

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RESOCIALIZACE DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Vedoucí práce: doc. Michal Kaplánek, Th.D.

Autor práce: Veronika Míková
Studijní obor: Pedagogika volného času
Ročník: 3., kombinované studium

2018

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:

podpis

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mému vedoucímu práce panu doc. Michalu Kaplánkovi, Th.D. za to, že mě vzal pod svá křídla s tímto tématem, dále panu PhDr. Jaroslavu Hálovi za jeho přístup ke konzultacím, a že mě udržoval při síle. Moc děkuji i respondentům, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovor, svěřit mi citlivé informace jejich života a tím mi pomohli nahlédnout do něčeho tak složitého jako je závislost, také věznicí v Jiřicích, paní Hasoňové za její čas, věnovaný mé osobě. Nevýslovné díky také patří všem v mém okolí, kteří mi pomáhali a měli se mnou a Montíkem trpělivost.

Obsah

Úvod.....	5
1. Současný stav	7
1.1. Instituce a organizace podílející se v České republice na resocializaci drogově závislých.....	11
TERÉNNÍ PROGRAMY	11
NÍZKOPRAHOVÁ KONTAKTNÍ CENTRA	11
DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY	12
SUBSTITUČNÍ LÉČBA	12
AMBULATNÍ LÉČBA	12
DENNÍ STACIONÁŘE	13
STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA	13
TERAPEUTICKÉ KOMUNITY.....	13
DOLÉČOVACÍ PROGRAMY	14
1.2. Porovnání způsobů, možností a postupů v léčbě závislých na návykových látkách z hlediska úspěšnosti	15
2. Drogová kriminalita.....	17
2.1. Programy zacházení ve věznicích pro odsouzené trpící drogovou závislostí ..	17
2.2. Návštěva Věznice Jiřice	20
3. Ověření navrhovaných postupů léčby formou kvalitativního výzkumu	24
3.1. Formulace výzkumného problému.....	24
3.2. Výzkumné metody	24
3.3. Charakteristika výzkumného souboru.....	24
3.4. Struktura rozhovoru	25
3.5. Zpracování dat.....	26
4. Výsledky – analýza dat.....	27
4.1. Konkrétní závislost a její dopad	27
4.2. Podstoupené léčebné procesy.....	29
4.3. Rodinné zázemí jako vliv na závislost či případnou léčbu	32
4.4. Drogová minulost spojená s výkonem trestu ve vězení a tamní poměry v rámci specializovaných oddělení	33
Závěr	34
Seznam použitých zdrojů.....	36
Seznam příloh	38

Úvod

Se závislostmi se bojuje po celém světě. Každoročně si tento problém vyžádá několik milionů životů a způsobuje neskonale utrpení, které se týká nejen jedince, ale vyvstávají zde rizika i pro společnost. Závislost má mnoho podob a mnoho definic, může obnášet konzumaci legálních i nelegálních psychoaktivních látek, ale i jiné druhy činností. Za vznikem závislosti stojí množství faktorů a mechanismů, a tím vzniklo mnoho přístupů k závislosti (srov. WEST 2016: 9), proto také vznikl vědní multidisciplinární obor Adiktologie, který se zabývá studiem různých forem lidského konání, jež mohou vyústit v závislostní chování. Zaměřuje se na prevenci, jak tomuto chování předcházet, případně jej řešit a minimalizovat rizika a potencionální nepříznivé dopady. Tento vědní obor usiluje o uplatňování výzkumem podložených poznatků v praxi při realizaci opatření drogové politiky (srov. Janíková, Piskáčková 2007: 9).

Nejdříve bychom si však měli přesněji vysvětlit termín závislost. Jak již bylo zmíněno, existuje mnoho definic ať už v odborné či laické literatuře. Robert West (2016: 19) uvádí některé z příkladů definic z odborné literatury. Například *„závislost je přetrvávající kompulzivní návyk na nějaké chování, aktivitu nebo látku ovlivňující stav nálady. Někteří vědci rozlišují dva typy závislosti: látkovou závislost (například alkoholismus, zneužívání drog a kouření) a závislost na procesech (například hráčství, utrácení peněz, nakupování, jídlo nebo sexuální aktivity). Stále častěji se ukazuje, že mnozí závislí, např. polyvalentní uživatelé, mají vytvořenu závislost na více než jednu látku nebo jeden proces (Gale Encyclopaedia of Medicine)“*, nebo *„kompulzivní nekontrolovatelný návyk na látce, úkonu nebo činnosti nabývající takové intenzity, že způsob obstarání předmětu tohoto návyku nebo abstinence může způsobovat závažné emoční, duševní nebo fyziologické reakce (Mosby's Medical dictionary, 8th ed.)“* (tamtéž 2016: 20). West (srov. tamtéž 2016: 21) zmiňuje i další definice. Některé se zaměřují pouze na látkovou závislost, jiné se dotýkají i dalších problémových typů chování. Pokud bychom chtěli najít hlubší kořeny závislosti, měli bychom se zabývat podstatou životních dilemat, jak míní Kamil Kalina (srov. 2008:18). Podle něj žijeme ve světě vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávisť apod. Tento vztah dualit v nás vyvolává neklid, napětí, tužby i hledání. A v onom hledání nacházíme většinou hlubší lidské motivace a potřeby, které jsou zčásti nevědomé, zčásti však s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Všechny takovéto potřeby mají i svou korespondující drogu, prostřednictvím které se umocňují tyto prožitky. Tedy opioidy

(látky tlumící bolest), stimulancia (látky přinášející slast a euforii) a psychedelika (látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky). V této práci se však nebudeme zabývat samotnou závislostí, ale její léčbou a přístupem k ní. Hlavně se pak budeme zaměřovat na látkovou závislost. Podrobnější vyjádření k závislostem na procesech a přehled psychotropních látek a jejich účinků uvádí Kamil Kalina ve své knize *Základy klinické adiktologie* (2008: 339).

Cílem této práce je tedy zmapování situace adiktologických služeb v České republice, v návaznosti na to i ve věznicích ČR. Pojem mapování je zde chápán jako čerpání z dostupných internetových a tištěných zdrojů, případně návštěvy jedné z věznic za účelem reálného pohledu na speciální oddělení věznic pro drogově závislé. Dalším úkolem je pak zjištěné informace ověřit formou polostrukturovaného rozhovoru s drogově závislými, kteří si prošli alespoň některými z uvedených léčebných programů. Bude se jednat o čtyři případy.

1. Současný stav

1.1. Drogová scéna v České republice a Národní strategie protidrogové politiky

Česká republika při řešení problému užívání drog vychází z konceptu Světové zdravotnické organizace *Zdraví pro všechny v 21. století*. Podle tohoto konceptu je užívání drog problémem ohrožujícím veřejné zdraví. *Ochrana veřejného zdraví* je také jedním ze dvou základních konceptů protidrogové politiky ČR, přičemž je i předmětem zájmu Evropské unie a je ukotvena v Lisabonské smlouvě. Druhým základním konceptem je *Ochrana bezpečnosti jednotlivců a společnosti*, kdy je viděno ohrožení jedince či společnosti především v organizované formě trestných činností, souvisejících s výrobou a distribucí drog, tedy výskyt kriminálního chování. „*Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejím účelem je zabezpečit zdraví, ochranu a bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti*“ (Kiššová 2011: 13).

Hlavním a klíčovým dokumentem protidrogové politiky ČR je *Národní strategie protidrogové politiky*. Tento koncepční dokument vydává sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je součástí Úřadu vlády České republiky. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 (dále jen „Národní strategie 2010–2018“) vznikl v roce 2010, je již pátý v pořadí a definuje záměry a postupy vlády při řešení problému užívání drog v daném období. (srov. tamtéž: 12).

Základními pilíři protidrogové politiky ČR jsou primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování dostupnosti a prosazování práva. Pro dosažení strategických cílů se protidrogová politika ČR opírá o tři podpůrné oblasti, kterými jsou koordinace a financování, mezinárodní spolupráce a naposled monitoring, výzkum a hodnocení. Součástí Národní strategie 2010–2018 jsou také akční plány, které jsou vyhodnocovány každý rok a týkají se čtyř hlavních oblastí dané problematiky – užívání nelegálních drog, hazardní hraní, alkohol a tabák (srov. Mravčík a kol. 2017b).

Byly zmíněny čtyři pilíře, čtyři oblasti, v kterých chceme dosáhnout určitých hodnot a zlepšit tak drogovou situaci v České republice. V oblasti primární prevence jde o

snížení experimentálního a příležitostného užívání drog především u mladistvých. Druhým pilířem je léčba a sociální začleňování, kde hlavním strategickým cílem protidrogové politiky je snížit míru problémového a intenzivního užívání drog (popsáno níže). Snížování rizik se vztahuje jak na jednotlivce, tak na společnost a u snížení dostupnosti drog se zaměřuje naše protidrogová politika opět v první řadě na mladé lidi (Kiššová 2011: 13).

Součástí odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky je Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (dále jen „NMS“). Má za úkol koordinovat v ČR tzv. drogový informační systém, činnost ostatních státních i nestátních orgánů a institucí nebo zpracovávat informační výstupy a publikace o situaci v ČR v oblasti závislosti. Jedním z takových informačních výstupů jsou výroční zprávy, které se předkládají Radě vlády, vládě, a Evropskému monitorovacímu centru pro drogy a drogovou závislost (NMS 2015). V tomto dokumentu nalezneme aktuální situaci drogové scény u nás. Poslední výroční zprávy vydané v loňském roce, tedy v září roku 2017 respektive červnu 2017, jsou vyhodnocením oblastí nelegálních drog v ČR a hazardního hraní v ČR. Situaci v oblasti tabáku a alkoholu se podrobněji věnují samostatné výroční zprávy zpracované Státním zdravotním ústavem v Praze.

