

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociální práce

# **Diplomová práce**



**Mgr. Iveta Pavelková**

Svépomocné skupiny pro lidi se závislostí na návykových látkách v kraji Vysočina.

Self-help Support Groups for People With Substance Abuse in Vysočina Region.

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Olga Havránková

Praha, 2016

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 14. prosince 2016

.....

Iveta Pavelková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení, cenné rady a hlavně za její neskonalou ochotu a trpělivost.

Děkuji všem členům AA a KLUS v kraji Vysočina za jejich vřelé přijetí a poskytnutí cenných odpovědí, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Také bych moc chtěla poděkovat mým rodičům a manželovi, kteří mě po celou dobu studia podporovali a jejichž projevovaná důvěra mi pomáhala ve studiu.

**Abstrakt:**

Sít' služeb pro jedince, kteří jsou závislí na návykových látkách, je v ČR rozmanitá. V jednotlivých krajích se liší jak drogová situace, tak i dostupnost odborných služeb. Zastupitelnou nebo doplňující možností mohou být pro jedince, kteří by chtěli se svojí závislostí něco udělat, svépomocné skupiny. V ČR existují různé svépomocné skupiny, nejznámější jsou Anonymní Alkoholici a další, po jejich vzoru vzniklé skupiny. Tyto skupiny se od odborných liší tím, že jsou zcela samostatné a nejsou vedené odborníky.

Tato práce se v teoretické části věnuje problematice návykových látek a závislosti, systému léčebné péče pro lidi užívající návykové látky nebo s návykovým chováním a v neposlední řadě popisuje historii svépomocných skupin a dosud vzniklé svépomocné skupiny.

Praktická část práce se soustředí na realizaci výzkumu zaměřeného na působení svépomocných skupin v kraji Vysočina a na charakteristiku jejich členů. Výzkum si klade za cíl zmapovat fungování svépomocných skupin pro lidi se závislostí v kraji Vysočina a zároveň skupiny a jejich členy popisuje z hlediska jejich charakteristiky a sociodemografických údajů.

**Klíčová slova:**

Svépomocné skupiny - anonymní alkoholici - alkohol - užívání návykových látek – závislost

**Abstract:**

Network services for people who are addicted to drugs are diverse in the Czech Republic. In individual regions there is different drug situations and the availability of professional services. Substitutable and other options for individuals, who would like to do something with their addiction, can be self-help support groups. In the Czech Republic there are various self-help support groups. Best known are Alcoholics Anonymous and others similar groups, based on the same pattern. These groups are completely independent and they are not guided by experts.

The theoretical part deals with problems of substance abuse, addiction, the health care system for people abuse substances or addictive behavior and finally describes the history of self-help support groups and other incurred self-help support groups.

The practical part focuses on the implementation of the research focused on the effect of self-help support groups in the region and to the characteristics of their members. The research aims to map the function of self-help support groups for people with substance abuse in the region Vysočina and also describes groups and their members in terms of their characteristics and sociodemographic data.

**Key words:**

Self-help Support Groups – Anonymous Alcoholics – alcohol – drug abuse – addiction

## Obsah:

1	Úvod.....	10
2	Návykové látky .....	12
2.1	Tlumivé látky.....	13
2.1.1	Alkohol .....	14
2.1.2	Heroin .....	16
2.2	Stimulační látky .....	16
2.3	Halucinogenní látky .....	17
2.4	Užívání drog v České republice.....	18
2.5	Návykové látky a závislost .....	21
3	Kritéria závislosti .....	23
3.1	Závislost na alkoholu .....	24
4	Systém péče pro závislé na návykových látkách .....	25
4.1	Léčba a služby pro uživatele drog v ČR .....	26
4.1.1	Detoxifikace.....	27
4.1.2	Terénní programy .....	27
4.1.3	Kontaktní a poradenské služby .....	27
4.1.4	Ambulantní léčba.....	28
4.1.5	Denní stacionáře .....	28
4.1.6	Krátkodobá a střednědobá ústavní (lůžková) péče .....	29
4.1.7	Rezidenční péče v terapeutických komunitách.....	29
4.1.8	Ambulantní doléčovací programy .....	30
4.1.9	Substituční léčba .....	30
4.1.10	Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče.....	30
4.2	Systém péče v kraji Vysočina .....	31
5	Svépomocná skupina .....	33
5.1	Anonymní alkoholici .....	34
5.1.1	Vznik a vývoj hnutí Anonymní alkoholici .....	35
5.1.2	Historie Anonymních alkoholiků v České republice.....	35
5.1.3	Dvanáct kroků AA .....	36
5.1.4	Dvanáct tradic .....	38
5.2	Setkávání skupin AA .....	39
5.3	Svépomocné skupiny vzniklé podle AA.....	40

5.3.1	Anonymní narkomani .....	40
5.3.2	Anonymní hazardní hráči.....	41
5.3.3	Al-Anon .....	41
5.3.4	Alateen .....	41
5.3.5	Dospělé děti alkoholiků – DDA.....	42
5.4	KLUS .....	42
6	Dostupnost svépomocných skupin pro uživatele návykových látek v ČR .....	43
7	Metodologie výzkumu .....	47
7.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	47
7.2	Metody tvorby dat.....	47
7.3	Metody analýzy dat.....	48
7.4	Metoda výběru a popis výzkumného souboru .....	49
7.5	Etika .....	49
8	Výsledky .....	50
8.1	Dostupné svépomocné skupiny v kraji Vysočina .....	50
8.1.1	Rozdíly v jednotlivých skupinách.....	51
8.2	Charakteristika členů svépomocných skupin.....	52
8.2.1	Rozdíly v počtu členů, složení skupin dle pohlaví a věku.....	52
8.2.2	Věkové rozdíly.....	53
8.2.3	Dosažené vzdělání členů svépomocných skupin .....	54
8.2.4	Závislost na návykových látkách.....	56
8.3	Doporučování svépomocných skupin v odborných zařízeních .....	58
8.3.1	Předchozí léčby v odborných zařízeních .....	59
8.3.2	Frekvence a celková doba docházení a doba střízlivosti u členů skupin.....	62
8.3.3	Rozdíly v délce střízlivosti .....	66
8.3.4	Rozdíly v délce docházení .....	67
8.4	Motivace členů ke členství ve svépomocné skupině .....	67
8.5	Abstinance v souvislosti s podporou skupiny.....	69
9	Diskuze .....	78
10	Závěr .....	82
11	Použitá literatura .....	83
12	Přílohy.....	88
12.1	Příloha 1 .....	88

12.1.1	Dotazník – respondenti společenství AA.....	88
12.2	Příloha 2.....	92
12.2.1	Dotazník – respondenti socioterapeutického klubu KLUS.....	92
13	Seznam grafů .....	96
14	Seznam tabulek.....	97



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Úvod

Četné populační výzkumy zaměřené na prevalenci užívání návykových látek v České republice přišly s výsledky, že někteří lidé v populaci mají zkušenost s návykovými látkami (Kalman et al., 2011, Chomynová et al., 2014, Mravčík et al., 2014, Sovinová, H. & Csémy L. 2015), a to ať s legálními (alkohol, léky, tabák, atd.) či s nelegálními látkami (např. pervitin, heroin, marihuana). Tyto látky mají takové vlastnosti, které, pokud je jedinec užívá dlouhodobě a pravidelně, mohou způsobit vznik syndromu závislosti (Kalina, 2001). Mimo závislost také mohou tyto látky jejich uživatelům způsobovat různé zdravotní i sociální obtíže, které jedinec bude muset řešit.

V České republice jsou pro uživatele návykových látek dostupné rozmanité sociální, ale i zdravotnické služby, které tvoří systém péče pro lidi užívající návykové látky. A to zejména pro ty jedince, kteří se potýkají se závislostí a rozhodli se změnit svůj dosavadní styl života a vnímají, že k tomuto kroku budou potřebovat pomoc druhých. Avšak nabídka některých typů těchto služeb nemusí být v jednotlivých krajích ČR dostačující – především služby následné péče (tzn. doléčování). Také se může stát, že lidé, kteří potřebují pomoc, z osobních důvodů (např. strach ze stigmatizace, nedůvěra v odborníky, atd.) nechtějí vstoupit do oficiální instituce s odbornou pomocí. Pro některé tedy může být řešením obrátit se na svépomocné skupiny, jejichž členy spojuje stejný (závislostní) problém a mohou nabídnout lepší časovou i místní dostupnost, a které jsou také alternativou doléčování.

Za první svépomocnou skupinu lze považovat Anonymní Alkoholiky (AA), která vznikla v roce 1935 (Hartl & Hartlová, 2000). Později po vzoru AA začaly vznikat další skupiny, i takové, které jsou určené pro osoby s dalšími typy závislosti (nelegální návykové látky, patologické hraní) či dokonce pro jejich rodinné příslušníky (Čablová, 2012).

Systém péče a poptávka po službách nebo svépomocných skupinách je v jednotlivých krajích ČR přirozeně rozdílná, stejně jako drogová situace. Informace o dostupnosti odborné pomoci mohou lidé najít například na internetu nebo je získat přes jiné odborné instituce. Ovšem i pro někoho může být internet nedostupným – a jak se poté lidé, kterým by pomoc např. svépomocných skupin mohla být přínosná, dozví o jejich existenci, smyslu a působení? Východiskem by mohla být i větší spolupráce odborných zařízení a svépomocných skupin – a to ve smyslu komunikace a předávání informací především o tom, kde se skupiny schází a k čemu mohou být konkrétnímu jedinci prospěšné. Stejně tak může svépomocná skupina pomoci s předáním informace o působení i jiných zařízení, kte-

ré by jejich členovi mohli pomoci ve změně životního stylu a tím také ve zvládnutí abstinence. K dosažení abstinence může dojít i prostřednictvím podpory od členů skupiny, kteří mohou mít podobné zkušenosti s životem v abstinenci a poskytnou radu či podporu ostatním členům. I proto jsou svépomocné skupiny vhodné jako jedna z možností doléčování či dokonce jako způsob léčby závislosti.

Svépomocné skupiny mají svůj historický původ, fungují podle určitých pravidel a speciálně AA jsou spirituálně zaměřené, což by některé potenciální členy mohlo z počátku odradit, a ne všem, kteří AA navštívili, tato skutečnost vyhovuje. Jací jsou tedy členové a jejich motivace k docházení do svépomocných skupin a v čem jim skupiny pomáhají? Autorka této práce se ve svém výzkumu zaměřila na členy svépomocných skupin v kraji Vysočina.

Dále se práce v teoretické části zaměřuje na zmapování a popis nabídky služeb a svépomocných skupin. Součástí je rovněž krátký exkurz do problematiky návykových látek a závislostí. Praktická část se pak zaměřuje i na nabídku služeb a svépomocných skupin v kraji Vysočina a jsou zde rovněž uvedeny výsledky výzkumu, který byl zaměřen na popis sociodemografických údajů členů svépomocných skupin, které jsou v tomto kraji dostupné. Cílem výzkumu bylo také zjistit, co je pro samotné členy svépomocných skupin motivací ke členství a v čem jim jsou svépomocné skupiny nápomocné.

## 2 Návykové látky

Návykové látky jsou takové látky (přírodní či syntetické), které u jejich uživatelů působí na centrální nervovou soustavu, kde mění prožívání, vnímání, vědomí, chování a dále mění například i náladu. Jak uvádí Minařík (In Kalina et al., 2008), návykové látky mají dvě základní vlastnosti:

- 1) Psychotropní efekt, který mění prožívání uživatele i to, jak vidí a prožívá svět okolo sebe.
- 2) Potenciál závislosti, kdy dlouhodobé a pravidelné užívání může vyvolat závislost.

Návykové látky lze rozlišovat a dělit podle různých kritérií, např. podle účinku na centrální nervovou soustavu, podle potenciálu vzniku závislosti nebo podle historie jejich užívání.

Historicky je lze dělit na přírodní a syntetické drogy. Mezi přírodní drogy (označované též psychedelické) patří převážně konopí a halucinogeny (mezkalin, ayahuasca, apod.). Užívání takových látek je spojeno se šamanskými rituály, léčením, věštěním či bylo užíváno ke komunikaci s bohy, jelikož navozují intenzivní prožitky, které často obsahují prožitky smrti a znovuzrození, ale také jednotu s vesmírem apod. (Kudrle In Kalina, 2003). Jak uvádí Kudrle (In Kalina, 2003), například první zmínky o konopí jsou staré přes 5000 let a objevují se v lékopise čínského císaře na léčbu revmatizmu, malárie i zácpy. Oproti tomu syntetické drogy jsou spíše typické pro konzumní způsob užívání a chybí zde jakýkoliv rituál, který je u přírodních drog stěžejní.

Mediálně nepoužívanější rozdělení návykových látek je rozdělení dle míry rizika. Rizika plynoucí z užívání jsou míněna v tělesné, duševní a sociální oblasti. Látky s nižší mírou rizika jsou označovány jako „měkké drogy“ a látky s vyšší mírou rizika jako „tvrdé drogy“ (Minařík In Kalina et al., 2008). Přehled návykových látek podle míry rizika jsou uvedeny v Tabulce 1.

Tab. 1: Rozdělení drog dle míry rizika (dle Minařík In Kalina et al. 2008)

TVRDOST	TVRDÉ DROGY		MĚKKÉ DROGY		
MÍRA RIZIKA	vysoká	vysoká až střední	střední	relativně malá	téměř bez rizika
ZÁSTUPCI	toluen heroin morfin durman crack	kokain pervitin LSD	extáze efedrin kodein	marihuana hašiš čaj z koky	káva čaj

Podle účinků na psychiku lze návykové látky dělit na tlumivé, stimulační a halucinogenní (Minařík In Kalina, 2008). Jaké návykové látky do těchto skupin patří, jsou společně s jejich základní charakteristikou popsány v následujících podkapitolách.

## 2.1 Tlumivé látky

Tlumivými látkami jsou například alkohol, heroin, braun, metadon, buprenorphin, kodein, benzodiazepiny, barbituráty, anestetika, apod.

Tyto látky potlačují, inhibují nebo snižují aktivitu centrálního nervového systému (Kalina et al., 2001). Síla účinku těchto látek závisí především na velikosti dávky. Malé a střední dávky způsobují mírný útlum, objevuje se euforie, uvolnění, zklidnění až ospalost. Dokážou tišit bolest a mají i anxiolytický účinek (=snižují úzkost, napětí). Po užití dochází k útlumu celého centrálního nervového systému a vyšší dávky mohou způsobit útlum dýchacího centra, což bývá nejčastější příčinou smrti u předávkování těmito látkami (Minařík in Kalina, 2003). Heroin, který do této skupiny také patří, byl v historii užíván pro svůj tlumivý účinek na kašel – původně byl využíván jako lék na kašel s nulovým rizikem vzniku závislosti (od roku 1898) a také jako lék na léčbu závislosti na morfinu (de Ridder, 2000).

Dlouhodobé užívání látek z této skupiny způsobuje psychickou závislost a především silnou fyzickou závislost (Minařík In Kalina, 2008).

Nejčastěji zneužívané látky z této skupiny (Mravčík et al., 2016), alkohol a heroin, budou popsány v následujících podkapitolách.

### 2.1.1 Alkohol

Alkohol, chemicky etylalkohol, vzniká chemickým kvašením jednoduchých cukrů obsažených v ovoci nebo z polysacharidů z brambor nebo obilných zrn. O výrobě a užívání alkoholu v historii svědčí i četné archeologické nálezy. Dříve byl užíván při náboženských obřadech, užíval se i k léčebným účelům a později i jako nápoj, jak uvádí Popov (In Kalina et al., 2003).

Krátkodobým účinkem alkoholu jsou změny nálad, ale i poruchy koordinace, pohybu a paměti. Dlouhodobé a pravidelné užívání alkoholu může vést ke zdravotním obtížím, jako je například cirhóza či rakovina v jakémkoliv úseku celého gastrointestinálního traktu.

Známky užití alkoholu na jejich uživatelích jsou různé a to podle množství, které bylo užitó a zároveň podle koncentrace alkoholu v krvi (dále dle: Skála, 1987):

- 0,5 až 1,0 g/l: v případě této alkoholémie se lze setkat s nevázaností v myšlení a soudnosti. Do pozadí ustupuje rozvaha, zdrženlivost a umírněnost. Dochází k uvolnění úzkosti nebo k útlumu, uživatelé se začínají cítit lépe a snadněji navazují společenské kontakty. Podnapilost lze poznat z projevů daného jedince.
- 1,1 až 1,5 g/l: objevuje se objektivně zjistitelná tzv. lehká opilost, která se projevuje motorickou nešikovností a lze zaznamenat prodloužení reakčního času na různé podněty. Rovněž se zvětšuje euforie a dochází ke ztrátě sebekontroly, člověk se často stává nekritickým a netaktním.
- 1,6 až 2,0 g/l: u této alkoholémie mluvíme o tzv. středním stupni opilosti, jež je charakteristický vrávoravou chůzí a nesrozumitelnou řečí. Také dochází k výrazným poruchám chování, jako je například agresivní chování.
- 2,1 až 2,5 g/l: tento stav lze již označit jako těžkou opilost, prohlubují se poruchy rovnováhy a koordinace pohybů, pro tyto jedince je velmi obtížná komunikace - téměř jim není rozumět.
- 2,6 až 3,0 g/l: zde se už dostávají poruchy vědomí, dýchání a známky těžké alkoholové intoxikace. Jedinci často nejsou schopni chůze, jsou zmatení, dezorientovaní.
- 3,1 až 4,0 g/l: v tomto případě se objevují známky těžké alkoholové intoxikace u všech s takovouto alkoholémií. Hrozí zde především zástava dechu, krevního oběhu a bezvědomí má charakter hlubokého komatu.
- 5,0 g/l a více: životu nebezpečná alkoholémie - v takovýchto případech hrozí úmrtí a to dokonce až v 90 % případů.

Akutní intoxikace alkoholem zpočátku působí stimulačně – jedinci jsou psychomotoricky excitovaní a velice hovorní. Tento stav se označuje jako prostá opilost. Poté přichází útlum, únava až somnolence, spánek, bezvědomí a tato intoxikace může, jak už bylo zmíněno, končit smrtí. Akutní intoxikace alkoholem do 2g/kg se označuje jako excitační stádium a jde o lehkou opilost. Poté následuje hypnotické stádium a více než 2g/kg je nazýváno jako narkotické stádium. Nad 3g/kg se mluví o stavu označovaném jako intoxikace.

Zvláštní intoxikací je případ tzv. patologické intoxikace, což je náhle vzniklá abnormální reakce na požití alkoholu a projevuje se po vypití velice malého množství alkoholu a hlavním symptomem je kvalitativní porucha vědomí pod obrazem obnubilace (mráкотný stav). Jedinci pod vlivem patologické intoxikace jednají naprosto nepochopitelně a velice často jsou agresivní. Tato epizoda končí většinou spánkem a následnou amnézií (Pavlovský, 2012).

Užívání alkoholu je v české společnosti tolerováno a společensky přijímáno. Jak vyplývá z výročních zpráv o stavu ve věcech drog (Mravčík et al., 2014 a Mravčík et al., 2016), přijatelnost konzumace alkoholu je podle dotázaných přijatelná pro 87% populace a 13% toleruje i pravidelnou konzumaci alkoholu.

Jak uvádí Sovinová a Csémy (2015), Česká republika dlouhodobě patří mezi státy (celosvětově) s nejvyšší spotřebou alkoholu – v přepočtu na 100% alkohol jde přibližně o průměrnou spotřebu 7,2 litrů alkoholu na jednoho obyvatele za jeden rok. Z výsledků omnibusového šetření realizovaného agenturou INRES-SONES bylo na vzorku 1810 respondentů zjištěno, že alkohol pije pravidelně nebo téměř denně 12,5 % respondentů (19% mužů a 6% žen). Rovněž bylo zjištěno, že alkohol nikdy v životě nepily 3% respondentů a v posledním roce 10%. Celková míra abstinence v roce 2014 byla u reprezentativního vzorku respondentů 13% (Sovinová & Csémy, 2015).

Alkohol je i jednou z nejoblíbenější drogou užívanou mladistvými. Pokud se podíváme na výsledky výzkumů zabývajících se zkušeností s návykovými látkami u mladistvých, zjistíme, že napříč všemi výzkumy má zkušenost s alkoholem nejvíce mladistvých. Studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) v roce 2011 přišla s výsledkem, že 98% dotázaných alespoň jednou v životě pilo alkohol (Chomynová et al., 2014). Nejčastěji k první zkušenosti s alkoholem dochází okolo věku 13 let (Kalman et al., 2011, A Kluby ČR o.p.s., 2014, Chomynová et al., 2014), tedy ještě před dosažením zákonem stanovené věkové hranice pro užívání alkoholu, což je v ČR právě 18 let. Pokud se zkušenost s návykovými látkami objeví v nízkém věku, je zde vyšší riziko vzniku závislos-

ti. Jak uvádí Mahdalíčková (2014) „*Čím je nižší věk zneužívatelů, tím vyšší je riziko vzniku závislosti.*“ Závislost na alkoholu bude popsána v kapitole 3.1 Závislost na alkoholu.

### 2.1.2 Heroin

Chemicky jde o diacetylmorfin - ten byl syntetizován již v roce 1874 britským chemikem C. R. Alderem Wrightem. Na základě četných testování poté bylo zjištěno, že mnohem lépe a výrazně ovlivňuje dýchací systém, než předtím užívaný morfin (de Ridder, 2002). Heroin<sup>1</sup>, jako lék, byl poprvé zaveden v r. 1898 jako léčivo Bayerových závodů<sup>2</sup> v roce 1898 (Minařík, 2003).

Heroin, jako náhražka morfinu, byl uváděn na trh s tím, že díky acetylizaci morfinu došlo ke zbavení jedovatosti dané látky a k vymizení vedlejších účinků. Pro lékaře to byl osvobozující lék, který dokázal pomáhat stejně, jako morfin, ovšem bez rizika závislosti. Nadšeným zastáncem pozitivních účinků byl i K. Helbich: „*Heroin je pro symptomatické ošetření kašle a pro bolesti, které kašel vyvolává, nedocenitelným prostředkem, jehož hodnotu umocňuje jeho absolutní nejedovatost...Můžeme tedy v rekapitulaci označit heroin za znamenitý prostředek proti kašli a za znamenité sedativum, které by mělo mít všeobecné použití.*“ (de Ridder, 2002, str. 81).

Podle výzkumu Národního monitorovacího střediska (Mravčík et al., 2014, Mravčík et al., 2016) je celoživotní prevalence užívání heroinu v obecné populaci ve věkové kohortě 15 – 34 let 1,3%. Heroin se v ČR řadí mezi nejčastěji užívané opiáty problémovými<sup>3</sup> užívateli drog.

## 2.2 Stimulační látky

Mezi stimulační látky, označované také jako stimulancia, patří například kokain, metamfetamin (pervitin), amfetaminy, extáze, nikotin, káva, čaj, apod.

Z nelegálních drog je v České republice nejznámějším a nejčastěji zneužívaným zástupcem pervitin, který zde „zastiňuje“ kokain. Ten je podstatně dražší, než pervitin, který lze získat za 1000 Kč/gram a kokain lze koupit 3000 Kč/gram (Mravčík et al., 2014).

Tyto látky jsou charakteristické zejména tím, že zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Urychlují myšlení a zvyšují výbavnost paměti, i když na úkor přesnosti. Užití takovýchto látek vyvolává různou míru povzbuzení organismu od pocitu svěžesti až po eufo-

<sup>1</sup> Firma jej prodávala pod názvem „heroisch“, což znamená „silný“ (Minařík, 2003)

<sup>2</sup> dřívější název firmy: Friedrich Bayer & Co.

<sup>3</sup> Problémové užívání drog = injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a /nebo kokainového typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009)



rii a nekontrolovatelné vzrušení. Intoxikovaní lidé ztrácí zábrany a jsou i hovornější. Menší a středně silné dávky mohou vyvolat pocity síly a energie. Vysoké dávky mohou vyvolat halucinace a intoxikovaný člověk může ztratit kontrolu nad realitou, což je typické pro toxickou psychózu, která se projevuje právě vzniklými halucinacemi (sluchové, taktilní i zrakové). Lidé s toxickou psychózou prožívají hlavně pocity pronásledování, jsou paranooidní a často úzkostliví. Předávkování těmito látkami může způsobit i srdeční selhání (Minařík In Kalina et al., 2008) a závislost, která se později může rozvinout, je nejčastěji psychická a u stimulantů je velice silná (Minařík In Kalina et al., 2008).

Celoživotní prevalence užití pervitinu je u věkové skupiny 15 – 34 let 7,3%, u extáze je to 12,1% a u kokainu 3,5% (Mravčík et al., 2016).

