

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Psychosociální problematika osob závislých na návykových látkách při
abstinenci**

Psychosocial issues of drug addicts during abstention

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:

Romana Broftová

Praha 2020

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce MUDr. Jiřině Ondrušové za její cenné rady, trpělivost a samostatnost, s kterou jsem mohla práci vypracovat. Dále bych chtěla poděkovat zaměstnancům a respondentům z Psychiatrické nemocnice Bohnice za jejich vstřícnost, otevřenost a ochotu při mém výzkumu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací „Psychosociální problematika osob závislých na návykových látkách při abstinenci“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 7. 2020

Romana Broftová

Anotace

V bakalářské práci je dle dostupných pramenů popsána psychosociální problematika osob závislých na návykových látkách s důrazem na náročné období léčby, kdy se léčí ze závislosti. Teoretické poznatky budou doplněné kazuistikami.

Klíčová slova

Abstinence, závislost, relaps, motivace, resocializace, návyková látka,

Annotation

The bachelor's thesis describes the psychosocial problems of people addicted to addictive substances with emphasis on the demanding period of treatment, when they are treated for addiction. Theoretical knowledge will be supplemented by case studies.

Keywords

Abstention, dependency, relaps, motivation, resocialization, addictive substance

Obsah

Úvod.....	8
1. Závislost.....	10
1.1. Vznik závislosti	10
1.2. Druhy závislosti.....	11
1.3. Projev závislosti.....	12
1.4. Průběh závislosti.....	14
1.5. Léčba závislosti	16
1.5.1. Terénní práce.....	16
1.5.2 Ambulantní léčba	17
1.5.3 Pobytová léčba	17
2. Sociální důsledky užívání návykových látek.....	20
2.1. Důsledky ztráty zaměstnání.....	20
2.2. Rodinná problematika.....	20
2.3. Psychické důsledky.....	22
2.4. Kriminalita a prostituce	22
2.5. Zdravotní problémy	23
3. Práce s motivací	24
3.1. Stanovení cílů	24
3.2. Stav motivace	25
4. Resocializace při abstinenci.....	28
4.1. Cíle sociální rehabilitace	28
4.2. Formy resocializace	28
4.3. Následná péče	31
5. Recidiva	35
5.1. Prevence zvládnání relapsu	35
5.2. Druhy recidivy.....	38

5.3. Model relapsu (kognitivně – behaviorální)	38
5.4. Přístupy poradce	39
6. Vyhodnocení dotazníků od klientů PN Bohnice.....	41
6.1. Cíl výzkumného šetření	41
6.2. Popis skupiny respondentů	41
6.3. Metody a techniky výzkumu	42
6.4. Formulace výzkumných otázek	43
6.5. Průběh výzkumného šetření.....	43
6.6. Analýza dotazníků	43
6.6.1 Otázka číslo 1	43
6.6.2 Otázka číslo 2	44
6.6.3. Otázka číslo 3	45
6.6.4. Otázka číslo 4	45
6.6.5. Otázka číslo 5	46
6.6.6. Otázka číslo 6	47
6.7. Shrnutí	47
Závěr.....	49
Seznam použité literatury.....	50
Seznam internetových zdrojů	52
Seznam příloh.....	54

Seznam zkratk

Atd. – a tak dále

AA – anonymní alkoholici

MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. Revize

Tzn. – to znamená

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala téma *Psychosociální problematika osob závislých na návykových látkách při abstinenci*. Toto téma jsem si zvolila, jelikož jsem v rámci svého bakalářského studia absolvovala odbornou praxi v Psychiatrické nemocnici Bohnice na oddělení adiktologie. Zde jsem se dozvěděla, že procento recidivujících klientů je dosti vysoké. Z toho důvodu jsem svou práci zaměřila na faktory, které ovlivňují a ztěžují proces odvykání a abstinence.

Cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku léčby závislostí na návykových látkách a faktory, které tento proces ovlivňují. Zaměřila jsem se především na otázky týkající se motivace vedoucí k abstinenci. Jaké faktory proces abstinence ztěžují, a které naopak usnadňují. V kterých oblastech závislost jedince poškozovala nejvíce a jaké důvody je vedly k zahájení léčby, popřípadě jaké skutečnosti vedou k znovu užití návykové látky. Teoretické poznatky jsem doplnila dotazníkovým šetřením mezi klienty Psychiatrické nemocnice Bohnice na oddělení adiktologie.

Bakalářská práce je rozdělena do šesti hlavních kapitol a několika podkapitol.

Kapitola 1 obsahuje definici závislosti a rozdělení závislostí skupin dle užívaných látek či druhu závislosti. Popisuje, jakým způsobem se závislost projevuje a jak tento proces probíhá. V závěru této kapitoly jsou nastíněny možnosti léčby závislostí.

Kapitola 2 pojednává o sociálních důsledcích, které vznikají při užívání návykových látek. Jsou zde popsány dopady závislosti v oblastech, jako je zaměstnání, rodinné a partnerské vztahy, psychické a zdravotní problémy a riziko kriminality a prostituce.

Kapitola 3 je zaměřena na práci s motivací, stanovení cílů a strategie při práci. Jsou zde zmíněny dva modely práce s motivací. Tak zvané stádia změny.

Kapitola 4 se zabývá procesem resocializace při abstinenci a její cíle. Jsou zde popsány formy resocializace a služby, které je možné využít. A možnosti služeb, které jsou vhodné k udržení klientova stavu.

Kapitola 5 se zabývá pojmem recidiva, jeho definicí a druhy. Možnostmi práce s relapsem a prevencí recidivy, model práce s relapsem a vybrané přístupy pracovníka, který s relapsem pracuje.

Kapitola 6 obsahuje výzkumné šetření, respondenty jsou klienti Psychiatrické nemocnice Bohnice z oddělení adiktologie. Celkem devět respondentů odpovědělo na otázky v dotaznících. Otázky byly otevřené a byly zaměřeny na uvědomění jejich závislosti, na oblasti života, v kterých je závislost nejvíce poškozovala, z čeho proudí jejich motivace a kdo nebo co je jejich oporou k abstinenci.

1. Závislost

Tato kapitola je věnovaná závislosti z obecného hlediska, co to závislost je, na čem může být člověk závislý a základní dělení závislostí. Jak se závislost projevuje, možnosti léčby a léčebný proces.

Závislost je „dlouhodobý, případně trvalý vztah k něčemu nebo někomu, vycházející z pocitu silné potřeby touhy až nezbytnosti tuto potřebu uspokojit. Ovlivňuje naše jednání, omezuje naši svobodu“ (Dočkal, 2000, s. 8).

Fischer a Škoda (2014, s. 81) charakterizují závislosti jako fyzické (neboli somatické) a psychické projevy. Fyzickou závislostí se označují nevyžádané tělesné projevy (třes, pocení, křeče, průjem a podobně), které nastupují po náhlém snížení či úplném vysazení návykové látky. Závislost psychická charakteristická je touhou po návykové látce a stavu, který látka způsobuje. Jedinec má touhu návykovou látku užít.

Definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 zní:

Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Důkazem může být, že návrat k užívání po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu než u jedinců bez závislosti.

1.1. Vznik závislosti

Dle Fichera a Škody (2014, s. 88 – 91) existuje hned několik příčin a předpokladů, které zvyšují pravděpodobnost, že se u jedince rozvine závislost na návykových látkách. Tyto faktory jsou čtyři: genetický faktor, sociální faktor, psychický stav a faktor biologický.

Z hlediska **genetiky** se uvádí, že pokud se v rodině vyskytuje rodič závislý na návykových látkách je riziko závislosti u potomka několikrát vyšší. Ale v současné době se nedá stoprocentně říct (tato skutečnost není potvrzena žádným výzkumem), že existují genetické informace, které podporují vznik závislosti.

Sociální faktor je spojen s vlivem okolí, zejména rodiny, sociální skupiny, životního prostředí a sociální konformity, to znamená, že pokud osoba blízká užívá návykovou látku, je vysoce pravděpodobné, že ji jedinec bude v tomto chování napodobovat.

Biologický faktor je zaměřen na účinky látky, které jsou velmi individuální. Jedinci, jejichž tělo na užívanou látku reaguje pozitivně a či je schopno ji rychle odbourat jsou mnohem náchylnější k rozvoji závislosti než ti, u kterých je prožívání spojené s užitím drogy negativní.

U **psychického faktoru** je několik stavů, kdy jsou jedinci náchylnější k rozvoji závislosti. Například osoby, které nemají vysokou sebekontrolu, osoby depresivní či nepoučitelní. Jedinci s nižší mírou sebekontroly, depresivní, ti kteří se nepoučí ze zkušeností, zde je vyšší pravděpodobnost rozvoje závislosti, jelikož návyková látka pozitivně ovlivňuje prožívání jedince.

1.2. Druhy závislosti

Závislost na návykových látkách se dělí na nealkoholové látky a alkohol. Mezi nealkoholové látky řadíme nikotin, kanabioidy, stimulancie, halucinogeny, sedativa a hypnotika či závislost na lécích. Jde druh o závislosti, kdy jedinec užívá, aplikuje určitou látku se záměrem určitého účinku, který ovlivňuje vnímání a prožívání (Škoda, 2014, s. 81-83).

Závislost na **nikotinu** je nejčastější formu závislosti. Nikotin je obsažen v tabáku a nejčastěji se užívá formou kouření cigaret, které kromě nikotinu obsahují i více než tisíc škodlivých látek. Léčba nikotinové závislosti je obtížná a ne příliš úspěšná. Cigarety jsou jednou z nejčastějších užívaných návykových látek, i díky tomu, že se jedná o legální a společensky tolerovanou látku

Závislost na **kanabioidech**, které jsou obsaženy v konopí je nejčastěji užívaná nelegální droga na světě. Užívá se většinou formou kouření či konzumací (přidává se do některých pokrmů). Někteří lidé marihuanu považují za neškodnou či ji naopak přisuzují léčebné účinky. Ti, kteří tuto látku užijí, mohou mít pocit neohroženosti, nedotknutelnosti, dostavuje se pocit vysoké sebedůvěry a nic není nemožné, může způsobit i větší chuť k jídlu.

Stimulancie jsou látky zvyšující pozornost a výkonnost, dostavuje se pocit veselí, euforie. Ohroženou skupinou jsou mladiství, látky se často užívají třeba na party, sportovních a jiných akcích k zvýšení výkonu, přezdívá se jim tzv. taneční drogy. Mezi tyto látky patří například pervitin.

Pro skupinu **halucinogenníchlátek** je typickým znakem zkreslené vidění a vnímání reality, změna myšlenkových procesů či dokonce halucinace. Do této skupiny patří látky jako je LSD, extáze, andělský prach (Kalina, 2008, s. 135-141).

Alkoholová závislost neboli **alkoholismus** je v České republice často bagatelizován, zároveň je jedná o nejjednodušejí dostupnou návykovou látku i vzhledem k její legálnosti a častému výskytu na různých společenských akcích (www.wikipedia.cz). Alkohol ostatně jako ostatní návykové látky je forma úniku z reality a snaha o zapomenutí na své problémy, hranice závislosti je zde velice tenká (monikaplocova.cz).

Kromě látkových závislostí existuje i další skupina závislostí. Jedná se o tak zvané **nelátkové závislosti**. Jde o skupinu závislostí, kdy si závislý jedinec neaplikuje žádné látky. Závislost si je možné vytvořit ve výsledku na jakoukoliv činnost, chování, věc či látku, z toho důvodu zde uvádím jen několik příkladů. Mezi nelátkové závislosti se řadí například **workoholismus**, jedná se o závislost na práci. Je rozšířen názor, že workoholismus je vlastně pozitivní závislostí, ale pro workoholika, tedy pro osobou závislou na práci přináší velmi negativní důsledky. Zejména člověk utápí v práci své emoce, pocity, přehnaně se ztotožňuje se svou prací a zastírá tím své problémy (Škoda, 2014). **Gamblerství** je dlouhodobě trvající a opakující se nevhodné chování k hazardní hře – neustálé navyšování herního vkladu, opakovaná snaha vyhrát zpět prohrané peníze, hraní z důvodu úniku od reality. Tito lidé bývají podráždění či neklidní při snaze přestat hrát. Gamblerství je stav, kdy závislý hazardnímu hraní věnuje většinu svého času. (Kalina, 2008, s. 239), Dále k nelátkovým závislostem patří **závislost na internetu, sportu či nakupování** (Rohr, 2015, s. 130-132).

1.3. Projev závislosti

Jedním z prvních projevů závislosti je, že závislý jedinec přestává respektovat normy společenského chování (absence ve škole či práci, neplnění povinností každodenního života). Touha po droze je tak silná, že ostatní věci pozbývají důležitosti,

což v závěru končí sociálním vyloučením, přetrháním společenských vazeb. Člověk začíná být podrážděný, nezodpovědný, není schopný se soustředit a je neklidný.

Dochází k společenskému vyčleňování a postupné ztrátě sociálních rolí, až zůstane jen jedna stigmatizující - drogově závislý. (pozn. stigma neboli nálepkování, jedné společenské skupině, třídě se přisuzují stejné charakteristiky na základě vnějších faktorů). Mezilidské vztahy se mění, jak mezi přáteli, tak v rodině. Nakonec se jediným mezilidským kontaktem stávají vztahy s lidmi ve stejné situaci, stejné sociální roli. Pokud závislý přijde o zaměstnání, většinou je odkázán na rodinu, kterou finančně vysává, přátelské vztahy jsou poničeny, člověk se stává nespolehlivým a nerespektuje prožívání svého okolí. Touha po droze je tak silná, že člověk ztrácí veškeré bariéry a je schopný krást, podvádět a lhát – podílet se na kriminálním jednání (Vágnerová, 2014, s. 521).

