tedy zahrnující více složek u jednoho poskytovatele služeb. Komplexní odbornou pomocí se rozumí individualizovaná pomoc šitá na míru konkrétním potřebám každé oběti, kterou v celé šíři zajišťuje jeden poskytovatel. Zahrnuje právní a psychologickou podporu prostřednictvím ambulantních a terénních služeb a další doplňkovou podporu, jako je finanční pomoc a terapie. Tento model je vhodný zejména pro zvláště zranitelné oběti a pozůstalé. V opačném případě pak může být čerpání pomoci roztržičné, kdy oběť s potřebou kombinované péče využívá služeb u více poskytovatelů, jelikož každý z poskytovatelů poskytuje pouze část potřebných služeb. Tento model poskytovaných služeb je zatížen časovou a emocionální náročností, která u obětí může vést k vyčerpání. Bez mezioborové spolupráce mohou služby od různých poskytovatelů dokonce kolidovat ve smyslu protichůdných cílů, což situaci oběti dále komplikuje. Autoři též diskutují stávající problém nepřehlednosti služeb pro oběti trestných činů, kdy registr poskytovatelů, veřejně dostupný na webových stránkách Ministerstva spravedlnosti (www.justice.cz), vykazuje nedostatky spočívající v nepřehlednosti a chybějících kontaktních údajích. V praxi také mnohdy nedochází k předávání informací o možnostech využití služeb ze strany Policie ČR, která by obětem dle zákona měla tyto informace zprostředkovat (Durdík et al., 2018).

2.1.5 Data o obětech trestných činů v ČR

Existuje řada různých zdrojů, které poskytují údaje o obětech v České republice. Práce se blíže věnuje dvěma základním zdrojům, a to oficiálním statistickým datům každoročně zveřejňovaným ve statistických ročenkách a viktimologickým výzkumům realizovaných v České republice.

2.1.5.1 *Oficiální statistická data o obětech*

Základní data o obětech trestné činnosti v České republice lze získat prostřednictvím statistických údajů o kriminalitě, které nám mohou poskytnout obecný přehled v oblasti páchaných trestných činů. Trendy kriminality jsou sledovány **Institutem pro kriminologii a sociální prevenci**, který za rok 2022 přinesl následující data (Scheinost et al., 2023). V roce 2022 došlo k nárůstu evidované trestné činnosti na celkových 181 991 skutků, kdy meziroční nárůst činí téměř 19 % ve srovnání s předchozím rokem. Největší podíl tvoří trestná činnost majetková, zaujímající 55 % trestné činnosti. Následuje ostatní trestná činnost (např. trestné činy maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání, drogové trestné činy, výtržnictví, ohrožování výchovy dítěte) a zbývající trestná činnost (např. ohrožování pod vlivem návykové látky, zanedbání povinné výživy nebo silniční dopravní nehody), čítající 15 % a 13 % skutků. Kriminalita hospodářská a kriminalita násilná tvoří srovnatelný podíl, a to 8 % a 7 % z celkového počtu spáchaných skutků. Nejméně trestných činů pak bylo zaznamenáno ve skupině kriminality mravnostní (2 %). Majetková trestná činnost je nejvíce zastoupena trestným činem krádeže prosté, u násilné trestné činnosti jsou nejčastěji zaznamenávány úmyslné ublížení na zdraví, porušování domovní svobody, nebezpečné vyhrožování, loupež a vydírání. V oblasti mravnostní kriminality nejfrekventovanější trestné činy zahrnují znásilnění, dětskou pornografii a zneužití dítěte k ní (Scheinost et al., 2023).

Jako primární zdroj informací o trestné činnosti slouží taktéž **statistiky Policie ČR**, nicméně ve vztahu k údajům o poškozených či obětech poskytují pouze omezený vhled, jak popisuje Roubalová (2021). V rámci policejních statistik jsou oběti zaznamenávány pouze v rámci tzv. objektů napadení, které ovšem nelze ztotožnit s pojmem oběti trestného činu. Objekt napadení představuje specifický objekt, vůči němuž je namířen protiprávní útok (např. automobil, bydli, osoba). Pouze u vybraných činů, zejména u násilné a mravnostní kriminality, se stávají objektem napadení též osoby-jednotlivci. Policejní data tedy poskytují omezený pohled na počty reálných obětí, s minimálním přínosem o obětech mimo vybrané formy kriminality. Druhým problémem v souvislosti s policejními statistikami je absence dostupnosti policejních dat, kdy informace o objektech napadení chybí ve Statistických přehledech kriminality každoročně zveřejňovaných na webových stránkách Policie ČR (Roubalová, 2021).

Omezené informace o obětech z policejních statistik jsou každoročně prezentovány v publikaci Českého statistického úřadu s názvem „Zaostřeno na ženy a muže“ v sekci „Soudnictví, kriminalita“. **Český statistický úřad** (2023) v této publikaci zveřejňuje počty objektů napadení u jednotlivých trestných činů, a charakteristiky objektů napadení z hlediska pohlaví a věku. Poslední dostupná data pocházejí z roku 2022, kdy bylo evidováno celkem 22 151 objektů napadení. Z tohoto celkového počtu tvoří 53,8 % muži a 46,2 % ženy. Nejvíce objektů napadení

bylo evidováno u trestného činu úmyslného ublížení na zdraví s 4161 objekty napadení. Na druhém místě se umístilo nebezpečné vyhrožování s 1772 objekty napadení, následované loupeží (1409) a vydíráním (1192). U trestných činů, kde bylo zaznamenáno celkově méně než 1000 obětí, dominuje počet objektů napadení u trestného činu znásilnění a pohlavního zneužívání, následované týráním osoby žijící ve společném obydlí, nebezpečným pronásledováním, násilím proti úřední osobě spáchaném na příslušníkovi PČR, týráním svěřené osoby a dětskou pornografií a zneužitím dítěte k ní. Trestné činy, u kterých sledujeme vyšší počet obětí mužského pohlaví, zahrnují úmyslné ublížení na zdraví, loupež, vydírání a násilí proti úřední osobě, kdežto ženy se častěji stávají oběťmi trestných činů nebezpečného vyhrožování a pronásledování, znásilnění, pohlavního zneužívání, zneužití k dětské pornografii a týrání (Český statistický úřad, 2023).

2.1.5.2 Výzkumy viktimizace

Výzkumy obětí trestné kriminality poskytují cenný vhled do problematiky viktimizace. Jejich předností je dle Roubalové (2021) schopnost zachytit i tzv. latentní trestnou kriminalitu, která v oficiálních statistikách není zahrnuta. Jedná se o studie typu průzkumu veřejného mínění realizované na reprezentativním souboru jednotlivců či domácností. Viktimologické studie doplňují oficiální statistická data; často poskytují velké množství demografických a socioekonomických dat a mapují bližší okolnosti viktimizace (Roubalová, 2021).

Výzkum **Martinkové (2007)** na vzorku 3082 respondentů zkoumal viktimizaci za posledních 5 let a 12 měsíců u 10 typů deliktů (krádež auta, krádež věci z auta, krádež mopedu, skútru, motocyklu, krádež jízdního kola, vloupání do chaty/chalupy, vloupání do obydlí, loupežné přepadení, krádež osobního majetku, sexuální delikty a fyzické napadení/vyhrožování). Bylo zjištěno, že 63,5 % osob se v posledních 5 letech stalo obětí alespoň jednoho z těchto trestných činů. Nejčastějšími delikty byly vloupání do chaty/chalupy (40,4 %) a krádež osobního majetku (35,8 %); nejméně často bylo udáváno loupežné přepadení (4,3 %) a sexuální delikty (4,6 %). Opakovaná viktimizace byla nejvyšší u obětí sexuálních deliktů (56,3 %), vloupání do chaty/chalupy (28,2 %) a krádeže věcí z aut (27,9 %). Muži se signifikantně častěji stávali oběťmi fyzického napadení a krádeže věcí z aut, zatímco ženy byly více oběťmi sexuálních deliktů a podvodů na spotřebiteli (Martínková, 2007).

Zkoumaným jevem ve studii Martínkové (2007) byla také míra nahlášení deliktu policii, kdy nejnižší míra byla zjištěna u sexuálně motivovaných deliktů (21,8 %), fyzického napadení či vyhrožování fyzickým násilím (26,5 %) a krádeže osobního majetku (38,7 %). Oběti nejčastěji nehlásily delikty z důvodů nedůvěry v efektivnost policie, nedostatku důkazů a blízkého vztahu k pachateli. U obětí sexuálních deliktů byl častým důvodem strach z odvety nebo obavy z policie. Nespokojenost s prací policie byla nejvyšší u obětí sexuálních deliktů (25,8 %), loupežného přepadení (34,9 %) a krádeže věcí z auta (42 %), mnohdy kvůli nenalezení pachatele či majetku a nedostatečnému úsilí policie k vyřešení případu. Jakožto časté důvody byly zaznamenány také skutečnosti potenciálně přispívající k sekundární viktimizaci poškozených, jež zahrnovaly nezáměr a lhostejnost ze strany policie a nevhodné chování policistů v průběhu vyšetřování, nejčastěji udávané oběťmi sexuálních deliktů, fyzického napadení či loupeže (Martínková, 2007). Studie zahrnutím široké škály trestných

činů a sledování viktimizace ve dvou časových obdobích poskytuje komplexní údaje o míře viktimizace v České republice. Významným omezením je nicméně neaktuálnost dat; výsledky mohou být zastaralé a jejich relevance ovlivněna sociálními, ekonomickými a právními změnami v posledních letech.

Rozsáhlý výzkum obětí trestné činnosti, s výzkumným vzorkem o 3328 respondentech, realizovala **Roubalová a kolektiv (2019)**. Studie se zaměřovala na vlastní zkušenosti veřejnosti s viktimizací u 14 typů kriminálního jednání. Nejčastějšími delikty byly podvodné e-maily, které uvedla více než polovina respondentů, dále vloupání do rekreačního objektu (20 %) a podvody při nákupech na internetu (16 %). V posledních 3 letech se respondenti nejčastěji stali obětí kapesní krádeže bez použití násilí a krádeží věcí z auta, se kterými se setkal zhruba každý desátý respondent. S vloupáním do obydlí a stalkingem se setkala téměř každá dvacátá osoba. Frekvence výskytu 3 % byla zaznamenána u fyzického napadení, které bylo častěji páčáno na mladých mužích s nižším vzděláním a socioekonomickým statutem, a domácího násilí, postihující zejména ženy mladšího věku, ženy v domácnosti nebo na mateřské dovolené a ženy z nízkopříjmových domácností. Trestné činy krádež auta a loupež byly udávány respondenty ve 2 % případů. Sexuální násilí deklarovalo 1,3 % osob, z nichž převažovaly ženy, studující osoby a osoby s nízkým příjmem (Roubalová et al., 2019).

Studie Roubalové (2019) zkoumala také hlášení trestných činů na policii. Nejmenší latence byla zjištěna u krádeže auta a motocyklu, deliktů proti domácnosti a podvodných e-mailů. Naopak vysokou míru latence vykazují případy sexuálního napadení a domácího násilí, jež byly nahlášené pouze v pětině případů. Jakožto nejčastější důvody pro nenahlášení byly uváděny nedůvěra ve schopnost policie případ vyřešit, zbytečná námaha spojená s podáním trestního oznámení, vyřešení situace bez pomoci, strach ze zhoršení situace nebo negativní vztah k policii a strach a stud spojený s návštěvou policie. Větší polovina obětí, které čin nahlásily, byla s prací policie spokojená, zejména oběti krádeží a fyzického napadení. Nejnižší spokojenost byla zaznamenána u obětí sexuálního napadení a stalkingu. Dopady viktimizace zahrnovaly v nejvyšší míře materiální škody a administrativní zátěž. Oběti sexuálního a domácího násilí často trpěly závažnými psychologickými následky, jako jsou opakující se myšlenky na viktimizaci, ztráta pocitu bezpečí a strach z opakování trestného činu. Odbornou pomoc vyhledávaly oběti zřídka, zejména z důvodu nepotřeby pomoci, neznalosti služeb, fyzické a finanční nedostupnosti, nebo nedůvěře v účinnost pomoci. Čtvrtina respondentů zastává názor, že v ČR není dostatek neziskových organizací pro pomoc obětem (Roubalová et al., 2019).

Navazující viktimologický výzkum **Roubalové a kolektivu (2023)** analyzoval míru viktimizace u 3073 respondentů. Výsledky ukázaly, že 42 % respondentů bylo viktimizováno během předchozích tří let, přičemž více než 30 % zažilo jednu událost, necelá desetina dvě události a několik procent více incidentů. Od předchozího výzkumu došlo k mírnému nárůstu fyzických napadení a domácího násilí, zatímco stalking a vloupání do obydlí zaznamenaly pokles. Nejvýraznější nárůst byl pozorován u krádeží motocyklů, vloupání do chat a krádeží kol a automobilů. Muži častěji hlásili fyzické napadení a krádeže vozidel, zatímco ženy byly více ohroženy delikty citlivé povahy (domácí a sexuální násilí, stalking), zejména ženy na mateřské/rodičovské dovolené. Vlastní porušení zákona přiznalo 18,2 % respondentů,

nejčastěji nedbalostní jednání, výtržnosti a vandalismus, s nejvyšší prevalencí mezi nezaměstnanými a sociálně slabšími skupinami. Studie také zdůraznila význam návykových látek jako kriminogenního faktoru. Celkově 47,3 % pachatelů domácího násilí a 52 % pachatelů sexuálního násilí bylo pod vlivem alkoholu nebo drog a vlastní intoxikaci přiznalo méně než 10 % obětí domácího násilí a 14 % obětí sexuálního násilí (Roubalová et al., 2023).

Studie potvrdila, že viktimizovaní respondenti nemají obtíže s nahlašování majetkových deliktů policii, zatímco podíly nahlášených incidentů u deliktů proti osobě jsou výrazně nižší, kdy zhruba 80 % incidentů stalkingu, sexuálního napadení a domácího násilí zůstává nenahlášená. Důvody nenahlášení majetkových deliktů zahrnují nedůvěru v efektivitu policie a nízkou závažnost škody. U deliktů proti osobě jsou důvody pestřejší; nejčastěji však šlo o nedůvěru k policii, vlastní řešení situace, stud, obavu z pomsty pachatele, nízkou újmu, negativní vztah k policii a blízký vztah s pachatelem. Využívání odborné pomoci zůstává mezi oběťmi trestných činů nadále sporadické, což potvrzuje neefektivní nastavení systému pomoci obětem. Většina obětí nevyužívá specializované služby, nejčastěji z důvodu nepotřeby pomoci či nedůvěry v účinnost pomoci. Od předchozího výzkumu nebylo zaznamenáno významné zlepšení, což poukazuje na přetrvávající systémové nedostatky (Roubalová et al., 2023).

Studie rovněž zahrnuje sekci zaměřenou na odborné názory poskytovatelů služeb pro oběti trestné činnosti, včetně Probační a mediační služby (PMS), psychologů, terapeutů, drogových služeb a služeb pro osoby bez přístřeší. Péče o oběti byla hodnocena jako nedostatečná, s nejnižším hodnocením od psychologů (2,35) a nejvyšším od pracovníků PMS (3,49), na šestibodové stupnici. Klíčové identifikované systémové problémy zahrnují nízkou informovanost obětí o jejich právech, nedostatečnou spolupráci mezi subjekty a nedostupnost psychologické a psychiatrické pomoci, zejména pro děti. Marginalizované skupiny obyvatel, jako jsou uživatelé drog a osoby bez domova, jsou výrazněji častěji zasaženy viktimizací, ale tyto trestné činy často zůstávají nenahlášené z důvodu nesouladu s profilem "ideální oběti" a vyšší míře vlastního páchaní trestné činnosti. Poskytovatelé služeb poukazují na specifické potřeby a bariéry přítomné u těchto skupin, včetně omezeného přístupu k psychologické pomoci. Sekundární viktimizace je běžná; oběti často zažívají další trauma při kontaktu s různými institucemi. U osob bez přístřeší a drogově závislých osob často dochází k bagatelizaci jejich situace ze strany trestního systému. Tyto oběti často nehlásí viktimizaci kvůli nedůvěře v systém a obavám z kriminalizace nebo stigmatizace (Roubalová et al., 2023).

Všechny tři studie, Martinková (2007), Roubalová a kolektiv (2019, 2023), se shodují na několika klíčových bodech a odhalují významné trendy v oblasti viktimizace v České republice. Studie ukazují, že viktimizace je běžným jevem; Martinková (2007) zjistila, že 63,5 % respondentů bylo obětí trestného činu za posledních pět let, zatímco Roubalová (2023) zjistila viktimizaci u 42 % respondentů za poslední tři roky. Nejčastějšími delikty byly krádeže a vloupání, ale v posledních letech přibýly i podvodné e-maily a online podvody. Trendy ukazují na nárůst krádeží, vloupání, fyzického napadení a domácího násilí. Výzkumy opakovaně potvrzují, že sexuální a domácí násilí jsou hlášeny jen zřídka, přibližně ve 20 % případů. Přetrvávají problémy s nízkou informovaností obětí a nedostatečnou spoluprací

mezi subjekty poskytujícími podporu obětem. Většina obětí nevyhledává odbornou pomoc, čímž zůstává mimo systém podpory.

Poměrně málo rozšířený typ viktimologického výzkumu v České republice představuje výzkum **viktimizace dětí**. Viktimizací a vícenásobnou viktimizací dětí se zabývala Podaná (2019), která se ve své studii zaměřila na osobní zkušenosti dětí s 12 druhy deliktů zařazených do 4 skupin – násilné delikty, majetkové delikty, šikana a násilí v rodině. Zkoumány byly zkušenosti dětí za období posledních 12 měsíců. Užitá data pocházejí z Výzkumu městské mládeže 2015, do kterého bylo zapojeno 1546 dětí z 9. ročníků základních škol a odpovídajících ročníků gymnázií. Výsledky ukázaly, že 57 % dětí se stalo obětí alespoň jednoho deliktu, nejčastěji majetkových trestných činů (29 %) a šikany (28 %). Pětina dětí zažila násilí v rodině, kdy 13 % dětí uvedlo útok ze strany sourozence a 9 % dětí ze strany rodiče. Obecné násilí bylo zaznamenáno u 18 % dětí, přičemž nejčastěji docházelo k ublížení na zdraví vedoucímu ke zranění. Prevalence násilí z nenávisti, loupeže, sexuálního násilí a vydírání se pohybovala mezi 3–5 %. Výsledky naznačují, že násilí ze strany rodičů představuje v České republice velmi rozšířený a tolerovaný jev (Podaná, 2019).

Starší děti ve věku 16 let, které nastoupily do školy později či opakovaly ročník, a děti z etnických minorit byly viktimizací zasaženy ve větší míře. Chlapci zažívali více fyzického násilí, zatímco dívky byly častěji obětmi sexuálního násilí a krádeží. Výzkum také ukázal, že 29 % dětí se setkala s více než jedním typem deliktu a téměř šestina dětí byla obětí minimálně tří různých deliktů. Polyviktimizace byla vyšší u starších dětí, dětí z etnických minorit, dětí nevychovávaných biologickými rodiči a dětí s podprůměrnými školními výsledky. U dětí, jež se staly obětí některého deliktu, roste pravděpodobnost další viktimizace nejméně na hodnotu 40 %. Děti s vícenásobnou zkušeností viktimizace se častěji ve svém okolí setkávají s antisociálním chováním osob v jejich okolí, zahrnujícím delikventní chování, fyzické násilí či zneužívání návykových látek. Dále se tyto děti častěji setkávají s tíživými událostmi v rodině, jako je vážná nemoc či rozpad vztahu rodičů (Podaná, 2019).

Data pocházející z Výzkumu městské mládeže 2015 mezi žáky 9. ročníku byla využita také v další studii Krulichové a Podané (2019), jejíž cílem bylo rozšířit poznatky o strachu z kriminality mezi adolescenty. Výsledky naznačují, že vnímání rizika mezi adolescenty představuje nejvlivnější determinant individuálního strachu z kriminality. Toto vnímání je více ovlivněno podněty ze školního prostředí než faktory z širšího okolního prostředí (Krucichová & Podaná, 2019). Návažná studie Podané a Krulichové (2023) byla zaměřena na analýzu vztahu mezi strachem adolescentů z kriminality a zkušeností s viktimizací dle různých typů trestných činů, a to násilných a majetkových trestných činů, šikany ve škole, kyberviktimizace, nepřímé viktimizace a polyviktimizace. Výsledky ukázaly, že všech pět typů viktimizace vykazuje významnou korelaci se strachem z kriminality, přičemž nejsilnější souvislost byla zjištěna u šikany ve škole a kybernetické viktimizace. Polyviktimizace se ukázala jako účinný indikátor celkové viktimizace, naznačující kumulativní účinek různých zkušeností s viktimizací (Podaná & Krulichová, 2023). Na základě výsledků se školní prostředí jeví jako klíčové místo formování pocitu bezpečí u adolescentů, což může mít zásadní důsledky pro strategie prevence a intervence zaměřené na snižování strachu z kriminality v této věkové

skupině. Výsledky studií naznačují, že intervence by měly být zaměřeny na komplexní podporu obětí viktimizace, zejména v kontextu školního prostředí a kyberprostředí.

Předmětem viktimizačních studií může být také jeden druh či oblast trestné činnosti. Blatníková et al. (2015) se ve výzkumu Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP) zaměřili na **násilnou sexuální kriminalitu**, s využitím oficiálních statistických dat o obětech trestné činnosti. Cílem výzkumu bylo zkoumat výskyt a formy násilné sexuální kriminality v České republice. Celkově bylo analyzováno 610 trestních spisů, které se týkaly 796 násilných sexuálních deliktů. Většinu obětí (90,3 %) násilných sexuálních deliktů tvořily ženy. Oběti mužského pohlaví byly častěji osoby mladší 15 let, zatímco oběti ženského pohlaví byly ve větší míře osoby dospělé. Oběti mužského pohlaví se častěji stávaly osoby vězněné nebo chovanci dětských domovů. V případě mužských obětí byla pachatelem častěji známá osoba (soused, kamarád kamaráda) a ve srovnání s ženskými oběťmi se častěji jednalo o skupinový útok 3 a více pachatelů (Blatníková et al., 2015).

Tři pětiny útoků byly spáchány vůči dospělé osobě, dvě pětiny pak proti osobě mladší 18 let. Pachatelé sexuálního násilí na dospělých obětech častěji trpěli závislostí na návykových látkách a dospělé oběti byly častěji pod vlivem těchto látek během útoku. K deliktu spáchaném na dospělé osobě docházelo častěji ze strany neznámého pachatele, kdežto u mladistvých obětí byla pachatelem častěji známá, blízká či velmi blízká osoba. Celkově ve 36,6 % případů násilné sexuální kriminality se jednalo o zcela neznámého pachatele, naopak v 52,5 % případů byla pachatelem osoba známá či blízká. Rizikové faktory na straně obětí zahrnují přítomnost duševní poruchy, fyzické znevýhodnění, nízký věk, rizikové povolání (např. striptérka) či ovlivnění návykovou látkou. U čtvrtiny zaznamenaných deliktů byla obětí osoba pod vlivem návykové látky, přičemž deliktů na těchto obětech se častěji dopouštěli pachatelé taktéž momentálně ovlivnění návykovou látkou (Blatníková et al., 2015). Prezentované výsledky naznačují, že užívání návykových látek může být spojeno s násilnou sexuální kriminalitou, a to jak na straně pachatele, tak oběti, přičemž existují různé faktory, které tuto souvislost ovlivňují.

Na území České republiky byla realizována řada výzkumů zaměřujících se na oblast **partnerského násilí**. Patrně nejdetailnější data ohledně charakteru partnerského násilí byla v České republice shromážděna v rámci Mezinárodního průzkumu násilí na ženách (International Violence Against Women Survey, IVAWS), do kterého se zapojila Česká republika a dalších dvacet zemí světa v roce 2002. O deset let později, v letech 2012 a 2013, byla provedena reprezentativní studie s názvem *Násilí v partnerských vztazích: výzkum navazující na IVAWS 2003*, jež využívala otázky shodné s předešlým výzkumem, za účelem srovnání dat a analýzy trendů. Šetření bylo rozděleno na dvě části, část zaměřenou na násilí na ženách, realizovanou na vzorku 1502 respondentek, a část zabývající se násilím na mužích a tématy genderových rozdílů, se zapojeným počtem 1001 respondentů (Buriánek et al., 2015).

Výzkum ukazuje, že téměř každá pátá žena a každý desátý muž byli během života vystaveni fyzickému násilí ze strany partnera. V posledních pěti letech zažilo fyzické útoky 7 % žen a 5 % mužů, nejčastěji formou facek, kopání, kousání a úderů pěstí. Ženy tyto incidenty často považovaly za závažné či spíše závažné, zatímco muži je častěji bagatelizovali. Riziko viktimizace fyzickým násilím je spojeno se socioekonomickými faktory, rodinnou anamnézou násilí v dětství a dospívání, agresivním charakterem pachatele a dále životním stylem,

včetně užívání návykových látek. Časté užívání alkoholu a nelegálních látek bylo zaznamenáno jak mezi oběťmi, tak pachateli násilí. Třetina mužů-obětí a téměř pětina žen-obětí konzumovala alkohol či jiné návykové látky; více než polovina ženských obětí a 30 % mužských obětí uvedla, že agresor byl během incidentu pod vlivem alkoholu. Velmi rozšířeným typem partnerského násilí bylo násilí psychické, zahrnující různé formy zastrašování, nátlaku, verbální agrese a kontrolujícího chování. Psychické násilí zažilo alespoň jednou v životě 74 % žen a 88 % mužů, přičemž 20 % žen a 30 % mužů uvedlo častý či trvalý výskyt tohoto jevu. Rizikové faktory zahrnují nízkou sebekontrolu pachatele, mezigenerační přenos násilného chování a častou konzumaci alkoholu. Výsledky výzkumu také ukazují, že česká společnost vykazuje ve vztahu k psychickému násilí poměrně vysokou toleranci, zejména mezi muži (Buriánek et al., 2015).

Novější data o partnerském násilí v České republice přináší výsledky výzkumného projektu „Partnerské násilí: diferenciacie jeho podmínek, měření a hodnocení“ probíhajícího v letech 2018 až 2021 na vzorku 1699 respondentů (Buriánek et al., 2023). Výsledky ukazují, že zhruba 40 % osob zažilo nějakou formu násilí (fyzickou, sexuální či psychickou), zatímco 34 % respondentů se doznala k jeho páčání. Nejrozšířenější formou bylo psychické násilí, které třetina respondentů zažila příležitostně nebo často a více než čtvrtina se přiznala k jeho páčání. Fyzické násilí uvedlo 17 % respondentů a 14 % se k němu doznalo. Sexuální násilí bylo nejméně časté, kdy 13 % respondentů uvedlo viktimizaci alespoň jedenkrát a 11 % se přiznalo k páčání této formy násilí. Pozoruhodným zjištěním je úzká souvislost mezi viktimizací a páčáním násilí, kdy většina respondentů, kteří násilí zažívají, se přiznala také k jeho páčání (Buriánek et al., 2023).

Sociodemografické faktory významně souvisí s viktimizací i páčáním partnerského násilí. Partnerské násilí všech forem je dvakrát častější v nižších socioekonomických skupinách. Přítomnost dětí ve vztahu mírně zvyšuje pravděpodobnost fyzického a sexuálního násilí; u psychického násilí je vyšší riziko spojeno s nezaměstnaností, nižším vzděláním a vyšším věkem. Násilí v rodině v dětství je významným rizikovým faktorem násilí v dospělosti. Údaje naznačují dvojnásobnou až trojnásobnou prevalenci partnerského násilí mezi lidmi, kteří zažili násilí ze strany rodičů nebo byli svědky násilí mezi rodiči, a také mezi těmi, kteří se v dětství setkali s jinými traumatickými událostmi, jako je zneužívání návykových látek rodiči, konflikty mezi rodiči či násilí mezi sourozenci. Nízká sebekontrola silně souvisí s fyzickým, sexuálním a psychickým násilím u pachatele i oběti. Nadměrná konzumace alkoholu nebo alespoň příležitostné užívání drog koreluje s viktimizací psychickým a sexuálním násilím i s páčáním všech forem násilí (Buriánek et al., 2023).

2.1.6 Data o obětech trestných činů v zahraničí

Viktimizační studie, zabývající se analýzou trendů kriminality a viktimizace, představují široce rozšířený nástroj na celosvětové úrovni. Tyto výzkumné iniciativy lze diferencovat dle geografického rozsahu na výzkumy národní či nadnárodní úrovně. Na národní úrovni patří mezi významné studie viktimizace Americký národní výzkum obětí kriminality (The National Crime Victimization Survey – NCVS) a Britský národní výzkum kriminality (The British

Crime Survey – BCS). Na nadnárodní úrovni představuje významný přínos Mezinárodní výzkum obětí (The International Crime Victimization Survey – ICVS), realizovaný v globálním měřítku, a Fundamental Rights Survey, realizován v rámci Evropské unie.

Americký národní výzkum obětí kriminality (The National Crime Victimization Survey – NCVS) představuje zásadní nástroj poskytující statistická data o rozsahu a povaze kriminální viktimizace ve Spojených státech amerických. Jedná se o průběžně realizovaný výzkum zaštiťovaný Bureau of Justice Statistics (BJS), která výsledky průzkumu každoročně zveřejňuje v publikaci Criminal Victimization. Poprvé byl tento průzkum realizován v roce 1972. Poslední data jsou k dispozici z výzkumu z roku 2022, do kterého byl zapojen reprezentativní vzorek tvořený 143 794 domácnostmi s 226 962 osobami staršími 12 let (Thompson & Tapp, 2023). Výsledky ukazují, že z hlediska pohlaví nebyly zaznamenány žádné signifikantní rozdíly. Nejčastěji se stanou oběťmi viktimizace lidé z věkových skupin 18–24 let, následované kategoriemi 25–34 let a 35–49 let. V roce 2022 míra násilné viktimizace vzrostla na hodnotu 23,5 na 1000 osob starších 12 let, v porovnání s rokem 2021, kdy celková míra čítala 16,5 viktimizací na 1000 obyvatel. Nejohroženější skupiny tvoří osoby v manželství žijící odděleně, dále rozvedené osoby a osoby svobodné. Největší míra viktimizace byla zaznamenána u osob z domácností v nejnižší příjmové skupině (Thompson & Tapp, 2023).

Přibližně 3,5 milionů osob ze Spojených států, jež tvoří 1,24 % populace nad 12 let, bylo v posledním roce obětí alespoň jednoho násilného trestného činu. Celkové procento případů násilné viktimizace, jež byla ohlášena policii, čítá 42 %. Nejčastěji jsou oznamovány trestné činy krádeže motorového vozidla (v 80,9 % případů) a loupeže (64 %), zatímco nejnižší míru oznámení vykazuje trestný čin znásilnění (21,4 %). V 9 % procentech násilné viktimizace byla obětí poskytnuta odborná pomoc služeb určených pro oběti trestné činnosti. Obětí majetkové kriminality, zahrnující trestné činy vloupání, krádeže motorového vozidla a jiné krádeže, se v roce 2022 stalo 8,7 milionů domácností, jež koresponduje s 6,65 % populace. Obětí krádeže motorového vozidla se stalo 5,5 z 1000 domácností; vloupání či neoprávněný vstup na pozemek byl zaznamenán u 14,5 z 1000 domácností (Thompson & Tapp, 2023).

Britský národní výzkum kriminality (British Crime Survey (BCS), též známý jako Crime Survey for England and Wales (CSEW), je rozsáhlý celostátně reprezentativní průzkum prováděný ve Spojeném království. Poskytuje důležité informace ve vztahu k dlouhodobějším trendům kriminality od prosince roku 1981 do června roku 2023 (Stripe, 2023). V roce 2017 prošel British Crime Survey transformací a byl přejmenován na Crime Survey for England and Wales (CSEW). Data jsou zveřejňována pravidelně v ročním intervalu v souhrnné zprávě o kriminalitě v Anglii a Walesu (Crime in England and Wales), která zahrnuje též data z oficiálních policejních statistik. Poslední dostupná data vycházejí z údajů získaných v období od července 2022 do června 2023, kdy bylo provedeno celkem 30 667 rozhovorů s osobami staršími 16 let dotazovanými ohledně jejich zkušeností s viktimizací za posledních 12 měsíců (Stripe, 2023).

Výsledky ukazují, že ve sledovaném období došlo k celkovému poklesu kriminality o 10 procent v porovnání s předchozím obdobím. Populace starší 16 let zažila v tomto období 8,4 milionů trestných činů, přičemž podíl jedinců, kteří nezažili žádný ze zkoumaných trestných činů, tvořil 84 %. S nejvyšší pravděpodobností se člověk stane obětí trestného činu podvodu,

který vykazuje 6% pravděpodobnost viktimizace, následovaném krádeží motorového vozidla (3,2% pravděpodobnost viktimizace). Na základě dat z policejních statistik trestná činnost s použitím nože či ostré zbraně vzrostla o 3 % s celkovým počtem 50 833 skutků. Obdobně byl zaznamenán nárůst trestné činnosti s použitím střelné zbraně, která se zvýšila o 13 % na celkových 6 645 skutků. Je odhadováno, že v období od července 2022 až června 2023 došlo k 0,9 milionu násilných trestných činů. Data ukazují, že ve sledovaném období se stalo obětí domácího násilí 4,4 % populace starší 16 let. Obětí sexuálního napadení se v tomto období stalo 2,1 % osob. V oblasti majetkové kriminality je celkový počet krádeží odhadován na 2,6 milionů (Stripe, 2023).

International Crime Victimization Survey (ICVS) byla série průzkumů zaměřená na globální studium kriminality a viktimizace v různých zemích světa. ICVS byl organizován Meziregionálním institutem pro výzkum kriminality a spravedlnosti Organizace spojených národů (UNICRI). Poprvé byl tento mezinárodní výzkum realizován v roce 1989 ve 13 zemích světa; od té doby byl celkově pětkrát opakován, v časových intervalech 4 až 5 let, v letech 1992, 1996, 2000, 2005 a 2010. Celkově bylo do průzkumu zapojeno více než 400 tisíc respondentů z 80 zemí světa. Participace konkrétních zemí byla napříč jednotlivými vlnami rozličná. Primárním zaměřením výzkumu byly zkušenosti respondentů s 10 druhy trestných činů (Van Dijk, 2012). Data získaná ICVS jsou významná pro porovnání míry kriminality a viktimizace v globálním měřítku, napříč různými kulturními a socioekonomickými kontexty. Dlouhodobá kontinuita a široké spektrum sledovaných trestných činů umožňují komplexní analýzu a identifikaci trendů v kriminalitě. Neaktuálnost dat a rozdíly v participaci jednotlivých zemí však představují významná omezení, která je třeba vzít v úvahu při interpretaci výsledků. Vzhledem k této neaktuálnosti dat jsou zde uvedena pouze základní zjištění.

Analýzu dat získaných během realizace výzkumu přinesl Van Dijk (2012), který se zaměřil na 39 zemí světa ve vztahu k celkové kriminalitě měřené ICVS (z roku 2000) a celkové kriminalitě zaznamenané policií (z roku 2002). Největší míra viktimizace byla zaznamenána v Kolumbii, kde míra viktimizace dosahuje 13,5 tisíc trestných činů na 100 tisíc obyvatel, následně ve Svazijsku (12 tis.), Estonku (10,5 tis.) a Ugandě (10 tis.). Nejméně trestných činů pak bylo zaznamenáno v Ázerbájdžánu, Filipínách, Chorvatsku a Japonsku. Česká republika se umístila mezi zkoumanými zeměmi v pořadí na 5. místě, s celkovým počtem 9,2 tisíc trestných činů na 100 obyvatel. V rámci policejních dat bylo v daném období zaregistrováno přibližně 3,6 tisíc případů na 100 obyvatel, z čehož lze usuzovat na míru ohlašování trestných činů, která dosahuje zhruba 40 procent (Van Dijk, 2012).

Agentura Evropské unie pro základní práva (The European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)) v roce 2019 realizovala výzkum, jenž se zabýval aspekty souvisejícími se základními právy v Evropě (**Fundamental Rights Survey**) (2021). Výzkum jako první přináší údaje o zkušenostech evropské obecné populace s viktimizací. Do průzkumu bylo zapojeno celkově 34 948 osob ze 27 zemí Evropské unie. Průzkum se zabýval zkušenostmi s 5 typy trestných činů – vloupáním, bankovními podvody, spotřebitelskými podvody, obtěžováním a násilím. Celkově 54 % osob z 27 zemí EU má zkušenost s jedním či více typy těchto trestných činů v předchozích 5 letech; přibližně 39 % má pak tuto zkušenost v posledních 12 měsících. Nejčastěji byla zaznamenána zkušenost s obtěžováním (41 % osob v posledních

5 letech), a spotřebitelskými podvody (26 %). Vloupání, bankovní podvod a násilí byly zjištěny u méně než 10 % osob za posledních 5 let (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021).

Fyzické násilí zažilo v období posledních 5 let 9 % evropské populace; v období posledních 12 měsíců to bylo 6 % osob. Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že fyzickému násilí bylo v Evropě v posledním roce vystaveno 22 milionů lidí. Procento osob se zkušeností s fyzickým násilím v posledních 5 letech činí 3–18 % napříč evropskými státy, přičemž nejvyšší počet případů byl zjištěn v Estonku (18 %), Finsku (16 %) a České republice (16 %). Nejvíce ohroženi násilím jsou mladé osoby (16–29 let), příslušníci etnické minority, lidé s homosexuální či bisexuální orientací a lidé s limitujícími zdravotními obtížemi či handicapem. Z hlediska rozdílů mezi pohlavími jsou zřejmé rozdíly v různých aspektech násilí. K fyzickému násilí vůči mužům ve většině případů dochází na veřejných místech, zatímco u žen se nejčastěji odehrává v jejich vlastním domově. Pachatelem násilí byl u mužů převážně neznámý člověk, kdežto ženy byly nejčastěji napadeny rodinným příslušníkem. Co se týče následků násilí, 51 % mužů a 30 % žen udává, že v souvislosti s útokem neměli žádné psychologické následky. U násilí, jež bylo sexuálního charakteru, zaznamenalo čtyři a více psychologických následků 34 % žen a 9 % mužů (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021).

2.2 Riziko viktimizace a zranitelné skupiny

Náchylnost k viktimizaci je ovlivněna širokou škálou rozličných faktorů, jež poukazují na mnohostrannou povahu jevu viktimizace. Literatura definuje několik specifických skupin, které jsou neúměrně zasaženy viktimizací ve srovnání s běžnou populací.

Trajektorii viktimizace během života zkoumali DeCamp a Zaykowski (2015), kteří identifikovali čtyři různé modely viktimizace: zřídka viktimizované oběti, mladé dospělé oběti, dětské oběti a chronicky viktimizované oběti. Významné prediktory zařazení do těchto skupin zahrnovaly deviantní přátele a rodinu, charakteristiky sousedství, expozici rizikovým aktivitám nebo zapojení do určitých sociálních skupin, násilné chování a pohlaví. Mezi prediktory příslušnosti do první skupiny zřídka viktimizovaných obětí patří nedevariantní přátele nebo rodiče, vyhýbání se nočním klubům a zapojení do menšího množství aktivit. Náležitost do skupiny mladých dospělých obětí je více pravděpodobná pro ženy. U skupiny dětských obětí prediktory zahrnují rodinnou anamnézu kontaktu s policií, pobyt v oblastech s vyšší kriminalitou a osobní zapojení do násilí. Častěji se v této skupině nacházejí muži a osoby, které byly v minulosti zapojeny do násilné činnosti. Vyšší pravděpodobnost příslušnosti ke skupině chronicky viktimizovaných obětí byla zaznamenána u osob s deviantními vrstevníky nebo rodiči, s kriminální historií, často navštěvujících noční kluby a zapojených do různých skupin. Tuto skupinu častěji tvoří muži, dále jedinci s násilnou minulostí nebo nositelé zbraní, což naznačuje silný vztah oběť-pachatel (DeCamp & Zaykowski, 2015). Výsledky studie ukazují, že specifické sociální a osobnostní faktory výrazně ovlivňují pravděpodobnost viktimizace, což může pomoci v identifikaci rizikových skupin.

V důsledku různých socioekonomických a demografických faktorů jsou určité skupiny zvláště zranitelné vůči viktimizaci. Mezi tyto zranitelné skupiny patří dle Daigle (2021) děti, ženy a starší lidé. Zvýšenou náchylnost k viktimizaci vykazují také osoby bez přístřeší, osoby s duševním onemocněním, včetně závislosti na návykových látkách, osoby s handicapem a vězněné osoby (Daigle, 2021). Pratt a Turanovic (2021) jako zvlášť zranitelné skupiny vůči viktimizaci identifikují ženy a vězněné osoby. Ženy jsou často oběťmi partnerského násilí a sexuálních útoků, obvykle páchaných partnery nebo známými osobami, což zvyšuje jejich zranitelnost a komplikuje vyhledání pomoci. Společenské normy a genderové nerovnosti podporují toleranci nebo normalizaci násilí na ženách, zatímco patriarchální struktury vedou k předsudkům v právních a sociálních systémech, což ženám ztěžuje získání přiměřené ochrany a spravedlnosti. Vězněné osoby často vstupují do vězeňského prostředí s předchozími zranitelnostmi, jako je nízká sebekontrola, duševní problémy a sociální a ekonomická znevýhodnění, které zvyšují jejich riziko viktimizace. Vězeňské prostředí svou jedinečnou sociální dynamikou a institucionálními strukturami tyto zranitelnosti dále prohlubuje. Nedostatek efektivního dohledu a strukturovaná povaha vězeňských rutin způsobují, že vězni jsou zvláště náchylní k násilí a vykořisťování ze strany ostatních vězňů a personálu (Pratt & Turanovic, 2021).