## 2.3 Halucinogenní látky

Halucinogenní drogy jsou rozsáhlou skupinou přírodních a syntetických látek. Patří mezi ně například mezkalin, psilocybin, LSD, durman a lysohlávky (viz dále). Tyto látky dokážou vyvolat změny vnímání a to od pouhého zostření až po halucinace. Velkou pozornost také mají od vědců, kteří se zaměřují na jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na lidskou psychiku, stejně jako to, že v historii byly užívány při náboženských rituálech.

Jak uvádí Miovský (in Kalina et al., 2003), halucinogenní drogy lze rozdělit přírodní a syntetické (semisyntetické halucinogeny):

- **Přírodní halucinogeny** lze ještě rozlišit podle původu na rostlinné nebo živočišné:
  - 1) rostlinného původu a z hub. Sem se řadí mezkalin, muscarin (jed obsažený v muchomůrce červené), durman a psilocybin (aktivní látka v houbách rodu lysohlávek). „*Lysohlávky lze označit spíše jako příležitostnou (sezónní) doplňkovou drogu, jinak je její užití úzce vázáno na specifické subkulturní skupiny*“ (Miovský In Kalina et al., 2003, str. 170). Sezóna lysohlávek vrcholí nejčastěji v září až říjnu.
  - 2) živočišného původu: například bufotenin, což je ropuší jed<sup>4</sup>.
- **Syntetické a semisyntetické halucinogeny** – tj. halucinogenní drogy, které jsou umělé či poloumělé, a jde například o LSD a andělský prach (PCP).

---

<sup>4</sup> V pohádkách se často objevuje, že princ políbil ropuchu a z ní se stala krásná princezna - pravděpodobně šlo o intoxikaci bufoteninem a následné halucinace (ústní sdělení: Minařík, přednáška na 1.LF UK, adiktologie, 2012).

Účinky halucinogenů jsou víceméně podobné. Nástup i jejich účinky jsou individuální a závisí hlavně na množství požití látky, její čistotě a individuální citlivosti jedinců vůči jejich účinku. Nejčastěji se objevují pocity chvění, závratě, nevolnosti. Nižší dávky vyvolají iluze a pseudohalucinace, zvýší se vnímání (především barev), pocity mírné euforie a objevuje se dobrá nálada. Vyšší dávky navozují intenzivnější halucinatorní stavy bez sebekontroly a tyto stavy mohou být vnímány natolik negativně, že se může vyskytnout tzv. bad trip (špatný zážitek, nevolnost, deprese, atd.). Celkově je průběh intoxikace neodhadnutelný. Pro projevení účinků je také klíčový set (duševní stav jedince) a setting (= okolnosti i místo, kde je látka užívána – s kým, kde a za jakých okolností). Pokud je tedy set a setting dobrý, tak i intoxikace bývá dobrá a nemusí se objevit bad trip. Po užití při dobrém setu a settingu se jedinci dostává odměna v podobě změněného vnímání. Závislost jak fyzická, tak i psychická, jsou velice slabé a abstinenční příznaky jsou u těchto látek také rovněž slabé a objevují se jen zřídka. Je to hlavně díky trendu pouze občasného užívání těchto drog (Minařík In Kalina et al., 2003).

## 2.4 Užívání drog v České republice

Jedince, kteří užívají návykové látky, lze rozlišovat podle následující typologie. Kalina (2003) rozlišuje 5 typů uživatelů drog:

1. Experimentátoři jsou osoby, které zkusí různé druhy drog, a to občasně či nepravidelně, a mohou, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.
2. Příležitostní a rekreační uživatelé: u této skupiny se užívání drog stalo již součástí životního stylu, ale není častější než jednou za týden a jeho důsledkem dosud nedošlo ke vzniku závislosti a dalších problémů. Typickými drogami, jež se užívají příležitostně, jsou zejména marihuana, LSD či extáze na tzv. parties.
3. Problémoví uživatelé - problémové užívání je definováno jako intravenózní užívání drog anebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu<sup>5</sup> a drog amfetaminového typu (pervitinu). Do této skupiny nejsou řazeni uživatelé extáze a konopí.
4. Závislí uživatelé jsou takoví jedinci, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti. Často, ale ne vždy, jde zároveň o problémové uživatele – tudíž někdy bývají tyto poslední dva typy uváděny pod jedním bodem jako „problémoví a/nebo závislí uživatelé“.

---

<sup>5</sup> Do definice je zahrnut i kokain, avšak v ČR není jeho problémové užívání časté – z důvodu vysoké ceny kokainu a trendu ve způsobu užívání a to sniffem (šňupáním), nikoliv intravenózně

Konzumace alkoholu je v České republice dlouhodobě stabilní. Denní pití alkoholu uvádí přibližně 13% dotázaných. Škodlivé pití alkoholu, tedy konzumaci 40 – 60 g alkoholu (muži) nebo 20 – 40g alkoholu (u žen) se objevuje u 6% populace starší 15 let (tj. absolutně 540 tis. dospělých osob. Rizikové pití alkoholu (více než 60 g alkoholu u mužů a 40 g alkoholu u žen) se týká 7,2% populace starší 15 let (Mravčík et al., 2014, Mravčík et al., 2016).

Co se týká amfetaminových drog, nejvíce se v ČR užívá pervitin. V posledních letech se v ČR vyskytly nové syntetické drogy, jež jsou pro problémové uživatele spíše jen doplňkovými drogami, a jejich užívání se tedy vyskytuje v omezené míře. Ze skupiny opiátů/opioidů je nejvíce zneužíván heroin a buprenorfin. *„Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu a opiátů/opioidů se v r. 2014 opět zvýšil, a to u všech typů drog i injekčních uživatelů.“* (Mravčík et al., 2014, str. 75). V roce 2015 došlo k mírnému snížení počtu problémových uživatelů drog, a to zejména uživatelů pervitinu. U uživatelů opioidů došlo k nárůstu (Mravčík et al., 2016). Střední odhad počtu problémových uživatelů je 47 700 (prevalence problémového užívání drog u obyvatel ve věku 15 – 64 let je tedy 0,67%) a počet injekčních uživatelů je 45 600 tis. Uživatelů pervitinu je 36,4 tis. Uživatelů heroinu 4,1 tis. a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu (viz Tabulka 2). Prevalenční odhady problémového užívání drog podle krajů jsou uvedeny rovněž v Tabulce 2.

Tab. 2: Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v jednotlivých krajích ČR v roce 2015 (Mravčík et al., 2016)

Kraj	počet PUD	Uživatelé opiátů/opioidů			Uživatelé pervitinu	IUD
		heroin	buprenorfin	celkem		
Hl. m. Praha	14 900	3 000	5 300	8 600	6 300	13 500
Středočeský	2 400	100	500	600	1 800	2 100
Jihočeský	2 900	100	300	500	2 400	2 800
Plzeňský	2 000	100	100	300	1 700	2 300
Karlovarský	1 500	< 50	< 50	100	1 400	1 400
Ústecký	6 000	400	400	900	5 100	5 800
Liberecký	2 500	< 50	< 50	< 50	2 500	2 300
Královéhradecký	1 000	< 50	100	100	800	1 400
Pardubický	400	< 50	< 50	< 50	400	400
<b>Vysočina</b>	<b>1 000</b>	<b>&lt; 50</b>	<b>&lt; 50</b>	<b>100</b>	<b>900</b>	<b>800</b>
Jihomoravský	3 300	600	< 50	700	2 600	2 800
Olomoucký	2 600	100	< 50	100	2 500	2 200
Zlínský	1 900	< 50	< 50	100	1 800	1 700
Moravskoslezský	4 700	200	300	700	4 100	4 400
<b>Celkem ČR</b>	<b>46 900</b>	<b>4 500</b>	<b>7 100</b>	<b>12 700</b>	<b>34 200</b>	<b>43 900</b>

V Tabulce 2 je zvýrazněn kraj Vysočina, na který se tato práce soustředí. Jak vidíme, problémovými uživateli drog je v tomto kraji preferován pervitin před heroinem - v poměru 12:1. V celkovém počtu problémových uživatelů je kraj Vysočina na 11. místě.

Ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR (Mravčík et al., 2014) jsou uvedené výsledky průzkumu mezi praktickými lékaři, který proběhl v listopadu a v prosinci v roce 2014. Lékaři odpovídali, kolik osob u nich registrovaných spadá do kategorie „alkoholiků“ a lidí se závažnými problémy způsobenými nadměrnou konzumací alkoholu. Odhadovaný počet problémových uživatelů alkoholu je přibližně kolem 270 000 osob (z toho je přibližně 11 000 osob mladších 18 let. V ČR je tedy odhadem 5,5 krát více problémových uživatelů alkoholu, než pervitinu a opiátů/opioidů.

## 2.5 Návykové látky a závislost

Návykové látky mají vlastnosti, kterými povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání (Kalina, 2001). Dlouhodobějším užíváním těchto látek může dojít k rozvoji syndromu závislosti. „Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní“ (Kudrle In Kalina et al., 2003). Dodnes nebyla potvrzena jednoznačná predispozice pro vznik závislosti – pro jeho výklad se užívá tzv. bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, který popisuje vznik závislosti v průběhu vývoje jednotlivce a to v interakci fyziologických, psychologických a sociokulturních faktorů.

Za biologické faktory lze považovat okolnosti vzniklé během těhotenství, kdy na dítě působily účinky návykových látek a plod se ještě před narozením s nimi setkával či došlo k užití tlumivých látek během porodu. Zatím jedinou ověřenou genetickou souvislostí je vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u dětí alkoholiků (Royce, 1989), která byla zjištěna studii dvojčat (Höschl, 1996). Věda rovněž přináší poznatky v souvislosti se změnami elektrických potenciálů v centrální nervové soustavě a změnami v hladinách neurotransmiterů a změnami v afektivních a kognitivních funkcí (Kudrle In Kalina et al., 2003).

V psychologické úrovni je zkoumán vliv psychogenních faktorů. Jedním z těchto faktorů může být prožívání stresu v době těhotenství, například v kombinaci s užíváním léků na tlumení stresu, kdy je informace o efektu tlumivě působících látek při stresu přenášena i na plod (Kudrle In Kalina et al., 2003). Dalším z psychogenních faktorů může být disharmonický vývoj dítěte - především nedostatečné uspokojování potřeb, v pozdějším věku nepřekonaná krize v hledání identity, nedostačující pomoc v případě duševních nemocí (např.: deprese). Pokud by se jedinec nedostal k adekvátní pomoci, může sebediagnóza přejít k rozvoji a vzniku závislosti.

Sociálních faktorů, které působí na jedince a rovněž formují jeho vývoj, je několik. Miovský (2008) ve své knize uvádí, že jedním z faktorů pro počátek užívání návykových látek může být 1) posílení pozitivních pocitů, 2) zvládnutí negativních pocitů (řešení úzkostí, šikany), 3) sociální koheze, 4) závislost. Vágnerová (2008) ještě uvádí tyto sociální faktory:

- společnost – ve smyslu dostupnosti návykových látek;
- městské prostředí – zde je větší nabídka návykových látek a také menší kontrola nad nežádoucím chováním jedinců;
- rodina – návyky v rodině a nápodoba chování rodičů;
- sociální skupiny – vlivy part, vrstevníků;

- nižší úroveň vzdělání;
- sociální deprivace.

Spiritualita je to, co jedince přesahuje, k čemu se vztahuje jako k nejvyšší autoritě. Tuto úroveň nejvíce přiblížili Anonymní alkoholici ve svých 12 krocích k uzdravě (viz dále) mluví o obnově zdraví a navrácení smyslu života pomocí vztahu k Vyšší moci.

Syndrom závislosti je podle ICD – 10<sup>6</sup> definován jako soubor kognitivních, behaviorálních a fyziologických fenoménů (Dependence syndrome, 2015) a vyvíjí se po opakovaném užití látky a zahrnuje projevy (diagnostická kritéria), které budou popsány dále (viz kapitola Kritéria závislosti). Aby bylo možné hovořit o syndromu závislosti, musí se u jedince objevit minimálně tři projevy (kritéria) v posledním měsíci nebo se tyto projevy objevily opakovaně během posledního roku.

Klíčovými behaviorálními projevy závislosti jsou:

- drogy začínají být užívány kompulzivním způsobem;
- závislý jedinec preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny;
- podněty, které jsou spojené s užitím drogy či pouze s možností drogu užít, výrazně kontrolují chování;
- vysoká tendence k relapsu, která přetrvává i po delší době abstinence (Kalina, 2008).

Jak rychle a jak snadno se při opakovaném užívání návykových látek rozvíjí závislost, závisí na následujících faktorech:

- *„atraktivita užití drogy (ve smyslu subjektivního přínosu pro uživatele), vlastnosti drogy způsobující požitek a schopnost drogy snižovat nepříjemné psychické stavy nebo jim zabraňovat,*
- *rychlost účinku následující po užití drogy,*
- *spolehlivost nebo jistota, že se tyto účinky po užití dostaví,*
- *rychlost, se kterou se rozvine tolerance k droze,*
- *rychlost, se kterou se objeví odvykací syndrom nebo „efekt zpětného nárazu (rebound effects) následovaný po opakovaném užití a také rychlost vyloučení drogy z organismu.“ (Kalina et al., 2001, s. 83).*

---

<sup>6</sup> ICD-10 = mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (česká užívaná zkratka MKN-10)

### 3 Kritéria závislosti

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, syndrom závislosti se projevuje na základě následujících kritérií (Dependence Syndrome, 2015):

1. Silná touha nebo nutkání užívat látku – označováno jako craving. Jedinci často myslí na užívání látky, těší se, až si dají svoji dávku či na ní mají chuť;
2. potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky – např. u alkoholismu je typická situace, kdy si jedinec řekne, že neužije více než tři sklenice alkoholu, ale poté nakonec pokračuje dál v pití i po vypití tří sklenic;
3. somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
4. průkaz tolerance, tedy vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jedinci potřebují užít větší dávku, aby dosáhli takových účinků, jako dříve)<sup>7</sup>;
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku (zanedbávání zálib, povinností jako je docházení do školy či zaměstnání apod.);
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, jako je například poškození jater nadměrným pitím nebo toxické poškození myšlení.

Mimo ICD-10 ještě existuje americký manuál mentálních poruch (DSM-V<sup>8</sup>), který je na rozdíl od ICD podrobnější a konkrétnější. Tento manuál popisuje závislost jako maladaptivní model užívání drog, který je prokázán výskytem minimálně tří z následujících příznaků a taktéž během posledního roku (na rozdíl od ICD-10 zde chybí craving – viz výše):

1. Tolerance – ta se projevuje jedním z těchto znaků:
  - a) potřeba vyšších dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku,
  - b) snížený účinek při užití stejného množství návykové látky.

---

<sup>7</sup> V případě dlouholetých uživatelů alkoholu je třeba odlišit, zda se u jedince už nevyskytuje snížená tolerance. Pro alkohol je totiž typické, že do určité doby, která je u každého velice individuální, tolerance skutečně stoupá, ale později dochází naopak k poklesu – tzn. jedinec vypije malé množství alkoholu a už se dostavují znaky opilosti – tedy účinky, ke kterým dříve potřeboval větší množství alkoholu.

<sup>8</sup> DSM-V = „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ - americká národní klasifikace mentálních poruch

2. Příznaky z vysazení drogy – projevují se:
  - a) abstinenčními příznaky typické pro danou návykovou látku,
  - b) jedinec užívá stejné nebo podobné látky pro potlačení abstinenčních příznaků.
3. Užívání návykové látky ve větším množství, než jedinec původně zamýšlel.
4. Přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení dávek nebo kontrolu užívání.
5. Mnoho času stráveného při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejích účinků.
6. Omezení nebo ukončení důležité společenských, profesních nebo rekreačních aktivit kvůli užívání návykové látky.
7. Jedinci nepřestávají užívat návykové látky ani přesto, že jim je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, které byly pravděpodobně způsobeny užitím/užíváním návykové látky (Kalina et al., 2001).

Výše uvedená diagnostická kritéria platí pro všechny návykové látky a rovněž (s drobnými) obměnami je lze použít například i u závislosti na hracích automatech. V následující kapitola se věnuje podrobněji závislosti na alkoholu.

### 3.1 Závislost na alkoholu

Vzhledem ke skutečnosti, že lidí užívajících alkohol je 5,5 krát více, než uživatelů pervitinu a opiátových drog (popsáno v kapitole 2.4), bude dále podrobněji popsána problematika závislosti na alkoholu.

Alkoholismem je nazývána nadměrná konzumace alkoholu. Tento termín údajně použil jako první lékař Magnuss Huss v roce 1849 (Popov In Kalina et al., 2003). Alkoholismus byl pak za medicínský problém vnímán až v roce 1951. Popov také uvádí, že první definice pijáctví jako nemoci pocházela již z roku 1784, jejímž autorem byl lékař Benjamin Rush.

V roce 1940 dr. Jellinek vytvořil typologii závislosti na alkoholu (tzv. Jellinekova typologie), která rozděluje závislost na alkoholu do pěti následujících typů:

1. **Typ  $\alpha$  (alfa)** = problémové pití – Alkohol je užíván za účelem sebemedikace, pro potlačení a odstranění tenze, špatné nálady, úzkosti či deprese. Charakteristické je pití o samotě.
2. **Typ  $\beta$  (beta)** = společenské pití - příležitostné požívání alkoholu, často pijí ve společnosti. Následkem tohoto pití je často somatické poškození.



3. **Typ  $\gamma$  (gama)** = anglosaský typ - typická preference piva a destilátů. Objevuje se závislost na alkoholu a postupně roste tolerance k vypitému množství, následně vznikají somatická a psychická poškození.
4. **Typ  $\delta$  (delta)** = románský typ - typická je preference vína, trvalé udržování hladiny alkoholu v krvi a denní konzumace, bez výraznějších projevů opilosti či ztráty kontroly. Často se objevuje somatická závislost s tělesnými poškozeními.
5. **Typ  $\epsilon$  (epsilon)** = kvartální pití = epizodické zneužívání alkoholu, typické je, že se období nadměrné konzumace střídá s abstinencí.

Pro popis vývoje závislosti na alkoholu se užívá rovněž Jellinekův popis, který má 4 vývojová stádia (Minařík, 2008): 1) počáteční – symptomatické, 2) varovné – prodromální, 3) rozhodné – kruciální, 4) konečné – terminální.

Pokud se užívání návykových látek stane pro jejich uživatele nevýhodné a problematické, ať už ze zdravotních důvodů, finanční situaci či nesnesitelnost závislosti, budou chtít pravděpodobně užívání omezit nebo dokonce ukončit. Někteří zvolí cestu bez odborné pomoci, jiní mohou využít nabídky dostupných organizací a služeb pro uživatele návykových látek. Jaké složky péče existují v ČR, je popsáno v následující kapitole.

## 4 Systém péče pro závislé na návykových látkách

Systémem péče v této kapitole rozumíme síť poradenských, léčebných a sociálních služeb pro uživatele návykových látek. Jednotlivé složky péče by měly odpovídat potřebám klientů těchto služeb a měly by respektovat, v jaké fázi rozvoje závislosti se nacházejí, stejně tak, jako by měly zohledňovat i specifika cílové skupiny. Jednotlivé složky budou popsány níže.

Pro uživatele návykových látek má specializovaná péče relativně dlouhou tradici. První specializované zdravotnické zařízení pro léčbu alkoholismu, bylo založené 10. září 1948 v Praze v Apolináři Jaroslavem Skálou (Bém, 2003). Jak již zmiňovala Richterová - Těmínová v roce 2008 (In Kalina et al., 2008), v ČR je zajištěn relativně ucelený systém péče, který se dále vyvíjel.

Aby byl systém péče efektivní, je nezbytné, aby splňoval kritéria struktury a provázanosti sítě, rozsahu a dostupnosti péče (Bém, 2003).

Kritériem **struktury** rozumíme schopnost pokrýt potřeby cílové skupiny, a to s ohledem na stupeň rozvoje závislosti. Kritériem **provázanosti** pak návaznost na jednotli-

vé stupně péče a forem péče. Rovněž je důležité, aby byla zajištěna kvalitní péče s léčebným efektem při minimálních vynaložených nákladech. **Rozsah** péče se určuje pomocí národní a regionální prevalence problému užívání návykových látek. Regiony se rozlišují proto, že mezi jednotlivými regiony mohou existovat značné rozdíly v drogové problematice. Rozsah a strukturu systému péče určují orgány krajských zastupitelstev. Péče také musí být **dostupná**, a to jak místně, tak i časově. Časová dostupnost je určena denním rytmem cílové skupiny – to je důležité zejména u terénních programů, kdy se předpokládá fungování služby i v nočních hodinách, a na otevřené drogové scéně, kde se uživatelé zpravidla vyskytují. Naopak v ranních hodinách by měly být dostupné substituční programy, aby jejich klienti mohli skloubit docházení pro substituci se zapojením se do pracovního procesu. Místní dostupnost je pak klíčová pro takové potenciální klienty/uživatele služeb, kteří nemohou nebo nechtějí měnit stávající bydliště nebo pro které by taková dostupnost – nebo spíše nedostupnost byla překážkou pro „vkročení“ do služby.

#### 4.1 Léčba a služby pro uživatele drog v ČR

V roce 2014 proběhlo v ČR tzv. Sčítání adiktologických služeb - podle tohoto sčítání poskytovalo adiktologické služby celkem 271 zařízení. Adiktologickou péčí se rozumí „*Diferencovaně poskytovaná péče pacientům/klientům s adiktologickými poruchami v ambulancích, stacionářích či lůžkových (pobytových) službách.*“ (Společnost pro návykové nemoci, 2013, s. 6). Tato péče je poskytována ve službách registrovaných jako zdravotní a/nebo sociální a cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek, patologičtí hráči a lidé, kteří trpí obdobnými poruchami. Péči pak poskytují pracovníci, kteří mají různé odbornosti – adiktologové, sociální pracovníci, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, atd. Dle standardů odborné způsobilosti lze definovat 10 typů služeb (Adameček et al., 2015):

1. detoxifikace,
2. terénní programy,
3. kontaktní a poradenské služby,
4. ambulantní léčba,
5. ambulantní stacionární péče - denní stacionáře,
6. krátkodobá a střednědobá ústavní (lůžková) péče,
7. rezidenční péče v terapeutických komunitách,
8. ambulantní doléčovací programy,
9. substituční léčba

## 10. adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče.

### 4.1.1 Detoxifikace

Detoxifikace je dle Standardů odborné způsobilosti (Adameček et al., 2015) lůžková akutní standardní péče, která je poskytována při předcházení a léčení odvykacích stavů, které se objeví po přerušení nebo vysazení zneužívané návykové látky. Jejím smyslem je zastavit užívání drogy a jsou při ní minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození (Kalina, 2001).

### 4.1.2 Terénní programy

Filosofie terénních programů je postavena na přístupu Public Health<sup>9</sup> a Harm Reduction<sup>10</sup> (Richterová-Těmínová, 2008). Tyto dva přístupy nehledí na fáze rozvoje závislosti ani na úroveň aktuální motivace klientů ke změně životního stylu a nestojí na práci směřující k abstinenci. Terénní práci definuje Herzog (In Matoušek et al., 2013, s. 476) jako nízkoprahovou službu pracující „v přirozeném prostředí cílové skupiny metodou kontaktní práce, jejímž cílem je snižování zdravotních a sociálních rizik působených užíváním drog a zprostředkování léčby závislosti na drogách.“ Cílem je tedy především zlepšení zdravotního stavu a omezit rizika a poškození u uživatelů.

Cílovou skupinou jsou zejména problémoví uživatelé drog, ale rovněž může sloužit dalším skupinám – například uživatelům syntetických drog na tanečních akcích.

### 4.1.3 Kontaktní a poradenské služby

Tyto služby jsou zaměřené na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci a poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, výměnu injekčního materiálu. Pracovníci prosazují přístup zaměřený na snižování rizik spojených s problémovým užíváním drog, motivují klienty ke změně současného životního stylu, rizikového chování, poskytují sociální práci a pomáhají vyhledat další možnou odbornou pomoc – například pomáhají zprostředkovat léčbu závislosti (Adameček et al., 2015). Kontaktní centra také poskytují podmínky pro vykonání osobní hygieny, dále je možný i tzv. potravinový servis.

---

<sup>9</sup> Public Health (česky veřejné zdraví) je přístup, který se zaměřuje na ochranu a podporu zdraví ve společnosti. V oblasti užívání návykových látek se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů hepatitid B a C, nesterilním injekčním užíváním, sdílením injekčního náčiní a nechráněným pohlavním stykem (Kalina, 2001).

<sup>10</sup> Harm Reduction (snižování rizika) je přístup, který má za cíl minimalizovat poškození u osob, které v současnosti aktivně užívají návykové látky a nejsou motivováni k abstinenci. Strategie je zaměřená na oblasti, ve kterých se uživatel může chovat méně rizikově – dbá se na bezpečnější způsoby aplikace, postupem aplikace, aj. (Herzog, 2013).

Cílovou skupinou jsou osoby užívající návykové látky, včetně alkoholu, ale i osoby ohrožené patologickým hráčstvím. Některá kontaktní centra nabízí poradenství i lidem, jež mají ve svém okolí někoho, kdo se potýká se závislostí.

#### 4.1.4 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je takový léčebný program, který je poskytován uživatelům návykových látek bez jejich vyčlenění z původního sociálního prostředí (Richterová-Těmínová In Kalina et al., 2008). Klient tak do ambulantního zařízení dochází a frekvence kontaktu i doba docházení je individuálně předem domluvená a přizpůsobená jeho potřebám.

Ambulantní služby jsou poskytovány buď jako zdravotní a/nebo sociální služba (Adameček et al., 2015). Jednou z možností ambulantní léčby jsou například tzv. AT ordinace<sup>11</sup>, adiktologické ambulance aj.

Cílovou skupinu tvoří problémoví uživatelé návykových látek, kteří jsou motivováni k léčbě, a jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Další cílovou skupinou jsou lidé z blízkého okolí uživatele, či klienti se soudně nařízenou léčbou (Richterová-Těmínová In Kalina et al., 2008).

#### 4.1.5 Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují tzv. nelůžkovou péči – nejčastěji jde o péči přes den a probíhající obvykle v pracovní dny. Jde o zařízení, které stojí mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí (Kalina et al., 2003). Lze ho také považovat za alternativu ústavní či rezidenční léčby (viz kapitoly 4.1.6 a 4.1.7) a je určeno zejména těm klientům, kteří jsou schopni abstinovat a dodržovat podmínky léčby bez vyčlenění z jejich původního prostředí. Je tedy vhodný pro klienty, kteří mají bezpečné bydlení a celkově je jeho sociální zázemí spolupracující nebo neškodné (Kalina, 2001) - například, že klient nebydlí s aktivními uživateli drog.

Léčba ve stacionářích by se dala označit jako forma intenzivní ambulantní péče, je definována strukturovaným programem, který je definován jako léčebný program, který charakterizují následující body: „(1) přesný časový rozvrh, (2) soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí, (3) vyvážená skladba programu: skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní, aktivity sportovní, kulturní, klubové apod., (4) v denní, ústavní a

---

<sup>11</sup> AT ordinace = ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (Kalina, 2001).

*rezidenční léčbě rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržený do 5 pracovních dnů.*“ (Kalina, 2001, s. 104).

Podle Standardů odborné způsobilosti také využívá další léčebné metody, a to podle specifických potřeb klientů: např. detoxifikace v domácím prostředí a délka trvání je přibližně 3 – 4 měsíce (Adameček et al., 2015)

#### **4.1.6 Krátkodobá a střednědobá ústavní (lůžková) péče**

Krátkodobá a střednědobá léčba probíhá v rámci lůžkové péče na samostatných specializovaných odděleních zdravotnických zařízení a je určena osobám závislým na alkoholu, jiných návykových látkách a patologickým hráčům.

V této složce péče je základním požadavkem i pravidelný lékařský dohled, dále například multidisciplinárnost týmu (klinický psycholog, adiktolog, psychoterapeut, sociální pracovník, střední zdravotničtí pracovníci, atd.) či nepřetržitý provoz. Terapie pak probíhá v léčebném společenství – neboli komunitě. Cíle léčby se pak odvíjí od individuálních potřeb pacientů – nicméně, jak uvádí Dvořáček (2003), nejčastěji formulovaným cílem je trvalá abstinence od všech návykových látek, dále také stabilizování sekundárních problémů, jež se se závislostí pojí, řešení důsledků drogové závislosti, zvnitřnění struktury dne a týdne, změny v původním prostředí, zlepšení prožívání a sebehodnocení, atd. Program léčby sdružuje terapeutické a výchovně-edukativní přístup. Základem programu je strukturovaná léčba s režimem (= soubor pravidel).

Délka léčby u střednědobé péče je obvykle v rozsahu 3 – 6 měsíců a léčba, která trvá kratší dobu, než 3 měsíce, je označována jako krátkodobá nebo také jako tzv. prodloužená detoxifikace (Dvořáček, 2003). Kalina (2001) uvádí délku krátkodobé léčby 4-8 týdnů. Stejně jako v případě střednědobé léčby, jde o strukturovaný program, avšak u krátkodobé léčby převažují léčebné aktivity nad rehabilitačními či resocializačními aktivitami.

#### **4.1.7 Rezidenční péče v terapeutických komunitách**

Terapeutická komunita je také pobytové zařízení a jeho cílem je pomáhat klientům k úzdavě jejich adiktologických poruch. Komunita nabízí strukturované prostředí pro učení, růst, zrání a osobní rozvoj klientů. Potenciál komunit je shledáván ve stálém napětí mezi realitou a terapií, každodenním soužitím, podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem.

Cílovou skupinou jsou lidé závislí na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, s kriminální anamnézou nebo se somatickým poškozením. Rovněž se

osvědčuje u klientů, jež jsou nezralí nebo mají v anamnéze traumatizaci, zneužívání apod. Nejčastěji jsou komunity určené pro uživatele nealkoholových drog.

#### **4.1.8 Ambulantní doléčovací programy**

Termín doléčování je v praxi nejčastěji spojován s posilováním abstinence a zaměřuje se na sociální integraci závislých. Cílem doléčovací péče (= následné péče) je tedy udržet u abstinujícího klienta změny, které u něho nastaly po předchozích intervencích (v průběhu léčby, po spontánním pokusu).

Následná péče může být také zajišťována AT ordinacemi, adiktologickými ambulancemi, psychology a psychiatry. V ČR existují specializovaná pracoviště pro následnou péči a nazývají se doléčovací centra, ve kterých pracují multidisciplinární týmy, aby klientovi zajistili individuální přístup. Absolvování doléčovacích programů zvyšuje efektivitu léčby (Kalina, 2001).

Součástí doléčovacích programů je i chráněné bydlení, formou přechodně poskytovaného ubytování, které slouží ke stabilizaci klientů. Další součástí jsou také tzv. chráněné pracovní programy, které slouží ke zvýšení pracovních dovedností klientů, k získání pracovních návyků nebo přímo k získání práce (Adameček et al., 2015).

#### **4.1.9 Substituční léčba**

Substituční léčba je podle Standardů odborné způsobilosti „*Ambulantní časově předem neomezená udržovací léčba substituční látkou.*“ (Adameček et al., 2015, s. 67).

Substituce je jinými slovy způsob léčby, který využívá náhradní užívání látky s podobným účinkem, jako má původně užívaná návyková látka, avšak náhradní látka má výrazně menší rizika, než původní látka. Cílovou skupinou jsou v ČR pouze osoby závislé na opiátech a cílem léčby je potlačení odvykacích příznaků, eliminování nebo snížení užívání původní látky (Kalina, 2001). Substitučními látkami jsou metadon, buprenofin (Subutex) nebo buprenorfin v kombinaci s naloxonem (Suboxon).

Aby byla substituční léčba co nejvíce efektivní, měla by být také doprovázena psychoterapií a/nebo poradenstvím. Délka léčby může trvat několik týdnů nebo i několik let (Popov, 2003).

#### **4.1.10 Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče**

Adiktologické služby poskytované ve vazebních věznicích, věznicích a po výstupu z vězení, jsou určené pro uživatele všech typů návykových látek a pro patologické hráče.

Služby jsou dobrovolné, a pokud případný klient odmítne, není jeho rozhodnutí soudem sankcionováno. Služby jsou cílené na změnu životního stylu a jsou poskytovány v oblasti prevence a léčby závislostí. Tento druh služeb ve vězení využívá efektu externisty – drogově závislí vězni důvěřují lidem, kteří nejsou součástí vězeňského systému. Rovněž jsou významným článkem mezi věznicemi a návaznými službami po výkonu trestu (Adameček et al., 2015).

## **4.2 System péče v kraji Vysočina**

Vzhledem k užšímu zaměření této práce se další kapitola věnuje dostupnosti služeb a systému péče v kraji Vysočina. V následující Tabulce 3 jsou uvedené počty dostupných složek systému péče na tomto území. Informace o jednotlivých složkách byly zjišťovány na webových stránkách [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) – v sekci „mapa pomoci“ a za pomoci katalogu - adresářem organizací v ČR ([www.ikatalogy.nidm.cz](http://www.ikatalogy.nidm.cz)).

Tab. 3: Služby pro uživatele návykových látek v kraji Vysočina.

SLUŽBA	POČET	MĚSTA
Detoxifikace	3	Havlíčkův Brod
		Jemnice
		Jihlava
Terénní programy	3*	Jihlava Třebíč Žďár nad Sázavou
Kontaktní a poradenské služby	3	Jihlava Třebíč Žďár nad Sázavou
Ambulantní léčba	6**	Jihlava Žďár nad Sázavou Havlíčkův Brod Moravské Budějovice Bystřice nad Pernštejnem Žďár nad Sázavou
Denní stacionář	0	--
Krátkodobá a střednědobá léčba – lůžková péče	3	Havlíčkův Brod
		Jemnice
		Jihlava
Rezidenční péče - terapeutické komunity	1	Sejřek
Ambulantní doléčovací programy	2	Jihlava Třebíč
Substituční léčba	1	Jihlava
Služby ve vězení	1	Světlá nad Sázavou

\* uvedený počet označuje pouze počet organizací, které v kraji Vysočina provozují dané služby – terénní programy tedy nepůsobí pouze v těchto městech, ale působí i v okolních městech – organizace v uvedených městech mají mezi sebou určená města, kam dojíždí a kde poskytují terénní služby.

\*\* uvedený počet označuje pouze počet měst, ve kterých jsou ambulantní služby dostupné, nikoliv jejich skutečný počet.



Co se týče dostupnosti jednotlivých služeb, dá se předpokládat, vzhledem k charakteristikám služeb, že nejdůležitější je místní dostupnost zejména u terénních služeb, ambulantní léčby, doléčovacích programů a substituční léčby. A to zejména proto, že ji uživatelé využívají bez vyčlenění z jejich přirozeného prostředí a může jít o klienty, kteří například dochází do zaměstnání a nemohou či nechtějí zvolit neambulantní služby, kterých by jinak mohli využít v jiných, hůře dostupných městech, či dokonce v jiných krajích. V některých městech, kde nejsou dostupné služby ze systému péče, mohou být nápomocné a pro cílovou skupinu dostupné tzv. svépomocné skupiny, které nabízejí specifickou formu pomoci. Někteří jedinci je využívají jako formu podpory v abstinenci – tedy i jako dostupnou léčebnou pomoc, tak i jako jednu z možností doléčování.

## 5 Svépomocná skupina

Skupinu vymezuje Nakonečný (2000) jako sdružení dvou či více osob, které spojuje společný cíl, trvalejší svazky, komunikují „tváří v tvář“ a vytvářejí společné závazné normy.

Termínem „svépomocná skupina“ lze označit nespočet různých druhů aktivit. Svépomocná skupina je především určena lidem, kteří se nachází v podobných životních situacích (vážná onemocnění, poruchy příjmu potravy, závislost v rodině, závislost na návykových látkách, atd.). Tyto skupiny sdružují osoby se stejnými problémy – ať už zdravotními, sociálními či pouze subjektivními (Vymětal, 2010).

Základním principem svépomocných skupin je posilování vzájemné solidarity a odpovědnosti jedinců při hledání řešení problémů nebo vyrovnání se s již zmíněnými životními situacemi. Jsou založené na principu svépomoci a také vzájemné pomoci druhým (Yalom, 2001). Lidem tedy poskytují pomoc při řešení osobních, rodinných nebo komunitních problémů, emocionální podporu a v neposlední řadě si jejich členové vzájemně předávají informace (Matoušek, 2008). Havránková (2003) uvádí, že sdílení zkušeností v rámci skupiny s dalšími lidmi, kteří mají podobné zájmy, je velmi užitečné. Lidem, kteří si mohou se svými problémy připadat sami, může skupinové sdílení přinést zkušenost, že někdo jiný prožívá stejné trápení. Ve skupině je zároveň prostor pro výměnu názorů a myšlenek i pro vytvoření nového pohledu na řešení problémů.

Vedoucí svépomocných skupin zpravidla nebývají odborníky či vyškolenými terapeuty. Vzhledem k tomu, že jsou svépomocné skupiny založené na svépomoci samotných členů, členové skupin jsou složeni z „neodborníků“. Bútora (1991) tuto skutečnost potvr-

zuje a uvádí, že svépomocné skupiny jsou založeny na předpokladu, že osobě s určitým problémem může pomoci pouze další osoba, která již v podobné životní situaci byla nebo se v ní aktuálně nachází. Členové tedy pomoc pouze nepřijímají, ale současně ji i poskytují – ten, kdo je schopen pomoci druhým, může pomoci sám sobě (Havránková, 2003).

Jak již bylo výše zmíněno, svépomocné skupiny existují pro různé skupiny lidí, jež spojuje podobná životní situace. Jednou z nejznámějších a nejrozšířenějších svépomocných skupin jsou „Anonymní alkoholici“. Jak již z názvu skupiny vyplývá, jedná se o sdružení lidí, jež spojuje závislost na alkoholu.

V oblasti užívání alkoholu a jiných návykových látek se v těchto skupinách jedná o aktivity, které jsou pro jejich členy vhodné například po absolvování ambulantní nebo ústavní léčby jako forma následné péče a jedinec, který potřebuje pomoc, tak může tuto skupinu vyhledat mimo tyto formální léčby – to znamená, že pokud nechce vstoupit do některé ze služeb systému péče či do jakékoli instituce, má i další možnost, na koho se ve své bezmoci může obrátit pro radu a kdo by mu pomohl v abstinenci.

## 5.1 Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici (dále AA) patří mezi celosvětově nejrozšířenější svépomocné hnutí pro závislé na alkoholu. Zahrnuje lidi, kteří mají problémy s alkoholem, jinými návykovými látkami či obecně se zdraví škodlivými návyky. Tato svépomocná skupina také do své filosofie začleňuje určité duchovní principy (Vobořil in Kalina, 2003). Členové se navzájem dělí o svoji zkušenost, sílu a naději, aby mohli řešit své problémy a pomoci jak sobě, tak i druhým k uzdravení.

Nutno podotknout, že hnutí AA není spřízněno s žádnou vírou, sektou, zřízením nebo politickou organizací. Společenství AA pracuje s přístupem, který v sobě zahrnuje psychologické, fyzické i sociální aspekty - principem dvanácti kroků a dvanácti tradic (viz dále).

Přesnější definice AA je obsažena přímo v preambuli AA: „*Anonymní alkoholici je společenství žen a mužů, kteří spolu sdílí své zkušenosti, sílu a naději, že dokážou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politikou institucí či jinou organizací. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.*“ (Anonymní alkoholici, 2016)

### **5.1.1 Vznik a vývoj hnutí Anonymní alkoholici**

Hnutí AA vzniklo ve spojených státech amerických (stát Ohio, město Akron) v roce 1935 (Nešpor, 2011). AA se tehdy inspirovaly religiózní organizací – tzv. Oxfordskou skupinou, která působila rovněž v USA na přelomu 19. a 20. století a pod vedením Franka Buchmana se zaměřovala na duchovní přerod lidstva - zejména převzetím ideje sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práci pro druhé. Základními praktikami Oxfordské skupiny bylo otevřené vyznání z vlastních hříchů, duchovní vedení (tzn. akceptování božské inspirace jako motiv chování člověka), změna (konverze) a odčinění (Richterová - Těmínová et al., 2003).

V inspiraci v Oxfordské skupině hrál důležitou roli Carl Gustav Jung a alkoholik Rowland, který se v roce 1931 stal pacientem Junga. Rowland měl za sebou několik neúspěšných pokusů přestat s pitím. Po roce v Jungově péči se však Rowland po návratu domů znovu opil a Jung jej diagnostikoval jako chronického alkoholika, kterého z jeho nemoci nemohl vyléčit. Jung měl zkušenost s podobně nemocnými pacienty, které se mu podařilo vyléčit jedině v případě, že měli důležitou duchovní zkušenost. Na základě tohoto doporučil Rowlandovi duchovní řešení – tedy navštěvování Oxfordských skupin (Millerová, 2011).

Rowland později do Oxfordské skupiny přivedl Ebbyho, který rovněž trpěl závislostí na alkoholu. Ebby následně přivedl dalšího alkoholika, Billa, který v roce 1935 odjel na pracovní cestu, která se ovšem nevydařila. Bill se obával, že by se po této příležitosti mohl znovu napít – napadlo ho, že pokud má zachránit sebe, musí se setkat s někým dalším a předat mu svou zvěst. Tím dalším byl alkoholik Bob, který po setkání s Billem začal hledat duchovní lék na svou nemoc s vytrvalostí. Následně vystřízlivěl a už s alkoholem se už nikdy nepotýkal (Anonymní alkoholici, 1996).

### **5.1.2 Historie Anonymních alkoholiků v České republice**

Historie a vznik AA bylo ovlivněno politickou situací v zemích střední Evropy po 2. světové válce (dále parafrázováno dle Vít B., 2006). ČR patřila do zóny totalitního politického vlivu Sovětského svazu. Pomoc pro lidi závislé na alkoholu byla poskytována pouze prostřednictvím protialkoholních léčeben, tudíž spirituální aktivity a svépomocné skupiny typu AA nemohly přicházet v úvahu.

Koncem osmdesátých let, pod vlivem politických a ekonomických tlaků se začal postupně oslabovat politický a ekonomický vliv Ruska

Začátek AA se u nás začal „rýsovat“ ještě v předrevolučním období, kdy zde byli dva členové AA – jedním byl Stanislav K. z Prahy a Vladimír S. z Dobrušky. Tito muži měli kontakt s AA v New Yorku. Vladimír S. byl tzv. Čechoameričan a pociťoval potřebu předat informace o svém uzdravování z alkoholismu i do Československa. Vladimír S. přeložil knihu Anonymní Alkoholici do češtiny a přivezl ji do Československa.

V roce 1988 se v Praze, ve Společenském domě na Kubánském náměstí, uskutečnili první uzavřené mítinky AA. Těchto setkání bylo celkem 7 a konaly se v tajnosti. Na šestém setkání Vladimír S. předal první dvě přeložené kapitoly z Modré knihy AA (viz dále). První otevřený mítink se uskutečnil také v Praze, v protialkoholní léčebně U Apolináře (5. 5. 1988) a účastnili se ho pouze bývalí a současní pacienti této léčebny. Poslové myšlenek AA šířili své myšlenky a program především v protialkoholních léčebnách a v klubech abstinujících alkoholiků.

Na italské ambasádě v Praze byla 2. února 1989 založena mezinárodní skupina AA. Skupinu založila Angelmária Cavagnis, pracovnice ambasády, a již zmíněný Stanislav K.

14. prosince 1989 vznikla skupina AA s názvem „Serenity Group“ – založili ji členové Václav G. a Jiří R. Další česká skupina, která vznikla v listopadu 1990, nesla název „Daisy“ a založili ji Robert K. a Rudolf L. a třetí skupinou, která fungovala pouze krátce, se jmenovala „Rose“. Všechny tyto skupiny byly založeny v Praze.

V roce 1991 se konala I. Generální pracovní konference AA a účastnili se jí členové AA ze zahraničí (především z USA). Poté byla vydána zpráva z konference s názvem „Naše cesta“ a informovala o současné situaci a návrhu směrnic činnosti AA na období do dubna 1999.

Skupiny v jiných městech ČR začaly vznikat od roku 1991 a to například v Ostravě, Karlových Varech, Brně a v Pacově (Vít B., 2006).

### **5.1.3 Dvanáct kroků AA**

Členové AA odmítají jako cíl léčby kontrolované pití alkoholu z toho důvodu, že sami již poznali své chování během pokusů o kontrolované užívání alkoholu. Poznatky z jejich vlastních zkušeností vypovídají o neúspěšných pokusech (Rotgers, 1999). Členové tedy musí jako první krok své úspěšné léčby přijmout fakt své bezmocnosti vůči návykovým látkám - pokud si člen přizná svoji bezmocnost vůči návykovým látkám, nastává otázka, kdo mu může pomoci vůči návykovým látkám pomoci v kontrolování jeho chování. A právě 2. a 3. krok jej může podpořit. Člen by měl uvěřit v existenci něčeho silnějšího, než je on sám. „Vyšší silou“ (nebo také „Vyšší mocí“) může být téměř cokoliv i kdokoliv.

Není tím myšlena žádná náboženská postava – může jít o skupinu AA, přírodu, vesmír, atd. Jak uvádí Rotgers (1999, s. 27): „*V pravém slova smyslu není problémem závislého najít vyšší sílu, protože už jednu má. Úkolem je přeorientovat se z destruktivní vyšší síly na konstruktivní a prospěšnou.*“

Na vyšší moc mohou někteří nahlížet kriticky. Nepustil (2013) uvádí, že schopnost vyšší moci je uzdravit člověka, a proto je zapotřebí jí věřit. I přesto, že zakladatelé AA byli katolíci, vyšší moc není odkazem na Boha. Za slovy vyšší moc si lze dosadit cokoliv, jako například energii, přírodu, jednoho konkrétního Boha, celé božstvo, atd.

Dále jsou uvedené konkrétní kroky, ve svém plném znění:

1. „*Přiznali jsme si svou bezmocnost vůči alkoholu – naše životy se staly nevládnutelnými*“
2. „*Dospěli jsme k víře, že jen Síla větší než je naše vlastní nám vrátí duševní zdraví.*“
3. „*Rozhodli jsme se předat svou vůli a svůj život do rukou Boha, tak jak Ho my sami chápeme.*“
4. „*Provedli jsme důkladnou a nebojácnou mravní inventuru sebe samých.*“
5. „*Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých nedostatků*“
6. „*Připravili jsme se plně na to, aby Bůh tyto naše charakterové vady odstranil.*“
7. „*Pokorně jsme Ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*“
8. „*Sepsali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*“
9. „*Nápravu jsme provedli v případech všech lidí, u nichž to bylo možné, s výjimkou těch, kde bychom ublížili jim samým anebo jiným lidem.*“
10. „*Pokračovali jsme v osobní inventuře, a když jsme se zmýlili, hned jsme si to přiznali.*“
11. „*Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý vztah k Bohu, tak jak Ho my sami chápeme, a modlili jsme se jen za to, abychom poznali Jeho vůli a našli sílu ji uskutečnit.*“
12. „*Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto zásady ve všech svých záležitostech.*“ (12 kroků a 12 tradic, 2000).

Pomocí těchto 12 kroků je formulován program uzdravování, jde o řadu zásad duchovní povahy, které mohou potlačit posedlost návykovou látkou a umožnit závislému stát se znovu šťastným a plnohodnotným člověkem. A to vše za předpokladu, že těchto 12 kroků bude uskutečňovat jako svůj způsob života.

#### 5.1.4 Dvanáct tradic

Dvanáct tradic jsou prostředky, které se týkají života společenství AA a které udržují jejich jednotu, vycházejí se světem, žijí a rozvíjejí se (12 kroků a 12 tradic, 2000). Tyto tradice jsou založeny na zkušenostech skupin vzniklých na začátku historie AA. Tradice jsou pro členy důležité v tom, že jsou jakousi připomínkou základů AA jako společnosti mužů a žen.

1. *„Naše společné blaho by mělo být na prvním místě, osobní uzdravení závisí na jednotě AA“.*
2. *„Pro účely naší skupiny je jedinou autoritou milující Bůh, tak jak se projevuje sám v našem skupinovém svědomí. Naši vedoucí představitelé jsou pouze spolehliví služebníci, kteří nám nevládnou.“*
3. *„Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít.“*
4. *„Každá skupina by měla být autonomní s výjimkou případů, které ovlivňují ostatní skupiny nebo AA jako celek.“*
5. *„Každá skupina má pouze jediný hlavní účel – předávat naše poselství alkoholikovi, který stále trpí.“*
6. *„Skupina AA by nikdy neměla podporovat ani financovat jakékoliv příbuzné zařízení nebo podnik stojící mimo AA, ani mu propůjčovat jméno AA, aby nás problémy peněz, majetku a prestiže neodváděly od našeho hlavního účelu.“*
7. *„Každá skupina AA by měla být plně soběstačná a odmítat příspěvky z vnějšku.“*
8. *„Anonymní alkoholici by měli vždy zůstat neprofesionální, avšak naše služební střediska mohou zaměstnávat potřebné pracovníky.“*
9. *„AA jako takové by nikdy nemělo být organizováno, ale můžeme vytvářet služební rady nebo komise přímo zodpovědné těm, kterým slouží.“*
10. *„Anonymní alkoholici nemají názory na vnější otázky, proto by jméno AA nemělo být nikdy zataženo do veřejných sporů.“*
11. *„Naše vztahy s veřejností jsou založeny spíše na přitažlivosti Programu než na jeho propagaci; my vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu na úrovni tisku, rozhlasu a filmu.“*
12. *„Anonymita je duchovním základem všech našich tradic, navždy nám připomínající abychom dávali přednost principům před osobnostmi.“ (12 kroků a 12 tradic, 2000).*

U společenství AA je také důležité zmínit tzv. „24 hodinový plán“. Ten spočívá v tom, že členové AA nepřijímají závazek, že by se už nikdy v životě nenapili alkoholu nebo neužili návykovou látku, či si nikdy nezahráli hazardní hru. Místo toho se snaží dodržovat 24 hodinový plán, který spočívá v tom, že se členové soustředí pouze na abstinenci současných 24 hodin. Pokud se během tohoto dne objeví nutkání napít se (užít drogu nebo si zahrát), člen ji jednoduše odloží na zítra. V praxi to nejčastěji vypadá tak, že si jedinci ráno řeknou „Dnes se za žádných okolností nenapiji alkoholu“. Jak uvádí Nepustil (2013), tímto plánem se řídí na světě miliony lidí, aby mohli překonat svoje potíže. Tento autor také popisuje konkrétní příběh členky AA, Lucie, pro kterou bylo těžké si představit, že už bude po zbytek života bez alkoholu. Chuť na alkohol se u ní objevovala vždy večer – tedy v dobu, kdy nejčastěji pila alkohol. *„Na jednom setkání AA se s tím svěřila staršímu kolegovi, který se jí zeptal: „Kdy chodíš většinou spát?“ „Kolem dvanácté.“ odpověděla nechápavě. „Hm, teď je sedm, takže to máš ještě pět hodin. To už nějak vydržíš, ne?“ Vydržela to, ráno byla chuť pryč a vystřídal jí hřejivý pocit, odolala. S takovým pocitem se probouzí už pátý rok.“* (Nepustil, 2013, s. 2).

