

**Univerzita Karlova v Praze**

Fakulta humanitních studií



Bakalářská práce

**Doléčovací program a jeho význam pro drogově závislého  
člověka**

Anna Kahounová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Praha 2013

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. 5. 2013

.....

podpis

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Evě Richterové za odborné vedení bakalářské práce a podporu během procesu její tvorby. Také bych ráda poděkovala pracovníkům a klientům doléčovacího centra Magdalena v Podolí za možnost realizovat praktickou část bakalářské práce.

## **OBSAH**

I. ÚVOD .....	- 6 -
II. TEORETICKÁ ČÁST .....	- 8 -
2.1. Syndrom závislosti, návyková látka a její dopady na uživatele .....	- 8 -
2.1.1. Syndrom závislosti .....	- 8 -
2.1.2. Návyková látka .....	- 9 -
2.1.3. Dopady užívání drog .....	- 10 -
2.1.3.1. Sociální dopady .....	- 10 -
2.1.3.2. Zdravotní dopady .....	- 12 -
2.1.3.3. Psychika drogově závislého člověka .....	- 13 -
2.2. Situace člověka v době nástupu do doléčování .....	- 15 -
2.3. Systém péče o závislého člověka v České republice .....	- 18 -
2.3.1. Složky systému péče .....	- 18 -
2.3.1.1. Terénní programy neboli street work .....	- 18 -
2.3.1.2. Nízkoprahová kontaktní centra .....	- 19 -
2.3.1.3. Lékařská ambulantní péče o závislé .....	- 19 -
2.3.1.4. Denní stacionáře neboli denní centra .....	- 20 -
2.3.1.5. Detoxifikační jednotky .....	- 20 -
2.3.1.6. Střednědobá ústavní léčba .....	- 21 -
2.3.1.7. Režidenční léčba v terapeutických komunitách .....	- 21 -
2.3.1.8. Substituční programy .....	- 22 -
2.3.2. Účinnost léčby drogových závislostí .....	- 22 -
2.4. Doléčování .....	- 23 -
2.4.1 Historie doléčování .....	- 23 -
2.4.2 Doléčování v současnosti .....	- 24 -
2.4.2.1. Přejít ze základní léčby do doléčování .....	- 24 -
2.4.2.2. Doléčovací program .....	- 25 -
2.4.2.3 Cíle doléčování .....	- 26 -
2.4.3. Doléčování v zahraničí .....	- 27 -
2.4.4. Složky doléčovacích programů .....	- 28 -
2.4.4.1. Podpůrná psychoterapie .....	- 28 -
2.4.4.2. Prevence relapsu .....	- 29 -
2.4.4.3. Sociální práce .....	- 31 -
2.4.4.4. Chráněná pracovní místa a rekvalifikace .....	- 32 -
2.4.4.5. Chráněné bydlení .....	- 33 -
2.4.4.6. Lékařská péče .....	- 33 -
2.4.4.7. Práce s rodinnými příslušníky .....	- 33 -
2.4.4.8. Volnočasové aktivity .....	- 34 -
2.4.5. Význam doléčování v léčbě drogových závislostí .....	- 34 -
2.5. Doléčovací centrum Magdalena o.p.s. v Podolí .....	- 36 -
2.5.1. Přístup ke klientovi .....	- 36 -
2.5.2. Struktura programu .....	- 37 -
2.5.3. Podmínky účasti v doléčovacím programu .....	- 37 -
2.5.4. Užití návykové látky během doléčování .....	- 38 -
2.5.4.1. Relaps během doléčování .....	- 38 -
2.5.4.2 Intoxikace a recidiva během doléčování .....	- 38 -
2.5.5. Standardní a ambulantní doléčovací program .....	- 38 -
2.5.6. Služby poskytované klientům .....	- 39 -

2.5.6.1. Individuální práce.....	- 39 -
2.5.6.2. Skupinová práce .....	- 39 -
2.5.6.3. Sociální práce .....	- 40 -
2.5.6.4. Volnočasové aktivity.....	- 40 -
2.5.7. Konec léčby v doléčovacím programu.....	- 40 -
III. PRAKTICKÁ ČÁST .....	- 42 -
3.1. Úvod.....	- 42 -
3.2. Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	- 42 -
3.3. Výzkumná strategie, technika sběru dat .....	- 43 -
3.4. Výběr vzorku.....	- 44 -
3.4.1. Stručné představení informátorů.....	- 45 -
3.5. Analytické postupy.....	- 46 -
3.6. Etika výzkumu .....	- 47 -
3.7. Zpracování a interpretace dat.....	- 47 -
3.7.1. Důvody nástupu do doléčovacího programu.....	- 47 -
3.7.2. Vztah klientů k doléčovacímu programu .....	- 48 -
3.7.3. Přínosy doléčovacího programu při zvládnání krizových situací .....	- 49 -
3.7.4. Změny v životě spojené s nástupem do doléčovacího programu.....	- 51 -
3.7.4.1. Mezilidské vztahy .....	- 51 -
3.7.4.2. Práce.....	- 54 -
3.7.4.3. Volný čas.....	- 55 -
3.7.5. Pohled na budoucnost .....	- 56 -
3.8. Diskuze.....	- 57 -
IV. ZÁVĚR .....	- 60 -
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	- 61 -

## I. ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala doléčováním drogově závislých osob, které je poslední složkou systému péče o drogově závislé. Doléčování je možností, kterou mohou využít abstinující klienti po léčbě, kteří se po odchodu z jejího chráněného prostředí často potýkají s mnoha problémy. Reintegrace do společnosti pro ně není ve valné většině vůbec snadná. Potíže mívají v oblastech práce, mezilidských vztahů, bydlení i práva. Kritické situace, které na ně po ukončení léčby čekají, mohou zvýšit pravděpodobnost návratu k drogám. Právě doléčování, doléčovací centra mají usnadnit adaptaci na život v abstinenci a v případě relapsu klientovi situaci pomoci vyřešit.

Téma doléčování považuji za důležité, nejen z důvodu, že se díky němu klienti po základní léčbě lépe adaptují na život abstinenci. Výsledky výzkumů NTORS z roku 2001 uvádí, že účast v doléčovacím programu zvyšuje klientovu šanci na udržení abstinence až na 80%. Pro efektivní účast klienta v doléčovacím programu je zapotřebí, aby byl program následné péče pružný a reagoval na potíže, s kterými se klient aktuálně potýká. Vzhledem k tomu, že drogová závislost nepřináší rizika pouze samotnému uživateli, tak rovněž celá společnost těží z úspěšného abstinování drogově závislých. Důvodem, proč je třeba o doléčování hovořit, je také fakt, že přes nesporný význam těchto zařízení se ve valné většině potýkají s nedostatkem financí a existenčními problémy. Konkrétně doléčovací centrum Magdalena v Podolí, kde jsem realizovala výzkumnou část své bakalářské práce, ve výroční zprávě za rok 2011 uvádí, že důsledkem poklesu finančních prostředků ze státního rozpočtu došlo ke snížení počtu výkonů poskytovaných služeb až o 25%. Dalším důvodem, proč je o doléčování třeba mluvit je skutečnost, že informovanost laické veřejnosti týkající se této složky systému péče o závislého je velmi malá. Pro většinu mého okolí bylo novinkou, že léčba drogově závislého se neomezuje jen např. na úspěšné ukončení ústavní léčby.

Cílem této práce bylo zjistit význam doléčovacího programu, pro drogově závislého člověka, a to právě z jeho pohledu, neboť kdo jiný než klient samotný dokáže říci, zda a jak mu doléčování pomáhá. Svůj výzkum jsem realizovala v již zmiňovaném doléčovacím centru Magdalena, kde jsem měla možnost setkat se s řadou motivovaných lidí, kteří se snaží zařadit do běžného života v abstinenci, nebo už se jim to dokonce

povedlo. Potřebná data jsem od nich získala pomocí rozhovorů s návodem, které mi pomohli nahlédnout na život abstinujícího člověka hlouběji.

V teoretické části jsou vymezeny dopady drog na jejich uživatele a situaci, ve které se nachází po ukončení léčby. Je zde rovněž popsán systém péče s důrazem na následnou péči, která pomáhá stabilizovat životní situaci drogově závislých uživatelů po léčbě. Praktická část se týká samotných klientů doléčovacích center a významu, který doléčování přikládají vzhledem ke svým aktuálním potřebám a problémům.

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Syndrom závislosti, návyková látka a její dopady na uživatele

#### 2.1.1. Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je definicí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) označován za soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které vznikají po užití dané látky nebo skupiny látek. Je pro něj charakteristická touha po užívání psychoaktivní látky.<sup>1</sup> Projevy závislosti jsou následující: bažení neboli silná touha užívat látku, potíže se sebeovládáním při užívání látky, tělesný odvykací stav, průkaz tolerance užívání k účinkům drogy, zanedbávání jiných potěšení a zájmů kvůli dané látce, pokračování užívání látky i přes očividné škodlivé následky. Závislost je diagnostikována v případě, že během doby jednoho roku došlo ke třem a více ze zmiňovaných jevů.<sup>2</sup>

Závislost je považována za vyústění abúzu (škodlivého užívání) na základě pozitivní zpětné vazby, která spočívá ve změně prožívání na základě užití psychoaktivní látky. Jedná se o chronickou a progresivní poruchu rozvíjející se na pozadí touhy člověka po změně prožívání. Lidé se snaží o intenzivnější pozitivní prožitky a únik od samoty i smutku. Uspokojení je docilováno pomocí vnějšího zdroje, kterým je u závislých návyková látka. „Kritický bod nastává, když se změna prožívání stavů iluzí stává záměnou za změnu reality samotné.“<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-x. S. 14

<sup>2</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-x. S. 14

<sup>3</sup> KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 107



### **2.1.2. Návyková látka**

Návyková látka je látkou způsobující závislost. Pro odhad potenciálu užívání konkrétní drogy je důležité brát v potaz rychlost a vlastnosti účinku drogy, dostupnost drogy, snadnost aplikace, vzájemné působení s jinými psychoaktivními látkami i sociální status drogy.<sup>4</sup> Druhy závislostí se určují právě podle daného typu návykové látky následovně:

F 10.2 závislost na alkoholu

F 11.2 závislost na opioidech

F12.2 závislost na kanabinoidech

F13.2 závislost na sedativech a hypnotikách

F14.2 závislost na kokainu

F15.2 závislost na jiných stimulancích včetně kofeinu a pervitinu

F16.2 závislost na halucinogenech

F17.2 závislost na tabáku

F18.2 závislost na organických rozpouštědlech

F19.2 závislost na několika látkách nebo na jiných psychoaktivních látkách.<sup>5</sup>

Pojmy závislost a syndrom závislosti jsou používány od roku 1960, kdy jejich užívání doporučila Světová zdravotnická organizace. Nahradily do té doby používaný pojem toxikomanie.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, ISBN 80-238-8014-4. S. 83

<sup>5</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-x. S. 15

<sup>6</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, ISBN 80-238-8014-4. S. 111

### **2.1.3. Dopady užívání drog**

#### **2.1.3.1. Sociální dopady**

Kuda označuje za běžnou anamnézu osoby závislé na nealkoholových drogách tuto: „... ve 12 letech konzumoval alkohol, později kombinoval s léky, od 13 let občas marihuana, v 15 experimentoval s pervitinem, od 16 takřka denní užívání pervitinu, od 18 pravidelně užívá heroin atd.“<sup>7</sup> Vývojovým obdobím jedince, který se dostává do problémů s drogou a stává se závislým, je tedy povětšinou adolescence a časná dospělost. „Dospívání představuje specifickou životní etapu, která má svoje typické znaky v rámci životního cyklu a svůj objektivní i subjektivní význam. Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.“<sup>8</sup> Z uvedených faktů vyplývá, že jedinec často nemá dokončené vzdělání, pracovní zkušenosti a je ovlivněn i proces socializace, pro který je významné právě období adolescence.<sup>9</sup>

#### **Mezilidské vztahy**

##### *Rodina*

Mezi četné problémy, které jsou spojeny s užíváním drog, patří potíže v rodinných a blízkých vztazích, které u zdravého člověka podporují jeho zdravý vývoj.<sup>10</sup> Rodina snažící se řešit drogový problém jednoho z členů musí odolávat velkému tlaku. Pozornost je zaměřena především na drogově závislého člena rodiny a často není věnována udržování rodičovských či sourozeneckých vztahů. Drogový problém má tedy na rodinu destabilizační vliv a způsobuje mezi jednotlivými členy řadu neshod.<sup>11</sup>

---

<sup>7</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>8</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2005, ISBN 978-802-4609-560. S. 321

<sup>9</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>10</sup> ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí: mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada Publishing), ISBN 80-7169-836-9. S. 21

<sup>11</sup> BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011, ISBN 978-80-7387-386-8. S.47

Závislý člověk také často omezuje komunikaci s ostatními členy rodiny a zvláště pokud se týká jeho problémového chování, což může vést až k rozpadu rodiny. Právě z tohoto důvodu řada drogově závislých lidí nemá rodinné zázemí.<sup>12</sup>

### *Přátelské a intimní vztahy*

Drogově závislí se většinou obklopují lidmi, kteří také užívají návykové látky. Z výzkumů vyplývá, že až 75% procent přátel drogově závislých je integrováno na drogové scéně, ale pouze 25% drogově závislých udržuje vztahy s lidmi mimo ni. Co se týče intimních vztahů, jen 23% uživatelů má vytvořené blízké vztahy s osobami, které neberou drogy.<sup>13</sup>

Pro většinu vztahů závislých osob je typický stres, nespokojenost a neschopnost řešit vztahové problémy. Vztahy jsou narušovány zlostí ústící v nenávist, strachem, nesplněnými očekáváními i pocity viny. Tyto znaky typické pro vztahy drogově závislých mohou vést k dalšímu užití drogy i ztrátě dovednosti pojmenovat vztahové problémy.<sup>14</sup>

### Sociální vyloučení uživatelů drog

Sociální vyloučení neboli sociální exkluze je jevem, kdy se určitá populační skupina odlišuje od většinové společnosti. Jejími příčinami bývá nedostatek finančních prostředků, nízké vzdělání, morální úpadek i nezaměstnanost. Pokud mají uživatelé drog nějaký ze zmiňovaných problémů, často se jejich sociální vyloučení prohlubuje a ztěžuje se jim tak reintegrace do většinové společnosti.<sup>15</sup> Sociálně vyloučení jedinci jsou zbavováni přístupu ke zdrojům nezbytných k zapojení se do sociálních, ekonomických i politických aktivit.<sup>16</sup>

---

<sup>12</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432- x. S. 84

<sup>13</sup> KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s. 98. ISBN 80-86734-05-6. S. 19

<sup>14</sup> ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9. S. 19

<sup>15</sup> MRAVČÍK Viktor, GROHMANNOVÁ Kateřina, CHRONYMOVÁ Pavla, NEČAS Vlastimil, GROLMUSOVÁ Lucie, KIŠŠOVÁ Lucia, NECHANSKÁ Blanka, FIDESOVÁ Hana, KALINA Kamil, VOPRAVIL Jiří, KOSTELECKÁ Lenka, JURYSTOVÁ Lucie. Výroční zpráva o stavu ve věcech všech drog v České republice v roce 2011, Praha: Úřad vlády České republiky 2012, ISBN: 978-80-7440-067-4. S. 109

<sup>16</sup> ČLOVĚK V TÍSNI O.P.S. Sociální exkluze. Podpora sociálně-integračních politik a služeb [online]. Praha, 2008 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>

## Práce

Jak již bylo zmíněno na počátku této kapitoly, drogově závislí mají mnohdy nedokončené vzdělání a nedostatečné pracovní zkušenosti. Jejich uplatnění na trhu práce je poměrně špatné i vzhledem k současné situaci, kdy je mezi zájemci o práci velká konkurence.<sup>17</sup>

V případě, že je drogově závislý člověk zaměstnaný, způsobuje mu užívání drogy řadu problémů i v pracovním prostředí. Mezi negativní projevy závislosti ovlivňující práci patří nespolehlivost, zanedbávání povinností, střídání zaměstnání, poruchy paměti a soustředění. Dochází i k intoxikaci v práci a časté nepřítomnosti. Drogy snižují pracovní výkonnost, zvyšují pravděpodobnost pracovních úrazů i absence v práci. Užíváním návykových látek se také zvyšuje pravděpodobnost majetkové kriminality v pracovním prostředí. Všechny tyto faktory samozřejmě mohou být pro zaměstnavatele podnětem pro propuštění drogově závislého.<sup>18</sup>