Následující část práce se podrobněji zaměřuje na některé zranitelné skupiny, konkrétně osoby s duševním onemocněním, osoby bez domova a osoby se závislostí. Text identifikuje rizikové faktory, které přispívají k jejich marginalizaci a vystavení viktimizaci.

2.2.1 Osoby s duševním onemocněním

Na základě dosavadních poznatků představují osoby s duševním onemocněním významnou rizikovou skupinu viktimizace. Systematická přehledová studie autorů Marr et al. (2024) ukazuje, že viktimizace i páchání trestné činnosti jsou častější u osob s duševním onemocněním ve srovnání s běžnou populací. Jedinci s duševním onemocněním také zažívají vyšší míru viktimizace ve srovnání s pácháním trestné činnosti, obdobně jako běžná populace (Marr et al., 2024). Genderové rozdíly ve viktimizaci pacientů s duševním onemocněním retrospektivně analyzovali Bohle a de Vogel (2017) u 218 mužských a 218 ženských pacientů přijatých do forenzních psychiatrických léčeben v Nizozemsku v letech 1984 až 2014. Psychiatřičtí pacienti vykazovali vyšší míru dětské viktimizace ve srovnání s běžnou populací. Studie zjistila vyšší prevalenci viktimizace mezi ženami ve srovnání s muži (41,7 % a 12,4 %), a to jak v dětství, tak v dospělosti. U žen s anamnézou emocionálního nebo sexuálního zneužívání byla významně častěji diagnostikována hraniční porucha osobnosti ve srovnání s ženami bez historie viktimizace v dětství. Muži se zkušeností s fyzickým týráním v dětství byli významně častěji diagnostikováni s antisociální poruchou osobnosti než muži bez této historie. V dospělosti ženy zažívají ve srovnání s muži vyšší míru viktimizace napříč všemi typy, s výjimkou emočního zneužívání. Tento vzorec pokračuje po celý život, přičemž 41,7 % žen zažívá pokračující viktimizaci ve srovnání s 12,4 % mužů (Bohle & de Vogel, 2017).

Ve studii Dammeyera a Chapmana (2018) bylo zjištěno, že jedinci se zdravotním postižením (tělesným či duševním) uváděli výrazně vyšší míru násilí ve srovnání s osobami bez postižení.

Osoby s duševním onemocněním uváděly významně vyšší míru četnosti všech kategorií násilí a diskriminace ve srovnání s osobami s tělesným handicapem. Rozdíly mezi pohlavími byly významné, pokud jde o typ zažívaného násilí; muži častěji zažívali fyzické násilí, zatímco ženy častěji udávaly případy vážného sexuálního násilí, ponižování a diskriminace. V oblasti duševního onemocnění bylo zjištěno, že jedinci s poruchami osobnosti, ADHD, poruchou autistického spektra a schizofrenií/psychózou uváděli významně vyšší míru násilí než lidé s jiným duševním onemocněním. Naopak jedinci trpící stresovými poruchami a poruchami nálady uváděli nižší míru násilí (Dammeyer & Chapman, 2018). Výzkum ukazuje na výrazně vyšší míru násilí u osob s duševním onemocněním a významné rozdíly mezi typy postižení a genderové rozdíly v zažívaném násilí, což zdůrazňuje nutnost integrovaných a specificky zaměřených intervencí, které by měly reflektovat specifické potřeby těchto zranitelných skupin.

Výskytem viktimizace hlášené policii u osob po nástupu duševního onemocnění se zabývali Dean et al. (2018) v dánské longitudinální kohortové studii s více než 2 miliony účastníků. Bylo zjištěno, že muži s jakoukoli duševní poruchou mají 1,49krát vyšší riziko vystavení trestné činnosti než muži bez duševní poruchy, zatímco u žen s duševní poruchou je toto riziko 1,64krát vyšší než u žen bez duševní poruchy. Riziko vystavení násilné trestné činnosti je ještě vyšší; muži s duševní poruchou mají toto riziko 1,76krát vyšší a ženy s duševní poruchou 2,72krát vyšší než osoby bez duševní poruchy. Nejsilnější asociace byly nalezeny u osob s diagnózou poruch užívání návykových látek a poruch osobnosti. Vlastní kriminální chování jednotlivců přispívá k určité míře zvýšené zranitelnosti vůči trestné činnosti, avšak nevysvětluje tuto zranitelnost v plném rozsahu (Dean et al., 2018). Studie díky použitému designu dosahuje vysoké statistické síly a umožňuje sledovat změny v průběhu času, což zvyšuje spolehlivost a generalizovatelnost výsledků. Výskyt viktimizace je však založen na údajích z policejních hlášení, což může vést k podhodnocení skutečného výskytu viktimizace, protože ne všechny incidenty jsou hlášeny.

Na riziko viktimizace ve specifické populaci osob s psychotickým onemocněním se zaměřili de Vries et al. (2019) na základě metaanalýzy 27 studií. Výsledky naznačují zvýšené riziko viktimizace v této populaci. Střední hodnota míry prevalence pro různé typy viktimizace u osob s psychotickým onemocněním byla vysoká; 20 % pro násilnou viktimizaci, 20 % pro sexuální viktimizaci, 19 % pro nenásilnou viktimizaci a 19 % pro nespecifikovanou viktimizaci. Zjištěné míry byly 4–6krát vyšší než v obecné populaci. Metaanalýza identifikovala několik významných rizikových faktorů spojených s viktimizací, zahrnující bludy, halucinace, manické symptomy, zneužívání návykových látek, kriminální chování, nezaměstnanost a bezdomovectví. Jedinci, kteří byli závislí na alkoholu nebo drogách, vykazovali dvojnásobnou pravděpodobnost viktimizace (de Vries et al., 2019).

2.2.2 Osoby bez domova

Rozsáhlé množství výzkumných prací ukazuje na zvýšenou míru viktimizace mezi osobami bez domova ve srovnání s populací se stabilním bydlením. Prevalenci viktimizace u osob bez domova zkoumali Tong a kolektiv (2019), kteří studovali 350 osob bez domova ve věku 50 a více let. Ve srovnání s běžnou populací čelili starší lidé bez domova více než desetkrát vyššímu počtu násilných viktimizací. Pokud jde o viktimizaci v posledních 6 měsících,

10,1 % uvedlo fyzické napadení a 1,7 % uvedlo sexuální napadení. Míra celoživotní viktimizace byla vysoká, 66,2 % osob bez domova zažilo fyzickou nebo sexuální viktimizaci (62,6 % a 20,1 %). Více než třetina (37,8 %) uvedla fyzické nebo sexuální napadení v dětství a 53,3 % uvedlo násilnou viktimizaci v dospělosti. Mezi faktory spojené s nedávnou násilnou viktimizací patřily viktimizace v raném věku, nadměrné pití alkoholu a užívání nelegálních drog (Tong et al., 2019). Tyler a Ray (2021) se zaměřili na prevalenci násilí u mladých lidí zažívajících bezdomovectví. Z hlediska viktimizace v dětství 80 % mladistvých zažilo fyzické zneužívání, 41 % sexuální zneužívání, 97 % emocionální zneužívání a 84 % uvedlo, že jim vyhrožoval rodič nebo pečovatel. V období během bezdomovectví uvedlo 85 % respondentů fyzickou viktimizaci a 32 % sexuální viktimizaci. Ženy, mladiství ze sexuálních menšin a ti, kteří žili vícekrát v pěstounské péči, byli častěji ve skupině s vysokou expozicí ve srovnání se skupinami s nízkou a/nebo střední expozicí (Tyler & Ray, 2021).

Studie 138 žen bez domova v Madridu (Vázquez et al., 2024) zkoumala zkušenosti s násilím v dětství a dospívání a jejich dopad na násilí v dospělosti. Výsledky odhalily vysokou míru fyzického, psychického a sexuálního násilí v průběhu života žen, přičemž násilí v dětství silně souviselo se zkušenostmi v dospělosti, zejména v případě sexuálních útoků, násilí ze strany intimních partnerů a zapojení do prostituce. Zejména sexuální zneužívání v dětství mělo výrazně nepříznivé účinky v dospělosti (Vázquez et al., 2024). Edalati a Nicholls (2019) v systematickém přehledu zkoumali souvislost mezi týráním a zanedbáváním v dětství a zapojením do kriminální činnosti a viktimizací v populaci osob bez domova. Výsledky studie ukazují, že týrání a zanedbávání, zejména fyzické a sexuální zneužívání v dětství, zvyšuje u osob bez domova riziko páchání trestné činnosti i viktimizace, bez ohledu na faktory, jako jsou sociodemografické údaje, psychiatrické poruchy či užívání návykových látek (Edalati & Nicholls, 2019). Studie ukazuje konzistentní souvislost mezi násilím v dětství a zvýšeným rizikem kriminálního chování a viktimizace, což potvrzuje význam prevence a intervence v raných fázích života.

Na základě studie zaměřené na zkušenosti s viktimizací u osob chronicky bez domova, s komorbidními duševními poruchami a zneužíváním návykových látek, bylo zjištěno, že viktimizace je významně asociována s rizikovým životním stylem, zahrnujícím užívání nelegálních návykových látek, konzumaci alkoholu do intoxikace a častější výskyt zatčení (Zaykowski et al., 2019). Pravděpodobnostní vztah mezi vystavením vysoce rizikovým situacím a viktimizačními událostmi u osob bez domova zkoumala také Puente Guerrero (2023). Analýza ukázala, že jedinci, kteří se zapojovali do rizikového chování, byli viktimizováni ve vyšší míře, zejména ti, kteří tak činili častěji nebo napříč širším spektrem chování. Nejrizikovější profil zahrnoval osoby s historií vícenásobného zatčení a užíváním drog v období posledního měsíce nebo osoby v minulosti odsouzené k jinému trestu než výkonu odnětí svobody. Zvýšená konzumace alkoholu a spaní „na ulici“ ve srovnání s pobytem v kolektivním ubytování byly spojeny s vyšší pravděpodobností, že se jedinci bez domova stanou obětí trestného činu (Puente Guerrero, 2023).

Specifickou problematikou u osob bez domova představuje partnerské násilí, kterým se zabývaly Kodymová a Davidová (2018). Autorky upozorňují, že partnerské násilí a bezdomovectví jsou dva komplexní sociální fenomény, které se často vzájemně prolínají.

Domácí násilí může vést k bezdomovectví, a to zejména u žen, kdy ženy vystavené domácímu násilí mohou hledat útočiště na ulici jako prostředek úniku z násilného prostředí domova. Zároveň bezdomovectví může být příčinou domácího násilí, kdy ženy, které se ocitly na ulici, mohou hledat útočiště ve vztazích s potenciálně násilnými partnery v naději, že jim poskytnou ochranu a podporu, ale vztah nakonec může vést k dalšímu cyklu násilí. Ženy bez domova čelí mnoha výzvám, včetně zvýšeného rizika, že se stanou obětí napadení. Jejich zranitelnost, pramenící z neschopnosti se fyzicky bránit a příslušnosti k menšině bezdomovecké populace, kde mají značnou převahu muži, z nich činí snadný cíl pro trestnou činnost, jako jsou loupeže, přepadení, znásilnění a vykořisťování (Kodymová & Davidová, 2018). Identifikace vzájemného prolínání fenoménů partnerského násilí a bezdomovectví poskytuje hlubší pochopení situace osob bez domova a informuje o nutnosti integrovaných přístupů k řešení těchto problémů.

2.2.3 Osoby se závislostí

Výzkumy ukazují, že jedinci s poruchami užívání návykových látek jsou vystaveni vyššímu riziku viktimizace. Na vysoký výskyt viktimizace u osob se závislostí poukazují výsledky studie Seid et al. (2022), provedené na vzorku 82 767 osob, které byly přijaty k léčbě závislosti na alkoholu nebo nelegálních drogách v Dánsku v letech 2006–2016. Incidence viktimizace ve vzorku pacientů přijatých k léčbě závislosti byla 145,6 na 10 000 osoboroků, zatímco ve srovnávací kohortě byla 5,4 na 10 000 osoboroků (Seid et al., 2022). Celoživotní prevalenci násilí u osob se závislostí zkoumali Daigre et al. (2015). Výsledky ukazují, že celkově 45,9 % osob nastupujících do léčby závislosti uvedlo zneužívání v průběhu života (38,9 % emocionální, 22,3 % fyzické a 13,5 % sexuální zneužívání). Ženské pohlaví bylo spojeno s výrazně vyšší frekvencí zneužívání, kdy tuto zkušenost uvedlo 68,3 % žen a 38,1 % mužů. Dále bylo zjištěno, že 14 % pacientů bylo obětí všech tří typů zneužívání (Daigre et al., 2015).

Řada výzkumných studií se specificky zaměřila na skupinu mladistvých osob se závislostí. Vysoké míry celoživotní viktimizace byly zjištěny u mladistvých bez domova v léčbě závislosti ve studii DiGuseppi et al. (2022). Nejčastější formou viktimizace bylo fyzické násilí (70,9 %), následované emocionálním týráním (54,9 %) a sexuálním zneužíváním (20,5 %). Vyšší podíl mužů uváděl fyzické týrání, zatímco vyšší podíl žen uváděl emocionální a sexuální zneužívání. Nejčastější traumatogenní charakteristikou bylo chronické zneužívání (56,2 %). Dále 51 % uvedlo, že zneužívání spáchal rodinný příslušník nebo známý/důvěryhodný pachatel; 33,4 % uvedlo vnímané ohrožení života a 25,4 % negativní reakce okolí na oznámení činu. Všechny tyto charakteristiky traumatu byly častější u žen než u mužů (DiGuseppi et al., 2022). Vysoký podíl obětí s traumatogenními charakteristikami podtrhuje komplexnost a hloubku traumatických zážitků mladistvých osob se závislostí. Výzkum je však omezen pouze na osoby bez domova, což může omezit možnost generalizace výsledků na širší populaci mladistvých v léčbě závislosti.

Některé poznatky se specificky zaměřují na jednotlivé typy závislosti dle užívané návykové látky. Prevalenci traumatických zážitků u pacientů léčených pro závislost na alkoholu zkoumali Grundmann et al. (2018). Většina pacientů (72,4 %) hlásila alespoň jednu traumatickou

zkušenost během jejich života. Více než 60 % mužů i žen zažilo během svého života sexuální nebo fyzické zneužívání. Celkově 36,2 % uvedlo těžké fyzické nebo sexuální zneužívání v dětství před dosažením věku 16 let a 45,6 % uvedlo alespoň jeden z těchto typů zneužívání v dospělosti. Muži častěji zažívali násilí ze strany cizích lidí, zatímco ženy byly častěji napadeny členem rodiny. Ženy s anamnézou zneužívání v dětství měly v dospělosti sedmkrát vyšší pravděpodobnost, že se stanou obětí viktimizace než ženy bez zkušeností s raným násilím, zatímco u mužů nebyla nalezena významná asociace (Grundmann et al., 2018). Zjištění zdůrazňují dlouhodobé dopady raného traumatu na život jednotlivce a přináší důkazy o silné korelaci mezi traumatickými zážitky a závislostí na alkoholu, což podporuje hypotézu, že trauma může být významným faktorem přispívajícím k rozvoji závislosti.

Některé výzkumy se specificky zaměřily na viktimizaci v kontextu užívání nelegálních látek, přičemž u těchto uživatelů je zaznamenána vysoká prevalence viktimizace jak v dětství, tak v dospělosti během drogové kariéry. Prevalenci viktimizace v dětství mezi lidmi se závislostí na opioidech se v systematickém přehledu a metaanalýze zabývali Santo et al. (2021). Celkové odhady prevalence týrání a zanedbávání v dětství mezi lidmi se závislostí na opioidech byly vysoké; 38 % pro fyzické týrání, 43 % pro emocionální týrání, 38 % pro fyzické zanedbávání a 42 % pro emoční zanedbávání. Výzkum rovněž odhaluje vysokou prevalenci sexuálního zneužívání v dětství, které mezi ženami dosahuje 41 % a mezi muži 16 % (Santo et al., 2021).

Na rozšířenost zkušeností s násilím během drogové kariéry upozorňují Ataiants et al. (2020). Na vzorku 218 žen užívajících nelegální drogy přijatých do harm reduction pracovišť bylo hodnoceno vystavení 16 druhům násilí v dospělosti. Většina respondentů (58,7 %) byla obětmi především sexuálního násilí, 26,1 % zažilo převážně fyzické týrání nebo napadení a 3,7 % bylo obětmi převážně verbální agrese či kontrolujícího a nátlakového chování (Ataiants et al., 2020). Ve studii autorů Hong et al. (2023), jež zkoumala násilnou viktimizaci u lidí užívajících opioidy, celkově 69,7 % účastníků uvedlo, že během svého života zažilo nějaký druh násilí, a více než polovina (51,9 %) uvedla, že zažila nedávné násilí v posledních 6 měsících. Nejběžnější formou celoživotního násilí bylo emocionální násilí (59,5 %), následované fyzickým násilím a násilím ze strany partnera (56,1 % a 34,9 %). Celkem 34,9 % všech účastníků uvedlo, že v posledních 6 měsících zažilo více forem viktimizace. Účastníci, kteří uvedli, že jsou bez domova, častěji uváděli nedávnou násilnou viktimizaci. Nedávná viktimizace byla významně spojena se závažným duševním onemocněním, jehož pravděpodobnost byla u jedinců, kteří zažili nedávné násilí, 1,85krát vyšší (Hong et al., 2023).

Jessell et al. (2017) analyzovali zkušenosti se sexuálním násilím dospělých uživatelů opiodů v kontextu jejich užívání drog. Uživatelé popsali sexuální násilí jako jev, který se vyskytuje v prostředí charakterizovaném několika rizikovými faktory. Jedním z nich je viktimizace uživatelů, kteří byli v bezvědomí v důsledku užívání návykových látek, což je stav, který je činí zranitelnějšími vůči útokům. Dalším faktorem je implicitní a explicitní výměna sexu za drogy a/nebo peníze, což vytváří situace, ve kterých je riziko sexuálního násilí zvýšeno. Uživatelé drog rovněž čelí negativnímu sexuálnímu vnímání, které je jim připisováno širší společností, což může vést k dalšímu zneužívání. Riziko představuje také vlastní internalizovaná

stigmatizace, kdy uživatelé často vnímají sebe sama negativně v důsledku své závislosti a společenského odsouzení, což může zhoršovat jejich schopnost se bránit a hledat pomoc (Jessell et al., 2017). Zjištění studie zdůrazňují potřebu integrovaných přístupů, které řeší nejen užívání drog, ale také poskytují podporu při zvládání stigmatu a zvyšují sebeúctu a obranyschopnost obětí. Výsledky podtrhují nutnost intervencí, které se zaměřují na změnu společenského vnímání a redukci stigmatizace uživatelů drog.

Významný fenomén představuje také překrytí role oběti a pachatele, jenž je patrný zejména u uživatelů nelegálních návykových látek. Studie autorů Hautala et al. (2019) zkoumala násilí vyskytující se na drogové scéně z perspektivy uživatelů nelegálních drog ve Finsku, se zaměřením na roli oběti násilí, pachatele násilí i svědka násilí. Bylo zjištěno, že tyto role se na drogové scéně často překrývají a prolínají, což komplikuje jejich jednoznačné vymezení. Násilí bylo často připisováno psychofarmakologickým vlastnostem užívaných látek, naznačující, že účinky drog mohly přispět k násilnému chování. Další racionalizace násilí byla spojena s nutností přežití v nelegálním drogovém prostředí, kde je násilí vnímáno jako nezbytný nástroj pro ochranu a udržení statusu. V rozhovorech s muži bylo násilí často spojováno s mužskou silou, dominancí a otázkami cti, naopak ve výpovědích žen se násilí často týkalo intimního partnerského násilí (Hautala et al., 2019).

Překrytí role oběti a pachatele z hlediska násilí mezi uživateli nelegálních drog zařazenými do léčby závislosti zkoumali Arribas-Ibar et al. (2018). Zkušenost s viktimizací celkově uvedlo 49,6 % mužů a 54,7 % žen; páčání trestných činů uvedlo 36,5 % mužů a 27,6 % žen. Zjištěna byla vysoká prevalence násilí (viktimizace i páčání) mezi uživateli nelegálních drog, zejména těmi, kteří jsou zapojeni do nelegálních tržních aktivit a trestné činnosti (Arribas-Ibar et al., 2018). V norské průřezové studii autoři Skjærvø et al. (2018) analyzovali vzorce kriminální činnosti a viktimizace mezi uživateli nelegálních návykových látek nastupujícími do léčby. Výsledky ukázaly, že téměř dvě třetiny účastníků spáchaly trestný čin v měsících před léčbou. Užívání stimulancií, užívání více látek, nedostatečná podpůrná sociální síť, nízké sebeovládání a nižší věk byly spojeny s vyšší mírou páčání trestné činnosti. Celková míra viktimizace byla vyšší mezi pachateli kriminality ve srovnání s nepachateli (69 % a 43 %). Nestabilní bydlení bylo spojeno s viktimizací u nepachatelů, zatímco závažnější užívání návykových látek a indikátory špatného duševního zdraví byly spojeny s viktimizací v obou skupinách (Skjærvø et al., 2018). Zjištění zdůrazňují význam překrývání rolí oběti a pachatele u uživatelů návykových látek a identifikují klíčové rizikové faktory, které jsou zásadní pro vývoj cílených intervencí zaměřených na prevenci kriminality a podporu obětí násilí.

Dosavadní studie poskytují rovněž poznatky o viktimizaci osob s duální diagnózou, které představují specifickou skupinu osob se závislostí s výrazně vyššími riziky a komplexnějšími potřebami. Na vysokou prevalenci viktimizace u pacientů s duální diagnózou upozorňují de Waal et al. (2017) v nizozemském průřezovém výzkumu. Bylo zjištěno, že ve srovnání s běžnou populací byli pacienti s duální diagnózou častěji oběťmi násilí (60 % vs. 11 %), majetkové trestné činnosti (58 % vs. 30 %) a vandalismu (21 % vs. 14 %) v předchozím roce. Vyhrožování, sexuální napadení, fyzické napadení, loupeže, krádeže jízdních kol a jiné krádeže byly rovněž častější u pacientů s duální diagnózou ve srovnání s běžnou populací. U osob s těžkým duševním onemocněním je viktimizace spojena

s psychopatologií, užíváním návykových látek, bezdomovectvím a zapojením do trestné činnosti (de Waal et al., 2017). V navazující studii popisují de Waal et al. (2017) genderové rozdíly v charakteristikách násilné fyzické a sexuální viktimizace u pacientů s duální diagnózou. Muži byli nejčastěji fyzicky napadeni cizím člověkem nebo známým, zatímco ženy byly nejčastěji napadeny (ex)partnerem. Prevalence sexuálního násilí byla vyšší u žen (29 %) ve srovnání s muži (4 %). Osoby s duální diagnózou pouze zřídka hlásily incidenty fyzického a sexuálního napadení na policii a probírali je s pečujícími osobami (de Waal et al., 2017).

2.3 Dopad viktimizace na duševní zdraví

Viktimizace, zejména v raném věku, má dalekosáhlé a dlouhodobé důsledky na duševní zdraví jedinců. Dosavadní výzkumy potvrzují, že oběti různých forem viktimizace čelí výrazně vyššímu riziku rozvoje širokého spektra duševních poruch.

Nepříznivé zkušenosti v dětství (Adverse Childhood Experiences, ACE), zahrnující různé typy zanedbávání, zneužívání v dětství a dysfunkčních vzorců v rodině, se často překrývají s různými formami viktimizace a mají významný a dlouhodobý dopad na duševní zdraví jedinců. Škodlivé zdravotní dopady spojené s více typy nepříznivých zkušeností v dětství v metaanalýze 37 studií identifikovali Hughes et al. (2017). Nejsilnější dopad byl přítomen u problematického užívání drog, mezilidského násilí a násilí namířenému proti vlastní osobě, kde byla pravděpodobnost těchto stavů více než sedminásobná. Silná asociace byla zaznamenána také pro sexuální rizikové chování, duševní onemocnění a problematické užívání alkoholu, přičemž pravděpodobnost těchto stavů byla trojnásobná až šestinásobná (Hughes et al., 2017). Ve studii Choi et al. (2017) bylo zjištěno, že celkově 6 ACE (tj. tři typy zneužívání dětí, duševní onemocnění rodičů, zneužívání návykových látek rodiči a rozvod rodičů) bylo významně spojeno s jednou nebo více celoživotními poruchami užívání návykových látek u obou pohlaví. Výsledky studie Merrick et al. (2017) ukázaly na odstupňovaný vztah expozice a odezvy mezi ACE a pravděpodobností mírného až těžkého pití, užívání drog, deprese a pokusů o sebevraždu v dospělosti.

Řada studií se zabývala také dopadem nejčastějších forem viktimizace během dětství a adolescence, zahrnujících zanedbávání, týrání nebo šikanu. Jak uvádí Messman-Moore a Bhuptani (2017), dospělí, kteří zažili zanedbávání a týrání v dětství, trpí zvýšenou prevalencí posttraumatické stresové poruchy. Týrání dětí a související PTSD jsou spojeny s emoční dysregulací, jež zvyšuje riziko komorbidit, jako jsou poruchy užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy a hraniční porucha osobnosti (Messman-Moore & Bhuptani, 2017). Systematický přehled a metaanalýza provedená Moore et al. (2017) kvantifikovali rizika spojená s šikanou v období adolescence, kdy jedinci, kteří zažili šikanu, měli výrazně vyšší pravděpodobnost různých nepříznivých zdravotních a psychosociálních problémů. Silné důkazy podporují kauzální vztahy mezi šikanou, problémy s duševním zdravím a užíváním návykových látek. Konkrétně došlo k 1,60násobnému zvýšení pravděpodobnosti potíží s duševním zdravím, 2,21násobnému zvýšení pravděpodobnosti deprese, 1,77násobnému zvýšení pravděpodobnosti úzkosti, 1,77násobnému zvýšení pravděpodobnosti sebevražedných

myšlenek a 2,13násobnému nárůstu pravděpodobnosti pokusů o sebevraždu. Analýza také odhalila, že viktimizace byla spojena s 1,41násobným zvýšením pravděpodobnosti užívání nelegálních drog (Moore et al., 2017).

Korelací specifických typů viktimizace se zdravotními ukazateli se zabývali Frøyland et al. (2023) v průzkumu na vzorku norských studentů. Všechny tři formy viktimizace, zahrnující sexuální, fyzické a psychické násilí, byly spojeny se zvýšeným rizikem narušeného duševního zdraví a problémů s užíváním návykových látek. Analýzy odhalily specifické souvislosti mezi sexuální viktimizací a různými ukazateli sexuálního zdraví, jako je časný začátek sexuálního života, vysoký počet sexuálních partnerů, či účast na sexuálních aktech za finanční odměnu (Frøyland et al., 2023). Na specifickou oblast sexuální viktimizace se zaměřili Dworkin et al. (2017). Jedinci, kteří byli sexuálně napadeni, vykazovali výrazně horší psychopatologické symptomy ve srovnání s těmi, kteří napadeni nebyli. Sexuální napadení bylo spojeno se zvýšeným rizikem u všech hodnocených forem psychopatologie, včetně závislosti na návykových látkách, přičemž relativně silnější asociace byly pozorovány u posttraumatického stresu a suicidality (Dworkin et al., 2017). Studie poskytují důležité poznatky o dopadech různých forem viktimizace na duševní zdraví a sexuální chování. Výsledky jsou cenné pro pochopení a řešení problematiky viktimizace a jejich dlouhodobých dopadů na zdraví.

Na souvislost mezi polyviktimizací a jejími dopady na psychické zdraví u dětí a adolescentů se v rámci systematického přehledu zaměřili Haahr-Pedersen et al. (2020). Celkem 21 z 22 analyzovaných studií identifikovalo významnou pozitivní souvislost mezi polyviktimizací a různými indikátory psychopatologie, zahrnujícími externalizaci problémů (např. hněv), internalizaci problémů (např. deprese) a celkovou psychickou tíseň. Výsledky naznačují, že polyviktimizace představuje silnější rizikový faktor pro psychopatologii než jednotlivé typy viktimizace. Polyviktimizace pozitivně koreluje s příznaky deprese, hněvem/agresí, úzkostí, PTSD a sebevražedností. Dále bylo zjištěno, že polyviktimizace je pozitivně spojena s indikátory psychopatologie, včetně emocionálních symptomů, problémů s chováním, hyperaktivity a problémů s vrstevníky (Haahr-Pedersen et al., 2020). Studie je hodnotným příspěvkem k porozumění dopadům polyviktimizace na psychické zdraví dětí. Ačkoli byla identifikována souvislost mezi polyviktimizací a psychopatologií, není jednoznačně prokázáno, že polyviktimizace přímo způsobuje psychické problémy či do vztahu mezi těmito proměnnými zasahují další intervenující faktory.

Některé studie se zaměřovaly na dopad viktimizace u specifických skupin osob, jako jsou například osoby bez domova. Bender et al. (2014) zkoumali různé skupiny mladistvých bez domova dle typu a frekvence zkušeností s viktimizací, ve vztahu k problémům s duševním onemocněním. Výsledky naznačují, že míra splnění kritérií pro depresivní epizody a PTSD byla téměř dvojnásobně až trojnásobně vyšší mezi třídou s vysokou viktimizací a třídou svědků ve srovnání s mládeží, která nikdy nebo jen zřídka zažila viktimizaci (Bender et al., 2014). V návazné studii se autoři zaměřili na vícečetné zneužívání v dětství a mnohočetnou pouliční viktimizaci a dopady těchto zkušeností na problémy s duševním zdravím (Bender et al., 2015). Přibližně 79 % mladistvých bez domova retrospektivně uvedlo zkušenosti se dvěma nebo více typy zneužívání v dětství a 28 % uvedlo historii dvou nebo více typů pouliční viktimizace.

Každý další typ pouliční viktimizace téměř zdvojnásobil pravděpodobnost splnění kritérií pro poruchu užívání návykových látek, zatímco každý další typ zneužívání v dětství více než zdvojnásobil pravděpodobnost splnění kritérií pro PTSD. Vícenásobné zneužívání v dětství i mnohočetná pouliční viktimizace byly spojeny s přibližně dvojnásobným zvýšením pravděpodobnosti splnění kritérií pro depresi (Bender et al., 2015).

Americká studie Tyler a Schmitz (2020) zkoumala vazby mezi distálními stresory (např. zneužívání v dětství) a proximálními stresory (např. pouliční viktimizace) a jejich dopadem na duševní zdraví mladých lidí bez domova. Výsledky ukázaly, že mladí lidé, kteří zažili fyzické týrání v dětství, častěji zažívají reviktimizaci na ulici, což vede k vyšší úrovni úzkosti a deprese. Fyzická viktimizace v kontextu bezdomovectví je spojena s vyšším užíváním návykových látek mezi mladistvými (Tyler & Schmitz, 2020). Obdobně Wong et al. (2016) zkoumali psychický dopad traumatických zážitků, ke kterým došlo před a po bezdomovectví, na vzorku mladistvých bez domova. Výsledky analýzy ukázaly, že specifické traumatické zážitky před nástupem bezdomovectví, včetně sexuálního zneužívání, emočního zneužívání/zanedbání a nepříznivého domácího prostředí, předpovídaly závažnější symptomy duševního zdraví. Zkušenost s mnohočetnými traumaty, která se vyskytla současně se sexuálním traumatem, byla významně škodlivější při predikci symptomů PTSD než mnohočetná traumata nesexuální povahy (Wong et al., 2016). Studie zdůrazňují, že mladiství bez domova jsou vystaveni vysokému riziku duševních onemocnění v důsledku vícečetných zkušeností s viktimizací, jak v dětství, tak v kontextu bezdomovectví. Zjištěná jsou důležitá pro vývoj cílených preventivních a intervenčních programů zaměřených na snížení rizika reviktimizace a zlepšení duševního zdraví této zranitelné populace.

2.4 Vztah mezi viktimizací a užíváním návykových látek

Vztah mezi viktimizací a užíváním návykových látek je komplexní a vzájemně propojený fenomén. Viktimizace může vést k široké škále negativních psychologických následků, včetně zvýšeného rizika vzniku poruch spojených s užíváním návykových látek. Současně užívání návykových látek může zvýšit zranitelnost jedinců vůči viktimizaci, a to prostřednictvím různých rizikových faktorů.

Mnohé studie se zaměřily na souvislosti s užíváním látek ve vztahu k raným traumatickým zkušenostem, které se do určité míry překrývají s viktimizací. Carliner et al. (2016) zkoumali vztah mezi potenciálně traumatickými událostmi v dětství a užíváním nelegálních drog mezi adolescenty. Studie zjistila, že traumatické události v dětství jsou spojeny se zvýšeným rizikem užívání nelegálních drog v adolescenci, což naznačuje, že dětské trauma je významným prediktorem časnějšího nástupu poruch užívání návykových látek (Carliner et al., 2016). Výsledky studie Choi et al. (2017) ukazují, že fyzické zneužívání, sexuální zneužívání a užívání návykových látek rodiči byly významně spojeny se zvýšenou pravděpodobností všech tří typů poruch užívání návykových látek (alkohol, drogy a nikotin). Duševní onemocnění rodičů bylo dále významným faktorem pro poruchu užívání alkoholu a drog. Psychické zneužívání bylo spojeno se zvýšenou pravděpodobností poruchy užívání drog a nikotinu. U mužského pohlaví

byla patrná vyšší pravděpodobnost všech tří poruch způsobených užíváním návykových látek (Choi et al., 2017).

Nepříznivými zkušenostmi v dětství (ACE) a vztahem k užívání návykových látek mezi adolescenty se zabývali rovněž Afifi et al. (2020) v průřezovém průzkumu na vzorku adolescentů ve věku 14–17 let. Zkoumáno bylo 12 typů ACE: emoční zneužívání, emoční zanedbávání, vystavení verbálnímu násilí mezi dospělými v domácnosti, zneužívání návykových látek v domácnosti, duševní onemocnění v domácnosti, odloučení nebo rozvod rodičů, potíže rodičů s policií, výprask, hazardní chování rodičů, pěstounská péče nebo kontakt s organizací na ochranu dětí, chudoba a bezpečí sousedství. Zjištění ukazují, že všechny nepříznivé zkušenosti v dětství byly spojeny se zvýšenou pravděpodobností užívání alkoholu, marihuany nebo tabákových výrobků (Afifi et al., 2020). Ve studii Swedo et al. (2020) byl zjištěn signifikantní odstupňovaný vztah typu expozice-odezva mezi počtem ACE a nedávným zneužitím opioidů mezi adolescenty. Ve srovnání s mládeží bez ACE byla pravděpodobnost nedávného zneužití opioidů u mládeže s jednou ACE 1,9krát vyšší, se dvěma ACE 3,8krát vyšší, se třemi ACE 3,7krát vyšší, se čtyřmi ACE 5,8krát vyšší a u mládeže s pěti a více ACE 15,3krát vyšší. Celkově 71,6 % případů nedávného zneužití opioidů mezi adolescenty lze přisoudit expozici alespoň jedné nežádoucí zkušenosti z dětství (Swedo et al., 2020).

Jev vrstevnické viktimizace, včetně šikany, je rovněž rozšířeným jevem, který ovlivňuje výskyt užívání návykových látek. Maniglio (2015) v systematickém přehledu 26 studií mapoval vztah mezi užíváním konopí a šikanou či jinými formy vrstevnické viktimizace u dospívajících. Výsledky nabídly určité důkazy pro obousměrné a kauzální vztahy, naznačující existenci interaktivního procesu, kde předchozí viktimizace může predisponovat mládež k užívání marihuany jako strategie zvládání stresu nebo samoléčby, zatímco užívání návykových látek zase může zvýšit pravděpodobnost, že mládež bude vystavena nebezpečným osobám nebo situacím, zvyšující riziko viktimizace (Maniglio, 2015). Na silný vztah mezi šikanou a užíváním nelegálních drog ukazuje studie autorů Turner et al. (2018), jejíž cílem bylo zjistit vztah mezi viktimizací šikanou a šesti typy užívaných návykových látek, zahrnující marihuanu, kokain, metamfetamin, extázi, halucinogeny a psychoaktivní léky na předpis/volně prodejné psychoaktivní léky, mezi chlapci a dívkami v 7. až 12. ročníku. Výsledky ukázaly na vztah mezi expozicí a odezvou, kdy častější viktimizace šikanou koreluje s vyšší pravděpodobností užívání drog (Turner et al., 2018).

Citované výzkumy ukazují, že nepříznivé zkušenosti v dětství, jako jsou zneužívání a zanedbávání, jsou silně spojeny se zvýšeným rizikem užívání návykových látek mezi adolescenty. Studie také odhalily, že viktimizace vrstevníky a šikana mají významný vliv na užívání návykových látek, často vedoucí k jejich nadměrnému užívání jako formě zvládání stresu. Implikace těchto zjištění zahrnují potřebu včasných a cílených programů podpory zaměřených na ochranu zranitelných dětí a mladistvých.

Na vztahy mezi různými vzorci užívání návykových látek a zkušenostmi s viktimizací se zaměřila studie Caravaca-Sánchez et al. (2023) provedená mezi vysokoškolskými studenty ve Španělsku. Nejvyšší podíl viktimizace byl spojen s polyvalentním užíváním, přičemž téměř dvě třetiny studentů v této skupině uvedly, že zažily jednu nebo více forem viktimizace během

posledního roku. Konzumace alkoholu byla spojena s krádeží, ale nekorelovala s ostatními pěti formami viktimizace, zatímco užívání tabáku bylo pozitivně spojeno se všemi typy viktimizace, kromě sexuálního zneužívání. Síla korelací se pohybovala od slabé (urážky, online pomluvy, krádeže, vyhrožování a sexuální obtěžování) až po střední (fyzické násilí). Marihuana vykazovala malé až střední korelace s výhrůžkami, fyzickým násilím, sexuálním obtěžováním a sexuálním zneužíváním. Kokain byl spojen pouze s fyzickým zneužíváním, přičemž se jednalo o nejsilnější korelaci mezi všemi látkami a zkušenostmi s viktimizací. Užívání sedativ na předpis bylo spojeno se všemi typy viktimizace (online pomluvy, vyhrožování, fyzické zneužívání, sexuální obtěžování a sexuální zneužívání), kromě urážek a krádeží (Caravaca-Sánchez et al., 2023). Studie ukazuje, že užívání různých návykových látek souvisí s rozdílnými vzorci viktimizace mezi vysokoškolskými studenty, což poukazuje na potřebu vývoje preventivních a intervenčních programů zaměřených na specifické skupiny studentů, zejména ty, kteří užívají více druhů návykových látek.

Někteří autoři se zaměřili na souvislost zkušeností s viktimizací a užívání návykových látek u specifických skupin osob, jako jsou osoby bez domova nebo osoby vyrůstající v ústavní výchově. Tyler a Melander (2015) zkoumali vztah mezi zneužíváním v dětství, viktimizací v dospělosti a užíváním návykových látek mezi mladými osobami bez domova. Výsledky analýzy ukázaly, že muži a ti, kteří uváděli problémy s návykovými látkami u rodičů, vykazovali výrazně vyšší míru užívání návykových látek. Respondenti, kteří v dětství trpěli fyzickým a sexuálním zneužíváním a kteří zažili více typů vztahového násilí, častěji uváděli vyšší frekvenci užívání návykových látek (Tyler & Melander, 2015). Vzhledem ke specifickým prostředí ústavní péče může být pobyt v těchto podmínkách rovněž spojen se zvýšeným rizikem viktimizace a souvisejícím užíváním návykových látek. Ve studii Fernández-Artamendi et al. (2020) bylo zjištěno, že adolescenti v ústavní výchově vykazují vysokou míru viktimizace a problémů s užíváním alkoholu a konopí. Polyviktimizace byla spojena s problémy s užíváním alkoholu, avšak ne s problémy s užíváním konopí. Majetková, domácí a komunitní viktimizace vykazovaly nejvyšší prediktivní roli v souvislosti s poruchami užívání alkoholu a konopí (Fernández-Artamendi et al., 2020).