Znaky závislosti

Silná touha, bažení – s tímto znakem jsou spojeny i projevy zhoršeného sebeovládání. Závislý jedinec se dostává do stavu, který je způsoben vnějšími či vnitřními vlivy a má pocit puzení, nutnosti látku užívat. V tomto stavu se zhoršuje vnímání, jedinec není schopen se racionálně rozhodovat. Je ovlivněna i jeho paměť či postřeh. Je to stav, ve kterém jedinec myslí pouze na návykovou látku, její užívání či možnosti, jak si ji opatřit. Tyto myšlenky jsou doprovázené podrážděností a neklidem (Nešpor, 2018, s. 18).

Závislost na návykové látce má i své doprovodné fyzické projevy a charakteristické znaky. Jedná se o svírání na hrudi, svírání žaludku, rychlé bušení srdce, bolesti hlavy a různých částí těla či sucho v ústech (Kalina, 2003. s. 229).

Zhoršené sebeovládání – člověk si špatně uvědomuje své chování, jednání a celkově sám sebe. Nejdůležitějším podnětem se stává droga a její získání. Závislý v tomto stavu nemá problém se dopustit kriminálního či protiprávního jednání k získání drogy, nejčastěji se jedná o drobné krádeže.

Růst tolerance – závislý potřebuje k dosažení stejného stavu a účinku drogy stále vyšší a vyšší množství užívané látky. Nižší nebo stejné dávky již nemají požadovaný nebo žádný účinek.

Odvykací stav dělíme na tělesný a duševní. Návyková látka se neužívá jen pro její účinky, ale v pozdější fázi závislosti i k oddálení odvykacího stavu a bolestí s ním spojenými. Pro odvykací stav jsou charakteristické znaky jako například bolesti hlavy,

svalů, kloubů, podrážděnost, pocení, poruchy spánku a jiné. O odvykací stav se jedná ve chvíli, kdy po snížení či vysazení návykové látky, která byla užívána dlouhodobě a opakovaně a příznaky tohoto nepříznivého stavu se nedají vysvětlit žádným jiným onemocněním či psychickým onemocněním, se dostaví stavy, které jsou pro odvykací stav typické (Nešpor, 2018, s. 18-21).

U různých návykových látek jsou odvykací stavy odlišné. Například u alkoholu je typický třes jazyka, očních víček nebo rukou, pocení, nespavost, nevolnost, slabost a různé halucinace. Nejzávažnějším stavem při odvykacím stavu u alkoholu je delirium tremens, tzn. šílenství s třesem (silný třes a halucinace), který může skončit až smrtí z důvodu srdečního nebo dechového selhání.

U opioidů je odvykací stav podobný chřipce, jedná zejména o tyto projevy: bolesti svalů, křeče, kýchání, slzení, husí kůže, zimomřivost (Kalina, 2008).

1.4. Průběh závislosti

Vznik závislosti na návykových látkách a celkově prvotní kontakt s návykovou látkou je často spojen se zvědavostí, jelikož spousta lidí chce nejdříve pouze vyzkoušet něco nového a zjistit jaké to je a jaké účinky jednotlivé drogy mají. Počátky závislosti mohou být spojeny i s těžkým životním obdobím, stresem, špatnou rodinnou či sociální situací a jedinec doufá, že zapomene či odsune své problémy. Často zde hraje roli i neschopnost řešit problémy racionálně nebo negativní vliv společenského prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Vznikání závislostí a následný průběh závislostí má čtyři fáze – experimentální, sociální užívání, každodenní užívání a užívání k dosažení normální stavu.

První, počáteční fáze se nazývá **experimentální**. V této fázi je člověk drogou nadšený, pociťuje stavy, které nikdy předtím nezažil a mění se, zlepšuje se jeho pohled na svět, zdají se mu hezčí sny, nemá žádné starosti a život bere s nadhledem. V této fázi je poměrně jednoduché užívání návykových látek utajit před okolím. Zatím se u něj nevyskytují žádné negativní účinky a má pocit, že všechny negativní informace o drogách jsou pouhé zastrašování, popřípadě má pocit, že se ho negativní důsledky závislosti netýkají. V této fázi je jednoduché přestat, závislost ještě nevznikla, ale bohužel málokdo v této fázi s užíváním návykových látek skončí.

Druhou fází v rozvoji závislosti je **sociální užívání**. Jedinec drogy užívá pouze občas, příležitostně v okruhu lidí, kteří také užívají, nikoli sám. Začínají se projevovat negativní důsledky, zejména nepravidelná docházka do zaměstnání či školy. Jsou ovlivněny kognitivní schopnosti a myšlenky jedince jsou stále častěji zaměřeny na užívanou drogu. Přibývá konfliktů s blízkým okolím, již není úplně jednoduché přestat a jedinec se postupně stává závislým. V této fázi vzniká již spousta problémů spojených s nespavostí, nechutenstvím, vyskytují se bolesti hlavy, agresivita apod. Jedinec vyhledává pomoc u blízkého okolí (rodina, přátelé, partneři), ne však kvůli léčbě závislosti, ale z důvodu neshod v rodině, zaměstnání, škole, mezi přáteli.

Třetí fází je **každodenní užívání**, kdy jedinec ztrácí kontrolu nad užíváním a propuká naprostá závislost. Vše se začíná točit okolo návykové látky (životní styl, myšlenky), každodenní život se látce postupně podřizuje. Návykovou látku jedinec užívá sám. Problémy řeší užitím drogy. Ztráta zaměstnání a finančních příjmů není v této fázi ojedinělou záležitostí. Nedostatek financí je řešen drobnými krádežemi či jinými trestnými činy. Postupně se mění žebříček potřeb a hodnot jedince, na vrchol se dostává droga, její získání a užívání, proto je návrat k normálnímu životu bez drog velmi obtížný. Vztahy s rodinou a přáteli, kteří jedince často zavrhnou z důvodu silné závislosti, jsou narušené.

Poslední fází se říká **užívání k dosažení normálního stavu**. V této fázi je velkým rizikem předávkování nebo celkové selhání organismu. Množství užívané návykové látky je na hranici přijatelnosti pro lidské tělo. Droga v této fázi nepřináší žádné účinky, jedinec ji užívá za účelem úlevy od psychické a fyzické bolesti, která je způsobována abstinenčními příznaky či k dosažení stavu, ve kterém je jedinec schopný fungovat. Všechna pozornost je již soustředěována pouze na drogu a její získání, které je stále obtížnější, jelikož lidé většinou nemají zaměstnání či jiný příjem a žijí ve špatných sociálních podmínkách. Bývají unavení, zanedbaní, nemocní a pro drogu by udělali cokoli, i když oni sami často nechtějí, touha po droze je silnější. Snaží si navodit stejný pocit z užívání, který měli v první fázi. Pokud si delší dobu návykovou látku neaplikují, dostaví se tak zvaný abstinenční syndrom, který se projevuje zimnicí, bolestmi celého těla, křečemi, agresivitou, únavou, nevolností atd. S poslední fází jsou spojovány pocity viny a studu kvůli užívání drogy, které jsou následně řešeny opětovným užitím. Nyní již není možné, aby jedinec závislost překonal pouze vlastní vůlí, nýbrž je nezbytné vyhledat odbornou pomoc. Jednotlivec bude však i po vyléčení náchylnější k užívání drog, zejména ve stresových situacích nebo těžkých životních obdobích (www.infodrogy.estranky.cz).

1.5. Léčba závislosti

Prací s drogově závislými klienty se zabývá několik různých služeb. Tyto služby popisuje zákon č. 108/2006 o sociálních službách. Služby poskytované závislým osobám se dělí na ambulantní, pobytové a terénní. Pobytová služba je služba, která zprostředkovává klientovi i ubytování v rámci poskytování jiné služby (detoxifikace, terapeutické komunity, ústavní léčba). Léčba ambulantní je ta, kam klient pravidelně dochází ze svého domova (ordinace adiktologů, psychologů, psychiatrů, poradny). Terénní sociální služby jsou služby, které docházejí za klientem, to znamená, že jsou poskytovány, tam kde se osoba běžně vyskytuje v jejím sociálním prostředí.

1.5.1. Terénní práce

U drogově závislých je důležitá sociální služba, která se poskytuje formou terénní. **Terénní práce** je služba, která pracuje s lidmi, kteří spadají do rizikových skupin a práce je vykonávána v jejich přirozeném prostředí (domácnost, místo, kde se běžně vyskytují), to znamená, že služba dochází za klientem. Jedná se zejména o navazování kontaktů, předávání informací, základní poradenství, sběr dat a analýzy dané lokality (Matoušek, 2016, s. 229). Zejména u uživatelů návykových látek, jsou přirozeným prostředím často různé parky, autobusová či vlaková nádraží, různé kluby, hospody či neobydlené stavení. Sociální pracovník podstupuje určité riziko, jelikož vstupuje do prostoru, kde nemusí být vítán kladně, popřípadě může být považován za narušitele. Terénní sociální práce se snaží plnit preventivní a poradenskou funkci, zaměřuje se na poradenství ohledně rizik spojených s užíváním návykových látek, zprostředkování léčby či poradenství ohledně léčby (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 215).

Harm reduction neboli česky snižování škod. Je jednání pracovníků vedoucí ke snížení a neprohlubování klientova problému s návykovými látkami. Neřeší se tedy závislost jako taková, pouze se cílí na zmírnění negativních dopadů návykových látek na zdraví klienta. Jde například o výměnu injekčních stříkaček, aby se zamezilo přenosu nemocí (hepatitida, AIDS), či možnost si vyprat oblečení, umýt se a podobně. Harm reduction se snaží stejně jako sociální terénní práce pracovat s klienty v jejich přirozeném prostředí či na místě, na kterém právě jsou. Hlavními zásadami harm reduction je snaha o zmírnění dopadů návykových látek a zachování lidské důstojnosti osob závislých na návykových látkách. Harm reduction vychází z principu, že návykové látky se staly součástí běžného života a kdokoliv s nimi může přijít do kontaktu. Proto je potřeba neodsuzovat a neignorovat jejich uživatele, ale nabídnout možnost zmírnění důsledků,

kteří z užívání vyplývají. Harm reduction přistupuje k drogové závislosti jako k celku s předpokladem, že některé způsoby užívání jsou nebezpečnější než jiné. Cílem harm reduction není legalizovat či podporovat užívání návykových látek, ale zmírnit dopady spojené s užíváním (Kalina, 2008, s. 99-102).

1.5.2 Ambulantní léčba

Kontaktní centrum neboli K-centrum je nízkoprahová služba, tedy služba přístupná všem bez předchozího doporučení. Funguje na principu anonymity a je bezplatná. Je vhodná pro klienty, kteří nejsou členy žádného pobytového programu a stačí jim méně frekventované, ale pravidelné ambulantní poradenství či program. K-centra podobně jako terénní služba poskytují výměnu injekčních stříkaček. Je zde možnost základního lékařského ošetření, možnost využít zázemí pro základní hygienické potřeby a obstarání či přípravu stravy. Poskytují základní, sociální či léčebné poradenství a posilování motivace. K-centra fungují buď samostatně, nebo jsou součástí zařízení zabývajících se léčbou závislosti (Matoušek, 2016, s. 88-89).

Denní stacionář je služba pro každodenní práci s klientem, který je závislý na návykových látkách, kam klient dochází na celý den a poté se zas vrací do svého domova, přirozeného prostředí. Ve stacionáři se s klientem intenzivně pracuje po dobu dvou až tří měsíců. Je zde možnost terapeutických sezení – individuálních, skupinových a rodinných, nácvik různých dovedností, posilování motivace a schopností každodenního života (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 215).

1.5.3 Pobytová léčba

Každý typ léčby má svá specifika, důležité však je aby si klient léčbu zajistil sám telefonicky popřípadě osobně. Už samotný proces objednání a hledání možností a informací o léčbě je vázán na klientovu motivaci opravdu přestat, abstinovat a léčbu podstoupit. Z tohoto důvodu není objednání od jiné osoby akceptováno. Jako první při nástupu do léčby je rozhovor s lékařem o problému, průběhu, motivaci a podobně. Dle toho je vybrán způsob léčby a vhodná forma či zařízení (www.alkoholpodkontrolou.cz).

Prvním krokem v pobytové léčbě je **detoxifikace**. Která má klienta připravit na další léčbu a často je i podmínkou pro další léčbu. Detoxifikace se využívá i v případě, kdy je jedinec pod vlivem návykové látky nebezpečný sobě či svému okolí a je nutná jeho abstinence. Detoxifikace je zbavení těla škodlivých látek a celkové očištění organismu od

návykové látky, proces detoxifikace je zaměřen i na odvykací příznaky ať fyzické či psychické. Je to již začátek léčebného procesu, který se provádí v detoxifikačních centrech nebo lékařských zařízeních pod dohledem odborníka (nemocnice či psychiatrické léčebny). Občas se v rámci detoxifikace podává medikace, která je podobného charakteru, jako byla užívaná droga a slouží k zmírnění odvykacích příznaků. Látka se podává pouze krátkou dobu, dávky se rychle snižují a posléze se vysadí úplně. Detoxifikace trvá několik dní, většinou to není více než 14 dní (www.drogovaporadna.cz).