V roce 2016 realizovalo NMS celopopulační studii, která byla prováděna na náhodném reprezentativním vzorku dospělé populace ČR, nesoucí název Národní výzkum užívání návykových látek 2016. Současně také probíhalo každoroční omnibusové šetření Prevalence užívání drog v ČR. Každoročně NMS provádí výzkum subjektivního pohledu našich občanů a veřejné populace na problematiku zdravotnictví a zdravého způsobu života.

Pokud se vrátíme k Národnímu výzkumu užívání návykových látek 2016 a zaměříme se na oblast užívání nelegálních látek, zjistíme, že z 3601 respondentů ve věku starší 15 ti let, užilo alespoň jednou v životě některou ze sledovaných nelegálních drog. Přesněji 30,5 % obecné populace (38,8 % mužů a 22,7 % žen). Nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou u nás stále konopné látky (26,6 %). Následuje extáze (7,1 %), halucinogenní houby (5,4 %), metamfetamin (3,0 %), LSD (2,1 %), poppers (1,8 %) a kokain (1,4 %), rozsah zkušeností s ostatními nelegálními drogami je nižší než jedno procento, důležitá je také zjištěná zkušenost s novými psychoaktivními drogami (rostlinnými nebo syntetickými) v rozsahu 0,7 %. Přičemž zkušenost s užíváním nelegálních drog je

podstatně vyšší u mladších věkových kategoriích, tedy u respondentů mezi 15-34 lety, tzv. „mladými dospělými“ – viz tabulka č. 1 (Mravčík a kol. 2017b).

Tabulka č. 1 – Rozsah užívání drog v obecné populaci – studie Národní výzkum 2016 (v %)

Typ drogy	Věková skupina 15-64 let			Tzv. Mladí dospělí
	Muži (n=1358)	Ženy (n=1490)	Celkem (n=2875)	15-34 let (n=1075)
Celková prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	38,8	22,7	30,5	48,8
Konopné látky	34,6	19,1	26,6	43,8
Extáze	10,0	4,4	7,1	14,3
Pervitin	4,5	1,5	3,0	5,9
Kokain	2,2	0,6	1,4	2,4
Heroin	1,2	0,3	0,7	1,3
LSD	3,3	1,1	2,1	3,6
Halucinogenní houby	8,0	3,0	5,4	10,3
Ketamin	0,2	0,1	0,2	0,1
Poppers	2,3	1,3	1,8	2,4
Nové psychoaktivní látky	0,9	0,4	0,7	1,2
Těkavé látky	6,1	1,8	3,9	4,7
Anabolické steroidy	7,1	1,1	4,0	5,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a MindBridge Consulting (2016)

V rámci tohoto výzkumu pak bylo zjišťováno, jak veřejná populace subjektivně vnímá dostupnost psychoaktivních látek. Výsledkem je relativně vysoko vnímaná dostupnost nelegálních drog. Konkrétněji to znamená, že 43 % dotazovaných respondentů si dokáže vcelku jednoduše obstarat konopné látky, 23,5 % potom extázi, 18,4 % metamfetamin a 16,4 % halucinogenní houby (srov. tamtéž 2017b).

Výše jsme také zmiňovali tzv. nové psychoaktivní látky (v angličtině new psychoactive substances, dále NPS). „Celosvětově bylo ke konci roku 2014 hlášeno téměř 550 NPS v celkem 95 zemích; podobně jako v Evropě, i celosvětově jsou nejčastějšími

NPS syntetické kanabinoidy (39 %) a stimulačně působící fenetylamin (18 %) a katinony (15 %) (Mravčík a kol. 2015:11). Tento termín zahrnuje především látky syntetické povahy, ale i rostlinného původu. Svými účinky napodobují nelegální drogy (kokain, heroin, metamfetamin, MDM, LSD, marihuana i ketamin), nicméně nejsou dosud kontrolovány jako omamné a psychotropní látky (dále OPL) mezinárodními úmluvami OSN a nejsou tedy zakázané na národní úrovni. Mnohé z těchto látek byly vyzpozorovány již v průběhu 20. století, přívlastek „nové“ se vztahuje spíše k výskytu na trhu s psychoaktivními látkami. Konkrétní látky se k uživatelům dostanou v různých formách (pilulky, kapsle, bylinné směsi, prášek atd.) a jsou nám známy pod různými názvy, ať už přímo jejich chemickými názvy (např. 5-MeO-DMT), výzkumnými označeními (např. JWH) či pouličními názvy (např. meow meow, music). Kontrola NPS způsobuje výrobu, nabídku a užívání dalších zatím neznámých nebo nerozšířených látek (srov. tamtéž, s.10-11). S tímto trendem bojuje NMS například tzv. Systémem včasného varování. Je to jakási základní platforma pro rychlou výměnu informací o NPS mezi skupinou odborníků, kterou koordinuje právě NMS (NMS 2015).

Článek z časopisu Adiktologie (Mravčík 2017b: 283) s názvem Vývoj problémového užívání opioidů (nejrozšířeněji užívání buprenorfinu a heroinu) na území České republiky naznačuje, že v posledních pěti letech se opět zvyšuje nárůst užívání opioidních analgetik, zejména tam, kde je tradičně vysoká míra problémového užívání opioidů (dále PUO), tedy tam, kde je omezená finanční a místní dostupnost opiátové substituční léčby v ČR. V České republice se označuje problémovým užíváním drog (dále PUD) dlouhodobé či pravidelné užívání metamfetaminu (pervitinu) nebo opioidů, případně jakékoliv jiné drogy užívané injekčně. Dle výroční zprávy NMS (Mravčík a kol. 2017a) však PUD za rok 2016 oproti roku 2015 kleslo.

Z výše uvedených údajů lze vyčíst, že u nás stále zůstává nejrozšířenější nelegální drogou konopí, kdy jeho užívání od roku 2012 stoupá na rozdíl od PUD, dostupnost nelegálních drog je dle výzkumu veřejného mínění vcelku vysoká i přesto, že jejich užívání se vnímá jako velmi rizikové a nejčastější užívání nelegálních látek probíhá u nižších věkových kategorií.

1.1. Instituce a organizace podílející se v České republice na resocializaci drogově závislých

V České republice se nachází vcelku ucelený adiktologický systém péče pro uživatele návykových látek, kde příslušné organizace a instituce mezi sebou spolupracují. Kamil Kalina ve svých Základech klinické adiktologie (srov. 2008: 370-384) uvádí tyto programy, služby a zařízení, které se podílí na péči o uživatele návykových látek:

TERÉNNÍ PROGRAMY

Základním předpokladem práce v terénu je navázání takového kontaktu a vztahu s klientem, který je pro klienta bezpečný a umožňuje mu služby využívat. Tato služba je velice flexibilní a mění se podle potřeb cílové skupiny. Cílem terénní práce je minimalizovat negativní důsledky užívání drog (tedy např. udržet nízký výskyt pozitivního HIV/AIDS, snížit výskyt hepatitidy B a C, předcházet úmrtí a dalším onemocněním v souvislosti s danou problematikou, předcházet kriminalitě a udržovat exponovaná místa v čistotě – výměna injekčního materiálu), dále pak motivace uživatelů návykových látek ke změně životního stylu a mapovat drogovou scénu ve své oblasti působení.

Specifika této služby jsou například místo, kde se služba poskytuje (ulice a další veřejná místa i byty, kde se uživatelé sdružují), přístup ke klientovi (terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potenciální zájemce o službu a nečeká, až bude osloven) nebo anonymní poskytování služby.

V tomto typu služby je kladen velký důraz na kvality pracovníků. Člověk, který chce tuto práci vykonávat, by měl být komunikativní, flexibilní, tvořivý, s uměním udržet hranice, motivovat, být empatický a chtít se dále vzdělávat.

NÍZKOPRAHOVÁ KONTAKTNÍ CENTRA

Tento typ zařízení poskytuje služby jako zdravotní či sociální poradenství, intervence včasná i krizová nebo služby harm reduction (tzv. přístup minimalizace rizik). Specifikem tohoto zařízení je, že poskytne uvedené služby bez podmínky aktuální abstinence klienta.

Kontaktní centra mají za cíl minimalizovat rizika nejen u uživatelů návykových látek, ale i u populace drogami nezasažené a samozřejmě motivaci klientů ke změně životního stylu. Pracovníci se však zde snaží také navázat bližší kontakty s problémovou populací a vytvoření vzájemné důvěry s cílem změny rizikových vzorců chování klientů. Pomáhají

klientům navázat spolupráci s institucemi závazné léčebné péče, zajišťují podmínky základních lidských potřeb, snaží se o informovanost nejen klientů, ale i jejich blízkým osobám či obecné veřejnosti.

Služby daného centra závisí na potřebách klientů či konkrétního regionu. Pracovní zastoupení v těchto centrech bývá například ze sociálních služeb, pedagogických řad, zdravotních pracovníků či psychologů. Je zde důležité také další vzdělání a supervize.

DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY

Detoxifikační jednotky bývají zpravidla součástí zařízení pro léčbu závislostí či samostatné oddělení nemocnice. Detoxifikaci totiž vyžaduje většina rezidenčních zařízení před nástupem klienta. Míří sem klienti, kteří se připravují na odvykací léčbu. Dále jsou sem umístěni uživatelé návykových látek, kteří potřebují snížit toleranci vůči droze kvůli svému zdravotnímu stavu, kteří jsou nebezpeční sobě nebo svému okolí, případně ti, u kterých je potřeba rozhodnout, zda jde o intoxikaci nebo duševní chorobu. Cílem této léčby je zvládnout odvykací stav a intoxikaci.

SUBSTITUČNÍ LÉČBA

U substituční léčby jde o nahrazení nelegální návykové látky lékem, který má dlouhodobější účinek a aplikuje se perorálně. Tato léčba se situuje do ambulantních zdravotnických zařízení. Rozlišují se tři formy substituční léčby dle časového horizontu, tedy krátkodobá (1-2 týdny), střednědobá (v rámci několika týdnů až měsíců) a dlouhodobá (může trvat roky).

Tento typ léčby vyhledávají uživatelé návykových látek opiátového typu. Základním cílem zde je snížit užívání nelegálních drog a minimalizovat zdravotní následky u klientů. Při této léčbě je však důležité dodržovat režim a pravidla, která zahrnují i podstupování psychoterapie.

AMBULATNÍ LÉČBA

Tato léčba spočívá v tom, že klient pravidelně navštěvuje zařízení, jinak zůstává ve svém podpůrném sociálním prostředí a dochází nadále do školy či zaměstnání. V tomto typu léčby je důležitá spolupráce rodinných příslušníků. Součástí služeb bývá psychoterapie, rodinná terapie a poradenství, sociální práce, popřípadě kluby či volnočasové aktivity.

DENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionář je zařízení, které poskytuje ambulantní služby, avšak s denním strukturovaným programem, tedy něco mezi ambulancí a rezidenční službou. Hlavním cílem této služby je změna životního stylu, jehož součástí je úplná abstinence, tedy abstinence nejen od původní návykové látky, ale i od ostatních (tzv. spouštěcích) drog. Specifikem je zde strukturovaný každodenní program, který je rozdělen do několika fází, reflektujících postup klienta v léčbě. Důležitý je přesný časový rozvrh, stanovené pravidla i vyvážená skladba programu, složená z psychoterapie, pracovní, sportovní, kulturní a klubové aktivity. Provádí se zde skupinové psychoterapie, komunitní setkání individuální terapie a poradenství, sociální práce i pracovní terapie.

STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

Pod tímto pojmem si můžeme představit rezidenční léčbu v rámci zdravotnických zařízení, například psychiatrické léčebny, oddělení pro léčbu závislostí, které jsou časově ohraničeny zpravidla dobou 3-6 měsíců. Do této léčby mohou nastoupit pouze ti klienti, kteří podstoupili výše zmíněnou detoxifikaci. Přijímají se sem i klienti s nařízenou ochrannou ústavní léčbou.

Při této léčbě je důležité uznání závislosti jako problému. Cílem léčby je pak přebudování motivace z vnější na vnitřní (pozitivní), změna sebepojetí, řešení důsledků užívání návykových látek (dluhy, rozchody atd.) identifikace rizik relapsu a jejich minimalizace. Základem je strukturovaný program, který se musí dodržovat, včetně veškerých pravidel a zajištění režimu. V rámci léčebných metod je zde zahrnuto mnohem více psychotherapeutických směrů a kombinací, přičemž se zde vyhrazen dostatečný prostor pro zpětnou vazbu veškerých aktivit.

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Terapeutické komunity je druh služby, poskytující střednědobou až dlouhodobou rezidenční léčbu, zpravidla 6-18 měsíců. Charakteristickými rysy komunity může být například relativně vysoký stupeň organizační autonomie, oddělení komunity od vnějšího prostředí, vysoký důraz na dodržování pravidel, co se týče chování, chápání závislosti jako poruchu celé osoby a přistupování k léčbě na základě tohoto pojetí.

Cílem terapeutické komunity je napomoci osobnímu růstu prostřednictvím změny životního stylu a způsobu chování a toho lze dosáhnout pouze prostřednictvím osobního růstu. Terapeutická komunita se podobá rodině, každý se stane členem, který hraje

významnou roli při řízení komunity. Tudiž samotný život v komunitě klienta postupně posouvá ke změně v sebepojetí. Komunita totiž rozhoduje, komunikuje otevřeně, dává prostor pro konfrontaci, snaží se o obraz reálného života, který má také svá pravidla, režim, řád, probíhá zde reálná vztahová interakce mezi klienty i členy týmu. Podstatný je tu také strukturovaný program, v kterém nalezneme veškeré terapie i vzdělávací či volnočasové aktivity a sociální práce.

Jelikož je pobyt klienta v komunitě dlouhodobějšího rázu, lze ho rozdělit do časových úseků, tzv. fází, které můžeme chápat i jako postup v léčbě i v osobním pojetí. Začíná se první neboli „nultou“ fází, následuje první, druhá a třetí fáze. O postupu do další fáze rozhoduje celá komunita. Poslední fáze se pak vyznačuje hlavně tím, že se klienti již začleňují částečně do reálného života. To znamená, že si najdou bydlení, následnou doléčovací péči a zaměstnání, do kterého mohou docházet i po ukončení komunitní léčby.

Komunitní pracovníci jsou různého vzdělání, potřebují však specializované výcviky a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Členy komunitního týmu dokonce přímo zavazují směrnice v etickém směru chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti. Mohou zde však pracovat i bývalí uživatelé drog, nicméně musí podstoupit další potřebné vzdělání. I zde je potřeba se nadále vzdělávat a vyvíjet se i po osobní stránce.

DOLÉČOVACÍ PROGRAMY

Doléčovací programy nabízí ambulantní služby určené klientům, kteří již absolvovali některou z léčeb. Orientují se udržení změny životního stylu, které klient získal v předchozí léčbě. Doléčování se většinou poskytuje formou ambulantních skupin jednou týdně, ale může být nahrazena také formou intenzivního strukturovaného programu i s volnočasovými aktivitami. Podmínkou je úplná abstinence. Klient zde získá podporu v osobním růstu nebo sociální stabilizaci. V rámci tohoto programu bývá poskytnutí chráněného bydlení na přechodnou dobu.

Je zde potřeba také zmínit, že existují určitá společenství, která se pravidelně scházejí, aby si navzájem pomohli žít bez drog. Nazývají se Anonymní Narkomani a může sem docházet každý, pro koho se droga stala závažným problémem.

1.2. Porovnání způsobů, možností a postupů v léčbě závislých na návykových látkách z hlediska úspěšnosti

Efektivita léčebných metod závisí na mnoha faktorech, stejně tak, jako sama závislost. Samozřejmě velký podíl na závislosti má osobnost uživatele návykové látky, ale vliv mají také sociální podmínky, ve kterých dotyčný žije a stabilita jeho nejbližšího okolí. Komplexní studie o úspěšnosti jednotlivých léčeb v České republice bohužel neexistuje. Nicméně některá okrajová šetření a výzkumy ze zahraničí nám ukazují, že léčba drogově závislých se vyplácí. Upozorňuje na to Radimecký (2011) ve svém článku. Základním kamenem jeho vyjádření v článku jsou dva zahraniční výzkumy, americký DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study) a anglický NTORS (National Treatment Outcomes Reserches Studiy), které poukazují na pozitivní účinky léčby uživatelů drog. I přesto, že jsou tyto výzkumy zahraniční, tedy prováděny za jiných podmínek než u nás v České republice, můžeme z jejich výsledků čerpat i díky kvalitě našich léčebných programů. Z výzkumů vychází, že zhruba 40 % uživatelů návykových látek po absolvování léčby abstinuje. Zbylých 50-60 % uživatelů drog sice neabstinuje zcela, avšak jejich stav po zdravotní i sociální stránce se zlepšil natolik, že nevyhledávají odbornou péči v takové míře jako před léčbou a nejsou tudíž takovým rizikem pro společnost.

Jakési potvrzení situace u nás, co se týče úspěšnosti léčebných programů, nám může podat jedna konkrétně cílená studie „*Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti*“ (dále EVLTK). V České republice je dosud jedinou prospektivní výzkumnou studií. Vyhodnocuje výsledky léčby u čtyř terapeutických komunit a proběhla v období let 2007-2008. Tato studie je však zaměřena pouze na léčbu v terapeutické komunitě, nikoliv na další způsoby léčeb a léčebných zařízení.

Na základě EVLTK bylo zjištěno, že téměř polovina (44,3 %) klientů řádně ukončila léčbu v terapeutické komunitě. Pokud klienti překonají první tři měsíce léčby, procento předčasného ukončení léčby se menší, v prvních třech měsících však toto procento dosahuje poloviny všech nastoupivších klientů. Předčasná ukončení léčby však ještě neznamenají recidivu, v mnoha případech probíhá následná léčba například při doléčovacím programu. Důležitějším ukazatelem úspěšnosti léčby však je, že u PUD jsou znatelné povzbudivé výsledky. Důkazem je právě absolvovaná léčba v terapeutické komunitě, která své klienty učí „žít“ v tomto světě, v této společnosti. Týká se to

například dlouhodobých a intenzivních uživatelů metamfetaminu či jiné drogy s problémovým chováním, kriminální minulostí, těch, kteří byli ve výkonu trestu odnětí svobody či s psychickými obtížemi, a můžeme tento důkaz vidět na jejich chování, případné abstinenci, zdraví ať už psychické či fyzické, nebo v rámci jejich mezilidských vztahů. Je zde ještě důležité poznamenat, že terapeutické komunity v České Republice jsou primárně určeny pro klienty již zmíněné skupiny PUD, to znamená se závažnějším profilem obtíží klienta, než u jiných léčebných programů (srov. Šefránek: 2014).