Významné množství studií se zabývalo souvislostí konzumace alkoholu se zkušenostmi s viktimizací, zejména v oblasti partnerského a sexuálního násilí. Devries et al. (2014) v systematickém přehledu a metaanalýze 55 studií zkoumali vztah mezi fyzickým a sexuálním partnerským násilím a konzumací alkoholu u žen. Z analýzy longitudinálních studií vyplynulo, že 9 z 12 odhadů ukázalo zvýšenou pravděpodobnost následného partnerského násilí po konzumaci alkoholu, a 14 z 15 odhadů ukázalo zvýšenou pravděpodobnost následného užívání alkoholu po partnerském násilí. Průřezové studie rovněž prokázaly souvislost mezi partnerským násilím a užíváním alkoholu. Výsledky potvrzují existenci obousměrné pozitivní souvislosti mezi konzumací alkoholu a viktimizací v oblasti partnerského násilí u žen (Devries et al., 2014). Na oblast sexuálního násilí u žen se zaměřili Bryan et al. (2016). Byla zjištěna vzájemná souvislost mezi typickou konzumací alkoholu a sexuálním násilím, přičemž ženy, které konzumovaly více alkoholu, měly vyšší pravděpodobnost následné viktimizace během roku, a viktimizace během roku byla spojena s vyšší úrovní následného pití. Zjištění naznačují reciproční vztah mezi konzumací alkoholu a sexuálním násilím, podporující jak hypotézu samoléčby, tak teorii rutinních aktivit (Bryan et al., 2016). Studie poskytují důležité poznatky

o obousměrné pozitivní souvislosti mezi konzumací alkoholu a viktimizací v oblasti partnerského a sexuálního násilí. Obě studie jsou však omezeny zaměřením pouze na ženy a konkrétní typy viktimizace, což omezuje jejich zobecnitelnost a použití pro širší populace a různé formy násilí.

Cafferky et al. (2018) přispívají k rozšíření poznatků o komplexním vztahu mezi partnerským násilím a užíváním návykových látek analýzou dynamiky a vzájemné interakce jak u obětí, tak u pachatelů. Výsledky metaanalýzy ukazují, že užívání návykových látek, včetně konzumace alkoholu a nelegálních drog, významně koreluje s partnerským násilím, z pozice pachatele i oběti. Bylo zjištěno, že užívání drog má významně silnější korelaci s viktimizací ve srovnání s užíváním alkoholu. Problémové užívání alkoholu (tj. zneužívání, závislost) bylo silněji spojeno s viktimizací než míra spotřeby (tj. užívání a frekvence), což poukazuje na vyšší riziko viktimizace u problémového užívání alkoholu ve srovnání s běžnou konzumací. Míra problematického užívání drog měly významně silnější korelaci s páčáním partnerského násilí než míra spotřeby drog. Bylo zjištěno, že pohlaví moduluje vztah mezi užíváním návykových látek a partnerským násilím rozdílně u páčání a viktimizace. U mužů byla zjištěna silnější vazba s páčáním partnerského násilí, naopak ženy měly vyšší tendenci být oběťmi (Cafferky et al., 2018). Rozlišení mezi běžnou a problémovou konzumací alkoholu a zohlednění genderových rozdílů umožňuje hlubší pochopení, jak různé úrovně užívání návykových látek ovlivňují riziko partnerského násilí.

Podrobné poznatky o vztahu mezi viktimizací a užíváním alkoholu a jiných drog přináší autoři de Lint et al. (2017). Výsledky studie podporují hypotézu o samoléčbě traumatu, jež předpokládá, že viktimizace pozitivně koreluje se zvýšenou konzumací alkoholu a jiných drog. Zjištění ukazují, že 55,9 % respondentů po viktimizaci změnilo své konzumační návyky, zatímco 40,2 % své návyky nezměnilo a 3,9 % uvedlo smíšené chování. Všichni účastníci se smíšeným chováním hlásili nárůst spotřeby jiné látky navzdory poklesu u jedné, což vedlo k celkovému počtu 59,8 % účastníků, kteří uvedli zvýšenou spotřebu některé návykové látky. Údaje naznačují významný nárůst frekvence užívání návykových látek po viktimizaci, přičemž 48,0 % účastníků uvedlo každodenní užívání alespoň jedné látky, ve srovnání s 9,8 % před viktimizací. Kromě toho se podíl účastníků, kteří nikdy neužívali návykové látky, snížil z 39,2 % na 12,7 %, což naznačuje nové užívání látek mezi dříve neužívajícími jedinci. Zjištění byla genderově diferencována, kdy výrazně vyšší podíl mužů uváděl po viktimizaci konzumaci alkoholu a užívání více látek, ve srovnání se ženami, u nichž větší část uváděla užívání léků bez lékařského předpisu (de Lint et al., 2017). Výsledky studie mají klíčový přínos pro pochopení, jak viktimizace ovlivňuje chování spojené s užíváním návykových látek. Tyto poznatky zdůrazňují potřebu cílených intervencí, které reflektují genderově specifické rozdíly a poskytují podporu obětem viktimizace s cílem prevence rozvoje závislosti.

2.4.1 Role PTSD ve vztahu viktimizace a užívání návykových látek

Dosavadní poznatky naznačují, že klíčovou roli ve vztahu mezi užíváním návykových látek a viktimizací může hrát posttraumatický stres. Analýzou vztahů mezi dětským traumatem, aktuálními příznaky PTSD a problematickým užíváním návykových látek se zabývali například Cross et al. (2015). Výsledky studie ukazují, že dětské trauma mělo přímý vliv na současné

problematické užívání alkoholu i nelegálních návykových látek, přičemž PTSD měla významný nepřímý vliv na oba tyto vztahy. U mužů byl tento účinek výrazně vyšší, což naznačuje, že PTSD je u mužů častěji spojena s problematickým užíváním alkoholu a drog (Cross et al., 2015). K rozšíření poznatků o dětském traumatu přispěli Yoon et al. (2017), jež zkoumali symptomy posttraumatického stresu a vztahy mezi matkou a dítětem jako potenciální longitudinální cesty, kterými dětské zanedbávání a týrání ovlivňují užívání návykových látek u adolescentů. Studie přináší zjištění, že fyzické a sexuální zneužívání v dětství bylo spojeno s užíváním návykových látek v dospívání prostřednictvím symptomů posttraumatického stresu, zatímco emocionální zneužívání a zanedbávání byly spojeny s užíváním návykových látek prostřednictvím narušených vztahů mezi matkou a dítětem (Yoon et al., 2017). Zjištění studií ukazují, že vztah mezi dětským traumatem a následným rozvojem zneužívání látek je částečně zprostředkován PTSD.

Studie se rovněž zaměřily na vliv posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v kontextu viktimizace během dospívání a dospělosti. V longitudinální studii Lee et al. (2016), která se zaměřila na vztahy mezi viktimizací, PTSD a užíváním návykových látek, byli účastníci sledováni v pěti věkových obdobích: 14, 19, 24, 29 a 36 let. Bylo zjištěno, že viktimizace mezi 19. a 29. rokem přímo souvisí s výskytem PTSD ve věku 36 let, která následně zvyšuje riziko užívání návykových látek. Výsledky ukazují, že PTSD zprostředkovává vztah mezi viktimizací a užíváním návykových látek (Lee et al., 2016). Sullivan et al. (2016) potvrdili význam PTSD ve vztahu k dennímu užívání drog a alkoholu u žen, které zažívaly partnerské násilí. Výsledky ukázaly, že ženy s PTSD měly ve srovnání s těmi bez PTSD téměř 15krát vyšší pravděpodobnost kombinovaného užívání drog a alkoholu a téměř 7krát vyšší pravděpodobnost užívání nelegálních drog. Zjištění naznačují, že kombinace partnerského násilí a PTSD činí ženy náchylnými k dennímu užívání drog a alkoholu (Sullivan et al., 2016).

Poznatky o vztahu mezi traumatem, posttraumatickou stresovou poruchou a problémy s užíváním alkoholu a drog dále rozšířili Haller a Chassin (2014), kteří oboustranně analyzovali vzájemné vztahy mezi těmito fenomény. Výsledky nejvíce podporují hypotézu samoléčby, která předpokládá, že jedinci s PTSD užívají látky ke zmírnění svých symptomů. Bylo zjištěno, že symptomy PTSD významně předpovídají zvýšené problémy s alkoholem a drogami v pozdějším věku, což naznačuje, že PTSD je klíčovým mechanismem spojujícím násilnou viktimizaci s problematickým užíváním návykových látek. Částečně byla podpořena i hypotéza vysokého rizika, která předpokládá, že užívání návykových látek zvyšuje riziko vystavení traumatu. Užívání alkoholu a drog v období adolescence mělo významný vliv na riziko vystavení násilí, což naznačuje, že užívání návykových látek může vést ke zvýšenému riziku násilné viktimizace (Haller & Chassin, 2014). Studie významně přispívá k porozumění komplexním vztahům mezi traumatem, PTSD a problémy s užíváním alkoholu a drog. Podpora hypotézy samoléčby a identifikace PTSD jako klíčového mechanismu mezi viktimizací a užíváním návykových látek jsou klíčové pro vývoj cílených intervencí. Zjištěný mediováný vztah zdůrazňuje význam prevence a léčby PTSD pro snížení užívání návykových látek u obětí viktimizace.

Výzkumné studie poukazují na vysokou prevalenci posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u jedinců se závislostním chováním, což může významně ovlivňovat průběh a prognózu závislosti. Míru komorbidit PTSD a zneužívání alkoholu hodnotili Debell et al. (2014) v systematickém přehledu 42 studií. Bylo zjištěno, že prevalence zneužívání alkoholu u jedinců s PTSD se pohybuje od 9,8 % do 61,3 %. Naopak, prevalence PTSD u osob zneužívajících alkohol se pohybuje od 2,0 % do 63,0 %, přičemž většina hodnot byla vyšší než 10,0 %. Výzkum dále naznačuje, že závažnější symptomy posttraumatické stresové poruchy předpovídají zvýšenou závažnost zneužívání návykových látek (Debell et al., 2014). Torchalla et al. (2014) analyzovali komorbiditu poruchy spojené s užíváním návykových látek a posttraumatické stresové poruchy (SUD-PTSD) u osob bez přístřeší. Studie zjistila, že 22,8 % jedinců se současnou poruchou užívání návykových látek mělo také PTSD, a 92 % osob s PTSD mělo souběžnou SUD. Ženy vykazovaly vyšší míru PTSD a komorbidit PTSD-SUD než muži (Torchalla et al., 2014). Studie ukazují na potřebu podpůrných služeb pro zranitelné populace, které zahrnují jak léčbu PTSD, tak léčbu poruch užívání návykových látek.

Dosavadní výzkum ukazuje, že posttraumatická stresová porucha (PTSD) hraje klíčovou roli jako mediátor mezi viktimizací a užíváním návykových látek. Studie opakovaně potvrzují, že jedinci, kteří zažili dětské trauma nebo viktimizaci v dospělosti, vykazují vyšší míru PTSD, která následně zvyšuje pravděpodobnost problémového užívání alkoholu a drog. Studie naznačují, že viktimizace, PTSD a užívání návykových látek tvoří cyklus, kde každá složka zvyšuje riziko a závažnost ostatních, což zdůrazňuje potřebu integrovaných terapeutických přístupů zaměřených na všechny tyto faktory.

2.5 Viktimizace a léčba závislosti

Viktimizace představuje významný faktor ovlivňující průběh a úspěšnost léčby závislosti. Zvýšený výskyt viktimizace v populaci osob užívajících návykové látky může negativně ovlivňovat jejich schopnost zotavit se ze závislosti, zvyšovat riziko relapsu a komplikovat terapeutické intervence. Viktimizace je také často spojena s dalšími duševními poruchami, což dále zvyšuje komplexitu léčby a vyžaduje integrované terapeutické přístupy.

Dosavadní výzkumy poukazují na zvýšenou prevalenci komorbidních psychiatrických symptomů u osob s historií viktimizace, které mohou významně přispívat k celkové závažnosti problematiky závislosti a komplikovat její léčbu. Vztahem mezi anamnézou viktimizace a psychiatrickými symptomy u osob v ambulantní léčbě závislostí se zabývali Keyser-Marcus et al. (2015). Výsledky ukázaly, že zkušenost s fyzickým a kombinovaným fyzickým a sexuálním traumatem byla spojena s vyšší četností celoživotního výskytu psychiatrických symptomů, zahrnujících deprese, úzkost a sebevražedné myšlenky a pokusy. Mezi jedinci s anamnézou sexuálního traumatu byla identifikována významná souvislost se zvýšeným výskytem sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu (Keyser-Marcus et al., 2015). Daigre et al. (2015) analyzovali klinické a psychopatologické charakteristiky osob nastupujících do léčby závislosti. Bylo zjištěno, že depresivní symptomy a hraniční porucha osobnosti byly nezávisle spojeny s anamnézou jakéhokoli zneužívání v průběhu života (Daigre et al., 2015). Výsledky studií naznačují, že anamnéza viktimizace může významně přispět

k závažnosti závislostí, kdy zkušenosti s viktimizací jsou spojeny s vyšší mírou psychiatrické komorbidity. Tyto komplexní psychopatologické souvislosti komplikují léčbu a vyžadují integrované terapeutické přístupy, které současně řeší problematiku závislosti i přidružené duševní poruchy.

Následky viktimizace mohou být patrné také v kontextu závažnosti klinického obrazu závislostního chování. Poznatky o vlivu viktimizace na závažnost syndromu závislosti přinesla studie autorů Cole et al. (2018), provedená na vzorku dospívajících vstupujících do ambulantní léčby závislostí. Prevalence interpersonálního traumatu ve vzorku dosahovala 71,5 %. Výzkum odhalil, že závažnost poruchy spojené s užíváním návykových látek, měřená počtem kritérií DSM-5, byla spojena s počtem událostí podle kritéria A pro PTSD. Výsledky studie naznačují, že v této populaci je rozsah a závažnost užívání návykových látek částečně funkcí vystavení většímu počtu typů traumatu (Cole et al., 2018). Vztahem mezi historií viktimizace a závažností adiktologické problematiky se zabýval také Davis et al. (2019), kteří zkoumali charakteristiky 20 092 adolescentů nastupujících do léčby závislosti. Výsledky ukazují, že různé profily zkušeností s viktimizací a souvisejících traumatogenních charakteristik, zahrnujících pachatele s důvěrným vztahem k oběti, vnímané ohrožení života nebo negativní reakce okolí na oznámení činu, vykazují různé souvislosti s diagnózami poruch užívání návykových látek. Mládež v profilech s vysokou mírou škodlivých traumatogenních charakteristik a zažívající typy vícenásobné viktimizace (tj. polyviktimizace) vykazovala ve srovnání s ostatními skupinami vyšší závažnost z hlediska poruchy užívání opiátů, poruchy užívání tabáku a duálních diagnóz (Davis et al., 2019).

V této souvislosti několik studií identifikuje posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD) jako významný prediktor závažnosti závislosti. Kok et al. (2015) zkoumali vztah mezi dětským traumatem a závažností poruch spojených s užíváním návykových látek u 192 hospitalizovaných pacientů se závislostí. Výsledky studie naznačují, že závažnost užívání alkoholu a drog byla vysvětlena symptomy PTSD, kdy pacienti se symptomy PTSD vykazovali vážnější problémy s užíváním alkoholu. Závěry studie naznačují, že současné symptomy PTSD významně predikují závažnost závislosti na alkoholu i nelegálních návykových látkách (Kok et al., 2015). Jak uvádí Straus et al. (2018), PTSD a závislost na alkoholu se často vyskytují současně a jsou spojeny s komplexnějšími a závažnějšími klinickými projevy než jednotlivé poruchy samostatně. Komorbidní PTSD a závislost na alkoholu jsou také spojeny s větším množstvím rizikových faktorů, včetně historie zneužívání v dětství a problémů s fungováním, jako jsou sociální a pracovní obtíže, ve srovnání s jednotlivými poruchami. Osoby se závislostí na alkoholu a přidružené PTSD vykazují nízkou míru zapojení a udržení v léčbě závislosti (Straus et al., 2018). Zjištění zdůrazňují význam PTSD jako prediktoru závažnosti závislosti a poukazují na potřebu integrovaných léčebných přístupů, které zohledňují přítomnost PTSD.

Dopad viktimizace na průběh léčby závislosti je rovněž předmětem výzkumu. Vliv viktimizace na vstup do léčby a diagnostiku poruch užívání návykových látek zkoumali Davis, Janssen, et al. (2020) na vzorku mladistvých pachatelů závažné trestné činnosti. U mládeže s chronickou polyviktimizací byla vyšší pravděpodobnost dřívějšího vstupu do léčby a dřívější diagnózy poruchy užívání návykových látek ve srovnání s mládeží s mírnou/snižující a nízkou viktimizací (Davis, Janssen, et al., 2020). Cosden et al. (2015) se zaměřili na symptomy

traumatu spojené s viktimizací a jejich vývoj v průběhu léčby závislosti. Zapojení do léčebných programů vedlo ve většině případů ke snížení symptomů traumatu, přičemž muži vykazovali v léčbě větší zlepšení než ženy. U některých skupin však symptomy zůstaly stejné nebo se zhoršovaly v průběhu času, kdy zhoršení symptomů traumatu bylo častěji uváděno ženami. Nejmenší pravděpodobnost zlepšení byla u osob s historií sexuálního nebo fyzického zneužívání a se závažnými symptomy traumatu při přijetí (Cosden et al., 2015). Karsberg et al. (2021) hodnotili dopad vícečetných potenciálně traumatických zážitků na účinnost léčby závislosti na nelegálních drogách. Výsledky ukázaly, že pacienti se zkušeností s polytraumatizací během léčby vykazovali pomalejší snižování užívání konopí ve srovnání s pacienty s méně častými či žádnými traumatickými zážitky (Karsberg et al., 2021).

Terapeutickou progresi u žen podstupujících léčbu drogové závislosti zkoumali Fernández-Montalvo et al. (2017). Bylo zjištěno, že ženy bez historie zneužívání a s menšími rodinnými problémy měly vyšší pravděpodobnost dokončení léčby. Nejvyšší míra předčasných ukončení léčby byla pozorována u obětí sexuálního zneužívání (63,5 %), následovaných oběťmi fyzického zneužívání (48,9 %), ve srovnání s nižší prevalencí u žen bez zkušeností s násilím (30,8 %) a se zkušeností s emocionálním zneužíváním (27,8 %) (Fernández-Montalvo et al., 2017). Napříč literaturou je také diskutováno riziko relapsu během léčby. Derefinko et al. (2019) zkoumali souvislost mezi nepříznivými zkušenostmi v dětství (ACE) a relapsem závislosti na opioidech během léčby asistované medikací. Skóre ACE bylo odvozeno z 10-položkového screeningového dotazníku administrativně zpracovaného při příjmu. Výsledky ukázaly, že každé zvýšení skóre ACE o jednu jednotku bylo spojeno se zvýšením pravděpodobnosti relapsu o 17 % (Derefinko et al., 2019). Zjištěné poznatky zdůrazňují význam viktimizace a traumatických zážitků v kontextu léčby závislosti a ukazují, že historie viktimizace významně ovlivňuje terapeutický pokrok.

Výzkumy mapují rovněž souvislost mezi historií viktimizace a úspěšností léčby závislosti, přičemž se zaměřují na ukazatele, jako je délka abstinence po ukončení léčby a latence k relapsu užívání návykových látek. Výsledky studie autorů Christie et al. (2022) ukazují, že adolescenti s vysokou mírou polyviktimizace a vysokými traumagenními charakteristikami vykazovali vyšší motivaci k léčbě, více důvodů pro ukončení užívání návykových látek a zároveň nižší sebeúčinnost a méně dní abstinence po léčbě ve srovnání se svými vrstevníky (Christie et al., 2022). Davis, Christie, et al. (2020) na základě analýzy profilů polyviktimizace u adolescentů podstupujících léčbu zjistili, že ženy, které zažily vysokou míru viktimizace všech typů, vykazovaly vyšší riziko latence užití nelegální drogy ve srovnání s ženami ve skupině s nízkou viktimizací. U mužů byl tento vztah patrný pouze u sexuálního násilí (Davis, Christie, et al., 2020). Obdobná zjištění přináší také Van Brown et al. (2020). U pacientů, kteří zažili násilí jak před dosažením 18 let, tak v dospělosti byla zaznamenána téměř dvaapůlkrát vyšší pravděpodobnost užívání návykových látek během 12 měsíců po propuštění z léčby ve srovnání s pacienty, kteří zažili násilí pouze v dětství nebo v dospělosti (Van Brown et al., 2020). Výsledky studií naznačují, že polyviktimizace a opakované vystavení násilí v průběhu života významně zvyšuje riziko recidivy užívání návykových látek po léčbě.

Účinnost různých terapeutických intervencí u jedinců s anamnézou viktimizace vykazuje značnou variabilitu, což je nezbytné zohlednit při plánování léčebných strategií. Sabri et al.

(2019) v této souvislosti upozorňují na potřebu integrované strategie k řešení souběžně se vyskytujících přidružených problémů u viktimizovaných jedinců užívajících látky. V systematickém přehledu 17 studií zjistili, že komplexní, integrované, vícesložkové intervence jsou účinné pro zlepšení duševního zdraví, snížení zneužívání návykových látek, násilí a rizika HIV. Účinnými složkami intervence adresující násilí byly stanovení cílů, psychoedukace, sociální podpora, strategie posilování postavení a zmocňování, hodnocení rizik, plánování bezpečnosti a doporučení/napojení na komunitní zdroje. Tyto účinné intervence se primárně zaměřovaly na partnerské násilí. Pro duševní zdraví, zejména PTSD, byly účinnými složkami KBT, budování dovedností, psychoedukace a sociální podpora. Pro snížení rizika HIV se osvědčily intervence zahrnující KBT, budování sebeúcty a sociálních kognitivních dovedností. Výsledky užívání návykových látek se zlepšily u intervencí poskytovaných peer pracovníky, integrujících KBT, mindfulness strategie, budování dovedností, psychoedukaci a zvyšování motivace (Sabri et al., 2019).

Účinností psychologických intervencí zaměřených na léčbu komorbidní PTSD a SUD se zabývali Roberts et al. (2022) v systematickém přehledu 27 studií. Byly zjištěny mírné přínosy pro intervence zaměřené na trauma kombinované s léčbou závislosti, ve srovnání s intervencí zaměřenou pouze na závislostní chování, vedoucí ke zlepšení závažnosti symptomů PTSD. Rovněž v období po léčbě, přibližně 6–13 měsíců po proběhlé intervenci, byl pozorován pozitivní přínos intervence z hlediska závažnosti PTSD a užívání alkoholu. Byl také zjištěn mírně pozitivní účinek integrované kognitivně behaviorální terapie na závažnost PTSD v období po léčbě. Na základě výsledků jedné studie existují důkazy o přínosu intervencí zaměřených na trauma z hlediska snížení míry předčasného ukončení léčby. Analýza ukázala, že terapie zaměřená na trauma a integrovaná kognitivně-behaviorální terapie mohou u některých jedinců zlepšit příznaky PTSD (Roberts et al., 2022).

Simpson et al. (2017) systematicky hodnotili 24 randomizovaných studií zkoumajících různé typy léčebných intervencí u osob s komorbiditou PTSD a závislosti na alkoholu či nelegálních návykových látkách. Tyto studie zahrnovaly PTSD-orientované intervence založené na expozici, intervence zaměřené na závislost a intervence zaměřené na strategie zvládání, které nezahrnují vystavení traumatickým vzpomínkám. Většina studií zjistila, že účastníci jak experimentálních, tak kontrolních podmínek v průběhu času dosáhli významného zlepšení ve výsledcích SUD a PTSD. Doporučovány jsou intervence integrující PTSD-orientovanou expoziční léčbu a behaviorální léčbu SUD, protože jsou spojeny s lepšími výsledky. Zjištění studie ukazují, že tyto osoby mohou mít prospěch z různých možností léčby, včetně standardní péče o SUD (Simpson et al., 2017). Tyto výsledky naznačují, že jedinci s komorbidními poruchami užívání návykových látek (SUD) a posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) mohou profitovat z různých terapeutických přístupů, což podporuje flexibilitu v terapeutických strategiích a zdůrazňuje potřebu přizpůsobení léčebných programů individuálním potřebám pacientů.

3 Výzkumná část

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Publikovaná literatura naznačuje, že viktimizace může v kontextu adiktologické problematiky ovlivňovat jak závažnost závislosti, tak průběh léčby, přičemž viktimizovaní klienti dosahují horších výsledků a méně profitují z léčby. Specifické léčebné potřeby viktimizovaných jedinců závislých na návykových látkách vyžadují hlubší pochopení fenoménu viktimizace v kontextu léčby závislosti. Vzhledem ke skutečnosti, že dosavadní výzkum pochází převážně ze zahraničí, je důležité zmapovat tuto problematiku v českém prostředí, což může napomoci hlubšímu pochopení fenoménu viktimizace v kontextu české léčby závislosti s přihlédnutím k jejím specifikům. Práce volně navazuje na již realizované výzkumy v jiných typech služeb adiktologické péče (Metlická, 2021) a rozšiřuje mapování problematiky ve službách pobytové léčby závislosti, konkrétně v psychiatrických nemocnicích a terapeutických komunitách.

Cílem výzkumné části diplomové práce je zmapovat, jak se problematika viktimizace pacientů/klientů promítá do průběhu rezidenční léčby závislosti, z pohledu pracovníků těchto služeb. Konkrétně si práce klade za cíl zjistit, v jakém rozsahu je viktimizace přítomna u pacient/klientů těchto služeb a jaký má charakter. Dále se práce zaměřuje na způsob práce s viktimizovanými klienty, tedy jak se s touto problematikou v léčbě pracuje a jaké intervence jsou v této souvislosti využívány. Práce rovněž cílí na způsoby, jakými může viktimizace ovlivňovat průběh léčby a jaké komplikace může v prostředí pobytové léčby závislosti vytvářet. Stanoveny byly následující výzkumné otázky:

1. Jaké je složení pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací?
2. Jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají?
3. Jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší?

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen zástupci adiktologických služeb rezidenční léčby, které poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu osob se závislostí (Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb, 2021). Výzkumný vzorek zástupců poskytovatelů služeb byl vybrán na základě samotného zaměření práce, která se kromě charakteru klientely zabývá též léčebnými postupy a komplikacemi pro práci s klienty, kde mohou pracovníci díky svým zkušenostem a erudici nabídnout přínosný pohled na problematiku.

Zapojeni byli pracovníci oddělení pro léčbu závislosti v rámci psychiatrických nemocnic a pracovníci terapeutických komunit s certifikací RVKPZ. Z každé adiktologické služby rezidenční léčby závislosti byl vybrán jeden zástupce, a to vedoucí pracovník nebo pracovník se zkušeností s cílovou skupinou uživatelů návykových látek v rozsahu minimálně 3 roky.

Při oslovení jednotlivých zařízení byl zvolen totální výběr. Prostřednictvím emailové komunikace byla oslovena všechna oddělení pro střednědobou léčbu závislosti v psychiatrických nemocnicích a všechny terapeutické komunity s certifikací RVKPZ, v celkovém počtu 37 oddělení v rámci 17 psychiatrických nemocnic a 12 terapeutických komunit. Do zařízení byl odeslán email s žádostí o spolupráci, ke kterému byly přiloženy kompletní informace pro účastníka, popisující cíle a účel výzkumu, rozsah zapojení do výzkumu, průběh výzkumu a informace o zpracování dat. Informace pro účastníka jsou k dispozici v plném znění v příloze 1. Nejdříve byl osloven vedoucí pracovník, který se po poskytnutí souhlasu se zapojením služby do výzkumu sám výzkumu zúčastnil jakožto respondent, nebo doporučil jiného pracovníka, kterého vyhodnotil jakožto vhodnějšího k účasti ve výzkumu. Konkrétní respondenti byli do výzkumného souboru vybráni na základě zájmu o zapojení o výzkumu a výše popsaných výběrových kritérií.

Výsledný výzkumný soubor je tvořen 24 respondenty. Z oslovených zařízení se do výzkumu zapojilo 17 oddělení v rámci 12 psychiatrických nemocnic a 7 terapeutických komunit. Výzkumný soubor byl rozdělen na dvě části dle typu adiktologické služby rezidenční péče, ve které daný participant působí. Respondenti R1–R17 jsou pracovníky rezidenční léčby v psychiatrických nemocnicích a respondenti R18–R24 jsou pracovníky terapeutických komunit. Výzkumu se zúčastnilo 14 žen a 10 mužů. Do výzkumného souboru byli zapojeni odborníci s různým vzděláním, zahrnující obory adiktologie, psychologie, všeobecného lékařství, sociální práce, sociální a speciální pedagogika, zdravotní sestra, ekonomie a další. Přehled respondentů je k dispozici v tabulce 1 a 2.

Tabulka 1: Základní charakteristika výzkumného souboru – pracovníci psychiatrických nemocnic

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe s osobami se závislostí	Cílová skupina zařízení
R1	Žena	33 let	Všeobecné lékařství	3 roky	Muži a ženy, 18+ let, závislost na alkoholu
R2	Žena	28 let	Adiktologie	3 roky	Muži a ženy, 18+ let, látkové a nelátkové závislosti
R3	Žena	41 let	Adiktologie	9 let	Muži, 18+ let, látkové závislosti, gambling
R4	Žena	30 let	Všeobecné lékařství	5 let	Ženy, 18-65 let, látkové závislosti, gambling
R5	Žena	38 let	Ekonomie	6 let	Muži a ženy, 18+ let, osoby s duální diagnózou
R6	Muž	50 let	Zdravotní sestra	20 let	Muži, 18-55 let, závislost na nelegálních NL
R7	Žena	35 let	Adiktologie	10 let	Muži a ženy, 18+ let, závislost na alkoholu, pervitinu, lécích, gambling
R8	Muž	27 let	Psychologie	6 let	Muži, 16+ let, látkové a nelátkové závislosti
R9	Žena	33 let	Prevence a rehabilitace sociální patologie, adiktologie	10 let	Muži a ženy, 18+ let, osoby s duální diagnózou
R10	Žena	52 let	Zdravotní sestra	25 let	Muži a ženy, 15+ let, závislost na alkoholu, lécích, gambling
R11	Žena	26 let	Psychologie	5 let	Ženy, 16+ let, látkové a nelátkové závislosti
R12	Žena	38 let	Adiktologie	5 let	Muži a ženy, 15+ let, závislost na alkoholu, nelegálních NL, gambling
R13	Žena	34 let	Psychologie	3 roky	16+ let, muži a ženy gambling, ženy závislost na nelegálních NL a na alkoholu
R14	Žena	53 let	Adiktologie	18 let	Muži a ženy, 18+ let, závislost na alkoholu, psychoaktivních lécích
R15	Muž	46 let	Adiktologie	8 let	Muži a ženy, 18+ let, látkové závislosti, gambling
R16	Muž	44 let	Všeobecné lékařství	8 let	Muži a ženy, 18+ let, látkové a nelátkové závislosti
R17	Žena	42 let	Adiktologie	7 let	Muži, 18-65 let, látkové a nelátkové závislosti

Tabulka 2: Základní charakteristika výzkumného souboru – pracovníci terapeutických komunit

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe s osobami se závislostí	Cílová skupina zařízení
R18	Muž	33 let	Psychologie	7 let	Muži a ženy, 16-64 let, látkové závislosti, gambling
R19	Muž	47 let	Adiktologie, arteterapie	27 let	Muži a ženy, 23+ let, látkové závislosti
R20	Muž	48 let	Sociální pedagogika	18 let	Muži a ženy, 15+ let, látkové a nelátkové závislosti
R21	Žena	46 let	Sociální práce	25 let	Muži a ženy, 18+ let, látkové závislosti
R22	Muž	41 let	Zdravotně-sociální pracovník	18 let	Muži i ženy, 18+ let a rodiče s dětmi, látkové a nelátkové závislosti
R23	Muž	61 let	Speciální pedagogika	32 let	Muži a ženy, 15+ let, látkové a nelátkové závislosti
R24	Muž	36 let	Sociální management	13 let	Muži a ženy, 14-26 let, látkové a nelátkové závislosti

3.3 Metody tvorby dat

Metodou tvorby dat byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, který byl vybrán pro jeho schopnost poskytnout detailní a kontextuální informace nezbytné pro pochopení složitých zkoumaných fenoménů. Kvalitativní přístup umožňuje získat podrobný popis a vhled při zkoumání jedinců, skupin, událostí a fenoménů a je účinný při počáteční exploraci problému (Hendl, 2016). Výběr kvalitativního výzkumného přístupu byl proveden na základě skutečnosti, že problematika viktimizace v léčbě závislosti doposud nebyla v českém prostředí zmapována; využití kvalitativního přístupu je tedy vhodné za účelem získání průvodního vhledu a hlubšího porozumění zkoumané problematice.

Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím metody polostrukturovaných rozhovorů využívajících otevřené otázky. Osnova polostrukturovaného rozhovoru je k nahlédnutí v příloze 2. Vedle předem stanovené struktury rozhovoru byly využity také doplňující otázky. Schéma rozhovoru obsahuje tři tematické okruhy otázek odrážející jednotlivé výzkumné otázky. První okruh se zabývá mapováním prevalence a povahy viktimizace u pacientů/klientů, s ohledem na jednotlivé typy trestné činnosti, hledisko pohlaví a užívané látky. Mapuje také následky viktimizace u klientů v oblasti traumatu a posttraumatické stresové poruchy. Druhý okruh otázek zkoumá průběh práce s tématem viktimizace během léčby závislosti, se zaměřením na proces, při němž se o viktimizaci pracovníci dozvídají, hodnocení pacientů/klientů z hlediska problematiky viktimizace nebo spolupráci s organizacemi. Dále obsahuje otázky mapující potřeby viktimizovaných osob a způsoby práce s tématem viktimizace v rámci léčby. Třetí okruh se zaměřuje na otázky ovlivnění zapojení a dosahování léčebných výsledků pacienta/klienta v léčbě a zabývá se mapováním limitů, rizik a komplikací v práci s viktimizovanými osobami.

Před realizací rozhovoru byl participant seznámen s informacemi o cíli, průběhu a obsahu výzkumu a dotázán ohledně souhlasu s pořízením audiozáznamu. Následně respondent udělal souhlas s účastí ve výzkumu. V případě souhlasu účastníka byl pořizován audiozáznam rozhovoru. Souhlas s pořízením audiozáznamu vyslovilo 23 účastníků; 1 účastník s nahráváním rozhovoru nesouhlasil. Rozhovor probíhal prezenční formou či online formou přes platformu Skype, přičemž forma rozhovoru byla zvolena na základě preferencí účastníka. Celkově 6 rozhovorů proběhlo prezenční formou; 18 rozhovorů bylo realizováno online. Sběr dat byl ukončen po dosažení saturace dat, kdy se sbíraná data opakovala a další rozhovory již nepřinášely nová zjištění.

3.4 Metody analýzy dat

Nejprve byla získaná data na základě audiozáznamu transkribována do textového editoru MS Word. Po provedení transkripce byly nahrávky rozhovorů smazány. V textovém editoru byla provedena redukce prvního řádu a následně bylo provedeno kódování dat. Redukcí prvního řádu rozumíme eliminaci částí vět, které neobsahují explicitně vyjádřenou identifikovatelnou informaci. Text je očištěn od různých zaznamenaných zvuků, slov tvořících tzv. slovní vatu a od výrazů, které narušují plynulost a nepřinášejí žádnou dodatečnou informaci (Miovský, 2006). Kódování zahrnuje rozdělování množin a souborů dat na menší části, segmenty, které se

posléze pojmenovávají, třídí, klasifikují a kategorizují. Tento proces se během analýzy opakovaně provádí a postupně zpřesňuje, což umožňuje práci se stále většími a komplexnějšími datovými soubory (Reichel, 2009).

K analýze dat byla využita metoda zachycení vzorců. Metodu zachycení vzorců („gestaltů“) definuje Miovský (2006) jako analytický nástroj, který spočívá ve vyhledávání a zaznamenávání opakujících se vzorců nebo témat v datech. Tyto vzorce představují obecnější principy, které odpovídají specifickým jevům v daném kontextu. Tato metoda nahrazuje jedinečné jevy obecnějšími kategoriemi na základě podobností a odlišností. Výzkumník vytváří koherentní „příběhy“ o tom, jak jev probíhá, a postupně do nich začleňuje nová data. Klíčové je přitom nacházet opakující se základní prvky obecného vzorce v rozličných konkrétních případech. Výzkumník musí průběžně ověřovat příběhy hledáním údajů, které je podporují nebo vyvracejí, a upravovat konstrukce tak, aby odpovídaly získaným datům (Miovský, 2006).

3.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum zachovává princip informovanosti participanta, která byla zajištěna prostřednictvím emailové komunikace a poskytnutí informací před uskutečněním interview. Respondenti byli s cíli, průběhem a obsahem výzkumu seznámeni s využitím dokumentu Informace o výzkumu (příloha 1), který byl respondentovi zaslán emailem při náboru. Informace o výzkumu byly participantovi shrnuty autorkou též před realizací jednotlivých interview. Následně byl participant dotázán ohledně seznámení s průběhem výzkumu a udělení souhlasu se zapojením do výzkumu. Účastníci prohlášením udělili informovaný souhlas, který byl v případě udělení souhlasu s provedením audiozáznamu rozhovoru součástí nahrávky.

Ve výzkumném designu bylo zohledněno riziko identifikace participantů, které bylo eliminováno za základě využití principu anonymity. Informace sdílené během rozhovoru byly uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace respondenta. V prezentovaných výsledcích nefigurují jména zúčastněných osob, pracovní pozice respondentů, ani názvy zapojených institucí. Osobní údaje participantů nebyly během interview získávány. Analýza výsledků proběhla pouze s anonymizovanými a poté agregovanými daty. Po provedené transkripci dat byly veškeré nahrávky rozhovorů smazány, aby nemohlo dojít k zpětné identifikaci respondenta. Respondenti jsou pro účely analýzy výsledků výzkumu rozlišeni na základě přiřazeného číselného kódu (R1–R24).

Ve výzkumu byl rovněž zachován princip dobrovolnosti, kdy účast ve studii byla založena na dobrovolné bázi. Nábor participantů proběhl na základě jejich vlastního zájmu o zapojení do výzkumu. V případě, že by poskytnutí rozhovoru bylo pro respondenta příliš zatěžující nebo se respondent zpětně rozhodl, že se nechce do studie zapojit, bylo respondentovi umožněno účast odmítnout kdykoliv bez udání důvodu, až do doby převedení dat do anonymizované textové podoby. Tuto možnost žádný z participantů nevyužil.

Realizace výzkumu byla na základě žádosti autorky schválena Etickou komisí Kliniky adiktologie. Souhlasné stanovisko vydané dne 19. prosince 2023 je k dispozici v příloze 3.

3.6 Analýza a výsledky výzkumu

3.6.1 Jaké je složení pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací?

Respondenti převážně popisují problematiku viktimizace jako velmi častý jev mezi klienty rezidenční léčby závislosti. Většina respondentů uvádí, že viktimizace mezi klienty dosahuje významné prevalence, přičemž se s ní setkávají u převážné většiny nebo téměř všech klientů. Celkově 2 respondenti popisují viktimizaci jako méně častý jev, který se týká menšiny klientů, s odhady v rozmezí 10–30 %.

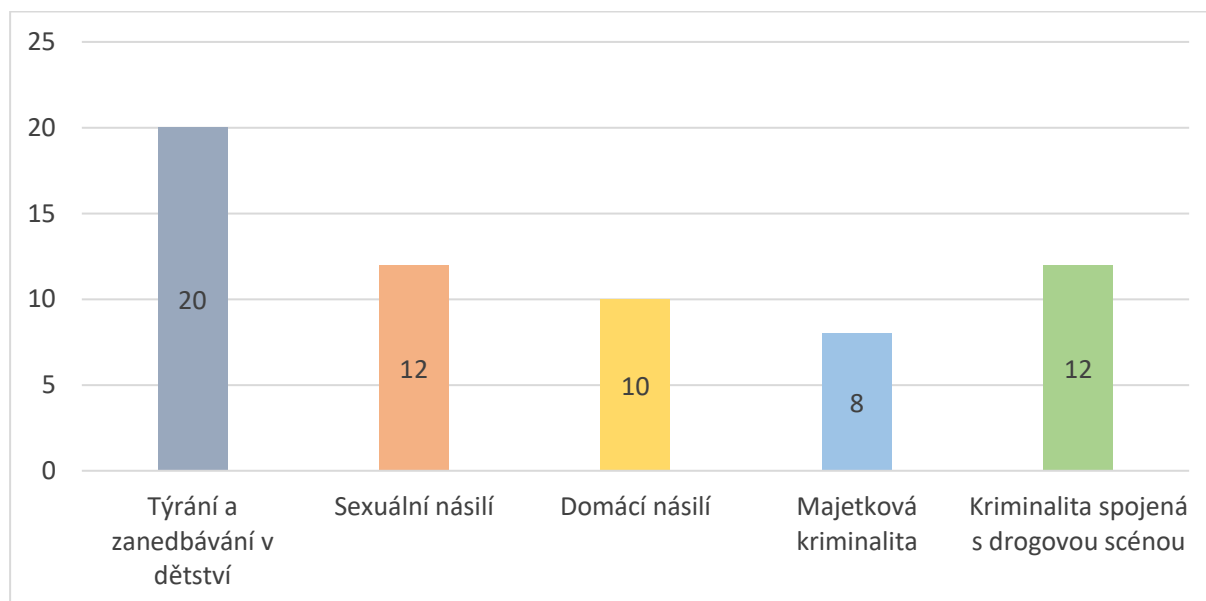
R11: „Já si myslím, že do jisté míry je to na každodenním pořádku. Že v nějaké formě to řešíme. Ta trestná činnost, já si myslím, že naše pacientky se s tím setkaly vlastně minimálně jednou asi každá.“

R6: „Já myslím, že to bude víc než 70 % a ještě si troufnu říct, že těch zbylých 30 % bude neotevřených, nepopsaných.“

R19: „Tam by asi záleželo, co všechno do toho patří, pokud bychom řekli, že obecně klienti mají za téma nebo mluví o tom, že byli někdy oběti nějaké trestné činnosti, tak bych řekl, že většina, je to typické pro tu klientelu v různé podobě.“

Zkušenosti s viktimizací se týkají širokého spektra trestných činů. Graf 1 znázorňuje četnost zmínek jednotlivých typů trestné činnosti páchané na klientech, jak je identifikovali respondenti. Nejčastěji uváděným problémem je týrání a zanedbávání v dětství, následované sexuálním násilím a kriminalitou spojenou s drogovou scénou. Další významné oblasti zahrnují domácí násilí a majetkovou kriminalitu.