## Trestná činnost

S užíváním drog je spojena značná spotřeba peněz a zvýšené riziko majetkové trestné činnosti. Již jsem zmínila trestnou činnost, která souvisí s pracovním prostředím. Zejména u drogově závislých osob, které pracují ve zdravotnictví, se riziko páchaní trestné činnosti zvyšuje.<sup>19</sup> Trestná činnost v drogové oblasti se neodvíjí jen od potřeby peněz, ale dochází k ní pod vlivem drog. Mezi trestné činy spáchané pod vlivem drog spadají nedbalostní dopravní nehody, ublížení na zdraví a výtržnictví.<sup>20</sup>

### **2.1.3.2. Zdravotní dopady**

Užívání drogy a především její injekční aplikace způsobuje nejružnější zdravotní potíže, mezi které patří hepatitida typu A, C a B, HIV/AIDS, pohlavní nemoci i tuberkulóza. Mezi další zdravotní rizika spojená s užíváním drog patří pohlavní

---

<sup>17</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>18</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové látky a pracovní prostředí*. In Šváblová, K.: Vybrané kapitoly pracovního lékařství. [online]. Praha: IPVZ, 2002. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

<sup>19</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové látky a pracovní prostředí*. In Šváblová, K.: Vybrané kapitoly pracovního lékařství. [online]. Praha: IPVZ, 2002. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

<sup>20</sup> MRAVČÍK Viktor, GROHMANNOVÁ Kateřina, CHRONYMOVÁ Pavla, NEČAS Vlastimil, GROLMUSOVÁ Lucie, KIŠŠOVÁ Lucia, NECHANSKÁ Blanka, FIDESOVÁ Hana, KALINA Kamil, VOPRAVIL Jiří, KOSTELECKÁ Lenka, JURYSTOVÁ Lucie. Výroční zpráva o stavu ve věcech všech drog v České republice v roce 2011, Praha: Úřad vlády České republiky 2012, ISBN: 978-80-7440-067-4. S. 124

choroby.<sup>21</sup> Ojedinelá nejsou ani lokální tělesná poškození způsobená aplikací drog, kvůli kterým vznikají další infekce. Tyto infekce mohou být příčinou kardiovaskulárních obtíží. Uživatelé drog mohou mít také oční komplikace v podobě přecitlivělosti na světlo, poruch při rozlišování barev a vizuální percepce i vzniku vizuálních halucinací. Drogy ohrožují centrální nervovou soustavu uživatele a mohou závažně poškodit i mozkovou tkáň. Pro chronické užívání drog je typický úbytek mozkové kůry a mentálnímu úpadek jedince.<sup>22</sup>

### 2.1.3.3. Psychika drogově závislého člověka

Přes negativní důsledky, které s sebou užívání drog nese, jsou závislí neustále drogou přitahováni. Je tomu tak proto, že závislý člověk se nachází v bludném kruhu. Užití drogy způsobuje pozitivní pocity a uvolnění. Při chronickém užívání mnohdy dochází k negativním psychologickým stavům. Negativní psychologické důsledky užívání drog jsou často spojeny se samotným užíváním látky i životním stylem závislých osob. Pro drogově závislé je typické nízké sebehodnocení, zlost, grandiozita a zášť k druhým lidem. U těchto lidí se rovněž mohou vyskytovat obranné mechanismy jako je popření, projekce, zlehčování vlastního problému i vyhýbání se vlastním pocitům. Mnohdy mají i odpor ke zpětné vazbě, kterou jim o nich samých poskytují druzí. Negativní pocity způsobené užíváním drogy a situacemi s tím spojené často vedou k dalšímu užití, a tak problémy uživatelů drog narůstají.<sup>23</sup>

Drogově závislí se potýkají s řadou psychopatologických projevů, mezi které patří spontánní návraty vizuálních prožitků mající charakter halucinace a somatických příznaků, psychotické poruchy, poruchy chování, demence, potíže s pamětí, deprese.<sup>24</sup>

Psychická struktura jedince se v souvislosti s jeho závislostí nemění. Dle Bergereta vzniká závislost na návykové látce jako obrana regulace nedostatečnosti vnitřní struktury osobnosti jedince. Následující popsané rysy osobnosti mají drogově závislé osoby společné. Psychická struktura jedince funguje na duševní úrovni, tělesné

---

<sup>21</sup> MRAVČÍK Viktor, GROHMANNOVÁ Kateřina, CHRONYMOVÁ Pavla, NEČAS Vlastimil, GROMUSOVÁ Lucie, KIŠŠOVÁ Lucia, NECHANSKÁ Blanka, FIDISOVÁ Hana, KALINA Kamil, VOPRAVIL Jiří, KOSTELECKÁ Lenka, JURYSTOVÁ Lucie. *Výroční zpráva o stavu ve věcech všech drog v České republice v roce 2011*, Praha: Úřad vlády České republiky 2012, ISBN: 978-80-7440-067-4. S. 83-87

<sup>22</sup> VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, ISBN 80-244-0337-4. S.73-75

<sup>23</sup> ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9. S. 19- 20

<sup>24</sup> JEŘÁBEK, Petr. Psychopatologie závislosti. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110. S. 67-70

KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 98

úrovni a úrovni chování. U drogově závislých vystupuje do popředí právě chování, které se vlivem užívání látky mění. Začíná být zaměřeno na ideály a racionálně pro něj ztrácí hodnotu. Velmi významným faktorem chování drogově závislého je asociabilita, kvůli které bývá okolním špatně snášen. Chování bývá hlavním pramenem sociálních debaklů drogově závislých. Drogově závislí mívají problémy s přijímáním autorit, které pro něj představují hrozbu a téměř všechny je považují za opozici ve vztahu ke své osobě. Imaginace drogově závislého je nedostatečná a je kompenzována právě užíváním návykové látky. Schopnost vytvářet fantazijní svět a propojovat symbolické s reálným bývá u závislých poměrně chudá. Pro drogově závislé jsou rovněž typické potíže s identifikací, které bývají spojené s problémy v minulých rodinných vztazích a musí se tedy spokojit s nouzovým řešením, kterým je nápodoba. Závislý se často stává obětí sugescí a jiných osob. Velmi častá je také citová nezralost uživatelů drog způsobená tím, že nemohli integrovat část svého pudového života do kompromisů dospělosti. Posledním znakem spojujícím drogově závislé osoby je neschopnost být sám, v čemž se do určité míry podobají dětem. Rozchod s partnerem nebo nepochopení s přítelem jsou pro ně velmi zatěžujícími situacemi a často způsobují deprese. Ty mohou vyústit i v sebevražedné pokusy.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995, ISBN 80-718-7003-X. S. 35-37

## **2.2. Situace člověka v době nástupu do doléčování**

Klienti, kteří přicházejí do doléčovacího programu, mají celou řadu potíží způsobených následkem užívání drogy. Většina z nich se týká sociální sféry. Jedním z významných problémů, se kterým se klienti doléčovacích center potýkají, je nezaměstnanost. Hledání zaměstnání je jedním z nejdůležitějších úkolů po ukončení základní léčby. Ze sociálních dopadů, které byly popsány v předchozí kapitole je zřejmé, že pro závislého člověka není zdaleka jednoduché získat pracovní místo. Tito lidé jsou sociálně znevýhodněni, mnohdy se na ně nahlíží s jistým despektem. Navíc dle již uvedených informací často nemají vzdělání vyšší než základní ani žádné pracovní návyky. Problémem je i to, že většina klientů má zápis v trestním rejstříku, což jim také sehnání práce komplikuje. Doléčovací centra nabízí v těchto případech chráněná pracovní místa, rekvalifikační kurzy i praktickou pomoc při hledání pracovního místa. S nezaměstnaností samozřejmě může souviset i absence vhodného bydlení a nedostatek financí. V oblasti bydlení je pomoc poskytována těm klientům, kteří nemají vhodné sociální prostředí, do něhož by se mohli vrátit. Jedná se o pomoc formou poskytnutí chráněného bydlení, které bude ještě během teoretické části podrobněji popsáno. Výjimkou nejsou ani právní problémy a dluhy, které jsou většinou důsledkem drogové minulosti jedinců. Klientům doléčovacích center je poskytnuta pomoc, ve všech těchto oblastech.

Pro člověka jsou významné intimní, rodinné i vrstevnické vztahy. Drogově závislí lidé, kteří jsou rozhodnutí léčit se, většinou přerušují vazby na osoby spojené s drogovou minulostí. „Buehringer a Patt (1992) uvádějí výsledky studie, která zjistila, že ¾ klientů byli před léčbou výhradně vázaní na uživatele a jenom ¼ měla přátelské a vrstevnické vztahy s lidmi v širší, méně rizikové společnosti.“<sup>26</sup> Je tedy zřejmé, že většina drogově závislých přijde po léčbě o většinu starých přátel a musí si tvořit nové sociální vazby. Co se týká rodinných vztahů, jsou narušené. V případě vztahů závislého dítěte a rodičů může být problémem, že dítě během léčby prodělalo změnu osobnosti, a to vyžaduje i změnu postojů a chování rodiny. V době návratu z léčby vyplouvají na povrch rizikové faktory rodiny, které mohly přispět ke vzniku závislosti. Nastávají i

---

<sup>26</sup>JERÁBEK, Petr. Psychopatologie závislosti. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110. S. 299

situace, kdy jsou rodiče závislostí svého dítěte unaveni a nevěří, že se mu podaří v abstinenci setrvat.<sup>27</sup>

Co se týče psychického stavu jedince, vynořují se traumatické zážitky spojené s drogovou minulostí. Abstinující také čelí bažení po droze a mají snahu ubránit se relapsu, tedy opětovnému užití drogy posilováním sebekontroly. Mnohdy se v plném rozsahu objeví poruchy osobnosti předcházející drogovému problému.<sup>28</sup> Výjimkou nejsou ani stavy únavy, nudy, a proto je vhodné, aby si tito jedinci vytvářeli přiměřený životní styl, vyhýbali se extrémům a plánovali si nezatěžující aktivity. Přínosné je i uvědomění si, že abstinence přináší vyšší životní úroveň, spokojenost s vlastním jednáním, posílení rodinných i pracovních vazeb.<sup>29</sup>

Zdravotní situace jedinců je samozřejmě značně individuální stejně jako ostatní potíže, které jsou důsledkem užívání drog. Výčet zdravotních komplikací, které drogově závislé provázejí, byl uveden v předcházející kapitole. Bylo by mylné domnívat se, že po ukončení léčby je závislý člověk fyzicky zdravý. Organismus je drogami narušen a je třeba ho stabilizovat. V případě docházení do doléčovacího centra je klientovi poskytnuta i lékařská péče.<sup>30</sup>

V průběhu léčby závislosti prochází člověk procesem změny. Byli to právě Prochaska a DiClement, kteří v osmdesátých letech vytvořili model změny užívaný při motivačním tréninku závislých osob. Uživatelé drog zažívají konflikt, kterým je kolísání mezi touhou užívat drogy a abstinencí. Již zmiňovaný autoři určili pět stádií modelu, přičemž prvním stádiem je prekontemplace, kdy drogově závislý člověk léčbu bojkotuje. Během další fáze kontemplace se zvyšuje motivace ke změně a dochází k uvědomění si ztrát spojených s užíváním drogy. Následují fáze rozhodování, kdy se jedinec připravuje na změnu a fáze akce, v které dochází k realizování cíle. Poslední fází je udržování. Pro udržení změny je významná prevence relapsu zahrnující revizi původního rozhodnutí ke změně, ale i přes prevenci je relaps považován za zcela přirozenou událost procesu změny a využívá se ho k posílení motivace a pracuje se s obnovením původního rozhodnutí. Jednotlivá stadia tohoto procesu změny jsou vymezena dobou trvání i jednotlivými úkoly pro postup do stádií následujících. V době

---

<sup>27</sup>KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, s.ISBN 80-86734-05-6. S. 98

<sup>28</sup>KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 90

<sup>29</sup>NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-432-x . S. 70-73

<sup>30</sup>KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 90



účasti v doléčovacím programu se klient nachází v poslední fázi modelu změny, kdy je kladen důraz na prevenci relapsu a udržení abstinence, v čemž mu pomáhá právě doléčování, které bude podrobně rozebráno ve čtvrté kapitole.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9. S. 216-217

## **2.3. Systém péče o závislého člověka v České republice**

V České republice je síť státních a nestátních zařízení pro drogově závislé. Její jednotlivé složky jsou provázané, a do které z nich klient vstoupí, závisí na jeho klinickém stavu i motivaci ke změně. Efektivní systém péče o uživatele návykových látek by měl splňovat kvalitativní a kvantitativní kritéria.

Kvalitativní kritéria se týkají vnitřní struktury systému péče, tedy *komplexnosti a provázanosti*. *Komplexnost* je schopnost vyhovět potřebám nejrůznějších skupin závislých osob, a to s ohledem na stupeň jejich závislosti. Komplexní systém péče umožňuje závislému člověku najít právě ty služby, které jsou v jeho případě potřebné a účinné. Pojmem vnitřní *provázanost* systému je myšlena návaznost jednotlivých stupňů péče od terénních programů po doléčování. Jednotlivé složky systému péče spolupracují, předávají si klienty a jejich dokumentaci. Spolupráce státních a nestátních organizací je pro efektivitu systému péče bezpodmínečně nutná. Efektivní fungování systému péče rovněž zajišťují systémové nástroje (standardy odborné péče, akreditační podmínky umožňující vstup příslušné organizace do systému péče). Kvantitativní kritéria se týkají vnější struktury systému péče, *rozsahu a dostupnosti*. Rozsah péče se liší v závislosti na jednotlivých regionech, což je dáno i rozdílným místním rozšířením závislosti. Zařízení poskytující péči drogově závislým můžeme najít převážně ve větších městech. Péče by měla být dostupná na základě analýzy potřeb drogově závislých. Dostupnost musí být časová (kontaktní centra dostupná s ohledem na denní rytmus uživatelů) i místní, a je určována v závislosti na potřebách účastníků systému.<sup>32</sup>

### **2.3.1. Složky systému péče**

V této podkapitole budou probrány jednotlivé složky systému péče v České republice, které jsou kategorizovány dle motivace klienta, který do nich vstupuje.

#### **2.3.1.1. Terénní programy neboli street work**

Terénní programy stojí na samém počátku systému péče o drogově závislé. Jedná se o sociální službu poskytovanou přímo na ulici. „Pracovník vychází cílové skupině doslova vstříc. Vstupuje do prostoru, který často příslušníci cílové skupiny cítí

---

<sup>32</sup> BÉM, Pavel. Složky systému péče v ČR. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 155-157

jako „svůj“, a sociálního pracovníka proto mohou vnímat jako nežádoucího vetřelce.“<sup>33</sup> Terénní pracovníci kontaktují závislé osoby, které nemají motivaci samostatně vyhledat péči, snaží se s nimi navázat vztah založený na důvěře a motivovat je ke změně rizikového chování. Zařízení poskytující terénní sociální práci by měla být v úzkém kontaktu a spolupracovat s kontaktními centry a metadonovými programy. Náplní této sociální práce je výměna injekčního materiálu, poskytování informací o účincích drog i následcích jejich užívání, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence zaměřená na zvládnání aktuálních problémů i motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními.<sup>34</sup>

### **2.3.1.2. Nízkoprahová kontaktní centra**

Jedná se o složku systému péče určenou uživatelům drog, kteří nechtějí vyhledat institucionální péči. Důležité je zmínit skutečnost, že klient nemusí v době spolupráce s centry abstinovat, a přesto je mu poskytována odborná péče. Důležitým principem kontaktních center je možnost anonymity klientů. Kontaktní centra poskytují služby, jako je výměna injekčního náčiní, distribuce zdravotnického materiálu, základní zdravotní péče, poradenství týkající se prohloubení důvěry a změny rizikového chování klienta, krizová či krátkodobá spolupráce s rodiči, strukturované poradenství a motivační trénink. Spolupracují s praktickými lékaři, ambulantními psychiatry, programy detoxifikace, stacionáři i psychiatrickými léčebnami.<sup>35</sup> “Kontaktní centra mohou hodnotit aktuální stav uživatele, vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu zprostředkovat nástup do léčby.“<sup>36</sup>

### **2.3.1.3. Lékařská ambulantní péče o závislé**

Zahrnuje vykonávání primární i sekundární prevence a je poskytována v ordinacích AT, a to osobám jakéhokoliv věku, pohlaví či vzdělání. Do této složky systému péče jsou zařazeni lidé, jimž byla léčba nařízena soudně. Na rozdíl od kontaktních center a street work již klade na klienta určité nároky. Každý nový pacient

<sup>33</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X. S.217

<sup>34</sup> HRDINA a KORČIŠOVÁ, Terénní programy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, 2003. S. 159-163

<sup>35</sup> LIBRA, Jiří. Nízkoprahová kontaktní centra. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 165-170