Dalším ukazatelem efektivity této léčby je bezpochyby snížení kriminálního chování. Dle EVLTK se „jeden rok po ukončení léčby významně snížilo procento klientů zapojených do drogové (prodej a výroba drog) i nedrogové (různé formy majetkové trestní činnosti) kriminality. 73,2 % klientů páchalo trestnou činností v období 30 dní před léčbou, po jednom roce od odchodu z terapeutické komunity to bylo 9,6 % klientů. Procento klientů zapojených do drogové trestné činnosti se zredukovalo z 58,5 % na 5,1 %. U nedrogové kriminality jsme zaznamenali pokles z 56,8 % na 7,4 % (tamtéž 2014).“

Mnohá data i zde zmíněná mluví spíše ku prospěchu léčby, ať je to jakoukoliv formou. V tuto chvíli není možné porovnat veškeré léčebné programy z hlediska úspěšnosti na základě odborných souhrnných dat. Nicméně zjištěné informace mluví ve prospěch léčby celkově.

2. Drogová kriminalita

Vzhledem k tomu, že užívání návykových látek je úzce spojeno právě s drogovou kriminalitou, je tato problematika pro nás velice důležitá. Drogovou kriminalitu můžeme rozdělit do dvou úrovní. Jednak jsou to trestné činy, při kterých se porušuje drogová legislativa a související právní předpisy v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami, zařazeny do tzv. primární drogové kriminality. Pak je to trestná činnost pod vlivem návykových látek, tzv. sekundární drogová kriminalita.

2.1. Programy zacházení ve věznicích pro odsouzené trpící drogovou závislostí

Ve vazebních věznicích a věznicích jsou zřízena specializovaná pracoviště, která poskytují služby pro prevenci, případnou léčbu a snižování zdravotních a sociálních rizik v důsledku užívání návykových látek. Jsou to poradny pro drogovou prevenci, bezdrogové zóny případně specializovaná oddělení. Evropským trendem je nyní zavádění tzv. harm reduction. Tento termín se užívá pro všechna opatření, která vedou ke snížení negativních zdravotních důsledků. Tento trend v podstatě vyplývá ze zásad veřejné zdravotní politiky a lidských práv. V rámci harm reduction jde opět o prevenci, tedy poskytování informací o zdravotních důsledcích při užívání návykových látek, dobrovolné testování, výměna jehel a stříkaček, případně substituční léčba. Zavádění opatření harm reduction je však ze stran věznic občas vnímán jako narušení již zavedené drogové politiky, která je směřována k úplně abstinenci, tudíž přítomnost jehel a stříkaček je posuzováno jako velké ohrožení bezpečnosti jak vězňů, tak zaměstnanců věznic. Tento argument však vyvrací poznatky ze španělských věznic (srov. Petroš, 2006).

K roku 2016 mají zřízenou poradnu drogové prevence všechny věznice v České republice. Poradny drogové prevence koordinují činnosti a plnění protidrogové politiky ve věznicích, sbírají data v dané oblasti, poskytují protidrogové služby a působí v oblasti prevence zneužívání drog jak u uživatelů, tak u neuživatelů drog hlavně z pohledu obecných zásad bezpečnosti. Jejich podoba se však liší v rozsahu poskytovaných služeb v závislosti na zaměření a kapacitu potřebných odborných pracovníků.

Bezdrogové zóny jsou oddělení věznic, které jsou zřízené za účelem minimalizování styku vězňů s drogou. Mohou se lišit přístupem, tedy buďto standardním či terapeutickým

režimem zacházení. K témuž roku se doplnil stav bezdrogových zón se standardním přístupem. Toto zvláštní oddělení se již nachází ve všech věznicích.

Ve věznicích jsou dále zřízena tzv. specializovaná oddělení s dobrovolným léčením. K roku 2016 má toto oddělení devět věznic – Bělušice, Kuřim, Nové Sedlo, Ostrov, Plzeň, Příbram, Valdice, Všehrady a Heřmanice. Tři věznice pak mají zbudované specializované oddělení pro soudem nařízené ochranné léčení – Opava, Rýnovice, Znojmo (srov. Mravčík, 2017a).

Pro bližší informace jsem obeslala všechny vazební věznice a věznice v České republice. Podobu e-mailu, který jsem rozesílala, je v příloze č. 1. Příchozí odpovědi z vazebních věznic a věznic jsem shrnula níže v tabulce č. 2. Zpracovaná tabulka udává pouze základní přehled o odpovědích z jednotlivých věznic. S přihlédnutím na četnost a různorodost příchozích odpovědí jsem se uchýlila pouze k tomuto zpracování odpovědí. Jednotlivé odpovědi se velice lišily. Na základě mého do jisté míry nekonkrétního zadání e-mailu se mi dostávaly odpovědi velice přínosné a vstřícné, ale i některé naopak strohé a bez zájmu. Získané informace mi však pomohly při sjednané návštěvě Věznice v Jiřicích, kterou považuji za velice přínosnou. Tato návštěva mi zároveň potvrdila a upřesnila podobu získaných informací.

Tabulka č. 2 - Souhrn příchozích odpovědí z vazebních věznic a věznic

	BEZDROGOVÁ ZÓNA	SPECIALIZOVANÉ ODDĚLENÍ	JAK TO VE VĚZNICI CHODÍ	ODKAZY A PŘÍLOHY	NÁVŠTĚVA	SPOLUPRÁCE S NEZISKOVÝMI ORGANIZACEMI
Brno	ANO	NE	NE	NE	NE	NE
České Budějovice	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO (Prevent 99)
Hradec Králové	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO (Laxus)
Liberec	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO (Most k naději, Laxus, K-centrum)
Litoměřice	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO (Most k naději, Adiktologická ambulance)
Olomouc	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE
Praha Ruzyně	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO (SANANIM)
Teplice	NEZASLALI ŽÁDNÉ INFORMACE					
Břeclav						
Heřmanice	NEZASLALI ŽÁDNÉ INFORMACE					
Horní Slavkov	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO
Jiřice	ANO	ANO ⁱ	NE	NE	ANO	NE
Karviná	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO (Podané ruce)
Kuřim	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE
Mírov	ANO	ANO ⁱⁱ	ANO	ANO	NE	NE
Nové Sedlo	NEZASLALI ŽÁDNÉ INFORMACE					
Odolov	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO
Opava	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO (Sázíme stromy)
Oráčov	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE
Příbram	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE
Rapotice						
Stráž pod Ralskem	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE
Světlá nad Sázavou	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE
Valdice	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE
Vinařice	NEZASLALI ŽÁDNÉ INFORMACE					
Všehrady	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE

Zdroj: vlastní

ⁱ pouze pro odsouzené s poruchami chování a osobnosti

ⁱⁱ pouze pro odsouzené s poruchami duševními a poruchami chování

2.2. Návštěva Věznice Jiřice

Ze čtyř věznic mi přišla i nabídka možné návštěvy věznice (Jiřice, Kuřim, Oráčov, Všehrady). Nakonec jsem navštívila věznici v Jiřicích, kde jsem se setkala se speciálním pedagogem. Zde mi bylo poskytnuto reálné pohlednutí na fungování specializovaných pracovišť této věznice. Následující informace z návštěvy věznice jsou sepsány formou zápisového deníku. Nebyl mi umožněn přístup s jakýmkoliv záznamovým či elektronickým zařízením.

Činnost místní poradny drogové prevence (dále PDP) směřovala v roce 2016 především k poskytování kvalitnějších terapeutických a adiktologických služeb a také k eliminaci nabídky i poptávky po OPL ve věznici.

Ve Věznici Jiřice je bezdrogová zóna koncipována jako bezdrogová zóna se standardním zacházením, tedy bez terapeutického programu. Veškerá činnost s odsouzenými je vedena v rámci standardních aktivit programů zacházení. Kapacita Jiřické bezdrogové zóny je 25 míst. Standardní chod bezdrogové zóny zajišťují vychovatel, psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce. Do bezdrogové zóny (dále BZ) jsou zařazováni na svou žádost odsouzení muži, kteří:

- jsou umístěni k výkonu trestu odnětí svobody ve Věznici Jiřice do oddělení s ostrahou a mají uzavřenou komplexní zprávu;
- jsou motivováni pro nekriminální a bezdrogovou budoucnost;
- jsou motivováni pro pobyt v BZ, podali písemnou žádost a podepsali svůj souhlas s prohlášením, ve kterém se zavazují k dobrovolnému respektování pravidel a zásad chování stanovených v Řádu bezdrogové zóny, obojí na standardizovaném tiskopisu;
- splňují alespoň jedno z níže uvedených kritérií:
 - a. splňuje kritéria užívání návykové látky ve stupni škodlivého užívání nebo závislosti stanovené psychologem v rámci souhrnné analýzy rizik a potřeb odsouzeného, popřípadě je jeho zařazení do BZ zvlášť indikované s ohledem na kriminogenní rizika spojená s užitím návykové látky a nyní jsou motivováni k dobrovolné abstinenci;
 - b. užívali návykovou látku před nástupem do výkonu trestu odnětí svobody, úspěšně absolvovali terapeuticko-výchovný program ve specializovaném oddělení pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování.