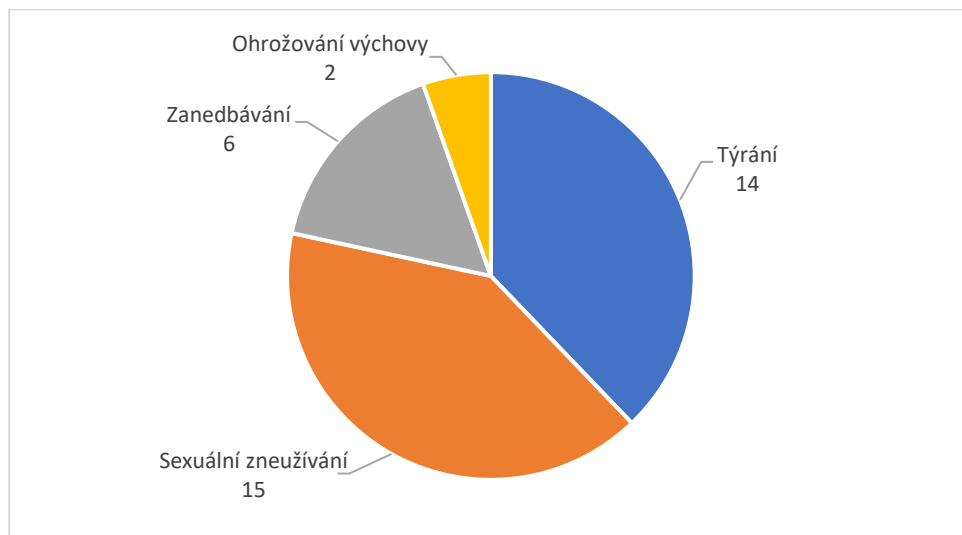
Graf 1: Formy trestné činnosti páchané na klientech



Týrání a zanedbávání v dětství

Mnoho respondentů uvádí, že významný podíl klientů má zkušenosti s týráním, zneužíváním, zanedbáváním nebo ohrožováním výchovy v dětství. Graf 2 znázorňuje, že týrání a sexuální zneužívání jsou nejčastěji zmiňovanými typy násilí, následované zanedbáváním a ohrožováním výchovy.

Graf 2: Formy viktimizace v dětství páchané na klientech



Běžné jsou případy fyzického a psychického týrání rodiči nebo pečovateli, často v rodinách s výskytem závislostního chování. Časté jsou i případy sexuálního zneužívání, zejména u dívek, a to ze strany rodinných příslušníků nebo osob z širšího okruhu známých či zcela neznámých osob. Mnoho pacientů zažilo také zanedbávání základní péče či emoční podpory. Zkušenosti s různými formami násilí a zneužívání v dětství často uvádějí pacienti, kteří vyrůstali v prostředí ústavní výchovy.

R6: „Násilí a nějaké psychické týrání v dětství, tam si myslím, že by to byla jednoznačná jednička.“

R19: „Zabýváme se často, co se týče dětství a takové té rodinné problematiky, tak týrání, zneužívání a zanedbávání je časté. Ne snad úplně, že by to bylo ve všech 100 procentech případů, ale bývá to pravidelně, že ti klienti jsou z neutěšených rodinných poměrů a tam i v rámci toho, že ti jejich rodiče to nezvládají, tak tam dochází k těmhle věcem.“

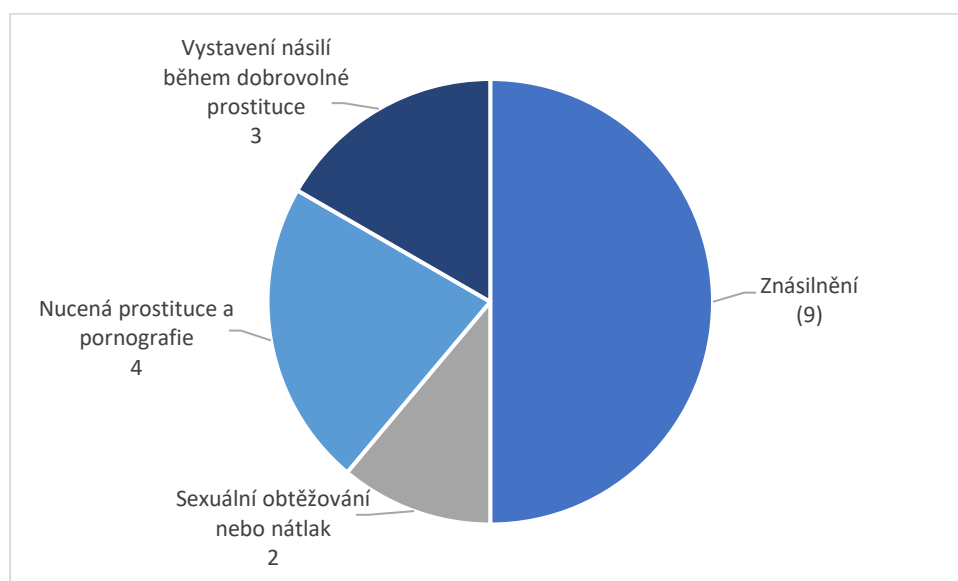
R9: „Často ta viktimizace je už v dětství, kdy jsou vychovávaní třeba rodiči, kteří sami užívali. To znamená, že tam je nějaké zanedbávání, často je tam psychické násilí, fyzické násilí, často znásilnění. Ne úplně často ze strany těch rodičů, ale ze strany nějakých třeba profesorů, ze strany nějakých úplně neznámých osob nebo nějakých strýčků a podobně.“

Sexuální násilí

Zkušenosti se sexuálním násilím jsou mezi klienty velmi časté, zejména u žen. U mužů je tato forma viktimizace méně častá, ale také přítomná. Graf 3 ukazuje, že znásilnění je nejčastěji

zmiňovanou formou sexuálního násilí, následovanou nucenou prostitucí a pornografií, vystavením násilí během dobrovolné prostituce a sexuálním obtěžováním nebo nátlakem.

Graf 3: Formy sexuálního násilí páchaného na klientech



Respondenti uvádějí, že mnoho klientek zažilo znásilnění či sexuální obtěžování nebo nátlak, a to jak v dětství, tak v dospělosti. Toto sexuální násilí je pácháno jak známými osobami, například partnery nebo členy rodiny, tak i zcela cizími osobami, které klienti potkali v různých kontextech, například na veřejných místech. Některé ženy se stávají oběťmi nucené prostituce nebo pornografie. V některých případech jsou ženy nuceny k sexuálním aktivitám výměnou za drogy nebo peníze. Klientky se zapojují také do dobrovolné prostituce, kde jsou ve zvýšené míře vystaveny násilí ze strany zákazníků. U mužů je prostituce méně častá.

R24: „Spíš je to velké téma u dívek, a tam se jedná o sexuální zneužívání, nějaká prostituce, pornografie. Setkávají se s tím velmi brzo, tam narážíme na ten věk, kdy první zkušenosti s nějakým tím zneužíváním jsou kolem 10 let, tam jsou všelijaké možné kontakty, a taková ta špička těch 12–13 let, co jsem vyzoroval.“

R20: „Je to velmi časté a asi nejvýraznější a nejčastější je to u žen, kdy většina z nich byla někdy znásilněná.“

R19: „Pak z tohoto ohledu tu a tam se setkáváme s nějakou nucenou prostitucí, nejčastěji ženy. U mužů s tím zkušenost mám jenom malou, i když taky jsem se s tím setkal. A tam, kde ta prostituce není nucená, tak se ty ženy setkávají s násilím samozřejmě ze strany těch pasáků nebo zákazníků.“

Domácí násilí

Domácí násilí je další formou viktimizace, která se u klientů vyskytuje ve významné míře. Mnoho klientů vyrůstalo v prostředí, kde byli svědky nebo oběťmi domácího násilí. Toto násilí často zahrnovalo fyzické napadení a psychické týrání. U dospělých osob se domácí násilí projevuje zejména ve vztazích s partnery, kde může rovněž nabývat různých forem, zahrnujících fyzické, psychické i sexuální násilí. V pozici oběti partnerského domácího násilí

převažují ženy, ale tento jev se vyskytuje i u mužů. Ženy často uvádí fyzické napadení a psychické týrání ze strany partnerů, které může představovat jeden z faktorů ovlivňujících rozvoj závislostí. V souvislosti s domácím násilím se může vyskytovat také stalking.

R19: „*Pak se setkáváme, co se týče toho zneužívání anebo podobných záležitostí, tak velmi často s nějakým násilím ve vztazích, to znamená nějaké domácí násilí včetně sexuálního.*“

R15: „*Nejčastěji domácí násilí. Většinou to jsou ženy dospělé, mající rodiny. Bud' brachiální násilí klasické, že mají doma alkoholika. Nebo i psychické. Nebo ženy, které jsou v rozvodu, tak různé vydírání skrze tu závislost, kdy ony se neumí bránit. Vydírání, že přijdou o děti, že jsou to alkoholičky a že jim ty děti nikdo nedá.*“

R3: „*Ted' si vzpomínám zrovna nedávno tady byl jeden pán, který byl opravdu týraný svojí manželkou a myslím si, že za těch 9 let, co já tady pracuju, tady byly třeba tři, kteří to přiznali.*“

Majetková trestná činnost

Majetkové delikty jsou mezi osobami závislými na návykových látkách častým jevem. Klienti se nejčastěji stávají obětmi krádeží, loupeží či finančních podvodů. Tyto trestné činy jsou často úzce provázány se závislostním chováním a nestabilními podmínkami bydlení, které v kontextu bezdomovectví vedou ke zvýšené zranitelnosti vůči tomuto druhu trestné činnosti. V některých případech byli klienti okradeni i svými blízkými, např. manželkou.

R22: „*A co je asi hodně časté, ale moc se o tom nemluví, tak je nějaký druh toho, že ti klienti se mezi sebou různě okrádají, ale oni to vlastně neprezentují jako nějakou škodu, která by se jim stala, protože to je běžná součást toho závislého života.*“

R6: „*Pak spíš potom u těch uživatelů, kteří skončí na ulici, tak tam je to násilí, že je někdo okrade a tak dále.*“

R2: „*V rámci toho, když už byli třeba v pokročilejší závislosti samozřejmě, tak nějaké okradení nějakým způsobem. Ted' jsem se setkala s tím, to je zrovna aktuální, že bývalá manželka okradla našeho pacienta o strašně moc nemovitostí. Opravdu i majetkové trestné činnosti to jsou.*“

Kriminalita spojená s drogovou scénou

Kriminalita spojená s drogovou scénou je běžná mezi lidmi, kteří trpí závislostí na nelegálních návykových látkách. Drogová scéna je charakterizována vysokou mírou násilí a kriminality; mnoho uživatelů drog se stává obětmi trestné činnosti, ale často i pachateli těchto trestných činů. Zejména uživatelé drog, kteří se ocitnou bez domova, jsou často vystaveni trestné činnosti. Spadá sem oblast fyzického násilí, jako jsou napadení, přepadení, rvačky a loupežné přepadení, mnohdy spojené s konflikty v drogové komunitě. Časté jsou rovněž případy majetkové trestné činnosti, kdy jsou klienti okradeni během své drogové kariéry. Konflikty mezi užívajícími partnery jsou eskalovány drogami, což vede k domácímu násilí a dalším trestným činům. Ženy často čelí sexuálnímu násilí, ať už ze strany partnerů, jiných uživatelů, pasáků nebo během prostituce. Zapojení do obchodu s drogami vystavuje tyto osoby život ohrožujícím situacím, kdy se stávají obětmi trestných činů, jako je omezování osobní svobody či pokus o vraždu.

R12: „*Nejčastěji takhle co se s tím setkávám, tak se to stává právě při aktivním užívání, kdy bývají okradeni, zmláceni, znásilněni.*“

R19: „Pak je násilí na té drogové scéně, jako rvačky, přepadení, loupežné přepadení a tam je to, řekl bych, na obě strany, že jsou často ti klienti pachatelé i oběti.“

R15: „I v cizině, třeba, když se zapojili do dealování drog, kdy jim šlo opravdu o život a nesou si s sebou známky posttraumatické stresové poruchy. Samozřejmě oni páchali, ale pak byli obětí trestných činů jako omezování osobní svobody, ohrožení života, pokus o vraždu.“

Překrytí role oběti a pachatele

U uživatelů návykových látek je často pozorováno překrytí role oběti a pachatele, kdy mnoho jedinců je současně obětmi i pachateli trestných činů. Vysoká prevalence tohoto fenoménu je způsobena pohybem v nebezpečných prostředích, zranitelností spojenou s užíváním návykových látek a současně pácháním kriminální činnosti jakožto strategie přežití v souvislosti s rozvojem závislosti. Zejména uživatelé návykových látek, kteří jsou zároveň osobami bez domova, jsou vystaveni vysokému riziku násilí a kriminálního chování, zároveň se však sami dopouštějí trestné činnosti. Mnoho trestných činů je spácháno pod vlivem návykových látek, kdy v důsledku závislosti často dochází ke snížení morálních a sociálních zábran. Trestná činnost se tak stává běžnou součástí života závislých osob, zejména ve smyslu drogové závislosti na nelegálních návykových látkách.

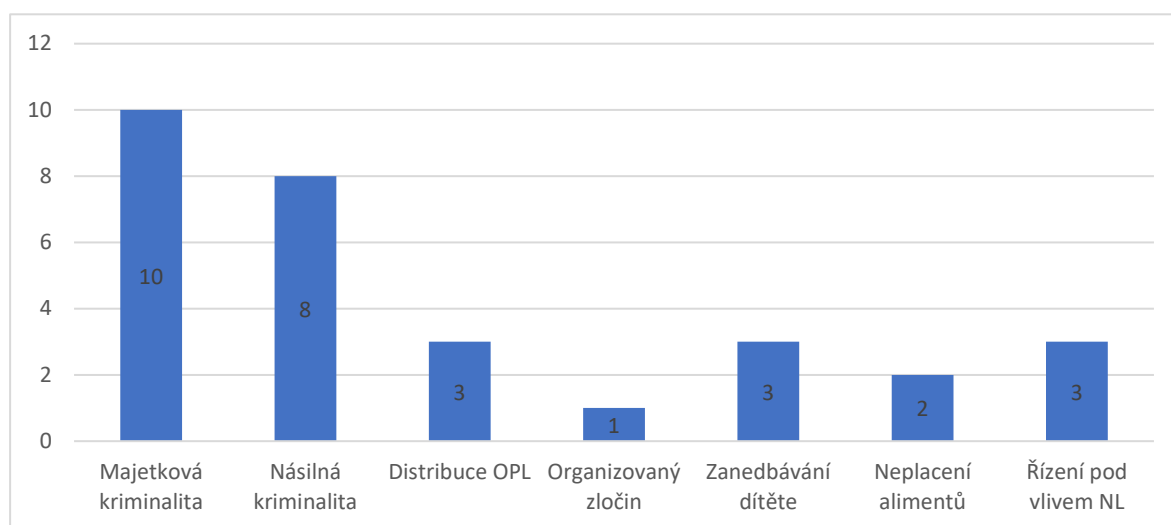
R6: „Ti, co jsou na ulici, tak běžně krádeže, ať už teda krádeže v obchodáku nebo okradou kamaráda, který zase potom okrade je a podobně. Čili tam vlastně i to násilí může být přelévající se z jedné na druhou stranu.“

R4: „Samozřejmě ono užíváním návykových látek ty morální, sociální a všechny nějaké vyšší city a hodnoty mizí, nebo minimálně nejsou natolik intenzivní a tím pádem je to pro toho člověka jednak v uvozovkách snazší ve smyslu, že už tam ty zábrany nejsou, a druhá věc je ta, že pokud ta závislost opravdu dosáhne těžkých rozměrů, tak ten člověk pro tu drogu udělá vlastně cokoli, takže klidně se i dostane do pozice člověka, který má nakonec nějakou oběť.“

R16: „U nás se hlavně setkáváme, že jsou to spíš pachatelé trestných činů. Samozřejmě může to být v důsledku nějaké debaklové životní situace, která nastává, může to být v důsledku nějakého sociálního selhávání, které jde ruku v ruce s tou problematikou závislosti.“

Graf 4 znázorňuje nejčastěji zmiňované typy trestné činnosti páchané klienty. Respondenti jako nejčastější formy uvedli majetkovou kriminalitu a násilnou trestnou činnost. Další zmiňované trestné činy zahrnují distribuci omamných a psychotropních látek, organizovaný zločin, zanedbávání dítěte, neplacení alimentů a řízení pod vlivem návykových látek.

Graf 4: Formy kriminálního chování páchaného klienty



Typickými majetkovými trestnými činy páchanými uživateli návykových látek jsou krádeže, loupeže, podvody, zpronevěry nebo lichva. Osoby se závislostí často vede k páchaní trestné činnosti nutnost získání finančních prostředků na nákup návykových látek nebo financování účasti v hazardní hře, zajištění základních potřeb, obecná finanční tíseň nebo tlak rodinných příslušníků, např. ze strany partnera. Mezi nejčastěji páchané násilné trestné činy patří fyzické napadení a rvačky, ublížení na zdraví, napadení veřejného činitele či sexuální násilí. Častým jevem je domácí násilí v partnerských vztazích, které je často eskalováno užíváním drog či alkoholu, přičemž uživatelé drog mohou být jak pachateli, tak oběťmi těchto činů. Popisovány jsou rovněž případy zapojení klientů do výroby a distribuce nelegálních návykových látek a organizovaného zločinu.

R1: „Pak je časté takové ty různé podvody nebo lichva, oni prostě nemají peníze, jsou opilí, honem rychle hledají, protože na ně doma začne tlačit manželka, protože potřebuje platit hypotéku a tak dál. Občas je tam tedy nějaký podvod, nějaká lichva.“

R9: „A určitě v těch partnerských vztazích tam bývá ta role i obrácená. Třeba v těch párech, kdy oba užívají, tak si myslím, že to je tak půl na půl, že tam je i to psychické násilí i to fyzické násilí, i od žen i od mužů, pokud jsou to teda heterosexuální páry.“

R10: „Měli jsme tady i klienty, kteří byli součástí takové té války podsvětí, co jsou už takové ty mafie, únosy žen, nucení k prostituci.“

Násilí, zejména u mužů, je často spojeno s agresivním chováním pramenícím z traumatických událostí v dětství, jako je zanedbávání, týrání nebo zneužívání, jež mohou vést ke kriminálnímu chování v dospělosti. Pacienti pocházející z ústavní výchovy často vykazují specifické zkušenosti s násilím a kriminalitou, přičemž vyrůstání v ústavních podmínkách může být rizikovější ve vztahu k páchaní trestné činnosti i pravděpodobnosti stát se obětí trestného činu. Významný je fenomén transgeneračního přenosu násilí, kdy uživatelé drog, kteří zažili násilí v různých formách, mohou tyto vzorce chování přenášet na další generace, což vede k opakování cyklů násilí a kriminality. Lidé, kteří byli svědky nebo oběťmi domácího násilí

v primární rodině, mohou vykazovat agresivní chování v dospělosti, a to jak v osobních vztazích, tak v kriminálním prostředí.

R7: „*Setkáváme se i (s týráním v dětství) u mužů, kde je to taky často, hlavně teda když oni potom mají problémy třeba s agresí v dospělosti nebo nějaké trestní přestupky. Hodně se potýkají s tím, že když k nám jdou, že mají třeba trest za ublížení na zdraví nebo nějaké problémy odebrání dětí, s následkem třeba nějaké agrese v té domácnosti. Tak potom, když se dopátráme, tak tam je i už agrese a nějaké týrání v dětství.*“

R21: „*Vybavuju si klientku, která prostituovala, taky jako dítě procházela několik let sexuálním zneužíváním ze strany otčíma a postupně se dostala do pozice, kdy se do ní pasák zamiloval a vlastně potom ty holky pásla ona a měla nad nima velikou moc a ona už nemusela. Nebo šikanovaný kluk vlastně potom v komunitě se choval velmi podobně jako ti šikanátoři vůči němu. Ze strachu, aby se mu to nedělo, tak se začal chovat podobně.*“

Méně často respondenty uváděné trestné činy souvisí s negativními dopady závislosti na schopnost jedinců plnit zákonné a sociální povinnosti, které mohou vést k různým dalším formám trestné činnosti. Častý jev mezi osobami se závislostí představuje neplacení alimentů či zanedbávání péče o dítě. Řízení pod vlivem návykové látky je rovněž rozšířeným problémem, zejména u alkoholové závislosti, často vedoucí k dopravním nehodám, odebrání řidičských průkazů a dalším právním problémům.

R11: „*U alkoholu se s tím setkáváme málokdy, že by páchali nějaké trestné činy. Je pravda, že tam může být potom zanedbávání dětí, u toho alkoholu, což podle zákona je taky trestný čin.*“

R13: „*Většinou je to nějaká majetková trestní činnost, že něco někde ukradnou nebo neplatí alimenty a podobně. Majetkové nebo neplacení alimentů opakovaně.*“

R14: „*Co tam mají často, prostě řízení pod vlivem, odebrané řidičské průkazy a někdy i tu nehodu pod vlivem. Často, co je dovede do léčby, je třeba odebrání toho řidičáku.*“

Souvislosti viktimizace a charakteristik primární rodiny, viktimizace v dospělosti

Dětství osob, které se potýkají se závislostí, je často charakterizováno traumatickými zážitky a nepříznivým rodinným prostředím. Mnoho pacientů vyrůstá v dysfunkčních rodinách s chybějícím rodičem či rodičem se závislostí nebo s jiným duševním onemocněním. Klienti často pocházejí z rodin, kde jeden nebo oba rodiče trpěli závislostí, což následně vedlo k mezigeneračnímu cyklu závislosti a rané expozici těmto látkám skrze rodiče. Závislostní chování rodičů často vedlo k zanedbávání péče, týrání a domácímu násilí.

R23: „*Že se hodně ti naši klienti rekrutují právě z nějakého toho nezdravého prostředí, kde třeba v minulosti bylo právě třeba užívání drog nebo něco takového, pořád je aktuální. Že vlastně neměli moc možností naučit se něčemu jinému v těch rodinách původních.*“

R3: „*Mi přijde, že většina těch chlapů, co se k nám dostanou, tak měli, a to bych klidně řekla opravdu 80 % z nich, mělo nepřítomného otce anebo otce alkoholika, takže tam docházelo u hodně z nich k nějakému domácímu násilí, ať už byli svědky domácího násilí mezi otcem a matkou a je nikdo nemlátil, ale samozřejmě jsou tady i pacienti, kteří byli mlácení taky, a to si myslím, že je třeba taková půlka z těch 80 %.*“

R19: „*Setkáváme se s takovými bizarnostmi, že třeba klient v 10 letech asistuje matce při injekční aplikaci nebo že dochází k nějakému opravdu brutálnímu týrání, že těm dětem je odepíráno jídlo nebo jsou někam zavírané. Když je nějaká duševní nemoc v rodině, tak ty děti jsou tomu taky vystavené, matka nutí dceru, aby jí asistovala při sebevraždě a podobně.*“

Velká část pacientů zažívá viktimizaci už v dětství, kdy jsou násilí vystaveni buď jako přímé oběti, nebo byli svědky násilí mezi rodiči. Děti rovněž bývají svědky páchaní trestné činnosti rodiči, případně jsou děti rodiči zapojováni do kriminálních aktivit, jako je výroba a distribuce drog. U významného podílu závislých osob v primární rodině nalézáme problémy výchovného rázu, ačkoliv nemusí dosahovat závažnosti trestné činnosti. Rodinné prostředí těchto osob je často charakterizováno praktikováním přísné výchovy a používáním nepřiměřených trestů. Mnohdy také dochází k různým formám zanedbávání dětí, kdy v rodinách chybí podpora, emoční zabezpečení a zájem ze strany rodičů.

R11: „*Bud' teda v tom dětství, že byly, a možná ne asi úplně oběti, ale byly přítomné jako děti svých rodičů nějakým takovým trestným činům. Mám pocit, že každá z nich má nějakou zkušenost podobného rázu.*“

R23: „*Ted' přibývají i případy, kdy si na ně rodiče půjčovali peníze a oni ted' vlastně jsou pod exekucí, nebo určitě užívání drog společně, že rodiče je do toho zasvětili, nebo zatáhli, nebo dokonce i zasvětili do výroby. Hlavně je to u toho pervitinu patrné, kdy často bývají ti rodiče dlouhodobí uživatelé, tak často sami vaří a pak do té distribuce, je posílají to prodat někam, nebo je učí taky vařit.*“

R20: „*Za mě klient jakoby v uvozovkách z normální rodiny, kde je podporovaný, rozvíjený, kde o něho mají zájem a je dostatečně emočně saturovaný, je výjimka. Takže prakticky bych řekl u hrubě přes 90 % lidí vlastně nacházíme v těch primárních rodinách něco, co není v pořádku. Nevím, do jaké míry bych odhadl, že se jednalo opravdu o trestnou činnost anebo třeba jenom o činnost, která není trestná, ale není pro výchovu dobrá.*“

Viktimizace a traumatické zážitky z dětství mají hluboký dopad na psychický a emocionální vývoj a dlouhodobý vliv na osobnost a chování v dospělosti, obzvláště pokud se dítě vyvíjelo v rodině s výskytem závislostního chování. Raná traumata mají významný dopad na psychické zdraví a zvyšují riziko závislosti, kdy mnoho klientů začalo užívat drogy nebo alkohol jako způsob, jak se vyrovnat s traumatem z dětství. Klienti, kteří byli v dětství svědky nebo oběťmi násilí, často přebírají násilné vzorce chování a v dospělosti vykazují zvýšené riziko viktimizace i násilného chování, včetně partnerského násilí. Tito pacienti také častěji zažívají bezdomovectví nebo se zapojují do kriminálních aktivit, jež mohou vést k opakované viktimizaci. Klienti, kteří v dětství zažili zanedbávání nebo násilí, často vykazují obtíže s důvěrou a navazováním a udržováním zdravých mezilidských vztahů. Oběti násilí v dětském věku mají zvýšenou tendenci setrvávat v násilných vztazích i v dospělosti. Například ženy, které byly v dětství sexuálně zneužívány, často zažívají pokračující sexuální viktimizaci v kontextu drogové závislosti.

R8: „*Ono v tom dětství tam to většinou začíná, takže tam nějaký problém vznikne, ten se potom rozvíjí dál. A potom pokud už to ten člověk třeba má nějak osobnostně v sobě, tak se to pak*

dokáže prolínat i do té dospělosti. Na tu osobnost se to propíše, že třeba mají zajetý nějaký předpoklad, že takhle by se s nimi mělo jednat, že vlastně to je normální.“

R11: „V těch závislostních rodinách se to (trestná činnost) vyskytuje častěji a ty následky na toho pacienta jsou dalekosáhlejší, než když řešíme tento čin u relativně bezzávislostních rodičů. Většinou ti lidi, kteří prožívali v dětství tyto zkušenosti, u nich vnímám vyšší pravděpodobnost, že to budou dělat a prožívat sami v té dospělosti.“

R21: „Jsem přesvědčená, že jde fakt o dětství a že ta drogová kariéra tomu potom akorát už jde naproti, k té retraumatizaci znovu a znovu. Měli jsme třeba klientku, kterou máma fakt prodávала od malička, tak v okamžiku, kdy byla plnoletá, začala natáčet různé videa, prodávat to a tak, na základě zdánlivě svého rozhodnutí.“

Viktimizace pokračuje i v dospělosti, zejména v kontextu bezdomovectví nebo v pokročilých fázích závislosti. I přesto, že viktimizace mnohdy začíná již v raných letech života, její vrchol je spojen s obdobím aktivního užívání drog, kde je riziko viktimizace nejvyšší. Někteří uživatelé drog se setkávají s viktimizací až po zahájení užívání návykových látek, kdy jsou uvedeni do drogového prostředí, i bez předchozí historie viktimizace v dětství.

R12: „Určitě si myslím, že tam jsou i věci dětství, kdy může být nějaké týrání nebo šikana, ať už je to ve škole nebo od rodičů, ale myslím si, že největší takový jakoby peak té křivky, tak je spojený s tím užíváním. Když si představím tu křivku, tak by to šlo nahoru a myslím, že tam se to nejvíce kumuluje.“

R13: „To sexuální znásilnění většinou se váže k té drogové kariéře. Byly tady ale i ženy, starší, které mluvily o tom, že třeba vyrůstaly v dětském domově a bylo tam sexuální násilí nebo obtěžování, ale spíš mám pocit, že to jde na vrub toho pozdějšího věku, ne úplně toho dětského. Častokrát ženy se setkávají i s tím, že jsou často psychicky nebo fyzicky týrané, protože jsou v patologických vztazích, buďto s toxiky nebo kriminálníky.“

Charakter viktimizace pacientů/klientů z hlediska typu závislosti

Uživatelé alkoholu, nelegálních drog, psychoaktivních léků a osoby s nelátkovými závislostmi často sdílejí podobné zkušenosti s viktimizací, zejména v období dětství, kde nalézáme znaky trestné činnosti u osob s rozličnými typy závislosti. Viktimizace často začíná v dětství, kdy jsou jedinci vystaveni různým formám násilí a zneužívání, což je činí náchylnějšími k dalším formám viktimizace v dospělosti. Tento vzorec je patrný napříč všemi typy závislostí. Nicméně intenzita a formy viktimizace se mohou lišit v závislosti na specifickém druhu závislosti a prostředí, ve kterém se jedinci pohybují. Charakter viktimizace pacientů výrazně závisí na prostředí a kontextu, ve kterém jedinci vyrůstají nebo se pohybují během aktivního užívání, kdy například uživatelé nelegálních drog častěji sestupují do nelegálního prostředí, což výrazně zvyšuje riziko jejich viktimizace.

R8: „To já bych asi neřekl, že to je doména nějaké té látky, spíš toho prostředí, ve kterém se ten člověk pohybuje. Pokud se člověk pohybuje v nějakém pervitinovém prostředí, tak je to víc pojené s nějakou nelegální činností, tudíž tam asi bude spíš vazba na to prostředí, ani ne tak jako na ten pervitin nebo ten alkohol.“

R20: „Obecně si myslím, že to, s čím se ti lidi setkají před vznikem té závislosti, je podobné a není v tom žádný rozdíl. A to, s čím se setkávají při té realizaci té závislosti, tak v tom rozdíl je, protože klasický perníkář vlastně buď sám vaří drogy, vyrábí anebo je nabalený na nějakou distribuční síť a v té distribuční síti vládne nějaké kápo a ti lidi jsou mu do jisté míry povinováni nějakou poslušností a ten člověk si nějakou trestnou činností tu poslušnost vynucuje.“

Alkohol

Uživatelé alkoholu jsou obecně vystaveni nižšímu riziku viktimizace ve srovnání s uživateli nelegálních návykových látek. Mnohdy jsou schopni fungovat v relativní společenské normě, včetně chození do zaměstnání, na rozdíl od uživatelů nelegálních látek, kteří se rychleji ocitají v nelegálním prostředí. Viktimizace i páchaní trestné činnosti mezi osobami se závislostí na alkoholu je často spojena s fyzickým násilím a agresí, zejména v partnerských vztazích. Tito klienti často zažívají násilí v rodině nebo v širším okruhu osob, které může zahrnovat bitky a útoky, často v kontextu pouličních nebo hospodských rvaček. Také se setkávají s krádežemi nebo jinými formami napadení, zejména v souvislosti s bezdomovectvím. V dětství může být výskyt násilí méně výrazný ve srovnání s uživateli nelegálních drog.

R9: „Občas ta klientela těch alkoholiků, kteří třeba měli klasické dětství, tak u těch třeba ta viktimizace si myslím, že je menší, ale u těch uživatelů nějakých jiných návykových látek, tak je to vlastně u většiny z nich. A u alkoholu, tam to budou spíš takové ty bitky, protože z hlediska chování ten alkohol je docela výrazný, výrazně ovlivňuje sklony k agresivitě a tam spíš takové ty pouliční rvačky, nebo nějaké hospodské rvačky a podobně. Nebo nějaké úrazy třeba.“

R19: „Umím si představit, že pokud je v tom vztahu partnerském závislost na alkoholu, že tam možná dochází k tomu fyzickému násilí častěji, než když je to třeba u toho pervitinu. Umím si představit, že na tom alkoholu při té intoxikaci může docházet k násilí víc než během běžné intoxikace na pervitinu.“

R20: „Co se týče těch alkoholiků, tak tam oni se samozřejmě chovají trošku jinak, nepohybují se v těch organizovaných strukturách a zpravidla oni sami se živí trestnou činností, aby na ten alkohol měli a spousta z nich při tom třeba ještě pracuje. Tam si myslím, že asi je to i nižší, ta trestná činnost páchaná na nich. A případně jsou to, že je někdo okrade, nebo zbije třeba, ale je to dané tím charakterem toho způsobu života, který to s sebou nese.“

Nelegální návykové látky

Uživatelé nelegálních drog, jako je pervitin a heroin, jsou často vystaveni vysoké míře viktimizace, která zahrnuje kriminální činnost a násilí v komunitách uživatelů. Vyšší míra viktimizace je patrná také v období dětství. Respondenti zdůrazňují, že uživatelé nelegálních drog čelí širšímu spektru násilí a zneužívání, zahrnující například sexuální zneužívání, znásilnění a nucenou prostituci, zejména u žen. Uživatelé nelegálních návykových látek vykazují výraznější osobnostní změny v důsledku závislosti a často se pohybují v prostředí charakterizovaném vysokou mírou nelegálních aktivit, jež výrazně zvyšují riziko jejich viktimizace i páchaní trestné činnosti. Viktimizace se může projevit různými formami násilí, včetně fyzického napadení a majetkové kriminality, které jsou často součástí širšího kriminálního prostředí.

R9: „Třeba u pervitinu, tak tam to násilí je hodně časté, hlavně teda mezi lidmi, kteří se znají, to znamená nějakí partneři nebo kamarádi, nebo v nějaké té partičce, která společně užívá.“

R20: „Co se týče holek perníkářek, tak ty se buď samy prodávají anebo jejich takový největší cíl nebo takové terno v té době aktivní závislosti je mít partnera, který vaří a samozřejmě to je v podstatě skoro až jeho otrokyně, že on vlastně si s ní dělá co chce, protože ji dokáže skrz přísun těch drog naprosto ovládat.“

R22: „U uživatelů těch nelegálních látek dost rychle a mnohem významněji dochází k tomu, že sestupují do takové té přinejlepším šedé zóny anebo opravdu rovnou do té úplné illegality a pohybují se v tom nelegálním prostředí a tam je ta viktimizace tak prosáklá, ta trestná činnost všelijaká a oni se na ní natolik podílejí a jsou zároveň její součástí, i její obětí, i jejím pachatelem, výrazně častěji než uživatelé alkoholici.“

Psychoaktivní léky

Viktimizace mezi uživateli psychoaktivních léků, jako jsou opiátové léky nebo benzodiazepiny, není tak výrazná jako u osob závislých na alkoholu nebo nelegálních drogách. Tito pacienti často fungují v relativně stabilním rodinném prostředí a bývají zaměstnaní, což snižuje jejich expozici kriminálnímu prostředí a násilí. Tento typ závislosti může ale způsobovat výrazné psychické problémy, které přispívají k vulnerabilitě pacientů vůči různým formám zneužívání a násilí.

R6: „Občas tu máme nějaké tramalisty, tak tam je o asi trošičku jiné. Určitě tam je, že se s tím setkali v dětství, nicméně potom v té dospělosti oni na těch tramalech více fungují, více žijí v rodinách a někdy mají i zaměstnaní, takže tam je to možná trošičku nižší z tohoto hlediska.“

Nelátkové závislosti

Viktimizace je mezi pacienty s nelátkovými závislostmi, jako je gambling, méně častá, což může být důsledkem odlišné dynamiky závislostního chování a prostředí, ve kterém se pohybují. Zapojení osob se závislostí na hazardu do trestné činnosti je primárně spojeno s pozicí pachatele, kdy dochází k páchání kriminálních aktivit za účelem uspokojení závislosti, zejména v oblasti majetkové trestné činnosti. Na rozdíl od uživatelů nelegálních návykových látek nejsou gamblers tak často vystaveni násilí a deprivaci v dětství, kdy vyrůstají v poměrně stabilním rodinném prostředí.

R13: „U těch gamblerů je to opravdu málokdy. Oni jsou většinou ti, kteří páchají tu majetkovou trestnou činnost, takže oni jsou pak ti kriminálníci, kteří ji páchají. U těch gamblerů je to zřídka, že třeba táta byl ve vězení, nebo že taky páchal nějakou trestnou činnost majetkovou, málokdy jsou deprivováni, většinou jsou z relativně normálního rodinného prostředí.“

Charakter viktimizace pacientů/klientů z hlediska pohlaví

Společným rysem pro obě pohlaví je vysoká prevalence násilí v dětství, což má dlouhodobé následky a zvyšuje riziko viktimizace v dospělosti. Závislí jedinci se také často v dospělosti, bez ohledu na pohlaví, pohybují v prostředí, které je vystavuje riziku další viktimizace, mnohdy v souvislosti s jejich závislostí.

R6: „*To násilí dětství, si myslím, že je tak asi plus mínus stejné, tam byl neřekl, že mezi muži či ženami by tam nějak byly rozdíly. A ty následky toho žití na ulici, čili okradení a podobně, tam si myslím taky, že to bude plus mínus nějak stejně.*“

Ženy jsou z hlediska frekvence vystaveny viktimizaci ve zvýšené míře, zejména domácímu násilí a sexuálnímu násilí. Domácí násilí zahrnuje fyzické i psychické útoky ze strany partnerů; v některých případech se ale role oběti a pachatele domácího násilí mohou prolínat, kdy dochází ke vzájemnému násilí páchaném z obou stran. Ženy jsou také výrazně častěji oběťmi sexuálního násilí a nucené prostituce, v dětství i v dospělosti, mnohdy ze strany rodinných příslušníků nebo partnerů. Ženy jsou rovněž často ekonomicky a emocionálně závislé na partnerech, kteří je vykořisťují prostřednictvím závislosti na návykových látkách. Respondenti upozorňují na přítomnost dvojího stigma u žen, které zažívají závislost. Ženy, zejména matky, čelí silnějšímu sociálnímu odsouzení a stigmatizaci ze strany rodiny a společnosti, kdy u žen je závislost považována za významně vážnější selhání než u mužů. V této souvislosti například v kontextu domácího násilí dochází k obviňování oběti, že svým chováním přispěly ke své viktimizaci a závislosti. Důsledkem těchto stigmatizujících postojů je internalizace viny vedoucí k hlubokému pocitu selhání a viny, který dále komplikuje léčebný proces.