Další z možností léčby drogové závislosti je léčba **substituční**, navazující na detoxifikaci. Závislému je užívaná droga nahrazena jinou látkou, která má podobné účinky, ale nemá tak negativní důsledky nebo se jinak aplikuje (toto je časté například u kuřáků, nikotin, tedy látka na které je jedinec závislý se aplikuje pouze jinak, bezpečnějším způsobem než je kouření cigaret – alternativami jsou nikotinové náplasti, elektronické cigarety). Léčba je možná i v domácím prostředí, to znamená, že závislí nemusí být nikde hospitalizován, pobytová léčba u substituční léčby tedy není nutná. V prvotních fázích je nutné docházet denně pro náhradní látku, poté je možné předepsat množství látky na několik dní a klient ji užívá sám, následně se buď množství látky snižuje, nebo zůstává stejné. Pokud množství zůstává stejné, jedná se o tak zvanou udržovací léčbu do doby než bude člověk schopen abstinovat i od nahrazované látky (www.substitucni-lecba.cz).

Ústavní léčba se provádí zejména v psychiatrických nemocnicích na odděleních adiktologie či v terapeutických komunitách. V prostředí, které je bez drog, příjemné a má pevně stanovený denní režim, který zahrnuje sezení s terapeutem, pracovní rehabilitace, posilování motivace a podobně. Ústavní léčba je vhodná pro závislé, kteří by nezvládli podněty a nutkání užívat v běžném každodenním životě. Doba v ústavní léčbě je různá, léčba může být krátkodobá na dva měsíce, střednědobá na dva až šest měsíců, či dlouhodobá léčba, která se pohybuje v rozmezí šesti měsíců až jednoho roku (www.bohnice.cz).

Terapeutické komunity spadají pod ústavní léčbu. Terapeutická komunita je „*zvláštní forma intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou činností*“ (Kalina, 2008, s. 199). Terapeutické komunity mají jasná a závazná pravidla pro všechny účastníky léčby. Znaky současných terapeutických komunit jsou dle Kaliny z roku 2007 definované jako prostředí zcela bez návykových látek, klienti se podílejí na rozhodování ohledně chodu, komunita je izolována

od vnějšího světa a klienti se aktivně podílejí na běžném provozu komunity v rámci léčebného procesu (úklid, vaření a další domácí práce). Je zde důraz na dodržování pravidel, pracovní tým je složený jak z profesionálů, tak třeba i z bývalých klientů. Klade se zde důraz na vzdělávání, posilování pracovních a každodenních dovedností. Cílem je dosažení osobního růstu pomocí změny životního stylu a jeho nápravy, díky společenství lidí, kteří si navzájem pomáhají. Je kladen důraz na vlastní odpovědnost jednotlivců. V terapeutických komunitách se doba léčby pohybuje od šesti měsíců po dobu 18 měsíců (Kalina, 2008, s. 199).

Terapeutická komunita má 4 fáze léčby, včetně nulté fáze, kdy klient v léčbě pobývá a účastní se programu s ostatními, ale není považován na právoplatného člena. O přijetí do léčby musí člověk požádat a absolvovat přijímací rituál. V první fázi se klient snaží získat náhled na svou situaci a uvědomit si, že většina negativních procesů v jeho životě je způsobena drogou, zároveň se snaží oprostít od sebedestruktivního jednání. V této fázi si klient zvyká na pravidla a fungování komunity. V druhé fázi, která je nejdelší, se klient zapojuje do samosprávy komunity, získává určitou odpovědnost. V této fázi jsou i možné kontakty s lidmi mimo komunitu, zejména s rodinou. V poslední třetí fázi jsou klienti uvolňováni z denního programu a mohou chodit do zaměstnání a věnovat čas zařizování věcí, které budou důležité pro udržení abstinence po ukončení léčby mimo prostředí komunity (může se jednat o bydlení, zaměstnání a podobně). Zde je důležitá podpora a hodně času se věnuje ukončování léčby, jelikož klienti odcházejí z místa, kde se cítili bezpečně a strávili zde přibližně rok života. Dostalo se jim zde podpory, tolerance a empatie. Přejít z jedné fáze do druhé vyžaduje schválení celé komunity a jednotlivců o to musí požádat. Přestup opět doprovázejí přijímací rituály (Kalina a kol., 2008, s. 209-210).

Například v psychiatrické nemocnici Bohnice (odkud pocházejí mé dotazníky) mají ústavní léčbu rozdělenou do tří druhů. První je příjmové oddělení – zde probíhá i detoxifikace, většina pacientů jde zde dobrovolně, nedobrovolně pouze v případech ohrožujících život závislého. Další oddělení je oddělení následné režimové péče, které následuje po detoxifikaci. Na oddělení následné režimové péče probíhají komunitní setkání, psychoterapie, relaxace a nácviky dovedností. Posledním oddělením je oddělení pro léčbu diálních diagnóz, tedy oddělení, kde jsou klienti léčící se zároveň se závislostí a jiným psychickým onemocněním (www.bohnice.cz).

2. Sociální důsledky užívání návykových látek

Užívání návykových látek má několik negativních sociálních důsledků na život závislého. Celkově se obměňují vztahy s lidmi. Okolím je chování závislého vnímáno jako nepřipustné a začínají jím pohrdat (Vágnerová, 2008, s. 569).

2.1. Důsledky ztráty zaměstnání

Závislost na návykových látkách nebo alkoholu je rizikovým faktorem v úspěšném profesním životě. Z důvodu užívání návykových látek nastává pokles výkonnosti, motivace a odpovědnosti v zaměstnání. Zaměstnanec ztrácí obvyklé pracovní návyky a pravidla, které i porušuje. Pokud závislá osoba o zaměstnání přijde, často nemá ani dostatečný stimul k nalezení práce nové. Není výjimkou, že závislý uchazeč o zaměstnání do něj není vůbec přijat, čímž tyto osoby ztrácejí sílu a odvalu k dalším pokusům o nalezení zaměstnání. Konečným důsledkem je stálá nezaměstnanost a úplná ztráta pracovních rolí (Vágnerová, 2008, s. 570).

Ztráta příjmu a zaměstnání může mít za následek až úplné sociální vyloučení spojené se ztrátou bydlení a získání stigmatizující role osoby bez přístřeší (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, s. 9). Bezdomovectví a užívání návykových látek je úzce spojeno, jelikož jedinec začíná selhávat ve svých pracovních povinnostech a není tolik výkonný, jako dříve, ale zároveň náklady na jeho potřeby vzrůstají (alkohol, drogy). Tudíž se dostává do finančních potíží a není schopen zaplatit výdaje spojené s bydlením a končí jako osoba bez přístřeší (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, s. 59).

2.2. Rodinná problematika

Závislost na návykových látkách není ohrožující jen pro závislého jedince, ale pro celou rodinu, jedná se zejména o sociální, materiální a finanční nedostatky a psychické utrpení. Kvůli závislosti postupně dochází k poškození vztahů mezi rodinnými členy. Závislý není schopen dostát svým povinnostem, nedá se na něj spolehnout. Ostatní členové k závislému můžou mít negativní až opovrhující postoj, jelikož on je ten, který způsobuje rodině četné problémy (Vágnerová, 2008, s. 570).

Partnerské soužití s osobou závislou není úplně jednoduché. Je zde riziko potence a ztráta sexuálního života, časté jsou i žárlivé a obviňující tendence ze strany závislého, které nemají žádný důvod. Osoba žijící se závislým může trádat mnohem více než osoba závislá. Osobu žijící se závislým provázejí protichůdné pocity, na jednu stranu má strach z chování závislého, opovrhuje jím, má z něj strach. Na stranu druhou omlouvá jeho nevhodné jednání a chování pod vlivem, z přesvědčení, že v abstinenci by se takto nechoval.

Pro závislého je nemožné začít či zachovat jakýkoliv partnerský či citový vztah, jelikož návyková látka má v žebříčku závislého nejvyšší postavení a nic není tolik důležité. Je nemožné udržet jakékoli citové vazby. Citové vazby nevydrží ani, pokud jsou uživateli oba z partnerů. Zůstávají pouze náhodné vazby s lidmi ve stejné situaci. (Vágnerová)

Rozpad rodiny je obvyklým jevem. Závislý jedinec je z rodiny většinou vyloučen zůstane sám, protože rodina není schopna toto břemeno unést. Což vede k prohloubení jeho závislosti a častějšímu užívání (Vágnerová, 2008, s. 572). Je zde i riziko ohledně opakované nevhodné volby manžela, kdy si jedinec opakovaně volí závislé partnery nebo děti si vyberou typově podobného partnera, jako znají ze svého rodinného prostředí (Nešpor, 2000, s. 84).

Děti alkoholiků mohou mít v budoucnu zkreslené představy o tom, jaké chování jeho vhodné a které nikoli. Postoje dětí alkoholiků jsou různé. Buď je ji rodič vzorem a jeho užívání berou jako normu, tudíž začnou užívat také. Nebo naprostý opak a návykové látky jsou jim odporné a s jejich užíváním nikdy nezačnou, protože nechtějí dopadnout jako jejich rodič/rodiče (Vágnerová, 2008, s. 572).

Nešpor (2000) uvádí několik možných reakcí dětí na závislost jejich rodičů. První reakce dětí je nazvaná **rodinný hrdina**, jedná se většinou o nejstarší dítě, které se snaží nahradit ostatním sourozencům rodiče. Přebírá kompetence rodiče spojené s výživou, výchovou a péčí a mladší sourozence. V dospělosti může tento tak zvaný rodinný hrdina trpět pocity méněcennosti a nedůležitosti. Dalším typem je **klaun**, jedná se o dítě, které se snaží zabránit konfliktům v rodině tím, že se bude snažit vytvářet veselou a příjemnou atmosféru ve všech situacích. Posledním příkladem je **černá ovce**, opět se jedná o dítě, které se svým chováním snaží odvést zájem od problémů rodičů na sebe, tím že se bude chovat nevhodně. (str. 84)

2.3. Psychické důsledky

Závislostí jsou ovlivněny emoce a prožívání jedince. Jeho citové prožívání se pohybuje v extrémních reakcích. Mění se postavení hodnot jedince, absence zájmů, které by se netýkali drog a jejich užívání. Hlavní a nevyšší postavení má užívaná návyková látka. U závislého se mohou objevit i různé psychické poruchy a změna celé osobnosti. Závislost ovlivňuje i paměť jedince, která se vlivem závislosti zhoršuje (www.drogy1.webnode.cz).

2.4. Kriminalita a prostituce

Užívání alkoholu a návykových látek je často spojeno s porušováním zákona – nejčastěji dochází k řízení motorového vozidla v opilosti, nevhodné chování, držení či prodej návykových látek a drobné krádeže za účelem obstarání finančních prostředků na návykové látky (Rotgers, 1999).

Drogové trestné činy dle Mahdalíčkové (2014) jsou:

- Neoprávněné držení a nakládání s návykovými látkami
- Přechovávání drog
- Nedovolené pěstování rostlin obsahující omamnou či psychotropní látku
- Šíření toxikomanie
- Výroba a držení předmětů k výrobě drog

Užívání drog může mít vliv na ovládací či rozpoznávací schopnost co je správné a co již nikoliv, z tohoto důvodů je spousta lidí závislých na návykových látkách pachatelů trestných činů. Neodolatelná touha po droze, může vést k omezení přičetnosti a pro jedince je důležité si drogu obstarat jakýmkoliv způsobem, což může vést až ke konfliktům se zákonem (Mahdalíčková, 2014, s. 527).

Kalina 2009 rozlišuje tři typy drogových trestných činů: primární, sekundární a terciární. Primární trestné činy jsou ty, kde jde především o držení omamných látek či jejich užívání, sekundární trestné činy jsou ty, ke kterým dochází z důvodu obstarání si prostředků k pořízení drogy, jedná se zejména o krádeže a poslední terciární trestné činy jsou trestné činy, které byly spáchány na osobě užívající návykové látky – znásilnění, sexuální obtěžování, násilné trestné činy.

Uživatelky návykových látek se často snaží získávat finanční prostředky nabízením sexuálních služeb, jelikož se jedná o rychlé získání většího obnosu peněz.

2.5. Zdravotní problémy

Časté je i duševní onemocnění mezi uživateli návykových látek. Výskyt duševních onemocnění je procentuálně vyšší než u normální populace, jedná se zejména o úzkostné či depresivní poruchy. V některých studiích se uvádí, že alespoň třetina klientů, kteří byli léčeni z drogové závislosti, se kterou se v průběhu života potýkali s depresí, či při příjmu do léčby depresemi trpěli. S čímž je spojené předávkování drogou jako způsob sebevraždy. Úmrtnost u závislých není ničím ojedinělým, má hned několik příčin – předávkování (záměr, omyl), nehoda, nedbalost, HIV, násilí a různá onemocnění související s užíváním návykových látek.

Vzhledem k negativním dopadům drog na lidské zdraví je zde i riziko poškození plodu při těhotenství pokud matka užívá návykové látky (Gosspo, 2009, s. 14). Při užívání alkoholu v těhotenství se může jednat o alkoholový syndrom, jedná se o celkovou poruchu vývoje plodu. Narozené dítě může být vývojově opožděné (nižšího vzrůstu, drobnější). Užívání alkoholu v těhotenství může mít vliv i na intelekt dítěte, dítě může mít nižší inteligenci a různé poruchy učení či chování (Vágnerová, 2008, s. 578).

Užívání návykových látek má dopad i na lidské zdraví, hlavním faktorem je strádání celého těla, což je spojené se špatným životním stylem zejména co se stravování a hygieny týče. Dále se jedná o onemocnění různých orgánů (jater, ledvin, plic, trávicího traktu a podobně). Velkým problémem je i šíření různých infekčních onemocnění, které se přenášejí opakovaným užíváním injekčních stříkaček vícero lidmi. Nejčastějšími nemocemi takto přenášenými jsou hepatitida A a B, HIV (www.drogy1.webnode.cz).