## 5.2 Setkávání skupin AA

Setkávání členů AA jako skupiny se děje v rámci pravidelných setkání (označovaných také jako mítinky). Účastnit se jich může kdokoliv, kdo má zájem a hledá možnosti, jak by sobě mohl pomoci nebo jak by mohl pomoci někomu ze svého okolí, kdo se potýká se závislostí. Účastníci skupin mají právo na respektování anonymity – představují se v zásadě pouze křestními jmény a rovněž jsou jimi i oslovováni. Dalším specifikem skupin AA je, že při představování se na začátku mítinku ke svému jménu přidávají dodatek „alkoholik“, případně „narkoman“, „hráč“ či dokonce „host“. Na každém z členů skupiny záleží, zda bude chtít promluvit či nikoli. Pouze ti, kteří v posledních 24 hodinách užili alkohol (nebo jiné návykové látky), by na setkáních neměli mluvit. Toto se většinou týká i těch, kdo nejsou závislí – tzn. hostů (Nešpor, 2011).

Jednotlivá setkání vede zvolený předseda nebo tzv. sekretář a skupina se řídí pravidly. Při sdílení by se jednotliví členové měli držet výhradně svých vlastních zkušeností – mluvit by tedy měli zejména o sobě, o své závislosti a své cestě ke střízlivosti. Další členové by pak neměli druhým vstupovat do řeči a nevnucovat jim své názory, neměli by dotyčnému ani radit či jej kritizovat.

Setkání by mělo být zakončeno „Modlitbou o poklid“, která zní: „*Bože dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozpoznat.*“

### **5.3 Svépomocné skupiny vzniklé podle AA**

Podle vzoru AA začaly vznikat i další svépomocné organizace, tedy sdružení, která jsou AA příbuzná – v současnosti jich existuje kolem 200 a týkají se i dalších forem návykového chování, i závislosti na procesech. Jak uvádí Nešpor (2011) vznikly například tyto organizace:

- Anonymní narkomané – Narcotics Anonymous – pro uživatele např. pervitinu, heroínu, atd.
- Anonymní hazardní hráči (Gamblers Anonymous) – pro hazardní hráče,
- Al-Anon – pro manžele/ky, partner/ky a přátele závislých na alkoholu,
- Alateen – pro dospívající děti, v jejichž rodinách se vyskytuje závislý na alkoholu,
- DDA – Dospělé děti alkoholiků (Adult Children of Alcoholics)
- Parents Anonymous – pro rodiče, jejichž potomci jsou závislí na návykových látkách,
- Smokers Anonymous – anonymní kuřáci,
- Overeaters Anonymous – anonymní přejídači,
- Workoholics Anonymous – pro závislé na práci.

V následujících podkapitolách jsou podrobněji popsány některé z těchto svépomocných organizací.

#### **5.3.1 Anonymní narkomani**

Anonymní narkomani je společenství lidí, pro které, jak sami uvádějí, se droga stala vážným problémem. Tato skupina vznikla v roce 1953 a první setkání se konalo v Los Angeles v USA (Public Relations, 2016.) Její členové se schází proto, aby si navzájem pomáhali žít bez drog. Skupina nerozlišuje, na které návykové látky je její člen závislý – nedělá rozdíly v závislosti na všech drogách – včetně alkoholu: „*Pověra, že alkohol je něco jiného než drogy, přivedla mnoho narkomanů k recidivě... Jsme lidé s chorobnou závislostí na drogách, musíme se zdržet všech drog, abychom se uzdravili.*“ (Kdo jsou Narcotics Anonymous?, 2016).



Primární služba, kterou Anonymní narkomani poskytují, jsou setkání. Všechny skupiny jsou založeny na společných zásadách a dvanácti krocích, stejně jako je tomu u AA. Někteří členové vedou jednotlivá setkání, zatímco ostatní členové se zúčastňují tím, že na setkání sdílí své zkušenosti ze zotavování se z drogové závislosti (Public Relations, 2016).

### **5.3.2 Anonymní hazardní hráči**

Anonymní hazardní hráči nebo také anonymní gambleři vznikli v USA po setkání dvou gamblerů, kteří řešili problémy v důsledku svého patologického hraní. První setkání Anonymních Gamblerů se uskutečnilo v Los Angeles, v roce 1957. Stejně jako předchozí uvedené svépomocné skupiny, i tato vznikla po vzoru AA, vychází z programu dvanácti kroků a jedinou podmínkou členství, jež je stanovena, je touha přestat hazardně hrát a sázet (Kdo jsou Anonymní Gambleři?, 2016).

V ČR se první mítink AG uskutečnil v Brně 17. 1. 2008 a od tohoto okamžiku se setkání konají pravidelně každý týden (Kdo jsou Anonymní Gambleři?, 2016).

### **5.3.3 Al-Anon**

Toto sdružení bylo založeno v roce 1951, a „*sdrůžuje rodiče a jiné rodinné příslušníky lidí, kteří mají problémy s alkoholem.*“ (Kalina, 2001, s. 13). Al-Anon vychází z předpokladu, že alkoholismus je chorobou celé rodiny a program skupiny může pomoci především těm, kteří žijí v blízkém kontaktu s touto chorobou, mohou mít také problémy.

Prostřednictvím skupin se mohou jejich členové dozvědět o závislosti jejich blízké osoby a také si mohou uvědomit, že alkoholismus svého blízkého nezpůsobily, není v jejich silách ani jejich odpovědností tuto osobu kontrolovat a nemohou ji ani sami vyléčit. Skupiny nabízí prostor pro sdílení obav, pocitů a zkušeností s ostatními členy, kteří mají stejné nebo podobné zkušenosti o životě s alkoholikem. Sociální podpora pomocí sdílení pomáhá obnovit a zvýšit duševní zdraví členů (Fisher & Roget, 2009).

### **5.3.4 Alateen**

Alateen byl založen jako součást Al-Anon skupin sedmnáctiletým chlapcem, který chtěl sdílet své zkušenosti a pocity s ostatními mladými lidmi. Otec tohoto chlapce navštěvoval AA a matka Al-Anon. Nově vytvořená skupina Alateen se snažila pomoci mladým lidem, aby sdíleli své příběhy o alkoholismu svých blízkých a zároveň jim umožnila zažít zkušenost, že ve svém boji nejsou sami (Fisher & Roget, 2009).

Tato svépomocná skupina je určena mladým lidem, jejichž život je ovlivňován alkoholismem jiného jedince. Alateen je programem pro mladistvé ve věku 12 – 20 let a dokonce je určen i těm, z jejichž života alkoholik mohl odejít, či se zotavuje v AA nebo jedinec přestal již pít. Program vychází z toho, že i přesto mohou a často jsou životy členů nadále poznamenané.

### **5.3.5 Dospělé děti alkoholiků – DDA**

Tato skupina byla založena v roce 1978 v New Yorku pro jedince, kteří vyrůstali v alkoholické nebo jinak dysfunkční rodině. Za zakladatele je považován Tony A. DDA pomáhají jejich členům přijít na to, jak bylo v minulosti ovlivňováno jejich dětství a jak jsou ovlivňováni dne. Skupina, jako všechny skupiny založené podle AA, využívá Dvanácti kroků. Jak uvádí čelnové DDA na svých webových stránkách (Dospělé děti alkoholiků, 2016) DDA *„je uzdravovací program pro dospělé, jejichž životy byly postižené důsledky vyrůstání v alkoholické či jinak dysfunkční rodině.“*

Tato svépomocná skupina je od AA odlišná a charakteristická následujícím. Zakladatel DDA vypracoval seznam (tzv. Laundry List) charakterových vlastností – tedy seznam se 14 znaky a společnými rysy chování osobnosti dospělého dítěte alkoholika. Pro setkání skupiny také vypracoval „Řešení“, které se zaměřuje na práci na Krocích a schopnost prociťovat vlastní pocity. V rámci DDA se rovněž můžeme setkat s dokumentem zvaným „Problém“, který vznikl přepsáním Laundry Listu do narativní podoby a je často předčítán při zahájení setkání DDA.

## **5.4 KLUS**

KLUS je akronymem těchto slov: **K**lub **L**idí **U**silujících o **S**trízlivost. Jde o první, ryze českou svépomocnou skupinu, která pracuje formou kontaktu a pomoci druhým lidem. KLUS vznikl jako socioterapeutický klub v Praze v Apolináři v roce 1948 z iniciativy doc. MUDr. Jaroslava Skály, který se po setkání s Anonymními alkoholiky v Dánsku rozhodl podnítit vznik této organizace i v Praze (Nešpor, 2011). Avšak, vzhledem k historickým skutečnostem se Skála domníval, že by tehdejší režim neumožnil založení organizace, která má svůj původ v USA a jejíž východiska jsou odlišná od marxistické filosofie. Převzal tedy některé postupy od AA a přizpůsobil je okolnostem tehdejší doby. Založil klub, který sdružuje abstinenty i jejich rodiny a přátelé. Na tento klub tak docházeli jak pacienti Apolináře, tak i absolventi léčby.

Původně byl KLUS akronymem slov „Klub léčených u Skály“ – šlo tedy o klub, který byl určen přímo pacientům v léčbě. Až později byl těmi, kdo ukončili léčbu, přejmenován na Klub lidí usilující o střízlivost (Gabrhelík & Miovský, 2009).

KLUS sdružuje lidi, kteří jsou závislí na alkoholu a případně i ty, kteří jsou závislí na jiných drogách. Primárním cílem klubu je pomoci udržet střízlivost jejich členům. Klub také může nahrazovat potřebnou, avšak chybějící síť sociálních vztahů u lidí, kteří jsou osamělí (Nešpor, 2011). Stejně jako AA tedy pomáhá jejich členům navrátit se do společnosti po ukončení léčby, v navazování nových sociálních vztahů a podporují je v trvalé abstinenci. Kromě setkání členové pořádají i zábavně-rekreační aktivity, které se zaměřují na efektivní využívání volného času a setkávají se s ostatními „KLUSy“ v ČR.

V současné době se na fungování a činnosti klubů podílí profesionální terapeuti i bývalí pacienti. KLUS pořádá výlety, tábory pro rodiny a další jiné akce.

## **6 Dostupnost svépomocných skupin pro uživatele návykových látek v ČR**

Podle oficiálních webových stránek **společenství AA** působí AA ve 41 městech. Nejvíce skupin funguje v Praze, kde je celkem 12 skupin. AA ve městech Brno a Ostrava se schází po pěti skupinách. Informace o čase a místě setkání mohou zájemci vyhledat na internetu, na webových stránkách AA. U každé informace o skupině jsou rovněž uvedena i telefonní čísla na některého ze členů AA – zájemce o návštěvu konkrétních AA může nejprve kontaktovat člena skupiny a domluvit se s ním na informacích či schůzce ještě před první návštěvou skupiny. Členové AA se ale podporují i mimo setkávání – například v Jihlavě je možné kontaktovat telefonicky člena navštěvované skupiny i v případě chuti na alkohol, která může zejména v začátku abstinence jedince zaskočit a může se stát příčinou relapsu. Samozřejmě je možné tohoto člena kontaktovat i v případě jednorázového užití návykové látky (po tzv. uklouznutí - lapsu), a to za účelem zastavit užívání a pomoci vymyslet další kroky, které by znovu vedly k udržení abstinence.

Skupiny **Anonymních narkomanů** schází pravidelně pouze v Brně, Ostravě a v Praze. A proto v jiných městech, kde fungují skupiny AA, jsou setkání otevřená i lidem závislým na nealkoholových drogách – tedy i narkomanům, kteří by jinak neměli možnost docházet na setkání Anonymních narkomanů.

**Socioterapeutický klub KLUS** působí pouze ve městech Havlíčkův Brod, Svitavy, a Semily. Členové KLUSu se schází pouze jednou měsíčně a informace o každé skupině lze získat z jejich vlastních webových stránek - nemají společné webové stránky, jako AA.

V Grafu 1 jsou znázorněny města, ve kterých působí KLUS, Anonymní alkoholici a Anonymní narkomani.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 Metodologie výzkumu

### 7.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapovat fungování svépomocných skupin pro lidi se závislostí na návykových látkách v kraji Vysočina a tyto skupiny popsat a rovněž popsat charakteristiku jejich členů z hlediska tzv. socio-demografických údajů. Výzkum má tedy dvě části – první je mapování druhů a počtu svépomocných skupin dostupných v kraji Vysočina a druhou částí je charakteristika členů těchto skupin.

Práce může být do budoucna zdrojem pro další výzkumy svépomocných skupin ve zbývajících krajích ČR nebo může být zdrojem informací pro služby a organizace, které se zabývají léčbou závislosti, a to například pro doporučování jejich klientům/pacientům návštěvování svépomocných skupin během léčby či po léčbě. Svépomocných skupin lze, jak je uvedeno výše, využít i jako jednu z možných forem doléčování. Samotným klientům/pacientům může tato práce pomoci v rozhodování, zda vyzkoušet návštěvu v jedné ze svépomocných skupin a dozvědět se o jejich fungování více.

Na základě výše zmíněného cíle byly zvoleny následující **výzkumné otázky**:

- 1) Jaké svépomocné skupiny působí v kraji Vysočina a jak často se konkrétní skupiny schází?
- 2) Jaká je charakteristika členů svépomocných skupin z hlediska socio-demografických údajů a motivace ke členství?
- 3) Jaký je subjektivní názor členů svépomocných skupin na to, zda jim v abstinenci pomohla podpora skupiny?
- 4) Jaké jsou rozdíly mezi jednotlivými skupinami a jejich členy?
- 5) Doporučují v odborných zařízeních svépomocné skupiny jako další možnost léčby?

### 7.2 Metody tvorby dat

Jako metoda tvorby dat byl na základě výzkumného cíle a vzhledem k charakteristice<sup>12</sup> zvoleného výzkumného souboru zvolen dotazník, jehož prostřednictvím lze dosáhnout anonymity pro respondenty. Použitý dotazník měl dvě modifikace – jedna byla určena pro

---

<sup>12</sup> Charakteristikou souboru je zde myšlena potřeba zachovat anonymitu společenství AA, která je podstatou pro toto společenství.

společenství AA a druhá pro členy KLUSu. Dotazníky pro tyto dvě skupiny se od sebe lišily pouze v otázce, která zjišťovala, jakou skupinu AA respondenti navštěvují. Pro členy skupiny KLUS nebyla tato otázka do dotazníku zahrnuta, jelikož klub KLUS působí v kraji Vysočina pouze jeden (viz dále).

Otázky v dotazníku byly sestavené podle výzkumných cílů a doplněné o otázky, jež použila ve svém výzkumu Broušková (2013), která se zabývala zkoumáním charakteristik členů společenství Anonymních alkoholiků na území Prahy. V konečné podobě měl předkládaný dotazník celkem 17 otázek (viz Příloha 1 a Příloha 2).

Jako další metoda tvorby dat byla zvolena analýza sekundárních dat, a to konkrétně informací z webových stránek všech dostupných svépomocných skupin v ČR – zejména oficiálních webových stránek Anonymních alkoholiků, narkomanů, hráčů a socioterapeutického klubu KLUS. Dále šlo o stránky drog-info.cz (zda byla využita tzv. Mapa pomoci, což je databáze dostupnosti a kontaktů na adiktologické, sociální a jiné služby).

### **7.3 Metody analýzy dat**

Získaná data od respondentů byla v anonymní formě přepsána do programu MS Excel a následně do statistického programu IBM SPSS Statistics, v němž byla převážně využita funkce „Custom tables“ pro tvorbu tabulek. Vzhledem k nízkému počtu respondentů ve výzkumném vzorku nebylo využito jiných matematicko-statistických funkcí, jelikož by některé výsledky nebylo možné označit za statisticky významné. V MS Excel byla sjednocena získaná časová data – například celková délka abstinence, kterou respondenti udávali v různých časových údajích – v týdnech, měsících, ale i rocích. Sjednoceny byly tak, že byly přepočítány na týdny, což byl nejmenší (nejkratší) časový údaj.

Do výzkumu byly zařazeny všechny získané dotazníky, i ty, které nebyly zcela vyplněné. Takových dotazníků bylo celkem devatenáct. Otázky, u kterých byla vynechána odpověď, pak nebyly zařazeny do vyhodnocení dat. Nevyplněné otázky a počet jedinců, kteří neuvedli odpověď, jsou uvedené dále:

- sedm respondentů neuvedlo v dotazníku svůj věk;
- jeden respondent neodpověděl, kde se poprvé dozvěděl o AA;
- jeden respondent neodpověděl, v čem se domnívá, že mu skupiny AA pomohly k abstinenci;
- jeden respondent neuvedl, zda se někdy léčil ambulantně;
- sedm respondentů neuvedlo, jak dlouho se léčili v psychiatrické nemocnici;



- jeden respondent neodpověděl, kdy začal abstinovat – zda už abstinovat před docházením na skupiny či až po navštívení skupiny;
- jeden respondent uvedl, že se nyní současně s docházením na AA léčí v odborném zařízení, avšak už neuvedl, jak dlouho se nyní léčí;
- jeden respondent neuvedl, zda si myslí, že bude docházet do AA po celý život;
- tři členové neuvedli, jaká je jejich motivace docházet na AA/KLUS a co jim setkání dávají.

## 7.4 Metoda výběru a popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili členové skupin AA působících v kraji Vysočina a členové skupiny KLUS z Havlíčkova Brodu. Nominace výzkumného souboru byla zvolena totálním výběrem (Disman, 1993) s časovým omezením jednoho setkání každé skupiny.

Skupiny, respektive jejich vedoucí členové, byli nejprve osloveni telefonicky – přes kontaktní osoby uvedené na webových stránkách Anonymních alkoholiků. Následně byl domluven termín setkání na setkání skupiny za účasti autorky práce, během kterého proběhlo i dotazníkové šetření.

Celkový počet respondentů ve výzkumném vzorku byl 68 členů všech vybraných skupin. Celkový počet žen byl 21 a mužů 47. Průměrný věk výzkumného vzorku je 48,6 let.

Ze skupin AA bylo celkem 48 členů (15 žen a 33 mužů) a ze skupiny KLUS 20 členů (6 žen, 14 mužů).

Pouze dva potenciální respondenti odmítli účast ve výzkumu. Jeden z časových důvodů a druhý z aktuální indispozice (potíže s přečtením textu v dotazníku bez dioptrických brýlí – následně odmítl i pomoc s předčítáním textu).

## 7.5 Etika

V této práci je zásadní etickou otázkou dodržení anonymity všech respondentů, tedy členů zkoumaných svépomocných skupin, protože právě anonymita je pro tato společenství klíčová. Anonymita byla respondentům zaručena v rámci informovaného souhlasu a dotazníky nebylo nutné označovat jmény a rovněž nebyly poskytnuty nikomu jinému k nahlédnutí.

Dodržení dalších důležitých standardních etických otázek jakými jsou například dobrovolnost, odstoupení z výzkumu atd., bylo samozřejmostí.

## 8 Výsledky

### 8.1 Dostupné svépomocné skupiny v kraji Vysočina

V této kapitole jsou uvedeny popsány svépomocné skupiny, které jsou dostupné v kraji Vysočina. Informace, jako jsou například místa a čas setkání, byly získány z internetového portálu [drogy-info.cz](http://drogy-info.cz), [www.anonymnialkoholici.cz](http://www.anonymnialkoholici.cz) a dále, zejména jejich upřesnění, z ústních sdělení některých členů AA.

Bylo zjištěno, že v kraji Vysočina fungují pouze socioterapeutický klub KLUS a Anonymní alkoholici – nicméně platí, že setkání nejsou striktně určená pouze pro jedince závislé na alkoholu, ale jsou otevřená i těm, kteří jsou závislí na jiných návykových látkách nebo jsou hazardními hráči. Dle dostupných informací v tomto kraji tedy zatím nefungují skupiny Anonymních narkomanů nebo Anonymních hráčů.

Socioterapeutický klub KLUS funguje pouze v jednom městě - v Havlíčkově Brodě.

V Tabulce 4 jsou uvedena města, ve kterých probíhají setkání Anonymních alkoholiků či klubu KLUS a jak často se v těchto městech setkání konají.

Tab. 4: Skupiny AA a KLUS působící v kraji Vysočina

Město	Název skupiny <sup>13</sup>	Frekvence	Den setkání	Čas setkání
Jemnice	AA ve věži (AA)	1x týdně	pondělí	14:30 hod*
Jihlava <sup>14</sup>	Pouze dnes-1 (AA)	1x týdně	čtvrtek	18:30 hod
	Pouze dnes-2 (AA)	1x týdně	úterý	18:00 hod
Pacov	Jak na to (AA)	1x týdně	čtvrtek	17:00 hod
Pelhřimov	Funguje to (AA)	1 x týdně	pondělí	17:00 hod
Třebíč	Restart (AA)	1x týdně	pátek	18:00 hod*
Havlíčkův Brod	KLUS	1x měsíčně	středa	14:00 hod

\* časy takto označené se neshodují s časy, které jsou uvedené na webových stránkách Anonymních Alkoholiků.

Z tabulky vyplývá, že skupiny AA zde působí v 5 městech a je jich celkem 6. Socioterapeutický klub KLUS působí pouze v jednom městě. Jak bylo během výzkumu zjištěno, některé časy setkání, které jsou uvedené na webových stránkách, se neshodují s aktuálními časy, ve kterých se skupiny schází. U dvou zkoumaných skupin došlo pravděpodobně ke změně či k chybnému uvedení na webových stránkách.

<sup>13</sup> Názvy skupin byly použity dle oficiálních webových stránek AA. Číslo ke skupině Pouze dnes byla přidána autorkou, pro jejich vzájemné odlišení.

<sup>14</sup> V Jihlavě působí dvě skupiny AA – každá se schází 1x týdně.

Ve městě Jihlava je možné navštěvovat dvě skupiny (každá probíhá v jiný den) – co se týče skladby členů, jedna z nich je tradiční – pokud se zaměříme na její potenciální členy, druhá je specifická právě charakteristikou členů. Druhé setkání totiž probíhá v prostorách Psychiatrické nemocnice Jihlava a možnost sem docházet mají i pacienti, kteří jsou aktuálně hospitalizováni v nemocnici a léčí se ze závislosti na návykových látkách, včetně alkoholu, ale také hazardní hráči. Na tuto skupinu ovšem také dochází členové AA, kteří nejsou aktuálně v léčbě a také ti, kteří jsou bývalými pacienty již zmíněné psychiatrické nemocnice Jihlava – v tomto městě je tedy možnost volby mezi dvěma skupinami.

V Jemnici rovněž funguje skupina i pro pacienty tamější psychiatrické léčebny Pateb s.r.o., kteří se zde léčí se závislostí na návykových látkách. Dle ústního sdělení jedné z členek jemnické skupiny dochází přibližně 4 stabilní abstinující členové a zbytek skupiny je tvořen právě pacienty léčebny, podle kterých byl uzpůsoben i čas setkávání. V případě obou zmíněných léčeben nemají pacienti docházení na AA povinné, ale volitelné – dobrovolné.

Jak již bylo zmíněno, socioterapeutický klub KLUS působí v kraji Vysočina pouze ve městě Havlíčkův Brod. Tuto skupinu založil v roce 1973 MUDr. Vladimír Kysilka. V současnosti je vedena PhDr. Evou Holendovou a členové se setkávají pravidelně každý měsíc v budově městského úřadu – konkrétně každou druhou středu v měsíci. Havlíčkovobrodský KLUS také pravidelně pořádá výstavy pro veřejnost a členové spolu jezdí na zážitkové tábory a udržují přátelské kontakty se členy KLUSu z jiných měst (například s KLUSEm ze Svitav).

Jak je patrné z Grafu 1 (viz kapitola 6), ve všech okresech, kromě okresu Žďár nad Sázavou, je dostupná minimálně jedna ze svépomocných skupin.

Názvy skupin z Tabulky 4 budou dále použity ve výsledcích pro popis jednotlivých skupin.

### **8.1.1 Rozdíly v jednotlivých skupinách**

Hlavním rozdílem mezi skupinami je to, že celkem 6 skupin jsou svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků a pouze jedna je socioterapeutický klub KLUS.

Jak již bylo popsáno v předchozí kapitole, dvě skupiny (AA ve věži – Jemnice a Pouze-dnes-2 Jihlava) jsou určené i lidem, kteří se aktuálně léčí se závislostí v psychiatrické nemocnici v místě působení skupiny.

Všechny skupiny AA se schází jedenkrát týdně, oproti tomu členové KLUSu se schází pouze jedenkrát měsíčně, KLUS je oficiálně veden odborníkem - terapeutem, nikoliv jedním ze členů, který má se závislostí vlastní zkušenost.

Další rozdíly v jednotlivých skupinách budou součástí dalších kapitol.

## 8.2 Charakteristika členů svépomocných skupin

Tato podkapitola se věnuje vyhodnocením získaných dat z dotazníků, jež se týkají počtu a charakteristiky členů svépomocných skupin z hlediska tzv. socio-demografických údajů. Mezi tyto údaje patří zejména: věk, pohlaví a vzdělání. Dále zde bude uvedeno, na jakých návykových látkách jsou členové svépomocných skupin v kraji Vysočina závislí.

### 8.2.1 Rozdíly v počtu členů, složení skupin dle pohlaví a věku

Počet členů ve skupinách není stejný. V kraji Vysočina se jedna ze svépomocných skupin setkává i v počtu dvou členů (Restart – Třebíč). Průměrně navštěvuje skupiny AA 8 členů. Klub KLUS se setkává v počtu 20 členů a mezi zkoumanými skupinami je nejpočetnější skupinou. Nejvíce členů AA se schází ve městech, kde se setkání mohou účastnit i aktuálně hospitalizovaní pacienti z oddělení léčby závislosti psychiatrických nemocnic (Pouze dnes-2 – Jihlava a AA ve věži – Jemnice). Průměrný počet členů ostatních skupin AA bez těchto dvou skupin je 4,5 členů.

V Tabulce 5 jsou uvedeny konkrétní počty respondentů v jednotlivých skupinách a jejich průměrný věk.

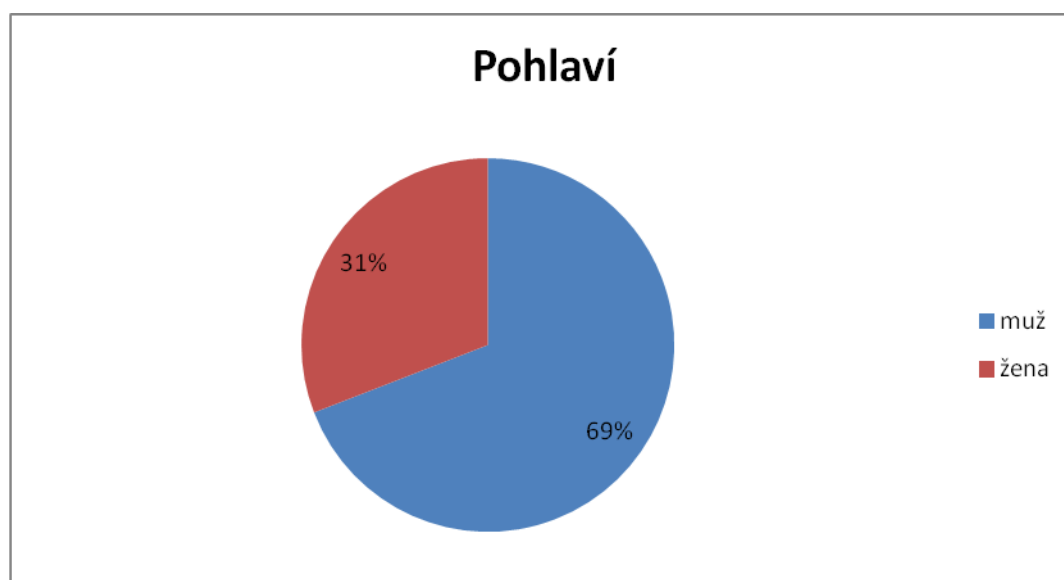
Tab. 5: Popis výzkumného souboru podle jednotlivých skupin.

Město	Skupina	Počet žen	Počet mužů	Celkem	Průměrný věk
Havlíčkův Brod	KLUS	6	14	20	54,1 let
Jemnice	AA ve věži	4	8	12	39,4 let
Jihlava	Pouze dnes-1	3	5	8	53,4 let
	Pouze dnes-2	7	11	18	41,3 let
Pacov	Jak na to	1	3	4	56,5 let
Pelhřimov	Funguje to	0	4	4	61,5 let
Třebíč	Restart	0	2	2	53 let
<b>Celkem</b>		21	47	68	

Podle věkového průměru je nejstarší skupinou skupina Funguje to – Pelhřimov a naopak nejmladší AA ve věži - Jemnice. V největším počtu se setkává skupina KLUS a nejmenší skupinou je Restart - Třebíč. Poslední zmíněná skupina se pravidelně setkává v počtu dvou členů – dle sdělení těchto členů se někdy, avšak zřídka, sejdou i ve větším počtu – noví členové přijdou jednou, poté už nikoliv či chodí jen sporadicky.

Ve skupinách jednoznačně převažuje počet mužů nad počtem žen. Mimo skupiny Funguje to – Pelhřimov a Restart – Třebíč jsou mezi členy skupin i ženy – avšak počet mužů i přes to v těchto skupinách převažuje. Graf 2 názorně zobrazuje, že ženy ve výzkumném vzorku tvoří necelou třetinu (31%) a muži dvě třetiny (69%).

Graf 2: Pohlaví – procentuální zastoupení žen a mužů ve výzkumném souboru.



### 8.2.2 Věkové rozdíly

Mezi skupinami nejsou výrazně velké věkové rozdíly. Věkový průměr pod 50 let májí pouze 2 skupiny, kterých se účastní i lidé v léčbě (AA ve věži – Jemnice a Pouze dnes-2 Jihlava). Jedinci, kteří se aktuálně léčí a dochází na AA, jsou v porovnání s ostatními členy AA, ale i KLUSu mladší (viz Tabulka 6).

Tab. 6: Věkové rozdíly u členů skupin.

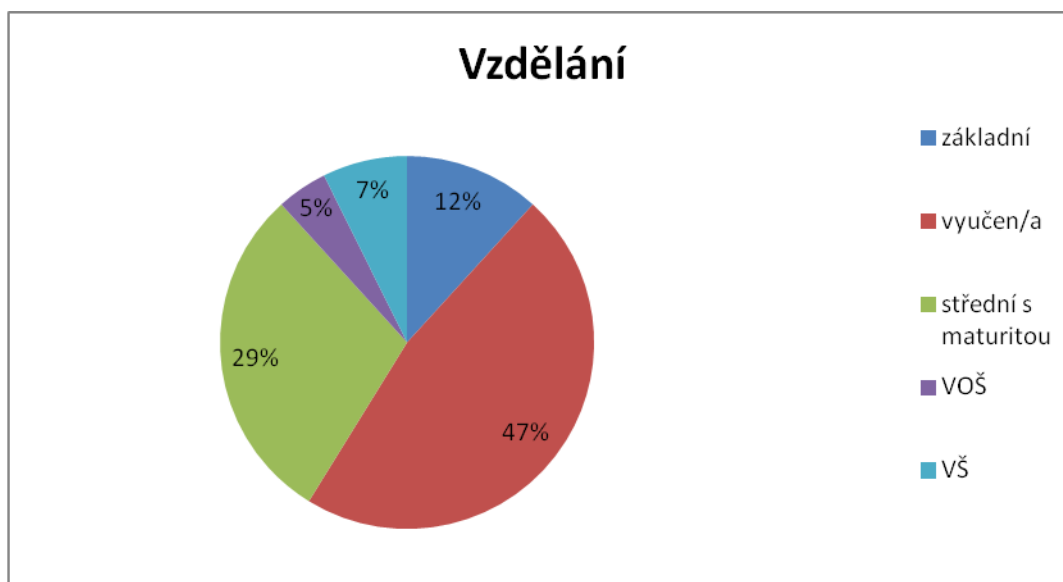
v léčbě	AA	KLUS
38,7 let	53,2 let	54,1 let

Mezi členy AA, kteří jsou v léčbě, jsou pouze 3 jedinci, kteří jsou starší 50 let. Ostatní jsou mladší, nejmladší členkou je 16-ti letá dívka.

### 8.2.3 Dosažené vzdělání členů svépomocných skupin

Členové AA a KLUSu, kteří dochází na setkání, jsou z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání nejčastěji vyučeni - 47% (32 respondentů), viz Graf 3. Dále je mezi respondenty 20 členů, kteří dosáhli středoškolského vzdělání s maturitou (29%). Základní vzdělání má pouze 8 respondentů (12 %) a oproti tomu vysokoškolské vzdělání uvedlo 5 členů (7%) a pouze 3 členové (5%) absolvovali vyšší odbornou školu.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



Pokud se podrobněji podíváme, jakého nejvyššího vzdělání dosáhli muži a ženy ve výzkumném souboru, zjistíme rozdíl oproti předchozímu Grafu 3, a to konkrétně u převládajícího vzdělání u žen (Tabulka 7). Téměř 43 % žen má středoškolské vzdělání s maturitou. U 55 % mužů platí, že jsou vyučeni.

Tab. 7: Nejvyšší dosažené vzdělání u žen a mužů v souboru.

Nejvyšší dosažené vzdělání	žena	%	muž	%
základní	2	9,5 %	6	12,8 %
vyučen/a	6	28,6 %	<b>26</b>	<b>55,3 %</b>
střední s maturitou	<b>9</b>	<b>42,9 %</b>	11	23,4 %
VOŠ	2	9,5 %	1	2,1 %
VŠ	2	9,5 %	3	6,4 %

Oproti mužům je ve výzkumném souboru procentuálně méně žen, které mají pouze základní vzdělání či jsou vyučené. Mezi muži je naopak méně těch, kteří mají středoškolské vzdělání s maturitou, vyšší odborné i vysokoškolské vzdělání. Podrobný popis situace v jednotlivých skupinách znázorňuje Tabulka 8.

Tab. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů – srovnání jednotlivých skupin.

skupina	Nejvyšší dosažené vzdělání									
	základní		vyučen/a		střední s maturitou		VOŠ		VŠ	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
<b>AA ve věži Jemnice</b>	3	25,0%	3	25,0%	5	41,7%	-	-	1	8,3%
<b>Funguje to Pelhřimov</b>	1	25,0%	1	25,0%	2	50,0%	-	-	-	-
<b>Jak na to Pacov</b>	-	-	3	75,0%	-	-	-	-	1	25,0%
<b>KLUS Havl. Brod</b>	2	10,0%	10	50,0%	7	35,0%	1	5,0%	-	-
<b>Pouze dnes1 Jihlava</b>	-	-	4	50,0%	1	12,5%	2	25,0%	1	12,5%
<b>Pouze dnes2 Jihlava</b>	2	11,1%	9	50,0%	5	27,8%	-	-	2	11,1%
<b>Restart Třebíč</b>	-	-	2	100%	-	-	-	-	-	-

Ve skupinách AA ve věži – Jemnice a Funguje to – Pelhřimov je nejvíce členů, kteří mají střední školu s maturitou. V ostatních skupinách převažují jedinci, kteří uvedli, že jsou vyučeni. Ve skupině Restart – Třebíč jde dokonce o 100 % zastoupení členů, kteří jsou vyučeni. Nicméně tato skupina je také nejméně početná.

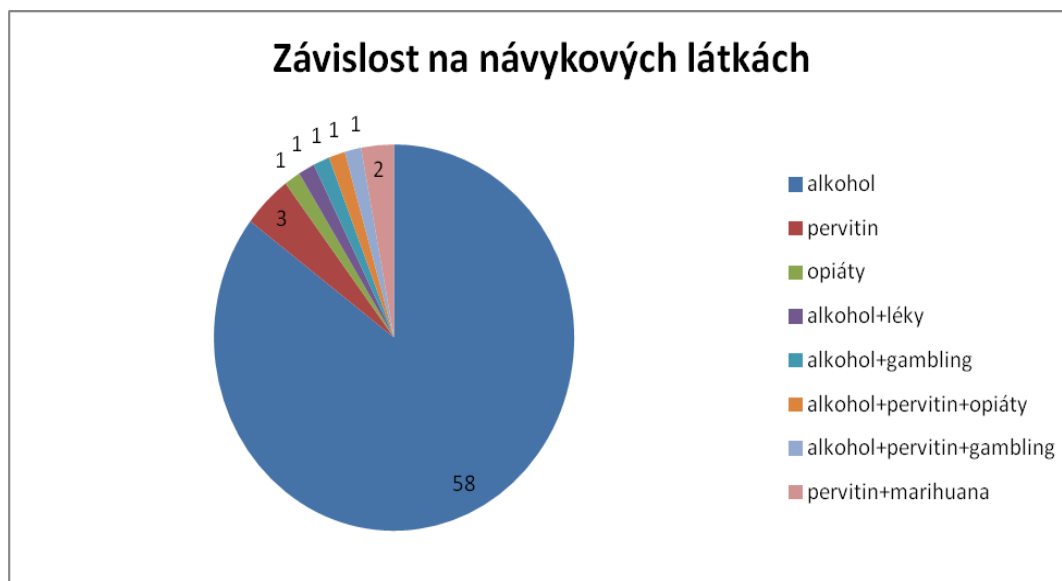
#### 8.2.4 Závislost na návykových látkách

V rámci výzkumu bylo rovněž zjišťováno, na jakých návykových látkách jsou členové svépomocných skupin v kraji Vysočina závislí. A to i přesto, že většinu respondentů tvoří členové skupiny Anonymních Alkoholiků a jak by mohlo z názvu skupiny napovídat, mělo by jít pouze o členy, jež jsou závislí pouze na alkoholu. Nicméně jak již bylo zmíněno výše, skupiny AA přijímají i takové členy, kteří jsou závislí i na jiných návykových látkách či na hazardním hraní – tj. gamblingu.



V Grafu 4 jsou uvedené jednotlivé návykové látky (popř. gambling) i kombinace návykových látek, jež respondenti v dotazníku uvedli, že jsou na nich závislí. Nejčastěji jde pouze o alkohol (58 respondentů), poté o pervitin (3 respondenti) a pervitin v kombinaci s marihuanou (2) a jeden člen má závislost pouze na opiátech. Šest respondentů uvedlo, že nejsou závislí na alkoholu.

Graf 4: Návykové látky, na nichž jsou členové skupin závislí.



Další kombinace návykových látek nebo chování bylo uvedeno vždy individuálně jedním respondentem – vždy jde o kombinaci látek nebo se závislostí na procesech (konkrétně gambling): konkrétně alkohol v kombinaci s léky; s gamblingem; s pervitinem a opiáty; a s pervitnem a gamblingem.

Závislých na alkoholu, včetně těch, kteří mají i kombinovanou závislost s jinými návykovými látkami či chováním, je celkem 62. Svépomocné skupiny navštěvuje 7 členů, kteří jsou závislí i na pervitinu a 2 se závislostí na opiátech. Ve výzkumném souboru jsou také dva jedinci, kteří mají závislost na gamblingu a pouze jeden, který je závislý i na lécích.

Respondenti, kteří uvedli závislost na jiných návykových látkách (mimo kombinace alkohol + léky), než je právě pouze alkohol, jsou jedinci, kteří jsou aktuálně v léčbě – tedy členové skupin AA ve věži - Jemnice a Pouze dnes-2 – Jihlava. V ostatních skupinách AA, které nenavštěvují jedinci, kteří jsou aktuálně hospitalizováni pro léčbu závislosti, nejsou členové s jinou, než s alkoholovou závislostí.

Pro členy KLUSu platí, že všichni jeho členové, kromě jednoho, jsou závislí pouze na alkoholu. Jeden jediný člen má kombinovanou závislost alkoholu s léky.

### 8.3 Doporučování svépomocných skupin v odborných zařízeních

Vzhledem k tomu, že jsou svépomocné skupiny samostatné a závislé pouze na aktivitě jejich členů, je důležité, odkud se samotní členové dozvědí o jejich existenci, fungování a místě, kde skupiny fungují.

V Tabulce 9 je uvedeno, odkud členové uváděli, že se o svépomocných skupinách dozvěděli. Jednoznačně nejvíce členů se o existenci skupin dozvěděli během léčby - celkem 53 respondentů. Ve skupině KLUS se tímto způsobem dozvědělo o jeho působení celkem 95% jejich členů. Pouze jedna členka (5%) se o skupině dozvěděla jinak, a to konkrétně od kolegy v zaměstnání. Členové AA mají s doporučováním rozdílné zkušenosti – informaci z léčby uvedlo téměř 72,3% a jako zdroj informací uvedli 4 dotázaní noviny (8,5%). Informaci od přátel či známých získalo 6,3%, stejně jako od sociální služby (ve všech případech šlo o azylové domy). Díky internetu se o AA dozvěděli 2 dotázaní (4,3%). Knihu uvedl pouze jeden respondent, a to zakládající člen AA v Třebíči, který si během léčby četl knihu s názvem Rodové kmeny.

Tab. 9: Odkud se členové poprvé dozvěděli o existenci AA/KLUSu.

odkud	celý soubor	skupiny	
		AA	KLUS
léčba	53	34	19
sociální služba	3	3	0
přátelé/známí	4	3	1
knihy	1	1	0
noviny	4	4	0
internet	2	2	0
<b>celkem</b>		<b>47</b>	<b>20</b>

Celkem 53 respondentů (80%) se o skupinách poprvé dozvědělo během léčby.

### 8.3.1 Předchozí léčby v odborných zařízeních

V rámci dotazníkového šetření byli respondenti požádáni, aby uvedli, zda se někdy v minulosti léčili se závislostí v odborných zařízeních – konkrétně v některém z ambulantních zařízení, psychiatrické nemocnici či v denním stacionáři (viz Tabulka 10).

Nikdo z dotázaných nevedl, že by se někdy v minulosti léčil se závislostí v denním stacionáři.

Tab. 10: Minulé léčby v odborném zařízení – včetně počtu a délky léčby.

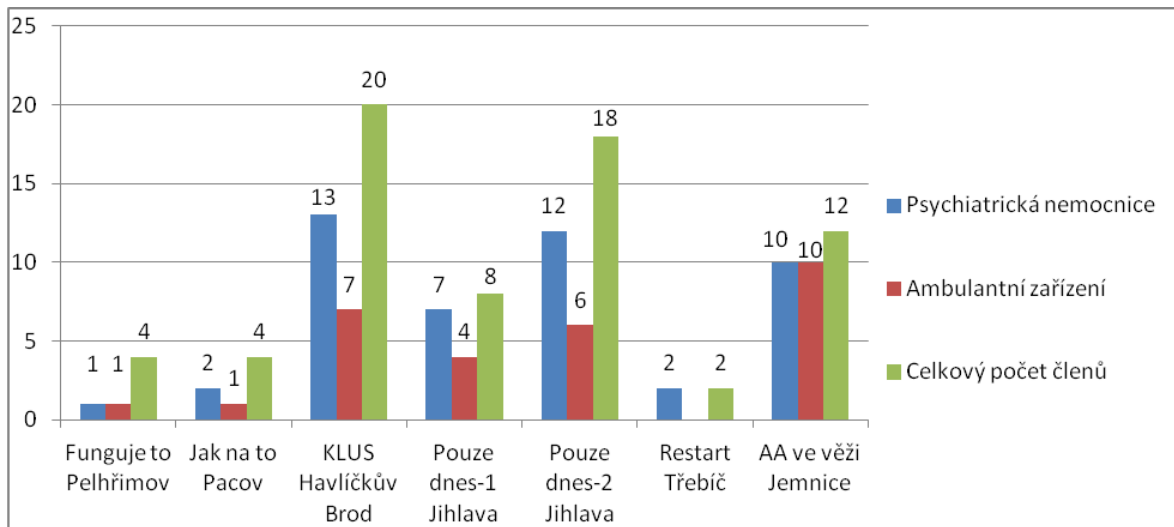
Typ zařízení	NE		ANO		kolikrát (průměr)	délka (průměr)
	počet	%	počet	%		
Ambulantní zařízení	38	56,7%	29	43,3%	2,3 krát	125,5 týdnů
Psychiatrická nemocnice	21	30,9%	47	69,1%	2,9 krát	24,8 týdnů

Pouze 29 dotázaných má zkušenost s léčbou v ambulantním zařízení a 47 v psychiatrické nemocnici. Průměrný počet léčeb pro ambulantní zařízení léčby je 2,3 krát, v délce 125,5 týdnů (více jak 2 roky). Léčbu v psychiatrické nemocnici podstoupili respondenti v průměru 2,9 krát, v průměrné době léčby 24,8 týdnů (cca 6 měsíců). Počet opakovaných vstupů do jednotlivých typů léčby je téměř vyrovnaný, liší se však délka trvání léčby.

Jeden ze členů AA ve věži - Jemnice byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici celkem 20krát – celkovou dobu léčby tento respondent nevedl. Nejdélší dobu léčeb uvedl člen stejné skupiny, a to v délce 108 týdnů v průběhu 9 hospitalizací. Celkem 12 hospitalizací absolvoval člen skupiny Funguje to – Pelhřimov, který rovněž nevedl délku léčby.

Graf 5 popisuje situaci v jednotlivých svépomocných skupinách – jsou zde zobrazeny počty členů, kteří se někdy v minulosti léčili se závislostí buď v ambulantním zařízení, nebo v psychiatrické nemocnici.

Graf 5: Počet členů v minulosti léčených v odborném zařízení – podle skupin.

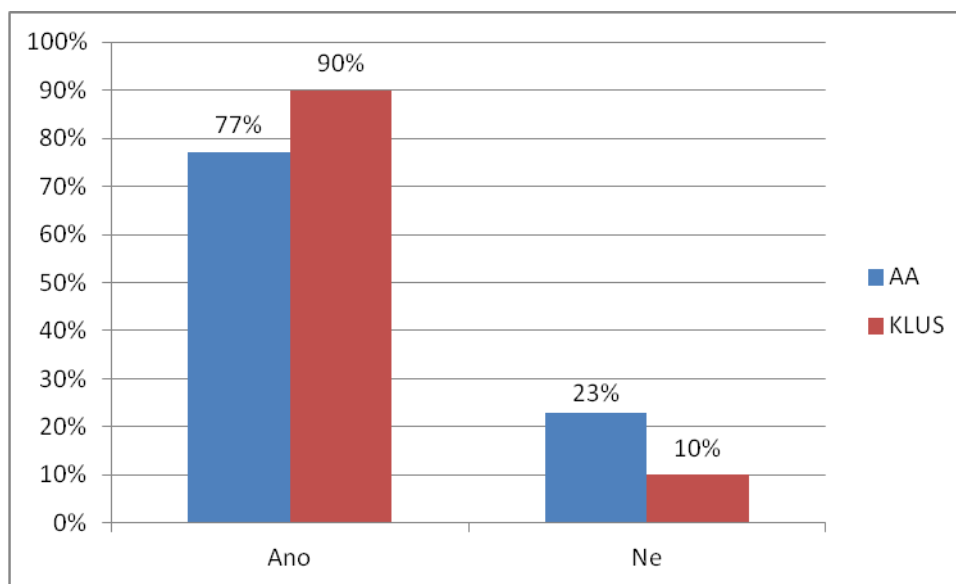


Ve všech skupinách, mimo skupiny Restart – Třebíč, mají někteří členové zkušenosti jak s ambulantní léčbou, tak s léčbou v psychiatrické nemocnici. Oba členové třebíčských AA se v minulosti léčili v psychiatrické nemocnici. Ani jeden z těchto členů se o AA nedozvěděl přímo v léčbě od personálu – jeden v azylovém domě a druhý z knihy, kterou četl v době, kdy byl hospitalizovaný. Další skupina, která je složená z největšího počtu členů, kteří v minulosti absolvovali léčbu v psychiatrické nemocnici, je Pouze dnes-1 Jihlava. V těchto AA je takových členů 87,5%. Další skupina, jejíž jedinci mají zkušenost s ústavní léčbou, je AA ve věži – Jemnice (83,3%). Dále pak Pouze dnes-2 – Jihlava (66,7%), KLUS (65%), Jak na to – Pacov (40%) a pouze 25% členů Funguje to – Pelhřimov.

Co se týče zkušeností s ambulantní léčbou, ve výzkumném souboru je spíše méně jedinců, kteří se v minulosti léčili ambulantně. Ve skupině AA ve věži – Jemnice jde o 83,3% - tedy stejný poměr jako u ústavní léčby. V dalších skupinách již platí, že členů s touto zkušeností je méně: ve skupině Pouze dnes -1 Jihlava je to polovina členů (50%), KLUS – 35%, Pouze dnes-2 – Jihlava: 33,3%, KLUS: 35%, Jak na to – Pacov a Funguje to – Pelhřimov: pouze 25%.

Další Graf 6 se zaměřuje na to, zda jedincům, kteří podstoupili odbornou léčbu, bylo v odborných léčebných zařízeních doporučováno navštěvovat svépomocnou skupinu.

*Graf 6: Zkušenost členů s doporučením navštěvovat skupiny od odborného zařízení - v procentech*



Z grafu vyplývá, že nejvíce doporučení od odborníků dostali členové KLUSu (celkem 90%). Rovněž lidem, kteří nyní dochází na AA, bylo ve větší míře (77%) doporučeno navštěvovat skupiny.

Pouze 23% členů AA a 10% členů KLUSu nemá zkušenost s tím, že by jim docházení na AA/KLUS bylo doporučeno v odborném zařízení.

V Tabulkách 11 a 12 je uveden konkrétní počet členů ze zkoumaných skupin, kteří získali doporučení z odborných zařízení, aby docházeli na AA nebo do KLUSu a také se v minulosti léčili se závislostí v psychiatrické nemocnici nebo v některém z ambulantních zařízení.

*Tab. 11: Získání doporučení docházet na AA v souvislosti s předchozí ústavní či ambulantní léčbou.*

AA	Psychiatrická nemocnice		Ambulantní zařízení	
	ANO	NE	ANO	NE
Doporučení ze zařízení				
ANO	26	11	17	20
NE	8	3	5	6

Osm členů AA, kteří se léčili v psychiatrické nemocnici, nemají zkušenost s doporučením docházet po léčbě na skupiny AA, stejně tak jako 5 členů, kteří docházeli na léčbu

ambulantně. Celkem 11 členů, kteří v minulosti nebyli hospitalizováni kvůli léčbě závislosti, dostali doporučení z jiného odborného zařízení. A 20 respondentů, kteří se v minulosti neléčili ambulantně, rovněž získalo doporučení k docházení na AA.

U členů KLUSu (Tabulka 12) jsou výsledky obdobné. Nejvíce členů, kteří se zároveň léčili v psychiatrické nemocnici, získali doporučení docházet do klubu KLUS. Více členů KLUSu nikdy v minulosti nedocházelo na ambulantní léčbu, než docházelo. Zároveň ti, co s tímto druhem léčby nemají zkušenost, získali doporučení v jiném odborném zařízení docházet na setkání KLUSu.

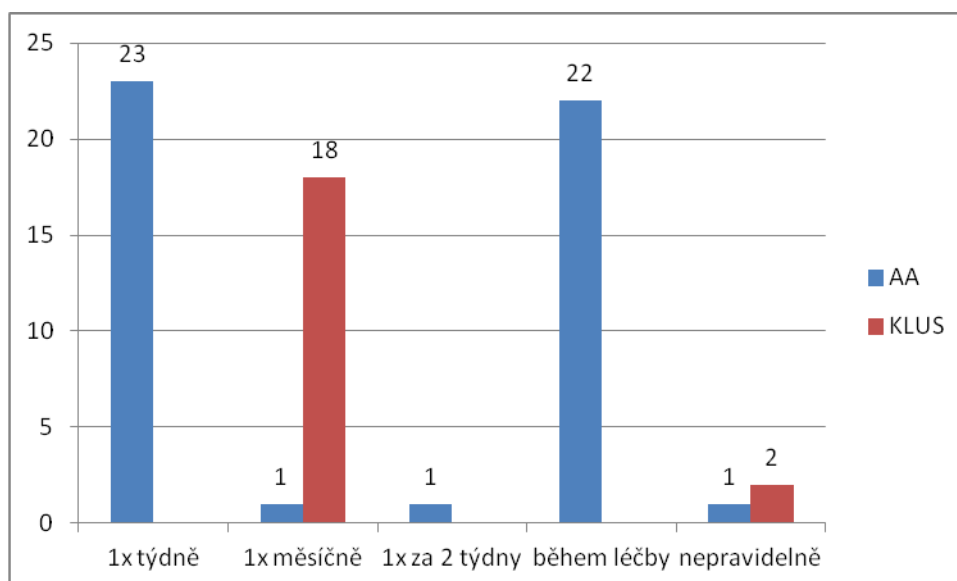
*Tab. 12: Získání doporučení docházet do KLUSu v souvislosti s předchozí ústavní a ambulantní léčbou.*

KLUS	Psychiatrická nemocnice		Ambulantní zařízení	
	ANO	NE	ANO	NE
Doporučení ze zařízení				
ANO	13	5	7	10
NE	0	2	0	2

### 8.3.2 Frekvence a celková doba docházení a doba střízlivosti u členů skupin

Svépomocné skupiny a socioterapeutický klub KLUS jsou založené na dobrovolnosti. Je pouze na členech, jak často budou na setkání docházet. Všechny skupiny AA se scházejí jednou týdně a klub KLUS pouze jedenkrát do měsíce. V rámci dotazníkového šetření byli respondenti dotázáni, jak často skupinu navštěvují. V Grafu 7 je znázorněna uváděná frekvence docházení pro AA a KLUS zvlášť.

Graf 7: Frekvence docházení respondentů na setkání – podle skupin.

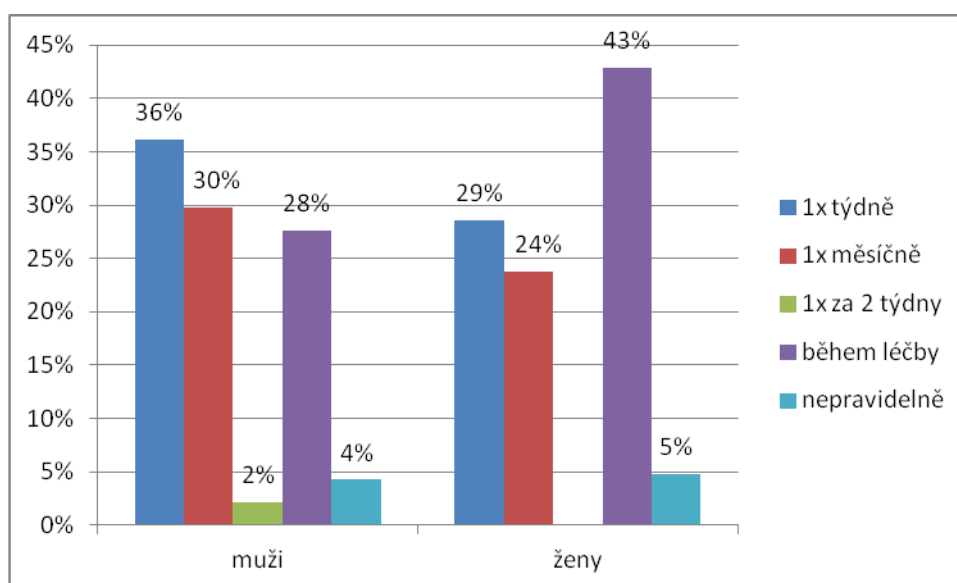


Nejvíce respondentů z AA dochází pravidelně a to 1x týdně (téměř 48%). Aktuálně, během léčby navštěvuje skupiny AA (AA ve věži – Jemnice, Pouze dnes-2 – Jihlava) 22 respondentů (46%) – vzhledem k tomu, že je známo, že skupiny pro hospitalizované členy také probíhají každý týden, lze se domnívat, že většina těchto členů navštěvuje AA také 1x týdně, mimo jednoho respondenta z Pouze dnes-2 – Jihlava, který uvedl možnost „nepravidelně“. Možnosti návštěv „1x za 2 týdny“ a „1x měsíčně“ uvedl vždy jeden respondent AA.

Ze skupiny KLUS navštěvuje setkání pravidelně, tedy jednou měsíčně, celkem 18 členů (90%). Pouze 2 respondenti uvedli, že na setkání dochází nepravidelně.

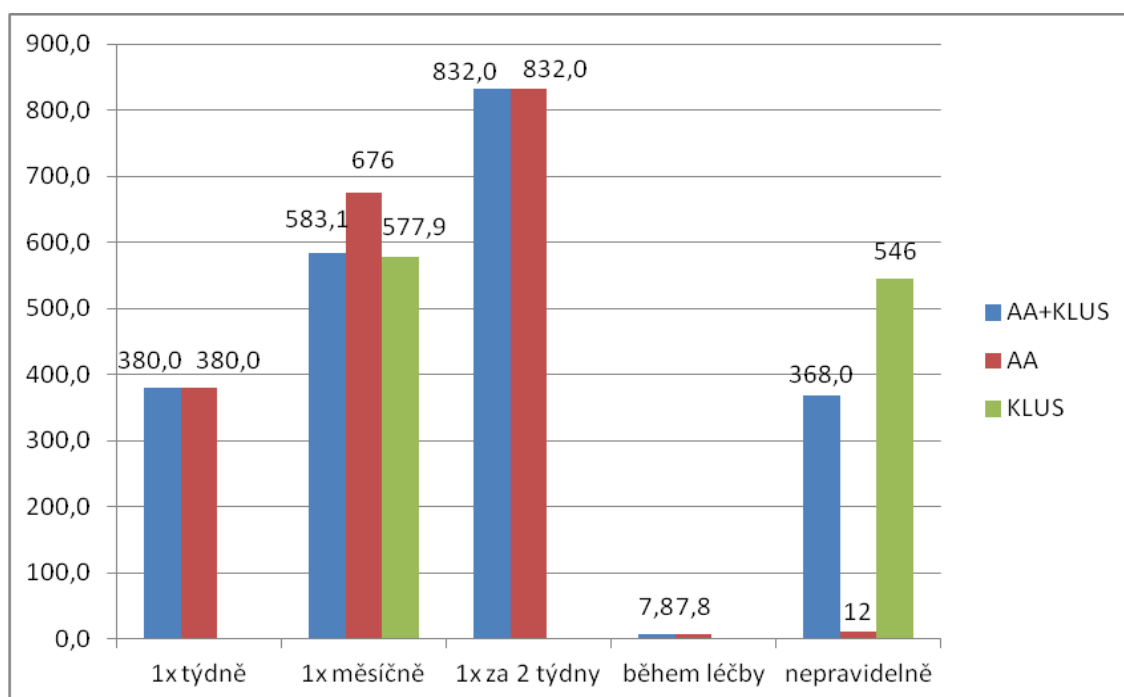
V Grafu 8 je rozlišeno, jak často navštěvují setkání ženy a jak často muži. Nejvíce, tedy 9 žen z AA (43%), je aktuálně v léčbě. Šest žen (29%) navštěvuje setkání AA 1x týdně. 24% (5) žen navštěvuje skupiny 1x měsíčně. A pouze jedna žena chodí na skupiny nepravidelně. U mužů je frekvence docházení oproti ženám rozdílná. Nejvíce mužů dochází na setkání AA 1x týdně.

Graf 8: Frekvence docházení na setkání dle pohlaví.



Další graf (Graf 9) rovněž popisuje četnost návštěv skupin, avšak v souvislosti s průměrnou dobou střízlivosti – v tomto grafu je zahrnut jak celý výzkumný soubor, tak i skupiny AA a KLUS zvlášť.

Graf 9: Doba střízlivosti (v týdnech) v souvislosti s frekvencí návštěv.



Na první pohled by se mohlo zdát, že nejdéle (832 týdnů, tj. 16let) střízliví členové AA dochází na setkání 1x za dva týdny. Nicméně tuto frekvenci uvedl pouze jeden člen

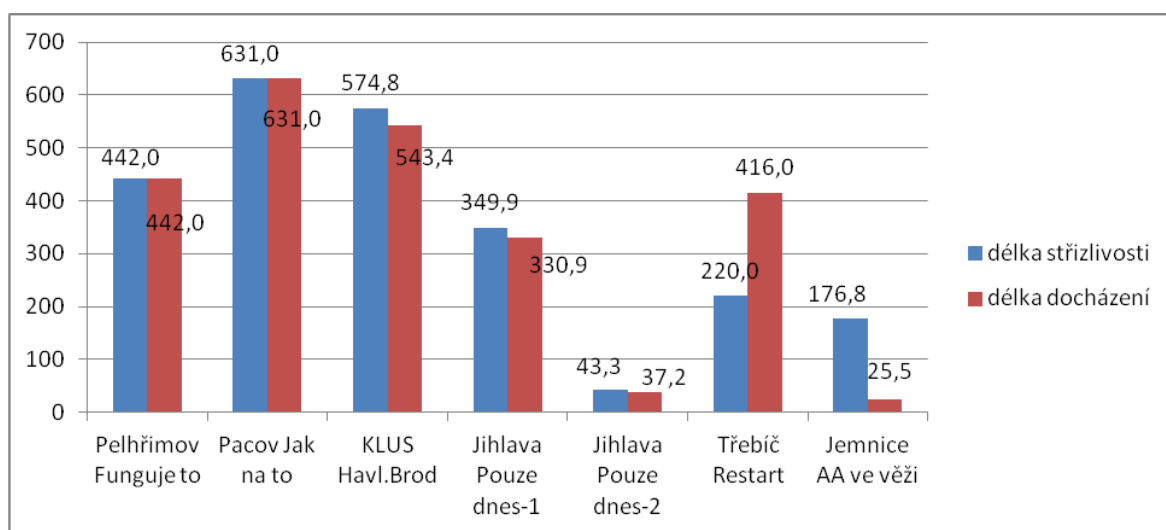


z celého souboru – tudíž je zde uvedena pouze jeho doba délky střízlivosti. Druhá nejvyšší hodnota u frekvence docházení „1x měsíčně“ – u členů AA je rovněž ovlivněna tím, že je zde zahrnut pouze jeden člen AA. U ostatních jsou hodnoty ovlivněny jinými členy, kteří neabstínují tak dlouho.

Průměrnou nejdelší dobu střízlivosti tedy mají členové KLUSu, kteří chodí na setkání pravidelně, tj. 1x měsíčně, mají průměrnou dobu střízlivosti 577,9 týdnů (11,1 let). Dva členové KLUSu, kteří chodí nepravidelně, mají průměrnou dobu celkové střízlivosti 546 týdnů (10,5 let). Členové AA, jež chodí na setkání pravidelně, tj. jednou týdně, mají za sebou, na rozdíl od předchozích, pouze 380 týdnů střízlivosti (7,3 let). Jedinci, kteří AA navštěvují v léčbě, jsou střízliví pouze 7,8 týdnů (přibližně 2 měsíce). Člen AA, který je aktuálně v léčbě, ale uvedl, že AA navštěvuje nepravidelně a abstinuje již 12 týdnů, tedy tři měsíce.

Předchozí graf se zaměřoval na dobu střízlivosti a frekvenci docházení na setkání skupin. Následující Graf 10 porovnává rovněž délku střízlivosti, ale v souvislosti s celkovou délkou docházení na skupiny.

*Graf 10: Délka trvání střízlivosti a délka docházení (přepočteno na týdny) do svépomocných skupin – porovnání*



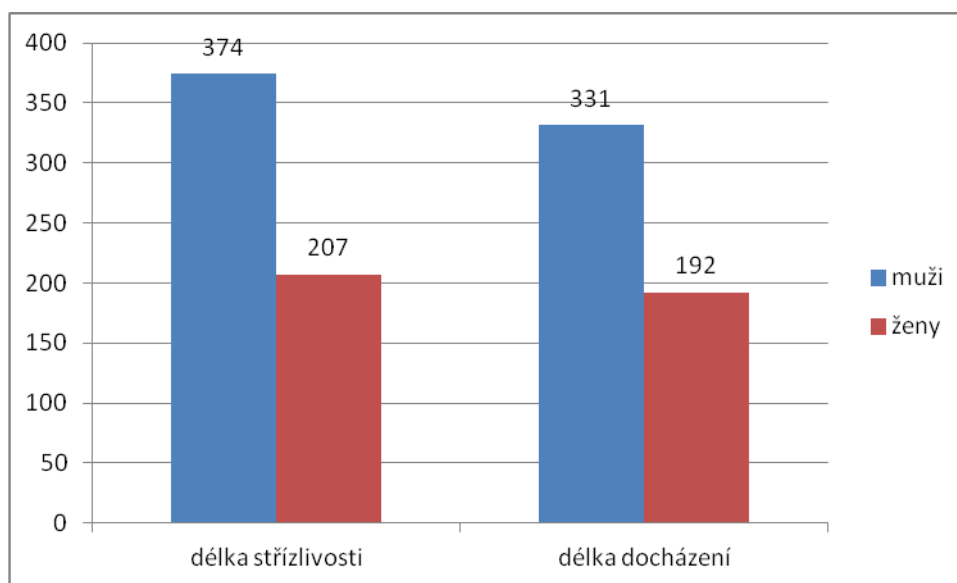
V případě srovnání průměrné délky docházení a průměrné délky střízlivosti jsou hodnoty téměř vyrovnané. Ve skupinách Funguje to – Pelhřimov a Jak na to - Pacov jsou obě hodnoty totožné – tzn., že členové začali abstinovat ve stejný čas, jako začali docházet na AA. Takto by to bylo i v případě skupiny Restart – Třebíč, která má pouze dva členy. Oba sdělili, že začali abstinovat ve stejném roce, kdy začali chodit na AA, nicméně jeden člen měl nedávno (po 8 letech) relaps a střízlivost si počítá znovu. Tudíž u těchto výsledků

jsou hodnoty výrazně jiné – i co se týče porovnání s ostatními skupinami. Pro ostatní skupiny (KLUS a Pouze dnes-1 Jihlava) platí, že jsou jejich členové v průměru střízliví delší čas, než jaký dochází na setkání.

Výrazný rozdíl mezi skupinami Pouze dnes-2 – Jihlava a AA ve věži – Jemnice, které jsou určeny i lidem aktuálně v léčbě závislosti, je pravděpodobně zapříčiněn tím, že dva členové Jemnických AA mají délku střízlivosti 21 let a 16 let, avšak do AA dochází pouhý rok. Tudíž zvyšují celé skupině průměrnou dobu střízlivosti, ale délka docházení není až tak vysoká. V případě Jihlavské skupiny jsou ve výzkumném vzorku všichni, kromě jedné členky, aktuálně hospitalizovaní pro léčbu závislosti.

Co se týče srovnání délky střízlivosti a délky docházení u mužů a žen zvláště, muži mají průměrné délky u obou zkoumaných parametrů vyšší, než ženy (viz Graf 11). Je to také tím, že necelá polovina žen (9 z 21 žen) ve výzkumném souboru je aktuálně v léčbě, tudíž snižují průměr obou proměnných.

*Graf 11: Délka střízlivosti a délka docházení u mužů a žen.*



### 8.3.3 Rozdíly v délce střízlivosti

Skupina, která má nejdelší průměrnou dobu střízlivosti je skupina Jak na to – Pacov. Její členové mají zkušenost s 12 lety abstinence. Členové klubu KLUS jsou pak v délce abstinence na druhém místě s cca 11 let. V KLUSu je také člen, který má z celého výzkumného souboru nejdelší dobu abstinence – 30 let.

Skupiny AA, které mají naopak nejnižší průměrnou dobu střízlivosti, jsou skupiny z Jemnice a Jihlavy (Pouze dnes-2) – ti jsou členy skupiny pouze po dobu léčby<sup>15</sup>. Pokud v těchto skupinách nezapočítáme členy v léčbě, průměrná doba střízlivosti je u členů AA ve věži – Jemnice 263,3 týdnů (cca 5 let), u členky Pouze dnes-2 – Jihlava je to 624 týdnů (12 let). Skupina, která, pokud nepočítáme skupiny pro lidi v léčbě, má nejkratší dobu střízlivosti, je skupina AA Pouze dnes-1 – Jihlava, jejíž členové mají průměrnou dobu abstinence necelých 7 let.

#### **8.3.4 Rozdíly v délce docházení**

Respondenti jednotlivých skupin uváděli, jak dlouho již navštěvují skupiny AA nebo KLUSu. Nejdelší průměrnou dobu docházení mají členové skupiny Jak na to – Pacov (více, než 12 let). Z AA je to pak dále skupina Funguje to - Pelhřimov (8,5 let) a Restart – Třebíč (8 let). Členové KLUSu dochází na setkání průměrně 10,5 let.

Skupiny Pouze dnes-2 – Jihlava a AA ve věži – Jemnice mají, díky hospitalizovaným členům délku docházení pouze 25,5 a 37,2 týdnů. Pokud se v těchto skupinách zaměříme pouze na ty členy, kteří nejsou aktuálně v léčbě, pro Pouze dnes-2 – Jihlava platí délka docházení: 624 týdnů (12 let) a pro AA ve věži – Jemnice pouze 31 týdnů.

Nejdelší dobu členství ve skupině má člen KLUSu, který je jeho členem již 31,5 let.

#### **8.4 Motivace členů ke členství ve svépomocné skupině**

Součástí výzkumu bylo zjistit, jaká je motivace pro samotné členy docházet do svépomocných skupin a čím jsou pro ně setkání přínosná. Respondenti byli dotázáni, co je pro ně motivací docházet na setkání a co jim setkávání dávají. Získané odpovědi byly následně seřazeny do následujících jednotlivých kategorií (Tabulka 13), podle podobností v obsahu odpovědi:

---

<sup>15</sup> Nejdelší doba, kterou tito respondenti uvedli, byla 12 týdnů - průměr je necelých 8 týdnů.

Tab. 13: Kategorie dle uvedené motivace.

KATEGORIE	Celkový počet	AA	KLUS
střízlivost/abstinence	32	22	10
přátelství	20	14	6
koncept svépomocné skupiny	14	9	5
získávání/sdílení zkušeností	11	7	4
získání náhledu na situaci/závislost	8	8	0
možnost svěřovat se	7	6	1
zvýšení kvality života	5	5	0
pozitivní myšlení	3	3	0
forma doléčování	3	2	1
možnost navštěvovat AA v léčbě	3	3	0
poznat AA	1	1	0

Jak vyplývá z tabulky, pro nejvíce respondentů (32) je motivací k docházení udržování střízlivosti a abstinence. Dále je to přátelství (20 respondentů) a samotný koncept svépomocné skupiny (14 respondentů). Členové AA i KLUSu oceňují, že mohou v rámci setkání sdílet své zkušenosti s životem v abstinenci a naopak mohou čerpat ze zkušeností ostatních členů (celkem 11 respondentů). Setkání členům také umožňují získávat náhled na závislost (8) a možnost svěřit se (7). Také vnímají, že navštěvování jim svým způsobem zlepšuje a zvyšuje kvalitu života (5), přemýšlejí o závislosti více pozitivně (3) a v neposlední řadě berou navštěvování skupin jako vhodnou formu doléčování (3). Ze čtyř respondentů, kteří toho času byli v léčbě, uvedli, že skupiny navštěvují proto, že mají tuto možnost (3) a jeden respondent uvedl, že na setkání chodí proto, aby poznal, jak fungují skupiny AA.

Níže jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů, přesně tak, jak je uváděli v dotaznících.

- „AA mi pomohly v TRVALÉ abstinenci, až s pomocí stejně "postižených" lidí jsem se vyrovnala se svojí závislostí a přestala jsem se za ni stydět a přijala jsem ji, že patří ke mně. Na AA jsem to já, SAMA ZA SEBE. Můžu říkat, co chci, mám ráda přátelskou atmosféru, otevřenou komunikaci, legraci, různorodost osobností, vzájemnou pomoc.“

- „Dávají mi sílu a schopnosti odolávat závislosti resp. od návštěv AA nemám vůbec potřebu.“
- „Motivují mě příběhy jiných lidí a postoj k abstinenci. Lidé, co abstinují déle, dokážou poradit v některých nejasnostech krátkodobě abstinujícím. Kolektivní sezení s více názory mě čím dál více posunují dopředu za lepším životem.“
- „Je to výborný, jsem z toho opravdu nadšený, vždy po AA jsem znovu nabitý pozitivní energií. Je to dobrá organizace, člověk si tam připadá mezi svýma a nebojí se otevřít a vypovídat se. Jsem rád, že AA existují.“
- „Sdílení každodenních problémů, cítím se mezi závislými líp, dokážu si postupně odpuštit, že jsem závislý, trénink mluvení před ostatními, noví střízliví přátelé, zamyšlení se nad sebou, částečně i odpočinek.“
- „Je to jedna z možností, na koho se obrátit v případě, že bych mohla uklouznout, nebo už se tak stalo. Můžu se anonymně svěřovat, poznávat problémy ostatních nebo i já sama mohu někomu podat pomocnou ruku. Vím, že se na někoho můžu spolehnout a že v tom nejsem sama.“
- „Potřebuji si připomínat období pití, poznávám druhé, jejich zkušenosti a tím pádem i sama sebe.“
- „Je to jediný možný způsob doléčování v Jemnici, setkání s abstinujícími, kteří mají stejný problém“
- „Potkávám zde nejlepší lidi ve svém životě, jeden druhému důvěřujeme a můžeme se svěřit. Můžeme požádat o pomoc. Pomáhá mi lehčeji abstinovat, věřím, že dokud budu docházet do KLUSu, budu abstinovat.“
- „Je to moje druhá RODINA, díky KLUSu mám po celé republice hodně KAMARÁDŮ a taky vím, kam patřím.“

## 8.5 Abstinence v souvislosti s podporou skupiny

V rámci dotazníkového šetření respondenti odpovídali na otázku, zda začali abstinovat sami, bez odborné pomoci a zda se domnívají, že jim v tomto kroku pomohli zejména skupiny AA/KLUSu. Nejprve je potřeba se zaměřit na to, kolik respondentů uvedlo, že začala abstinovat bez odborné pomoci – podrobné výsledky jsou uvedené v Tabulce 14.

Tab. 14: *Abstinence bez odborné pomoci.*

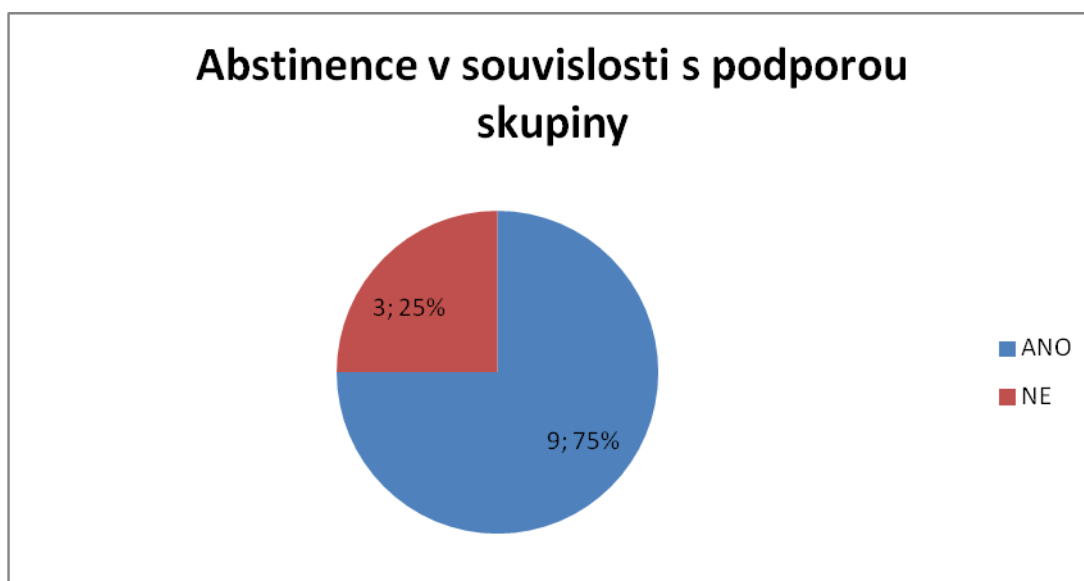
Město	Skupina	ANO		NE	
		počet	%	počet	%
Havlíčkův Brod	KLUS	2	10 %	18	90 %
Jemnice	AA ve věži	0	0 %	12	<b>100 %</b>
Jihlava	Pouze dnes-1	1	12,5 %	7	87,5%
	Pouze dnes-2	4	22,2 %	14	77,8 %
Pacov	Jak na to	2	50 %	2	50 %
Pelhřimov	Funguje to	4	<b>100 %</b>	0	0 %
Třebíč	Restart	0	0 %	2	<b>100 %</b>
<b>Celkem</b>		<i>13</i>	<i>19,1 %</i>	<i>55</i>	<i>80,9 %</i>

Z Tabulky 14 je patrné, že v rámci skupin jsou rozdíly v tom, zda jejich členové začali abstinovat bez odborné pomoci či s odbornou pomocí. Nejčastěji členové všech skupin nejprve absolvovali odbornou léčbu (celkem 55 členů) a až poté se obrátili na svépomocné skupiny. Pouze skupina Funguje to z Pelhřimova je složena ze členů, kteří uvedli, že začali abstinovat bez odborné pomoci. Oproti tomu ve městech Jemnice a Třebíč dochází na skupiny pouze ti, kteří mají zkušenost s odbornou léčbou. Členové klubu KLUS jsou taky z 90% těmi, kdo nejprve absolvovali léčbu.

Pokud se zaměříme na porovnání svépomocných skupin AA a socioterapeutického klubu KLUS, zjistíme, že v KLUSu pouze 10% začalo abstinovat bez odborné pomoci a ze všech skupin AA dohromady, je to celkem 23%.

Pro zodpovězení výzkumné otázky: „Jaký je subjektivní názor členů svépomocných skupin na to, zda jim v abstinenci pomohla podpora skupiny?“ je zapotřebí podívat se podrobněji na odpovědi respondentů, kteří na předchozí otázku (výsledky v Tabulce 14) odpověděli, že začali abstinovat s pomocí odborné instituce – viz Graf 12. Celkem 9 respondentů uvedlo, že k tomu, aby začali abstinovat, jim pomohla navštěvovaná svépomocná skupina – nikoliv odborná léčba. Z předchozí tabulky vyplývá, že jedinců, kteří začali abstinovat bez odborné pomoci, je 13 - v Grafu 12 je uvedeno pouze 12 respondentů, jelikož jeden člen ze skupiny AA Pacov v dotazníku neoznačil, zda se domnívá, že mu v tomto kroku pomohlo setkávání AA, tudíž zde nemůže být započítána jeho odpověď.

Graf 12: Abstinence v souvislosti s podporou skupiny.



Kromě tří respondentů (vše členové jihlavských AA – Pouze dnes-1) členové skupin uváděli, že jim v abstinenci pomohlo navštěvování skupin AA/KLUS. Důvody – tedy v čem jim skupiny pomohly, byly následující:

- Členové AA Pelhřimov:  
*„Sounáležitost a pochopení.“*  
*„Nalezl jsem smysl střízlivého života.“*  
*„Nebyl jsem sám.“*
- Členka AA Pacov:  
*„Přestala jsem pít alkohol a jsem stále střízlivá.“*
- Členové KLUS Havlíčkův Brod:  
*„Pochopil jsem, že jsem alkoholik.“*  
*„Ostatní mě ve všem podrželi.“*
- Člen AA Jihlava Pouze dnes-1:  
*„Příběhy ostatních lidí.“*
- Člen AA Jihlava Pouze dnes-2:  
*„AA mi ukázali směr, jakým jít.“*

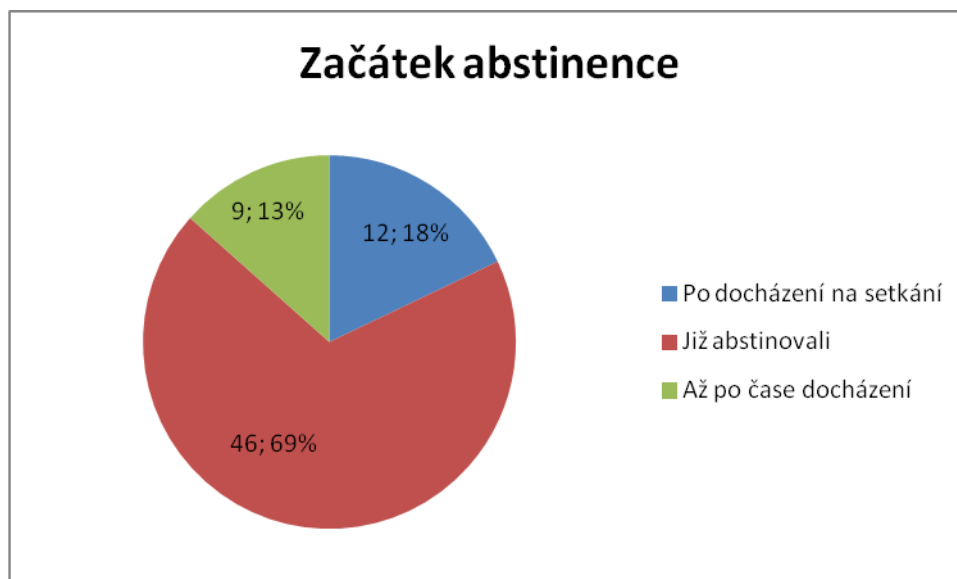
Respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli, uváděli různé důvody, které jim pomohly k abstinenci od návykové látky, na které se stali závislími. Důvody, které uvedli, se

zdají být takovými, kterých by bylo možné dosáhnout i v průběhu odborné léčby. Především v psychiatrické nemocnici (např. příběhy ostatních, nebýt v problému sám, atd.). Nicméně respondenti uvedli, že toto jim dala a umožnila zažít až svépomocná skupina.

Zmíněny byly tedy důvody, které lze společně pojmenovat jako podpora od ostatních členů, síla skupiny a také, co skupina dokázala jedinci předat.

Respondenti v dotaznících rovněž uváděli, kdy začali abstinovat od návykových látek v souvislosti s tím, kdy začali docházet na setkání jak AA, tak i KLUSu. Graf 13 popisuje získané výsledky.

*Graf 13: Začátek abstinence vzhledem k docházení na setkání skupin – celý soubor.*

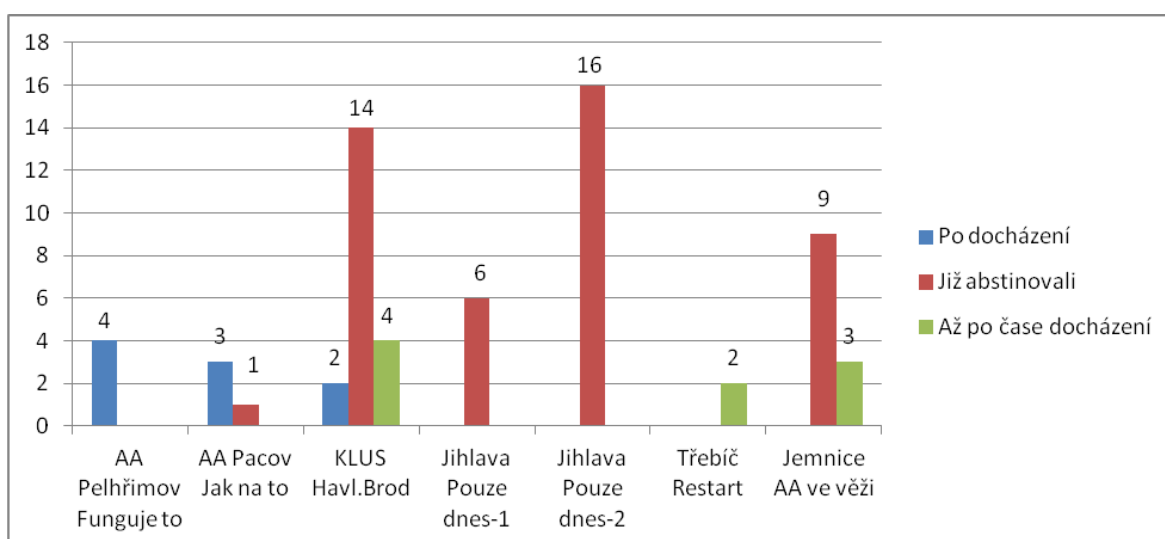


Celkem 46 dotázaných (69%) uvedlo, že na skupiny začali docházet v momentě, kdy již nějaký čas abstinovali. 12 současných členů uvedlo, že prakticky hned po prvním setkání začali abstinovat a 9 členů začalo abstinovat až po několik absolvovaných setkání.

Konkrétní zkušenosti členů z jednotlivých skupin jsou uvedeny v Grafu 14.



Graf 14: Začátek abstinence vzhledem k docházení na setkání skupin – dle skupin.



Zde vidíme, že pouze ve 3 skupinách byli členové (celkem 9), kteří plně neabstinovali buď ještě před návštěvou skupiny, nebo po prvním setkání, jako většina dotázaných z výzkumného souboru – jde o KLUS, AA Restart – Třebíč a AA ve věži - Jemnice. Na abstinenci hned po prvním setkání měly vliv skupiny: Funguje to – Pelhřimov, Jak na to – Pacov a KLUS Havlíčkův Brod. Skupiny, ve kterých jsou pouze členové, kteří abstinovali ještě před navštívením skupiny, jsou obě skupiny Pouze dnes – Jihlava. U Pouze dnes-2 je to velmi pravděpodobné, vzhledem k tomu, že na skupinu dochází pacienti z psychiatrické nemocnice a pouze jedna členka docházející na setkání se aktuálně neléčí – nicméně je pravděpodobné, že i právě ona absolvovala léčbu závislosti v této nemocnici a na AA začala pravidelně docházet až po léčbě.

Někteří členové v dotazníku uváděli, že navštěvování svépomocných skupin berou jakou vhodnou formu doléčování. Členství ve svépomocné skupině rozhodně není překážkou pro jiné doléčování v některé z odborných institucí a naopak. Respondenti byli dotazováni, zda v současnosti navštěvují odborníky a nadále se u nich léčí se svou závislostí.

Získané odpovědi byly téměř vyvážené – rozdíl mezi odpověďmi tvoří pouze 6 respondentů. Více členů (37, 54%) v současnosti nenavštěvuje odborné zařízení a (31) 46% nyní dochází do odborné instituce. Po podrobnějším prozkoumání této otázky bylo zjištěno, že nejvíce respondentů, kteří uvedli, že v současnosti, s docházením na AA/KLUS dochází s léčbou závislosti i do odborného zařízení, byli jedinci, kteří jsou v současnosti

hospitalizovaní v psychiatrické nemocnici Jihlava či v Jemnici. V Tabulce 15 je uveden přehled odpovědí na tuto skutečnost podle skupin.

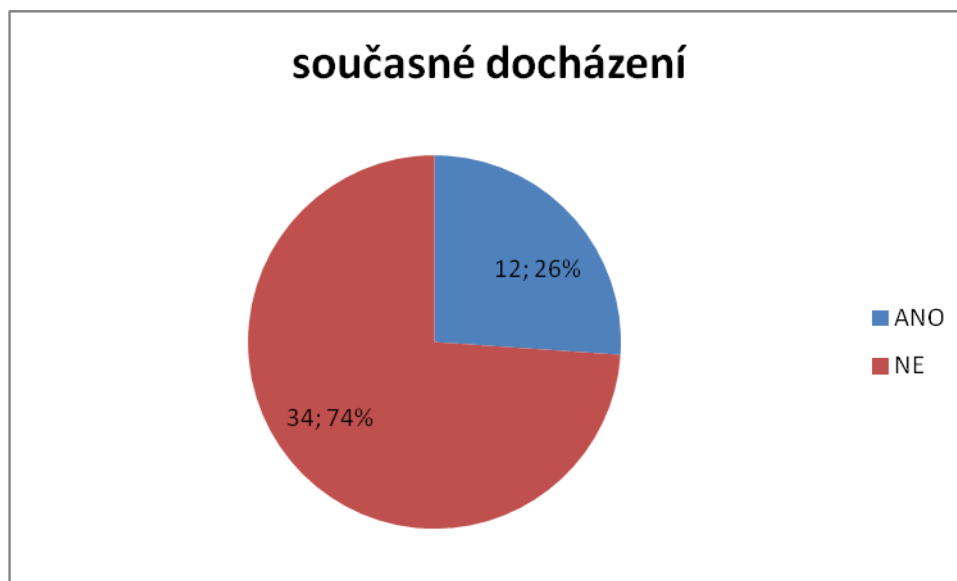
Tab. 15: Souběžné docházení do odborné instituce – dle skupin a frekvence docházení.

Skupina	Frekvence docházení	současné docházení	
		ANO	NE
Celý soubor	1x týdně	6	17
	1x za 2 týdny	1	0
	<b>během léčby</b>	<b>19</b>	3
	1x měsíčně	4	15
	nepravidelně	1	2
	<i>celkem</i>	<i>31</i>	<i>37</i>
AA ve věži – Jemnice	1x týdně	4	1
	1x za 2 týdny	1	0
	<b>během léčby</b>	<b>5</b>	1
	<i>celkem</i>	<i>10</i>	<i>2</i>
Funguje to - Pelhřimov	1x týdně	0	4
Jak na to - Pacov	1x týdně	0	4
Pouze dnes-1 - Jihlava	1x týdně	1	6
	1x měsíčně	0	1
	<i>celkem</i>	<i>1</i>	<i>7</i>
Pouze dnes-2 – Jihlava	1x týdně	1	0
	<b>během léčby</b>	<b>14</b>	2
	nepravidelně	1	0
	<i>celkem</i>	<i>16</i>	<i>2</i>
Restart – Třebíč	1x týdně	0	2
KLUS – Havlíčkův Brod	1x měsíčně	4	14
	nepravidelně	0	2
	<i>celkem</i>	<i>4</i>	<i>16</i>

Respondentů, kteří jsou aktuálně v léčbě a odpověděli, že se současně s docházením léčí se svou závislostí v některém z odborného zařízení, je celkem 19. Pokud tedy

předpokládáme, že touto odpovědí mysleli právě aktuální hospitalizaci, tak členů svépomocných skupin, kteří jsou tradičními členy AA/KLUS, kteří se zároveň s docházením na setkání doléčují v jiném odborném zařízení, je pouze 12 (26%). Respondentů, kteří se už nikde nedoléčují (ani nejsou aktuálně hospitalizováni) a dochází pouze na setkání AA/KLUS, je celkem 34 (74%) – viz Graf 15.

Graf 15: Současné docházení do jiných odborných služeb.



Jedinci, kteří již nikam nedocházejí, abstinují v průměru 463 týdnů (necelých 9 let). Ti, co dochází na doléčování, abstinují v průměru 501 týdnů (9,6 let).

Docházení na setkání svépomocných skupin a doplnění o další odbornou léčbu může snížit riziko recidivy, tedy návratu k dřívějšímu rizikovému chování.

Tabulka 16 se zaměřuje na zkušenost členů s recidivou během docházení na skupiny AA či KLUSu. S recidivou má zkušenost pouze 10 respondentů (14,7%). Zajímavé je, že na tuto otázku odpovídali kladně i ti, kteří jsou aktuálně hospitalizováni, zdá se, že tuto otázku pochopili jiným způsobem a uváděli tak celoživotní prevalenci recidivy. Pokud bychom tedy do této odpovědi nepočítali jedince, kteří navštěvují AA během léčby, zkušenost s recidivou během docházení na skupiny má pouze 7 respondentů (15,2%) a bez zkušenosti s recidivou navštěvuje skupiny 39 respondentů (84,8%).

Tato tabulka také porovnává, jak často na setkání dochází ti, kteří již mají zkušenost s recidivou – kromě jednoho jedince (člen KLUSu), který chodí na setkání nepravidelně, chodí všichni ostatní se zkušeností s recidivou, pravidelně – tedy 1x týdně (u členů AA) a v případě člena KLUSu 1x měsíčně.

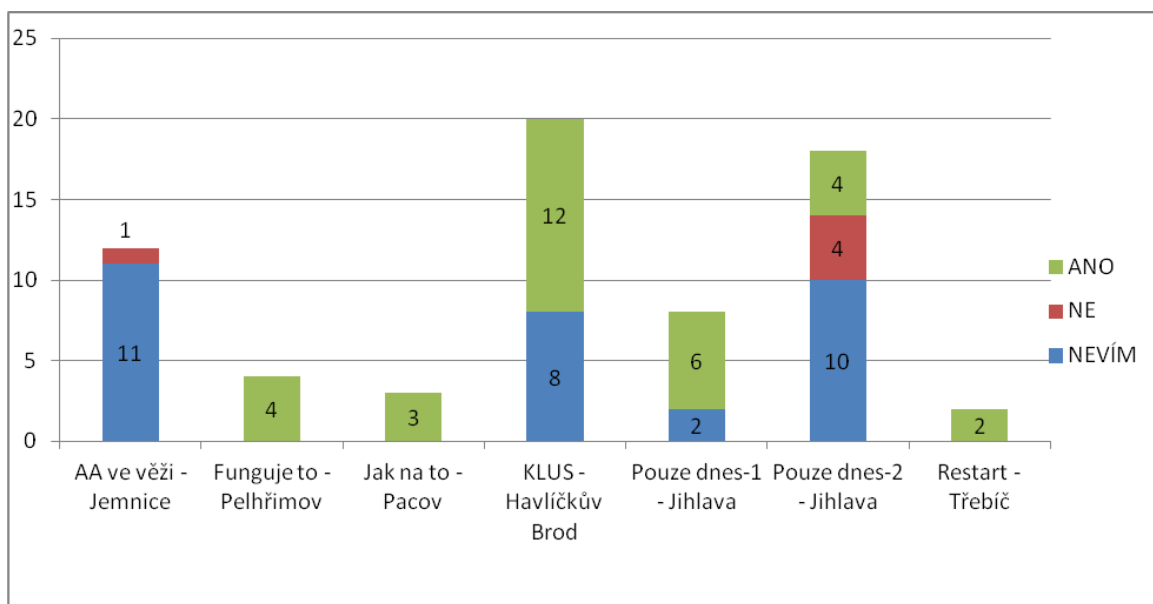
Tab. 16: Recidiva během docházení na AA/KLUS v souvislosti s frekvencí docházení na setkání.

frekvence návštěv	recidiva	
	ANO	NE
1x týdně	4	19
1x za 2 týdny	0	1
během léčby	3	19
1x měsíčně	2	17
nepravidelně	1	2
<b>celkem</b>	<b>10</b>	<b>58</b>

Celkem 5 respondentů, kteří zrecidivovali, v současnosti nedochází do žádné odborné instituce za účelem léčby jejich závislosti. Zbylí 2 respondenti (mající za sebou recidivu) se ještě nyní doléčují.

V Grafu 16 jsou uvedené odpovědi respondentů na otázku, zda se domnívají, že budou skupinu AA/KLUS navštěvovat do konce života.

Graf 16: Názor na docházení na skupiny již po celý život – rozdíly ve skupinách.



Pouze 5 jedinců z celého výzkumného souboru uvedlo, že nikoliv – vždy jde o členy, kteří jsou aktuálně v léčbě a na skupiny AA dochází dobrovolně pouze v rámci léčby. Jejich odmítavý postoj může být zapříčiněn tím, že jim zcela nevyhovuje koncept AA, ale také to, že v jejich místě bydliště (či v jeho blízkosti) nepůsobí žádná ze skupin AA. Odpovědi „ano“ a „nevím“ uvedl shodný počet respondentů – tedy 31. Přibližně 45,6% respondentů je přesvědčeno, že budou členy svépomocné skupiny do konce života.

## 9 Diskuze

Pro validitu výzkumu byla klíčová upřímnost dotázaných členů. Vzhledem k charakteru dotazníku, který neobsahoval nikterak citlivé a osobní otázky a zároveň v něm byla zaručena anonymita, se lze domnívat, že respondenti odpovídali na dané otázky upřímně. Před samotným výzkumem byli také osloveni vedoucí svépomocných skupin, zda s výzkumem souhlasí. Ti se následně s ostatními členy poradili, zda s výzkumem rovněž souhlasí. Dle sdělení některých členů o tomto dokonce na jejich setkání hlasovali. Tím pádem byla zaručena dobrovolnost v účasti na výzkumu, o které si členové rozhodli sami. Při následném sběru dat byl ještě jednou všem zúčastněným vysvětlen záměr výzkumu, rozsah použití dat a zachování anonymity a možnost od výzkumu odstoupit.

Pro odpověď na většinu výzkumných otázek, které se týkaly zejména charakteristiky samotných členů, byl zvolen dotazník. Některé získané dotazníky nebyly zcela vyplněné – některé otázky zůstaly bez odpovědi nebo byly vyplněny jen částečně. To mohlo být zapříčiněno nepozorností či nepochopením otázkám, i když poslední z uvedeného jsem se snažila eliminovat nabídkou, že se mne účastníci výzkumu mohou kdykoliv během vyplňování na případné nejasnosti zeptat. Ovšem vzhledem k tomu, že někteří respondenti toho využívali, se lze domnívat, že některé otázky nebyly ve výzkumu vhodně položené a mohly respondenty odradit od odpovědi.

Celkem 7 respondentů nevedlo, jak dlouho se léčili se svoji závislostí v psychiatrické nemocnici – je možné, že šlo o jedince, kteří měli opakované léčby různých délek a nevěděli jak uvést konečnou délku. Některé léčby mohly být pouze 14-ti denní a některé například 3 měsíční – toto usuzuji dle toho, že někteří z respondentů tyto možnosti rozepsali v dotaznících zvlášť. Pro další výzkum by tedy bylo vhodné v dotazníku uvést, že je možné délky léčeb rozepsat.

Limitem tohoto výzkumu může být také to, že dotazníkové šetření probíhalo ve všech skupinách pouze během jednoho setkání, z důvodu časových možností a dojezdové vzdálenosti k některým skupinám. Pro výsledky výzkumu to znamená, že někteří členové nemuseli být na setkání přítomni a mohlo tak dojít ke zkreslení některých výsledků – zejména v celkovém počtu členů (mimo nejmenší skupinu AA, kde mi bylo potvrzeno, že se již dlouhodobě setkávají pouze ve dvojici). Dále mohlo jít v jiných skupinách o zkreslení procentuálního zastoupení žen, které také zrovna nemusely být přítomné na setkání.

V uvedených výsledcích jsem zjišťovala odpovědi na výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo, **jaké svépomocné skupiny pro lidi se závislostí na návykových látkách či s návykovým chováním fungují v kraji Vysočina**. Odpověď na tuto otázku byla zjišťována pomocí vyhledávání na oficiálních webových stránkách svépomocných skupin působících v ČR (zejm. Anonymních alkoholiků, Anonymních narkomanů, Anonymních hráčů a socioterapeutického klubu KLUS). Aktuálnost získaných informací byla ověřována kontaktováním vedoucích členů skupin a existence již nefungujících skupin byla ověřována i dotázaním některých členů AA, kteří věděli, že některé skupiny již přestaly fungovat, i když na některých webových stránkách (zejm. drogy-info.cz) jsou ještě prezentovány jako fungující. V kraji Vysočina mohou lidé se závislostí navštěvovat v různých pěti městech 6 skupin Anonymních Alkoholiků a v dalším jiném městě 1 skupinu socioterapeutického klubu KLUS. Všechny skupiny AA se schází 1x týdně a klub KLUS pouze 1x měsíčně. V jednom z měst (Jihlava) dokonce působí dvě skupiny AA – obě 1x týdně, v jiné dny. To znamená, že pokud by někteří členové měli zájem docházet častěji, mohou navštěvovat obě skupiny a docházet na setkání dvakrát týdně. Obě skupiny jsou vedeny stejným členem. Rovněž bylo zjištěno, že dvě skupiny Anonymních Alkoholiků jsou otevřené i pro ty členy, kteří se aktuálně léčí se svoji závislostí v psychiatrické nemocnici na specializovaném oddělení léčby závislosti.

Výsledky, které byly zaměřené na **charakteristiku členů svépomocných skupin** ve vybraném kraji, ukázaly, že mezi členy AA i KLUSu je procentuálně více mužů, než žen. Toto zjištění by mohlo také znamenat to, že většina žen nebyla v době sběru dat na setkáních přítomna, nicméně v některých skupinách členové sami udávali, že dochází pouze muži či počet žen nebývá vyšší. Dále bylo zjištěno, že věk většiny členů je vyšší než 40 let a nejčastěji dosaženým vzděláním je střední odborná škola (vyučení).

Při zjišťování odpovědi na výzkumnou otázku, jaký je **subjektivní názor členů svépomocných skupin na to, zda jim v abstinenci pomohla právě podpora skupiny**, bylo zjištěno, že členů AA, kteří začali abstinovat sami bez odborné pomoci je 23%, a u skupiny KLUS jde pouze o 10%. Tento rozdíl by mohl být způsoben tím, že klub KLUS se schází pouze jednou měsíčně a člen, který začíná abstinovat, nemá možnost častějšího navštěvování setkání a podpory skupiny. Vzhledem k tomu, že závislost je chronické recidivující onemocnění (Procházka et al., 2014), může jedinec, zejména v počátečních pokusech o

abstinci, selhávat – tudíž se mohlo stát, že později stejně vyhledal pomoc v odborné instituci. Rovněž je důležité uvést, že KLUS je vedený odborníkem, v tomto případě psychologkou z ambulantního zařízení, která může svým pacientům doporučit docházení do KLUSu – tzn. že se o možnosti docházet na setkání dozví až v momentě, kdy se pokouší abstinovat s pomocí odborného zařízení a záleží, co sám subjektivně považuje za to, co mu v abstinenci pomohlo nejvíce. Ze všech respondentů má celkem 57 členů zkušenost s nějakou odbornou léčbou (ať už s ambulantní, či s hospitalizací v psychiatrické nemocnici).

Dalším výzkumným záměrem bylo popsat **rozdíly mezi jednotlivými skupinami a jejich členy**. Skupiny se mezi sebou liší zejména svojí velikostí – tedy celkovým počtem členů, kteří skupiny navštěvují. Nejmenší skupina AA čítá pouze dva členy, kteří se v tomto počtu schází nejčastěji a to již přibližně 8 let. Průměrný počet členů AA na jednu skupinu je 8. Největší skupinou je pak socioterapeutický klub KLUS, který se schází v přibližném počtu 20 členů. Výrazněji se liší pouze ty skupiny, které navštěvují pacienti aktuálně hospitalizovaní pro léčbu závislosti – samozřejmým rozdílem je zde délka docházení i abstinence, která je limitována délkou léčby a liší se také v zastoupení žen ve skupině – během léčby navštěvuje AA nejvíce žen. Co se týče počtu mužů, ale i žen v jednotlivých skupinách výsledky mohly být ovlivněné metodou výběru dat - konkrétně časovým ohraničením sběru dat, tyto důvody pro možné zkreslení byly diskutovány výše.

Při analýze výsledků uváděné doby střízlivosti a celkové délky docházení na AA bylo zjištěno, že je průměrná doba střízlivosti téměř ve všech skupinách shodná i s průměrnou délkou docházení. Výjimku tvoří skupiny působící i pro členy, kteří se aktuálně léčí se závislostí – u těchto skupin je díky těmto členům, kteří mají délku střízlivosti stejnou jako délku jejich léčby, výrazně snížena průměrnou dobou střízlivosti. Výrazně se také odlišuje třebešská skupina AA, kde jeden ze členů měl před půl rokem po 8 letech recidivu a délku střízlivosti si počítá pouze jako půl roční. Skupiny se mezi sebou také liší v tom, zda jejich členové v minulosti absolvovali léčbu v odborném zařízení. V některých skupinách převažuje počet členů, kteří s touto léčbou zkušenost nemají, a v jiných skupinách je situace opačná.

Rozdíl mezi členy skupin AA a KLUS bych chtěla prezentovat na příkladu typických (průměrných) členech:



Typickým členem AA<sup>16</sup> je muž, ve věku 57 let, který je vyučený a závislý na alkoholu. Takovýto člen také na setkání dochází pravidelně, to znamená 1x týdně a abstínuje více než 8 let. Na AA dochází přibližně 7 let a o AA se poprvé dozvěděl během léčby. Jeho motivací k docházení na setkání je zejména udržení abstinence. Tento člen AA začal abstinovat až po vyhledání odborné pomoci a je u něho také 84% pravděpodobnost, že během docházení nebude mít recidivu (riziko recidivy: 16%).

Typický člen klubu KLUS není od výše popsaného odlišný. Rovněž bylo zjištěno, že se jedná o muže, jehož přibližný věk je okolo 54 let. Stejně jako člen AA, je vyučený a závislý na alkoholu a motivací k docházení na setkání je pomoc s udržením abstinence. Na setkání rovněž dochází pravidelně (v tomto případě to je 1x měsíčně) a abstínuje již 12,5 let. O setkávání KLUSu se poprvé dozvěděl během léčby a na setkání dochází necelých 12 let. Takovýto člen rovněž nezačal abstinovat sám či díky skupině, ale začal až díky pomoci odborné instituce. Riziko recidivy je u tohoto člena pouze 15%.

Poslední výzkumnou otázkou bylo, **zda v odborných zařízeních doporučují docházení na setkání AA či KLUSu**. Členové obou skupin (KLUS i AA) uváděli, že se o skupině dozvěděli během léčby a 55 respondentů (81%) dokonce uvedlo, že jim v odborném zařízení bylo doporučeno na setkání svépomocných skupin docházet.

---

<sup>16</sup> Jako typický člen není brán respondent, který AA navštěvuje během aktuální hospitalizace pro léčbu závislosti. A to z důvodu výrazně odlišných (kratších) dob abstinence ale i délky navštěvování AA, motivace k docházení, atd.

## 10 Závěr

V této diplomové práci jsem chtěla zjistit, jaké svépomocné skupiny působí v kraji Vysočina pro lidi se závislostí na návykových látkách a zároveň popsat charakteristiku jejich členů především z hlediska socio-demografických údajů a motivaci ke členství těchto skupin.

V teoretické části jsem popsala problematiku návykových látek a závislosti na návykových látkách či na procesech (hazardní hráčství). Nedílnou součástí teoretické části je exkurz do historie svépomocných skupin – především do historie Anonymních Alkoholiků (AA) a popisu dalších existujících svépomocných skupin vzniklých podle AA a popis jejich potenciálních členů. Součástí práce je také analýza léčebných možností lidí, kteří trpí závislostí a v jakékoli fázi své závislosti se rozhodnou obrátit se na odbornou instituci, se zaměřením na situaci v kraji Vysočina.

Praktická část práce byla zaměřena na popis metodologie výzkumu a rovněž na popis metod analýzy dat a získávání výsledků. Nedílnou součástí byl samozřejmě přehled samotných výsledků, které byly následně diskutovány.

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že svépomocné skupiny působí téměř ve všech okresech v kraji Vysočina – výjimkou je pouze okres Žďár nad Sázavou, kde žádná ze skupin nepůsobí. Nicméně v tomto okrese, na rozdíl od některých z dalších, je dobrá dostupnost i jiných odborných služeb.

Členové, kteří vyhledali pomoc zkoumaných skupin, jsou převážně muži starší 40 let, s ukončeným středním odborným učilištěm. Tito členové mají také za sebou léčbu v odborném zařízení.

Nejčastěji uváděnými motivy k docházení do svépomocných skupin je udržení střízlivosti/abstinence, navazování nových přátelství a rovněž samotný koncept fungování svépomocných skupin.

Tato práce byla zaměřena pouze na svépomocné skupiny v jednom konkrétním kraji ČR. Domnívám se, že by bylo zajímavé výsledky porovnat i se skupinami v jiných krajích, kde je i jiná síť adiktologických a sociálních služeb pro uživatele návykových látek a zaměřit se nejen na jejich motivaci k docházení a jejich charakteristiku, ale i také na důvod, proč vyhledali pomoc svépomocné skupiny a nedochází do dostupných odborných zařízení.

## 11 Použitá literatura

- [1] **A Kluby ČR o.p.s.** *Mládež a návykové látky*. Brno: A Kluby ČR o.p.s., 2014.
- [2] **Adameček, D. Libra, J. Šedivá, D.** *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2015.
- [3] **Anonymní Alkoholici.** *Anonymní alkoholici* [online]. [cit. 2016-05-28]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/index.html>
- [4] **Anonymní Alkoholici.** *Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu, 2.* České vydání, Český překlad. ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. NEW YORK, [s. n.], 1996. ISBN 0-916856-28-3
- [5] **Břoušková, B.** *Postavení společenství anonymních alkoholiků v systému adiktologických služeb: Zkušenosti a postoje členů AA v Praze*. Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek. Praha: Univerzita Karlova, 2013.
- [6] **Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., Sadílek, P.** *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-101-5
- [7] **De Ridder, M.** *Heroin: vom Arzneimittel zur Droge*. Frankfurt am Main: Campus, 2000. ISBN 3-593-36464-6
- [8] **Dependence Syndrome.** *World Health Organization* [online]. c2015 [cit. 2016-09-13]. Dostupné z: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/)
- [9] **Disman, M.** *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0139-7

- [10] **Dvořáček, J.** Střednědobá ústavní léčba. In: Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 179 – 184. ISBN: 80-86734-05-6
- [11] **Dospělé děti alkoholiků.** *Dospělé děti alkoholiků* [online]. c2016 [cit. 2016-05-29]. Dostupné z: <http://www.dda.euweb.cz/faq.html>
- [12] **Fisher, G. L., & Roget, N. A.** *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery* [online]. Los Angeles: SAGE, 2009. [cit.2016-12-09]. ISBN 9781412964500. Dostupné z: <http://sk.sagepub.com/reference/substance>.
- [13] **Gabrhelík, R. & Miovský, M.** History of Self-Help and „Quasi-Self-Help“ Groups in the Czech Republic: Development and Current Situation in the Institutional Context of Drug Services. *Adiktologie*, 2011, 2, 100-112. ISSN 1213-3841
- [14] **Hartl, P. & Hartlová, H.**, *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7391-569-1
- [15] **Havránková, O.** Skupinová práce. In: Matoušek et al.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-548-2
- [16] **Höschl, C.** Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír*, 1996, 75 (9), 485-488. ISSN 1214-4029
- [17] **Kalman, M., Sigmund, E., Sigmundová, D., Hamřík, Z., Beneš, L.,...Csémy, L.** *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků 2011*. Olomouc: Universita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2986-1

- [18] **Kalina, K. et al.** *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4
- [19] **Kalina, K. et al.** *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- [20] **Kalina, K.** Denní stacionáře. In: Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 179 – 184. ISBN 80-86734-05-6
- [21] **Kdo jsou Anonymní Gamblerři?**. *Kdo jsou Anonymní Gamblerři?: Anonymní Gamblerři Česko* [online]. 2016 [cit. 2016-05-28]. Dostupné z: <http://anonymnigambleri.cz/kdo-jsou-anonymni-gambleri/>
- [22] **Kdo jsou Narcotics Anonymous?** *Kdo jsou Narcotics Anonymous?* [online]. [cit. 2016-05-28]. Dostupné z: <http://anonymni-narkomani.webnode.cz/narkomani/>
- [23] **Kudrle, S.** Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády, 2003, s. 91-95. ISBN 80-86734-05-6
- [24] **Matoušek, O.** *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. s. 231. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [25] **Matoušek, O. et al.** *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. s. 476. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [26] **Mahdalíčková, J.** *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN: 978-80-7478-589-4

- [27] **Milerová, G. A.** *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3
- [28] **Minařík, J.** Přehled psychotropních drog a jejich účinků. In: Kalina et al.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- [29] **Miovský, M.** Halucinogenní drogy. In: Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády, 2003, s. 169 – 173. ISBN 80-86734-05-6
- [30] **Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L.** *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-134-3
- [31] **Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J.** *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. ISBN 978-80-7440-156-5
- [32] **Nepustil, P.** *Disciplína jednoho dne* [online]. [s. l.], 2013. [cit.2016-11-03] Dostupné z: <http://psychologie.cz/disciplina-jednoho-dne>.
- [33] **Nešpor, K.** *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8
- [34] **Pavlovský, P.** Patologická opilost. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2012, 13(2), 58-60. ISSN 1803-5272
- [35] **Popov, P.** Programy metadonové a jiné substituce. In: Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 221 – 225. ISBN 80-86734-05-6

- [36] **Procházka, R.** *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4451-3
- [37] **Public Relations.** *Public Relations: Information about NA*. [online]. c2016 [cit. 2016-06-02]. Dostupné z: <https://www.na.org/?ID=PR-index>
- [38] **Royce, E. J.** *Alcohol Problems and Alcoholism*. New York: Free Press, 1989. ISBN 978-0029275412
- [39] **Richterová - Těmínová, M., Adameček, D., Kalina K.** Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 53 – 59. ISBN 80-86734-05-6
- [40] **Sovinová, H. & Csémy L.** (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014, výzkumná zpráva*. Státní zdravotní ústav, 2015.
- [41] **Vágnerová, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0
- [42] **Vít, B.** *Historie Anonymních alkoholiků (AA) v České republice. Osmdesátá léta až 2006*. Praha: [s. n.], 2006.
- [43] **Vobořil, J. & Kalina, K.** Svépomocné programy. In: Kalina et al.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 84 – 89. ISBN 80-86734-05-6
- [44] **Vymětal, J.** *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0
- [45] **Yalom, I.** *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-86088-05-7

## 12 Přílohy

### 12.1 Příloha 1

#### 12.1.1 Dotazník – respondenti společenství AA

##### DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Iveta Pavelková a jsem studentka 2. ročníku magisterského studia sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Chci Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumu v rámci mé diplomové práce. Ke své práci potřebuji informace, které mi můžete poskytnout pouze Vy, člen/ka AA. Účast na výzkumu je dobrovolná. Vaše anonymita nebude nikterak narušena - údaje Vámi vyplněné budou zpracovány zcela anonymně.

U některých otázek jsou odpovědi předznačené. Pokud mezi nimi nenajdete odpověď, která by vystihovala Váš názor nebo Vaše zkušenosti přesně, označte tu odpověď, která je významem nejbližší.

Na otázky odpovídejte tak, že křížkem označíte příslušný rámeček nebo u otázek, které to vyžadují, vypište volnou odpověď.

Předem Vám moc děkuji za Vaši ochotu.

---

**Pohlaví:**

žena

muž

1

2

**Věk:** \_\_\_\_\_

**Skupina AA, jež navštěvujete:** \_\_\_\_\_

#### 1) Nejvyšší dosažené vzdělání:

základní

vyučen/a

1

2

středoškolské s maturitou

vyšší odborné

3

4

vysokoškolské

5

2) Uved'te, prosím, návykovou látku, na které jste závislý/á: \_\_\_\_\_



3) **Jak dlouho jste střízlivý/á?** (můžete uvést libovolně v týdnech, měsících, letech)

.....

4) **Jak dlouho docházíte do AA?** (můžete uvést libovolně v týdnech, měsících, letech)

.....

5) **Jak často navštěvujete AA?** (uved'te, kolikrát do týdne, měsíce, roka)

.....

6) **Jak (kde) jste se o AA dozvěděl/a?**

.....

7) **Začal/a jste abstinovat sám/sama bez odborné pomoci?**

Ano

Ne

1

2

Pokud jste odpověděl/a „Ne“ pokračujte na otázku č. 9.

8) **Myslíte si, že Vám v tomto kroku pomohly zejména skupiny AA a podpora jejích členů?**

Ano

Ne

1

2

Pokud **ano**, uveďte v čem konkrétně Vám AA pomohly:

.....

.....

.....

.....

9) **Doporučili Vám v nějakém odborném zařízení zabývajícím se léčbou závislostí docházet do AA?**

Ano

Ne

1

2

10) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/ nealkoholové závislosti/ gamblingu v ambulantním léčebném zařízení?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát: .....

11) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/nealkoholové závislosti/gamblingu v psychiatrické nemocnici?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát: .....

12) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/nealkoholové závislosti/gamblingu v denním stacionáři?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát: .....

13) Začal/a jste abstinovat po docházení do AA?

Ano  Ne  Už jsem abstinoval/a

1 2 3

Pokud **ne**, uveďte, po jak dlouhé době jste začal/a abstinovat: \_\_\_\_\_.

Pokud dosud neabstinujete, zaškrtněte:

14) Léčíte se z alkoholismu/drogové závislosti/gamblingu nyňi, současně s docházením do AA ještě v nějakém odborném léčebném zařízení?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho: .....

15) Myslíte si, že budete do AA docházet už po celý život?

Ano  Ne  Nevím

1 2 3

**16) Měl/a jste během docházení do AA relaps či recidivu?**

Ano

Ne

*1*

*2*

**17) Co je pro Vás motivací docházet do AA? Co Vám setkání AA dávají? (Můžete uvést libovolný počet možností):**

.....

.....

.....

.....

.....

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a přeji Vám, ať se Vám daří!



4) **Jak dlouho docházíte do KLUSu?** (můžete uvést libovolně v týdnech, měsících, letech)

.....

5) **Jak často navštěvujete KLUS?** (uved'te, kolikrát do týdne, měsíce, roka)

.....

6) **Jak (kde) jste se o KLUSu dozvěděl/a?**

.....

7) **Začal/a jste abstinovat sám/sama bez odborné pomoci?**

Ano                       Ne

1                                      2

Pokud jste odpověděl/a „Ne“ pokračujte na otázku č. 9.

8) **Myslíte si, že Vám v tomto kroku pomohly zejména skupiny KLUSu a podpora jejích členů?**

Ano                       Ne

1                                      2

Pokud **ano**, uveďte v čem konkrétně Vám KLUS pomohl:

.....

.....

.....

.....

9) **Doporučili Vám v nějakém odborném zařízení zabývajícím se léčbou závislosti docházet do KLUSu?**

Ano                       Ne

1                                      2

10) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/ nealkoholové závislosti/ gamblingu v ambulantním léčebném zařízení?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát:.....

11) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/nealkoholové závislosti/gamblingu v psychiatrické nemocnici?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát: .....

12) Léčil/a jste se někdy v minulosti z alkoholismu/nealkoholové závislosti/gamblingu v denním stacionáři?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho a případně kolikrát: .....

13) Začal/a jste abstinovat po docházení do KLUSu?

Ano  Ne  Už jsem abstinoval/a

1 2 3

Pokud **ne**, uveďte, po jak dlouhé době jste začal/a abstinovat: \_\_\_\_\_.

Pokud dosud neabstinujete, zaškrtněte:

14) Léčíte se z alkoholismu/drogové závislosti/gamblingu nyň, současně s docházením do AA ještě v nějakém odborném léčebném zařízení?

Ano  Ne

1 2

Pokud **ano**, uveďte jak dlouho: .....

15) Myslíte si, že budete do KLUSu docházet už po celý život?

Ano  Ne  Nevím

1 2 3

**16) Měl/a jste během docházení do KLUSu relaps či recidivu?**

Ano

Ne

1

2

**17) Co je pro Vás motivací docházet do KLUSu? Co Vám setkání KLUSu dávají?**

*(Můžete uvést libovolný počet možností):*

.....

.....

.....

.....

.....

Velice Vám děkuji za Vaši spolupráci a přeji Vám, ať se Vám daří!

## 13 Seznam grafů

Graf 1:	Přehled měst, ve kterých působí svépomocné skupiny. ....	45
Graf 2:	Pohlaví – procentuální zastoupení žen a mužů ve výzkumném souboru. ....	53
Graf 3:	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. ....	54
Graf 4:	Návykové látky, na nichž jsou členové skupin závislí. ....	57
Graf 5:	Počet členů v minulosti léčených v odborném zařízení – podle skupin. ....	60
Graf 6:	Zkušenost členů s doporučením navštěvovat skupiny od odborného zařízení - v procentech.....	61
Graf 7:	Frekvence docházení respondentů na setkání – podle skupin. ....	63
Graf 8:	Frekvence docházení na setkání dle pohlaví. ....	64
Graf 9:	Doba střízlivosti (v týdnech) v souvislosti s frekvencí návštěv. ....	64
Graf 10:	Délka trvání střízlivosti a délka docházení (přepočteno na týdny) do svépomocných skupin – porovnání.....	65
Graf 11:	Délka střízlivosti a délka docházení u mužů a žen. ....	66
Graf 12:	Abstinence v souvislosti s podporou skupiny. ....	71
Graf 13:	Začátek abstinence vzhledem k docházení na setkání skupin – celý soubor. ...	72
Graf 14:	Začátek abstinence vzhledem k docházení na setkání skupin – dle skupin. ....	73
Graf 15:	Současné docházení do jiných odborných služeb. ....	75
Graf 16:	Názor na docházení na skupiny již po celý život – rozdíly ve skupinách. ....	76



## 14 Seznam tabulek

Tab. 1:	Rozdělení drog dle míry rizika (dle Minařík In Kalina et al. 2008).....	13
Tab. 2:	Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v jednotlivých krajích ČR v roce 2015 (Mravčík et al., 2016).....	20
Tab. 3:	Služby pro uživatele návykových látek v kraji Vysočina.....	32
Tab. 4:	Skupiny AA a KLUS působící v kraji Vysočina.....	50
Tab. 5:	Popis výzkumného souboru podle jednotlivých skupin. ....	52
Tab. 6:	Věkové rozdíly u členů skupin. ....	53
Tab. 7:	Nejvyšší dosažené vzdělání u žen a mužů v souboru. ....	55
Tab. 8:	Nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů – srovnání jednotlivých skupin. ....	56
Tab. 9:	Odkud se členové poprvé dozvěděli o existenci AA/KLUSu. ....	58
Tab. 10:	Minulé léčby v odborném zařízení – včetně počtu a délky léčby. ....	59
Tab. 11:	Získání doporučení docházet na AA v souvislosti s předchozí ústavní či ambulantní léčbou.....	61
Tab. 12:	Získání doporučení docházet do KLUSu v souvislosti s předchozí ústavní a ambulantní léčbou.....	62
Tab. 13:	Kategorie dle uvedené motivace. ....	68
Tab. 14:	Abstinence bez odborné pomoci. ....	70
Tab. 15:	Souběžné docházení do odborné instituce – dle skupin a frekvence docházení. 74	
Tab. 16:	Recidiva během docházení na AA/KLUS v souvislosti s frekvencí docházení na setkání. 76	