R6: „*Samozřejmě pohlavní zneužívání je apriori u žen, i když tady taky máme klienta, který říkal, že byl zneužit, zase pod vlivem. Takže tam ženy jednoznačně vedou.*“

R19: „*Tam, kde jsou ženy víc oběti, tak je to domácí násilí a násilí ve vztazích, to bezpochyby. Je tam takový ten klasický model, kdy to má tu podobu, že třeba muž je vaříč pervitinu nebo dealer, a tak si kupuje ty svoje partnerky za ten pervitin, že tam dochází k nějakému jakoby vykořisťování přes ty drogy. Tak to si myslím, že je časté.*“

R15: „*Často je to to dvojité stigma, když jsou tady na léčbě, kór, když je to žena. Ještě furt je to stigma, ta společnost, ale i ti nejbližší je takto vnímají. Ten chlap může chlastat, ale žena matka, jéžiš, a v léčbě. Nebo ty jsi si za to vlastně mohla sama a takové ty klišé, které člověk si říká, že už neexistují, ale oni fungují dál. Takže můžeš si za to sama, tím svým chováním sis to způsobila, a on na to měl právo vlastně ve finále. Na ženy se pak dívá víc než na ty partnery. Manžel chlastá, žena je v léčbě, tak kdo má problém.*“

Muži se častěji angažují v kriminální činnosti, mnohdy za účelem financování závislosti. V nižší míře jsou muži oběťmi fyzického násilí, ale mohou čelit emočnímu týrání v partnerských vztazích či v primární rodině. V dětství se objevuje ve vysoké míře přísná výchova spojená s nepřiměřenými tresty. Ačkoli méně častěji než u žen, muži mohou být také oběťmi sexuálního násilí, zejména v dětství v rodině nebo v prostředí ústavní výchovy, či v dospělosti v armádě či ve vězení, což je často tabuizováno. Muži jsou také využíváni v kriminálních aktivitách a často se ocitají v trestním řízení kvůli finančním podvodům a jiným formám vykořisťování. Muži obecně trestnou činnost páchanou na nich méně často sdílejí, ve srovnání se ženami.

R2: „*Víc na ženách určitě to násilí, to asi častěji. A u mužů třeba nějaké emoční týrání. Když už bychom šli opravdu do té terapie, tak to tam je taky, nějaký emoční nedostatek ze strany rodiny nebo matky, otce, babiček.*“

R23: „U žen se mnohem častěji setkáváme s nějakým sexuálním zneužíváním, často v nějaké širší rodině. Což u těch mužů ne, že by se to neobjevovalo, ale je to spíš výjimečné, nějaké třeba homosexuální nebo i zneužívání nějakými staršími ženami a podobně.“

R21: „Spíš muži o tom méně mluví, si myslím. Tam je velký stud, že jsem ten chlap a dopustil jsem tohle. A teď bych měl říct, že mě támhle znásilnil strejda, když mi bylo 8... U mužů se k tomu hůř dostává, že to tam je vlastně dušené, že něco se muselo dát, jakékoliv násilí.“

Trauma a důsledky viktimizace

Trauma v kontextu viktimizace je u klientů léčby závislosti běžné a má významný vliv na psychické zdraví a chování. Klienti často vykazují symptomy traumatu nebo posttraumatické stresové poruchy (PTSD), ačkoli tyto příznaky mnohdy nedosahují závažnosti formální diagnózy PTSD. U klientů s výraznějšími projevy PTSD není standardní léčebný režim závislosti obvykle indikovaný a je doporučována specializovaná terapeutická péče ke stabilizaci stavu. Celkově 5 respondentů odhaduje, že symptomy související s traumatem vykazuje většina klientů či téměř všichni, zatímco 2 respondenti uvádějí, že jde o menšinový problém.

R16: „Bývá to jednak u lidí, kde došlo třeba k nějaké tragédii, životní ztráta blízkého, a pak to bývá v důsledku třeba disharmonického manželství, kdy ti lidi kromě té problematiky závislosti splňují i diagnózu té posttraumatické stresové reakce. (...) I pro nás někdy obtížné vůbec zjistit, jestli ta léčba v tuhle chvíli je indikovaná, jestli by to nebylo spíše pro stabilizaci na nějakém jiném pracovišti a po úpravě toho stavu teprve jít k nám do té režimové léčby závislosti.“

R8: „Následek myslím, že si nesou téměř všichni, ale ne vždycky to nabývá do těch rozměrů, že bysme tomu dávali nálepku té posttraumatické stresové poruchy. Ale řekl bych, že u většiny z nich se to nějak promítne do toho fungování nebo přemýšlení o sobě, do sebehodnocení.“

R18: „Asi se příliš nesetkávám s lidmi, kde by se to označilo jako posttraumatická stresová porucha, ale to neznamená, že zážitky z dětství nejsou nějak významně ovlivnění a pokud by se tomu měla dát nějaká psychiatrická kategorie, tak by to byly spíš disociace.“

Trauma u klientů často vychází z viktimizace v dětství, zahrnující fyzické nebo emocionální týrání, zanedbávání či sexuální zneužívání. Trauma může být také spojeno s viktimizací v dospělosti, zejména u násilí v sexuální oblasti, partnerského násilí, nebo násilí spojeného s bezdomovectvím. Specifickou skupinu s častými symptomy traumatu tvoří váleční veteráni.

R19: „Co se týče těch věcí z dětství, tak to často má charakter traumatu, ať už je to opuštění, hrubé zanedbávání péče nebo násilí na těch dětech různé, včetně sexuálního. To znamená, že to pro ty klienty je aktuální, zasahuje jim do běžných vztahů, emočně je to poutá.“

R20: „Jsou to ženy, kde hodně hraje roli to sexuální násilí na nich v době, kdy byly ještě dětmi nebo mladými teenagery. Ale vyskytuje se to tady i u mužů, kteří byli hodně bití, trestaní anebo o které vůbec nebyl zájem, kteří se cítili navíc, kde se vždycky upřednostnil někdo jiný, kteří doma vlastně neměli své místo.“

R13: „Oni vykazují nejčastěji nějaké deprivantní vlivy, nějaké zanedbávání nebo výchovné vlivy. Nebo častokrát se ženy potkávají i s tím, že jsou psychicky nebo fyzicky týrané, protože jsou v patologických vztazích, v nefunkčních vztazích buďto s toxiky nebo kriminálníky.“

Klienti mají často potíže s navazováním a udržováním zdravých mezilidských vztahů; mohou být uzavření v komunikaci s ostatními. Fyziologické a behaviorální reakce zahrnují emoční nestabilitu, agresivní tendence nebo vyhublé chování. Trauma významně negativně zasahuje do sebehodnocení a důvěry vůči ostatním lidem. Objevuje se nedostupnost emocí a disociace, nespecifické pocity strachu a ohrožení v každodenním životě, narušená schopnost rozeznat míru nebezpečí a celkově zkreslené vnímání světa. Psychické symptomy zahrnují noční můry, flashbacky, poruchy spánku nebo útek do nemoci. Trauma může přispět k rozvoji duševního onemocnění, jako jsou poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, sociální fobie či agorafobie. Klienti si budují kompenzační strategie zvládání traumatu; mohou se uchýlovat k sebepoškozování nebo užívání návykových látek.

R22: „*Oni v nějakých situacích, které se blíží tomu, co znají, tak mají tendenci se chovat velmi křehce, reagovat nějak výbušně až agresivně, a pak vlastně se hroutit. V situacích, které se blíží tomu, co znali, nebo které identifikovali jako podobné tomu, co znali.*“

R10: „*Je to neustálý strach, který oni mají, nedokážou ho až tak specifikovat a ten strach je totálně zparalyzuje tak, že oni mají pocit, že nedokážou nic a nemůžou nic a nejsou schopni ničeho. Tam pak je ztráta sebedůvěry, víra v sebe sama někde jim uletí, takže si venku pomáhají tou zástupnou látkou, která jim na chvíli pomůže, ale končí to katastrofálně.*“

R19: „*Ono taky velmi často potom logicky ta kariéra toho užívání drog nebo alkoholu na to navazuje, že je to formou nějaké do jisté míry sebemedikace, nebo jim to pomáhá samozřejmě vypnout ty nepříjemné pocity, nějak odložit nebo líp zvládat.*“

3.6.2 Jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají?

Způsoby, jakými se pracovníci dozvídají o viktimizaci pacientů/klientů

Pracovníci v léčbě závislosti využívají kombinaci metod k získání informací o viktimizaci klientů, které umožňují terapeutům efektivně identifikovat a řešit viktimizaci klientů, což je klíčové pro jejich úspěšnou léčbu a rehabilitaci. Přístup ke klientům je individuální a založený na budování důvěry a bezpečného prostředí pro sdílení traumatických zážitků. Jednou z hlavních metod je přímé sdělení klientem. Klienti někdy sami sdělí svou minulost buď během vstupního indikačního pohovoru nebo během příjmu při sběru anamnézy či psychiatrickém vyšetření, nicméně touto cestou se pracovníci dozvídají o viktimizaci v malém množství případů. Někteří klienti sdělují své traumatické zážitky ihned ze začátku léčby, což je zvláště patrné u klientů s předchozími zkušenostmi s léčbou, kteří mohou tyto zážitky využívat s cílem upoutat pozornost terapeutů a získat jejich zájem nebo jako vysvětlení či omluvu závislostního chování. Pacientky, které prožily sexuální zneužívání nebo znásilnění, často tyto informace sdělují na začátku léčby, což může sloužit jako prostředek testování reakcí a citlivosti terapeutů.

R10: „*Oni vesměs to dávají na první místo, takže už vlastně když je přijímají, tak už tam u toho pohovoru, u té anamnézy, to říkají. U těch, co jsou v léčbě poněkolkáté, tak ti už se snad tím chlubí, to je něco, o co oni se můžou opřít, něco, co je omlouvá. To, že selhávají v životě je přece jasné, když si prošli tady tímhle tím, takže to je pro ně velká omluva.*“

R19: „*Časté to bývá třeba u klientek, které prožily nějaké sexuální zneužívání nebo znásilnění, tak mají potřebu o tom mluvit hned ze začátku a myslím si, že to je, protože si nějak testují, co my na to, jestli s tímhle problémem budou přijaté. Druhá možnost je taky, to se týká takových zchroničtělých klientů, kteří prošli různými zařízeními, že možná trošku usoudili, že pomáhající profesionálové mají rádi tu patologii a že nás zaujmou a získají pro sebe, když nám hned na začátku řeknou, jak to měli těžké a co všechno bizarního a ošklivého se jim v životě stalo.*“

Skupinové terapie a komunitní sezení jsou dalším významným zdrojem informací, protože podporují sdílení zkušeností a vzájemnou důvěru mezi klienty. Jednou z forem může být také malá skupina s omezeným počtu klientů. Klienti, kteří se necítí pohodlně mluvit ve skupině, mohou své zážitky sdělit během individuálních terapeutických sezení, která mohou sloužit k přípravě klienta na otevření tématu na skupině. Terénní terapie probíhající mimo prostředí léčebny umožňují neformální individuální rozhovory, které usnadňují navázání důvěry a přechod k citlivým tématům.

R23: „*Někdy to je až po těch několika měsících, když oni uvěří v tu skupinu anebo najdou tu odvalu. Je jedno takové pravidlo té terapeutické skupiny, na které my často odkazujeme, nemusíš terapii důvěřovat, ale využij možnost si to zkusit.*“

R8: „*Ještě co nám docela dobře funguje, tak jsou terénní terapie, kdy máme možnost a prostor bavit se s lidmi mimo léčebnu, chodíme s nimi tady do parku, takže to je takové míň formální. A vlastně v rámci takového přirozeného rozhovoru vlastně nějak se na to naváže, na něco se zeptáme a najednou jsme u toho tématu, člověk o tom začne mluvit.*“

Dalším důležitým zdrojem informací jsou písemné životopisy a deníky, které mohou obsahovat zmínky o viktimizaci. Tyto životopisy jsou využívány během příjmu i v průběhu léčby v rámci skupinové terapie, zejména v podobě tzv. životopisné skupiny. Pocitové deníky slouží jako prostředek komunikace mezi klienty a terapeuti, poskytující cenné informace o klientově minulosti. Externí zdroje, jako jsou propouštěcí zprávy z předchozích zařízení, policejní či soudní obsílky, doporučení k léčbě, rozhovory s rodinou či anamnéza od rodinných příslušníků mohou také poskytnout důležité detaily o minulých zkušenostech klientů. Informace o viktimizaci mohou vyjít najevo také prostřednictvím interakcí s policií nebo orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

R2: „*My tady máme jeden z terapeutických úkolů životopis, máme to formou grafu a tam přesně se dostáváme k těmhle věcem. Dozvídáme se to potom v té terapii, kdy ten životopis, v podstatě my tomu říkáme koberec, tak ten lze podstupovat maximálně do sedmého týdne v prvním stupni, čili do dvou měsíců je nejzazší doba, kdy bysme se o tom měli dozvědět.*“

R4: „*Zároveň pacientky nám píšou deník, který my čteme. Pro někoho je snazší psát, pro někoho je snazší mluvit, ale je to součástí té terapeutické práce. Oni, pokud pro někoho je problém třeba mluvit na skupině, tak oni mají možnost individuálních pohovorů.*“

R14: „*Často si vyžadujeme i od těch rodinných příslušníků, takzvanou objektivní anamnézu, abychom trochu měli pohled i z té druhé strany. Tak někdy i tam něco může zaznít.*“

Důvěra a vztah s terapeutem hrají klíčovou roli v otevřenosti klientů při sdílení zkušeností. Dalším faktorem jsou individuální rozdíly mezi klienty. Někteří klienti jsou schopni mluvit o své minulosti okamžitě, zatímco jiným může trvat měsíce, než se cítí dostatečně pohodlně a bezpečně k tomu, aby sdíleli své zážitky. Ženy bývají častěji otevřenější ve sdílení zkušeností s viktimizací, zatímco muži mohou mít tendenci tyto zážitky skrývat kvůli pocitům studu nebo narušenému sebepojetí. Někdy může ke sdílení těchto zkušeností dojít až ve fázi doléčování nebo v průběhu ambulantní péče.

R14: „*Oni pacienti v tom středním věku s tou problematikou závislosti na alkoholu moc nejsou zvyklí o sobě mluvit. Že až třeba trochu získají tu důvěru, tak toho řeknou víc. Tak někdy to třeba nemusí úplně zaznít na to začátku.*“

R21: „*Tak půl roku, 7 měsíců, bych řekla, je takový průměr, kdy se tu člověk zabydlí, rozkouká, začne vůbec uvažovat o tom, že by se otevřel a zkusil s důvěrou přinést něco takhle těžkého.*“

R3: „*Někteří (muži) z nich taky byli zneužívání, ale většinou o tom mluví potom na individuálu s námi, ale nejsou schopní o tom mluvit v té skupině. Myslím si, že o málo z nich se to dozvíme. A když se to dozvíme, tak je to vlastně jenom buď napsané v deníku, nebo oni odevzdávají, když vstupují do léčby, životopis anebo potom na té individuální terapii.*“

V léčbě závislosti zpravidla nejsou systematicky využívány specifické nástroje pro hodnocení viktimizace nebo souvisejících příznaků traumatu či PTSD, nicméně určité metody a postupy přispívají k identifikaci těchto problémů. V rámci komplexního vstupního posouzení a sběru anamnézy je zahrnuta oblast trestně právní problematiky či prožitých traumatických zážitků. Využívány jsou některé strukturované anamnestické dotazníky zahrnující otázky o osobní a rodinné historii, vztahové oblasti či traumatických zkušenostech. V práci s mladistvými je problematika viktimizace systematicky mapována již v procesu jednání se zájemcem pro

adekvátní přípravu plánu péče. V případě podezření na vážné psychické problémy spojené s minulými zážitky s viktimizací klienta psychologové a psychiatři provádějí podrobnější vyšetření. Multidisciplinární týmy pravidelně diskutují případy klientů na týmových poradách a supervizích, což umožňuje identifikaci a řešení problémů souvisejících s traumatem.

R22: „Sestavujeme s klienty anamnézu, kde jsou otázky, které s tím souvisejí nebo poskytují nějakou příležitost k tomu, aby ti klienti o téhle problematice mohli mluvit, ale není tam žádná část, která by byla specificky zaměřená na to, jestli byl klient obětí nějakého trestného činu.“

R20: „Každý klient, který přijde k nám, tak děláme anamnestický dotazník. Neděláme ho hned, počkáme 14 dní, 3 týdny až se trochu tady cítí v bezpečí, že si může dovolit se otevřít. (...) A jednou z otázek je taky prožítá traumata, psychické násilí, fyzické násilí. Potom je tam několik otázek na nějaké významné zlomové body v životě, na významné body v nukleární rodině.“

R24: „Při procesu jednání se zájemcem už se na to doptáváme. Je to standardní součást, ať víme, s čím můžeme počítat, zároveň připravujeme na to klienta, že s tím můžeme pracovat. Na nás se častokrát obrací OSPOD, policie právě v těchto věcech a pro nás je to lepší z toho pohledu, že už se na to dokážeme připravit a pracovat s tím klientem.“

Potřeby viktimizovaných pacientů/klientů v léčbě

Viktimizovaní klienti mohou v léčbě závislosti vykazovat určité specifické potřeby, které vyžadují individuální přístup a citlivé zacházení. Potřeby jednotlivých klientů jsou vysoce individuální a nemusí přímo souviset s jejich viktimizací. Respondenti zdůrazňují zejména vyšší potřebu bezpečí a získání důvěry, kdy vytvoření bezpečného prostředí je zásadním předpokladem pro jejich úspěšnou léčbu. Toto prostředí by mělo zahrnovat důvěru a jistotu, že terapeutická sezení budou probíhat bez rušení a že osobní informace zůstanou důvěrné. Podpora a pochopení jsou dalšími důležitými aspekty léčby viktimizovaných klientů, kdy tito klienti často mají vyšší potřebu přijetí a sounáležitosti nebo potřebu pozornosti. Klienti se zkušenostmi s traumatem často potřebují být uznáni a pochváleni za své úspěchy a snahu. Nicméně, tito jedinci mohou mít potíže s přijímáním pochval a ocenění, kdy mohou v důsledku narušeného sebepojetí vnímat pozitivní zpětnou vazbu s nedůvěrou či rozpaky.

R21: „Určitě potřeba bezpečí, intenzivní, výrazná, velká. Někdy až tak, že vlastně přichází s diagnózou dráždivého tračníku a je pro něj náročné vůbec opustit prostor komunity nebo to bezpečí nacházejí právě v té své posteli. Určitě intenzivní potřebu přijetí mají a zároveň, jak se toho bojí, tak ty první měsíce dělají vše pro to, aby ho nedostali, aby si potvrdili vlastně to, že stejně vlastně to nemá cenu, navazovat nějaké vztahy.“

R6: „Já myslím, že tam je určitě nějaká větší potřeba přijetí, nic víc bych nehledal, nenacházel. Větší potřeba přijetí, to bych zdůraznil, ta je enormně velká, možná spojeno s nějakou větší touhou po pozornosti, to s tím souvisí.“

R17: „Potřeba určitě být pochválen, oceněn, a možná ještě ani nejsou schopni to přijmout, když je někdo třeba chválí anebo se je snaží za něco ocenit, tak oni to třeba nejsou zvyklí brát vážně, nebo ten druhý ode mě něco potřebuje, nebo jsou v rozpacích.“

Otevírání tématu viktimizace jakožto potřeby je v kontextu léčby závislostí významné a často přítomné. Viktimizovaní klienti v léčbě závislosti mohou potřebovat zvýšenou pozornost

věnovanou jejich traumatickým zážitkům během skupinové terapie, aby mohli účinně zpracovat opakující se myšlenky související s těmito traumatickými zkušenostmi. Tato témata jsou ze strany klientů často přinášena, zejména v rámci diskusí o dětství a životních událostech. Někteří klienti, kteří byli oběťmi trestných činů během drogové kariéry, se k těmto zážitkům neradi vrací, protože se obvykle staly v obdobích, kdy se cítili v životě nejvíce ztraceni nebo se sami pohybovali v ilegálním prostředí.

R8: „Možná nějaká speciální potřeba je potom na těch skupinách se víc věnovat tomu tématu. Obecně třeba se bavíme víc o té závislosti a tady to nemusí ani souviset přímo se závislostí, ale ten člověk prostě se k tomu vrací, v těch myšlenkách, v těch snech a potřebuje prostě to ze sebe dostat ven, takže tam jakoby víc asi fokusu na to téma.“

R22: „Právě u těch žen je to téma, protože to zranění, které utrpí, je natolik markantní a natolik dramatické v tom jejich životě, že oni mají potřebu o něm mluvit, protože tu kvalitu jejich života to významně deformuje.“

R18: „Neřeší a nevracejí se k tomu tolik jako k jiným věcem, které byly pro ně významné a mám pocit, že to je často proto, že oběti trestného činu se obvykle stávali v obdobích svého života, kdy se v tom hodně plácali, kdy to byly období, do kterých se nechtějí moc vracet.“

Práce s tématem viktimizace v léčbě závislosti

Práce s viktimizovanými klienty v léčbě závislosti vyžaduje komplexní přístup kombinující různé strategie, s ohledem na individuální potřeby klientů. Pracovníci aplikují rovný a spravedlivý terapeutický přístup, který je individualizován na základě specifických potřeb každého klienta, aniž by viktimizace byla hlavním faktorem v určování způsobu péče. Klíčové je budování důvěry a terapeutického vztahu, který je základním pilířem terapeutické práce. Hlavní důraz je kladen na zvládnutí samotné závislosti jakožto prvního kroku k řešení dalších problémů a celkové úzdavě. Přítomnost nevyřešených traumatických zážitků vyžaduje zvýšenou pozornost a zdroje k jejich řešení, což může oslabit zaměření na léčbu závislosti a ovlivnit efektivitu léčby.

R24: „Spíš to vnímám z našeho pohledu, že ten specifický přístup, aby nebyl v tom, že by byl specifický. Takže prostě to jednotné přijetí toho, že to tak je, a možná nějaká normalizace toho, že se to prostě stalo.“

R7: „Snažíme se, aby si to vždycky propojili s tou závislostí, že to není to jejich hlavní téma v léčbě závislosti. Takže my se to nějak snažíme ohraničit, zpracovat v rámci možností. Když se jim to objevuje, tak s tím pracujeme, ale není to jádro, teď a tady to úplně řešit. Tady to propojujeme s tou závislostí, hlavně aby se nenapili, nebo neužili drogy, a aby měli i jiné mechanismy, když se jim objeví nějaké vzpomínky, které by je zraňovaly.“

R16: „Když se tady objeví nějaká oběť, tak vlastně v té léčbě závislosti selhává, protože si tam řeší ještě pro něj v tu chvíli daleko citlivější a více zraňující věci. A pak tady bojujeme s více problémy naráz a ta vlastní léčba závislosti tím trochu trpí. Když se zkombinují tady ty věci, tak ten terapeutický program pro závislost se musí trochu ochudit a musí se třeba více individuálně pracovat.“

Flexibilita a přizpůsobení přístupu jsou klíčové; terapeutické potřeby klientů se mění v závislosti na fázi léčby a individuálním pokroku. Citlivý terapeutický přístup a individuální plánování umožňují klientům otevírat tato témata podle vlastního uvážení, jejich zralosti a aktuálního duševního stavu. Terapeutický proces je zaměřen na malé, postupné kroky, které umožňují klientům dosahovat dosažitelných cílů vedoucích k budování sebedůvěry, pocitu úspěchu a posílení motivace. Terapeuti pracují s realistickými očekáváními, nemají přehnané nároky na rychlost nebo rozsah pokroků klientů, což pomáhá předcházet frustraci a vyhoření jak u klientů, tak u terapeutů.

R22: „*Pokud je třeba s ním zacházet nějak citlivě, zacházíme s klientem citlivě, nebo naopak, pokud máme pocit, že už je dobré trošičku ho zase konfrontovat, tak ho začneme trošičku konfrontovat. Probírá se to na poradách, řešíme ty klienty, hodně se o nich bavíme a hledáme ty individuální klíče k těm individuálním klientům.*“

R17: „*Je to hodně o tom učení se, nemít třeba kolikrát velké očekávání od těch klientů, ale jít po těch malých krůčcích a radovat se z těch malých pokroků, které ti lidi dělají.*“

Skupinová terapie je zásadním prvkem léčby závislosti, kde dochází k práci s tématem viktimizace. Poskytuje bezpečné a podporující prostředí pro sdílení zkušeností, podporuje vzájemné porozumění, empatii a snižuje pocity izolace a osamělosti. Umožňuje klientům získat zpětnou vazbu, zlepšit sebepoznání a uvědomit si vlastní myšlenkové a emoční vzorce prostřednictvím různých perspektiv ostatních. Sdílení podobných zážitků vytváří pocit sounáležitosti, posiluje důvěru a poskytuje emocionální podporu a praktické rady, čímž zvyšuje odhodlání a motivaci k zotavení. Otevření tématu viktimizace jednoho klienta může inspirovat ostatní k podobnému sdílení, vedoucí k normalizaci prožitků, zmírnění pocitů studu a viny, podpoře přijetí sebe sama a usnadnění procesu uzdravení. Skupinová terapie také nabízí příležitost k řešení interpersonálních konfliktů a zlepšení vztahových dovedností. Důležitou formou je rovněž takzvaná mimořádná skupina, založena na principu krizové intervence, kdy klient svolává skupinu k řešení aktuálně nastalé náročné emoční situace.

R7: „*Ženská skupina je jeden z nástrojů, aby tam mohly otvírat to, co nemůžou třeba otevřít před muži, tak tam se to někdy objevuje a je to téma. A ty se za to stydí, když už je tam třeba nějaké zneužívání. Co mám tu zkušenost, tak jakmile to otevře jedna žena, tak najednou třeba další 2 z těch 8 řeknou něco podobného.*“

R20: „*Dneska na komunitě se hrály třeba hry různé, a jednou z těch her byla vyvolávaná. A pak přijde člověk, on takzvaně svolá skupinu, což je princip krizové intervence, že mu něco je, chce o tom mluvit a on mluví o tom, že mu to třeba něco připomnělo. A já se s ním samozřejmě v té chvíli té krizové intervence snažím řešit, aby s těmi pocity dokázal nějakým způsobem být, aby ho nepohltily a samozřejmě, aby získával postupně nadhled.*“

Ačkoliv je skupinová terapie klíčová pro zpracování zkušeností s viktimizací, je důležité předcházet retraumatizaci klientů. Riziko retraumatizace je zohledňováno již při procesu příjmu klienta do léčby, kdy terapeuti zvažují složení skupiny s ohledem na bezpečí a individuální historii klientů tak, aby nedocházelo k vystavení obětí dalšímu riziku, například umístěním do skupiny s převahou klientů, kteří se v minulosti dopouštěli násilné trestné činnosti. Terapeuti pečlivě sledují dynamiku skupiny a citlivá témata řeší způsobem, který minimalizuje riziko retraumatizace, což zahrnuje například individuální sezení s osobním terapeutem

před otevřením těžkých témat v rámci skupiny. Užitečným nástrojem umožňující bezpečné sdílení jsou rovněž skupiny s omezeným počtem klientů, jako například genderově specifické skupiny nebo skupiny prvních fází.

R7: „Když skládáme skupiny, tak i zkoušíme zvažovat, jestli je to vhodné pro tu klientku, třeba když tam máme agresory v té skupině, kteří jsou za to odsouzení, nebo je čeká soud, nebo hodně impulzivní, nebo mohli by třeba s ní navázat vztah. Snažíme se s tím pracovat, abychom ji ochránili a nevystavovali tomu riziku, takže jí dáme třeba do jiné skupiny a pak jí třeba navýšíme i individuální pohovory.“

R21: „Když klient nezvládne na skupině se úplně otevřít, ale postupně v tom individuálním kontaktu se mu to daří víc a víc, a když to jde v tom individuálním, tak to potom zkouší do takzvané malé skupiny, protože první měsíce máme ještě malé skupiny pro klienty, takzvané první fáze, a postupně si zkouší, že to vlastně možné je, že to jde.“

Důležitým prvkem při zpracovávání zkušeností s viktimizací v léčbě závislosti jsou také **individuální rozhovory**, nejčastěji ve formě pohovorů s klíčovým pracovníkem klienta nebo psychologem. Tento přístup poskytuje bezpečný a důvěrný prostor, kde mohou klienti otevřeně sdílet své traumatické zážitky, což není vždy možné v rámci skupinové terapie. Individuální sezení umožňují hlubší zpracování emocí a náhledu na viktimizaci, čímž poskytují klientům stabilní základy pro další terapeutický pokrok. Terapeuti citlivě volí čas a způsob otevírání tématu viktimizace, aby předcházeli retraumatizaci klientů. Citlivá témata mohou klienti probírat individuálně s terapeutem dle vlastního výběru, přičemž informace jsou sdíleny pouze s vedoucím komunity pro zajištění bezpečí. Významnou roli v individuálním vedení případu zaujímají i takzvaní peer pracovníci, kteří díky své osobní zkušenosti s užíváním drog dokáží navázat důvěryhodný a autentický vztah s klienty a poskytovat relevantní podporu.

R11: „Je to zaměřené jako komunitní léčba, ale právě jsou témata, které jsou citlivé, a ta pacientka ještě není úplně připravená to řešit před skupinou lidí, která ji možná ani nezná. Takže tam právě nabízíme ty individuální pohovory, kde se snažíme poskytnout to pochopení, přijetí, aby ta pacientka potom mohla opravdu být odhodlaná to otevřít i na těch skupinách.“

R20: „Když o tom někdo před tou skupinou nechce mluvit, tak my ho nenutíme, on může mluvit jenom v rámci individuálů, a dokonce když je nějaké citlivé téma, tak si prostě vybere, s kým o tom bude mluvit. Dozví se o tom vedoucí komunity, s tím, že se to třeba nedoví ani další terapeuti, že mu vytvoříme úplně takové velmi chráněné prostředí.“

R24: „Vlastně otvírání toho tématu, neotvírání tématu. Připravit toho klienta, že skupinová práce je důležitá, zase na druhou stranu máme individuální pohovory. Tam je důležité vybalancovat to, co je pro něj bezpečné pustit do skupiny. Protože když o tom nemluví, tak se tím člověk vlastně dusí, je toho plný. A tam jde o to, jakým způsobem a jak to postupně dávkovat, ať je to pro něj samotného bezpečné v té skupině.“

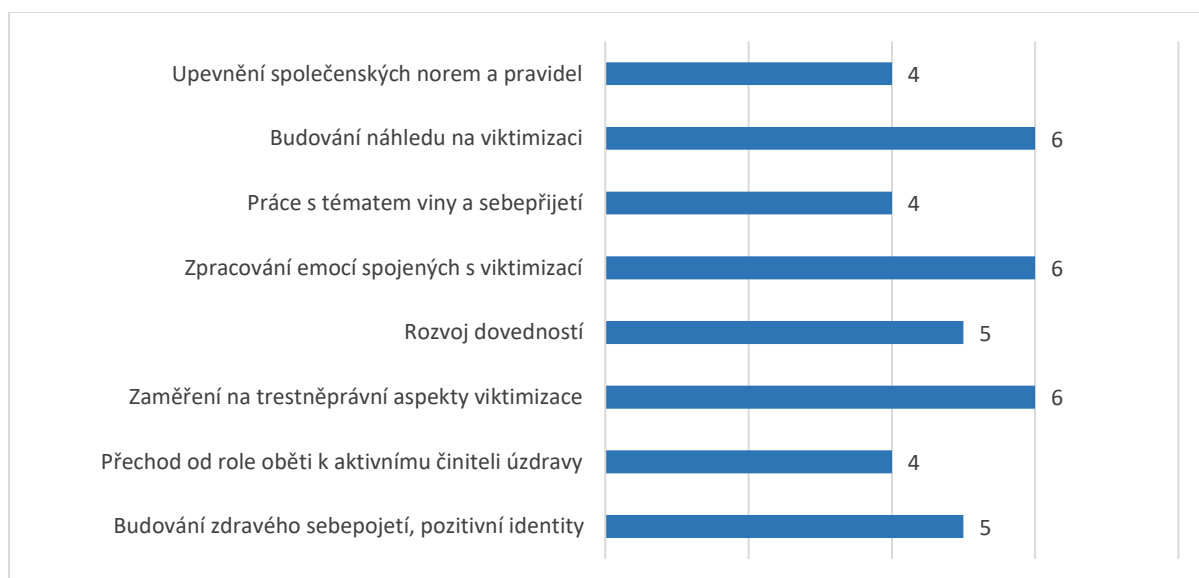
Kritickým aspektem léčby je vytvoření silné **podpůrné sítě mimo léčebné zařízení**. Pracovníci usilují o zapojení rodinných příslušníků a blízkých osob a propojení s externími terapeutickými a podpůrnými službami, které mohou zajistit stabilní a bezpečné prostředí po propuštění. Rodinní příslušníci klientů jsou do léčby zapojováni prostřednictvím pravidelných setkání, návštěvních dnů či skypových hovorů. Součástí tohoto procesu je také zajištění doléčování a následné péče, včetně kontinuální psychologické podpory.

R4: „Tam je vždycky důležité vytvořit tu podpůrnou síť venku tak, aby tam právě to bezpečí a ta stabilita byla. Vždycky se snažíme, zda už je navážeme na nějaké organizace, nebo se snažíme pracovat s někým, kdo je blízký, kdo to bezpečí pro ty lidi bude znamenat. Nakonec u závislých lidí je taková ta podpora a ta stabilita venku hrozně důležitá, aby byly zdravé vztahy.“

R24: „Snažíme se to propojit, pokud tam opravdu funguje ten rodinný systém aspoň nějakým základním způsobem. Pořádáme jednoměsíční síťová setkání, pak máme další sobotu návštěvní den, takže zde se snažíme to podpořit třeba skypovými hovory. Protože předpokládáme, že klient, který je nezletilý, tak přece jenom se bude v drtivé většině vracet do svého přirozeného prostředí, což je domů. Nebo do toho ústavu.“

Respondenti dále diskutovali klíčové oblasti zaměření, které jsou významné v terapeutickém procesu u klientů s historií viktimizace. Graf 5 ilustruje hlavní respondenty zmiňovaná témata, na která se zaměřuje práce s viktimizovanými klienty. Mezi nejčastěji identifikovaná témata patří budování náhledu na viktimizaci, zpracování emocí spojených s viktimizací, zaměření na trestněprávní aspekty viktimizace a budování zdravého sebepojetí a pozitivní identity.

Graf 5: Oblasti zaměření práce s viktimizovanými klienty



Terapeuti se zaměřují na podporu klientů v pochopení a **přijetí společenských norem a pravidel**, které mohly být v důsledku viktimizace narušeny. Viktimizovaní klienti často bagatelizují násilí, které na nich bylo páčáno, nebo mají celkově zkreslené vnímání světa, což může vést k problémům s adaptací na běžný společenský život. Závislí jedinci mají tendenci hledat přijetí v drogové komunitě, což komplikuje jejich orientaci ve vztazích s lidmi mimo tuto komunitu. V terapeutické práci jsou klienti vedeni k budování náhledu na důsledky traumatických událostí a rozvoji zdravějších způsobů interakce a fungování ve společnosti, které jsou v souladu s běžnými společenskými normami. Součástí tohoto procesu je skupinová terapie, kde se klienti učí efektivně komunikovat, řešit konflikty a přijímat zpětnou vazbu. V práci s klienty se pracovníci zaměřují také na téma dodržování hranic a podporu samostatnosti klientů. Terapeuti dbají na prevenci závislosti klientů na terapeutickém vztahu a kladou důraz na rozvoj jejich samostatnosti a schopnosti zdravě fungovat v běžném sociálním prostředí.

R11: „Celkově je vedeme k tomu, aby vnímaly ty důsledky a dopad takové zkušenosti na vývoj té vlastní osobnosti, protože častokrát ony to bagatelizují, berou to jako normu. Častokrát to, že se to dělo, vůbec nevnímají, že by na ně mohlo mít hlubší dopad, takže nejprve pracujeme na tom pochopení toho, že to nebyla opravdu nějaká norma a byla to jistá forma traumatu.“

R13: „Oni jsou takoví vše přijímající a mají tendenci někam chtít patřit, tak do té drogové komunity zaplují přirozeně a hůř se jim pak orientuje v tom světě těch jiných lidí, kdy mají pak problém s navazováním těch vztahů. (...) Určitě si více hlídáme hranice toho, jak s nimi člověk funguje, aby je nevedl k nějaké závislosti na nich, ale aby se právě naopak učili větší samostatnosti. A oni někdy ty hranice mají tendenci trochu překračovat, nebo tak vstupovat více do toho kontaktu. Spíš tam držet si nějaké hranice, vést je k nějaké samostatnosti.“

V rámci terapeutické práce je kladen důraz na **rozvoj náhledu na viktimizaci**. Viktimizovaní klienti často nedokáží rozpoznat svou roli oběti a chybně věří, že si své utrpení zasloužili; zároveň mnohdy viktimizaci nevnímají jako problematickou, spíše ji považují za normální součást svého života. Ze strany klientů, zejména mužů, může docházet k popírání či bagatelizování svých zkušeností, nebo tendenci k idealizaci svých rodičů a pečovatелů, což může komplikovat terapeutický proces. Důležité je poskytovat podporu k uvědomění si, že jejich zkušenosti, například s domácím násilím nebo zneužíváním, byly nepřijatelné. Významným aspektem zpracování minulých zážitků s viktimizací je rovněž **práce s tématem viny** a odpuštění, zaměřena na rozpoznání a restrukturalizaci pocitů viny, které mohou být s traumatickými zážitky spojeny. Pracovníci pomáhají klientům pochopit, že za jejich zkušenosti s viktimizací si nenesou vinou, podporují je v procesu sebezpřijetí a odpuštění si za minulost. Skupinová terapie umožňuje vzájemnou podporu a normalizaci prožitků, což pomáhá zmírnit pocity viny a studu prostřednictvím sdílení podobných zkušeností. Celkovým cílem je podpořit klienty v přijetí sebe sama, rozvoji zdravého náhledu na jejich minulost a budování nové identity založené na zdravých hodnotách a sebeúctě.

R7: „Pak záleží, jak oni to cítí, často to necítí, že byli oběťmi, na tom se pracuje. Většinou tam je, že oni si to zaslouží, takže až mi jim kolikrát dáme náhled, že to nebylo třeba úplně v pořádku, že si zažili nějaké domácí násilí nebo byli zneužívání. Ale potom je tam hodně buď popření nebo bagatelizace, někdy tam je idealizace toho rodiče, úplně nepřiměřená.“

R11: „Oni to berou jako nějakou normu, takže většinou o těch zkušenostech hovoří v tom životním příběhu jako součást života a opravdu často nevnímají, že to bylo něco, co nemusí být součástí běžného života každého z nás. Buď nevnímají, že to je nějaký problém, hovoří o tom úplně otevřeně a přirozeně, anebo se setkáváme i s tím, že to využívají právě jako omluvu, výmluvu a používají to jako zbraň vůči tomu okolí, k vysvětlení vlastních neschopností.“

R8: „Je tam potřeba nějak rozklíčovat vliv viny, jestli si za to člověk přisuzuje vlastní vinu, že to byla jeho věc, že si za to mohl sám, že to bylo tak dobře. Takže tohleto bych řekl, že je taková specifická oblast té práce.“

Práce s emocemi spojenými s viktimizací probíhá citlivě, s důrazem na jejich uvolnění, znovu prožití a integraci. Pacienti často vykazují tendence k potlačování emocí, zejména pokud se traumatické zkušenosti vyskytly v dětství, v jejichž důsledku mnohdy dochází k racionalizaci a disociaci. Skupinové a individuální terapie poskytují prostor pro rozpoznání, vyjádření a reflexi emocí a zaměřují se na propojení těchto potlačených emocí s prožitými zkušenostmi.

Terapeuti podporují klienty při zpracování emocí spojených s traumatickými zážitky, jako je agrese či vztek, a při osvojování strategií pro jejich efektivní zvládnutí. Terapeutické techniky zahrnují například psaní terapeutických dopisů nebo rituální uzavření minulosti, které podporují klienty ve vyjádření a zpracování emocí v souvislosti s traumatickými událostmi. Práce s emocemi probíhá také s využitím technik kognitivně-behaviorální terapie, zaměřených na úzkost a strach, a také prostřednictvím práce s tělem, dramaterapie, muzikoterapie či arteterapie.

R13: „*Ti kluci, kteří tady byli, že zažili nějaké násilí, tak to otevřeli, ale oni od toho byli velmi odříznutí, že tam to bylo úplně odpojeno od emocí. Jenom to řekli a tím to prostě pro ně nebylo tématem. Ale pokud se jim to z bortí, že se jim to více otevře, tak oni opravdu pak jdou do takových emocí, že si to obrečí a odsmutní tady, i všechny ty emoce, vztek kolem toho.*“

R9: „*Je tam důležité, aby se nějak uvolnily ty emoce, protože často obzvlášť, když se to stane dětství, tak ti pacienti se snaží to nějak si zracionalizovat a prostě ty emoce moc nedávat najevo. Potom se třeba píšou terapeutické dopisy, necenzurované, kde můžou pacienti vyventilovat ten vztek. A dneska třeba jsme dělali rituální pohřeb minulosti s jedním pacientem, kdy pohřbíval svoji násilnickou matku. Takže i takové rituální uzavření toho tématu je důležité.*“

R17: „*Jedna z cest by mohla být dramaterapie, že by si vlastně člověk přehrál znovu to trauma, a nějakým způsobem těm lidem vynadal, nebo odpustil. Občas třeba pracujeme s formou, že ten člověk napíše dopis tomu člověku. Když si představíme, že ten, kdo nám ublížil, kdo nás traumatizoval, či jsme oběť, tak aby si to takto s tím druhým vypořádal.*“

S tématem viktimizace lze s léčbě závislosti pracovat také prostřednictvím **rozvoje dovedností**, jako je zdravé sebeprosazování, a terapeutickými technikami zaměřenými na posílení sebeúcty a sebevědomí. Klienti se učí rozpoznávat a adekvátně reagovat na stresové a konfliktní situace, čímž si osvojují schopnost zdravě se za sebe postavit a předejít retraumatizaci. Přístup rozvoje dovedností je přizpůsoben konkrétním potřebám každého pacienta, založeném na individuálním přístupu. Například, pokud byla žena obětí sexuálního násilí a v léčebném zařízení se cítí ohrožena chováním mužských pacientů, terapeuti se zaměřují na její ochranu a nacvičují s ní reakce na tyto situace, aby se mohla efektivně bránit.