U uživatelů návykových látek je vysoký počet lidí, kteří spáchali sebevraždu nebo se o to alespoň pokusili. Důvody jsou různé, buď se jedná o pocit neohroženosti při působení látky, uživatelé mají pocit nesmrtelnosti a nezranitelnosti. Nebo se k sebevražednému jednání uchylují při absenci užívané látky, kdy abstinční syndrom je natolik nesnesitelný, že si raději vezmou život (www.substitucni-lecba.cz).

3. Práce s motivací

„Motivaci chápeme jako proces usměrňování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince“ (Kalina, 2008, s. 121).

3.1. Stanovení cílů

Jako první je důležité při prvním kontaktu odhalit klientovi cíle a písemně sepsat kontrakt neboli smlouvu mezi klientem a terapeutem nebo sociálním pracovníkem. Kontrakt by měl obsahovat cíle, kterých chceme dosáhnout, časovou dotaci, strategie a metody, které budeme v průběhu využívat, práci s hranicemi a odpovědnost. Kontrakt vychází z požadavků klienta a obsahuje pouze to, co sám klient chce změnit či s čím chce pomoci (Kalina, 2008, s. 127).

Cíle by měli být jasné, stručné a konkrétní. Ideálně by měly být měřitelné, aby se na závěr dalo zhodnotit, zda se je podařilo splnit či nikoliv. Měl by se brát potaz na klientovi možnosti a schopnosti, to znamená, že cíl by měl být pro klienta dosažitelný, není dobré stanovovat cíle, které není možné reálně splnit. Na závěr by se mě stanovit čas, do kdy těchto cílů chceme dosáhnout a celý kontrakt časově omezit například pevně stanoveným počtem setkání (Kalina, 2013, s. 366-367).

Techniky posilování motivace

U technik, které posilují motivaci, je důležité, aby se účastníci sezení navzájem respektovali, naslouchali si a komunikovali mezi sebou. Je dobré, pokud v průběhu léčby terapeut dává pozitivní zpětnou vazbu i za malé pokroky. Terapeut a klient by se nikdy neměli dostat do konfliktu, terapeut by měl respektovat všechny rozhodnutí klienta. Terapeut napomáhá k soběstačnosti a sebedůvěře klienta (Nešpor, 2000, s. 62).

Motivační techniky, které se dají použít v průběhu motivačního rozhovoru dle fáze, ve které se klient nachází. První možnou technikou je probírání typického dne nebo sezení. Tato technika je dobrá pro zjištění klientovi motivace k léčbě a posouzení změn v klientově životě a směru. Strategie dobrého a méně dobrého užívání drog, klient si sám zhodnotí pozitivní a negativní účinky drogové závislosti, technika je opět vhodná pro zhodnocení klientovi motivace a zjištění jeho případné ambivalence. Funkce terapeuta je zde spíše podporující ohledně rozhodování a zesilování v rozhodovacích procesech a poskytování nástrojů k rozhodování. Technika poskytování informací má poradenský

charakter, terapeut poskytuje klientovi zpětnou vazbu ohledně jeho pokroků a průběhu léčby. To jak klient s poskytnutými informacemi naloží, záleží jedině na něm samotném. Ale je podstatné zajímat se o to, jaký účinek poskytnuté informace mají. Poslední technikou je probírání problémů klienta, kde se snažíme odhalit příčiny jeho problémů a probrat s ním jejich možná řešení a směr, kterým se bude léčba ubírat. Důležité je klientovi poskytnout dostatek času a prostoru, aby se mohl rozhodnout sám (Kalina, 2008, s. 126 – 127).

Nešpor (2000) k těmto motivačním technikám přidává ještě jednu, která se nazývá drobné dovednosti. Spočívá v pokládání otevřených otázek, aktivním naslouchání, následném potvrzení a shrnutí celé rozhovoru na závěr.

3.2. Stav motivace

Při intervencích musí terapeut brát ohled na to v jakém stádiu se, klient nachází a komunikaci a přístup přizpůsobit jeho možnostem a stavu. Zároveň není dobré klienta nechávat dlouho stagnovat v jedné určité fázi, v rámci léčby by měl mít pacient vždy jasně vytyčený cíl, který ho povede k dosažení dalšího stádia. Příliš vysoké cíle můžou mít, ale spíše opačný účinek – odrazení, demoralizování (Kalina, 2015, s. 610).

Motivační model Prochaska – Diclemente

Prekontemplace – v této fázi nedochází k nějaké významné změně či motivaci klienta k abstinenci, je důležité navázat a udržovat kontakt s klientem a zjistit zda má o léčbu vážně zájem a budovat vztah s klientem a jeho motivaci. Klient by se sám měl zamyslet nad tím, co mu drogy „berou“, hledat pochybnosti atd. v této fázi jsou klientovi nabídnuty možnosti k minimalizaci rizik (zdravotních, sociálních, právních). Slouží k vyvolání pochybností, uvědomění si a vnímání rizikovosti a nebezpečnosti závislého chování.

Kontemplace – stádium, kdy závislí nejčastěji vyhledávají odbornou pomoc. Analyzují pro a proti, v tomto stádiu je důležitá terapeutova empatie a podporování klienta v sebedůvěře a rozhodování. Motivování klienta k drobným změnám (radikální změny v této fázi nejsou možné, ani by nebyly prospěšné), cílí se i ne sebevědomí klienta. Kontemplace je stádium, ve kterém klient může být tak dlouho, jak potřebuje.

Rozhodování – stádium odhodlání, zde je důležitá motivace a podpora ze strany terapeuta, klient je rozhodnutý svou situaci řešit, změnit svůj životní styl a žít v abstinenci,

ale ve svém přirozeném prostředí nemá dostatečnou podporu ke změně svého jednání a jeho osobnost je dlouhodobým užíváním návykových látek poničena a člověk je oslaben v rozhodovacích procesech. Z terapeutovy strany by měl přijít návrh řešení a postupů k dosažení cíle. Je to období, kdy je klient vnitřně nejvíce motivován a má nejvíce energie a pozitivního naladění ke změně. Jde o pomoc klientovi najít nejlepší a pro něj nejvhodnější řešení směřující k uzdravě.

Jednání – realizace plánů vedoucích k pozitivní změně. Předčasné ukončení obvykle vede k relapsům a následujícímu syndromu porušení abstinence. To může vést k negativnímu postoji k prostředí, kde se změny odehrávají či které jsou s ním spojeny.

Udržení změny – pokud klient ve své léčbě dosáhl nějaké změny, pracuje se s dvěma hlavními strategiemi. První je prevence relapsu a druhá je zaměřena na udržování nového životního stylu a jeho upevňování a podporování. Hledají se metody prostřednictvím, kterých je klient schopen se relapsu vyhnout.

Relaps – pokud relaps nastane, to znamená, že klient selže, může opět nastat první fáze, prekontemplace, kdy si klient opět uvědomuje rizikovost drogového jednání. Více o relapsu v kapitole 4 (Kalina, 2013, s. 368-370).

Model Buisman – Kok

Jako každý model má i tento svou posloupnost – kontakt, pozornost, pochopení, změna postoje, změna záměrů, změna chování a udržení změny. Ve fázi kontaktu se závislý konfrontuje se sociálními, kriminálními, zdravotními problémy, užívanými nástroji jsou nabízené služby k vyřešení, respektování klienta, poradenství a pocit bezpečí. V následující fázi se zaměřuje pozornost na zdravotní a sociální důsledky užívání návykových látek. Sociálními důsledky se myslí nedostatek finanční, absence bydlení, rodiny, blízkých přátel a podobně. V této fázi se zaměřujeme na abstinenci syndrom a jeho překonání. Ve fázi pochopení, klient začíná rozumět informacím a radám od vrstevníků, lékařů a odborníků popřípadě z odborné literatury atd. Na což navazuje fáze změny postojů, kdy si jedinec uvědomí, co chce nebo nechce, berou se v potaz dlouhodobé i krátkodobé cíle, jak pozitivní tak negativní. Z počátku se může jednat i pouze o změnu užívání nebo látky. Jako nástroje se používají sociální služby, předávání informací, poradenství atd. Ve změně záměru se jako nástroj používá uznání, potvrzení a podpora motivace klienta, porovnání pozitivních a negativních dopadů, opakování rizik, naděje a ocenění. Změna chování je v ideálním případě prováděna formou stacionářů či pobytové péče. Používané nástroje jsou nácvik dovedností, vzdělávání, hledání alternativ, kontakt a podpora. Na udržení změny se zaměřují programy následné péče a prevence relapsu.

Důležitými faktory jsou ocenění, opakování, podpora, udržení pozornosti na změnu chování, asistence pracovníků (Kalina, 2008, s. 124-125).

4. Resocializace při abstinenci

Tato kapitola bude věnovaná možnostem resocializace při abstinenci, jelikož pro úspěšnou léčbu a abstinenci je důležité se opět naučit fungovat v běžné společnosti.

Resocializace je „*návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odchýlili. Neobejde se bez změn postojů a bez změn hodnotové orientace*“ (Matoušek, 2016, str. 174).

Problémy ztěžující proces resocializace dle Dvořáka z roku 2003:

- Nízké či žádné vzdělání a nedostatečné pracovní návyky
- Poničené sociální a rodinné vztahy, z důvodu dlouhodobé závislosti omezená schopnost k obnově či vytvoření a udržení nových vztahů
- Nedostatek pozitivního prožívání a kladného sebehodnocení
- Nízký sociální statut, nedostatek finančních příjmů a problémy s ním spojené
- Omezená schopnost vyjadřování emocí, špatné komunikační dovednosti

4.1. Cíle sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace je opětovné zapojení, integrace závislého člověka do fungující společnosti pomocí získaných sociálních a profesních dovedností, podpůrného sociálního prostředí a mezilidských vztahů. Sociální rehabilitace podporuje schopnost převzít odpovědnosti za svůj vlastní život a znovu získání sebeúcty a sebelásky (Kalina, 2008, s. 216).

Pro úspěšnou sociální rehabilitaci je důležité si stanovit cíle léčby, které jsou reálné. Stanovení nesplnitelných cílů může vést k neúspěšné léčbě a pocitům zklamání, obviňování a pocitu viny mohou spouštět staré rizikové chování a může dojít až k recidivě. Klient je veden k uvědomění si svých silných a slabých stránek a uvědomování si vlastních limitů a hranic (Kalina, 2008, s. 221).

4.2. Formy resocializace

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je opatření vedoucí k příznivému ovlivnění jedince, jeho stavu a situace vedoucí k jeho uzdravě. Jelikož v minulosti byl nepříznivě ovlivněn vnějšími

jevy, které přispěly k rozvoji jedinci závislosti. Sociální rehabilitace směřuje k následné integraci do společnosti.

Sociální rehabilitace je obnovení vztahů s normálním společenským prostředím, rodinou, přáteli. Získání sociálních dovedností a principů fungování ve zdravé společnosti, které byly z důvodu nepříznivého životního stylu ztraceny, zapomenuty a je potřeba je připomenout a obnovit, častokrát i nově vytvořit, jelikož jedinec ani žádné vztahy v normálním společenském prostředí neměl a nezná. Sociální rehabilitace posiluje sociální kompetence, samostatné fungování a řešení krizových situací svépomocí. Sociální rehabilitace slouží k uvědomění si a převzetí odpovědnosti za svůj vlastní život (Matoušek, 2016, s. 207).

Sociální rehabilitace dle zákona o sociálních službách (zákon číslo 108/2006)

Je soubor jednotlivých činností sloužící k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.

Sociální rehabilitace je dle Zákona o sociálních službách realizovaná formou terénní nebo ambulantní služby. Tyto služby zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, péče o vlastní osobu, soběstačnost a další činnosti vedoucí k sociálnímu začlenění.

Práce s rodinou

Pokud má jeden z členů rodiny problémy s drogami je důležité zapojení celé rodiny, zejména jedná-li se o mladistvého žijícího s rodiči. Je podstatné si uvědomit, že to není chyba pouze mladistvého či jednotlivce, ale je to problém celé rodiny. Rodinná terapie by mohla vysvětlit problémy a skutečnosti, kvůli kterým jedinec začal návykové látky užívat, celkově rodina bude mít o situaci lepší přehled a můžou se všichni společně dohodnout na možnosti řešení (Drogy otázky a odpovědi, s. 20).

Práce s rodinou má několik zásad. Hlavní zásadou je se snažit naslouchat všem členům rodiny účastným na sezení a brát ohledy na požadavky všech členů. Se sdělením od klientů je důležité nakládat takovým způsobem, aby proces podpořily, nikoli naopak. Je možné uzavřít i kontrakty s jednotlivými členy rodiny, pokud podporují nebo jsou v souladu s celkovým cílem práce (Kalina, 2008, s. 196).

Například sociální práce má několik odvětví pro pomoc rodinám v nepříznivých situacích, kam drogové závislosti rozhodně patří, jedná se o služby podpory rodiny, sociálně aktivizační služby. Podpora rodiny je snaha o zlepšení celkové situace, ve které se rodina nachází a aktivizovat rodinu k vytvoření bezpečného prostředí pro výchovu dítěte a bezpečné prožívání všech jejích členů. Jedná se o službu terénní, která je poskytována v běžném prostředí rodiny a poskytuje rodinám intenzivní pomoc při řešení její obtížné situace (www.proximasociale.cz).

Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou skupiny sdružující lidi, kteří se potýkají se stejným problémem nebo osoby blízké či pečující o tyto lidi. Skupiny slouží ke sdílení informací, vzájemné pomoci, poskytování emocionální podpory či vzájemné motivaci členů. Profesionální pracovníci ve svépomocných skupinách většinou nefigurují, skupiny se k nim mohou stavět kriticky nebo s profesionály pouze spolupracovat. V případech, kde svépomoc nestačí, jsou skupiny pouze doplňkovou formou léčby. Svépomocné skupiny se využívají nejen u léčby závislostí, ale i u lidí s duševním onemocněním, fyzickým či psychickým postižením, nadváhou (Matoušek, 2016, s. 218).

Svépomocné skupiny jsou dostupné pro všechny, zejména protože jsou bezplatné a účast a fungování ve skupině je dobrovolné. Závislý se účastní, jelikož chce změnit své chování, jedinou podmínkou je touha skončit s návykovou látkou či problémem, na který je skupina zaměřena (Millerová, 2011, s. 248).

Existuje několik druhů svépomocných skupin, například Anonymní kokainisté, Anonymní narkomani a Anonymní alkoholici (Millerová, 2011, s. 240-243). Anonymní alkoholici je skupina lidí, kteří si mezi sebou sdílejí své zkušenosti ohledně alkoholové závislosti a jejich společným cílem je abstinence. Navzájem si poskytují podporu, sílu a naději, že to společně zvládnou. AA mají ve světě dlouhou historii, ale u nás se jedná o poměrně nové společenství. AA v České republice vznikly na konci 80 let minulého století (www.anonymnialkoholici.cz).

Svépomocné skupiny používají dvanácti stupňový model jako metodu při práci. Tento model představuje soubor zásad, jejichž dodržování a zásady slouží jako návod pro uzdravujícího se klienta (Millerová, 2011, s. 241).

Dvanáct kroků dle AA:

1. Přiznat si svou bezmocnost vůči alkoholu
2. Dospět k náboženské víře, která může obnovit duševní zdraví spíše než naše víra
3. Rozhodnutí předat víru v uzdravu do Božích rukou (tak jak chápeme Boha)
4. Provést morální kontroly sami sebe, zamyslet se nad tím, co nám alkohol dává a bere
5. Přiznat Bohu, sobě a okolí, že máme problém a vydali jsme se špatnou cestou (cestou alkoholu)
6. Svolit Bohu, aby nám pomohl odstranit tyto naše vady spojené s užíváním
7. Požádat Boha o odstranění vad, nedostatků
8. Zamyslet se nad tím, komu jsme ublížili a jak. Následné sepsání.
9. Pokusit se o odpuštění u lidí, který jsme svým jednáním ublížili a pokus o nápravu našeho jednání, jen v případech, ve kterých to neublíží nám nebo někomu jinému.
10. Pokračovat v kontrole sám sebe, v případě nalezení chyby je důležité si ji přiznat
11. Vědomě zlepšovat vztah s Bohem za použití prostředků meditace či motlitby, modlit se jen za účelem poznání jeho vůle a síly tuto vůli uskutečnit.
12. Cílem těchto kroků je se duchovně probudit a pochopit a následně své zkušenosti předávat dále a pomoci dalším závislým, kteří se potýkají se stejným problémem.

(Millerová, 2011, s. 241).

Psychoterapie

Psychoterapie je terapie zaměřená na doprovázení klienta v náročných situacích. Terapeut vede svého klienta k samostatnosti a k tomu, aby klienta provázel, vytvářel bezpečné prostředí a navázal vztah s klientem a poskytl mu odborné poradenství, které vede ke uzdravě klienta. Cílem je získání náhledu a uvědomění si všech projevů nutkání drogu užívat a vyvarovat se dalšímu užívání. Slouží i k uvědomění si vlastní závislosti a podpoře motivace abstinence (Vágnerová, 2014, s. 524).

4.3. Následná péče

Když následná péče přímo navazuje na pobytovou či jinou léčbu je větší pravděpodobnost úspěšnosti a trvalé udržení abstinence (Matoušek, 2016, s. 110-111).

Cílem následné péče je posílení, ukotvení klientovy motivace a stability v životě a následně podpora udržení abstinence. Charakter je spíše podpůrný, klient ví jak využívat strategie je samostatný, jde zde spíše o podporu trpělivosti, utváření priorit a podpoření vědomí, že je schopen problémům sám čelit (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 223).

Na následnou péči jsou specializovaná doléčovací centra, v nichž péče trvá od 6 do 12 měsíců, součástí je poradenství, zaměstnání, bydlení, lékařská práce a nabídka volnočasových aktivit a rodinné, skupinové a individuální terapie. Kalina (2008) uvádí několik možností a služeb následné péče, které se po léčbě v instituci dají využít. Zejména se jedná o sociální práci, zaměstnání, chráněná pracovní místa, rekvalifikaci, chráněné bydlení, lékařskou péči, nabídku volnočasových aktivit a práci s rodinnými příslušníky.

Sociální práce

Podpora sociálního pracovníka v následné péči má často podpůrný charakter, zejména v záležitostech ohledně komunikace s úřady, řešení právních záležitostí (trestní, finanční, rodinné, občanské i pracovní), hledání zaměstnání či řešení klientovi bytové situace. Sociální pracovník aktivizuje klienta i ohledně dluhové situace – vyřizování splátkových kalendářů, osobních bankrotů atd. I pokud klient v průběhu léčby zažije relaps, je možné v léčbě pokračovat i nadále pokud udrží kontakt s léčebným zařízením. V rámci léčby je možné pracovat s relapsem. Před ukončením léčby se hodnotí několik faktorů, klientova stabilizace a jeho motivace a schopnost fungovat bez kontroly léčebného zařízení (Matoušek, 2010, s. 223).

Zaměstnání, chráněná pracovní místa a rekvalifikace

Klienti programů následné péče často postrádají jakékoliv pracovní zkušenosti nebo vzdělání (občas je situace komplikována i kriminální minulost), proto je těžké si najít zaměstnání, i když je to jeden z nejdůležitějších kroků k následné integraci do fungující společnosti. Zaměstnání a schopnost pracovat je jednou ze základních charakteristik a schopností člověka a prostředek obživy. Je důležité zvážit situaci klienta, zda postačí klienta seznámit s nabídkou volných pracovních míst nebo je nutnost chráněného pracovního místa (například organizace Sananim nabízí podporu při hledání zaměstnání a poradenství).(www.sananim.cz)

Jednou z možností jsou chráněné dílny, kde klienti mají možnost získat základní pracovní návyky a dovednosti či se rekvalifikovat (Kalina, 2008, s. 220).

Rekvalifikace je možnost žadateli zprostředkovat vzdělání (teoretické či praktické) pro výkon daného povolání, ke kterému neměl dostatečnou kvalifikaci. Po dokončení rekvalifikačního kurzu získá žadatel lepší uplatnění na trhu práce. Rekvalifikaci je možné zařídit buď přes úřad práce nebo dohodou mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem (Matoušek, 2016, s. 22).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je byt v běžném bytě nejlépe v normální bytové zástavbě, který je provozován poskytovatelem sociálních služeb. Je zřízen pro jednoho či více klientů, kteří se podílejí na běžném chodu domácnosti (www.drogy-info.cz). Chráněné bydlení je vázáno na pracoviště, které poskytuje léčebné či resocializační služby. Služba je časově omezena a poskytuje ubytování lidem, kteří prošli léčbou závislosti a nemají jinou možnost ubytování. Je zde dbáno na posilování kompetencí klienta a vedení k samostatnosti, aby jedinec byl v budoucnu schopen fungovat ve vlastní domácnosti (Matoušek, 2016, s. 74).

Lékařská péče

Jeden z důsledků užívání návykových látek je i poničené zdraví. Mezi nejčastější zdravotní problémy patří: hepatitida B a C, gynekologické a dentální problémy. Obvyklé jsou i nemoci přenášené krví, zejména u klientů, kteří si drogu aplikovali žilně (injekční stříkačkou), z důvodu sdílení jehel a injekčních stříkaček, jedná se o nemoci jako například HIV nebo žloutenka (Gossop, 2009). Z tohoto důvodu existuje i několik organizací a programů zaměřených na výměnu injekčních stříkaček drogově závislým (harm reduction). V Praze například organizace Sananim, Progressive, Drop in.

Nabídka volnočasových aktivit

Důležitým faktorem při léčbě a udržení abstinence je, aby byl klient schopný smysluplně trávit volný čas bez drog. Je důležité se znovu naučit si užívat volný čas bez návykových látek. Jednou z příčin relapsu je i stres z toho, že relaps nastane, proto je důležité, aby člověk přišel na jiné myšlenky, které se netýkají návykových látek a objevil smysl v něčem novém (Kalina, 2008, s. 221).

Práce s rodinnými příslušníky

Zapojení do léčby celou rodinu se ukázalo jako efektivní hned z několika důvodů. Když člen rodiny pije nebo je závislý na návykových látkách, vztahy v rodině můžou být značně poškozeny (pocit selhání v rodičovské roli, lži, krádeže, nedůvěra atd.). Toto rodinu dostává do komplikované situace a jedinec nemá možnost dokázat zlepšení, jelikož mu rodina již nedůvěřuje. Pokud krizové situace a vznik závislosti vycházejí z rodinného prostředí, je zapojení celé rodiny do léčby nezbytné, aby se zamezilo těmto situacím a léčba byla vůbec možná. Jindy můžou být rodiče již unaveni ze soužití se závislým dítětem nebo opakované léčby či neúspěchů. Je důležité, aby si uvědomili, že se podílejí na výsledku procesu uzdravy a i oni můžou výsledek léčby ovlivnit (Kalina, 2008, s. 220). Častým nástrojem při práci s rodinou je rodinná terapie, jejímž cílem je podpora či naučení správné komunikace v rodině, vymezení rolí a práv a povinností jednotlivých členů rodiny, nácvik různých dovedností: například naučit se brát ohled na potřeby ostatních členů a porozumět jim a být empatický (Matoušek, 2016, s. 178-179).

5. Recidiva

Recidiva nastává je stav, kdy chorobně závislý člověk po nějaké době abstinence a neužívání návykových látek opět a vědomě užije psychoaktivní látku, na které byl závislý. Například u alkoholu se za recidivu považuje již první napití, nikoliv opití. Každou recidivu je třeba brát vážně a věnovat ji zvýšenou pozornost, jako znamení toho, že něco v léčebném procesu nefunguje tak, jak by mělo. Recidiva ukazuje na nedostatky v životě či léčbě jedince a člověk má stále tendence utíkat k drogám. Těmto důvodům je třeba porozumět, i když je to pro klienty traumatizující a bolestivé. Recidiva je doprovázena pocitu selhání ve své cestě k vytyčenému cíli, ale pokud recidivě neporozumí, bude se recidiva neustále opakovat a je možné, že opět upadne do závislosti (Röhr, 2015, str. 134).

5.1. Prevence zvládání relapsu

Jde o naučení klienta vyhýbat se rizikovým a krizovým situacím, nevyhledávat riziková místa, kde třeba dříve užívali, popřípadě vést klienta k samostatnému zvládání rizikových situací na základě léčbou získaných dovedností a tím riziko relapsu snížit. Cílem je opouštět léčbu s vědomím vlastní kompetence a samostatnost rizikové situace zvládnout (Kuda, 2003, s. 225-226).

Prevence relapsu má několik kroků, jak klienta připravit na zvládání krizových situací a posílit motivaci k vyhnutí se takovému jednání. Prvním bodem je **psychoedukace**, kdy se klient seznamuje s modelem relapsu, jsou mu vysvětleny pojmy, které jsou s ním spojeny a učí se složky pojmenovávat, postupně používat a zvědomovat, čímž se přechází k následující fázi.

Následující fází je **zvědomování**, kdy si klient začíná mapovat a uvědomovat, jaké situace jsou právě pro něj rizikové a jaké situace jim předcházejí. V této fázi se pracuje na odhalování toho, co relapsům předchází a práci s tím a vytváření a uvědomování si svých obranných mechanismů.

Ve fázi **hledání alternativ** se hledají vzorce chování, kterými je možné nahradit nefunkční vzorce myšlení, jednání a životního stylu. Identifikují se rizikové situace a klient hledá efektivnější strategie zvládání rizikových situací, popřípadě jak se relapsů vyhnout a jaké techniky k tomu využít.

Tvarování chování a nácvik dovedností již klient uplatňuje vzorce a strategie z fáze předchozí a nabývá dovednosti, které by mohl využít. Například se může jednat o nácvik relaxace, komunikace, technik zaměřených na rozvoj sociální inteligence, asertivity, plánování a sebehodnocení.

Poslední fází je **intervence k životnímu stylu**, jedná se o fázi, která zasahuje do klientova životního stylu a snaží se změnit jeho životní styl, jelikož každý relaps vychází z nevyváženého životního stylu a poukazuje na to, že v klientově životě je nějaký problém (Kalina, 2013, s. 233-234).

V prevenci relapsu jsou důležité jak krátkodobé, aktuální cíle tak i ty dlouhodobé, stále. Mezi aktuální cíle a schopnosti, kterými je potřeba klienta vybavit jsou dovednosti k identifikování rizikových situací. V ideálním případě se těmito situacím úplně vyhnout. Pokud se stane, že závislý recidivuje, je potřeba, aby byl vybaven takovými schopnostmi, díky kterým zabrání opětovnému úplnému rozvinutí závislosti. Dlouhodobé preventivní cíle jsou identifikace a rozpoznání stresových zdroj, které by mohly k relapsu vést, uvědomit si negativní vzorce svého jednání, zajímat se a poznávat nové volnočasové aktivity a věnovat se smysluplnému trávení volného času. Celkově dospět k ideálnímu a vyrovnanému životnímu stylu s efektivním managementem času, ve kterém jedinec návykové látky nebude potřebovat (Kalina, 2013, s. 342).