<sup>36</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X. S.215

podstupuje nejruznější lékařská vyšetření týkající se tělesného i psychického stavu a je mu vytvořen individuální plán léčby, jehož součástí je psychoterapie (individuální, rodinná, partnerská, skupinová), farmakoterapie, socioterapie i následná zdravotnická péče. Ordinance AT jsou základním článkem zdravotnické péče o uživatele návykových látek a jejich předstupněm bývají kontaktní centra. Může se však stát, že jsou i místem prvního kontaktu. Má návaznost na ústavní léčbu, terapeutické komunity i chráněné bydlení a dílny.<sup>37</sup>

#### **2.3.1.4. Denní stacionáře neboli denní centra**

Jedná se o zařízení poskytující intenzivní ambulantní denní léčbu. Klienti docházející do denních stacionářů se pravidelně účastní celodenního programu až po dobu tří měsíců. V rámci léčby dochází na skupinovou, individuální i rodinnou terapii.<sup>38</sup> Cílovou skupinou využívající služby denních stacionářů jsou lidé s vlastním bydlením, kteří potřebují pomoc ve zdravotní a sociální oblasti. Může se jednat o klienty abstinující nebo stále užívající drogu. Jejich program je strukturovaný s přesným časovým rozvrhem a pravidly stanovujícími podmínky léčby. Cílem docházení do stacionářů je změna životního stylu a zařazení se do běžného života za pomoci celistvého přístupu k léčbě a sociální rehabilitace.<sup>39</sup>

#### **2.3.1.5. Detoxifikační jednotky**

Detoxifikace je léčebná metoda, jejímž účelem je ukončení užívání drogy a minimalizování symptomů odvykacího syndromu. Většinou trvá pět až deset dní. Je provázena psychoterapií zaměřenou na motivaci k další léčbě.<sup>40</sup> Poskytovaná péče zahrnuje také farmakoterapii (léčba akutní intoxikace, odvykacího stavu, psychotických a tělesných stavů) a sociální práce. Detoxifikace bývá prováděna v zařízeních střednědobé léčby, dlouhodobé léčby i ambulantními jednotkami poskytujícími péči

---

<sup>37</sup> HAMPL, Karel. Lékařská a ambulantní péče. In KALINA. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6.S.172-177

<sup>38</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd.1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X.S.215

<sup>39</sup> KALINA, Kamil. Denní stacionáře. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 159-163

<sup>40</sup>KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, ISBN 80-238-8014-4. S. 28

doma. Detoxifikační jednotky nejčastěji předávají svoje klienty kontaktním centrům, programům ambulantní péče, ústavní péče i terapeutickým komunitám.<sup>41</sup>

#### **2.3.1.6. Střednědobá ústavní léčba**

Jedná se o léčbu trvající několik měsíců poskytovanou psychiatrickými léčebnami, jejímž cílem je důsledná abstinence. Oddělení je organizováno jako terapeutická komunita. Léčba má čtyři fáze: 1-3 týdny trvající detoxifikace, 1 měsíc adaptace na program zařízení, 2-3 měsíce aktivní léčby, 1 měsíc přípravy na návrat do původního prostředí. V poslední fázi je podstatné naplánovat docházení na doléčování. Mezi typické cíle léčby patří stabilizace sekundárních problémů souvisejících se závislostí, uznání závislosti jako problému i potřeby dodržovat určitá pravidla. Klient by se také měl zabývat důsledky své drogové minulosti, vnitřně se pozitivně motivovat a zavést ve svém životě denní a týdenní řád.<sup>42</sup>

#### **2.3.1.7. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách**

Jedná se o střednědobý až dlouhodobý typ léčby pro osoby trpící střední až těžkou závislostí na návykové látce, která trvá 6 až 18 měsíců. Terapeutické komunity jsou pobytová zařízení, do nichž klienti vstupují dobrovolně. Terapeutická komunita se snaží motivovat klienta ke změně, což je důležité pro léčbu a resocializaci. Život v komunitě má svá pravidla, mezi která patří jak zákaz užívání drog a manipulace s nimi, tak zákaz násilí a sexuálních vztahů v komunitě. Čtyřfázová léčba začíná obdobím, kdy člověk v komunitě žije, aniž by byl jejím členem. V poslední fázi léčby klienti přes den chodí do zaměstnání a noci tráví v komunitě. Klienti, kteří v programu úspěšně ukončí, si poté mnohdy sjednávají docházení do doléčování.<sup>43</sup>

---

<sup>41</sup>NEŠPOR, Karel. Detoxifikační jednotky. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S.190-192

<sup>42</sup>DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 98

<sup>43</sup>ADAMEČEK David, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ Martina, KALINA Kamil, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 201-206

### **2.3.1.8. Substituční programy**

V rámci docházení do substitučního programu je závislým zejména na opiátech podávána náhražka drogy. Výhodou je, že tato náhražka má na rozdíl od drogy známou koncentraci a delší účinek. Látky užívané pro substituci jsou metadon a subutex.<sup>44</sup> Jedná se přitom o aplikaci formou nápoje či tablety, která je méně škodlivá než injekční podání drogy. Tento druh léčby by měl ukončit užívání drogy nebo alespoň zastavit způsob její nitrožilní aplikace, který je nebezpečný. Substituční léčba se dle délky trvání rozděluje na krátkodobou, dlouhodobou a střednědobou. Mezi cíle těchto programů patří již zmiňované omezení injekční aplikace drogy, omezení užívání ilegálních drog, snížení kriminality. V České republice je substituční léčba reflektována nejčastěji v souvislosti s opiáty.<sup>45</sup>

### **2.3.2. Účinnost léčby drogových závislostí**

Po úspěšném absolvování léčby se zlepšuje duševní a fyzické zdraví, rodinná a sociální situace. Šance opětovného zapojení do pracovního procesu se zvyšuje až o 40%. Zda je léčba účinná, závisí na řadě faktorů, mezi které patří délka užívání drogy, motivace k léčbě, kvalita mezilidských vztahů i osobnost jedince a prostředí, ve kterém žije. Výzkumy prokázaly, že 40% uživatelů drog po léčbě vydrží abstinovat a až 60% z nich se alespoňlepší jejich sociální a zdravotní stav. I přesto, že u mnoha drogově závislých nedojde k plné abstinenci, léčba jim napomáhá zmírňovat rizikového chování. Užívají menší množství látky, až o 40% se snižuje drogová kriminalita, snižuje se i riziko přenosu infekčních onemocnění a sociální dopady. Úspěšné dokončení léčby a s ním spojené změny nemají pozitivní dopad jen na daného jedince, ale na celou společnost.<sup>46</sup>

V následující kapitole bude podrobněji nastíněna poslední složka systému péče o drogově závislého člověka, kterou je doléčování.

---

<sup>44</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X. S. 216

<sup>45</sup> POPOV, Petr. Programy metadonové a jiné substituce. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 221-224

<sup>46</sup> RADIMECKÝ, Josef. Funguje léčba uživatelů drog?. Informace z adiktologie. [online]. Praha, 2013 [cit. 2013-04-22]. Dostupné: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog-.html>

## **2.4. Doléčování**

Doléčování je poslední složkou systému péče o drogově závislého člověka a jeho cílem je udržet u klienta změny, kterých dosáhl během základní léčby i spontánní abstinencí. Jeho užší pojetí se zaměřuje na udržení abstinence po léčbě, v tom širším vychází z bio-psycho-sociálního modelu a zahrnuje soubor služeb poskytovaných klientovi po odchodu ze základní léčby, přičemž je cílem sociální reintegrace klienta do běžného života.<sup>47</sup>

### **2.4.1 Historie doléčování**

Ohlédneme-li se do historie léčby drogových závislostí, nalezneme Skálův neboli Apolinářský model léčby závislosti. Jedná se o model vycházející z medicínského pojetí závislosti, který v polovině 20. století uvedl do praxe Doc. MUDr. Jaroslav Skála.<sup>48</sup> Model vznikl na základě zkušeností s osobami závislými na alkoholu a doléčování v něm bylo zahrnuto. Pro dobu, kdy Apolinářský model vznikl, bylo specifické, že většina závislých osob byli alkoholici ve středním věku, kteří povětšinou měli pracovní zkušenosti i zbytky sociálních vazeb. Součástí doléčování byly týdenní zátěžové akce (výlety na hory atd.) a opakovací programy, jejichž hlavním cílem bylo posílení abstinence<sup>49</sup> Opakovací léčba je opakovaným týdenním pobytem v prostředí, kde klient absolvoval léčbu. Klient může zhodnotit zkušenosti a posílit tak abstinenci. Rovněž může být velmi přínosná pro klienty, kteří se aktuálně léčí a setkávající se s navracejícími se abstinenty. Ti jim ukazují, že je možné léčbu úspěšně dokončit a abstinovat. Její velkou nevýhodou je však fakt, že nepomáhá klientům s problémy spojenými s reintegrací do běžného života.<sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Doléčování. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. . Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/dolecovani\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dolecovani_aftercare)

<sup>48</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Apolinářský model. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. . Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/apolinarsky\\_model](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/apolinarsky_model)

<sup>49</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>50</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Opakovací léčba. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z [http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opakovaci\\_lecba](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opakovaci_lecba)

## **2.4.2 Doléčování v současnosti**

Prudký nárůst počtu závislých osob na nealkoholových drogách, které jsou až o dvě generace mladší než typičtí závislí na alkoholu, způsobil změnu vztahující se k léčbě závislosti i samotnému doléčování. Stalo se tak proto, že s rozšířením užívání nealkoholových drog se vynořily nové problémy a potřeby závislých osob. S již zmiňovaným přechodem od medicínského k bio-psycho-sociálnímu modelu závislosti se rozšířila i škála nabízených služeb. Abstinence začíná být vnímána jako prostředek k zařazení závislého člověka do normálního života a ne jen jako jediný cíl léčby.<sup>51</sup> V současnosti je doléčování pojímáno jako poslední fáze procesu změny a může probíhat v doléčovacích centrech, individuálními pohovory v AT poradnách, formou docházení do ambulantní doléčovací center nebo na svépomocné skupiny.<sup>52</sup>

„Jak vyplývá z Národní strategie protidrogové politiky na období 2001- 2004 programy následné péče a doléčování mají za cíl podporovat uživatele drog při dosahování a udržení změn v jejich chování vedoucích ke zvyšování osobní spokojenosti v těchto oblastech:

- zdravotní, psychická a sociální stabilizace
- osvojování dovedností a znalostí pro každodenní život
- řešení vztahových a rodinných problémů
- řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací
- řešení otázek spojených s bydlením
- uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému
- samotné přijetí sociální normy“<sup>53</sup>

### **2.4.2.1. Přechod ze základní léčby do doléčování**

Pro efektivitu systému léčby drogových závislostí je významné propojení základní léčby a doléčování. Tím je myšleno začleňování aktivit a činností do léčby, které byly dříve prováděny pouze během doléčování. Pro klienta je velmi přínosné,

---

<sup>51</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>52</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Doléčování. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/dolecovani\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dolecovani_aftercare)

<sup>53</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Následná péče v protidrogové prevenci. Sociální služby[online]. Praha, 2005 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>



pokud má možnost střetnout se s nároky běžného života již během léčby a uvědomit si důsledky a problémy své drogové minulosti. Postupná reintegrace do společnosti může být pro proces uzdravení zásadní, neboť klient se tak vyvaruje šoku z náhlého přechodu z chráněného prostředí do běžného života. „Klient má možnost převzít plně zodpovědnost za svůj život a svojí závislost přerůst.“<sup>54</sup> V zahraničí, zejména na západě, je tento moment přechodu považován v procesu léčby za zásadní.<sup>55</sup>

#### 2.4.2.2. Doléčovací program

Doléčovací programy pomáhají klientům, kteří úspěšně dokončili základní léčbu, začlenit se do společnosti a adaptovat se na život v abstinenci. Postupně dochází ke snižování intenzity pomoci programu až k jejímu úplnému přerušení a samostatnosti klientů. Jejich základem je vždy ambulantní doléčovací program, který je strukturovaným programem splňující požadavky v oblasti psychoterapie, socioterapie a sociální práce.<sup>56</sup> Využitím služeb doléčovacího programu abstinující zvýší své šance na dosažení dlouhodobých cílů a pokračování života bez drog. V případě, že klienti uvažují o doléčování v programu chráněného bydlení, je vhodné si zažádat o přijetí do něj již několik měsíců před ukončením léčby.<sup>57</sup>

Pro nástup do doléčovacího programu jsou dle akreditačních standardů vhodné osoby s diagnosou závislosti na návykové látce, které abstinují alespoň tři měsíce, přičemž jsou při přijetí do programů upřednostňovány osoby, jež absolvovaly detoxifikaci či alespoň krátkodobou léčbu. Mohou se do nich zapojit i dlouhodobě abstinující motivované osoby bez předchozí léčby. Klientela, které je poskytováno doléčování, je velmi různorodá, a tak je k její efektivitě potřebná značná flexibilita doléčovacích programů.<sup>58</sup>

Co se týče délky účasti v doléčovacím programu, doporučuje se minimální délka docházení šesti měsíců. Doba docházení do doléčování je značně individuální a o

---

<sup>54</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>55</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 84

<sup>56</sup> ASOCIACE NESTÁTNIČH ORGANIZACÍ. Programy spadající do sekce intenzivní ambulantní následné péče. Sekce intenzivní ambulantní a následná péče A.N.O. [online]. Praha, 2001 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z <http://www.asociace.org/data/programyspadajici-do-sekce-ianp.pdf>

<sup>57</sup> PRESTON, Andrew., MALINOWSKI, Andy a ŠEFRÁNEK, Martin. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, praktická příručka pro uživatele drog*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády, 2007., ISBN 978-80-87041-28-4. S. 45

<sup>58</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 208-214.

ukončení se většinou radí s terapeutem. Čas, který klient stráví v doléčovacím programu, by měl být rozdělen do tří fází lišících se intenzitou docházení. Stejně jako u ostatních složek systému péče o závislého člověka je žádoucí, aby byla doléčovací centra v kontaktu se zařízeními, v kterých pacient působil předtím. Zajistí mu tak hladší přechod do svého zařízení. Rovněž je vhodné, aby byl klient o doléčování informován již v době vlastní léčby.<sup>59</sup>

### 2.4.2.3 Cíle doléčování

Jak již bylo zmíněno, doléčování vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislosti a z toho vyplývají i její cíle. Tedy sociální, zdravotní a psychická stabilizace abstinujícího člověka.

Jedním z cílů doléčování je integrace klientů do života bez drog, pomáhá jim vytvořit si podmínky v abstinenci. „Každý z profesionálů se shodne na tom, že teprve reálná konfrontace se světem mimo zdi léčeben a ambulancí ověřuje, zda klienti/pacienti dosáhli svého cíle, který zdánlivě vágně označují jako žít normální život“.<sup>60</sup> Doléčování se tedy soustředí na sociální rehabilitaci klientů. Dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb. zákona o sociálních službách se jedná o soubor činností, které vedou jedince k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Děje se tak na základě rozvoje jejich schopností, dovedností a posilováním návyků.<sup>61</sup> Opětovné začlenění jedince do společnosti má v institucionalizované podobě několik forem, kterými jsou pracovní terapie, chráněné dílny, sociální poradenství, socioterapeutické kluby a rekvalifikační programy. V minulosti resocializační programy následovaly po léčbě a byly jen jako součást doléčování, ale v současné době je kladen důraz na poskytování těchto služeb i v průběhu léčby.<sup>62</sup> Doléčování rovněž usiluje o vytvoření vhodných vztahů, zaměřuje se na rodinu, která by opět mohla převzít úlohu zdroje sociální podpory a zvládnutí sociálních rolí umožňujících začlenění do společnosti. Klienti mohou mít po léčbě vysokou motivaci k životu bez drog, ale zřídka se nemusí potýkat s důsledky své drogové kariéry (dluhy, zápis v rejstříku trestů), které jim komplikují život. Vyrovnat se

---

<sup>59</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 211.

<sup>60</sup> DVORÁK, D. Sociální rehabilitace. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 63-65

<sup>61</sup> ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-04-19]. . Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

<sup>62</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, ISBN 80-238-8014-4. S. 92

s případnými problémy a co nejlépe se začlenit do společnosti pomáhají klientům v rámci doléčování právě doléčovací programy. Klíčové je, aby zařízení rozpoznala potřeby, možnosti klienta a byl stanoven realistický cíl, jehož by měl dosáhnout.