R17: „*Zlepšit to sebepojetí, sebezpřijetí. Ti lidi často se podceňují a z toho vyplývá spousta jiných kroků, tím pádem neměli odvalu třeba na spoustu věcí, kroků. Takže práce na zlepšení sebehodnocení.*“

R7: „*Často nějaký stres nebo strach z někoho, nebo z konfliktu, mívají ty oběti, a ten potom často zapíjeli. Ale to obecně závislí neumějí jednat třeba v konfliktní situaci. Aby uměli se za sebe nějak zdravě postavit, na to se nějak zaměřujeme. Aby měli ten maják vlastně, aby se vždycky zastavili, nějaký takový semafor v sobě, aby si řekli tyjo, teď se mi to děje.*“

R2: „*Opravdu ve chvíli, kdy by byla nějaká žena znásilňovaná a tady by na ní ti chlapi doráželi nějakým způsobem, tak se jí budeme snažit nějakým způsobem ochránit a budeme s ní nacvičovat nějaké reakce na to, jak se ochránit. Ale zase to svědčí spíš o tom individuálním, co ten člověk potřebuje, o co si řekne a vychází to z terapie.*“

V práci s viktimizovanými klienty se pracovníci rovněž zaměřují na **trestněprávní aspekty viktimizace**. Zohledňována je oznamovací povinnost, avšak často není relevantní vzhledem k časové neaktuálnosti případu. Naopak může být významná v práci s mladistvými klienty,

na nichž byla trestá činnost často spáchána v nedávné době. Klienti jsou upozorňováni na trestněprávní rozměr viktimizace a s ní související zákonem danou ohlašovací povinnost, přičemž je zajištěna další podpora v rámci trestního řízení. Viktimizace může být v některých případech aktuální, například v kontextu domácího násilí ze strany současného partnera. V těchto případech jsou klienti dotazováni, zda si přejí situaci řešit právní cestou, a jsou motivováni k využití této možnosti. Pracovníci klienty informují o možnostech právního řešení, například prostřednictvím základního právního poradenství nebo s využitím externích občanskoprávních poraden. Práce s osobami, které zažívají domácí násilí, přináší riziko setrvávání v roli oběti, kdy pouze zřídka dochází k právnímu řešení situace a většina obětí se vrací zpět do násilného prostředí, což vede k opakovaným cyklům násilí. Racionální objasnění rizik a důsledků setrvání v násilném vztahu často nevede k dosažení náhledu na povahu násilného vztahu, což výrazně ztěžuje poskytování účinné pomoci a ochrany obětem domácího násilí.

R14: „Když by to bylo něco aktuálního, tak potom i ty organizace v tom okolí, které se tím zabývají, tam hodně třeba dělají paní sociální pracovnice. Ale záleží, jak to ten člověk chce řešit, jestli opravdu to chce řešit i nějak právně, záleží, jestli je to vážné. A někdy ty ženy mají strach z toho chlapa, bojí se ho, a mají tu nedůvěru v tu policii, přijde jim to zbytečné to řešit.“

R15: „Málokdy se stane, že dospějeme až do stádia, kdy dojde k trestnímu oznámení. Oni v té roli oběti i nadále zůstávají a ve většině případů ten partner nebo partnerka se stejně vrací zpátky do toho prostředí a vlastně je odpuštěno, v uvozovkách. Samozřejmě takové ty klasické sliby, už se polepším a já budu dělat toto, tamto. Takže oni v té roli oběti zůstávají dál. Je to takové těžké, těžko se jim to racionálně vysvětluje.“

Práce s viktimizovanými klienty v léčbě závislosti vyžaduje citlivý a individuální přístup; zároveň je ale důležité zajistit, aby terapie neulpěla na tématu viktimizace, kdy zaměření pouze na viktimizaci může bránit pokroku v dalších oblastech. Přílišné zaměření na roli oběti může to posílit identitu oběti a omezit schopnost vnímat sebe sama jako aktivního činitele ve svém uzdravení a životě. Je důležité pomoci klientům **přejít od role oběti k roli aktivního účastníka své úzdravy**. Klienti potřebují rozvíjet svou osobní odpovědnost a schopnost zvládat životní výzvy.

R8: „Vůbec nějaké postavení pasivní versus aktivní v tom, co s tím dál můžu dělat, vlastně ta role oběti versus nějaká role, něco se stalo a já s tím můžu nějak do budoucna pracovat.“

R19: „Na jednu stranu by se o tom traumatu mělo dát mluvit, nemělo by to být tabu. Ale na druhou stranu je dobré v tom příliš neuvíznout analyticky a nezůstat u toho. Oni o tom potřebují mluvit proto, aby s tím byli přijatí, aby se to dalo říct nahlas a ti ostatní dokázali toho klienta akceptovat i s tím, že mám za sebou něco, pro ostatní třeba bizarního, strašidelného. A ten náš přístup je takový nespecifický a spočívá v tom ukazovat klientům hezčí stránky života, moc neuvíznout v tom traumatu samotném.“

R20: „Zároveň pro nás to není nosné téma v tom smyslu, že se nechceme vracet do minulosti. A ať jsme od toho života každý dostali, co jsme dostali, a můžeme pochopit i důvod té závislosti, tak to pro toho klienta není omluva, on je ze sebe zodpovědný a ať je to tvrdé, jak chce, tak pojďme to udělat nějak tak, ať se s tím nějak vyrovnáš a můžeš jít dál. Protože sebelítost je

velmi podpůrná pro vznik závislosti a vlastně s ní souběžně klesá sebehodnota, to jsou takové spojené nebo rozpojené nádoby, když jedna roste, tak druhá klesá.“

Je důležité poskytovat podporu a zpracovávat trauma citlivě a otevřeně, ale zároveň zajistit, aby terapie byla vyvážená a zahrnovala i další důležité složky klientova života. Viktimizovaní klienti potřebují nejen zpracovat své traumatické zážitky, ale také rozvíjet další aspekty svého života, jako je budování sebeúcty, vytváření zdravých vztahů a rozvoj nových dovedností. Klienti potřebují vidět a zažívat pozitivní stránky života, aby mohli postupně překonávat své traumatické zážitky a budovat novou, pozitivní identitu. Toto zaměření na **osobní růst a budování nové identity** umožňuje klientům rozvíjet sebehodnotu, optimismus a naději, což je klíčové pro jejich motivaci a dlouhodobé zotavení.

R10: *„Tady právě makáme na tom, jak se k tomu postavit. Takže znovu otvíráme traumata, znova se na to díváme, projdeme si procesem, kdy to vlastně očistíme. A musíme toho klienta učit přijmout, že se mi to stalo, že se za to nemám stydět a postavit se tomu životu, že už to je za ním a učit se ten život zvládat znovu, hledat nové hodnoty, víru v sebe sama posílit, a sebevědomí a budovat nové pilíře, na kterých může stavět.“*

R19: *„Je dobré včas od toho poodstoupit a pracovat vlastně nespecificky v tom smyslu, že ty klienty v programu té komunity můžeme vybavovat nějakými novými zážitky, dovednostmi, úplně jinými tématy, ukazovat jim nějaké obzory, mluvit o jejich budoucím vzdělání, připravovat, jak si poradí s dluhy, klienti začnou třeba mít znova zájem o nějaké čisté partnerské vztahy.“*

R20: *„Oni jsou velmi často poškození z hlediska sebehodnoty, tak budovat tu sebehodnotu, my tady tomu říkáme, sebeúcta, sebeláska. To přijetí je tam důležité, přijetí toho, že je to tak, jak to je, a že člověk není jiný a že přesto, že se stalo, co se stalo, tak je schopen růst. Přijetí sebe vlastně i s tím, co se mu stalo. Náš pohled je, že věříme tomu, že každý člověk dokáže růst a tady ten růst se dá použít i k abstinenci, na jejím základě se dá vybudovat nový úspěšný život a dát mu nějaký směr a smysl.“*

Využití externích zdrojů a spolupráce s organizacemi a odbornými institucemi

Při řešení problematiky viktimizace a souvisejícího traumatu jsou využívány rovněž externí zdroje poskytující specializovanou podporu. Vážnější psychické problémy jsou adresovány ve spolupráci s psychiatry, kteří v případě potřeby stanovují odpovídající farmakoterapii. Multidisciplinární přístup k léčbě v práci s mladistvými klienty je zajišťován prostřednictvím sítě externích zdrojů, včetně dětských psychiatrů, klinických psychologů a krizových center. Tato síť externích zdrojů je aktivně zapojována již během léčby, aby byla zajištěna komplexní péče o klienty. Při závažných psychických problémech klientů jsou konzultováni odborníci poskytující specializovanou terapeutickou péči, například v oblasti poruch příjmu potravy.

R24: *„Trauma obecně se nedá takhle v našem prostředí takhle hloubkově zpracovávat, otvírat. Takže se snažíme využít nějakých externích zdrojů, snažíme se to propojovat. Tady v nedalekém krajském městě, tam je to dost dobře zasítované, jednak je tam krizové centrum, psychiatrické oddělení pro děti ve fakultní nemocnici a spolupracujeme i s krajskou adiktologickou*

ambulanci pro děti a dorost, kde je k dispozici klinický psycholog, pedopsychiatr, takže snažíme se to síťovat. Na základě nějaké multidisciplinarity se snažíme to podpořit, už během té léčby.“
R21: *„Ta komunita obsáhne toho spoustu, ale samozřejmě jsou meze, kdy si řekneme, tady bude fajn se pověnovat trošku ještě víc, třeba ty poruchy příjmu potravy. A už v průběhu komunity navážeme na péči, na terapii přímo na poruchu příjmu potravy, aby ten dotyčný klient nebo klientka měli souběžnou péči s doléčováním.“*

Zařízení pro léčbu závislosti odkazují klienty na různé organizace dle jejich individuálních potřeb, včetně specializovaných neziskových organizací poskytujících podporu obětem trestné činnosti, jako je Bílý kruh bezpečí. Například při podezření na domácí násilí v domácím prostředí zařízení poskytuje kontakty na příslušné organizace a aktivně s nimi komunikují. Pracovníci doporučují klientům využít občanskoprávní poradny při řešení právních záležitostí souvisejících s jejich situací. Dále jsou klienti motivováni k využití služeb, jako je Linka pomoci obětem, poskytující telefonickou pomoc obětem kriminality nebo domácího násilí, či aplikace Nepanikař, která poskytuje anonymní psychologickou podporu.

R4: *„Pokud máme třeba podezření, že pacientka je v domácím prostředí týrána, tak jim dáváme kontakty a snažíme se i my komunikovat. Myslím Bílý kruh bezpečí a tak dále, což jsou organizace, na které se my snažíme ty pacientky navázat v tomhle smyslu. Snažíme se vytvořit podpůrnou síť, a spolupracovat s těmi organizacemi, o kterých víme, že by pomohli.“*

R14: *„Často třeba, když je to aktuální, víme, že pacientka žije s partnerem, kde je nějaké fyzické násilí, tak samozřejmě je tam spíš taková podpora nebo doporučení, ale nemůžeme ji úplně tlačit do věcí, pokud oni to nechtějí nějakým způsobem řešit. Určitě jim poradíme a odkazujeme třeba na Bílý kruh bezpečí nebo na nějaké tady tyto organizace.“*

Zařízení často kooperují s orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a probační a mediační službou (PMS). Spolupráce s OSPOD je klíčová při řešení případů ohrožení zdraví dětí, zejména u klientek pečujících o dítě nebo mladistvých klientů, zejména pokud vykazují výchovné problémy, jsou zapojeni do trestné činnosti či jsou vystaveni nepříznivým podmínkám v rodinném prostředí. Probační a mediační služba je ve spolupráci angažována v případech, kdy jsou klienti zapojeni do trestné činnosti, například u klientů s nařízenou ochrannou léčbou.

R11: *„Hodně často spolupracujeme s OSPODem. To vlastně řešíme skoro neustále, ty děti a matka, většinou se to týká těch pervitinových uživatelů. Většinou je to u nich, že získávají větší pozornost OSPODu a s nimi jsme potom v kontaktu. A tam jsme častokrát řešili právě nějaké ohrožení na zdraví toho dítěte, zanedbávání a podobně.“*

R24: *„Součástí toho procesu jednání se zájemcem taky zjišťujeme, jestli už se tam angažuje OSPOD. A to souvisí hodně s tou trestnou činností nebo nějakými výchovnými problémy a na to se může nabalit zase, pokud dojde k nějaké ohlašovací povinnosti třeba, tak už ten proces je taky jiný. Ale zkušenost s OSPODem máme takovou, v drtivé většině, že jsou příjemní a hodně podpůrní. Málokdy se stane, že vyloženě nestojí o toho klienta, obzvláště z pohledu oběti.“*

Zdůrazňován je význam kontinuity péče po ukončení léčby, kdy jsou klienti vedeni k aktivnímu vyhledávání doléčovacích služeb v místě svého bydliště, přičemž zařízení poskytuje pomoc a podporu při tomto procesu. V rámci následné péče zařízení aktivně doporučují klienty do

služeb doléčování, adiktologických ambulancí či individuální nebo skupinové psychoterapie, často ve spolupráci s místními službami na základě místa bydliště klienta. Po ukončení primární léčby v psychiatrické nemocnici je v případě potřeby doporučována dlouhodobá rezidenční léčba závislosti v terapeutických komunitách. Klienti jsou informováni o těchto službách a motivováni k jejich využití, například prostřednictvím pořádání besed s jednotlivými organizacemi v rámci programu léčby. Pro podporu doléčovacího procesu jsou klientům doporučovány neziskové organizace, například specializované na práci s osobami s duševním onemocněním. V rámci problematiky zvládání agrese doporučují pracovníci klientům zvážit zapojení do organizací, jako je například Liga otevřených mužů.

R9: „V rámci doléčování podle místa bydliště můžeme doporučit nějaké služby, různé organizace. Doporučujeme hlavně adiktologické služby, ale pokud tam někdo řeší ještě nějaké jiné téma, tak mohou taky chodit do těch organizací, třeba na nějaké skupinové terapie.“

R13: „Určitě jsou to doléčovací centra, buď s možností bydlení, nebo jenom na docházení na nějaké skupinové terapie. A pak jsou to komunity, do kterých je odesíláme, oni si tam odesílají přihlášky, a častokrát i tady v léčebně probíhají besedy s jednotlivými doléčovacími centry, s komunitami nebo nějakými pomocnými organizacemi, aby oni věděli, že to existuje, měli přehled a mohli se na ně napojit.“

R7: „Nějak i do budoucna, když jdou po té léčbě, tak aby měli nějaké záchyty, kam se obrátit. V případě mužů, když je tam někdo, u koho vnímáme, že by to mohl využít, tak aby zauvažovali o tom přístupu k té agresi a zvládání, jak je ta Liga otevřených mužů. Vždycky se snažíme nějak navázat, kontaktovat předem.“

Práce s tématem páčání násilí ze strany pacientů/klientů

Vzhledem k úzké provázanosti role oběti a pachatele respondenti také diskutují přístupy, které jsou využitelné v práci s klienty, jež byli v minulosti pachateli násilí. Tento přístup zahrnuje komunitní reflexi se zaměřením se na zpětnou vazbu ohledně chování klientů, včetně rozpoznání neverbálních projevů agresivity, s cílem získání náhledu na své chování a jeho dopady. Práce s pachateli zahrnuje usměrňování a edukaci o sociálně přijatelném chování, zvláště u klientů, kteří kvůli svým minulým zkušenostem nemají tyto normy internalizovány. Cílem je resocializace klientů a jejich motivace k přijetí a dodržování sociálních norem.

R8: „Hodně komunitně se s tím pracuje, na těch ranních komunitách, volných tribunách nebo hodnotících skupinách, se tohle téma vytahuje. Reflektujeme zpátky to chování, které oni ani nevidí, že může být nějakým způsobem agresivní, že vlastně verbálně ty slova jsou úplně v pohodě, ale ten neverbální projev je u toho dost zastrašující. Takže to jim se snažíme reflektovat, vracet zpátky, aby si to zvědomili.“

R11: „Takto hlouběji řešíme ty osobnostní dopady, když vidíme, že nejen jako oběť, ale jako pachatel, sociálně osobnostně se chová nepřijatelně. Tak tam to řešíme na denním pořádku. Ted' tady například máme pacientku, dvacetiletou, která nemá ty normy, a je to i v důsledku toho, co zažila, jak vyrůstala a co spáchala potom v tom závislostním období. Takže tam ji musíme každý den usměrňovat, znovu vysvětlovat, navrátit do toho normálu, motivovat.“

Důraz je kladen na proces sebepoznání, kdy klienti jsou vedeni k reflexi důvodů svého násilného chování. Klíčovým momentem je proces odpuštění si za své činy, což je zásadní pro další pozitivní životní změny. Terapie se zaměřuje na vyrovnání se svou minulostí, což zahrnuje přijetí svých činů a zpracování výčitek svědomí. Klienti jsou podporováni v tom, aby ze své minulosti získali poučení, které mohou využít při budování nového, zdravějšího životního stylu.

R10: „*Velká práce je taky s odpuštěním si, asi nejdůležitější. To bych asi vypíchla. Oni někdy potřebují nahlas si říct, proč jsem to dělal, proč jsem skončil třeba v kriminále, nebo proč jsem třeba někomu držel u hlavy pistol, co mě k tomu vedlo. Ale potom je spíš důležitější ta fáze toho odpustit si, že jsem toho byl schopný a jak teďka jít tím životem jinak.*“

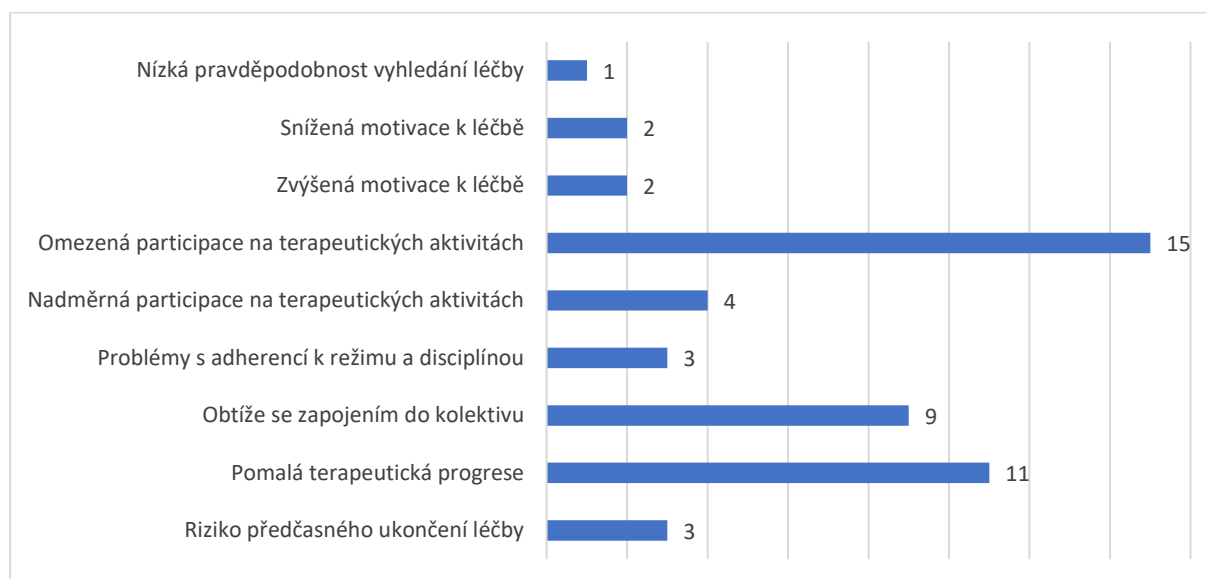
R20: „*Vždycky v určité fázi té léčby, ten klient se potřebuje s tou svou minulostí nějak vyrovnat. Jednak se vyrovnává se svými výčtkami, které on má vůči tomu, co udělal, začne to u rodiny, protože spoustu z nich okradlo rodinné příslušníky a nějak zneužilo jejich pomoci. (...) My s tím pracujeme tím způsobem, že je to minulost a tu člověk nějak musí přijmout a poučit se z ní pro svou budoucnost. Vytáhneme si z toho jenom to, co se nám může hodit pro další život.*“

3.6.3 Jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší?

Ovlivnění zapojení do léčby

Problematika viktimizace má komplexní a mnohostranný vliv na zapojení klientů do léčby. Většina respondentů uvádí, že zapojení klienta a výsledky léčby mohou být ovlivněny mírou a závažností prožitých traumat, přičemž dopady jsou vždy individuálně specifické. Graf 6 ilustruje klíčová témata spojená se zapojením viktimizovaných klientů do terapeutického programu, doplněné o počet respondentů, kteří danou problematiku identifikovali. Nejvíce respondentů uvedlo omezenou participaci na terapeutických aktivitách jako klíčový problém, zatímco další témata jako pomalá terapeutická progresse, obtíže se zapojením do kolektivu, a nadměrná participace na terapeutických aktivitách jsou rovněž významně zastoupena. Menší počet respondentů zmínil problémy s adherencí k režimu a disciplínou, riziko předčasného ukončení léčby, zvýšenou motivaci k léčbě, sníženou motivaci k léčbě a nízkou pravděpodobnost vyhledání léčby. Celkově 3 respondenti nezaznamenávají, že by viktimizace měla významný dopad na zapojení klienta do léčby nebo jeho terapeutické výsledky v léčbě.

Graf 6: Dopady viktimizace na zapojení klienta do léčby



Traumatické zkušenosti spojené s viktimizací mohou v důsledku nízkého sebevědomí a negativního sebehodnocení snižovat pravděpodobnost vyhledání odborné pomoci a samotného zahájení léčby. U viktimizovaných klientů se může vyskytovat nedostatečná motivace k aktivní účasti na terapeutickém programu, jež se projevuje nízkým zájmem a ochotou zapojit se do terapeutických aktivit. V některých případech naopak prožití těchto zkušeností může klienta podněcovat k aktivnímu řešení svých problémů a ke snaze o překonání traumatických zážitků, a tím zvyšovat motivaci k léčbě.

R20: „Určitě to může mít vliv na to, jestli se vůbec přihlásí do té léčby, z hlediska toho, jak on se sám na sebe dívá. On to nerozliší, on mění díky tady těm zážitkům pohled na sebe a úsudek o sobě. Ti lidi jednak si nevěří, jednak se na sebe dívají fakt strašnou optikou a jednak jim může

být nepříjemné, když si představí, jak mluví lidi v kruhu, že o tom bude mluvit. Tak tam si myslím, že předtím to bude mít daleko větší efekt, než už v samotné té léčbě.“

R1: *„Pozitivně to samozřejmě ovlivňuje tým, že pokud si něco takového zažili nebo prošli, tak že si třeba řeknou, že chtějí tady konečně něco na sobě začít dělat a chtějí to zlomit.“*

Trauma z viktimizace může způsobovat úzkost a obavy z otevření se před skupinou lidí vedoucí k omezené participaci a pasivnímu chování. Viktimizovaní klienti často přicházejí do léčby s hlubokou nedůvěrou vůči terapeutům, klientům i léčebnému procesu, pramenící z jejich předchozích negativních zkušeností. Často je přítomno je nízké sebehodnocení, stud či obava z reakce a odmítnutí skupinou, jež mohou vést k jejich uzavřenosti a zdrženlivosti. V některých případech se ale naopak mohou klienti v prostředí skupinové dynamiky stávat dominantními až zahlcujícími, kdy dochází k nadměrnému zapojení či nepřiměřené otevřenosti při sdílení traumatických zážitků. Komplikaci může představovat rovněž fixace na trauma, vedoucí k zacyklení v problému.

R23: *„Jeden ze znaků, kdy tam minulosti došlo k nějakým výraznějším traumatům, je na začátku po příchodu do toho programu, kdy v té léčbě je patrnější výraznější nedůvěra k tomu zařízení, k personálu, k té skupině spoluklientů. A projevuje se to často v tom, že se moc nezapojují do těch skupin a někdy to trvá opravdu několik měsíců.“*

R9: *„Občas se to stává u mužů, kteří zažili sexuální zneužití mužem, třeba na vojně nebo v dětství nebo i ve vězení. Ti bývají takoví uzavřenější a hodně dlouho jim trvá, než se otevrou v té psychoterapii, protože tam je problém s tou důvěrou. A vlastně je tam i to, že ten čin se stal osobou stejného pohlaví, takže tam je ta cesta delší k tomu otevřít to trauma.“*

R10: *„Ze začátku se za to stydí a jsou takoví ušlápnutí, jsou takoví mimo tu komunitu. Ze začátku jsou takovými pozorovateli, protože se stydí, bojí se odsouzení, takže se nechtějí ze začátku zapojovat. Nebo někdy mají potřebu to pořád otvírat, pořád o tom mluvit, někdy se až zdá, že se tím chlubí. Pořád potřebují o tom mluvit, i když přijde nový klient do komunity, tak třeba ty týrané ženy mají tendence těm novým to pořád říkat, mně se tehdy stalo tohle.“*

Viktimizovaní klienti mohou vykazovat problémy s disciplínou a adherencí k režimu. Mnohdy potřebují delší čas k efektivnímu zapojení do terapeutického procesu a zvýšenou podporu při adaptaci na terapeutický režim a komunitní pravidla. Obtíže se zapojením do léčebného procesu jsou mnohdy přítomny u osob s duální diagnózou, které často čelí problémům s motivací a schopností účinně se zapojit do léčby. V důsledku viktimizace může docházet k narušení vztahu k sobě samému i k druhým lidem, přičemž tyto vztahové potíže mohou v prostředí léčby závislosti vést k izolování od komunity, nižšímu zapojení do kolektivu nebo ke konfliktům a agresi. Viktimizovaní klienti často vykazují hluboce zakořeněné vzorce chování, které byly formovány jejich traumatickými zkušenostmi či v důsledku pobytu ve vězení. Tyto vzorce mohou zahrnovat problémy se sebeovládáním či agresivní chování, nedůvěru k autoritám nebo zvnitřnění nevhodných sociálních norem, které mohou narušovat terapeutický proces. Prožitá viktimizace může negativně ovlivnit zapojení klienta do léčby tím, že vytváří obtíže při interakci s určitými skupinami lidí, například v kontaktu s muži po zkušenostech se znásilněním či domácím násilím. Může být také přítomno odlišné vnímání terapeutů na základě jejich pohlaví.

R11: „Občas mají problémy například s režimem, s tím programem, zvládat to. A celkově nějaká disciplína nebo morálka nebo celkové fungování je problematictější. U nich je častěji znovu potřeba vysvětlit, k čemu je dobrá například tato aktivita. Celkově ta motivace zúčastnění se programu je u nich těžší.“

R11: „Vyskytuje se to méně, ale občas se nám objeví pacientka, která z těch traumatických zkušeností osvojila, že agresivita je nějaká norma, jak přežít a používá to teď, v této komunitě lidí. Potom je riziko toho, že bude víc hádavá v té terapii, bude agresivnější vůči ostatním, kdykoliv může napadnout někoho ve skupině, bude víc nespolutracující, bude víc bojovat i vůči autoritám, bude používat vulgární slova, nebude respektovat naše pravidla.“

R8: „Můžou být častější nějaké problémy fungování ve skupině, že pokud byly třeba oběti něčeho, tak vlastně v tom kolektivu se jim třeba nedaří tolik protlačit anebo naopak jsou v něm hodně expanzivní, jeden nebo druhý extrém.“

Pokrok v léčbě u klientů s historií viktimizace je často pomalejší a vyžaduje delší čas na adaptaci a zapojení do terapeutického procesu. Klienti s hlubokými a rozsáhlými traumatickými zkušenostmi často potřebují intenzivnější a dlouhodobější terapeutickou péči pro úzdravu a zpracování osobních témat. Klienti často zahajují léčbu s primárním cílem zvládnout svou závislost, avšak během terapeutického procesu odhalují další hluboké problémy z jejich minulosti, které vyžadují řešení a mohou působit jako demotivující faktor. Tendence k vyhýbání se nepříjemným emocím a strach z prožitku intenzivních emocí spojených s traumatickými zážitky mohou klienty odrazovat od hlubší práce na osobní změně a vést k relapsu či předčasnému ukončení léčby. Terapeutický přínos může být snížen v případech, kdy klienti neprojeví otevřenost a nedojde ke zpracování traumatických zážitků. Informace o viktimizaci nemusí být vždy dostupné na začátku léčby a mohou se objevit až v pozdějších fázích terapie, což ztěžuje dosažení hlubšího terapeutického pokroku během jejich pobytu. Kvalita terapeutického vztahu, míra navázané důvěry a podpora a pocit přijetí ze strany terapeuta i komunity jsou klíčové faktory pro dosažení pozitivních výsledků.

R20: „Ten klient může mít často pomalejší start. Třeba někdo, kdo toho má hodně, tak může být nějakou dobu zakřiknutý a déle mu trvá třeba navázání těch vztahů a déle mu trvá získání té důvěry ve skupinu.“

R19: „Někdy to může být komplikace při vypadnutí z léčby nebo při nějakém relapsu. Ti klienti, zvláště když jsou míň zkušený s léčbou, tak přicházejí s tou zakázkou, že už nechtějí brát drogy, nicméně v tom balíčku je přibaleno spoustu věcí, které oni teprve objevují během léčby. Jedna z nich je, že se nějak potřebují vyrovnat s tou svojí minulostí. A když se do toho podívají, tak tam často jsou tyhle nehezky věci, které je můžou opravdu zaskočit, můžou mít pocit, že to nezvládají, nebo že jim to za to nestojí.“

R21: „Všichni klienti mají tendenci k nějaké formě vyhýbání se nepříjemným emocím a když už je to potom za nějakou hranou, kdy se ke klientovi nedaří dostat, nedaří se nám navázat s ním vztah, tak tam to potom končí třeba recidivou po několika měsících. Protože tomu klientovi furt je mizerně, je tam opuštěný, osamělý, není schopný cítit a slyšet, protože je zasklený v těch obranách. To přijetí těch ostatních, to pochopení, sdílení, neumí přijmout, nevnímá, necítí.“

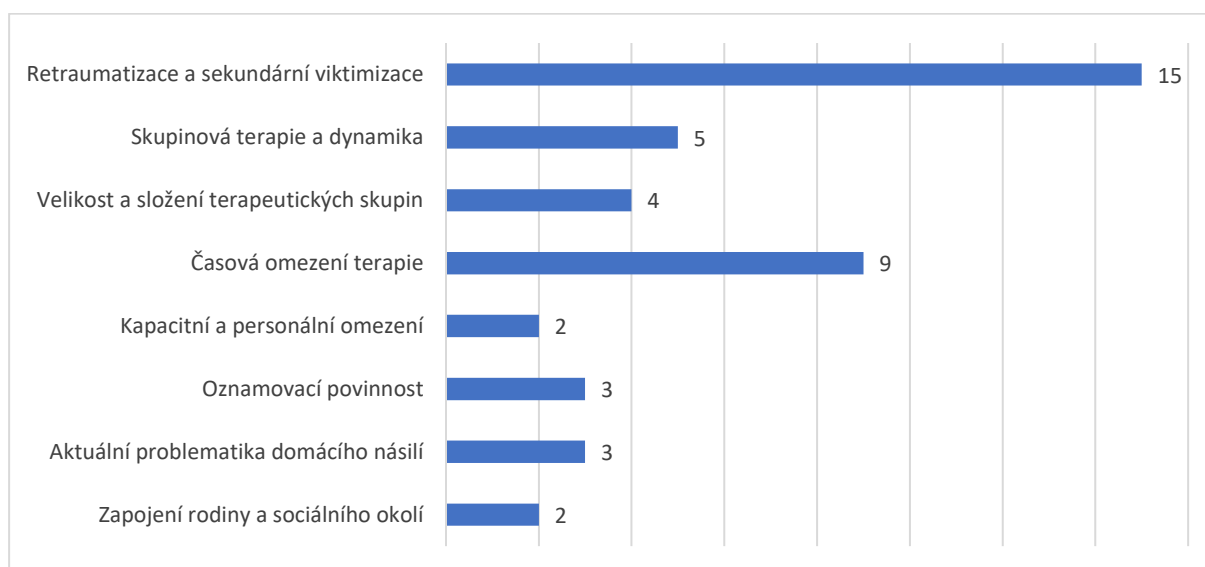
R8: „Máme přece jenom omezený čas, takže ne s každým se stihneme dostat tam, kam bychom potřebovali. Kolikrát se tady stane, že ten člověk se otevře v nějakém měsíci, když už je téměř

před výstupem a tam se teprve začne dít ta práce, si říkám supr, tak tady jsme teďka začali. Než se adaptuje, než si zvykne na program, tak to přirozeně trvá, a pak ti lidi odchází.“

Meze a komplikace v práci s pacienty/klienty s historií viktimizace

Práce s viktimizovanými klienty v léčbě závislosti přináší několik limitů, rizik a komplikací, které mohou ovlivnit úspěšnost terapeutického procesu. Graf 7 znázorňuje hlavní úskalí a komplikace v léčbě viktimizovaných klientů, jak je identifikovali respondenti. Nejvíce respondentů uvedlo retraumatizaci a sekundární viktimizaci jako klíčovou komplikaci. Další významná témata zahrnují časové omezení terapie, dynamiku skupinové terapie, velikost a složení terapeutických skupin, oznamovací povinnost, aktuální problematiku domácího násilí, kapacitní a personální omezení a zapojení rodiny a sociálního okolí.

Graf 7: Meze a komplikace v práci s viktimizovanými klienty



Retraumatizace a sekundární viktimizace

V kontextu terapeutické péče existuje významné riziko retraumatizace či sekundární viktimizace, jež mohou negativně ovlivnit proces léčby. Retraumatizace se týká opětovného prožívání původního traumatu v důsledku expozice situacím nebo podmínkám, které trauma připomínají či vyvolávají. Sekundární viktimizace nastává, když jsou oběti znovu poškozovány nevhodnými reakcemi nebo přístupy svého okolí k jejich traumatu. Tyto dva fenomény se mohou vzájemně prolínat a zesilovat negativní dopady na psychický stav klienta.

Riziko retraumatizace je obecně přítomno během terapeutických sezení, kde se otevírají traumatické zážitky, které klienti dříve potlačovali nebo řešili návykovým chováním. Důraz je kladen na důležitost postupného otevírání traumatických témat a přípravy na skupinovou práci, aby nedocházelo k emocionálnímu zahlcení klienta. Retraumatizace může vést k dekompenzaci psychického stavu klienta, jež zvyšuje riziko sebepoškozování nebo jiných forem autoagresivního chování. Přílišné zaměření na traumatická témata ve skupinové terapii může rovněž vést k retraumatizaci ostatních klientů a destabilizaci celé skupiny. Členové skupiny mohou na sdílení traumatických zkušeností reagovat například nadměrnou péčí a starostlivostí

či tendencemi k porovnávání závažnosti problémů mezi sebou, což může negativně ovlivnit terapeutický proces.

R22: „Je to samozřejmě citlivé téma, i jak o těch věcech mluvíme s klienty, jak je vnášíme do skupiny, nebo nevnašíme do skupiny, nakolik to patří do individuálních sezení, nakolik do skupinových sezení. Nakolik tohle patří třeba do mužské skupiny, do ženské skupiny, nakolik se to může objevit ve společné skupině.“

R21: „Domluvit se, hele fakt na to nechvátej, řeš to teď v individuálu, a ten klient to pleskne na skupině a pak přijde a řekne, mně je hrozně a teď se stydím. Abychom zachovali tu trpělivost, dát mu čas na to, aby postupně se učil, jak se chránit. Vykomunikovat, hele je to prostě tvoje součást, je to tvoje téma, ale je potřeba pro to tvoje bezpečí, s tím začít pracovat trochu jinak. (...) Tak když se nám nepodaří ohlídat, aby ten klient nešel znovu do té retraumatizace, tak se potom rozjede v té skupině retraumatizace všech, všem to něco rozjede, všem je mizerně.“

R24: „Pro skupinu to zase může působit nějak fantaskně. Zkušenost je taková, pokud se to objeví to téma, tak spíš se strhne taková pečující lavina, což nemusí být vždycky úplně užitečné. I potom porovnávání, kdo to má náročnější, složitější.“

V některých případech mohou klienti zažívat retraumatizaci při interakci s ostatními členy komunity, zejména v kontextu neformálních vztahů mimo terapeutický program. Konfliktní situace nebo agresivní chování v prostředí léčby mohou oživovat minulé traumata viktimizovaných osob. Riziko retraumatizace může také vzniknout z nedostatku podpory a bagatelizování pocitů okolím, nebo ze vzájemných předsudků mezi klienty. V komunitním prostředí může docházet k nevhodným partnerským a sexuálním vztahům, kde dochází k opakovaným problematickým vztahovým vzorcům z minulosti. Například dívky, které byly dříve zneužívány, mohou být opětovně zneužívány jinými klienty v průběhu léčby. Viktimizovaní klienti často mají narušené schopnosti nastavovat a udržovat osobní hranice, což může vést k opakovanému zneužívání jejich zranitelnosti v terapeutickém prostředí ze strany ostatních klientů. K sekundární viktimizaci může docházet ze strany ostatních klientů také v souvislosti se zneužíváním sociálních sítí, kde jsou šířeny citlivé informace, včetně informací o průběhu léčby. Toto neoprávněné sdílení informací může způsobit hluboké emocionální zranění a ponížení klientů, kteří se zotavují z předchozích traumat.

R23: „Pak může docházet k nějaké retraumatizaci, i třeba různě na té ulici, kdy se jim opakuji některé věci a koneckonců i v té komunitě. My sice nedoporučujeme nějaké partnerské a sexuální vztahy, ale někdy k tomu bezesporu může docházet, že dívky, který byly zneužívány v minulosti, tak se nechávají zneužívat, myslím sexuálně hlavně, třeba i v průběhu té léčby.“

R21: „I zneužívání toho, že vím, že tenhle díky tomu má potíže s vlastními hranicemi, protože když od malička byly narušované, tak si zdánlivě nechám líbit všechno, protože se bojím říct ne, abych nedostala, aby se mi něco nedělo. Tak jsou pak klienti, kteří toho zneužívají.“

R15: „Aktuálně viktimizace sekundární, je zneužívání sociálních sítí v rámci léčby. Jde třeba o to, co se tady v té léčbě děje, co proved a že tady má vztah. Lidi to neumějí používat a používají to, aby škodili, aby ubližovali. Občas se setkáme s tím, že někdo těch sociálních sítí zneužije a pošle tam do té skupiny věci, které opravdu toho člověka můžou i v rámci té rodiny zásadně poškodit. A teď si vemte, že ten člověk je pod dohledem OSPODu, má partnera žárlivého.“

Riziko retraumatizace se může zvyšovat v závislosti na složení skupiny. Například klientky, které byly oběťmi násilí, mohou mít problém vstoupit do mužské komunity. Klienti s kriminální minulostí nebo agresivním chováním mohou nevědomky vyvolávat traumatické vzpomínky u ostatních členů skupiny. Existuje riziko udržování kriminálních vzorců chování, vedoucí k retraumatizaci oběti prostřednictvím šikany, sexuálního obtěžování, nátlaku a různých forem násilí. V této souvislosti se může objevit tzv. dvojí život, kdy klienti na jedné straně dodržují pravidla a normy stanovené terapeutickým programem, zatímco na druhé straně pokračují v rizikovém nebo kriminálním chování, zahrnujícím skryté aktivity, jako je užívání drog, kriminální činnost nebo udržování toxických vztahů. Respondenti však zdůrazňují, že k těmto projevům dochází v léčbě spíše ve výjimečných případech.

R8: „Riziko může být podle toho, jaká je ta komunita. Třeba teďka máme víc takovou komunitu lidí, kteří mají za sebou výkon trestu a když jich je potom hodně, tak občas se projevuje nějaké to chování, které je vedlo do toho výkonu. Pro někoho, kdo by třeba měl za sebou nějaké takové trauma, by to mohlo být ohrožující se v tom pohybovat. Protože ona jedna věc terapeutický program, ale druhá věc je potom ten program mimo ty therapy nebo ten volný čas.“

R19: „Riziko k nějaké retraumatizaci je tam vždycky, nebo k tomu, že místo toho, aby člověk nějaké ty kriminální vzorce chování opouštěl, tak je na něj vyvíjejí v těch kolektivech, může nastat nějaká šikana, nějaký dvojí život, nějaké sexuální obtěžování, nátlak, násilí všeho druhu. Od té doby, co k nám nastupuje hodně klientu bezprostředně po výkonu trestu anebo mají za sebou delší tresty, tak zpočátku byly obavy, jestli tam nebude nějaké kriminální prostředí a dvojí život a musím říct, že se to teda vůbec nenaplnilo.“

K sekundární viktimizaci může vést rovněž nedostatečně citlivé či nekompetentní jednání personálu, například využitím nevhodných technik v terapeutické práci. Respondent R19 uvádí případ klientky, která byla retraumatizována nevhodným terapeutickým přístupem v psychiatrické nemocnici. Opětovné zranění mohou způsobit také nevhodné komentáře, zlehčování pocitů klientů nebo nedostatečná pozornost ze strany terapeutického týmu. Personál může nevědomě opakovat vzorce chování připomínající klientům traumatické zážitky z domova, například využitím trestajícího terapeutického přístupu.