Důvod recidivy je prostý, klient recidivuje ve chvíli, kdy něco v jeho životě či léčbě nefunguje, tak jak by si přál, většinou se zde ukazuje pravý problém klienta. Je důležité si uvědomit, že proces recidivy je u konce až ve chvíli, kdy si klient uvědomí, z jaké důvodu se to stalo a bude ochoten změnit určité vzorce svého chování a další recidivě předejít. Zpracování recidivy ztěžuje fakt, že klienti se často stydí, mají pocit selhání a jsou zoufalí. Málo, který klient pozná, že směřuje k recidivě, jelikož ignoruje její projevy (Röhr, 2015, s. 134-135).

Havarijní plán, je plán, jak by se měl člověk zachovat v krizové situaci a při existenci rizika relapsu. Je to připravenost pro případ, že tato situace může nastat. Neznamená to, že by se relaps tímto přivolával nebo předvídal, naopak, havarijní plán má i motivační účinek, aby se recidivě předcházelo a klient nebyl v takovém stresu, že neví, co bude dělat, pokud taková situace opravdu nastane. Havarijní plán by měl obsahovat seznam spojenců, kteří jsou schopni recidivu zastavit, je to někdo na koho se člověk může

spolehnout, když bude mít tendenci, touhu drogu užít. Může se jednat o rodiče, přátele, příbuzné, zaměstnanci kontaktního, léčebného centra. Dále by měl plán obsahovat, co by tyto osoby měly dělat, jak by se měli chovat, aby to pro závislého člověka bylo co nejúčinnější, nejspolehlivější a nejefektivnější. Posledním bodem plánu je, jak by se měli zachovat ostatní při porušení dohodnutého postupu – porušení pravidel, relaps atd. Havarijní plán si závislý vytvoří sám, tak aby byl pro něj co nejúčinnější (Kalina, 2003).

Vysoce rizikové situace

Vysoce rizikovými situacemi se dle Kaliny (2003) myslí situace, které jsou překážkou pro abstinenci jedince. Jsou to situace, které klienta pokouší v užívání látky, tyto situace jsou individuální tudíž velmi rozmanité, může se jednat například o setkání s kamarády, se kterými klient drogy užíval, návštěva místa, kde se drogy obvykle užívala nebo i pouze o návštěvu hospody či baru, to platí zejména pro jedince závislé na alkoholu. Jsou definované tři základní skupiny vysoce rizikových situací: negativní emoční stavy, interpersonální konflikty, sociální tlak.

První skupina negativní emoční stavy, jsou negativní situace a stavy, které přicházejí z vnitra klienta, může je jednat o frustraci, deprese, vztek, agresi. Další skupinou jsou interpersonální konflikty, patří sem jakékoliv hádky s rodinou, přáteli, partnery a podobně. Častou příčinou jsou i neshody v zaměstnání, škole nebo v různých institucích. Poslední skupinou je sociální tlak, který je přímý či nepřímý. Přímým sociálním tlakem se rozumí setkání s člověkem, s kterým abstinující jedinec užíval návykové látky, okolí jedince ho pobízí k užívání návykových látek a podobně. Nepřímý sociální tlak, jedinec se nachází v blízkosti lidí, kteří návykové látky užívají, nejčastěji se jedná o party, bary apod., ale může se jednat i o procházku parkem, kde užívají drogy (Kalina, 2008, s. 229).

Když se jedinec dostane do vysoce rizikové situace, dá se to brát jako test a zásadní okamžik, zda je klient dostatečně vybaven schopnostmi a dovednostmi situaci sám zvládnout a odolat nutkání látku užít. Vzhledem k tomu, že všem rizikovým situacím se vyhnout nedá, je chyba podporovat klientovu myšlenku, že se do takové situace nikdy nedostane. Z tohoto důvodu je nutné klienta dostatečně připravit i na možnost, že ne všem rizikovým situacím se dá vyvarovat a naučit klienty, jak se v těchto chvílích zachovat a jak s rizikovými situacemi pracovat (Kalina, 2008, s. 230-231).

5.2. Druhy recidivy

Každá recidiva, opakované užití návykové látky má svůj důvod a jsou situace, které této skutečnosti předcházejí Röhr (2015) uvádí několik druhů recidivy.

Recidiva proto, že závislý neakceptoval svou nemoc: chorobně závislé lidi, kteří si nechtějí připustit, že jsou nemocní, ve skutečnosti s užíváním návykových látek přestat nechtějí, jen si to nalhávají (sobě i svému okolí). Přestanou s užíváním návykových látek a začnou léčbu kvůli vnějšímu tlaku okolí, ve skutečnosti oni sami přestat nechtějí.

Recidiva z úzkosti: člověk užívá návykovou látku jako boj s úzkostmi či depresemi. Bez užívané látky jsou tyto pocity silnější a nesnesitelnější než předtím, tak se k užívané látce vrátí, jelikož bez ní tyto stavy nezvládají. Je možnost, aby se klient v léčbě naučil vypořádat se s těmito obtížemi bez drog například pomocí tréninku sebeprosazování.

Recidiva z toho, že je mi tak dobře: klient se sebou není nikdy spokojený a nebo chce více a více. K recidivě dochází, když se jim daří a cítí se dobře. Mají pocit, že fázi závislosti mají již za sebou, vše zvládli a již se nemůže nic stát, co by je donutilo znovu užívat.

Recidiva po urážce nebo ublížení: spousta chorobně závislých lidí, špatně zvládá kritiku a urážky, zejména ohledně své závislosti, ale může se jednat o jakoukoliv kritiku. Těmto lidem je často vyčítán jejich životní styl a utrpěli jejich vlastní životní hodnoty, je zde důležité naučit se pracovat s kritikou a urážkami a naučit se je přijmout a zpracovat.

Recidiva jako pomsta: často se dá recidiva vnímat jako pomsta svému okolí, vzdor nebo zlost vůči okolí (rodině, partnerovi, nadřízenému apod.). Ve výsledku se jedinec mstí pouze sám sobě a neuvědomuje si svou frustraci ze sebe samého, své situace nebo závislostní situaci nezvládá, tak jak by si přál.

5.3. Model relapsu (kognitivně – behaviorální)

„Prevence relapsu podle Marlatta a jeho školy je uceleným kognitivně – behaviorálním přístupem, který se zaměřuje na zvyšování sebeřízení a sebekontroly závislostního chování“ (Kalina, 2013, s. 339).

Dle tohoto modelu relapsu je několik tak zvaných skrytých předchůdců relapsu, což jsou vlastně situace a chování, při jejichž výskytu se dá relaps očekávat a předcházet relapsu. Tento model je zaměřen hlavně na zvládnání těchto situací, a aby měl klient dostatečné znalosti a dovednosti k zvládnutí. Klient by si měl být vědom vlastní kompetence a odpovědnosti za svou abstinenci. Jedná se zejména o tyto situace:

nerovnováha životního stylu,
vysoce rizikové situace,
zdánlivě nevýznamná rozhodnutí
carving neboli bažení.

Nerovnováha životního stylu, s kterou je úzce spojen i stres a nevyrovnanost, může v klientech vyvolávat pocity frustrace a myšlení, že v určitých situacích si drogu dát můžou, zaslouží si ji. Je to nerovnováha toho, co by sami chtěli a toho co musí. Vysoce rizikové situace jsou ty situace, při kterých je jedinec náchylnější k relapsu, které jsou podmíněny různými spouštěči, které můžeme pozorovat. Tyto spouštěče vyvolávají myšlenky na drogu a její užití, můžou být spojeny s různými emočními stavy, náladou či tlaku okolí. Zdánlivě bezvýznamná rozhodnutí jsou ty, které v minulosti předcházeli relapsu, ale jsou často bagatelizovány a neberou se v potaz jako jedna z příčin. Je to řetězec událostí, které nevyhnutelně vedou k relapsu, tento proces je doprovázen stresem a pocitem ublížení a nedorozumění, doprovázena neschopností přijmout odpovědnost za všechny události a nepovažovat je za náhodu nebo omyl.

5.4. Přístupy poradce

V první řadě je důležité si uvědomit, že relaps je při léčbě závislosti běžnou součástí a není to nic neobvyklého. Terapeut se snaží s klientem vybudovat vztah a posilovat důvěru mezi oběma, aby se klient cítil bezpečně a neměl problém mluvit otevřeně o jeho situaci a problémech spojených s relapsem a závislostí. Celý proces je obtížný, jelikož terapeut musí s klientem komunikovat opatrně takovým způsobem, aby ho nenaváděl či nepodporoval v relapsu či neposilovat jeho důvody pro relaps.

Vytváření příznivých podmínek pro diskuzi

Vytváření příznivých podmínek je zejména na terapeutovi či osobě, která s klientem pracuje. Je důležité vyvarovat se hyperprotektivnímu chování. Jedná se o styl chování při kterém osoba v konkrétních situacích přehnaně a nepřiměřeně chrání a brání

osobu druhou. Je důležité, aby v žádné z fází relapsu (před relapsem, v průběhu či při jeho překonávání a zpracování), terapeut nevykazoval známky hyperprotektivního chování vůči svému klientovi, toto chování může zvyšovat riziko relapsu či zpracování relapsu může být tímto chováním ztíženo. Terapeut si pro svou vlastní kontrolu může v průběhu léčby klást tyto otázky: Užil bych návykovou látku já v jeho situaci? Věnuji, tématu relapsu menší pozornost než bych měl? Zatajuji informace ohledně léčby osobám, které mám informovat ohledně léčby? Pokud si terapeut odpoví ano na aspoň jednu otázku, je důležité se zamyslet, zda sám nevytváří klientovi prostředí pro relaps a nepřímo ho nenavádí. Způsoby jak se hyperprotektivnímu chování vyhnout je podrobovat své postupy kritickému myšlení, zamyslet se nad svou prací se závislými klienty, využívat supervize, poznámky kolegů.

Při vnímání relapsu je podstatné, aby si klient uvědomil, že každý relaps je třeba zpracovat a zjistit, proč k němu došlo. To znamená, že terapeut by se neměl spokojit s odpovědi od klienta jako je uklouznutí, nemoc, omyl a podobně. Terapeut by měl s klientem najít ty správná slova k charakterizování toho, co se stalo, brát relaps jako zkušenost, poučit se z něj a v budoucnu se vyvarovat faktorům a jednání, které relaps způsobilo a situacím, kdy je člověk k relapsům náchylnější (stresové situace, negativní i pozitivní emoce, mezilidské konflikty, tlak okolí a tak dále).

K vytvoření důvěryhodné atmosféry je důležitý neodsuzující postoj ze strany terapeuta vedoucí k vytvoření důvěrného vztahu. Mimo jiné je důvěra důležitá k práci s relapsem. Jelikož pro klienty motivované k abstinenci je obtížné mluvit o případném porušení abstinence nebo o chování, které by porušení napomohlo, když pracují na naprostém opaku. Je nutné a zásadní aby klienti byli s relapsem seznámeni, na druhou stranu to pro ně může být frustrující, že něco takového může nastat. Zde je opět důležitý vztah klient a terapeut a podpora a motivace ze strany terapeuta. Je zde riziko přenosu ze strany klienta, který může odpovědnost přenést na terapeuta, následně mu vyčítat, že mu třeba dostatečně nepomáhá v léčbě a klient si může myslet, že recidivoval kvůli terapeutovi (Millerová, 2011, s. 211-216).

6. Vyhodnocení dotazníků od klientů PN Bohnice

V rámci své bakalářské práce jsem chtěla provést čtyři hloubkové rozhovory s klienty Psychiatrické nemocnice Bohnice a příklady z praxe tak doložit poznatky z odborné literatury. Tato forma bohužel kvůli koronavirové krizi nebyla možná, jelikož nouzový stav nedovoloval přístup nezaměstnaných osob na pracoviště. Po různých překážkách v realizaci praktické části jsem se rozhodla pro alternativu formou krátkých strukturovaných dotazníků u většího počtu respondentů. Cílem dotazníků bylo zjistit, v jakých sférách života je závislost nejvíce ovlivňovala, jaká byla motivace klientů k abstinenci a kdo nebo co jim bylo oporou, popřípadě proč klienti znovu užili návykovou látku.

6.1. Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumu bylo proniknout do problematiky léčby závislostí. Tento proces a sociální problematika klientů je v dané situaci často značně ztěžující. Zaměřila jsem se především na otázky týkající se motivace vedoucí k abstinenci. Jaké faktory proces abstinence ztěžují, a které naopak usnadňují. V kterých oblastech závislost jedince poškozovala a jaké důvody je vedly k zahájení léčby, popřípadě jaké skutečnosti vedou k znovu užití návykové látky.

6.2. Popis skupiny respondentů

Mého výzkumu se účastnilo celkem devět respondentů. Z toho dva muži ve věku 28 a 38 let a sedm žen ve věkovém rozmezí od 24 do 52 let. U ženských respondentů nejvíce převažuje středoškolské vzdělání s maturitou, celkem tři. Základní vzdělání a vyučení v oboru má shodně po dvou respondentkách. Jeden z oslovených mužů má magisterské vzdělání a druhý je vyučen v oboru. Vykonávané profese respondentek jsou: pokladní, masérka, uklízečka, operátor výroby, servírka, pomocná síla v kuchyni a jedna z respondentek je po mateřské dovolené. Jeden respondent si nepřál uvést své povolání a druhý pracuje jako jevištní technik.

Rodinná a sociální situace je u většiny respondentů komplikovaná. K sociální situaci pouze jeden z respondentů uvedl, že je finančně zajištěn, má dobrou práci a vlastní bydlení. Ostatní respondenti shodně uvedli finanční potíže, pramenící ze ztráty zaměstnání

nebo nízkých výdělků ze zaměstnání a absenci vlastního bydlení, časté je i přebývání u příbuzných nebo přátel.

K rodinné situaci respondenti zmiňovali špatné vztahy v rodině, zejména v partnerském životě, tři z respondentů jsou rozvedeni, tři mají partnera a tři žijí sami. Celkem pět respondentů má děti, u tří z nich jsou děti v péči jiné osoby, nejčastěji u druhého z rodičů či jiného příbuzného. Dva respondenti uvedli zdravotní hendikep u člena rodiny. Konkrétně jedna z respondentek má syna se zdravotním postižením (svalová dystrofie) a jeden respondent má sestru s hraniční poruchou a bratra s poruchou autistického spektra.

Pro příklad uvádím několik konkrétních odpovědí:

Respondentka: *„Moje rodina je matka, sestra a můj miláček syn, sociální situace je komplikovaná, byt svůj nemám, bydlím střídavě u ségry, babičky a u známých.“*

Respondentka: *„Bydlím v rodinném domě svých rodičů, ale mám tam samostatný byt. Mám dceru, které je šest let. S jejím otcem nežijeme a dceru máme ve střídavé péči. Mám přítele“.*

Respondentka: *„Mám dva syny (10 a 14 let), jsem rozvedená a děti jsou bohužel v péči otce. Má sociální situace je nevalná, mám práci na částečný úvazek, která z části pokryje dávky na děti, nemám ani životní minimum“.*

6.3. Metody a techniky výzkumu

Cílovou skupinou mého dotazníku byli klienti Psychiatrické nemocnice Bohnice na oddělení adiktologie. Získat respondenty pro výzkum nebylo tak těžké, jelikož jsem využila svých kontaktů z odborné praxe, kterou jsem absolvovala v zimě roku 2019. Situaci poněkud zkomplikoval nouzový stav, kvůli kterému jsem nemohla udělat hloubkové rozhovory osobně, jak jsem měla původně v plánu, ale musela jsem zvolit distanční formu. Výzkum jsem zrealizovala technikou dotazování, konkrétně dotazníky. Dotazníky jsou technikou písemnou, kdy respondent písemně odpovídá na otázku (Reichel, 2009, s. 118). Dotazník byl strukturovaný s volnými otázkami.

6.4. Formulace výzkumných otázek

Dotazníky měly celkem jedenáct otázek. Prvních pět otázek bylo obecných, zaměřených na pohlaví, věk, vzdělání, povolání a rodinou a sociální situaci respondentů. Zbylé otázky byly již zaměřeny k tématu. Jejich znění bylo následovné:

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?
2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?
3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?
4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?
5. Kdo je Vaší největší oporou?
6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

6.5. Průběh výzkumného šetření

Na základě odborné praxe absolvované v zimě roku 2019 jsem se spojila se sociálně zdravotní pracovníci Psychiatrické nemocnice Bohnice, oddělení adiktologie. Vzhledem k situaci nouzového stavu jsem nemohla provést hloubkové rozhovory a zvolila jsem distanční formu dotazníků. Pracovníci adiktologického oddělení distribuovali dotazníky mezi jejich klienty. Na základě klienty vyplněných dotazníků jsem následně zpracovala analýzu. V úvodu dotazníku bylo napsáno, k čemu budou dotazníky využity a ujištění o jejich anonymitě a užití pouze pro tuto bakalářskou práci. Otázky v dotaznících byly otevřené, aby respondenti měli co největší volnost a svobodu ve formulaci svých odpovědí, nechtěla jsem je svazovat uzavřenými otázkami.

6.6. Analýza dotazníků

V této kapitole jsou rozepsané a shrnuté odpovědi jednotlivých respondentů. (Doslovné přepisy dotazníků jsou přiloženy na konci práce v příloze.)

6.6.1 Otázka číslo 1

Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Uvědomění respondentek nejčastěji proudilo z neschopnosti fungovat v běžném životě, nezvládnání běžných činností či tyto činnosti již vůbec nedělaly a vše odkládaly. Objevily se i odpovědi spojené se zdravotními problémy. Dvě respondentky uvedly, že až poté co se dostavily abstinenční příznaky, jako například teploty, zimnice a bušení rychlé bušení srdce si uvědomily, že jsou závislé na užívaných návykových látkách.

Respondentka: *„Když jsem začala na všechno kašlat“.*

Respondentka: *„Díky okolí a neschopnosti fungovat v životě, tedy omezení při běžných činnostech“.*

Respondent si své uvědomění závislosti spojuje s neschopností nalézt práci, popřípadě si práci udržet, a že všechny vydělané či získané peníze hned utratil za návykové látky. Uvědomění druhého z respondentů bylo spojováno i se ztrátou přátel, nikdo ho nechtěl vidět a být s ním v kontaktu. Uvědomil si, že další užívání by bylo na obtíž a nepřinášelo mu již žádné potěšení, tak jako na počátku užívání návykové látky.

6.6.2 Otázka číslo 2

Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užívání)?

Z celkového počtu devíti respondentů jsou tři v léčbě opakovaně (dvě ženy a jeden muž). Jedna z respondentek uvedla konkrétně, že v léčbě je již podruhé.

Respondent, který byl v léčbě opakovaně, jako důvody pro svou recidivu uvedl: *„Nebyl jsem schopen opustit svou sociální skupinu lidí, s kterými jsem návykové látky užíval, i když já sám jsem si řekl dost, ostatní stále v užívání pokračovali a mě to lákalo pokračovat s nimi, připomínali mi to.“*

Respondentky, které opakovaně užili látku a v léčbě jsou opakovaně, jsou celkově dvě. První jako důvody své recidivy uvedla poničené vztahy s přáteli, rodinou a absenci příznivého společenského okolí, žádnou sebedůvěru a pochybnosti ohledně své abstinence, výčitky a minulost, která byla natolik bolestivá, že opětovné užívání ji dovolilo zapomenout na její trápení. Druhá respondentka zmiňovala psychickou závislost na užívané látce, která ji nutila recidivovat. K odpovědi připojila i slova uvědomení,

uvědomila si, že když v léčbě zvládne návykové látky neužívat, tak nemá smysl s užíváním opět začínat po propuštění z léčby.

6.6.3. Otázka číslo 3

Proč jste začal/a léčbu v Psychiatrické nemocnici Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Šest zmíněných respondentů shodně uvedlo, že léčbu začali, jelikož nebyli schopni fungovat v normálním životě a společenském prostředí, nezvládali své povinnosti. Pět respondentů, kteří mají děti, uvedlo, že chtějí být dobrými rodiči pro své děti a řádně se o ně starat, popřípadě získat děti zpět do své péče. Dále se jednalo o tyto důvody, které se často prolínaly mezi respondenty. Jednalo se například o zdraví, psychická onemocnění, zlepšení vztahů s okolím, touha po změně životního stylu a osamostatnění.

Respondentka: *„Kvůli neschopnosti postarat se o děti, které mi vzali kvůli drogám při rozvodu. Chtěla bych děti zpět do své péče a řádně se o ně starat“*

Respondentka: *„Chci se zbavit závislosti a deprese, pobyt mi doporučila kamarádka. Důvod byl, že jsem už pila tak hodně, že jsem nevěděla o světě“*.

Dvě respondentky uvedly, že v léčbě nejsou dobrovolně, ale mají nařízenou soudní ochranou léčbu. Jeden z respondentů je v léčbě opakovaně a vždy z důvodu nařízené léčby soudem. Respondentka: *„Důvodem vždy byla policie a soud, co mě donutili něco se sebou dělat. Teď mám soudní ochranou léčbu. Díky ní jsem se rozhodla v léčbě pokračovat“*. Druhá respondentka je v léčbě poprvé, ale také z důvodu soudního ochranného opatření. Konkrétně respondentka zavinila dopravní nehodu pod vlivem omamné látky, alkoholu. Respondentka: *„Jsem zde soudně, po autonehodě pod vlivem alkoholu“*.

Dle Trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. je ochranná léčba opatření, které se uděluje pachatelům trestných činů, kteří pro nepřičetnost nejsou trestně odpovědní, či jejich pobyt na svobodě by byl nebezpečný pro společnost. Lze ji uložit jako trest samotný nebo jako doplněk k trestu jinému.

6.6.4. Otázka číslo 4

V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Jeden z mužských respondentů uvedl, že závislost ho poškozovala úplně ve všech odvětvích života, zejména v psychice a schopnosti se racionálně rozhodovat. Doslova napsal: *“Když máš drogu, je ti vše jedno“*. Problém byl i v přátelských vztazích, jelikož kvůli studiu byl hodně látek schopný vyrobit, tudíž byly snadno dostupné a i jeho přátelé si tohoto byli vědomi. Druhého mužského respondenta návykové látky nejvíce poškozovaly ve vztazích, jelikož znal pouze lidi z drogového prostředí.

Hlavní oblastí pro respondentky byly vztahy. Jedná se zejména o poničení rodinných vazeb, rozpad manželství. Často zmiňovaly i nefunkčnost partnerských vztahů, neschopnost fungovat ve vztazích či úplnou absenci osobního života. Další často zmiňovanou oblastí byla otázka zdraví: velká únava bez užívané látky, špatné zuby, nervy a játra. Objevily se i odpovědi ohledně kariéry, neschopnosti najít si zaměstnání, neplnění svých povinností, odkládání povinností či špatná školní docházka.

Na závěr přidávám několik konkrétních odpovědí.

Respondentka: *„Lidé kolem mi chtěli pomoci, ničila je má závislost, milovali mě a záleželo jim na tom, jak mi je“*.

Respondentka: *„Během závislosti jsem si neplnila své povinnosti. Vše jsem odkládala nebo vůbec neřešila“*.

6.6.5. Otázka číslo 5

Kdo je Vaší největší oporou?

Respondentky vždy uváděly někoho z jejich okolí či osobu blízkou (člena rodiny či rodinu celou, přátelé, partnera, děti a podobně). Oproti tomu mužští respondenti uvedli pouze sami sebe. Konkrétně jeden z respondentů: *„Já sám, vždy jsem v tom byl sám“*.

Tyto odpovědi mi přijdou velice zajímavé, jelikož ani jedna z respondentek neuvedla sebe, vždy se jedná o někoho jiného, v kom má oporu. Jsem si vědoma toho, že vzorek respondentů je dosti malý na to, aby se z něj dali vyvozovat nějaké závěry, ale když jsem přemýšlela nad tím čím, by to mohlo být, dospěla jsem k závěru, že se tento rozdíl může týkat rozdílu mezi muži a ženami.

6.6.6. Otázka číslo 6

Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

U respondentek se celkem šestkrát objevila odpověď spojená s další osobou. Nejčastěji se jednalo o děti nebo partnera. Dvě respondentky odpověděly, že jejich motivací jsou hlavně ony samy a vyhlídky na lepší a plno hodnotnější život bez drog. U této otázky mě odpovědi poněkud překvapily, protože z většiny dotazníků vyplývá, že pouze malá část respondentů chce abstinovat zejména pro sebe a své dobro. Většinou je motivace k abstinenci spojená s další osobou či jinými hmotnými statky (byť, peníze, auto).

Motivace jednoho z mužských respondentů je zejména to, že bez drog je mnohem efektivnější než s nimi. Druhý respondent uvedl, že již nechce být „smažkou“.

6.7. Shrnutí

Analýza výzkumného šetření byla uskutečněna na základě dotazníků vyplněných od klientů Psychiatrické nemocnice Bohnice oddělení adiktologie. Výzkumného šetření se celkem účastnilo devět respondentů, dva muži a sedm žen.

Z první otázky vyplývá, že uvědomění závislosti respondentů nejčastěji vycházelo ze zjištění, že již nejsou schopni fungovat bez návykových látek a zanedbávají své povinnosti. Následující otázka ukazuje, že jedna třetina dotazovaný respondentů si prochází léčbou opakovaně. Důvody k recidivě byly jak psychické tak fyzické (abstinenční příznaky, nízké sebevědomí, absence zázemí a rodinných vztahů). Ze třetí otázky je zřejmé, že šest respondentů začalo léčbu, kvůli rodinným důvodům, zejména kvůli vlastním dětem, aby byli schopni se o ně plnohodnotně starat. Respondenti, kteří děti nemají, léčbu začali, kvůli zdraví, různým onemocněním či zlepšení vztahů s okolím, odpovědi se prolínaly napříč respondenty. A dvě respondentky mají léčbu soudně nařízenou. Otázka číslo čtyři se týkala sfér, které závislost nejvíce ovlivňovala. Závislost respondenty nejvíce ovlivňovala v mezilidských vztazích, zdraví a v zaměstnání. Pátou otázkou jsem se dostala k tématu opory, pro respondentky je oporou někdo z jejich okolí (rodina, děti, přítel či přátelé) pro respondenty jsou největší oporou oni sami. Poslední, šestá otázka byla zaměřena na motivaci k abstinenci. Opět zde velkou roli hráli lidé z okolí respondentů, většinou chtějí abstinovat pro své okolí.

Z dotazníků vyplývají sociální problémy, které mám obsažené v druhé kapitole. Všichni dotázaní respondenti, kromě jedné respondentky, se potýkají s finančními, rodinnými, či bytovými problémy. V dotaznících se několikrát objevily i zdravotní problémy. Z informací získaných z dotazníků, cítím důležitost práce s motivací a zapojení rodinných příslušníků do procesu léčby.

Závěr

Cílem této práce bylo popsat problematiku léčby závislostí na návykových látkách a faktory, které tento proces ovlivňují. V praktické části jsem se poté zaměřila spíše na konkrétní komplikace a důvody léčby, motivaci a podobně.

Psychosociální důsledky závislosti na návykových látkách jsou zejména absence sociálního zázemí, ztráta zaměstnání a bydlení. Závislost ovlivňuje i mezilidské vztahy zejména rodinné či partnerské. Což potvrdili respondenti z mého výzkumného šetření.

V rámci praktické části své bakalářské práce jsem vyhodnotila devět strukturovaných dotazníků s otevřenými otázkami. Otázky se týkaly motivace vedoucí k abstinenci, oblastmi, v kterých jedince závislost nejvíce poškozovala a důvody započetí léčby. Z analýzy dotazníků nejvíce vyplývá, jaký vliv má užívání návykových látek na sociální prostředí jedince. Respondenti uváděli problémy spojené s rodinou, přáteli, zaměstnáním či financemi. Z tohoto důvodu si myslím, že je velice důležitá následná péče a resocializace jedince zpět do fungující společnosti. I jako prevence proti recidivě.

Jelikož respondenti mého výzkumného šetření nebyli schopni fungovat v běžném životě, je jejich nejčastější motivací k abstinenci snaha o změnu jejich životního stylu či touha být plnohodnotným členem společnosti, rodiny a schopnost postarat se o své děti. Z čehož mi vyplývá důležitost zapojení rodinných příslušníků do následné léčby. Práce s rodinou již v průběhu léčby by mohla pomoci zlepšit poškozené vztahy v rodině a docílit snadnějšího návratu do fungující společnosti, což je také dobrá prevence proti recidivě.

Největší komplikací mé bakalářské práce byl výzkum v praktické části. Vzhledem k situaci nouzového stavu a mimořádnému opatření Vlády České republiky mi nebylo umožněno udělat dostatečný výzkum, tak jak jsem si přála. Vyhodnocení dotazníků vzhledem různosti odpovědí bylo komplikované.

Na závěr bych ráda uvedla důležitost sociální práce a návazných služeb při léčbě závislostí. K úspěšné léčbě je třeba i resocializace, to znamená opětovné začlenění do běžné společnosti, zde je možnost využít služby následné péče, díky kterým se dá zajistit zaměstnání, bydlení či zlepšení rodinných vztahů. Pokud u osob léčených ze závislosti nebudou uspokojeny tyto potřeby, je dost pravděpodobné, že budou opět hledat záchranu v návykových látkách.

Seznam použité literatury

- DOČKAL, Jan. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
- GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-765-3.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.

RÖHR, Heinz-Peter. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Přeložil Petr BABKA. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.

VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

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

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník v platném znění

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění

Seznam internetových zdrojů

Delirium tremens – Wikipedie. [online]. Dostupné

z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Delirium_tremens

Detox – první krok v léčbě závislosti | uLékaře.cz. *Největší online lékařská poradna* |

uLékaře.cz [online]. Copyright © 2007 [cit. 17.07.2020]. Dostupné

z: <https://www.ulekare.cz/clanek/detox-prvni-krok-v-lecbe-zavislosti-329641>

Glosář pojmů - drogy-info.cz. *Home - drogy-info.cz* [online]. Copyright © Úřad vlády

České [cit. 17.07.2020]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=54>

Jak to funguje? | Anonymní alkoholici. *Anonymní alkoholici | Zůstat střízliví a pomáhat*

ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat [online]. Copyright © 2020 Anonymní

alkoholici [cit. 17.07.2020]. Dostupné z: <https://www.anonymnialkoholici.cz/nove-prichozi/jak-to-funguje/>

Jak substituční léčba probíhá? | Substituční léčba | Veřejnost - Substituční léčba.

Substituční léčba – Veřejnost [online]. Copyright © 2020 [cit. 17.07.2020]. Dostupné

z: <https://www.substitutni-lecba.cz/jak-substitutni-lecba-probiha-n>

Léčba závislosti | Jak probíhá léčení | Alkohol pod kontrolou. *Alkohol pod kontrolou |*

Ověřené informace o užívání alkoholu [online]. Dostupné

z: <https://www.alkoholpodkontrolou.cz/jak-zvladnout-problem-s-pitim/lecba-zavislosti/>

Léčba závislosti na alkoholu| Branické Sanatorium. Soukromé sanatorium v Praze| *Léčba*

závislosti [online]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/zavislost-na-alkoholu>

Negativní důsledky drogové závislosti : Drogy. *Drogy* [online]. Dostupné

z: <https://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti-/>

Podpora rodiny. *Proxima Sociale o.p.s.* [online]. Copyright © 2020 Proxima Sociale [cit.

17.07.2020]. Dostupné z: <https://www.proximasociale.cz/poradenske-a-pobytove-programy/podpora-rodiny/>

Průběh závislosti| Infodrogy.estranky [online]. Copyright © 2020 eStránky.cz [cit.

17.07.2020]. Dostupné z: <https://infodrogy.estranky.cz/clanky/prubeh-drogove-zavislosti.html>

zavislosti.html

Sananim z.ú. | Pracovní a sociální agentura (PSA). *Sananim z.ú. | Prevence a léčba závislosti* [online]. Dostupné z: <http://www.sananim.cz/o-nas-1/pracovni-a-socialni-agentura-psa.html>

Sociální dopady drogové závislosti - Substituční léčba. *Substituční léčba - Veřejnost* [online]. Copyright © 2020 [cit. 17.07.2020]. Dostupné z: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/socialni-dopady-drogove-zavislosti-99>

Závislosti – ženy – Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. Copyright © 2020 Psychiatrická nemocnice Bohnice [cit. 17.07.2020]. Dostupné z: <http://bohnice.cz/lecba/zavislosti-zeny/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník 1	55
Příloha č. 2: Dotazník 2	56
Příloha č. 3: Dotazník 3	57
Příloha č. 4: Dotazník 4	58
Příloha č. 5: Dotazník 5	59
Příloha č. 6: Dotazník 6	60
Příloha č. 7: Dotazník 7	61
Příloha č. 8: Dotazník 8	62
Příloha č. 9: Dotazník 9	63

Příloha č. 1: Dotazník 1

Žena, 52 let, základní vzdělání, operátor výroby

Rodinná a sociální situace: rozvedená, zajištěná, mám vlastní byt a docela dobře vydělávám.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Svou závislost jsem si uvědomila, že už jsem nezvládala nic. Věděla jsem, že to nezvládnu a tak jsem se šla léčit.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Chci se zbavit závislosti a deprese. Pobyt mi doporučila kamarádka. Důvod byl, že už jsem pila, tak hodně, že jsem nevěděla o světě.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

V oblasti manželství, které se rozpadlo z důvodu manželovi nevěry a následně narození dítěte. Piji poslední dva roky a nejvíce poslední dva měsíce.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Oporou mi jsou moje dvě moc hodné děti a také chci být opět sama sebou a dobrou matkou.

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Můj důvod jsem hlavně já sama a také moje děti, pro které chci být silná matkou, kterou jsem byla, než jsem začala pít.

Příloha č. 2: Dotazník 2

Žena, 35 let, vyučena,

Rodinná a sociální situace: bydlím v rodinném domě svých rodičů, ale mám zde samostatný byt. Mám šestiletou dceru ve střídavé péči. S otcem nežijeme spolu. Mám přítele.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Když jsem začala na všechno kašlat.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Na léčbu jsem nastoupila, abych si dala svůj život dohromady. Chci být mámou pro svoji holčičku.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

V kariéře, v osobním životě, v rodinných vztazích. Během závislosti jsem si neplnila svoje povinnosti. Všechno jsem odkládala nebo vůbec neřešila.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Můj přítel

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Největší motivací je moje dcera a přítel.

Příloha č. 3: Dotazník 3

Žena, 45 let, vyučena, uklízečka

Rodinná a sociální situace: mám dva syny (10 a 12 let), jsem rozvedená, děti jsou bohužel v péči otce. Sociální situace je nevalná, mám částečný úvazek, který z části pokryje dávky na děti, nemám ani životní minimum.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Svou závislost jsem si uvědomila ve chvíli, kdy jsem měla abstinenční příznaky (teploty, zimnici, bušení srdce) bolesti jako při chřipce, po letech užívání návykových látek.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Neschopnost postarat se o děti, děti mi vzali při rozvodu, kvůli drogám. Chci děti do své péče a řádně se o ně starat.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Byla jsem bez drog unavená, neschopná normálně fungovat, nemohla jsem pracovat na plný úvazek, jen částečný.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Největší oporou mi je můj současný přítel a rodina (máma, táta, bratr).

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Děti, žít a být pro ně nejlepší matkou, dlužím jim to. Jsem rodinný typ a chci jen pro sebe lepší život a dětem krásné dětství.

Příloha č. 4: Dotazník 4

Žena, 25 let, všeobecné gymnázium s maturitou, pokladní

Rodinná a sociální situace: špatné vztahy s rodiči, děti nemám, žiji sama, bez bydlení, finančně nezajištěna

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Před rokem. Díky okolí a neschopnost fungovat v životě – tedy omezení při běžných činnostech.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Opakovaně, podruhé. Důvody mé recidivy byly vztahy, absence sebedůvěry, výčitky a minulost

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Vztahy s okolím, touha po změně sebe samé, sociální okolnosti

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Vztahy – lidé okolo mi chtěli pomoc, ničilo je to, milovali mě a zaleželo jim na tom, jak mi je.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Rodina, přátelé

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Vztahy, zdraví, já sama

Příloha č. 5: Dotazník 5

Žena, 32 let, středoškolské vzdělání, po mateřské dovolené

Rodinná a sociální situace: moje rodina je matka, sestra a můj miláček syn. Sociální situace je komplikovaná, byt svůj nemám, bydlím střídavě u sestry, babičky a u známých.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Asi ve 25 letech, když jsem skončila v nemocnici na kapačce.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Jsem tu soudně, po autonehodě pod vlivem alkoholu.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

V práci, ve škole

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Můj syn a moje starší sestra, která má teď v péči mého syna.

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Určitě můj syn a moje sestra

Příloha č. 6: Dotazník 6

Žena, 24 let, základní vzdělání, masérka

Sociální a rodinná situace: vztahy s matkou se díky léčbě zlepšily. Má sociální situace se odvíjí od hmotné nouze, kterou pobírám, abych měla na základní věci, jako je hygiena a třeba boty doplňky jako boty. Vztahy s otcem zařídím v komunitě.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Má závislost se táhne již šest let, uvědomila jsem si to asi po týdnu intenzivního braní. Závislost psychická je, ta je nejhorší, protože v hlavě máte to, že chcete brát furt a nezáleží Vám na léčbě.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Opakovaně, psychická závislost mě nutila recidivovat. Ale teď je to jiné, protože jsem si uvědomila, že v léčbě vydržím nebrat, tak na co začínat znovu. Pokračuji v léčbě a mám nástup do komunity. Mám šanci.

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Důvodem byli vždy policajti, co mě donutí něco se sebou dělat, ale teď mám soudní ochranou léčbu. A díky ní jsem se rozhodla pokračovat.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Ztráta rodiny, špatné vztahy a podobně

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Přátelé, matka a lidé, kteří ve mně věří.

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Byt, práce, volnost, peníze a auto, kurzy, koníčky a sny

Příloha č. 7: Dotazník 7

Muž, 28 let, magisterské vzdělání, jevištní technik

Otec zemřel, když mi bylo 12 let, matka pracuje jako porodní asistentka. Mám o pět let mladšího bratra, který trpí lehkou formou autismu. A sestru, která je o sedm let mladší a trpí hraniční poruchou.

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Uvědomění závislosti je spojeno i se ztrátou kamarádů nikdo mě nechtěl vidět, další užívání bylo na obtíž.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Opakovaně, abstinenční příznaky

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Neschopnost fungovat

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Ve všech. Ovlivňuje celý život.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Já sám, vždy jsem v tom byl sám.

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Drogy už nepotřebuju, jsem efektivnější bez drog než s nimi.

Příloha č. 8: Dotazník 8

Muž, 38 let, vyučen

Sociální situace – od výplaty k výplatě

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Po roce jsem nemohl najít práci, a když jsem měl nějaké peníze, utratil jsem je za drogy.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Zapomínal jsem na svého syna a nemohl jsem najít práci.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Ve vztazích, znal jsem jen lidi okolo drog

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Já sám

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Už nechci být smažka znovu a nesnáším feťáky
(nikdy jsem nekradl a nechci uvést svou profesi)

Příloha č. 9: Dotazník 9

Žena, 38 let, maturita, práce v kuchyni a osoba pečující

1. Kdy a jak jste si uvědomil/a svou závislost?

Mnohokrát když došly peníze a drogy a nebyla jsem schopná zvládnout pracovat.

2. Léčíte se zde poprvé nebo opakovaně? Pokud jste zde opakovaně, jaké byly důvody Vaší recidivy (opětovného užití)?

Poprvé

3. Proč jste začal/a léčbu v PN Bohnice? A jaké důvody Vás k léčbě vedly?

Dvouletý vztah se zadaným mužem, nezvládla jsem konfrontaci s jeho přítelkyní.

4. V jaké oblasti Vašeho života Vás závislost nejvíce poškozovala? Proč?

Nemocný syn, zanedbávala jsem ho.

5. Kdo je Vaší největší oporou?

Přátelé a rodina

6. Jaký je Váš hlavní důvod (motivace), abyste abstinoval/a?

Syn