Do oddělení BZ se nepřijímají odsouzení, u nichž jsou zjištěny kontraindikace trestně-právní, osobnostní, zdravotní či jiné. Programy zacházení pro jednotlivé odsouzené je tvořen z níže uvedené nabídky aktivit:

- pracovní aktivity – práce potřebné k zajištění každodenního provozu věznice, plnění pracovních povinností na pracovišti dle aktuálního pracovního zařazení;
- vzdělávací aktivity – četba vybrané literatury, kurz sociálně pracovní gramotnosti, reintegrační program;
- speciálně výchovné aktivity – individuální pedagogická péče, individuální adiktologická psychologická intervence, sociálně právní poradenství, samoobslužné aktivity, poradna drogové prevence, předvýstupní besedy, duchovenská péče, program „3Z“ (zastav se, zamysli se, změň se);
- zájmové aktivity – činnost v keramické dílně, kroužek stolního tenisu, kroužek kondičního cvičení, šachový kroužek, kroužek míčových her, rukodělný kroužek, výtvarný kroužek, filmový klub, poslechový klub, kroužek vaření.
- Aktivity ve spolupráci s neziskovými organizacemi – spolupráce s LAXUS z. ú. a spolupráce s PMS ČR.

Jedním z cílů BZ Věznice Jiřice je udržení abstinence. Což potvrzuje příklad z roku 2016, kdy byl proveden v celkem 26 ti případech monitoring u odsouzených na přítomnost OPL a pouze v jednom případě byl tento monitoring pozitivní na přítomnost látek buprenorfin + kanabinoidy.

Specializovaný oddíl Věznice Jiřice (dále jen „SpO“) slouží pro výkon trestu odnětí svobody u odsouzených mužů s duševní poruchou a poruchou chování, zařazených do věznice s ostrahou. Je zde praktikován komunitní způsob ovlivnění odsouzených. Jsou zde tedy patrné společné prvky jako při léčbě v terapeutické komunitě (dále jen „TK“). Například, stejně jako v TK, prochází i zde odsouzený přijatý do SpO čtyřmi fázemi terapeutického programu. Celková kapacita SpO činí 11 odsouzených. Tento oddíl má k dispozici kulturní místnost, místnost pro samoobslužné aktivity a terapeutickou místnost.

Cílem SpO je omezovat a snižovat nebezpečnost a pravděpodobnost recidivy u odsouzených a přispívat ke zvyšování ochrany společnosti po jejich návratu do občanského života. Dále SpO usiluje u odsouzených o změnu způsobu myšlení, postojů,

potážmo chování, podmiňující jejich selhávání. Hlavním cílem SpO je napomáhat ke změně či ovlivnění přístupu odsouzených s poruchou osobnosti směrem ke zlepšení sociálního, pracovního a vztahového fungování a současně nekriminálnímu způsobu chování ve věznici i po propuštění z výkonu trestu.

Žadatel o přijetí na SpO musí povinně splňovat následující kritéria:

- Splňuje diagnostická kritéria poruchy osobnosti F60-61 dle MKN-10 (stačí orientační posouzení psychologa kmenové věznice);
- Jedná se o muže, odsouzeného k výkonu trestu odnětí svobody ve věznici s ostrahou;
- Dosáhl věku ve výši minimálně 18 let;
- Jedná se o kriminálně narušeného jedince, který je opakovaně (maximálně počtvrté) odsouzen k výkonu trestu odnětí svobody nepodmíněně
- Odsouzenému zbývá dostatečná délka trestu pro absolvování terapeutického programu, tj. v době podání žádosti o zařazení na SpO minimálně 13 měsíců do plánovaného data propuštění;
- Je motivován k aktivní účasti v terapeutickém programu a souhlasí se zařazením;
- Jeho intelektová úroveň se pohybuje minimálně v pásmu průměru populační normy;
- Je motivován pro nekriminální způsob života po propuštění a změnu negativních stereotypů ve svém chování a myšlení;
- Jeho výkonová úroveň se pohybuje alespoň při dolní hranici normy či je vyšší;
- Odsouzený je vymístěn z nástupního oddělení a zároveň má již minimálně jednou vyhodnocen program zacházení;
- Jeví alespoň částečný náhled na vlastní provinění vůči trestné činnosti;
- Žádost uchazeče o přijetí do SpO odpovídá veškerým požadavkům, které si SpO klade pro přijetí;
- Samostatně a dobrovolně vypracuje životopis a motivační dopis.

Pokud odsouzený splňuje uvedená kritéria, může podat písemnou žádost s veškerými potřebnými náležitostmi, kterou se zabývá odborná komise. Ta může podat doporučení a o konečném přijetí a zařazení do SpO rozhoduje ředitel věznice. Na základě schválení žádosti se podepíše tzv. terapeutický kontrakt.

Podobně jako u BZ je i na tomto oddíle nabídka určitých aktivit, přičemž některé jsou povinné v rámci terapeutického programu, jiné povinně volitelné, respektive volitelné. Na každý týden se pak vypracovává konkrétní rozvrh aktivit programu zacházení SpO.

Dle místního speciálního pedagoga má velice příznivý vliv spolupráce s neziskovou organizací poskytující poradenské služby pro obviněné a odsouzené z. ú., LAXUS. Služby vhodně doplňují činnost specialistů (informační servis, poradenství, motivační trénink, zprostředkování léčby a příprava na ní, zajištění dalších návazných služeb, asistence, postpenitenciární péče). Od roku 2016 se poskytované služby zaměřily spíše na individuální péči o zájemce, tedy klade se důraz spíše na kvalitativní stránku věci na úkor té kvantitativní. O služby této neziskové organizace je stále velký zájem, proto se pokračuje v nastaveném trendu (tedy zejména u individuálních konzultací a poradenství).

Při návštěvě specializovaných oddělení (BZ i SpO) jsem měla možnost nahlédnout do konkrétních prostor, přičemž tam panovala atmosféra opravdu jako v terapeutické komunitě, tedy pořádek, na nástěnkách jednotlivé programy, činnosti týdne, odsouzení v rámci uzamčeného oddělení volný pohyb apod.

3. Ověření navrhovaných postupů léčby formou kvalitativního výzkumu

3.1. Formulace výzkumného problému

V teoretické části práce jsou uvedeny druhy programů a zařízení, které poskytují adiktologické služby. Cílem této části práce je uvedené informace ověřit, zda veškerá tato zařízení, organizace fungují, zda mají smysl a zda jsou efektivní. Hlavní stanovenou otázkou je to, který způsob léčby byl úspěšný v dosažení abstinence, případně částečné abstinence.

3.2. Výzkumné metody

V praktické části této práce se tedy budeme věnovat kvalitativnímu výzkumu, kterým chci zjistit, jak vnímají závislí léčebné programy a zařízení, jejich smysl a efektivnost. Kvalitativní typ výzkumu je zde použit proto, že kvantitativním dotazníkovým typem výzkumu bych získala pouze základní informace bez dalšího pochopení podstaty závislosti, motivace k léčení závislosti a podstatu adiktologických služeb. Polostrukturovaný rozhovor mi pomohl k hlubšímu pochopení dané problematiky.

Mimo dané hlavní téma jsem se také informovala na zkušenosti respondentů s terapeutickými programy v rámci věznic a jejich specializovaných oddělení.

3.3. Charakteristika výzkumného souboru

K výzkumu jsem stanovila vzorek o čtyřech respondentech. Podmínkou mého výběru abstinence respondenta, který podstoupil alespoň jednu z léčebných uvedených v této práci. Podmínku s abstinencí jsem stanovila z důvodu toho, že osoba o neúspěšné léčbě nedokáže objektivně posoudit efektivnost léčebného programu a její poskytnuté informace by mohly být informace zavádějící, tzv. naučené repliky z podstoupených terapií.

K mému výzkumu jsem oslovila osoby, které využívají služeb organizace Prevent 99 z. ú. v Českých Budějovicích. Všichni čtyři respondenti prošli místním doléčovacím centrem v rámci následné péče a v kontaktu s organizací Prevent 99 jsou i nadále. Aby byl stanovený vzorek rozmanitý, oslovila jsem k rozhovoru osoby obou pohlaví,

z různých věkových skupin i profesí. Vzhledem k citlivosti tématu bylo ochotno podstoupit rozhovor celkem osm osob, avšak z důvodu časového vyčerpání ze strany oslovených respondentů se vzorek výzkumu zredukoval na konečné složení čtyř mužů ve věkovém rozmezí 30-40 let.

Všechny čtyři rozhovory byly realizovány v domácím prostředí, tedy buďto u mě doma nebo v domácnosti respondenta. Veřejné místo rozhovoru jsem po domluvě s každým respondentem zvlášť zavrhl z důvodu citlivosti probíraného tématu a dodržení určitého soukromí. Rozhovory se pohybovaly v délce 15-35 minut. Rozdílnost časového rozmezí se odvíjelo od výřečnosti jednotlivých respondentů a rozhodující v tomto případě bylo i místo rozhovoru. Pokud respondent byl ve svém domácím prostředí, komunikoval mnohem uvolněněji a rozvíjel své myšlenky mnohem podrobněji.

3.4. Struktura rozhovoru

Po stanovení cíle tohoto výzkumu jsem si nejprve určila okruhy témat, o které se bude každý rozhovor opírat. Následně jsem si určila konkrétnější otázky v případě, že by rozhovor byl příliš strohý.

Okruhy témat, které jsem si stanovila, jsem respondentům představovala v této podobě:

- Vaše závislost – délka, intenzita, konkrétní drogy;
- Podstoupené léčebné procesy;
- Zkušenosti s výkonem trestu ve vězení a jejími specializovanými odděleními.

Respondenty jsem seznámila se svým tématem bakalářské práce a její výzkumnou částí již při domluvě rozhovoru. Při přímém setkání jsem je konkrétněji seznámila s okruhy témat a před zahájením rozhovoru mi poskytli ústní souhlas s poskytnutím informací pro účely tohoto výzkumu a se způsobem fixace dat.

Po samotném dotazování jsem každého respondenta ujistila, že jím poskytnuté informace zůstanou v anonymitě a budou použity pouze k účelu tohoto šetření. Prošli jsme znovu stanovená témata a doplnili případné otázky jak ze strany dotazovaného, tak ze strany tazatele.

Fixace dat z rozhovorů proběhla v rámci tohoto šetření na audio záznam. Přičemž po rozhovorech probíhal přepis zvukové stopy do textu. Při rozhovorech jsem využila audio

záznamníku v mobilním telefonu, který dle předpokladu nijak podstatně nenarušoval průběh rozhovorů.

3.5. Zpracování dat

Základem zpracování dat u rozhovorů s audio záznamem je přepsání do textové podoby, se kterou se pak dá jednodušeji a transparentněji pracovat. Avšak pro mě bylo také důležité si audio záznamy rozhovorů opakovaně poslechnout. Následné zpracování získaných dat v textové podobě probíhalo formou opakovaného čtení a určování tzv. kódů, určitých zobecnění jednotlivých vyjádření k jednomu tématu (Miovský, 2006).

4. Výsledky – analýza dat

V této závěrečné fázi práce budu zpracovávat a interpretovat data získaná prostřednictvím polo-strukturovaných rozhovorů, při kterých respondenti dostali dostatek prostoru k vyjádření se k jednotlivým stanovaným tématům, o které se opírá tento kvalitativní výzkum.

Při zpracování dat jsem vytvořila hlavní kategorie, které měli všechny rozhovory společné:

- Konkrétní závislost a její dopad (úvodní šetření);
- Podstoupené léčebné procesy;
- Rodinné zázemí jako vliv na závislost či případnou léčbu (doplňkové šetření);
- Drogová minulost spojená s výkonem trestu ve vězení a tamní poměry v rámci specializovaných oddělení (doplňkové šetření).

4.1. Konkrétní závislost a její dopad

Po úvodním zavedeném tématu *Vaše závislost* jsem zjistila, že každý z respondentů měl problémy s kombinovanou závislostí, tedy nehrála roli v samotné závislosti pouze jedna návyková látka a jednalo se o legální i nelegální návykové látky.

R1: „*Je mi 33 let, první zkušenost s drogou ve dvanácti letech s marihuanou, ve třinácti letech pervitin. Od té doby do 29 závislost na tvrdých drogách, alkoholu, práškách, trávy a pertivitinu.*“

R2: „*Já jsem začal na alkoholu, s tím, že jsem pak přešel na marihuanu. To bylo od těch 17 let až asi do 33 let. Pak postupem času, když jsem začal jezdit na punkové akce, tak tam jsem začal více popíjet, kouřit marihuanu a mezi těmito lidmi jsem poznal i techno. Na technových akcích jsem pak poznal i jiné drogy – taneční, LSD, lysohlávky, speedy, pervitin.*“

R3: „*Mám starší sestru, která mi dopomohla k některým experimentům, začal jsem jezdit na techno, tam jsem začal hulit trávu a dále experimentovat s drogami, přičemž jsem drogy i prodával. Poté jsem se svou přítelkyní hodně chlatal, s její rodinou i kamarády. Dostal jsem se do kolotoče pervitinu, vaření pervitinu, alkohol, tráva, zase alkohol.*“

R4: „16 let závislost na opiátech, pervitinu, potom náhražky – subutex, suboxone. Na začátku i s marihuanou. Po dvou letech na pervitinu jsem ochutnal heroin a u toho člověk už zůstane.“

V případě každého rozhovoru se ihned po zmíněných příbězích o závislostech nabízela otázka: „Co byl ten impuls, zlom, případně okamžik, který Vás vedl k podstoupení léčení?“. Z dvou odpovědí vyplývá, že to byly situace, kdy respondent byl ohrožen na životě:

R1: „Byl okamžik, kdy pro mě existovaly pouze tři řešení mé situace. Smrt, kriminál nebo komunita. Neměl jsem sílu už na nic. Tak jsem si zatelefonoval přes K-centrum v Pelhřimově do komunity v Liberci, během toho jsem ukradl nějaké věci mému šéfovi a přijela pro mě kriminálka. Tehdy jsem ale všechno vysvětlil a vrátil a šel jsem pěšky do Liberce.“

R3: „Tam šlo také o rozchod s přítelkyní. Jednou u Hostivařské přehrady, kde jsem tehdy bydlel a hodně se tam pilo, jsem skákal placáky, až jsem se měl modřinu přes celý hrudník. Ráno, když jsem se probudil, jsem si uvědomil, že jsem se mohl utopit, a že to takhle nechci.“

U respondenta č. 2 a č. 4 to však byly také hraniční životní situace, kdy člověk nemá už mnoho možností.

R2: „To byla poslední kapka. Já jsem měl kamaráda, který byl ve složité situaci a půjčil jsem mu asi šest tisíc. On mi nic nevracel a já mu po roce napsal, že by mi ty peníze mohl vrátit a on přiběhl k nám před barák a začal křičet, že mě zabije, že jsem feťák a takhle. Tehdy vykoukli rodiče z okna, kteří o ničem netušili. Uvědomil jsem si, že je tu něco špatně. Den předtím jsem si půjčil asi dvanáct tisíc a jen na drogy.“

R4: „Těžko říct co mě přimělo k léčení. Asi ztráta úplně všeho. Přišel jsem ze dne na den o střechu nad hlavou, o všechny děti, ocitl jsem se s manželkou na ulici a asi v ten okamžik až.“

Tato část rozhovorů byla realizována hlavně z důvodu uvedení do tématu, navození atmosféry, vyplavení vzpomínek a zkušeností. Na tuto úvodní část navazuje hlavní část rozhovorů, která se týká podstoupených léčeb a cílem bylo pokusit se odpovědět na otázku efektivnosti a smyslu léčebných procesů.

4.2. Podstoupené léčebné procesy

Na základě stanoveného cíle a získaných dat od respondentů jsem si stanovila kategorie způsobu léčeb, ve kterých jsme se pohybovali při rozhovorech. Způsoby léčeb jsem rozdělila obecněji na kontaktní, streetworkové služby, kde je důležité navázání a udržení dlouhodobějšího kontaktu s uživateli návykových látek, dále na střednědobé ústavní léčby, kde již probíhá intenzivní terapeutické působení na závislého prostřednictvím pravidelného a systematického režimu a umožňuje léčbu zpravidla do maximálně tří měsíců, a nakonec na dlouhodobé pobytové léčby, kdy se délka léčebného procesu pohybuje od tří měsíců déle.

4.2.1. Kontaktní, streetworkové služby

V této kategorii jsou zahrnuty terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra. V tomto případě potvrdili využívání těchto služeb všichni z respondentů. Ani pro jednoho však nebyla poskytnutá pomoc ta zásadní, ačkoliv jich využívali, když měli těžkou životní situaci, při které neviděli jiné východisko. U této kategorie bych uvedla odpověď respondenta č. 3: *„Má doktorka mi doporučila zavolat na K-centrum, tak jsem tam byl asi třikrát, ale mě to nějak nebavilo tam chodit. (...) Na Káčku mi taky jako by pomohly, ale nějak jsem tam ještě asi nebyl rozhodnutý, že se budu léčit.“* Na základě této odpovědi a dalších výpovědí, například u respondenta č. 4: *„Když nám nevyšel tento způsob léčení, tak po poradě v K-centru jsme si domluvili Červený Dvůr společně s partnerkou.“*, vyplývá, že tyto služby jsou důležité hlavně v momentě, kdy už závislý člověk neví kudy kam a vidí ve využití těchto služeb postup k možnému dalšímu léčení, ačkoliv ještě není plně rozhodnut k podstoupení té „opravdové“ léčby.

4.2.2. Střednědobá ústavní léčba

Touto kategorií je zde míněno léčení v psychiatrické léčebně (dále jen „PL“) na oddělení pro léčbu závislostí. Délka léčebného pobytu je tu definována na 3-6 měsíců. Touto formou léčení prošli všichni z respondentů, tedy PL Červený Dvůr, PL Bílá Voda, PL Bohnice. Dle jednotlivých výpovědí měla tato forma léčby kladný vliv na vnímání závislosti vůči své osobě u každého respondenta. Nicméně ani jednomu z respondentů tato léčba nedopomohla ke změně životního stylu tak, aby se nevrátil zpět k drogám. U respondenta č. 2 celý léčebný proces (tzv. *prvoléčba*) proběhl pouze jednou (a zatím

úspěšně. Avšak po této léčbě v PL mu byla ze stran psychologů doporučena léčba v terapeutické komunitě, což možná bylo zásadní rozhodnutí dle jeho slov: „*Já jsem to chtěl ukončit v Červeňáku, ale paní doktorka psychologka mi doporučila komunitu. Byl jsem v komunitě Advaita. (...) Jinak bych se vrátil do Kaplice a já myslím, že bych i tak jako nějak fungoval, ale určitě vím, že bych asi pil alkohol a tu trávu bych určitě kouřil.*“

U zbylých respondentů proběhla tato střednědobá léčba několikrát. Pokud nepokračovali dál v léčení, vrátili se zpět ke drogám a k životu jako před touto léčbou. To nám potvrzuje například odpověď respondenta č. 1: „*Jsem si tam chodil i odpočinout. Ale vždycky jsem tam slyšel něco od lidí, co abstinovali, a řekl jsem si „jooo to by bylo fajn, to bych taky takhle chtěl mít“ (...) Dalo mi to základní informace o závislostním chování, o případné pomoci a naučili mě tam základní hygienické návyky.*“

Potvrzením nám může být i odpověď respondenta č. 3: „*Tak jsem se ocitl v Bohnicích a tam jsem poznal Nešpora a tam jsem začal přičichávat a zjišťovat, že je jako možnost se z toho nějakým způsobem dostat. A když někdo jednou vstoupí do léčby, tak právě čuchne k tomu, že je to možný, a právě tam vidíš ty lidi, co abstinují a začneš tomu nějak věřit. Takže to byla naděje.*“, který se po první měsíční léčbě vrátil do PL Bohnice v dalších letech ještě dvakrát, přičemž třetí návštěva už vyústila k následnému léčení v terapeutické komunitě.

Po krátkodobém terapeutickém působení člověk nalezne naději v možnost abstinence a víru v to, že to dokáže. Nicméně neproběhne ten důležitý životní zlom, což je patrné i z odpovědi respondenta č. 2: „*Okamžitě ten den jsem si zahulil a říkám mamce: „Mami budu jen hulit.“ A máma mi na to řekla, že mi dává týden. Vydržel jsem to tři dny a zase se rozeběhl ten kolotoč – krádeže, drogy, chlast, chlast, ...“ i respondenta č. 4.: „*První léčba byla pokusná. To jsem jel do Bílé Vody, kde jsem po třech měsících si přišel dostatečně „vyabstinovaný“.* Pak jsem se vrátil zpátky do těch míst, zpátky k partnerce, zpátky na ulici no.“*

I po této střednědobé ústavní léčbě je možnost využít služeb doléčovacího centra, avšak ani jeden z respondentů následné péče nevyužil v těchto případech.

4.2.3. Dlouhodobá pobytová léčba

Dlouhodobé pobytové léčby zde znamenají terapeutické komunity, kde se délka léčby pohybuje od 6 do 18 měsíců s možnou návazností na následnou péči v doléčovacím centru. V této kategorii jsou zahrnuty dlouhodobé léčby, kterých využívají ti, co opravdu

potřebují změnu životního stylu, jinak se se závislostí nedokáží vypořádat. Délka těchto léčebných procesů se pohybuje kolem jednoho roku, přičemž je to svým způsobem úplné odtržení od reality a následná péče v podobě doléčovacího centra se plně doporučuje, aby návrat do společnosti nebyl ohrožením pro dotyčného člověka v podobě relapsu či recidivy.

Respondenti, se kterými jsem prováděla výzkumné šetření, absolvovali tuto formu léčby a jejich léčba v terapeutické komunitě probíhala v rozmezí deseti až patnácti měsíců. V těchto čtyřech případech byla léčba v terapeutické komunitě zásadní a úspěšná a všichni z respondentů využívají doposud služby organizace Prevent 99, z. ú. v rámci následné péče.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že krátkodobá léčba s návazností na dlouhodobou terapeutickou léčbu a následnou doléčovací péči je krok k opravdové změně. Dvěma respondentům chybělo zázemí rodiny, které našli právě v komunitě dle jejich odpovědí:

R1: *„Rodina. Protože se chovali jako rodina, ne jako léčebna. Nebyla to režimová léčba. (...) Ale mě hlavně pomohl ten rodinný přístup, protože na mě neplatila žádná tvrdost, naopak jsem potřeboval být tvrdý já sám na sebe a vědět, že mě v tom někdo podporuje.“*

R3: *„Komunita mi dala takový ten pocit toho domova a pocit, že se tam můžu kdykoliv vrátit. A hlavně hodně mě drží ta vděčnost vůči terapeutům. To, co pro mě udělali, že si se mnou dali tu práci. Za to jsem jim hodně vděčný. Nechci, aby jejich práce přišla vniveč.“*

Nicméně právě zmíněný řetězec léčeb dopomohl k úspěchu u všech čtyř respondentů, kteří se k danému tématu vyjádřili takto:

R1: *„Úspěšná byla terapeutická komunita Advaita, Nová Ves – Liberec. Patnáct měsíců tam, předtím čtrnáctidenní detox a potom šest měsíců a vlastně nicméně doléčovák až doted', do této doby. Doléčování probíhá stále vlastně.“*

R2: *„Úspěšná léčba začala v Červeňáku, ačkoliv se mi tam nikdy nelíbilo (...) a v komunitě, tam už to bylo jiné.“*

R3: *„Určitě jsem si uvědomil při léčbě v Bohnicích, že jako moje závislost je velký kalibr a pokud se deset patnáct let propadáš závislosti a děláš různý takový ty věci, který*

jsou s tím prostě spojený, trestná činnost a tak, tak jsem věděl, že nějaká tříměsíční léčba v Bohnicích nebude stačit. Už dopředu jsem věděl, že budu muset změnit místo působení.“

R4: *„Začal jsem od znovu. Věděl jsem, že se nemůžu vrátit na ta samá místa, a tak dále.“*

4.3. Rodinné zázemí jako vliv na závislost či případnou léčbu

Pokud se hovoří o závislosti, velice často se narazí na téma rodiny. Již jsme narazili v odpovědích respondentů na to, že našli v komunitě určitou rodinu, domov. S opakujícími se výpověďmi ohledně rodinného zázemí usuzuji, že je to velký aspekt při vzniku závislosti nebo naopak při případné léčbě. Pouze jeden z respondentů měl celou dobu určité rodinné zázemí, které mu také pomohlo při cestě k abstinenci, a dlouhý léčebný proces zvládl napoprvé, jakmile si uvědomil jádro problému. Není zde jasné, zda v rodině byly podmínky ideální, nicméně respondent č. 2 potvrdil, že bydlel s rodiči, dokud nezapočal léčbu a v samotné léčbě ho podporovala celá rodina: *„To byla podpora od sestry, od rodičů... v komunitě hlavně tedy od sestry a hodně od sestřenky.“*

V ostatních třech případech byl problém v rodinných vztazích, nicméně není to jediný aspekt, který hraje roli při vzniku závislosti. V jednom případě spolu rodiče nezůstali, v druhém případě byl v rodině gambler a vyšší výskyt alkoholu, ve třetím případě dokonce týrání a dětské domovy a ústavy. Respondent č. 1 uvádí ke svým rodinným vztahům: *„jsem z rozvrácené rodiny, taťka od nás odešel, takže mi chyběl mužský vzor.“*, respondent č. 3: *„Vyrůstal jsem s gamblerem, taťka byl gambler a vlastně zajištění rodiny nebylo úplně v pořádku. A to mělo vůbec velký dopad na to, že jsem se stal závislým, protože nebyla pevná ruka nade mnou, nebylo mi nic přikazováno ani zakazováno, takže já jsem si mohl dělat, co jsem chtěl.“* a respondent č. 4 svou odpovědí také naznačuje nepříznivé vztahy v rodině: *„(...) byl jsem týraný od táty, byl jsem po děcákách, po ústavech a vždycky jsem se chytal té špatné party.“*

Je zde tedy patrné, že určitou roli zde rodina hraje, ať už při závislosti jako takové nebo naopak při léčbě. Do jaké míry se rodinné vztahy odráží v dané problematice, však nebylo předmětem tohoto výzkumu.

4.4. Drogová minulost spojená s výkonem trestu ve vězení a tamní poměry v rámci specializovaných oddělení

Dalším okrajovým tématem, který vyplývá z rozhovorů, a který je úzce spjat s tématem závislosti, je kriminální činnost a tresty odnětí svobody ve vězení. Tři z respondentů byli odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody. Pouze respondent č. 2 neprováděl kriminální činnost: „*Já jsem byl takový slušný feťáček, já nikdy nic neukradl.*“

V dalších případech mě zajímala hlavně specializovaná oddělení a bezdrogové zóny ve vězení, zda s tím mají zkušenosti a jaké. Ze získaných dat mi vyplývá, že pro odsouzené ve věznicích jsou bezdrogové zóny a specializovaná oddělení tou lepší variantou pobytu ve vězení. Na tato oddělení se zařazují odsouzení na vlastní žádost, a pokud splňují určité podmínky, které jsou popsány v teoretické části této práce. Respondenti popisovali lepší přístup zaměstnanců, nicméně co se týče výskytu drog na těchto odděleních, není to vždy tak, jak by mělo být. Nemění to však nic na tom, že pro respondenty to byla ta lepší varianta výkonu trestu z důvodu programů zacházení a z důvodu aspoň dočasné abstinence.

R1: „*Oddělení po devadesáti, šedesáti věznicích. Měli jsme cely jen po čtyřech ne po patnácti, jak to bývá v klasických basách, co jsem slyšel jiné povídání. Byl jsem prvotrest, všichni jsme tam byli prvotresti, takže nikdo nechtěl žádné problémy, nikdo nechtěl domů, ale kdybych chtěl něco sehnat, tak to tam seženu... od perníku po trávu i nějaké léky.*“

R4: „*Určitě se tam vždycky najde černá ovce, která se pokusí ty pravidla porušit. (...) To tam je, ale já to nevyhledával.*“

Závěr

V teoretické části práce jsme se zaměřili na předmět závislosti a její léčbu. V České republice funguje propracovaný systém adiktologických služeb, který obsahuje několik stupňů nabízených služeb. Prvotním cílem této práce bylo zhodnotit léčebné procesy z hlediska úspěšnosti. Již dle nastudované literatury v teoretické části práce jsem zjistila, že pokud bych tento aspekt chtěla vyhodnotit, bylo by třeba udělat vlastní široký průzkum, jelikož žádná studie nezahrnuje všechny léčebné procesy a nehodnotí její efektivnost. Nastínila jsem však, jaká je situace v České republice dle dohledatelných zdrojů.

Do léčebných programů můžeme zahrnout i specializovaná oddělení ve vazebních věznicích a věznicích. Tyto informace jsou v některých případech dohledatelné na webových stránkách jednotlivých vězeňských zařízení, nicméně pro případné podrobnější informace jsem obeslala e-mailovou korespondencí všechny vazební věznice a věznice i s žádostí o poskytnutí možnosti návštěvy. Nakonec mi bylo vyhověno v žádosti ve čtyřech případech, přičemž jsem vybrala jednu z věznic a využila možnosti návštěvy ve věznici v Jiřicích. Zde se mi věnoval speciální pedagog, který mi poskytl spoustu vzorových dokumentů, abych měla představu, jak taková oddělení fungují, a která jsem uvedena v této práci. Odpovědi z jednotlivých vězeňských zařízení se odvíjeli od pracovní vytíženosti dotazovaných zaměstnanců věznic a pochopení pro studentské práce. Setkala jsem se i s velice příznivým přístupem, kdy bylo vyjádřeno nadšení v případě jakéhokoliv zájmu o situaci ve vězeňských službách.

Na základě návštěvy věznice v Jiřicích jsem si potvrdila nastudované a výše uvedené informace. Poskytlo mi to hlubší pochopení chodu těchto oddělení a zároveň postoj některých věznic k přístupu harm reduction. Ačkoliv se v *Pozičním dokumentu o drogách, věznicích a harm reduction* zmiňuje Petroš (2006) o neúnosné situaci v pomalém zavádění tohoto přístupu v evropských věznicích, i když jsou důkazy v současné době nezpochybnitelné, je komplikované pozměnit rychle několik desítek let zaběhnutý systém. Problémem může být i nedostatek personálu, nedostatečné školení či další finanční zátěž pro věznici při zavádění nového přístupu.

Léčebné procesy a zařízení v rámci drogové závislosti, které jsou popsány v teoretické části, byli podrobeny kvalitativnímu výzkumu se vzorkem čtyř respondentů

v podobě polo-strukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu bylo ověřit informace z teoretické části práce o efektivnosti léčebných programů.

Na základě vybraného vzorku respondentů je z výzkumu patrné, že z hlediska úspěšnosti si terapeutická komunita vede velice dobře. Nicméně je zde nutné upozornit na nízký počet respondentů, nízké věkové rozpětí a nerovnováhu vůči pohlaví k tomu, aby bylo možno brát tento výsledek šetření celoplošně v rámci České republiky. Konečný vzorek respondentů byl stanoven v této podobě, protože ne každý z oslovených osob vyjádřil ochotu pomoci v rámci tohoto šetření.

Ačkoliv tedy nemůžeme potvrdit jednoznačně úspěšnost jednotlivých léčeb, z výzkumného ověřování informací vyplývá, že je velice efektivní návaznost jednotlivých stupňů a jejich spolupráce. Efektivní je i sociální začleňování v následné péči. Oblasti protidrogové politiky, jež jsou popsány v této práci a na základě kterých fungují adiktologické služby, se v tomto výzkumu odráží velice pozitivně.

Seznam použitých zdrojů

- JANÍKOVÁ, B.; PISKÁČKOVÁ, P. *Učební texty ke kurzu: Úvod do Adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2007. ISBN 978-80-239-9960-0.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 987-80-247-1411-0.
- KIŠŠOVÁ, L. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 987-80-7440-045-2.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MRAVČÍK, V., BĚLÁČKOVÁ, V., DRÁPALOVÁ, E., ZÁBRANSKÝ, T. *Nové psychoaktivní látky v České republice: výskyt, rizika a související opatření*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN 978-80-905717-9-2.
- MRAVČÍK, V.; CHOMYNOVÁ, P.; GROHMANNOVÁ, K.; JANÍKOVÁ, B.; TION LEŠTINOVÁ, Z.; ROUS, Z.; KIŠŠOVÁ, L.; KOZÁK, J.; NECHANSKÁ, B.; VLACH, T.; ČERNÍKOVÁ, T.; FIDESOVÁ, H.; VOPRAVIL, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. [online] Praha: Úřad vlády České republiky, 2017a. ISBN 978-80-7440-200-5. [cit. 9.2.2018]. Dostupné na WWW: <https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32732/786/VZ_2016_drogova_situace_v_CR.pdf>.
- MRAVČÍK, V.; MALINOVSKÁ, J. *Vývoj problémového užívání opioidů na území České republiky: literární přehled*. Adiktologie, 2017b, roč.17, č.4, s.283-291.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. [online] Praha: Úřad vlády České republiky, © 2015 [cit. 9.2.2018]. Dostupné na WWW: <<https://www.drogy-info.cz/nms/o-nas/>>
- PETROŠ, O. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-76-5.
- RADIMECKÝ, J. *Funguje léčba uživatelů drog?* [online] Praha: Klinika Adiktologie, 2011. [cit. 12.2.2018]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/Funguje-lecba-uzivatelu-drog->>>
- ŠEFRÁNEK, M. *Evaluační výsledky léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-103-9.

- WEST, R. *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2016. ISBN 987-80-7440-157-2.

Seznam příloh

1. Informační e-mail do vazebních věznic a věznic

Přílohy

Příloha č. 1

22 Feb ☆ ↶

Veronika Míková <vero.mikova@gmail.com>
to bguntherova ▾

Vážení,

jsem studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Pedagogika volného času, a pracuji na své závěrečné práci, která se zabývá programy zacházení s drogově závislými. V jedné z částí práce jsem si zadala úkol zmapovat situaci ve věznicích pro osoby odsouzené k výkonu trestu třepráci závislosti na drogách. Je možnost u Vás touto cestou zjistit, jestli se u Vás nachází bezdrogová zóna či specializované oddělení, jak se s takovými vězni pracuje a zda by bylo možné se o tomto informovat i osobně, případně odkázat na nějaké zdroje?

Předem moc děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem

Veronika Míková
studentka
vero.mikova@gmail.com
[+420 731832063](tel:+420731832063)

Abstrakt

MÍKOVÁ, V. *Resocializace drogově závislých*, České Budějovice 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce M. Kaplánek.

Klíčová slova: resocializace, adiktologie, drogová závislost, léčba drogově závislých, adiktologické služby ve věznicích, programy zacházení, drogy, protidrogová politika

Bakalářská práce se zabývá resocializací drogově závislých, tedy mapuje adiktologické služby, které jsou v České republice dostupné pro závislé na návykových látkách. Teoretická část práce je zaměřena na definování závislosti, její dopady na společnost a možné způsoby řešení tohoto celosvětového problému. Je zde mapována i oblast adiktologických služeb ve vazebních věznicích a věznicích České republiky, přičemž průzkum probíhal prostřednictvím e-mailové korespondence s jednotlivými věznicemi a jednou návštěvou přímo specializovaných oddělení věznice v Jiřicích.

Praktická část práce ověřuje uvedené informace formou rozhovorů ve čtyřech případech, tedy kvalitativním výzkumem. Respondenti, poskytující informace pro tuto práci, podstoupili alespoň jednu ze zmíněných léceb, a nejen svou abstinencí a změnou v přístupu k životu dokazují, že léčení závislých má smysl.

Abstract

The possibilities of social rehabilitation of drug addicts

Key words: social reintegration, addiktology, drug addiction, treatment of drug addicts, addiktology services in prisons, treatment programs, drugs, drug policy

The bachelor thesis deals with the social rehabilitation of drug addicts, so it maps the addiktology services available in the Czech Republic for addictive substance addicts. The theoretical part of the thesis is focused on the definition of addiction, its impacts on society and possible ways of solving this global problem. There is also mapped the area of addiktological services in detention prisons and prisons of the Czech Republic. The survey was carried out through e-mail correspondence with individual prisons and one visit to the directly specialized departments of Jirice Prison. Practical part of the thesis verifies the information in the form of interviews in four cases, ie qualitative research. Respondents providing information for this work have undergone at least one of these treatments, and not only by abstinence and by changing their attitudes to life, they show that treating addicts makes sense.