R15: „Mně se určitě někdy stalo, že jsem toho člověka nějakým způsobem retraumatizoval úplně hloupě, nějakou svojí intervencí, že jsem ho viktimizoval tím, čím si prošel. Vím určitě, že jsem tady dvakrát udělal takové faux pas s pacientem a že jsem ho dekompenzoval. Špatnou intervencí nebo špatnou větou, nebo jsem mu něco připomněl.“

R19: „Měli jsme klientku, která byla v 15 letech unesená k nucené prostituci, kde byla asi rok. (...) A ona se vyznačovala tím, že byla občas vulgární, měla tendenci k agresivitě a vlastně to bylo pochopitelné, protože ty její zážitky byly takovéhle. (...) Nicméně před námi byla v léčebně psychiatrické, kde byla na ženském oddělení a dámy terapeutky usoudily, že se chová málo žensky, že je zanedbaného vzhledu, nelíčí se, a mluví sprostě, takže na týden musela nosit na krku ceduli, kde bylo napsáno něco v tom smyslu, jsem málo žena a kdykoliv jí někdo potkal v situaci, kdy měl pocit, že se chová nějak nežensky, tak jí fixou na ty prsa udělal čárku.“

R23: „Obecně tam může docházet k nějaké retraumatizaci i ze strany personálu, pokud ve vztahu s těma klientama opakuje nějaké vzorce chování, které oni zažívali doma. (...) Takže

to je velká výzva pro pracovníky těch léčebných programů, aby nenapodobovali chování rodičů, aby se dokázali chovat spíš jako terapeuti než jako rodiče. “

Nedostatečná kvalifikace, emocionální nezralost nebo nadměrné ambice a očekávání pomáhajících profesionálů mohou vést k poškození klienta. Pocity lítosti a soucitu mohou vést k nadměrnému poskytování prostoru a času viktimizovaným klientům, kdy terapeuti mohou mít tendenci věnovat těmto klientům zvýšenou péči. Toto přehnané emocionální zapojení terapeuta může vést k sekundární viktimizaci klienta, kdy je klient nevědomky stavěn do role oběti i v terapeutickém prostředí. Terapeut může nevědomky přijmout roli spasitele, což může narušovat rovnováhu terapeutického vztahu a podporovat klientovu závislost na terapeutovi. Zvýšená pozornost terapeuta vůči klientovi může být rovněž vnímána negativně a vyvolávat napětí nebo žárlivost mezi ostatními členy komunity.

R20: *„Tak největší riziko je retraumatizace. Musí se to teda otevřít v dobu, kdy ten člověk je schopný to zpracovávat a musí být dostatečně kvalifikovaný personál, který je schopný to udržet. A samozřejmě pracovník toho člověka může začít litovat, začít si k němu vytvářet třeba nadstandardní vztah, podporovat ho příliš a podobně. Takže může být třeba nějaký mladý terapeut, nebo nezkušený a může to udělat třeba z nějakých osobních ambicí. “*

R17: *„Jedním z témat může být to, že v terapeutovi klient vyvolá pocit lítosti a soucitu a na základě něhož může ke klientovi pak přistupovat shovívavěji než k jinému. Může ho sekundárně viktimizovat a jednat s ním například přehnaně pečujícím způsobem a stavět tak klienta do role dítěte a sám se stavět například do role záchranáře, spasitele. “*

R1: *„Oni když se na ně příliš fokusujete, tak oni to taky zase vnímají, že je na ně zaměřovaná ta pozornost. Potom to vnímají i ti ostatní pacienti. Když jste v komunitě a ten doktor si najednou začne furt volat toho jednoho pacienta, začne se furt bavit s tím jedním, samozřejmě u ostatních to může vyvolávat rozlady, dysforie, že si jich třeba tak nevšímám. “*

Ke zvýšenému riziku retraumatizace může přispívat nevědomé zneužívání moci, kterou terapeuti během léčby disponují vůči klientům. Osoba s historií viktimizace může být druhotně poškozována zvláště v případě neetického chování profesionálů, jako je navazování intimních vztahů s klienty či sexuální obtěžování. Takové chování narušuje základní důvěru, klíčovou pro úspěšný terapeutický proces, a může vážně ovlivnit klientův postup léčbou. V důsledku narušení sebepojetí a vztahů mají viktimizovaní klienti sníženou schopnost rozpoznat a reagovat na neetické chování, což je obzvlášť problematické u mužů, kteří často podceňují závažnost tohoto jednání. V pomáhajících profesích je toto riziko zvýšené, protože nevhodné chování je méně nápadné a klienti jsou zvláště zranitelní.

R23: *„Je to o té moci, kterou ten personál má nad těma klientama, tím že rozhoduje vlastně o spoustě věcí ohledně jejich života v tu chvíli, kdy oni tam jsou, včetně toho, jestli je vyloučí. Je to hodně citlivé a hodně tenká hranice. My jsme tak trochu pány nad jejich životem, aspoň dočasnými. A jestli tu moc, kterou máme, jestli ji nezneužíváme, lidi pracující v oboru. “*

R19: *„Co je asi myslím nejčastější a zároveň nejzávažnější, že ti profesionálové navazují s těma klientama intimní vztahy. (...) A přesně to prostředí těch pomáhajících profesí, kde se očekává, že tam bude nějaká atmosféra důvěry, kde ti klienti, výhradně tam a nikde jinde mluví o nějakých super intimních věcech, které nikdy nikomu neřekli, tak tam samozřejmě, když je nějaká liška v kurníku, někdo, kdo toho prostě chce zneužít, tak to je ideální prostředí. “*

Terapeutický proces může být ovlivněn v důsledku přenosu a protipřenosu, jež představují běžné jevy v terapeutickém procesu, kdy klienti projektují své pocity a zkušenosti z minulosti na terapeuta, zatímco terapeut může zažívat podobné projekce vůči klientovi. K narušení terapeutického procesu může dojít, pokud se klient vztahuje k terapeutovi jako k postavě z minulosti, například zneužívajícímu rodiči či násilnému partnerovi. Přenosové jevy však mohou být terapeuticky využity a představují cenný nástroj v terapeutickém procesu. Také terapeuti mohou být na základě jejich vlastních životních zkušeností emocionálně zasaženi případy viktimizace klientů, což může narušit jejich profesionální objektivitu a vyvolávat pocit bezmoci a vzteku. Terapeut může reagovat nadměrně ochranně nebo naopak zvýšenou zaujatostí či nadměrnou negativní reakcí vůči klientovi, vedoucí k retraumatizaci klienta. Rizika spojená s protipřenosem zahrnují také nevědomé projevy agrese či trestání klientů za komplikace v jejich léčbě, což je zvláště patrné u klientů s duální diagnózou.

R22: „Vždycky je to samozřejmě riziko, které já nemůžu vůbec dopředu vědět a odhadnout, a to je nějaký přenos. Může se stát, že přijde klientka, její partner vypadal jako já, měl podobnou barvu hlasu nebo podobné gesta, a teď se tady vlastně konfrontuje s tím, že je tady v té léčbě, potkává tady tohohle chlapa, a teď co s tím.“

R19: „Obávám se, že v různých zařízeních jsou ti klienti vystaveni tomu, že se tam na nich ti terapeuti trochu vyřádí, zvláště ve věcech, které nás osobně nějak emočně zasahují, nebo vyvolávají pocit bezmoci, a to si myslím, že ta viktimizace přesně je. My to vnímáme jako nějakou životní nespravedlnost a teď se nám rozjíždí protipřenos. Takže je potom potřeba dát si pozor na to, aby to, co s těma klientama děláme bylo v zájmu klienta, abychom si neřešili nějaký svůj osobní džihád nebo vztek na nějakého pachatele.“

Skupinová terapie a dynamika

Práce s viktimizovanými klienty v komunitním prostředí přináší specifické výzvy. Skupinová terapie, která je klíčovou součástí léčby závislosti, může být pro klienty s hlubokými traumaty obtížná. Sdílení traumatických zážitků před skupinou může být pro některé klienty značnou překážkou bránící jejich pokroku v léčbě. Klíčové je zvažování vhodnosti sdílení traumatických zážitků v rámci skupinové terapie, s ohledem na individuální hranice a potřeby každého klienta. Komplikaci léčby v komunitním prostředí může představovat parakomunikace, kdy dochází k neformálnímu sdílení traumatických zkušeností mezi klienty mimo skupinové prostředí, jež může narušit skupinovou dynamiku. Parakomunikace může prohlubovat trauma a podporovat nevhodné způsoby zvládání stresu, jako je opuštění léčby.

R22: „Skupinová práce může být limit. Myslím si, že o traumatických zkušenostech a o tom, že mi někdo ubližoval a někdo mě poškozoval, může být složité mluvit ve skupině před jinými lidmi. A v terapeutické komunitě ta skupinová část té práce je dominantní. Samotné pojetí komunity jako skupinového prostoru, ve kterém se věci mají sdílet a má se o věcech mluvit a mají se věci odkrývat, může být pro některé klienty natolik velká překážka, že přes ní nejsou schopni jít.“

R24: „Je to nějaká vztahová perspektiva, upnout se na nějakého blízkého člověka. Pak se to skupinkuje a probíhají za mě takzvané terasové rozhovory, že se ještě umocňuje to trauma, a to

téma je vlastně vyřešené. A pak můžou vzniknout koaličky třeba, že se v tom podpoří a můžou reagovat na to prostředí, co vlastně prožívají aktuálně, útekem. Pro pracovní tým je to dost náročné to uchopit, že vlastně všechno je vyřešené, řekne se to někde bokem.“

Velikost a složení terapeutických skupin

Limit ve skupinové práci s viktimizovanými klienty může představovat velikost terapeutických skupin, kdy velké skupiny mohou bránit dosažení potřebné otevřenosti, důvěry a pocitu bezpečí. Dynamiku terapeutických sezení může rovněž negativně ovlivňovat genderová nerovnováha v terapeutických skupinách, zvláště nedostatečné zastoupení žen. Značnou výzvu pro terapeuty představuje práce v terapeutických skupinách, kde jsou přítomny jak oběti viktimizace, tak osoby, které byli v minulosti pachateli násilí. Ve společné skupině mohou oběti zažívat zvýšenou úzkost, nedůvěru či retraumatizaci, zatímco pachatelé násilí mohou narušovat dynamiku skupiny svými obrannými nebo manipulativními mechanismy. Práce s pachateli násilí může být komplikována jejich tendencí k zaujímání pozornosti v komunitě a zastrašování ostatních, což může vést k zahlcení skupiny, narušení terapeutické dynamiky a bezpečnosti komunity.

R7: „Samozřejmě, že by bylo lepší, kdyby byla půlka, jako v terapeutických komunitách. To je velký limit, ten počet lidí, pro nějakou tu jejich otevřenost. A genderová nevyrovnanost. My máme kapacitu 38 lidí, z toho máme 8 žen a zbytek jsou muži.“

R12: „Vemte si, že máte skupinu 15 lidí, kde máte 10 mužů a 5 žen, teďka třeba 3 ženy z toho byly sexuálně napadeny a jeden byl kdo jednou třeba někoho sexuálně napadl. Tak můžou tam dojít limity, jak otevřenosti, tak důvěry, vůbec chuti o tom povídat. Protože ti lidi se tady střetávají, jak ti, co byli pachatelé, tak ti, co na nich bylo pácháno.“

R15: “S agresí se setkáváme, když k nám chodí ochranky. Ani ten personál, ani ty zdravotní sestry, se v tom necítí dobře. Eskort z výkonu trestu vám přiveze pacienta, eskorta po zuby ozbrojená, pacienta dovedou v řetězu, ten tam cupitá a jakmile dáme razítko, že ho přijímáme, tak najednou, jak kdyby nebyl nebezpečný, eskorta ho odpoutá, všechno si odnese a odjíždí.“

Časové omezení terapie

Léčebný proces je omezen krátkou dobou terapie, jež často není dostatečná k hlubokému zpracování traumatických zážitků. Zpracování traumatu představuje dlouhodobý proces vyžadující intenzivní a kontinuální podporu, kdy základní léčba závislosti nemusí poskytnout dostatečný prostor pro hlubokou práci na traumatech. V případě hlubších traumatických zážitků může být indikováno prodloužení délky léčby, aby bylo možné poskytnout potřebnou psychologickou podporu pro dosažení terapeutických cílů. Po ukončení základní léčby závislosti také doporučována návazná individuální terapie. Klasické formy doléčování vzhledem k primárnímu zaměření na podporu abstinence a integrace do běžného života bez návykových látek ne vždy poskytují adekvátní prostor pro intenzivnější práci na osobních traumatech.

R13: „Limit je opravdu ten čas a to, že je to skupinová terapie. To je opravdu něco, co se za 3 měsíce tady nedá celkově porušit. A oni řeší častokrát i nějaké jako sociální věci,

jako bydlení, práci a podobně. Takže takový hlubší návrat do nějakých traumat z minulosti nebo tak, na to prostor úplně není.“

R16: „Nezřídká se stává, že i druhý třetí měsíc vyplouvají na povrch různá velmi citlivá témata. Ta nejhorší varianta je před koncem léčby, protože pokud na té skupině se otevřou nějaká témata a nejsou dostatečně zpracované tím pacientem, tak pokud by měl potom odejít, tak paradoxně může být ještě v horším stavu, než sem přišel.“

R19: „Jsou klienti, kteří jsou na tom tak špatně, ten jejich duševní stav, že řešit nějaká témata z dětství není třeba vůbec aktuální. Hlavní úkol toho klienta je třeba vůbec udržet se v tom kolektivu, zvládnout ten program, zvládnout ten současný život v té léčbě a připravit se dobře na odchod. Proto taky dost často doporučujeme těm klientům, v rámci doléčování nebo po něm, jít někam třeba do individuálu. Je to dlouhodobý úkol, který přesahuje to období té komunity.“

Kapacitní a personální omezení

Léčba viktimizovaných klientů může být komplikována nedostatečnou kapacitou pro individuální terapeutickou práci s klienty, kdy kapacitní omezení zařízení a nedostatek personálu mohou omezovat přístup k individuální terapii. Na straně terapeutického personálu může být limitujícím faktorem nedostatek odborných znalostí a praktických nástrojů potřebných pro práci s viktimizovanými klienty, kdy vzdělávací programy často nedostatečně zahrnují praktické dovednosti zaměřené na tuto problematiku. Obecně zařízení poskytující léčbu závislosti dnes pracují s klienty s těžšími a komplexnějšími traumaty než v minulosti a v současné době se stále častěji setkávají s klienty s historií trestné činnosti a násilí, což výrazně zvyšuje nároky na terapeutický tým.

R7: „Já bych řekla, že nedostatek personálu, individuálního přístupu. Ty pohovory nemají všichni, ty individuální, na to není prostor. Mají teda individuální pohovory se sestřičkami, ale myslím teď ještě léčbu individuální, pravidelnou s terapeutem, to tady prostě není.“

R8: „Spíš si myslím, že to, co mě nějak limituje, tak jsou zkušenosti. Myslím si, že tomuhle tématu třeba u nás na škole jsme se nějak nevěnovali víc. V psychologii jsme oběti trestných činů velmi rychle prolítli, ale nemyslím si, že by mi to dávalo nějaké nástroje k tomu, jak s těmi lidmi pracovat. Spíš nás učí popisovat ty lidi, ale ne úplně jak s nimi pracovat.“

R10: „Mám takový pocit, jako kdyby se vytratila normalita. Dřív ta komunita před x lety byla jednodušší, to zatížení toho klienta bylo menší. Třeba maminka umřela, v práci se mi něco stalo, nebo mi zemřel manžel nebo dítě, tak jsem se rozpil. Ale za poslední léta, tak pracujeme spíš tady s touhle tou věcí, s tou trestnou činností, s násilím, s ubližováním, s těžkou manipulací, šikanou. Že to začíná být standard a taková ta normalita, která kdysi dávno byla, se vytrácí.“

Oznamovací povinnost

Problematika viktimizace může do léčebného procesu vnášet i trestněprávní aspekty spojené s oznamovací povinností terapeutů. U starších klientů bývají trestné činy zpravidla již promlčeny, což činí oznamovací povinnost relevantní pouze ve výjimečných případech. V aktuálních případech násilí nebo zneužívání však tato povinnost může ovlivnit terapeutický proces a důvěru klientů. Terapeuti proto klientům vyjasňují jejich právní situaci a informují je o zákonných povinnostech a náležitostech spojených se sdílením zkušeností s viktimizací.

R24: „Konkrétně ta ohlašovací povinnost je taková, jaká je, a přece jenom ten věk pod 15 let tam je v tom dost jasný. To už připravujeme klienty, že můžeme tady sdílet, protože vazba v tom vztahu je důležitá, ale zároveň právě ta ohlašovací povinnost nám taky ukládá nějaké povinnosti. Že opravdu to záleží na tom, s čím přijdou. Zase na druhou stranu s čím nepřijdou, tak s tím nedokážeme pracovat a podpořit je v té změně, která by měla nastat.“

Zapojení rodiny a sociálního okolí a aktuální problematika domácího násilí

Zapojení rodiny a sociálního okolí do terapeutického procesu je důležité, ale může být výzvou pro terapeutický proces. Rodiny často potřebují podporu a vedení, aby mohly účinně přispět k léčbě klienta, což je obzvláště náročné u nezletilých klientů kvůli omezené dostupnosti podpůrných služeb. Terapeuti se často potýkají s omezenými možnostmi poskytování podpory rodinným příslušníkům, zejména v regionech s nedostatečnou nabídkou služeb. Respondenti rovněž upozorňují na obtížnost práce s rodinnými příslušníky, kteří často postrádají dostatečnou edukaci v oblasti závislosti a viktimizace, což může negativně ovlivňovat proces zotavení. Může docházet k omlouvání páchání trestné činnosti a přenášení viny na oběť, například v případech domácího násilí. V práci s mladistvými klienty může být limitujícím faktorem rovněž následná reintegrace do školního prostředí po absolvování léčby, kde mohou být klienti vystaveni negativním jevům, jako je šikana či distribuce drog. Chybějící prevence a nedostatečné řešení těchto problémů mohou představovat komplikaci pro návrat do běžného života a zvýšit riziko recidivy.

R24: „To už možná narážím, pokud je to klient nezletilý, na dostupnost služeb pro ty osoby blízké. Ať už rodiče spolu žijí, nežijí, komunikují, nekomunikují, vždycky je to nějakým způsobem zasáhne. Tak tam už potom jsou i ty naše limity, jak je podpořit, co dokážeme jim nabídnout, i v tom jejich místě bydliště. Potom je náročné pracovat, pokud už jsou taky z nějaké lokality, kde už je to dál pro ně a taky kapacita těch služeb je taková, jaké je.“

R15: „Někdy je to těžké s tou rodinou, s těmi nejbližšími, oni mají taky nějaké svoje obavy, strachy, základní edukace neexistuje na skoro nic, co se týče tady těch věcí, natož na viktimizaci. Tady bojujeme se základními dovednostmi rodinných příslušníků ohledně závislosti. Nejčastěji ti rodinní příslušníci to různě omlouvají. On ji bil, ale když je strážlivý, tak je to hodný chlapec, hodný otec. Takže to je docela zranitelné téma a musíme na něj opatrně.“

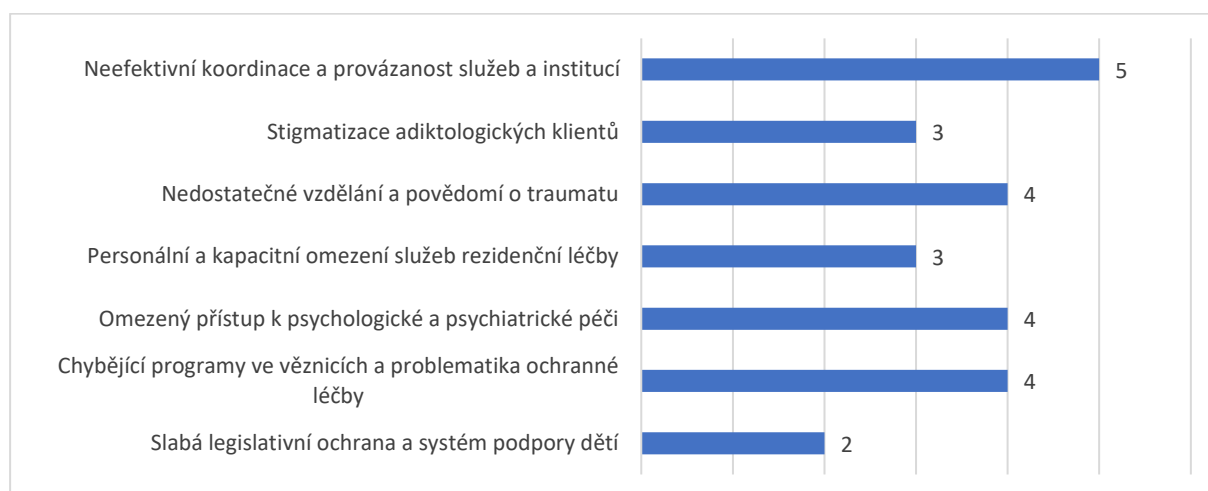
Specifické úskalí v oblasti zapojení rodinného okolí klienta představuje aktuální problematika domácího násilí, zejména u žen týraných v domácím prostředí. Probíhající násilí v aktuálním partnerském vztahu může významně narušovat terapeutický proces a představovat riziko předčasného ukončení léčby, kdy vlivem kontaktu s násilným partnerem během léčby často dochází k opuštění léčby a návratu do domácího prostředí. Respondenti také popisují případy, kdy se násilní partneři klientek při vstupu do zařízení projevují agresivně, což vede k ohrožení bezpečnosti léčebného prostředí a terapeutického personálu.

R14: „To se nám tam taky docela stává, že ti partneři, když jsou žárliví a teď tam chodí za těmi partnerkami, vidí tam ty ostatní muže, tak někdy tam přišli i třeba pod vlivem, nebo tam stropili nějakou scénu, vyvolávají tam třeba i v noci a jsou vulgární. Snažíme se ji s tím nějakým rozumným způsobem konfrontovat, že to pro ni je veliké riziko, i z hlediska té abstinence.“

Systémové nedostatky v péči o viktimizované pacienty/klienty

Respondenti diskutují systémové nedostatky negativně ovlivňující kvalitu péče poskytované viktimizovaným klientům. Graf 8 ilustruje klíčové systémové nedostatky identifikované respondenty. Nejčastěji uváděným problémem je neefektivní koordinace a provázanost služeb a institucí. Další významné nedostatky zahrnují nedostatečné vzdělávání a povědomí o traumatu, omezený přístup k psychologické a psychiatrické péči, nedostatečné programy ve věznicích a problematiku ochranné léčby, stigmatizaci adiktologických klientů, personální a kapacitní omezení služeb rezidenční léčby a slabou legislativní ochranu a systém podpory dětí.

Graf 8: Systémové nedostatky v péči o viktimizované klienty



Koordinaci péče ztěžuje chybějící efektivní propojení a provázanost mezi jednotlivými službami a odbornými institucemi, jako je policie, soud či OSPOD. Klienti nejsou dostatečně informováni o možnostech pomoci a nejsou odkazováni na adekvátní služby. Viktimizovaní klienti s adiktologickými problémy často čelí stigmatizaci, která ztěžuje přístup ke kvalitní péči a vede k nevhodnému zacházení s klienty. Je nezbytné zlepšit spolupráci a komunikaci mezi službami a odbornostmi, aby byla zajištěna integrovaná a nestigmatizující péče. Respondenti dále zdůrazňují potřebu zlepšení vzdělávání pracovníků v oblasti traumatu a retraumatizace. Zvyšování povědomí by mohlo přispět k lepšímu pochopení a přístupu k těmto problémům, jak ze strany pomáhajících profesí, tak institucí, jako je policie či soudy, zvláště v oblasti sexuálního násilí a metodách vhodného přístupu k obětem.

R15: „Ta základní zásadní mezera je, že by musely mezi sebou spolupracovat ty instituce. Těžko se domlouvá, každý má svoje cíle a nějaké svoje legislativní ukotvení a chce něčeho dosáhnout. Někdo chce zachraňovat, pomáhat, někdo chce trestat, někdo chce dělat předběžná opatření.“

R14: „Řada těch služeb na adiktologické pacienty, i když jsou někdy odborné, tak nahlíží s určitým stigmatem. Často jsou to i ti policajti. Tak to nám taky hodně pacienti popisují, že se i ti odborníci se na ně takto dívají. I v rámci té psychiatrické nemocnice. Pořád jsou nějaké předsudky a myslím si, že jsou i v rámci těchto trestných činů, že když jsou to ti pacienti s tou závislostí, tak na ně třeba pohlíží jinak.“

R7: „*Spíš bych byla otevřená tomu, co vlastně dělat líp, jak se o tom dozvědět, nějak sdílet, být třeba na nějaké konferenci, nebo nějaký workshop na to. A vlastně nějak to propojit s tou závislostí, co třeba jako jednotlivé kroky dělat. Možná takové zvýšení povědomí u té retraumatizace a traumatu. Takže možná návaznost nějakých služeb, propojení.*“

Existuje výrazný nedostatek kvalifikovaného personálu ve zdravotnictví, zejména lékařů a terapeutů, což omezuje schopnost poskytovat nezbytnou individuální péči. Tento deficit personálu ztěžuje efektivní terapeutickou intervenci a vede k přetížení stávajících pracovníků. Dalším problémem je nedostatečná kapacita lůžkových zařízení pro léčbu závislostí, což způsobuje dlouhé čekací doby. Současná reforma psychiatrické péče klade důraz na akutní péči, zatímco následná péče, včetně dlouhodobé psychoterapie a rehabilitace, je značně opomíjena. Tento nerovnoměrný přístup vede k nedostatku kapacit pro dlouhodobou léčbu, která je pro viktimizované klienty zásadní.

R16: „*Ted'ka v rámci reformy psychiatrické péče se všechno směřuje ve prospěch akutní péče, a na tu následnou, do níž spadá i ta naše péče, se tak trochu kašle. Další věc je vlastně vůbec fyzický počet těch lůžek. Pokud se budeme bavit o léčbě závislosti, tak jsou opravdu velké čekací doby, trůfám si říct, že nějaká viktimizovaná osoba s PTSD nebo s akutní reakcí na stres se na psychiatrii na akutní lůžko může dostat poměrně záhy, ale co pak.*“

Pro oběti násilí a zneužívání je přístup k adekvátní péči často omezený. Respondenti poukazují na nedostatek specializovaných zařízení a odborníků, zejména v oblasti psychiatrie a psychologie. Dlouhé čekací doby na konzultace značně ztěžují přístup k potřebné péči pro viktimizované klienty, kteří vyžadují okamžitou a kontinuální podporu. Nedostatečná dostupnost odborné péče je patrná obzvláště v oblasti péče o dětské či mladistvé pacienty. Tento nedostatek vede k tomu, že děti s traumatickými zážitky nedostávají potřebnou péči, což se následně projevuje v jejich dospělosti jako závažné problémy. Zároveň respondenti poukazují na to, že i když jsou služby obecně otevřené všem problémům klientů, v současném systému chybí jasně definované a komunikované terapeutické nabídky, které by specificky adresovaly potřeby viktimizovaných klientů. Klienti by měli mít jasnější představu o tom, jaké konkrétní problémy mohou být v daném zařízení řešeny, vedoucí ke zvýšené dostupnosti potřebné odborné péče.

R13: „*To, s čím se setkávám, je opravdu zoufalý nedostatek místa pro dětské pacienty, i dětských psychiatrů a dětských lůžek, a tím pádem z nich vyrůstají budoucí naši dospělí klienti a pacienti. Pak oni začnou užívat drogy nebo něco jiného, nějakou nárážku si nacházejí v tom svém světě a tím pádem se to posouvá k nám na dospělé oddělení.*“

R6: „*Ono to tam je nevysloveno, v podstatě tam nějak chybí jasně pojmenovaná nabídka, ano, můžeme s tímto tvým problémem tady pracovat, máme to, umíme to. Ta nabídka je obecně, ano, jsi vítán, jsme otevření všemu, co přinášíš, chceme s tím pracovat, chceme tu být pro tebe, ale možná, že i tam by mohlo trošku víc zaznít tedy to, že jsme nějak nastavení dívat se na tuhle část toho problému.*“

Nedostatek adiktologických programů ve vězeních a povýstupní péče představuje významný problém. Chybí dostupná intenzivní práce s adiktologickými klienty zaměřená na jejich přípravu na život mimo vězení, včetně řešení závislostí a dalších souvisejících problémů.

U klientů s anamnézou pobytu ve vězeňském prostředí může začlenění a adaptace do terapeutických programů představovat významnou výzvu. Respondenti poukazují také na problematiku soudně nařízených ochranných léčeb, které často zahrnují klienty nemotivované k účasti na terapii, což ohrožuje bezpečí komunity a její stabilitu. Přítomnost klientů, kteří nejsou motivováni k léčbě a sabotují terapeutický režim, může negativně ovlivňovat ostatní pacienty, kteří jsou motivováni a aktivně pracují na svém zotavení. Tento vliv může narušit dynamiku komunitního prostředí a výrazně zmařit léčebné úsilí.

R10: „Už by to mohlo začít třeba v kriminále, když se ten člověk dostane do vězení, že tam ta práce s tím vězněm by mohla už být cílená a byli by lépe připravení na život venku. (...) Pak jsou soudně nařízené léčby a to je hrůza. Jsou nemotivovaní a zapojit je do komunity normálních motivovaných klientů... Vždycky to rozhodí celou tu komunitu a zase se vracíme k tomu bezpečí. Takže ochrankám se bráníme, nechceme je.“

R16: „Léčba závislosti je založená na principu dobrovolnosti, jakkoliv vynucená léčba nemůže mít efekt, jakákoliv životní změna pod nátlakem, k tomu se ten pacient nikdy nerozhodne. Máte 19 lidí, kteří na sobě nějak pracují a jsou v procesu změny, a pak vám sem přijde člověk, který prostě nemá žádný problém, chce si to tady jenom odkroutit, aby mohl jít domů, sabotuje režim, protože ví, že my ho propustit nemůžeme, když je to nařízeno soudem. Takže jeden člověk vám může narušit práci v celé komunitě.“

Respondenti identifikují nedostatečnou legislativní ochranu dětí, zejména v oblasti zapojení orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech rodin s dětmi, kde dochází k zanedbávání a traumatizaci. Intervence OSPODu často nekončí adekvátním řešením. Obdobně existuje nedostatečná podpora osob s traumatickými zkušenostmi ve školním prostředí, kde problematice duševního zdraví není věnována dostatečná pozornost.

R11: „Mě tam stále zaráží, když poslouchám pacientky, že opravdu do toho nijak nezasahuje ta sociálka. Že častokrát opravdu dochází v těch rodinách ke zkušenostem, kdy opravdu to dítě zažívá celé dětství tu traumatizaci, že opravdu ti rodiče se bijí, zanedbávají, to dítě nechodí do školy, a nikdo do toho nezasahuje. Vnímám, že máme menší zájem zasahovat do těchto rodin, že nechceme vlastně ty děti vyjmout z toho prostředí, i když je očividné, že to je škodlivé.“

3.7 Souhrn výsledků

1. Jaké je složení pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací?

Výsledky výzkumu ukazují, že viktimizace je mezi klienty rezidenční léčby závislosti velmi rozšířená. Většina respondentů uvedla, že viktimizace se týká převážné většiny až téměř všech klientů, zatímco spíše výjimečně byla viktimizace respondenty zaznamenána u menšinové části klientů. Běžné jsou zkušenosti s různými formami týrání a zanedbávání v dětství, často spojené s výskytem závislostního chování nebo jiných forem dysfunkce v rodině. V dospělosti k viktimizaci dochází ve formě sexuálního násilí, partnerského domácího násilí, majetkových trestných činů a násilí spojeného s drogovou scénou, a to zejména v kontextu bezdomovectví nebo v pokročilých fázích závislosti. Mnoho osob zažívá opakovanou viktimizaci, kdy vzorce násilí zažívaného v dětství přetrvávají také v dospělosti. U uživatelů návykových látek často dochází k překrytí rolí oběti a pachatele, zvláště mezi lidmi bez domova a v drogových komunitách, a to zejména v oblasti majetkové a násilné kriminality. Ženy jsou obecně vystaveny viktimizaci častěji; ve větší míře uvádějí zkušenosti se sexuálním násilím a partnerským násilím. Muži častěji zmiňují fyzické násilí a vlastní páchaní kriminality. Uživatelé alkoholu častěji uvádí partnerské násilí, zatímco u uživatelů nelegálních drog je častější viktimizace spojená s drogovou scénou. Viktimizace má hluboké a dlouhodobé důsledky na psychické a emocionální zdraví. Ovlivňuje schopnost navazovat a udržovat zdravé mezilidské vztahy, snižuje sebehodnocení a důvěru k ostatním, a vede k psychickým symptomům, jako jsou noční můry, flashbacky, úzkost či poruchy spánku. Může také přispět k rozvoji komorbidních duševních poruch, jako je PTSD, deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy osobnosti.

2. Jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají?

Pracovníci v léčbě závislosti využívají řadu metod k identifikaci viktimizace, což zahrnuje přímé sdělení klientem během vstupního pohovoru nebo terapeutických sezení, terapeutické deníky, psané životopisy a externí zdroje, jako jsou anamnézy od rodinných příslušníků nebo zprávy z předchozích zařízení. Terapeutický přístup je individualizovaný podle specifických potřeb každého klienta a je zaměřený na vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí. Práce s klienty s anamnézou viktimizace vyžaduje komplexní přístup, který zohledňuje jak léčbu závislosti, tak i zpracování traumatických zážitků. Skupinová terapie poskytuje prostor pro sdílení zkušeností a vzájemnou podporu, zatímco individuální terapie umožňuje hlubší zpracování traumat. Významnou součástí je rovněž rozvoj podpůrné sociální sítě mimo léčebné zařízení, což zahrnuje zapojení blízkých osob a propojení s podpůrnými službami. Terapeutická práce se zaměřuje na zpracování emočních prožitků spojených s viktimizací, s využitím technik kognitivně-behaviorální terapie, arteterapie, dramaterapie a terapeutických dopisů či rituálů. Dalšími oblastmi zaměření jsou rozvoj dovedností, budování náhledu na viktimizaci a práce s tématy viny a sebekřivění, upevnění společenských norem a budování zdravého sebepojetí. Cílem je podpora osobního růstu a přechodu od role oběti k aktivnímu účastníkovi své údravy. Součástí práce je také právní podpora, zejména v případech aktuální problematiky domácího

násilí, jež zahrnuje spolupráci s externími organizacemi, jako jsou právní poradny či neziskové organizace zaměřené na oběti trestných činů. Respondenti poukázali na význam multidisciplinárního přístupu a spolupráce s dalšími odborníky, jako jsou psychologové, psychiatři a sociální pracovníci.

3. Jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší?

Z analýzy dat vyplývá, že viktimizace má komplexní vliv na zapojení klientů do léčby a jejich terapeutické výsledky. Klienti s historií viktimizace často vstupují do léčby s nedůvěrou vůči terapeutům a léčebnému procesu a potřebují více času k efektivnímu zapojení do léčby. Klíčové identifikované problémy zahrnují omezenou participaci na terapeutických aktivitách, pomalou terapeutickou progresi a obtíže se začleněním do kolektivu. Někteří klienti naopak vykazují nadměrnou participaci a nepřiměřenou otevřenost, vedoucí k zahlcování skupinové terapie. Další problémy zahrnují obtíže s adherencí k režimu a adaptací na komunitní pravidla, a riziko předčasného ukončení léčby. Viktimizace u některých klientů zvyšuje motivaci k léčbě, zatímco u jiných je patrná snížená motivace a nízká pravděpodobnost vyhledání léčby. Významná rizika během léčby představují retraumatizace a sekundární viktimizace, vyplývající z interakcí s ostatními klienty nebo personálem. K poškození klienta může vést nadměrně ochranný přístup, navazování vztahů s klienty, nezpracované emoční zapojení terapeuta nebo využití nevhodných terapeutických technik. Identifikované limity dále zahrnují časová, kapacitní a personální omezení, efektivní zapojení rodiny klienta, a omezení spojená s dynamikou, velikostí a složením terapeutických skupin. Péči o viktimizované klienty komplikují systémové nedostatky, jako je nedostatek lůžek, kvalifikovaného personálu a dostupné psychiatrické a psychologické pomoci. Stigmatizace osob se závislostí, nedostatečné povědomí o viktimizaci a chybějící provázanost mezi různými službami a institucemi omezují přístup k adekvátní péči.

3.8 Diskuze a závěr

První výzkumná otázka se zabývala složením pacientů/klientů v pobytové léčbě závislosti, se kterou se pracovníci v praxi setkávají, z hlediska zkušeností s viktimizací. Výsledky výzkumu ukazují, že viktimizace je mezi osobami v rezidenční léčbě závislosti velmi rozšířená, přičemž většina respondentů uvedla, že se týká většiny či všech klientů. Toto zjištění potvrzuje dostupné poznatky o vysoké prevalenci interpersonálního násilí u osob užívajících návykové látky, dosahující 45,9–71,5 % napříč studiemi (Cole et al., 2018; Daigre et al., 2015; Hong et al., 2023). Některé výpovědi naznačují, že viktimizace může zasahovat menšinovou část populace klientů, což ukazuje na variabilitu prevalence viktimizace mezi různými skupinami klientů. Zkušenosti s viktimizací u klientů v rezidenční léčbě zahrnují široké spektrum trestných činů, včetně zanedbávání a týrání v dětství, fyzického a sexuálního násilí, domácího násilí a majetkové kriminality. Tyto poznatky odpovídají dosavadnímu výzkumu, který potvrzuje výskyt různých forem viktimizace u závislých osob (např. Ataiants et al., 2020; DiGuseppi et al., 2022; Grundmann et al., 2018; Hong et al., 2023; Santo et al., 2021).

Vysoká prevalence viktimizace v dětství u jedinců se závislostí naznačuje platnost hypotézy samoléčby, která předpokládá, že užívání návykových látek slouží jako mechanismus zvládání traumatických zkušeností. Tento závěr je podpořen literaturou, která poskytuje důkazy o tom, že zkušenosti s viktimizací predisponují osoby k užívání návykových látek (např. Choi et al., 2017; de Lint et al., 2017; Fernández-Artamendi et al., 2020; Frøyland et al., 2023; Hughes et al., 2017; Moore et al., 2017). Zkušenosti klientů s týráním, zanedbáváním či zneužíváním v dětství jsou často spojeny s výskytem závislostního chování rodičů nebo jiných forem rodinné dysfunkce, což naznačuje nepříznivý vliv těchto zkušeností na vývoj jedince. Tato zjištění jsou v souladu s dostupnou literaturou, která identifikuje závislostní chování rodičů a další nepříznivé zkušenosti v dětství jako rizikové faktory pro poruchy spojené s užíváním návykových látek (Afifi et al., 2020; Choi et al., 2017). Výsledky naznačují, že klienti s historií viktimizace v dětství zažívají ve zvýšené míře opakovanou viktimizaci i v dospělosti. Tento jev je podložen rozsáhlým výzkumem, který potvrzuje, že násilí zažívané v dětství významně predikuje následnou reviktimizaci v dospělosti (např. Grundmann et al., 2018; Jaffe et al., 2019; Vázquez et al., 2024; Tyler & Schmitz, 2020).

Na základě výsledků výzkumu lze identifikovat skupiny osob se zvýšeným rizikem viktimizace, zahrnující ženy, osoby bez domova a jedince zapojené do trestné činnosti. Ženy jsou viktimizací vystaveny ve vyšší míře než muži, přičemž tento genderový rozdíl je patrný také napříč viktimologickou literaturou, jež poskytuje důkazy o vyšší prevalenci interpersonálního násilí u žen (Bohle & de Vogel, 2017; Daigre et al., 2015; Dean et al., 2018). Tyto poznatky poukazují na nutnost zaměřit se na specifické potřeby žen v léčebných programech, které často čelí složitým traumatickým zkušenostem. Zjištěná vysoká míra viktimizace u závislých jedinců v kontextu bezdomovectví je v souladu s poznatky, jež poukazují na vysokou prevalenci viktimizace v populaci osob bez domova (Tong et al., 2019; Tyler & Ray, 2021). U osob v léčbě závislosti je patrný významný výskyt překrytí role oběti a pachatele, což potvrzuje existující důkazy o tom, že osobní zapojení do kriminální činnosti zvyšuje riziko vystavení viktimizaci (Arribas-Ibar et al., 2018; DeCamp a Zaykowski, 2015; Ruback et al., 2014; Skjærvø et al., 2018).