„ Nejčastější okruhy problémů spojených se sociální rehabilitací zpravidla obsahují:

- narušenou nebo neexistující síť blízkých vztahů a naopak dlouhodobou nebo závislostí „ zablokovanou “ schopností blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet
- nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a „adekvátního“ sebeprosazení
- nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut
- životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění“<sup>63</sup>

Cílem doléčování je pomoci klientovi i v oblasti zdravotní. Potíže s ní spojené byly popsány již v první kapitole. Fyzická rekonvalescence může mnohdy trvat i léta a je třeba na ní pracovat i v rámci doléčování.

Klient nastupující do doléčovacího programu má mnohdy i psychické problémy způsobené užíváním drogy. Vyplývají na povrch traumata z minulosti a musí se řešit problémy spojené s užíváním drog. Negativní psychické důsledky bývají vyvolávány jak farmakologickým vlivem drog, tak životním stylem drogově závislých.<sup>64</sup> Klientovi je v rámci následné péče poskytnuta pomoc ve formě podpůrné psychoterapie, která mu pomáhá stabilizovat psychickou situaci.

### **2.4.3. Doléčování v zahraničí**

V rámci Evropské unie dochází k neustálým snahám o zefektivnění léčby drogově závislých osob a sociální rehabilitaci osob, přičemž je kladen důraz na zlepšení dostupnosti a kvality služeb. Hlavním cílem je rozvíjet rehabilitaci a programy sociální

---

<sup>63</sup> DVORÁK, D. Sociální rehabilitace. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 66

<sup>64</sup> ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9. S. 20

reintegrace, neboť mají prokazatelné výsledky.<sup>65</sup> Přestože cílem států Evropské Unie je zlepšení služeb a jejich dostupnosti v léčbě drogových závislostí, tyto služby a jejich pojetí se v různých zemích liší. V následujících odstavcích se budu pro ilustraci věnovat příkladům z Velké Británie, Francie a Švédska.

Například ve Velké Británii není mnoho zařízení, která by se zaměřovala na začlenění drogově závislých do společnosti. Existují tu však iniciativy bojující proti sociálnímu vyloučení, které se tak snaží zabránit problémovému užívání drog. Snaží se zlepšit úroveň zaměstnanosti, zdravotní péče, bydlení a snížit kriminalitu v nejhudších čtvrtích. Pro Švédsko je příznačné, že za dlouhodobou sociální rehabilitaci jsou odpovědné sociální služby a zdravotnické služby poskytují detoxikaci a léčení psychologických důsledků užívání drog. Co se týče soukromého sektoru, zabývají se reintegrací svépomocné skupiny a neziskové organizace, které jsou částečně dotovány ze státního rozpočtu. Poskytují terapeutické poradenství, chráněné bydlení, intervence spojené s prací. V současné době pracují se skupinami uživatelů v denních centrech nebo prostřednictvím strukturovaných programů ambulantní léčby. Ve Francii existují instituce poskytující služby uživatelům drog i sociální rehabilitaci, ale je obtížné odlišit léčbu jako takovou a sociální reintegraci. Doléčovací programy jsou většinou součástí systému specializované péče pro léčbu drogové závislosti. Zařízení poskytují pomoc v právní i pracovní oblasti, ale nejsou specializovaná pouze na drogově závislé a poskytují služby každému, kdo je potřebuje bez ohledu na to, zda závislý je.<sup>66</sup>

#### **2.4.4. Složky doléčovacích programů**

##### **2.4.4.1. Podpůrná psychoterapie**

Psychoterapie je léčbou, primární prevencí i rehabilitací poruch zdraví prováděnou pouze prostředky komunikační a vztahové povahy. Jedná se o zvláštní druh psychologické intervence, která působí na chování člověka, jeho duševní život, meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navazuje žádoucí změny a podporuje uzdravení. Zpravidla prohlubuje pravdivé sebepoznání a zvyšuje kvalitu pacientova života. Psychoterapie probíhá jako interakce mezi terapeutem a klientem.

---

<sup>65</sup> EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013. Social Reintegration. [online]. Lisbon, 2013. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z : <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>

<sup>66</sup> VERSTER Annette, SOLBERG Ulrik, 2003. *Social reintegration in the European Union and Norway*. [online]. Lisbon, 2013. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>

Psychoterapeutickými prostředky, kterých se užívá ke změně, jsou rozhovory, mlčení, mimika, učení, emoční vztahy i sociální prostředí.<sup>67</sup> Psychoterapie v doléčování by měla být zaměřena na abstinenci a její udržení. Je třeba, aby terapeut důsledně zvažoval a zaměřoval se zejména na klientova témata, která souvisí s udržením abstinence. V rámci doléčování není možné vyřešit všechny dosavadní klientovi potíže a řešení témat přesahujících následnou péči by mohlo být kontraproduktivní. V takových případech je vhodné, aby terapeut poslal klienta k psychoterapeutovi, který s ním bude pracovat nad rámec doléčování. Nejedná se o hlubší psychoterapii, ale o podpůrnou psychoterapii, která se zaměřuje na stabilizaci klientovi emotivity. Se změnou a přechodem k životu v nechráněném prostředí mohou vycházet najevo nejrůznější traumatické zážitky a poruchy osobnosti předcházející drogovému problému v plné síle. Až během doléčování je klient poprvé od počátku léčby v kontaktu s realitou všedního dne a je zde možné integrovat některé jeho osobní problémy. Zde je opět na terapeutovi, aby rozhodl, které z nich je v dané době vhodné řešit.<sup>68</sup>

#### 2.4.4.2. Prevence relapsu

„Základní motivace většiny klientů pro vstup do programu následné péče je obava z možného selhání-relapsu.“<sup>69</sup> Relaps je definován jako návrat k užití drog během abstinence. Teorie prevence relapsu vyšla s bio-psycho-sociálního modelu závislosti a na rozdíl od tradičního medicínského modelu nezdůrazňuje ztrátu kontroly závislého nad svým jednáním. Dle ní je závislá osoba schopna změnit své chování. Závislost je považována za výzvu k růstu a ne za nemoc, na rozdíl od nemoci ji člověk může vlastním úsilím překonat. Jednorázové selhání nemusí znamenat návrat k původnímu užívání drogy.<sup>70</sup>

Hlavním cílem prevence relapsu je vyřešit problém relapsu, vytvořit techniky jeho zvládnání. Jedná se o terciální prevenci, která má dva cíle. Prvním cílem je předejít počátečnímu selhání a udržet abstinenci. Druhým je zajistit zvládnutí selhání, aby se

---

<sup>67</sup> VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 6. ISBN 80-86123-02-2. S. 14

<sup>68</sup> KUDA, Aleš. Sociální rehabilitace a následná péče. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110. S. 217

<sup>69</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 86

<sup>70</sup> KUDA, Aleš. Relaps a prevence relapsu. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6. S. 117

předešlo dalšímu relapsu. Jsou posilovány dovednosti, které zabraňují relapsu.<sup>71</sup> Faktory ovlivňující vznik relapsu dělíme na interpersonální a intrapersonální. Bažení, emoční stav, motivace, očekávání od výsledků i sebedůvěra jedince, jsou intrapersonální faktory ovlivňující vznik relapsu. Například pozitivní očekávání od výsledků abstinence zvyšuje pravděpodobnost jejího udržení a naopak, stejné je to i v případě motivace. Stejně jako intrapersonální faktory i sociální podpora hraje velkou roli. Pomáhá zvyšovat pravděpodobnost dlouhodobé abstinence a naopak sociální tlak vyvíjený na jedince riziko relapsu zvyšuje.<sup>72</sup>

Klient zapojený do doléčování by se měl naučit přijímat a zvládat rizikové situace, které ho potkají v nechráněném prostředí, ne se jim pouze vyhýbat. Mezi vysoce rizikové situace patří negativní emoční stavy frustrace a vzteku (35% relapsů), interpersonální konflikty jako jsou konfliktní vztahy s rodinou a přáteli (16% relapsů) i sociální tlak způsobený setkáním s drogovým známým, blízkost uživatelů drog (20% relapsů). Tyto situace bývají pro klienta, který právě vyšel z léčby velmi obtížné a musí vyvolat značné úsilí, aby v souvislosti s nimi nepodleh bažení. Relaps je souborem kognitivních, behaviorálních a afektivních procesů, jejichž pochopení v kontextu klientova vlastního chování je považováno za nejdůležitější faktor udržení navozených změn. Na kognitivně-behaviorálním modelu relapsu je vidět, že je rozhodující, zda má osoba dovednosti rizikovou situaci zvládnout. Důležitý je také nadhled a stabilní životní styl. Prevence relapsu, která má klientovi pomoci zvýšit sebekontrolu, je z několika důvodů klíčovou složkou doléčování. Klient je v rámci doléčování vybavován vědomostmi a dovednostmi, které mu slouží právě k posílení sebekontroly a začlenění se do běžného života.<sup>73</sup>

V doléčovacích programech se rovněž pracuje s možností, že k relapsu dojde. V těchto případech dojde k prevenci rizik, které přináší situace v relapsu a Syndrom porušení abstinence (AVS- Abstinence Violating Syndrome). Průběh AVS je typický pro krize a jeho první fází je ustrnutí, kdy člověk obviňuje ze svého selhání samu sebe. Po ustrnutí nastává zralé zvládnutí (pokračování v doléčování) nebo rezignace a odpor k terapeutickému prostředí. V době, kdy převládal biomedicínský přístup, byl relaps

---

<sup>71</sup> MARLATT, G a Dennis M DONOVAN. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press, c2005, ISBN 1-59385-176-6. S.1

<sup>72</sup> MARLATT, G a Dennis M DONOVAN. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press, c2005, ISBN 1-59385-176-6. S. 9-20

<sup>73</sup>KUDA, Aleš. Sociální rehabilitace a následná péče. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110. S. 67-70

řešen vrácením klienta do léčby. V současnosti se relapsu využívá ke snížení pravděpodobnosti příchodu dalšího. Kuda uvádí, že efektivní prevence relapsu by měla zahrnout: „1) mapování potenciálně rizikových situací, 2) osvojování si dovedností jak je zvládnout nebo se jim vyhnout, 3) prevence „kolapsu“ a pokud už k relapsu dojde, tj. příprava na případné přežití a zvládnutí „Abstinence Violating Syndrome“, 4) zpětné využití relapsu, jako příležitosti pro další sociální učení.“<sup>74</sup>

#### 2.4.4.3. Sociální práce

V doléčovacích programech má sociální práce podpurný charakter. Pomáhá klientům zpřehlednit jejich závazky, v případě dluhů pohledávky. Podporuje klientovu trpělivost a uvědomění, že je schopen problémy řešit. Pracovníci doléčovacích center pomáhají klientům řešit problémy v oblasti práce, rodiny i práva.<sup>75</sup> Sociální práce poskytovaná klientům doléčovacími centry usnadňuje klientovi začlenění do společnosti a vyrovnání se s nejrůznějšími obtížemi. Přechod s chráněného prostředí, ve kterém se závislý pohyboval po dobu léčby, do reálného života, bývá velmi složitý. Klienti využívají pomoci sociálních pracovníků v oblasti sociální, právní i pracovní. Pokud je sociální práce efektivní, měla by dospět k posílení schopností klienta pomáhajících k začlenění i samostatnosti v rámci sociálního systému.<sup>76</sup>

Univerzálním přístupem sociální práce s drogově závislými lidmi je motivační rozhovor neboli soubor komunikačních strategií vedení rozhovoru, které vyvolávají změny v závislém chování. Motivační rozhovor je možné uplatnit ve všech fázích práce s drogově závislým člověkem, přičemž je zásadní, aby došlo k správné diagnostice fáze změny, ve které se klient nachází.<sup>77</sup>

Řada závislých není po ukončení léčby schopna řešit samostatně problémy týkající se dluhů, sociálních dávek či trestního stíhání, a proto musí být tento druh pomoci praktický. Kvalitní pomoc sociálního rázu již není podceňována jako v minulosti a je jí v rámci doléčovacího procesu přičítána značná úloha.<sup>78</sup>

<sup>74</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S.87

<sup>75</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X. S. 223

<sup>76</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Následná péče v protidrogové prevenci. Sociální služby[online]. Praha, 2005 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>

<sup>77</sup> MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7002-X. S. 214

<sup>78</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6. S. 209

#### 2.4.4.4. Chráněná pracovní místa a rekvalifikace

„Smysluplná práce a osvojené pracovní návyky přispívají ke zvýšení sebevědomí uživatelů drog prostřednictvím zážitku úspěchu a jsou zásadním a výrazným milníkem na jejich cestě stát se právoplatnými členy společnosti a začlenit se tak do běžného každodenního pracovního života.“<sup>79</sup> Lidé ve fázi doléčování se potýkají hned s několika obtížemi při hledání pracovního místa, mezi které patří jejich nekvalifikovanost, absence pracovních návyků i zápisy v trestním rejstříku. Tyto osoby by většinou bez pomoci zvenčí hledali povolání velmi těžko. Až 30% z nich má dokončené pouze základní vzdělání.<sup>80</sup>

Doléčovací programy klientům umožňují absolvovat rekvalifikační kurzy, díky kterým se mohou vzdělávat v nejrůznějších oblastech. Možnost rekvalifikace poskytují akreditované organizace i specializovaná zařízení, která se zaměřují na léčbu a resocializaci závislých. Od této praxe se však postupně ustupuje, neboť účast rekvalifikace v drogovém zařízení klientům spíše škodila. V současnosti tedy resocializační centra přistoupila k zajišťování veřejných rekvalifikačních kurzů organizovaných úřady práce. Doléčovací programy poskytují klientům velmi praktickou pomoc a spolupracují s již zmiňovanými úřady práce i s firmami, které jsou ochotné jejich klienty zaměstnat. V západní Evropě se dokonce vytváří sítě firem zaměstnávajících účastníky doléčovacích programů.<sup>81</sup>

Kromě rekvalifikace je klientům doléčování také nabízena práce v chráněných dílnách. V chráněných dílnách se klienti mohou naučit pracovním návykům, dovednostem a za vykonanou práci dostávají mzdu. Klienti a poskytovatelé této služby spolu uzavírají standardní pracovní smlouvu.<sup>82</sup> Ve snaze začlenit klienta do společnosti jsou v zahraničí před chráněnými dílnami upřednostňována chráněná pracovní místa vytvářená na normálních pracovištích.<sup>83</sup>

<sup>79</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Následná péče v protidrogové prevenci. Sociální služby[online]. Praha, 2005 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>

<sup>80</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001., ISBN 80-238-8014-4. S. 91

<sup>81</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 89

<sup>82</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, ISBN 80-238-8014-4. S. 48

<sup>83</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 89



#### 2.4.4.5. Chráněné bydlení

Tento druh sociální služby je určen osobám, které se po léčbě nemají kam vrátit, nebo by pro ně jejich původní sociální prostředí bylo rizikové. Je téměř nereálné, aby si klient během základní léčby našel vlastní bydlení a situace návratu do normálního života bez bydlení i práce způsobuje vysoké riziko relapsu. Chráněné bydlení je tudíž pro stabilizaci života v abstinenci velmi důležité. Klientům jsou poskytovány malé byty či pokoje se společným zázemím.<sup>84</sup> Možnost využívat chráněného bydlení je klientovi většinou poskytována na dobu šesti měsíců až jednoho roku. K pobytu v chráněném bydlení se vážou povinnosti jako je placení nájmu a dodržování pravidel, mezi nimiž je i zákaz alkoholu a drog v místě chráněného bydlení. Cílem pobytu v chráněném bydlení by měla být stabilizace klientovi životní situace, osamostatnění a postupné zajištění vlastního bydlení.<sup>85</sup>

Služba chráněného bydlení klientům neposkytuje pouze střechu nad hlavou, ale také pomoc socioterapeuta, který pomáhá při řešení praktické otázky každodenního života. Pomáhá jim hledat vlastní bydlení, poskytuje rady týkající se soužití v domě i hospodaření s financemi.<sup>86</sup>

#### 2.4.4.6. Lékařská péče

Zdravotní problémy způsobené užíváním drogy jsou hepatitida, kardiovaskulární potíže i infekce. Je zřejmé, že oblast medicíny nesmí být během doléčování opomíjena, neboť užíváním drog si uživatel mimo jiné způsobuje i poškození organismu. Je tedy třeba pomýšlet na psychickou i fyzickou stabilizaci klienta. Představa, že abstinující klient je po dokončení základní léčby fyzicky zdravý, je mylná.<sup>87</sup>

#### 2.4.4.7. Práce s rodinnými příslušníky

Význam rodiny pro člověka je zřejmý i v případě závislé osoby, neboť zapojení rodin do jejich léčby zvyšuje pravděpodobnost úspěšnosti. Drogová závislost ovlivňuje vztahy s rodinnými příslušníky a je značně náročná nejen pro uživatele drogy. Rodina

---

<sup>84</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 90

<sup>85</sup> SANANIM. Doléčování. Drogová poradna [online]. Praha, 2009 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/dolecovani.html>

<sup>86</sup> KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., ISSN: 1213-3841. S. 90

<sup>87</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-62. S. 210

často po mnoha neúspěšných bojích se závislostí nevěří v úspěšné vyléčení jejich blízkého. Atmosféra nedůvěry v rodině je typická. V doléčování je faktor rodiny velmi důležitý a je dobré, pokud si rodiče uvědomí, že se značně podílejí na uzdravení závislého.<sup>88</sup>

„Ve výzkumu z roku 2000 uvedlo 83,5% všech institucí v ČR, aktivních v léčbě a resocializaci drogově závislých, práci s rodinami závislých. Z dalšího dotazování vyplývá, že nejčastěji užívanou formou práce s rodinami klientů jsou rodičovské skupiny.“<sup>89</sup>

#### **2.4.4.8. Volnočasové aktivity**

Závislý člověk si často užíváním drogy zpestřuje život a odsouvá své záliby stranou. V době abstinence se poté vrací ke starým zájmům nebo si hledá záliby nové. Klienti ve fázi doléčování se velmi často obávají relapsu, a tak si na den plánují množství nejrůznějších aktivit.<sup>90</sup>

#### **2.4.5. Význam doléčování v léčbě drogových závislostí**

Na efektivitu léčby uživatelů návykových látek se zaměřily výzkumy „Drug Abuse Treatment Outcomes Study“ a „National Treatment Outcomes Research Study“. Výzkumy prokázaly, že doléčovací programy zvyšují úspěšnost léčby uživatelů drog, změny chování a udržení abstinence až o 80%.<sup>91</sup> Další výzkum, který provedli Simone Arbour, Janice Hambley a Victoria Ho představil výsledky následné péče u uživatelů návykových látek po residenční léčbě. 71 % respondentů, kteří se doléčování účastnili v následujících šesti měsících, stále abstinovalo, a z těch, co absolvovali více než dva

---

<sup>88</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-62. S. 210

<sup>89</sup> RADIMECKÝ, J. Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě. In Závěrečné teoretické práce absolventů IV. Komunity sebezkušenostního výcviku ve skupinové psychoterapii. [online] Skálův institut, 2004. [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.skaluvinstitut.cz/pages/texty.asp>

<sup>90</sup> KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-62. S. 210

<sup>91</sup> RADIMECKÝ, Josef. Funguje léčba uživatelů drog?. Informace z adiktologie. [online]. Praha, 2013 [cit. 2013-04-22]. Dostupné: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje-lecba-uzivateleu-drog-.html>

doléčovací programy, vydrželo abstinovat dokonce 83%. U osob, které doléčování nepodstoupily vůbec, abstinovalo pouhých 61 %.<sup>92</sup>

Z uvedených údajů je zřejmé, jak důležité místo zaujímá doléčování v systému péče a pomáhá svým klientům s usnadněním adaptace na život v abstinenci. To se promítá i na zájmu uživatelů drog o tento druh služeb. V Registru poskytovatelů sociální služeb Ministerstva práce a sociálních věcí bylo k červenci 2012 v České republice 34 zařízení poskytujících doléčování, které využilo 1095 klientů ohrožených závislostí nebo na návykových látkách závislých. Z tohoto počtu bylo 13,5% závislých na heroinu, 52,7 % závislých na pervitinu.<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> ARBOUR, Simone, HAMBLEY Janice a HO Victoria. *Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment*. *Substance Use* [online]. roč. 46, č. 10, s. 1275-1287 [cit. 2013-04-18]. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826084.2011.572941>

<sup>93</sup>NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Zaostřeno na drogy*. [online]. Praha, 2012, č. 6 2009 [cit. 2013-04-20]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z: [http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2012\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2012\\_06\\_cislo\\_6\\_2012](http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2012_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2012_06_cislo_6_2012)

## **2.5. Doléčovací centrum Magdalena o.p.s. v Podolí**

Doléčovací ambulantní program Magdalena o.p.s. v Podolí poskytuje služby, které klientovi pomáhají vytvořit podmínky pro udržení abstinence po léčbě. Program pomáhá klientovi v seberealizaci, posiluje jeho kompetence v sociální integraci a posiluje změny, kterých dosáhl při léčbě závislosti na drogách, přičemž reaguje na individuální potřeby i možnosti klienta. Mezi cíle doléčovacího programu patří snížení rizikového chování a zlepšení kvality života.

Do cílové skupiny doléčovacího programu spadají osoby závislé na nelegálních návykových látkách, kterým je více než osmnáct. Musí být schopni komunikace v českém jazyce a být motivováni. V některých typech případů mohou přijmout i osoby s jinou závislostí. Klient vstupující do programu tak činí na základě vlastního přesvědčení a celé jeho působení v programu a práce na osobních cílech je svobodná. Jediná omezení, která musí klient programu přijmout, jsou pravidla vyplývající z pravidel doléčovacího centra, s kterými vyjádřil souhlas při nástupu do programu. „Program je založen na využívání pozitivního potenciálu mezilidských vztahů, společného sdílení činností a sociálního učení“.<sup>94</sup>

### **2.5.1. Přístup ke klientovi**

V programu se klient účastní individuálních i skupinových aktivit vedených pracovníky centra, mezi něž patří psychoterapeut, sociální pracovník, osobní garant a vedoucího skupinového sezení. Program je zajišťován individuálními a skupinovými činnostmi, které vedou pracovníci DC v rámci kompetencí psychoterapeuta, sociálního pracovníka, osobního garanta a vedoucího skupinového sezení.

Každému klientovi je do čtrnácti dnů od jeho nástupu sestaven individuální plán, který zohledňuje vážnost předchozího onemocnění a somatické i psychosociální komplikující faktory. Plán je poté jednou měsíčně hodnocen. Klient se účastní dle svého individuálního plánu. Každý klient má rovněž svého garanta, který dohlíží na plnění léčebného plánu. Vzdělávací a volnočasové aktivity jsou přístupné všem klientům.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 7

<sup>95</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 7

### **2.5.2. Struktura programu**

Pro doléčovací centra jsou typické strukturované programy, který má i doléčovací centrum Magdalena. Tento program je rozdělen na tři stupně. Během prvního stupně, který trvá dva měsíce, dochází klient do podpůrné skupiny, kde se řeší plány klientů a jejich současné problémy. Skupina se koná jednou týdně a dochází v ní k nácviku a prezentaci osobních zkušeností klientů. Rovněž jednou týdně probíhají individuální pohovory s guaranty, kde se řeší klientovi vlastní aktuální problémy a vztahy. Zdárné ukončení prvního stupně je možné v případě 80% účasti na skupině a vypracování prezentace „řeka života“.

Druhý stupeň trvá čtyři až sedm měsíců. Klient během něj dochází do podpůrné skupiny i na individuální psychoterapie a dle potřeby je v kontaktu se svým garantem. Tato část doléčování je ukončena rituálem rozloučení se skupinou, kdy jsou rekapitulovány jeho zkušenosti se začleňováním se do běžného života.

Do třetího stupně trvajících čtyři až dvanáct měsíců se klient dostane po odsouhlasení týmu doléčovacího centra a garanta. Dochází zde k individuálním pohovorům s garantem. V této fázi doléčování jde zejména o upevňování zkušeností v pracovním a osobním životě. Dochází rovněž k řešení nově vznikajících krizových situací.<sup>96</sup>

Co se týče ukončení účasti v programu, to je předem naplánováno tak, aby byla v případě potřeby otevřena možnost další pomoci. Když klient odchází z doléčování, zpracovává se závěrečné hodnocení, to platí i pro situaci, ve které klient program opouští z důvodu návratu k drogám. V případě návratu k drogám jsou mu poskytnuty informace o dalších možnostech péče a rizicích užívání drog.<sup>97</sup>

### **2.5.3. Podmínky účasti v doléčovacím programu**

Klient, který je v doléčování, musí dodržovat pravidla doléčovacího programu. Mezi ně patří abstinence od návykových látek, jako jsou nelegální drogy i léky bez předpisu. Rovněž je nežádoucí konzumace alkoholu a v první fázi doléčování je k ní dokonce přistupováno jako k „mokrému relapsu“. Užívání alkoholu totiž zvyšuje

---

<sup>96</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 8

<sup>97</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 10

pravděpodobnost relapsu a nedoporučuje se ani v pokročilých fázích doléčování<sup>98</sup>. Samozřejmý je zákaz držení drog i alkoholu v doléčovacím centru. Pro klienty by rovněž měly být tabu intimní vztahy s ostatními klienty centra a fyzické či psychické násilí.<sup>99</sup>

#### **2.5.4. Užití návykové látky během doléčování**

##### **2.5.4.1. Relaps během doléčování**

V případě, že klient jednorázově užije drogu, tedy zrelapsuje, je povinen tuto skutečnost nahlásit pracovníkovi centra do dvou pracovních dnů a dohodnout se s ním na dalším postupu. Po vyřešení relapsové situace se opět může zúčastnit skupiny. V doléčovacím centru zpravidla takto tolerují dva relapsy, ke kterým dojde během krátkého časového období.<sup>100</sup>

##### **2.5.4.2 Intoxikace a recidiva během doléčování**

V případě užití alkoholu či drog se klient nesmí účastnit skupinového programu doléčovacímho centra. Rovněž by neměl být přítomen ani v prostorách doléčovacímho centra. Pokud klient jednorázově poruší abstinenci, tedy dojde-li k relapsu, je povinen to do dvou dní nahlásit pracovníkovi doléčovacímho centra a situaci řešit. V opačném případě může být relaps důvodem k vyloučení z programu. Pokud dochází k relapsu opakovaně během krátkého období, přestává klient docházet do programu skupiny a je mu garantem poskytována intenzivní péče. Pracuje se na klientově motivaci k léčbě nebo se jedná o opakovací léčbě.<sup>101</sup>

#### **2.5.5. Standardní a ambulantní doléčovací program**

Pro klienty vstupující, jak do ambulantního či do standardního doléčovacímho programu platí výše uvedená podmínky, ale jisté rozdíly mezi oběma programy jsou.

Klienti přijímaní do standardního doléčovacímho programu jsou zařazeni do prvního stupně doléčování, který jsem již výše popsala. Pokud splní jeho podmínky,

---

<sup>98</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacímho centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 9

<sup>99</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacímho centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 10

<sup>100</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacímho centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 11

<sup>101</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacímho centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 10

pokračují v něm až do zdárného ukončení po šesti až dvanácti měsících účasti. Co se týče časového rozvrhu programu, je vytvořen tak, aby vycházel vstříc možnostem klientů a vzhledem k tomu se většina aktivit odehrává ve večerních hodinách.

U některých osob, které mají zájem o zařazení do doléčovacího programu, se může stát, že nevyhovují podmínkám přijetí do standardního doléčovacího programu nebo nejsou schopni plnit jeho podmínky. Právě pro ně nabízí doléčovací centrum možnost ambulantního doléčovacího programu, kdy klient podepisuje informovaný souhlas, a je mu vystaven ambulantní list. Tito klienti dochází na individuální konzultace se svými guaranty a neúčastní se terapeutických skupin. V případě, že mu to jeho životní podmínky dovolují, může klient z ambulantního doléčovacího programu přestoupit do programu standardního.<sup>102</sup>

## **2.5.6. Služby poskytované klientům**

### **2.5.6.1. Individuální práce**

Jak již bylo zmíněno výše, každý klient doléčovacího centra má svého guaranta, který s ním pracuje. Klientovi je k poskytování služba individuální psychoterapie, které se účastní pouze on a terapeut. Psychoterapie formou rozhovoru je střednědobá až dlouhodobá a koná vždy v doléčovacím centru.<sup>103</sup>

### **2.5.6.2. Skupinová práce**

„Skupinová práce je základní terapeutický prostředek, jehož postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám klienta.“ Ve skupině dochází ke sdílení potíží i vzájemné podpoře žití v abstinenci. Podpůrná skupina seznamuje klient a s problematikou závislosti (pravidla abstinence, práce s chutěmi, osobní vztahy rodinné a blízké vztahy, prevence relapsu). Klienti si vzájemně vyměňují zkušenosti a vytváří se prostředí jakési intimity a bezpečného prostoru.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 9

<sup>103</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 19

<sup>104</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 18

### **2.5.6.3. Sociální práce**

Nedílnou součástí programu je sociální práce, která má dát do pořádku sociální situaci klienta a pomoci mu v sociální reintegraci. Pracovníci doléčovacího programu pomáhají klientům integrovat se na trhu práce, stabilizovat rodinnou i bytovou situaci či dostudovat. S poradenstvím v oblasti práce souvisí i trestněprávní oblast.

Do oblasti sociální práce doléčovacího centra Magdalena patří sociální poradenství a pracovní poradenství. Sociální poradenství se týká občanských práv, generové problematiky, sociální podpory v době nezaměstnanosti, splácení dluhů. Součástí pracovního poradenství je jednání s úřadem práce, pomoc při hledání nového místa a sjednávání pracovního poměru atd.<sup>105</sup>

### **2.5.6.4. Volnočasové aktivity**

Drogově závislí lidé se mnohdy potýkají s problémy, které jim přineslo právě užívání drog. Problémy s nezaměstnaností, nekvalifikovaností i nedostatečným vzděláním jsou uvedeny již v předchozí kapitole. Doléčovací centrum Magdalena se snaží vést klienty k profesnímu zaměření a efektivnímu i aktivnímu využívání volného času. Nabízené oblasti aktivit se rozdělují na zdravý životní styl, turistiku a klubové aktivity, při nichž mohou klienti využít prostor doléčovacího centra pro osobní aktivity. Co se týče aktivit zaměřených na životní styl klientům je poskytován program "Zdraví".<sup>106</sup> Náplní tohoto programu je cvičení ve fitness centrech pod dohledem profesionálního fitness trenéra, dodržování dietního režimu i jiné sportovní aktivity jako je kolo, běh, plavání. Pro klienty jsou pořádány i výlety za účelem turistiky a táboření. V doléčovacím centru mají každou středu odpoledne uvolněnou místnost, kterou mohou využívat pro své osobní aktivity.<sup>107</sup>

### **2.5.7. Konec léčby v doléčovacím programu**

Řádné ukončení léčby v programu je předem naplánováno tak, aby byla v případě potřeby otevřena možnost další pomoci. Když je klient propouštěn

<sup>105</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 22

<sup>106</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 22

<sup>107</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 17



zpracovává se závěrečné hodnocení, to platí i pro situaci, kdy klient program opouští z důvodu návratu k drogám. V situaci, kdy klient opět užívá drogy, jsou mu poskytnuty informace o dalších možnostech péče a rizicích užívání drog.<sup>108</sup>

Kromě standardního ukončení léčby, ale dochází i k vyloučení z programu. Klienti jsou vylučováni na základě hrubého chování k ostatním, neohlášeného relapsu, neomluvených absencí v terapeutické skupině i při rizikovém užívání alkoholu. Vyloučeným klientům jsou doporučována jiná zařízení, která by jim mohla pomoci situaci řešit.

---

<sup>108</sup> KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008, S. 10

## **III. PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1. Úvod**

Bakalářská práce, jejíž součástí je tento kvalitativní výzkum, se zabývá doléčovacím programem pro drogově závislé osoby a jejich vlivem na život těchto lidí. V teoretické části byly rozebrány důsledky užívání drog, které se projevují v oblasti mezilidských vztahů, práce, zdraví a způsobují i psychické dopady. Problémy ve všech těchto oblastech, které byly způsobeny drogou, si sebou drogově závislý člověk mnohdy nese i v době abstinence. Klienti v doléčování mají mnohdy finanční problémy, jsou nezaměstnaní, mají narušenou síť sociálních vztahů a někteří i zdravotní problémy.

Doléčování je posledním a velmi významným článkem systému péče o drogově závislého člověka a po absolvování léčby mu pomáhá adaptovat se na život v abstinenci a vyrovnat se s již zmiňovanými problémy. Pro dosažení efektivity systému péče o drogově závislé osoby je významné, aby na sebe její jednotlivé složky navazovaly, vzájemně si předávaly informace a informovaly o dalších možnostech léčby i klienty samotné. Aby byla účast v doléčovacím programu efektivní, je nutná pružnost programu tedy to, aby reagoval na aktuální problémy klientů a pomáhal jim je překonat.

### **3.2. Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem bude cílem tohoto výzkumu zjistit, zda a jak doléčovací program, do kterého jsou klienti zařazeni, pomáhá řešit problémy, které se u nich vynořily v souvislosti s abstinencí.

Výzkumná otázka č. 1: Jaký význam přikládají drogově závislí doléčovacím programům v souvislosti se stabilizací jejich životní situace v době abstinence?

Výzkumná otázka č. 2 : Jakou roli hraje doléčovací program v dlouhodobé perspektivě udržení abstinence?

### **3.3. Výzkumná strategie, technika sběru dat**

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Tato výzkumná strategie mi pomohla porozumět pozorované realitě, tedy již zmiňovanému významu doléčovacího programu pro jeho klienty. Data jsem získala pomocí rozhovorů s návodem, které byly prováděny s klienty doléčovacího centra Magdalena. Informace od tohoto malého počtu jedinců a závěr z nich vyvozený nebude moci být generalizován na populaci.<sup>109</sup> Kvalitativní strategie výzkumu mi umožní hlubší porozumění tématu na datech získaných od malého počtu informátorů.

Jako nejvhodnější techniku sběru dat potřebných pro tento výzkum jsem vyhodnotila rozhovor pomocí návodu. V návodu bude uveden seznam otevřených otázek, které byly během rozhovoru probrány, což mi pomohlo věnovat se všem potřebným tématům. Tento typ rozhovoru má i další značnou výhodu a tou je, že jsem mohla otázky v závislosti na situaci přeformulovat a doplňovat, navíc měli informátoři větší volnost v jejich zodpovídání.<sup>110</sup> Obměna otázek závisela převážně na výřečnosti informátorů. Často se stalo, že se během odpovědi dostali k tématům, na která jsem jim ještě nepoložila otázku. Objevily se i případy, kdy byly odpovědi velmi stručné a musela jsem se tedy klientů podrobněji doptávat. Provedla jsem rozhovory s pěti klienty doléčovacího centra, přičemž všichni souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Rozhovory se odehrávaly v místě doléčovacího centra Magdalena v Podolí, vždy ve středu před terapeutickou skupinou klientů. Co se týče struktury rozhovoru, na jeho počátku jsem pokládala otázky neutrálního rázu, které se netýkali problémových oblastí, aby se klienti cítili dobře a neostýchali se odpovídat. V dalších fázích rozhovoru jsem se již snažila navázat otázkami, které se týkaly i osobnějších a citlivějších témat. Tento postup jsem zvolila se záměrem navození atmosféry důvěry. Před rozhovorem i během něj, jsem se snažila vytvořit přátelskou atmosféru, bedlivě naslouchat a rozvíjet zajímavá témata, která klienti během svých odpovědí otevírali.

---

<sup>109</sup> DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-246-0139-7. S. 287

<sup>110</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7040-2. S. 174

### **Okruhy otázek užitých v rozhovoru s návodem:**

Dosavadní zkušenosti s léčbou

- Kdy jste nastoupil do první léčby?
- Jaká byla Vaše motivace nástupu do doléčování?
- Jaké máte dosavadní zkušenosti s následnou péčí?

Současná situace a role doléčování

- Jaký byl přechod z léčby do života v abstinenci? S čím jste se nejvíce potýkal?
- Jaká je Vaše současná situace?
- Jak se změnila Vaše vztahy s rodinou?
- Jak se vyrovnáváte s bažením?

Pohled na následnou péči

- Co jste očekával od doléčovacího programu?
- Jak vnímáte doléčovací centrum a jeho zaměstnance?
- Jakých aktivit se v doléčovacím centru účastníte?
- Jak Vám účast v doléčování pomáhá?
- Jak se změnil Váš život během doléčování?

### **3.4. Výběr vzorku**

Při volbě zkoumaného vzorku jsem použila techniku účelového vzorkování, kterou popsal Patton. Jedná se o způsob vzorkování, kdy je preferován výběr informačně bohatých případů pro hlubší zkoumání.<sup>111</sup> Výběr vzorku probíhal s ohledem na výzkumný problém. Byly vybrány abstinující plnoleté osoby, které jsou klienty doléčovacího centra. Po domluvě s vedoucím oddělení doléčování doléčovacího centra Magdalena jsem měla možnost setkat se s klienty před konáním terapeutické skupiny a individuálně je požádat o spolupráci na výzkumu. Byla jsem klientům představena, osvětlila jsem jim cíl výzkumu a požádala je, zda jsou ochotni věnovat mi dvacet až třicet minut na poskytnutí rozhovoru. Poté již vše záviselo na ochotě klientů. Řada z nich mi účast přislíbila a poskytla mi kontakt. Pracovníci doléčovacího centra mi

---

<sup>111</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7040-2. S. 154

umožnili provádět rozhovory v místě doléčovacího centra Magdalena před terapeutickou skupinou klientů. Ta se koná každou středu odpoledne. Konkrétní čas rozhovorů jsem s klienty domlouvala telefonicky. Účast mi přislíbilo osm klientů doléčovacího centra, ale nakonec se mi podařilo rozhovory uskutečnit pouze s pěti. V jednom případě se rozhovor neuskutečnil kvůli zdravotním problémům klienta a ve dvou dalších klienti i přes daný příslib nakonec poskytnout rozhovor odmítli.

Nakonec tedy proběhly rozhovory s pěti klienty doléčovacího centra Magdalena, přičemž doba jejich docházení do doléčování se pohybovala od čtyř měsíců do dvou let. I přes tento poměrně malý vzorek se mi podařilo nashromáždit velmi zajímavá data a přehled o lidech docházejících na doléčování. Nakonec jsem sestavila vzorek lidí od 26 do 48 let.

### **3.4.1. Stručné představení informátorů**

#### **Informátor A**

Jedná se o muže narozená v roce 1981, který byl třináct let závislý na pervitinu. V roce 2010 na rok nastoupil do první léčby a po jejím úspěšném ukončení do doléčování. V doléčování je téměř dva roky a dochází již jen na skupinovou terapii. V současné době je zaměstnán a má vlastní bydlení.

#### **Informátor B**

Jedná se o muže narozeného roku 1965, který šestnáct let užíval pervitin. Do první léčby nastoupil v roce 2010. Dochází již do druhého doléčování, neboť již byl z jednoho programu vyloučen. V doléčovacím programu centra Magdalena je čtyři měsíce a ukončení doléčování v nejbližší době neplánuje. Po celou dobu užívání drogy pracoval jako truhlář a žil s rodinou.

#### **Informátor C**

Jedná se o ženu narozenou roku 1987, která byla osm let závislá na pervitinu, subutexech a lécích. Svou první léčbu podstoupila ve vězení a to roku 2010. Po propuštění z vězení nastoupila do doléčovacího programu, kam dochází téměř dva roky. V současné době má zaměstnání a žije s přítelem. O ukončení docházení do doléčování zatím příliš neuvažuje.

### Informátor D

Jedná se o muže narozeného roku 1984, který osm let užíval pervitin. Do první léčby nastoupil v roce 2012 a poslední čtyři měsíce dochází do doléčovacího programu. V současné době shání pracovní místo a snaží se osamostatnit od rodičů.

### Informátor E

Jedná se o ženu narozenou roku 1981 patnáct let závislou na pervitinu. Do první léčby nastoupila roku 2012. Do doléčovacího programu dochází přes pět měsíců. V den rozhovoru podepsala pracovní smlouvu, a po dlouhé době se jí splnilo přání být zaměstnaná.

## **3.5. Analytické postupy**

Analýzu dat a jejich sběr jsem prováděla současně, postupně jsem rozhodovala, která data potřebuji a opětovně je sbírala a analyzovala.<sup>112</sup> Po nahrání rozhovorů na diktafon, došlo k jejich transkripci. Provedla jsem doslovnou transkripci, abych měla k analýze dostupná všechna potřebná data a pořizovala si během ní poznámky. Induktivním postupem, který je pro kvalitativní výzkum charakteristický, jsem získala informace o jevech vyskytujících se ve vybraném vzorku a nacházela jsem mezi nimi pravidelnosti.<sup>113</sup> Opětovně jsem pozorně prošla přeepsané rozhovory a pomocí otevřeného kódování jsem hledala mezi výpověďmi spojitosti, lokalizovala a označovala témata. Postupně jsem vytvářela seznam témat, vybírala a přiřazovala k nim pasáže z transkripcí rozhovorů, které jsem opakovaně pročítala.<sup>114</sup>

---

<sup>112</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7040-2. S. 50

<sup>113</sup> DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-246-0139-7. S. 287

<sup>114</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7040-2. S. 247

### **3.6. Etika výzkumu**

Co se týká etické stránky výzkumu, existují standarty vymezující jeho etická pravidla. Před začátkem výzkumu jsem klientům doléčovacího centra předložila k podepsání informovaný souhlas. Účastníkům byl předem osvětlen cíl výzkumu, způsob průběhu rozhovorů s návodem, i to k čemu bude výzkum sloužit. Informátorům nebyly zatajeny žádné informace týkající se výzkumu. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a klienti doléčovacího centra byli srozuměni s faktem, že budou moci svou účast na něm kdykoliv ukončit. S klienty jsem byla v kontaktu pouze já, respektovala soukromí a nikomu jinému nesdělila jejich identitu. Informátoři, nahrávky rozhovorů s nimi i jejich transkripce jsou označeny čísly, aby byla zajištěna anonymita účastníků výzkumu. Po přepsání rozhovorů jsem audio nahrávky smazala a kromě mě je nikdo jiný neslyšel. Rovněž jsem během výzkumu neohrozila tělesné ani psychické zdraví jedinců a otázky pokládala citlivě, aby byl zásah do jejich soukromí co nejmenší.<sup>115</sup>

### **3.7. Zpracování a interpretace dat**

#### **3.7.1. Důvody nástupu do doléčovacího programu**

Ve třetí kapitole této práce jsou uvedeny situace, v jakých se klienti v době nástupu doléčování nachází. Mnohdy jsou bez práce, sociální sítě a neví, co si počít sami se sebou. Jsou v situaci, kdy se před nimi objevuje řada problémů a jak uvádí, bez pomoci doléčovacího centra by je mnohdy nezvládaly a zvyšovalo by se jim riziko porušení abstinence. Doléčovací centrum jim podává pomocnou ruku, kterou mnoho z nich jinde nenajde. Celkově z výpovědí vyplývá, že udržení abstinence motivuje klienty k nástupu do doléčování, protože se již nechtějí ocitát v situacích, které museli prožívat kvůli droze. Nástup do doléčování jim tedy otevírá možnost života bez drog, se zaměstnáním a s rodinou.

*„Chtěl jsem pokračovat v tom, co jsem začal v léčení. Udržet si tu abstinenci jako takovou a řešit si tu problémy. Řešit věci ohledně práce a osobního života.“* (informátor D) *„Chtěla jsem pokračovat vydržet nebrat drogy, asi jsem neměla jistotu sama v sebe, abych pokračovala bez nějakého dalšího léčení.“* (informátor E) Klientka

---

<sup>115</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-736-7040-2. S. 155-157

doléčovacího centra bez stabilního rodinného zázemí uvedla jako hlavní důvod nástupu do doléčovacího programu zabránění recidivě, kterému by se bez využití následné péče pravděpodobně nevyhnula. „*Já jsem měla jasno, kvůli drogám jsem byla ve vězení a mohla jsem se vrátit k mámě, která je nemocná a pije alkohol a nemám s ní pořádný zázemí. Navíc mám ve svém rodném městě spoustu známých, který by mě stáhli zpátky. Rozhodla jsem se zůstat tady v Praze a brát abstinenci vážně.*“ (informátor C)

Z výpovědí rovněž vyplývá, že klienti byli o možnosti nástupu do doléčovacího programu informováni v předchozích zařízeních, kde se léčili. V teoretické části jsem se zmiňovala o faktu, že efektivita systému péče o závislé osoby závisí i na tom, jak spolu jednotlivá zařízení spolupracují a informují závislé o dalších možnostech léčby. Zdá se, že konkrétně o oblasti doléčování jsou klienti v léčbě informováni velmi dobře a spolupráce mezi jednotlivými zařízeními funguje. „*Asi jsem si uvědomil, že je potřeba dát věci do pořádku a v Bohnicích mi dali informace o doléčování a kontakt na tenhle doléčovák*“ (informátor B) Jako hlavní motiv nástupu do doléčování se objevila i rodina. „*Taky to dělám hlavně kvůli rodině, podporovali mě po celou dobu léčby, ale je jasný, že podpora nemůže být do nekonečna i proto jsem tady.*“ (informátor B)

### **3.7.2. Vztah klientů k doléčovacímu programu**

Z výpovědí klientů doléčovacího centra je zřetelné, že doléčování považují za velmi důležité a celkově ho pro sebe samé hodnotí jako velmi přínosné. Usnadnilo jim začátky adaptace na život v abstinenci, a to poskytováním pomoci. Klienti v tomto ohledu hovořili zejména o sociální oblasti. To, jaká pomoc je jim nakonec poskytována se samozřejmě odvíjí od konkrétní situace klienta. Informátorka C vypověděla: „*Já bych to bez doléčováku nezvládla. Minimálně začátek určitě ne. Dalo mi to čas se rozkoukat, všechno jsem si ořukávala...Já kdybych neměla doléčovák, jsem úplně v háji. Neměla bych se kam vrátit, respektive měla bych se kam vrátit, ale dostalo by se to tam kam předtím. Dalo mi to spoustu možností, bydlení i první práci. Perfektní start*“ (informátor C) „*Zkušenost s doléčováním mám jenom pozitivní. Já sem nechodím, protože musím, ale rád. Už jsem si na to zvykl. Jsou to dny v týdnu, kdy mám určený, že sem půjdu a dává mi to určitý řád. Je to součást běhu mého tejdne.*“ (informátor A) Někteří klienti vymezovali důležitost doléčovacího programu vzhledem léčbě. Zmiňovali se přitom především o důležitosti pomoci v oblasti sociální. „*Doléčovák je pro mě významnej. Je to pro mě minimálně 75 procent úspěchu. Potřebuju o problémech s lidma mluvit a řešit problémy, který přicházej jako je chuť na drogu i*



*hledání práce. Oni mi to zde umožňují. Zatím jsem do ničeho nespádnul zpátky.“(informátor D) „Doléčovák považuji za trochu důležitější než léčbu, protože těch problémů po jejím ukončení je s bydlením, prací a hlavně teda s penězi dost.“ Doléčovací program dodává klientům pocit, že na přicházející problémy nejsou sami. „Já jsem tady z toho nadšená, že mám pocit, že na to tak nejsem sama, skupiny mi dávají hodně nových poznání, dívání se na věci trochu jinak, vždy mohu přijít, když mě něco trápí“. (informátor E)*

Během rozhovorů několik klientů hovořilo o domácím prostředí, které pro ně centrum vytváří. To je významné i s ohledem na to, že klienti mají často narušené vztahy s rodinou a postupně se je během doléčování snaží dát do pořádku. V době po odchodu z léčby, jak sami zmiňují, nachází v doléčovacím centru rodinné prostředí. *„Zaměstnanci centra na mě působí hrozně kladně, můj garant je hrozně příjemný pán, jsem s ním neskutečně spokojená, vždy ho ráda vidím, nemám problém před ním mluvit, to samé na skupinách. Jsem se všemi spokojená, nemám bloky před nima mluvit. Asi je to tím, že jsou přátelští a je tu domácí a příjemné prostředí.“ (informátor E)*

Důležitý je i vztah, jaký si klienti vytváří k zaměstnancům centra. I přesto, že se jedná o vztah terapeut-klient, rozšiřuje se tak klientovi sociální síť a má člověka, kterému může důvěřovat. Klientům bývá poskytována pomoc i nad rámec povinností pracovníků. *„...Měli starost i jakou by mít nemuseli. Psali mi i smsky jak mi je, i když nemuseli. Byla to pro mě velká podpora.“(informátor C)* Jak již bylo naznačeno, zaměstnanci centra si nacházejí ke klientům cestu, klienti si váží pomoci a důvěry, která je do nich vložena a snaží se abstinenci udržet i kvůli nim. *„Je to určitě závazek k těm lidem. Nechci je zklamat. Samozřejmě to dělám pro sebe, ale ty lidi ve mě mají důvěru a já v ně taky. To je pro mě důležité.“(informátor D).*

### **3.7.3. Přínosy doléčovacího programu při zvládání krizových situací**

Jak již bylo uvedeno v kapitole „Doléčování“, klient by se měl v nechráněném prostředí naučit přijímat a zvládat rizikové situace jako negativní emoční stavy, konflikty s rodinou a přáteli i setkání s drogovými známými. Klient by se měl naučit tyto situace zvládat a nepředcházet relapsu pouhým vyhýbáním se jim. Klienti uváděli, že s bažením se setkávají stále. Intenzita a četnost chutě na drogu je značně individuální. Jedna z klientek uvádí, že s bojem proti bažení jí pomáhá i to, že se nepohybuje

v prostředí, kde užívala drogu. „Chutě jsou velký silný a často. Mívám sny, když jsem nešťastná. Přepadá mě to spíš, když mám psychický trápení. Je to tady lepší, než by to bylo v mém rodném městě. Tady v Praze to přeci jen neznám. Na druhou stranu dělám s jehlama a v práci jsou lidi užívající opiáty a to mi nevadí.“ (informátor C) Jiný klient uvedl následující: „Stane se to no, nejsou to nějaký nezvladatelný stavy. Není to nic hroznýho, za ty léta už ani nevím jak ta droga chutná. Vytvořil jsem si od toho odstup, ale neříkám, že mám vyhráno. Do konce života si na to musím dávat pozor.“ (informátor A) Z výpovědí rovněž vyplývá, že rozhodnutí o udržení abstinence a vyhnutí se relapsu jsou u drogově závislých pevná. „Občas tu chuť mám, ale musím si vždycky říct, že to moje rozhodnutí je pevný a chci abstinovat. Prostě si nedám.“ (informátor D). „Vyhybám se jakýmkoliv krizovým situacím, aby ve mně zbytečně nezbuzovaly touhu po droze.“ (informátor B). Z výpovědí je zřejmé, že doléčování pomáhá klientům vyhnout se případnému relapsu, neboť jim umožňuje řešit problémy na individuální i skupinové terapii. Na otázku jak doléčovací program pomáhá řešit bažení, odpovídali klienti velmi podobně. Jako značně důležitá v řešení situací spojených s bažením se ukázala individuální psychoterapie. Klienti se zde naučí hovořit o svých problémech a otevřít se terapeutovi. „No důležitý je, že já si už řeknu o pomoc, a to byl u mě ze začátku velký problém. Dřív jsem si všechno chtěla řešit hlavně sama a vedlo to k sebepoškozování. Když jsem řekla, automaticky mi pomohli tím, že se mnou strávili čas a rozebírali to se mnou.“ (informátor C) Klienti zvládají krizové situace, které by mohli vést k relapsu různě. Někteří přikládají stejný význam skupinové i individuální terapii. Objevil se i názor značné důležitosti skupiny, a to s ohledem na předávání si zkušeností mezi klienty. Klienti mají pocit, že jim ostatní na skupině rozumí lépe než lidé, kteří s drogou nemají zkušenosti. „Individuál je výbornej, pomáhá ten mi hodně, pomáhá srovnat si věci v hlavě. Ta skupina je taky super. Podle mě je ta skupinová terapie důležitá tím, že feťák feťáka oblbne hůř než zdravýho člověka, kterým je i terapeut na individuálu.“ (informátor B). „Je pro mě důležité, že můžu říct nějakou svoji zkušenost, a taky když mám nějaký problém, poslechnu si jejich názor, nazpět dostávám to samé od lidí, když řeším nějaký problém.“ (informátor E)

### **3.7.4. Změny v životě spojené s nástupem do doléčovacího programu**

#### **3.7.4.1. Mezilidské vztahy**

Jak již bylo uvedeno v kapitole „Situace člověka v době nástupu do doléčování“ pro člověka jsou mezilidské vztahy významné a k rozhodnutí nebrat drogy patří změna týkající se jich samotných.

##### Přátelé

Velmi častým problémem v oblasti mezilidských vztahů je pro klienty v doléčování přátelství. Jak již bylo uvedeno výše, závislí mají v době užívání látky většinu přátel právě mezi drogově závislími. S přechodem do abstinence se jim tedy mnohdy rozpadá síť sociálních vztahů. To se shoduje s výpověďmi klientů, kteří většinou vypověděli, že přišli o hodně přátel, neboť byli svázáni s jejich drogovou minulostí. Důvodem k opuštění starých známých a přátel je to, že jsou pro abstinující klienty ohrožením, které by mohlo vést k relapsu či recidivě. „*Přerušil jsem veškeré vztahy s nimi, abych neohrožoval sám sebe. Držím se dál od lidí, co berou, ale i od těch co pijou, to nemám rád.*“ (informátor B). „*Nestýkám se s lidma, co berou, ale měl jsem předtím i ji jiné známe, takže se snažím vídat s nima.*“ (informátor D)

Klienti ve fázi doléčování se tedy nachází v situaci, kdy nemají téměř žádné přátele, přestože bližší sociální vazby jsou pro člověka důležité. Problémem však je, že mnozí z nich si nové vztahy utváří jen těžko. „*Já nejsem moc seznamovací typ, takže to bylo těžký, ale našel jsem si kamarády přes známý, přes kluky z práce nebo lidi z doléčováku.*“ (informátor A) „*Já mám okolo lidí, s kterými bych se mohla scházet a mohli by být moji noví přátelé, ale mně to prostě nejde, něco mi tam chybí. Je to asi ta bezstarostnost, kterou jsem s těma lidma předtím žila. Těžko říct, neumím to popsat.*“ (informátor C)

Během doléčování tedy dochází k nacházení nových vztahů, to v jaké intenzitě závisí na individuální povaze jedince a jeho schopnosti navazovat vztahy, následující výňatek z rozhovoru se jeví jako opak předchozích dvou. „*V současné době musím říct, že se mi ta síť přátel rozrůstá, když jsem byla v komunitě, tak jsem měla dva – kamarádku a maminku kamarádky a teď se mi to rozrůstá o bývalý lidi z léčby, který vyšli po ukončení. Jsou v pořádku, abstinují, a také jsem se spojila s kamarádem a kamarádkou, s kterými jsme se znali z dřívějšíka. Pak jsem potkala ještě jednu známou, které když jsem řekla, jak se věci mají tak mě začala hodně podporovat a fandí mi. Takže se to pomalu rozrůstá.*“ (informátor E)

Co se týče pomoci, kterou doléčovací centrum poskytuje svým klientům v této oblasti, mluvili o ní spíše jako o teoretické a klienti jí ne vždy zcela využívají a naplňují. „*Pomáhali mi i tady, ale to jsou spíš jen rady a pak to stejně musíte udělat sám.*“ *Na individuálu jsem tenhle svůj problém řešila, ale je to prostě ve mně a jen tak s tím asi nic neudělám. Sice mi tu říkali, že bych si měl najít nového přítele, ale já je nepotřebuju. Žiju jenom rodinou.* (informátor B)

#### Vztah k ostatním klientům doléčovacího centra

Význam doléčování na mezilidské vztahy klientů se projevil zejména ve vztahu k docházení na skupinovou terapii. Co se týče vztahů mezi klienty doléčovacího centra, jsou ve většině výpovědí hodnoceny kladně. Pocit sounáležitosti a vzájemné podpory je pro klienty důležitý, protože se klienti nachází ve stejné situaci, kdy po odchodu z léčby musí řešit podobné problémy a dokážou se tedy vzájemně pochopit. Sociální síť se jim zde rozrůstá, mají se komu vypovídat a z výpovědí vyplývá, že se ve většině případů mají vzájemně rádi. „*Co se týče skupiny, pomáhalo mi, že jsem se všema na jedné lodi. Jsem tu dost dlouho, chodím sem hlavně kvůli těm nově příchozím a mám pocit, že jim můžu dát nějakou tu svou zkušenost.* (informátor A) „*Mám pár známých z doléčovačky a s těma je mi fajn. Nedokážu se kamarádit s lidma, který tu zkušenost s drogama nemá, ale nevím proč. Úplně mě to s nima nebaví.*“ (informátor C) V tomto ohledu se během rozhovorů naskytla jen jedna výjimka, kdy klient (otec od rodiny s rodinným zázemím) ostatní spíše litoval a neviděl mezi sebou a jimi žádnou podobnost, přestože měl stejně jako oni dlouhodobou zkušenost s drogami. Přesto, že si připadá, že je na tom o mnoho lépe, však z jeho slov vyplývá, že si k nim cestu našel. „*Je mi těch lidí líto, jsou na tom hůř než já. Nevidím v nich žádnou podobnost se svojí osobou. Jediné, co máme společné je abstinence, jinak jsem v úplně jiné situaci. Ty lidi mám v podstatě rád, ale víc než jeden den v tejdnu je vidět nepotřebuju.*“ (informátor B)

#### Rodina

V teoretické části byl zmíněn vliv užívání drog na fungování rodiny a během rozhovorů se potvrdilo, že se mnohdy objevuje únava ze závislosti člena rodiny a panuje nedůvěra v udržení abstinence. Celkově se vztahy v rodině s užíváním drogy zhoršují. Rodinná situace se u jednotlivých členů hodně lišila. Společným jevem, který však šlo ve výpovědích nalézt, bylo to, že se jejich rodinné vztahy měnily k lepšímu.

Pouze jeden klient byl ženatý a měl dítě, jeho rodina mu byla po celou dobu velkou oporou a i přesto hovořil o pozitivních změnách ve vztazích přicházející s léčbou a doléčováním. *“Myslím, že se ženou je to určitě lepší. Jak bych to řekl. Máte nějakou genetickou výbavu a ta droga vás mění a vy se těm blízkým vzdalujete a to se jim nelíbí. Řešíte situaci jinak, než kdybyste byl bez drogy. Moje city a emoce mi neříkaly to, co zdravému člověku. Lhal jsem sám sobě a jednal přehnaně. Teď se tady v doléčováku učím jak s tím pracovat a rámci terapie to se mnou probírají, tady jsou v tom přeborníci. Nic už si nenalhávám a řeším vše strážlivými očima.* (informátor B) „Jedna z klientek uvedla, že má s rodinou moc hezký vztah, přestože po do končení léčby nebylo možné, aby se domů vrátila, protože matka pije alkohol. *„Mamka je hodně nemocná. Ona by za mě dala život i v době, kdy jsem jí okrádala a schovávala si u ní jehly. Miluje mě, u ní se toho moc nezměnilo, jen je na mě hrdá, že abstinuju. Moc velkou rodinu jinak nemám. Ještě teda tetu, která se o mě starala jako vlastní máma a na tý vidím, že ji spadl velký kámen ze srdce.*“ (informátor C) Klienti popisovali lepší rodinné vztahy, a to s ohledem na větší samostatnost, která se rozvíjí s jeho účastí v doléčovacím centru, kde mu pomáhají postavit se na vlastní nohy hledáním práce počínaje a řešením psychických problémů na terapii konče. To je samozřejmě spojeno s udržením abstinence. *„S rodičema se vztahy posunuly do přátelský roviny. Jsme víc kamarádi. V doléčováku mi pomáhají být samostatnější, co se týče práce i bydlení. Už si na nich nepřipadám tak závislej, jak se postupně stavím na vlastní nohy, tím jak si hledám práci a jiný bydlení.*“ (informátor D) *„Strašně moc se mi vylepšily vztahy s tátou, který se mi vlastně díky mému fetování vzdaloval, což se teď prolomilo a máme zase bližší vztah, což je hrozně fajn.*“ (informátor E) U jedné klientky se rodina jeví jako vysoce riziková, a to proto, že matka i sestra jsou závislé. *„Mám sestru, která je závislá na alkoholu, mamka je závislá na pervitinu, takže hodně řeším tenhle styk s rodinou. Vidám se nimi jen, když nejsou pod vlivem. Je to rodina, ale zároveň mě to ohrožuje.*“ (informátor E)

Z výpovědí klientů je zřejmé, že se snaží zlepšit vztahy s rodinnými příslušníky, a to i v případech, kdy jsou oni sami závislí. V tomto ohledu je význam doléčovacího programu spojen s fakty, že pomáhá klientům postavit se na vlastní nohy po pracovní i finanční stránce a ukazuje členům rodiny, že je jeho snaha o abstinenci vážná. Opětovné sblížení se s rodiči i jinými členy rodiny je krokem k návratu do spokojeného života bez drogy.

### 3.7.4.2. Práce

Práce je významným faktorem pomáhající klientům začlenit se do normálního života bez drogy. S prací je spojený výdělek a od něj se částečně odvíjí, i to jak kvalitní bude klientův následující život. Touha po vlastním slušném bydlení a finanční samostatnosti je významná a bezpochyby klienty motivuje k hledání zaměstnání. To, jak snadno klienti po výstupu z léčby najdou zaměstnání, se odvíjí od jejich dosavadních pracovních zkušeností i motivaci a schopnosti práci vůbec hledat. Někteří klienti pracovali po celou dobu užívání drog a měli jisté pracovní návyky, jiní byli v opačné situaci. Ať už klient patřil do jakékoliv z těchto dvou skupin, z odpovědí je jasné, že práce je pro něj stěžejní, protože si díky ní vydělá peníze a zajistí si lepší bydlení a životní podmínky. Doléčovací program pomáhá klientům najít zaměstnání a jedná se o praktickou i teoretickou pomoc.

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, na drogově závislé je mnohdy pohlíženo s despektem a je tak pro ně mnohdy obtížné najít si práci. I klienti, kteří před nástupem léčby pracovali, využili sociální služby poskytované doléčovacím centrem. „*Práci jsem hledal sám, ale vlastně jsem dostal kontakt a tu práci si pak zařídil sám. Využil jsem tu pomoc.*“ (informátor A) Doléčovací centrum umožňuje klientům zdarma absolvovat rekvalifikační programy a poskytuje i chráněný pracovní program. Této možnosti z mnou dotazovaných využila pouze jedna klientka, která o pomoci v oblasti práce vypověděla následující: „*Já jsem vždycky chtěla dělat s lidma, ale udělala jsem si školu na prodavačku. Zaplatili mi kurz a umožnili na něj chodit v pracovní době, když jsem byla zaměstnaná na zahradě a měla ji normálně placenu. Byly to kurzy sanitář a pracovník v sociálních službách a dali mi čas sehnat práci. Tlačili, ale ten čas tam byl.*“ (informátor C) Klientům jsou rovněž poskytovány konzultace týkající se pracovního zaměření i komunikace s potenciálním zaměstnavatelem. „*Bavíme se o tom, co by mě mohlo bavit a řešíme, co by pro mě bylo vhodné. Bavili jsme se jak napsat životopis, co říct na pohovoru a jak se tam chovat.*“ (informátor D) Je stěžejní, aby se klient po pár neúspěšných pohovorech nevzdal, neboť zapojení do pracovního procesu je pro klienty krokem k úspěšnému začlenění do života v abstinenci a pracovníci doléčovacího centra se snaží klienty v tomto ohledu podporovat. „*Byly tam nějaký malý a velký zklamání, protože jsem byla na několika pohovorech, táhlo se to měsíc. Získávala jsem jakousi beznaděj, že tu práci nenajdu. Takže jsem o tom tady mluvila, mluvila jsem o tom, že jsem byla na pohovoru, z kterého jsem utekla zbaběle, protože jsem měla pocit, že*

*nemám praxi a že se na mě zatvářili divně, tak jsem to radši zabalila, než aby mě odmítli.... Poradili mi, že pro příště mám víc zakousnout a nevzdávat to při prvním nezdaru, že je to především o tom, jak zapadnu do toho kolektivu, jak mi ta práce půjde...“ (informátor E)*

Udržení abstinence je v oblasti práce významné i pro klienty, kteří zaměstnání měli i v době, kdy užívali drogy. V teoretické části jsem uvedla, že drogy snižují výkonnost pracovníka a mezi projevy jimi způsobované patří i nespolehlivost a zanedbávání povinností. To se s ohledem k výpovědím klientů potvrdilo. *„No změna byla v tom, že když jsem bral, musel jsem tu drogu vzít, abych mohl dělat po propařeném víkendu, ale stejně jsem nebyl úplně spolehlivej. Dneska tam jdu s čistou hlavou a dbát na to, abych si dostatečně odpočinul.“* (informátor A) Jiný klient uvedl následující *„Chodím včas a jsem spolehlivější, jsou se mnou spokojenější.“* (informátor B)

### **3.7.4.3. Volný čas**

Klienti uváděli, že si po odchodu z léčby začali nacházet volnočasové aktivity, které v době užívání drogy neměli. Ukázalo se, že nacházení nových koníčků i vracení se ke starým bylo pro klienty vystupující z léčby velmi důležité, a to zejména s ohledem na využití volného času, který dříve věnovali droze. Po odchodu z léčby bylo třeba tento volný čas zaplnit a v počátcích k tomuto účelu sloužilo především docházení do doléčovacího programu, s kterým je spojená pravidelná účast klientů na skupinové i individuální terapii. Kromě docházení na skupinu a individuální terapii se klienti účastní i aktivit organizovaných doléčovacím centrem, které pořádá nejrůznější výlety. *„Chodím na vše možné, co se dá, jakékoliv výlety, chodím na skupinu i individuál. Byli jsme na horách a teď pojedeme na skály. Taky jezdíme na výlety na kola. Byli jsme i na Ukrajině. V létě pojedu s přítelem na měsíc do Francie na brigádu, to nám taky zařídil doléčovák“* (informátor C) *„Já sem chodím hrozně rád a s těma lidma se stýkám rád. Jednou za pár týdnů zajedem na nějakou akci na víkend na hory nebo na kola. V létě se jezdí na Ukrajinu.“* (informátor A)

V souvislosti se stabilizací životní situace klientů se začaly objevovat aktivity spojené s chodem normálního života bez drogy. Klienti začali hledat zaměstnání, doházet do něj, starat se o domácnost, což jim rovněž naplňuje volný čas a určuje jakýsi běh týdne. *„...ona starost o přítele, vaření, žehlení, sport a do toho práce mi zabere hodně času.“* (informátor C) *„Já mám volný čas pouze o víkendech, protože jsem litala po*

*pohovorech a vlastně mám ještě jednu brigádu.*“(informátor E) V následujícím úryvku klient hovoří dokonce o nedostatku volného času v souvislosti s tím, že klient uvažuje i o ukončení doléčování. *„Ale už budu končit, chodím sem už rok a třičtvrtě. Už se mi toho v osobním životě nashromáždilo tolik, že i ten jeden den v tejdnu navíc se mi bude hodit.*“ (informátor A) Většina klientů se také v současné době věnuje sportu. *„Nějakou dobu to trvalo, než jsem se našel, ale už skoro rok dělám thlajský box a moc mě to baví“* (informátor A) Někteří klienti se i na základě konzultací v doléčovacím centru vraceli k aktivitám, které ve volném čase provozovali, než začali užívat drogy. *„Já jsem dřív závodně běhala, dělala jsem karate, ale pak jsem se na všechno vykašlala. Teď jsem se vrátila ke karate, chodím dvakrát týdně na tréninky a taky běhám.“* (informátor C) *„Bavili jsme se tu o volným čase, který jsem potřeboval zaplnit a nakonec jsem se vrátil k tenisu, který jsem hrát, než jsem začal brát a taky jsem začal chodit na tanec “* (informátor D)

Docházení do doléčovacího programu, nacházení nových zálib i přibývání povinností spojených s každodenním životem, dává klientům řád v jejich běhu týdne, což je významný fakt pro udržení jejich abstinence a stabilní životní situaci.

### **3.7.5. Pohled na budoucnost**

Co se týče pohledu na budoucnost, klienti k ní vzhlížejí s přáním spokojeného života v abstinenci. Cíle, kterých chtějí dosáhnout se vzhledem k tomu, že se každý z klientů nachází v jiné životní situaci trochu různí, ale všechny mají společné téma, jehož prvopočátkem je dobře placené zaměstnání. Hlavním tématem tedy u všech klientů bylo pomýšlení na lepší životní standard. Ten je spojen s lepším zaměstnáním i finančním ohodnocením a pro klienty znamená spokojenější život, což je pro stabilizaci jejich celkové životní situace jistě významné. Klienti, co nemají zaměstnání, touží alespoň po nějakém. *„Mojí prioritou je cejtít se dobře a mít dobrej pocit ze svýho života, a to se mi daří, každej den se to lepší. Jedna z takových konkrétnějších je sehnat si tu práci a lepší bydlení.*“ (informátor D) Zaměstnaní pomýšlí na již zmiňovaný vyšší plat a s ním spojené lepší bydlení a životní standard. Ukazuje se, že postup v zaměstnání nebo jeho změna k lepšímu je pro klienty významná, jak s ohledem na finance, tak na lepší pocit ze sebe samého. *„V současný době bych rád změnil práci, protože teď nedělám za peníze, který bych chtěl, ale to jsou jen detaily“*(informátor A) *„Chtěl bych změny v práci, jsem vyučeněj truhlář, ale teď, využívaj mě k různým pracem. Chtěl bych*



*dělat něco, abych se za sebou mohl ohlídnout. A další taková meta je že bych chtěl přestat kouřit.“ (informátor B) Jedna z klientek uvedla jako největší přání mít děti, které se vzhledem k současné finanční situaci jeví jako nereálné. Její přání mít rodinu je tedy opětovně spojeno s lepším finančním ohodnocením a prací. „Chtěla bych rodinu. Udělám všechno pro to, abych měla dítě. Chlapa mám, ale bohužel na tom nejsme finančně dobře, takže si to zatím nemůžeme dovolit.“ (informátor C) U jedné klientky se mimo jiné objevila i touha po doplnění vzdělání, která by jí umožnila dělat vysněnou práci. „Já jsem o tom zatím nepřemýšlela, tak prvotní je určitě práce, nějaké to zázemí. Až budu mít stálé zázemí a stálou práci, tak bych chtěla znovu začít školu, protože jsem školu nedodělala... Chtěla bych asi zdrávku. Mám blízký vztah k pečování o lidi, já jsem pracovala rok a půl v nemocnici, pak jsem pracovala v domově důchodců, tohle je mi blízký, to mě naplňuje.“ (informátor E)*

### **3.8. Diskuze**

Z výpovědí výzkumu vyplývá, že klienti se potýkají s problémy především v pracovní oblasti a v oblasti mezilidských vztahů. V teoretické části práce bylo zmíněno, že pro efektivitu doléčovacího programu je významné, aby pružně reagoval na potřeby klientů. Na základě výpovědí klientů doléčovacího centra, v němž výzkum probíhal, se jeho program jeví jako efektivní. Klientům je poskytována pomoc na základě jejich aktuálních problémů, které se ve valné většině týkaly sociální situace a mezilidských vztahů. Jak bylo zmíněno v teoretické části, shánění práce bývá pro osoby ve fázi doléčování složité. Potvrdilo se, že klienti skutečně potřebují a využívají pomoci při hledání pracovního místa. Zda pomoc přichází ve formě rekvalifikace, psaní životopisu závisí na konkrétní situaci, ve které se klient nachází. Co se týče mezilidských vztahů, výpovědi klientů odpovídají tvrzením v teoretické části o negativním působení užívání drog na rodinné i intimní vztahy. Rovněž se potvrdil i fakt, že většina drogově závislých přichází po odchodu z léčení o většinu přátel, neboť byli součástí jejich drogové minulosti. Klienti uváděli značné zlepšení rodinných vztahů v době doléčování, což souvisí zejména s udržením abstinence a osamostatňováním se. Také si postupně utváří nové přátelské vztahy, přičemž pro některé z nich to není snadné. Uváděli, že tento druh potíží jim pomáhá řešit individuální a skupinová terapie, kde o nich mohou otevřeně hovořit. Během doléčování se výrazně zlepšují i vztahy s rodinou, ale mnoho klientů na jeho počátku rodinné zázemí nemá, i proto hovořili o

centru jako druhém domově. Změna pro klienty přichází také v oblasti volného času. Potvrdilo se navracení klientů ke starým zájmům a hledání nových zálib, což bylo uvedeno již v teoretické části. Klienti doléčovacího centra se věnují především sportu a volný čas jim rovněž zaplňuje i samotné docházení do centra. Postupně si vytváří denní a týdenní řád docházením do práce, novými koníčky i pravidelnou účastí v doléčovacím programu. Z jejich výpovědí vyplývá, že jsou spokojeni s pomocí, kterou jim doléčovací centrum poskytuje. Doléčování splnilo jejich očekávání týkající se zejména v sociální oblasti, kde se problémy nejčastěji objevují. Někteří mu v procesu léčby přikládají dokonce větší význam než základní léčbě, protože po odchodu z ní by se i přes dosaženou abstinenci pravděpodobně nedokázali vypořádat s přicházejícími problémy. Bez bydlení, práce a rodinného zázemí by pro ně byl začátek nového život těžký. Jako významnou hodnotí skupinovou i individuální terapii. Přičemž skupinovou terapii mnozí z nich zdůrazňují s ohledem na předávání zkušeností s dalšími klienty. Téměř všichni klienti se shodli, že doléčování pro ně s ohledem na udržení abstinence znamená mnoho. Pomohlo jim sehnat práci, řeší bažení i mezilidské vztahy a poskytuje jim již zmiňované domácí prostředí. Potvrdil se i fakt, že je významná vzájemná spolupráce mezi složkami systému péče, neboť klienti ve většině případů dostali kontakt na doléčovací centrum v předchozím zařízení. Postupným řešením problémů, s kterými se klienti potýkají, se celkově stabilizuje jejich životní situace, což do budoucna zvyšuje perspektivu udržení abstinence.

Výzkum byl realizován s poměrně malým vzorkem klientů, což ovlivnil i fakt, že jich v současné době na standardní doléčovací program dochází pouze deset. Jednalo se o klienty pouze jednoho doléčovacího centra. Výzkum je postaven na subjektivním pohledu klientů na doléčování a jeho význam, ukazuje tedy to, jak oni sami vnímají pomoc, která je jim během doléčování poskytována. Všichni klienti, s kterými jsem rozhovory prováděla, užívali dlouhodobě pervitin a doléčování podstupovali poprvé. Během polostrukturovaných rozhovorů jsem se i přes jejich omezené trvání snažila získat od klientů co nejvíce informací. Snažila jsem se navodit atmosféru důvěry kladením nejprve neutrálních otázek, u kterých se klienti většinou rozpovídali a poté jsem přecházela i k citlivějším tématům. Myslím, že tento záměr se mi podařil, neboť klienti byli ve valné většině poměrně vstřícní. Za nedostatek by mohl být považován fakt, že jsem pro klienty byla v podstatě neznámá osoba. V doléčovacím centru jsem se s nimi setkala několikrát, ale jednalo se spíše o krátká setkání, při kterých jsem se snažila navodit přátelskou atmosféru, a to se mi myslím podařilo. Všichni klienti byli

během rozhovorů vstřícní, odpovědím na otázky se většinou nevyhýbali a někteří dokonce začali hovořit o intimnějších tématech, která se týkala zejména rodinných vztahů.

## **IV. ZÁVĚR**

Jak jsem uvedla na samém počátku práce, společnost nemá dostatek informací o fázi doléčování jako posledním článku systému péče o drogově závislého. Neví se tedy o těch drogově závislých, kteří se snaží dobrovolně abstinovat a svůj život zásadně zkvalitnit. Pohled na drogově závislé jako na nenapravitelné a nezodpovědné osoby, je tímto nedostatkem informací ještě umocňován. Setkání s klienty doléčovacího centra a pochopení v jaké životní fázi se během doléčování nachází, bylo i pro mě samotnou velmi přínosné. Setkala jsem se s lidmi, kteří jsou plni odhodlání abstinovat a jsou vděční za pomoc poskytovanou doléčovacím centrem pomáhající jim snáze se zapojit do běhu života bez drogy. Z rozhovorů jsem měla obavy, které opadli v momentě, kdy jsem se s klienty doléčovacího centra setkala poprvé. Poznala jsem v nich milé, upravené a především otevřené lidi. Klienti hovořili o své životní situaci zejména vzhledem k problémům s prací, financemi a mezilidskými vztahy.

Hlavním výstupem z dat, která jsem získala, bylo zjištění, že doléčování jako poslední složka systému péče o drogově závislé je pro klienty velmi významné. Klienti nastupují do doléčování dobrovolně a jsou odhodláni k životu bez drog. Využívají pomoci poskytované doléčovacím centrem k stabilizaci vlastní životní situace. Překonávají nástrahy spojené s nechráněným prostředím a za pomoci doléčování si vytváří denní a týdenní řád. Nacházejí si práci, bydlení a navazují nové vztahy, které nejsou vázané na drogovou minulost. Doléčování podporuje zapojení klientů do života v abstinenci a zvyšuje pravděpodobnost udržení abstinence tím, že jim pomáhá vyrovnat se s krizovými situacemi, které by mohly vést k recidivě.

## V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAMEČEK David, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ Martina, KALINA Kamil, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
- ARBOUR, Simone, HAMBLEY Janice a HO Victoria. *Predictors and Outcome of Aftercare Participation of Alcohol and Drug Users Completing Residential Treatment. Substance Use* [online]. roč. 46, č. 10, s. 1275-1287 [cit. 2013-04-18]. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826084.2011.572941>
- ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ. Programy spadající do sekce intenzivní ambulantní následné péče. Sekce intenzivní ambulantní a následná péče A.N.O. [online]. Praha, 2001 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z <http://www.asociace.org/data/programyspadajici-do-sekce-ianp.pdf>
- BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-807-3873-868.
- BĚM, Pavel. Složky systému péče v ČR. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
- BERGERET, Jean. *Toxikomanie a osobnost*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-718-7003-X.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-04-19]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČLOVĚK V TÍSNI O.P.S. Sociální exkluze. Podpora sociálně-integračních politik a služeb [online]. Praha, 2008 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://epolis.cz/page.php?location=&menu=first&id=28&idNotion=9>
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- DVOŘÁK, D. Sociální rehabilitace. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
- DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, 2013. Social Reintegration. [online]. Lisbon, 2013. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>
- HAMPL, Karel. Lékařská a ambulantní péče. In KALINA. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.

HRDINA a KORČIŠOVÁ, Terénní programy. In KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

JEŘÁBEK, Petr. Psychopatologie závislosti. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

KALINA, Kamil. Denní stacionáře. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kamil Kalina, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KOLEKTIV DC PODOLÍ, *Operační manuál doléčovacího centra Magdalena*, Mníšek pod Brdy, 2008

KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. *Adiktologie*. 2001, č. 2., s. 86, ISSN: 1213-3841

KUDA, Aleš. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-62.

KUDA, Aleš. Sociální rehabilitace a následná péče. In Kamil KALINA, *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

KUDA, Aleš. Relaps a prevence relapsu. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, Stanislav. Psychopatologie závislosti. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

LIBRA, Jiří. Nízkoprahová kontaktní centra. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

MARLATT, G a Dennis M DONOVAN. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press, c2005. ISBN 1-59385-176-6.

MATOUŠEK, Oldřich. a kol: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Následná péče v protidrogové prevenci. Sociální služby[online]. Praha, 2005 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1071>

MRAVČÍK Viktor, GROHMANNOVÁ Kateřina, CHRONYMOVÁ Pavla, NEČAS Vlastimil, GROLMUSOVÁ Lucie, KISŠOVÁ Lucia, NECHANSKÁ Blanka, FIDESOVÁ Hana, KALINA Kamil, VOPRAVIL Jiří, KOSTELECKÁ Lenka, JURYSTOVÁ Lucie. Výroční zpráva o stavu ve věcech všech drog v České republice v roce 2011, Praha: Úřad vlády České republiky 2012, ISBN: 978-80-7440-067-4.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Apolinářský model. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. . Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/apolinarsky\\_model](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/apolinarsky_model)

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Doléčování. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. . Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/dolecovani\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dolecovani_aftercare)

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Opakovací léčba. Drogy-info[online]. Praha, ©2003-2006 [cit. 2013-04-13]. Dostupné z [http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opakovaci\\_lecba](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opakovaci_lecba)

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. Zaostřeno na drogy. [online]. Praha, 2012, č. 6 2009 [cit. 2013-04-20]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z: [http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2012\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2012\\_06\\_cislo\\_6\\_2012](http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2012_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2012_06_cislo_6_2012)

NEŠPOR, Karel. Detoxifikační jednotky. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 2. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové látky a pracovní prostředí*. In Švábová, K.: Vybrané kapitoly pracovního lékařství. [online]. Praha: IPVZ, 2002. [cit. 2013-04-16]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-x.

POPOV, Petr. Programy metadonové a jiné substituce.. In Kamil KALINA, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

PRESTON, Andrew., MALINOWSKI, Andy a ŠEFRÁNEK, Martin. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě, praktická příručka pro uživatele drog*. 1 vyd. Praha: Úřad vlády, 2007. ISBN 978-80-87041-28-4

RADIMECKÝ, Josef. Funguje léčba uživatelů drog?. Informace z adiktologie. [online]. Praha, 2013 [cit. 2013-04-22]. Dostupné: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog-.html>

RADIMECKÝ, J. Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě. In Závěrečné teoretické práce absolventů IV. Komunity sebezkušenostního výcviku ve skupinové psychoterapii. [online] Skálův institut, 2004. [cit. 2013-04-22]. Dostupné z: <http://www.skaluvinstitut.cz/pages/texty.asp>

ROTGERS, Frederick. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-7169-836-9.

SANANIM :*Doléčování*. [online]. [cit. 2013-04-9]. Dostupný z  
<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/dolecovani.html>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Vyd. 1. V Praze: Karolinum, 2005. ISBN 978-802-4609-560.

VERSTER Annette, SOLBERG Ulrik, 2003. *Social reintegration in the European Union and Norway*. [online]. Lisabon, 2013.[cit. 2013-04-20]. Dostupné z:  
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1573EN.html>  
SANANIM.Doléčování. Drogová poradna [online].Praha,2009 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z:  
<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/dolecovani.html>

VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0337-4.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997, s. 14. Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 6. ISBN 80-86123-02-2.