Pozorované psychické následky u klientů s historií viktimizace potvrzují dosavadní poznatky o hlubokém dopadu traumatických zážitků z viktimizace na psychický a emocionální stav (Durdík et al., 2018; Dworkin et al., 2017; Frøyland et al., 2023; Wong et al., 2016). Častý výskyt symptomů posttraumatické stresové poruchy je v souladu s výsledky studií, jež poukazují na významný výskyt PTSD jakožto přidružené diagnózy syndromu závislosti (Debell et al., 2014; Straus et al., 2018; Torchalla et al., 2014). Zjištěná přítomnost symptomů posttraumatického stresu u klientů v léčbě také potvrzuje významnost PTSD jako mediátoru mezi traumatickými zážitky a užíváním návykových látek, jak je popsáno výzkumem (např. Cross et al., 2015; Lee et al., 2016; Sullivan et al., 2016; Yoon et al., 2017). U klientů s traumatickými zkušenostmi se častěji vyskytují další přidružená psychiatrická onemocnění, jako jsou poruchy osobnosti, úzkostné či depresivní poruchy. Tyto poznatky poukazují na zvýšené riziko rozvoje duševních onemocnění v důsledku viktimizace, které je podrobně zdokumentováno v dostupné literatuře (Durdík et al., 2018; Hughes et al., 2017; Moore et al., 2017).

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, jak pracovníci s problematikou viktimizace pacientů/klientů v pobytové léčbě nakládají. Pracovníci zdůrazňují, že práce s klienty s anamnézou viktimizace vyžaduje individuální a komplexní přístup, který zohledňuje jak léčbu závislosti, tak i zpracování traumatických zážitků. Tato zjištění jsou v souladu s literaturou potvrzující vyšší účinnost kombinace intervencí zaměřených na trauma a s ním spojenou PTSD a závislost ve srovnání s intervencemi zaměřených pouze na závislostní chování (Roberts et al., 2022). Zjištěná zvýšená potřeba bezpečí, důvěry a podpory u osob s historií viktimizace odpovídají dostupným poznatkům o potřebách obětí trestných činů (Kellner et al., 2020). Pracovníci se zaměřují na budování podpůrné sítě klientů, podporu sebehodnocení a sebekřepití, budování zvládacích strategií a zpracování emocí, a využívají techniky jako kognitivně-behaviorální terapie, arteterapie a dramaterapie. Klíčovým prvkem je podpora osobního růstu a přechod od role oběti k aktivnímu účastníkovi uzdravení, vedoucí k posílení osobní odpovědnosti. Využití těchto přístupů je podloženo dostupnými poznatky o účinných technikách, které adresují rozličné potřeby viktimizovaných pacientů, zahrnující strategie posilování postavení a zmocňování, napojení na komunitní zdroje, KBT, nácvik dovedností nebo budování sebeúcty (Sabri et al., 2019). Potřeba posilování aktivního postoje a osobní zodpovědnosti u viktimizovaných klientů potvrzuje poznatky, jež identifikují podporu aktivní účasti jakožto jednu ze základních potřeb obětí trestných činů (Kellner et al., 2020).

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na poznatky o tom, jak z pohledu pracovníků ovlivňuje viktimizace průběh pobytové léčby závislosti a jaká úskalí či komplikace přináší. Z výsledků vyplývá, že zkušenosti s viktimizací mohou podněcovat klienty k aktivnímu řešení problémů, a tím zvyšovat motivaci k léčbě závislosti, což je v souladu s poznatky o zvýšené motivaci ke vstupu do léčby u viktimizovaných klientů (Christie et al., 2022). Respondenti však u viktimizovaných klientů identifikovali také přítomnost snížené motivace spojené se sníženou pravděpodobností vyhledání odborné pomoci a samotného zahájení léčby. Toto je v kontrastu k dostupnou literaturou, jež prokazuje dřívější nástup do léčby u pacientů s chronickou viktimizací ve srovnání s pacienty s nízkou či mírnou viktimizací (Davis, Janssen, et al., 2020). Tato protichůdná zjištění naznačují, že následky traumatických zážitků spojených s viktimizací se mohou u různých klientů projevat odlišně. Viktimizace zároveň může zvyšovat riziko

předčasného ukončení léčby, což odpovídá zjištěním dosavadních výzkumných studií, jež potvrzují zvýšenou pravděpodobnost předčasného ukončení léčby a relapsu během léčby u klientů s historií viktimizace (Derefinco et al., 2019; Fernández-Montalvo et al., 2017). Klienti s anamnézou viktimizace rovněž často vykazují obtíže s adherencí k léčebnému režimu a vyžadují delší dobu k efektivnímu zapojení do terapeutického procesu, což vede k pomalejšímu terapeutickému pokroku. Tato zjištění jsou v souladu s dostupnými poznatky o pomalé terapeutické progresi klientů s vícečetnými zkušenostmi s viktimizací (Karsberg et al., 2021).

Zvýšené riziko retraumatizace a sekundární viktimizace patrné v léčbě závislosti doplňuje dosavadní literaturu, jež poukazuje na proces sekundárního poškozování obětí trestné činnosti v kontaktu s různými institucemi (Durdík et al., 2018; Velikovská, 2016). Respondenti upozorňují na systémové nedostatky, jež ztěžují efektivní koordinaci péče o viktimizované klienty. Identifikovaná omezená dostupnost psychologické a psychiatrické péče a chybějící propojení mezi službami se shodují s literaturou, která upozorňuje na nedostupnost odborné péče pro oběti trestné činnosti a nedostatečnou spolupráci mezi subjekty (Roubalová et al., 2023). Stigmatizace závislých klientů a nedostatečné povědomí odborníků o problematice viktimizace u této populace rovněž významně zhoršují kvalitu poskytované péče. Tato zjištění jsou v souladu s poznatky viktimologických studií, které upozorňují na stigmatizaci obětí z marginalizovaných skupin a bagatelizaci jejich situace ze strany systému (Roubalová et al., 2023). Výsledky výzkumu podtrhují nutnost systémových změn a lepší koordinace mezi službami pro zajištění efektivní péče pro oběti viktimizace.

Přínosy a limity studie

Studie poskytuje cenný vhled do problematiky viktimizace u osob se závislostí v rezidenční léčbě z pohledu pracovníků. Výhodou této studie je detailní mapování přítomnosti a charakteru viktimizace mezi klienty, stejně jako identifikace specifických léčebných postupů a intervencí. Studie poskytuje detailní a komplexní analýzu problematiky viktimizace u osob se závislostí, čímž přispívá k poznatkům o vztahu mezi viktimizací a závislostí a umožňuje lépe pochopit dynamiku viktimizace v kontextu léčby závislosti. Díky zaměření na perspektivu pracovníků v rezidenčních léčebných zařízeních je možné získat praktické a aplikovatelné poznatky, které přímo ovlivňují každodenní praxi v léčbě závislostí. Studie identifikuje a popisuje různé terapeutické metody a přístupy, které pracovníci používají při práci s klienty s historií viktimizace. Tím poskytuje cenné informace o osvědčených postupech a strategiích, které mohou zlepšit účinnost léčby a snížit míru relapsu.

Jedním z hlavních přínosů studie je rozsáhlé množství výpovědí a relativně vysoký počet respondentů, což zajišťuje značnou výpovědní hodnotu výzkumu. Tento bohatý soubor dat umožňuje hlubší pochopení zkušeností a potřeb viktimizovaných klientů a poskytuje pevný základ pro vývoj kvantitativních nástrojů, jako jsou dotazníky pro pracovníky v adiktologických službách. Tyto nástroje mohou být následně využity pro další výzkum v oblasti problematiky viktimizace v rezidenční léčbě závislosti. Výsledky studie zdůrazňují význam integrace léčby závislosti a trauma-informovaného přístupu, podporující trend směrem k holistickým a individuálně přizpůsobeným přístupům, které zohledňují komplexní potřeby

klientů. Studie zdůrazňuje význam multidisciplinárního přístupu v léčbě závislostí, čímž podporuje důležitost spolupráce mezi různými odborníky, jako jsou terapeuti, psychologové, sociální pracovníci a lékaři. Studie významně přispívá ke zvýšení povědomí o problému viktimizace mezi osobami se závislostí, což může vést k lepší podpoře a ochraně této populace.

Mezi hlavní limity studie patří její omezená geografická a demografická reprezentativnost, jež může omezit generalizovatelnost výsledků. Vzhledem k použitému designu nelze z výsledků studie vyvozovat obecnější závěry a výsledky nemusí být plně aplikovatelné v odlišných kulturních nebo sociálních kontextech. Výzkum spoléhá na subjektivní výpovědi pracovníků, což může vést k určitému zkreslení výsledků. Subjektivní hodnocení může být ovlivněno osobními zkušenostmi, přesvědčeními a postoji respondentů, což může ovlivnit objektivitu a přesnost získaných dat. Studie neposkytuje longitudinální data, což znamená, že není možné sledovat dlouhodobé dopady identifikovaných terapeutických strategií a přístupů na klienty. Dlouhodobé studie by umožnily lépe pochopit, jaké intervence jsou nejúčinnější v prevenci relapsu a zlepšení celkového psychického zdraví klientů. Přestože studie poskytuje celkový obraz o problematice viktimizace, může postrádat detailní analýzu specifických podskupin klientů, jako jsou ženy, osoby s duálními diagnózami nebo mladiství. Detailnější analýza těchto skupin by mohla přinést cenné poznatky pro cílenější terapeutické intervence. I přes tyto limity studie přináší důležité poznatky, které mohou být využity ke zlepšení léčebných postupů a podpory viktimizovaných klientů v léčbě závislosti.

Doporučení pro praxi a další výzkum

Studie poskytuje podklad pro další výzkum v oblasti viktimizace a závislosti, čímž otevírá nové možnosti pro hlubší pochopení této problematiky. Další studie by měly podrobněji zkoumat jev viktimizace u klientů v léčbě závislosti, s využitím kvantitativních metod a přímého zapojení klientů jako výzkumného vzorku. Návazný výzkum by měl zohlednit významný fenomén polyviktimizace u osob se závislostí a zkoumat, jak různé formy viktimizace interagují a ovlivňují léčebné procesy. Je třeba se rovněž zaměřit na dlouhodobé psychologické a sociální dopady viktimizace na osoby v léčbě závislosti, které mohou ovlivnit proces zotavení. Důležitý je také výzkum genderových rozdílů v problematice viktimizace, se zaměřením na odlišnost zkušenosti s viktimizací, psychologických následků a léčebných potřeb. Výzkum by měl zahrnout specifické potřeby různých zranitelných skupin, jako jsou ženy, mladiství, starší osoby a osoby s fyzickým či mentálním hendikepem, které jsou zvláště náchylné k sekundární viktimizaci. Další výzkumy by měly hodnotit efektivitu různých intervencí a programů zaměřených na pomoc obětem trestných činů, k identifikaci účinných přístupů v podpoře zotavení.

Zvyšování povědomí a odborné vzdělávání pracovníků v oblasti traumatu a retraumatizace je klíčové. Pracovníci by měli být připraveni rozpoznat a adekvátně reagovat na potřeby viktimizovaných klientů a využívat přístupy předcházející riziku retraumatizace a sekundární viktimizace. Důležitá je implementace multidisciplinárních přístupů v léčbě závislostí, zahrnující spolupráci s odborníky z různých oblastí, jako jsou psychologové, právníci a sociální pracovníci, jež může výrazně přispět k celkovému zotavení klientů. Významné je zajištění

kontinuity péče po ukončení rezidenční léčby, jež zahrnuje přístup k doléčovacím službám, komunitní podpoře a programům, které pomáhají klientům integrovat se zpět do společnosti a předcházet relapsu. Zlepšení kvality péče o viktimizované klienty by mohlo být podpořeno vytvořením platformy pro pracovníky v této oblasti, kde mohou sdílet zkušenosti, osvědčené postupy a získávat podporu od kolegů. Pravidelné webináře, semináře a školení odborníků by poskytovaly interaktivní vzdělávání a podporovaly síťování a spolupráci mezi pracovníky.

Je nezbytné zlepšit koordinaci a provázanost mezi jednotlivými službami zdravotního a sociálního sektoru a odbornými institucemi, jako jsou policie, soudy či OSPOD, aby byla zajištěna integrovaná a nestigmatizující péče pro viktimizované osoby. Aktivita zaměřené na destigmatizaci obětí viktimizace a osob se závislostí, zahrnující programy pro širokou veřejnost, odborníky v oblasti zdravotní a sociální péče i další profesionály, jsou klíčové pro zajištění efektivní podpory těchto osob. Zvýšené povědomí a porozumění mohou přispět k vytvoření empatičtější a podpůrné komunity, jež je zásadní pro úspěšnou rehabilitaci a sociální reintegraci obětí viktimizace a osob závislých na návykových látkách. Zvýšení dostupnosti odborných služeb a podpory pro oběti, včetně fyzické a finanční dostupnosti, je klíčové, včetně podpory a posílení stávajících kapacit zdravotní a sociální péče a rozšíření sítě neziskových organizací, které poskytují specializovanou pomoc obětem trestné činnosti. Rozvoj preventivních programů zaměřených na rizikové skupiny náchylné k viktimizaci a závislosti představuje účinný nástroj v předcházení viktimizace a problémům s duševním zdravím, včetně závislosti na návykových látkách.

4 Seznam použité literatury

- Afifi, T. O., Taillieu, T., Salmon, S., Davila, I. G., Stewart-Tufescu, A., Fortier, J., Struck, S., Asmundson, G. J. G., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104504. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104504>
- Arribas-Ibar, E., Suelves, J. M., Sanchez-Niubò, A., Tirado-Muñoz, J., Domingo-Salvany, A., & Brugal, M. T. (2018). Violence among illicit drug users recruited in drug treatment facilities. *Adicciones*, 988. <https://doi.org/10.20882/adicciones.988>
- Ataiants, J., Mazzella, S., Roth, A. M., Robinson, L. F., Sell, R. L., & Lankenau, S. E. (2020). Multiple Victimizations and Overdose Among Women With a History of Illicit Drug Use. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3–4). <https://doi.org/10.1177/0886260520927501>
- Bender, K., Brown, S. M., Thompson, S. J., Ferguson, K. M., & Langenderfer, L. (2015). Multiple Victimizations Before and After Leaving Home Associated With PTSD, Depression, and Substance Use Disorder Among Homeless Youth. *Child Maltreatment*, 20(2), 115–124. <https://doi.org/10.1177/1077559514562859>
- Bender, K., Ferguson, K., Thompson, S., & Langenderfer, L. (2014). Mental health correlates of victimization classes among homeless youth. *Child Abuse & Neglect*, 38(10), 1628–1635. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.001>
- Blatníková, Š., Faridová, P., & Zeman, P. (2015). *Znásilnění v ČR – trestné činy a odsouzení pachatelé*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Bohle, A., & de Vogel, V. (2017). Gender Differences in Victimization and the Relation to Personality Disorders in Forensic Psychiatry. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 411–429. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1284170>
- Bryan, A. E., Norris, J., Abdallah, D. A., Stappenbeck, C. A., Morrison, D. M., Davis, K. C., George, W. H., Danube, C. L., & Zawacki, T. (2016). Longitudinal Change in Women's Sexual Victimization Experiences as a Function of Alcohol Consumption and Sexual Victimization History: A Latent Transition Analysis. *Psychology of Violence*, 6(2), 271–279. <https://doi.org/10.1037/a0039411>
- Brown, R. T., Goodman, L., Guzman, D., Tieu, L., Ponath, C., & Kushel, M. B. (2016). Pathways to Homelessness among Older Homeless Adults: Results from the HOPE HOME Study. *PLoS ONE*, 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155065>
- Buriánek, J., Krulichová, E., Malvotová, P., Novopacká, M., Paloušová, V., & Podaná, Z. (2023). *Násilí tváří V tvář: Zkoumání kalamitních podob partnerských vztahů* (J. Buriánek & Z. Podaná, Eds.). Karolinum.
- Buriánek, J., Pikálková, S., & Podaná, Z. (2015). *Abused, Battered, or Stalked: Violence in Intimate Partner Relations Gendered*. Karolinum.

- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R., & Stith, S. M. (2018). Substance Use and Intimate Partner Violence: A Meta-Analytic Review. *Psychology of Violence*, 8(1), 110–131. <https://doi.org/10.1037/vio0000074>
- Caravaca-Sánchez, F., Aizpurua, E., Taliaferro, L. A., & Stephenson, A. (2023). Substance use and victimization experiences among college students in Spain. *Journal of American College Health*, 71(2), 607–615. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1900196>
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood Trauma and Illicit Drug Use in Adolescence: A Population-Based National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701–708. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.010>
- Český statistický úřad. (2023). *Zaostřeno na ženy a muže 2023*.
- Čírtková, L. (2004). *Forenzní psychologie* (1st ed.). Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Čírtková, L. (2006). *Policejní psychologie* (1st ed.). Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., & Choi, B. Y. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+years. *International Psychogeriatrics*, 29(3), 359–372. <https://doi.org/10.1017/s1041610216001800>
- Christie, N. C., DiGuseppi, G., Pakdaman, S., Lee, D. S., Pham, D., Saba, S. K., & Davis, J. P. (2022). Influences of poly-victimization on adolescents' pre-treatment cognitive motivations and post-treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 142, 108856. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108856>
- Cole, J., Sprang, G., & Silman, M. (2018). Interpersonal Trauma Exposure, Trauma Symptoms, and Severity of Substance Use Disorder among Youth Entering Outpatient Substance Abuse Treatment. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 341–349. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0239-3>
- Cosden, M., Larsen, J. L., Donahue, M. T., & Nylund-Gibson, K. (2015). Trauma Symptoms for Men and Women in Substance Abuse Treatment: A Latent Transition Analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.09.004>
- Cross, D., Crow, T., Powers, A., & Bradley, B. (2015). Childhood Trauma, PTSD, and Problematic Alcohol and Substance Use in Low-income, African-American Men and Women. *Child Abuse & Neglect*, 44, 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.007>
- Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M., & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or

- physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research*, 229(3), 743–749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>
- Daigle, L. E. (2021). *Victimology: The Essentials*. SAGE Publications.
- Dammeyer, J., & Chapman, M. (2018). A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5277-0>
- Davis, J. P., Christie, N. C., Dworkin, E. R., Prindle, J., Dumas, T. M., DiGuseppi, G., Helton, J. J., & Ring, C. (2020). Influences of victimization and comorbid conditions on latency to illicit drug use among adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 206, 107721. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107721>
- Davis, J. P., Dworkin, E. R., Helton, J., Prindle, J., Patel, S., Dumas, T. M., & Miller, S. (2019). Extending poly-victimization theory: Differential effects of adolescents' experiences of victimization on substance use disorder diagnoses upon treatment entry. *Child Abuse & Neglect*, 89, 165–177. doi:10.1016/j.chiabu.2019.01.009
- Davis, J. P., Janssen, T., Dworkin, E. R., Dumas, T. M., Goldbach, J., & Monterosso, J. (2020). Influences of victimization and comorbid conditions on substance use disorder outcomes in justice-involved youth: A discrete time survival mixture analysis. *Development and Psychopathology*, 32(3), 1045–1058. <https://doi.org/10.1017/s0954579419000750>
- Dean, K., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Webb, R. T., Mortensen, P. B., & Agerbo, E. (2018). Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness. *JAMA Psychiatry*, 75(7), 689–696. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0534>
- Debell, F., Fear, N. T., Head, M., Batt-Rawden, S., Greenberg, N., Wessely, S., & Goodwin, L. (2014). A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(9), 1401–1425. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0855-7>
- DeCamp, W., & Zaykowski, H. (2015). Developmental victimology: Estimating group victimization trajectories in the age–victimization curve. *International Review of Victimology*, 21(3), 255–272. <https://doi.org/10.1177/0269758015591722>
- de Lint, W., Marmo, M., Groves, A., & Pocrnic, A. (2017). Crime victims' self-medication: Findings from a study in South Australia. *International Review of Victimology*, 23(2), 159–177. <https://doi.org/10.1177/0269758016686280>
- Derefinko, K. J., Salgado García, F. I., Talley, K. M., Bursac, Z., Johnson, K. C., Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E., Andrasik, F., & Sumrok, D. D. (2019). Adverse childhood experiences predict opioid relapse during treatment among rural adults. *Addictive Behaviors*, 96, 171–174. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.05.008>

- de Vries, B., van Busschbach, J. T., van der Stouwe, E. C. D., Aleman, A., van Dijk, J. J. M., Lysaker, P. H., Arends, J., Nijman, S. A., & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Prevalence Rate and Risk Factors of Victimization in Adult Patients With a Psychotic Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 114–126. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby020>
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., Watts, C., & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379–391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>
- de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., & Goudriaan, A. E. (2017). Prevalence of Victimization in Patients With Dual Diagnosis. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(2), 119–123. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1274067>
- de Waal, M. M., Dekker, J. J., Kikkert, M. J., Kleinhesselink, M. D., & Goudriaan, A. E. (2017). Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1413-0>
- DiGuseppi, G. T., Ring, C. R., Rice, E. R., & Davis, J. P. (2022). Sex differences in poly-victimization among youth experiencing homelessness prior to substance use treatment. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105670. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105670>
- Durdík, T., Čírtková, L., Háková, D., & Vitoušová, P. (2018). *Zákon o obětech trestných činů. Komentář*. Wolters Kluwer.
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Edalati, H., & Nicholls, T. L. (2019). Childhood Maltreatment and the Risk for Criminal Justice Involvement and Victimization Among Homeless Individuals: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(3), 315–330. <https://doi.org/10.1177/1524838017708783>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2021). *Crime, Safety and Victims' Rights: Fundamental Rights Survey*. Publications Office of the European Union.
- Fereidooni, F., Daniels, J. K., & Lommen, M. J. (2024). Childhood Maltreatment and Revictimization: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 291–305. <https://doi.org/10.1177/15248380221150475>
- Fernández-Artamendi, S., Águila-Otero, A., F. Del Valle, J., & Bravo, A. (2020). Victimization and substance use among adolescents in residential child care. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104484. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104484>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Cacho, R., & Azanza, P. (2017). Therapeutic Progression in Abused Women Following a Drug-Addiction Treatment

- Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(13), 2046–2056.
<https://doi.org/10.1177/0886260515591980>
- Frøyland, L. R., Pedersen, W., Stefansen, K., & von Soest, T. (2023). Sexual and Physical Victimization and Health Correlates Among Norwegian Adolescents. *Archives of Sexual Behavior*, 52(7), 2767–2777. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02604-8>
- Grundmann, J., Lincoln, T. M., Lüdecke, D., Bong, S., Schulte, B., Verthein, U., & Schäfer, I. (2018). Traumatic Experiences, Revictimization and Posttraumatic Stress Disorder in German Inpatients Treated for Alcohol Dependence. *Substance Use & Misuse*, 53(4), 677–685. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1361997>
- Haahr-Pedersen, I., Ershadi, A. E., Hyland, P., Hansen, M., Perera, C., Sheaf, G., Bramsen, R. H., Spitz, P., & Vallières, F. (2020). Polyvictimization and psychopathology among children and adolescents: A systematic review of studies using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104589>
- Haller, M., & Chassin, L. (2014). Risk Pathways among Traumatic Stress, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Alcohol and Drug Problems: A Test of Four Hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 841–851. <https://doi.org/10.1037/a0035878>
- Hautala, S., Hakkarainen, P., Kuussaari, K., Kataja, K., & Kailanto, S. (2019). Violence as a part of the drug scene. *Nordic Journal of Criminology*, 20(1), 2–19. <https://doi.org/10.1080/14043858.2019.1572943>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace* (4th ed.). Portál.
- Hong, C., Hoskin, J., Berteau, L. K., Schamel, J. T., Wu, E. S., King, A. R., Randall, HBOU Study Team, L. A., Holloway, I. W., & Frew, P. M. (2023). Violence Victimization, Homelessness, and Severe Mental Illness Among People Who Use Opioids in Three U.S. Cities. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(19–20), 11165–11185. <https://doi.org/10.1177/08862605231179720>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(17)30118-4)
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Gratz, K. L., & Messman-Moore, T. L. (2019). Risk for Revictimization Following Interpersonal and Noninterpersonal Trauma: Clarifying the Role of Posttraumatic Stress Symptoms and Trauma-Related Cognitions. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 42–55. <https://doi.org/10.1002/jts.22372>
- Jessell, L., Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Vakharia, S. P., Syckes, C., Goodbody, E., Ruggles, K. V., & Friedman, S. (2017). Sexual Violence in the Context of Drug Use Among Young Adult Opioid Users in New York City. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(19), 2929–2954. <https://doi.org/10.1177/0886260515596334>

- Karsberg, S., Hesse, M., Pedersen, M. M., Charak, R., & Pedersen, M. U. (2021). The impact of poly-traumatization on treatment outcomes in young people with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 21(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03129-x>
- Kellner, T., Hýl, P., Švadlenová, M., & Faměrová, R. (2020). *Studie potřeb obětí trestných činů*. Probační a mediační služba.
- Keyser-Marcus, L., Alvanzo, A., Rieckmann, T., Thacker, L., Sepulveda, A., Forcehimes, A., Islam, L. Z., Leisey, M., Stitzer, M., & Svikis, D. S. (2015). Trauma, Gender, and Mental Health Symptoms in Individuals With Substance Use Disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(1), 3–24. <https://doi.org/10.1177/0886260514532523>
- Kodymová, P., & Davidová, I. (2018). Domácí násilí bez domova. *Fórum sociální práce*, 9(1), 95–103.
- Kok, T., de Haan, H., van der Meer, M., Najavits, L., & de Jong, C. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: What is the gain in addition to PTSD symptoms? *Psychiatry Research*, 226(1), 328–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.014>
- Krulichová, E., & Podaná, Z. (2019). Adolescent fear of crime: Testing Ferraro's risk interpretation model. *European Journal of Criminology*, 16(6), 746–766. <https://doi.org/10.1177/1477370818788014>
- Lee, J. Y., Brook, J. S., Finch, S. J., & Brook, D. W. (2016). Pathways from victimization to substance use: Post traumatic stress disorder as a mediator. *Psychiatry Research*, 237, 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.049>
- Maniglio, R. (2015). Association between peer victimization in adolescence and cannabis use: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.002>
- Marr, C., Webb, R. T., Yee, N., & Dean, K. (2024). A Systematic Review of Interpersonal Violence Perpetration and Victimization Risk Examined Within Single Study Cohorts, Including in Relation to Mental Illness. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 130–149. <https://doi.org/10.1177/15248380221145732>
- Martinková, M. (2007). *Zkušenosti obyvatel České republiky s některými delikty: výsledky viktimologického výzkumu*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A Review of the Long-Term Impact of Child Maltreatment on Posttraumatic Stress Disorder and Its Comorbidities: An Emotion Dysregulation Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>

- Metlická, T. (2021). *Problematika viktimizace uživatelů drog z perspektivy pracovníků adiktologických nízkoprahových služeb na území Hl. města Prahy* (diplomová práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1st ed.). Grada.
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Podaná, Z. (2019). Viktimizace a vícenásobná viktimizace dětí. *Česká kriminologie*, (1), 1–19.
- Podaná, Z., & Krulichová, E. (2023). Victimization experience does matter: Testing the effect of different types of victimization on fear of crime among adolescents. *European Journal of Criminology*, 20(4), 1529–1548. <https://doi.org/10.1177/14773708211053829>
- Pratt, T. C., & Turanovic, J. J. (Eds.). (2021). *Revitalizing Victimization Theory: Revisions, Applications, and New Directions* (1st ed.). Routledge.
- Puente Guerrero, P. (2023). Lifestyle-Exposure Theory as a Framework to Analyze Victimization of People Experiencing Homelessness. *Deviant Behavior*, 44(10), 1549–1569. <https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2214660>
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů* (1st ed.). Grada.
- Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2041831. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>
- Roubalová, M. (2021). Co ze statistik (ne)víme o obětech kriminality. *Česká Kriminologie*, (1–2), 1–11.
- Roubalová, M., Holas, J., Kostelníková, Z., & Pešková, M. (2019). *Oběti kriminality: Poznatky z viktimizační studie*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Roubalová, M., Holas, J., Martinková, M., & Paloušová, V. (2023). *Obyvatelé ČR a viktimizace: Nové poznatky z výzkumu*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Ruback, R. B., Clark, V. A., & Warner, C. (2014). Why Are Crime Victims at Risk of Being Victimized Again? Substance Use, Depression, and Offending as Mediators of the Victimization–Revictimization Link. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(1), 157–185. <https://doi.org/10.1177/0886260513504626>

- Sabri, B., Greene, C., & Lucas, G. M. (2019). A systematic review of comprehensive interventions for substance abuse: Focus on victimization. *Aggression and Violent Behavior*, 48, 46–59. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.006>
- Santo, T., Campbell, G., Gisev, N., Tran, L. T., Colledge, S., Di Tanna, G. L., & Degenhardt, L. (2021). Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108459. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108459>
- Scoglio, A. A., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2021). Systematic Review of Risk and Protective Factors for Revictimization After Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 41–53. <https://doi.org/10.1177/1524838018823274>
- Scheinost, M., Diblíková, S., Grohmannová, K., Hulmáková, J., Paloušová, V., Přesličková, H., Roubalová, M., & Večerka, K. (2023). *Analýza trendů kriminality v České republice v roce 2022*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Seid, A. K., Hesse, M., Houborg, E., & Thylstrup, B. (2022). Substance Use and Violent Victimization: Evidence from a Cohort of >82,000 Patients Treated for Alcohol and Drug Use Disorder in Denmark. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13–14), NP12427–NP12452. <https://doi.org/10.1177/0886260521997456>
- Simpson, T. L., Lehavot, K., & Petrakis, I. L. (2017). No Wrong Doors: Findings from a Critical Review of Behavioral Randomized Clinical Trials for Individuals with Co-Occurring Alcohol/Drug Problems and Posttraumatic Stress Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(4), 681–702. <https://doi.org/10.1111/acer.13325>
- Skjærvø, I., Clausen, T., Skurtveit, S., Abel, K. F., & Bukten, A. (2018). Similarities and Differences in Victimization Risk Factors for Nonoffending and Offending Substance Users. *Victims & Offenders*, 13(4), 526–541. <https://doi.org/10.1080/15564886.2017.1383332>
- Sochůrek, J. (2003). *Nástin vybraných problémů viktimologie* (1st ed.). Technická univerzita v Liberci.
- Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. (2021). Sekretariát vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
- Straus, E., Haller, M., Lyons, R. C., & Norman, S. B. (2018). Functional and psychiatric correlates of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(2), 121–129.
- Stripe, N. (2023, October 18). *Crime in England and Wales: year ending June 2023*. Office for National Statistics. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/bulletins/crimeinenglandandwales/yearendingjune2023#crime-data>
- Sullivan, T. P., Weiss, N. H., Flanagan, J. C., Willie, T. C., Armeli, S., & Tennen, H. (2016). PTSD and Daily Co-Occurrence of Drug and Alcohol Use Among Women

- Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(1), 36–42. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1146516>
- Swedo, E. A., Sumner, S. A., de Fijter, S., Werhan, L., Norris, K., Beauregard, J. L., Montgomery, M. P., Rose, E. B., Hillis, S. D., & Massetti, G. M. (2020). Adolescent Opioid Misuse Attributable to Adverse Childhood Experiences. *The Journal of Pediatrics*, 224. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.001>
- Thompson, A., & Tapp, S. N. (2023). *Criminal Victimization, 2022*. U.S. Department of Justice: Bureau of Justice Statistics.
- Tong, M. S., Kaplan, L. M., Guzman, D., Ponath, C., & Kushel, M. B. (2019). Persistent Homelessness and Violent Victimization Among Older Adults in the HOPE HOME Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(17–18), 8519–8537. <https://doi.org/10.1177/0886260519850532>
- Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., Aube Linden, I., Noel, F., & Krausz, M. (2014). Posttraumatic stress disorder and substance use disorder comorbidity in homeless adults: Prevalence, correlates, and sex differences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 443–452. <https://doi.org/10.1037/a0033674>
- Turner, S., Taillieu, T., Fortier, J., Salmon, S., Cheung, K., & Afifi, T. O. (2018). Bullying victimization and illicit drug use among students in Grades 7 to 12 in Manitoba, Canada: a cross-sectional analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 109(2), 183–194. <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0030-0>
- Tyler, K. A., & Ray, C. M. (2021). A Latent Class Analysis of Lifetime Victimization Among Homeless Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(15–16), 7202–7222. <https://doi.org/10.1177/0886260519834090>
- Tyler, K. A., & Schmitz, R. M. (2020). Childhood Disadvantage, Social and Psychological Stress, and Substance Use Among Homeless Youth: A Life Stress Framework. *Youth & Society*, 52(2), 272–287. <https://doi.org/10.1177/0044118x18767032>
- Van Brown, B. L., Kopak, A., & Hoffmann, N. (2020). Exposure to Violence and Posttreatment Substance Use Among Patients With Opioid Use Disorder. *Journal of Drug Education*, 49(1–2), 15–29. <https://doi.org/10.1177/0047237919894959>
- Van Dijk, J. (2012). *Closing the doors: Highlights of the International Crime Victims Survey 1987-2012*. Prismaprint.
- Vázquez, J. J., Lenta, M., Cabrera, A., & Panadero, S. (2024). The Role of Childhood Violence in Adult Victimization Among Women Experiencing Homelessness in Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–22. <https://doi.org/10.1177/08862605241245381>
- Velikovská, M. (2016). *Psychologie obětí trestných činů* (1st ed.). Grada.
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 67–80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>

- Walklate, S. (Ed.). (2017). *Handbook of Victims and Victimology* (2nd ed.). Routledge.
- Walsh, K., Resnick, H. S., Danielson, C. K., McCauley, J. L., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2014). Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addictive Behaviors*, 39(3), 684–689. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.12.006>
- Wong, C. F., Clark, L. F., & Marlotte, L. (2016). The Impact of Specific and Complex Trauma on the Mental Health of Homeless Youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 831–854. <https://doi.org/10.1177/0886260514556770>
- Yoon, S., Kobulsky, J. M., Yoon, D., & Kim, W. (2017). Developmental pathways from child maltreatment to adolescent substance use: The roles of posttraumatic stress symptoms and mother-child relationships. *Children and Youth Services Review*, 82, 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.09.035>
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>
- Zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů (zákon o obětech trestných činů), v platném znění. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-45>
- Zaykowski, H., Smelson, D. A., & DeCamp, W. (2019). Reducing Victimization among Chronically Homeless Adults with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Examination of Housing Placement and Risky Lifestyles. *Victims & Offenders*, 14(6), 712–726. <https://doi.org/10.1080/15564886.2019.1628142>

5 Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Základní charakteristika výzkumného souboru – pracovníci psychiatrických nemocnic 49

Tabulka 2: Základní charakteristika výzkumného souboru – pracovníci terapeutických komunit 49

Graf 1: Formy trestné činnosti páchané na klientech 52

Graf 2: Formy viktimizace v dětství páchané na klientech..... 53

Graf 3: Formy sexuálního násilí páchaného na klientech..... 54

Graf 4: Formy kriminálního chování páchaného klienty 57

Graf 5: Oblasti zaměření práce s viktimizovanými klienty 72

Graf 6: Dopady viktimizace na zapojení klienta do léčby 80

Graf 7: Meze a komplikace v práci s viktimizovanými klienty 83

Graf 8: Systémové nedostatky v péči o viktimizované klienty 91

6 Přílohy

6.1 Příloha 1: Informace pro účastníka, informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu, který slouží jako podklad pro diplomovou práci s názvem ***Problematika viktimizace osob se závislostí v adiktologických službách rezidenční léčby z pohledu pracovníků***. Jmenuji se Adéla Režná a jsem studentka 2. ročníku magisterského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tímto bych Vás chtěla poprosit o spolupráci a věnování několika minut Vašeho času k poskytnutí polostrukturovaného rozhovoru, kterým mi velmi pomůžete ve zpracování diplomové práce a úspěšném zakončení studia.

Věnujte prosím pozornost následujícím informacím, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením do výzkumu.

Co je cílem a očekávaným přínosem výzkumu?

Cílem výzkumu je zmapovat, jak se problematika viktimizace pacientů/klientů promítá do průběhu rezidenční léčby závislosti. Výsledky diplomové práce mohou být přínosem k hlubšímu porozumění fenoménu kriminality páchané na uživatelích návykových látek v rámci adiktologického léčebného kontinua.

Jak bude výzkum probíhat?

Výzkum bude probíhat ve všech adiktologických službách v České republice, které poskytují pobytovou léčbu závislosti, konkrétně v zařízeních psychiatrických nemocnic a terapeutických komunit. Výzkum se skládá z polostrukturovaných rozhovorů se zástupci jednotlivých služeb pobytové léčby, o jehož poskytnutí jste byl/a požádán/a. Po shromáždění dostatečného množství dat budou získaná data vyhodnocena. Vyhodnocení výsledků výzkumu bude publikováno v souhrnné podobě v diplomové práci *Problematika viktimizace osob se závislostí v adiktologických službách rezidenční léčby z pohledu pracovníků*, volně dostupné v Digitálním repozitáři závěrečných prací Univerzity Karlovy na adrese <https://dspace.cuni.cz>.

Vaše zapojení do projektu

Otázky, které Vám budou během interview kladeny, se týkají Vašeho vnímání rozšířenosti problematiky viktimizace u klientů/pacientů v pobytové léčbě, způsobů práce s viktimizovanými klienty/pacienty a vlivu viktimizace na průběh léčby. **Veškeré Vámi sdělené informace jsou velmi cenné a přínosné.** Rozhovor probíhá formou online schůzky (platforma Skype) či osobního setkání s ohledem na preference účastníka. Délka rozhovoru se pohybuje v rozmezí **30–45 minut**. V případě, že budete souhlasit s nahráváním rozhovoru, bude pořizován audiozáznam průběhu rozhovoru.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu

Pokud se výzkumu zúčastníte, budete v něm vystupovat **zcela anonymně**. Vámi sdělené informace budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace Vaší osoby. V publikovaných výsledcích nebudou figurovat názvy jednotlivých organizací, jména zúčastněných osob, ani popis pracovní pozice zástupce služby.

Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení

Vaše účast na tomto výzkumu je **zcela dobrovolná**. Účast můžete odmítnout kdykoliv bez udání důvodu, až do doby převedení dat do anonymizované textové podoby, kdy již nebude možné identifikovat odpovědi konkrétních účastníků.

Další informace o studii můžete získat od autorky diplomové práce Bc. Adély Režné e-mailem reznaad@gmail.com. Veškeré stížnosti ohledně průběhu výzkumu můžete směřovat na vedoucí diplomové práce Mgr. Hanu Fidesovou, Ph.D. emailem hana.fidesova@lf1.cuni.cz.

Souhlas s účastí ve výzkumu podáváte formou ústního prohlášení, které bude součástí nahrávky (v případě souhlasu s pořízením audiozáznamu).

Udělením souhlasu s účastí ve výzkumu potvrzujete, že jste byl/a seznámen/a s informacemi pro účastníky.

6.2 Příloha 2: Struktura rozhovoru

1. Jak často se s problematikou viktimizace u klientů v léčbě setkáváte?
2. S jakými trestnými činy se klienti jakožto oběti nejčastěji setkávají?
3. Vnímáte rozdíly v charakteristice viktimizace klientů z hlediska užívané látky?
4. Vnímáte rozdíly v charakteristice viktimizace klientů z hlediska pohlaví?
5. Setkáváte se v léčbě s klienty, kteří vykazují známky traumatu nebo PTSD v důsledku viktimizace?
6. Jak se v léčbě dozvídáte, že se klient stal obětí trestné činnosti?
7. Probíhá nějaké posouzení klienta z hlediska viktimizace a souvisejících příznaků PTSD?
8. Spolupracujete v rámci léčby s nějakými organizacemi, které se zabývají prací s oběťmi trestné činnosti?
9. Vnímáte nějaké specifické potřeby viktimizovaných klientů v léčbě ve srovnání s jejich vrstevníky?
10. Jak se v léčbě pracuje s viktimizovanými klienty? Existují nějaké intervence či techniky specificky orientované na tyto klienty?
11. Jakým způsobem viktimizace ovlivňuje zapojení klienta do léčby?
12. Má problematika viktimizace klienta vliv na jeho výsledky v léčbě?
13. Vnímáte nějaké limity v práci s klienty, kteří se stali oběťmi trestné činnosti?
14. Přináší práce s viktimizovanými klienty nějaká rizika či komplikace?

6.3 Příloha 3: Stanovisko Etické komise Kliniky adiktologie



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-076/2023

Název práce: **Problematika viktimizace osob se závislostí v adiktologických službách rezidenční léčby z pohledu pracovníků**
Druh práce: diplomová
Student: **Bc. Adéla Režná**
Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Předložená dokumentace:
- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 19. prosince 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová (nehlasovala), Lenka Šťastná, Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 19. prosince 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lf1.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lf1.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie