UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Fenomén závislosti

Faktory úspěchu v léčbě závislých s ohledem na bio-psychosociálně-spirituální východiska

Petr Král

Katedra: Sociálně pedagogická
Vedoucí práce: Mgr. Vojtěch Sivek
Studijní program: Sociální práce
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Fenomén závislosti napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Šluknově dne 1.5.2007 Petr Král

Bibliografická citace

Fenomén závislosti: Faktory úspěchu v léčbě závislých s ohledem na bio-psychosociálně-spirituální východiska: Bakalářská práce / Petr Král; vedoucí práce: Mgr. Vojtěch Sivek. Praha, 2007. 73 s.

Anotace

Práce se snaží zpracovat téma závislosti na návykových látkách s ohledem na bio-psychosociálně-spirituální stánku problému. Lidská osobnost je ve své podstatě závislostní a ve všech ohledech má potenciál stát se na návykových látkách závislou. Příčiny této závislosti je možné nalézat ve všech oblastech, počínaje fyziognomií a konče spiritualitou. Důvody, proč se jedinec stane závislým či vůbec sáhne po návykové látce, lze tak nalézt v hledání přesahující zkušenosti, smyslu existence, útěku od problémů, bolesti nebo zahnání nudy či samoty. Pokud se člověk stane závislým, nastartuje tím většinou cestu směrem k totální destrukci osobnosti ve všech jejích kvalitách. Spirituální stránka osobnosti, vědomí Já, sounáležitosti, hodnot je závislostí narušena a člověk se přesouvá více ke své pudovosti nasměrované k získání drogy. Cesta zpět k životu postrádajícímu stopy bezesmysluplnosti není jednoduchá, ale je možná. Většina závislých prochází na této cestě resocializací v léčebném zařízení, a tak právě tato zařízení mohou hrát klíčovou roli vedoucí ke změně života a abstinenci. Tato práce se snaží faktory, které by léčba měla zahrnovat, popsat. Tyto faktory jsou pak dokresleny analýzou dotazníkového šetření klientů, kteří podstoupili léčbu a dlouhodobě abstinují.

Klíčová slova

Závislost, spiritualita, motivace, resocializace, faktory změny.

Summary

The whole work tries to elaborate the theme of addiction on addictive substances in focus on bio-psychosocial-spiritual part of the whole problem. Human personality has the deep based predisposition to be addictive and it has a complete potential to become addictive in all ways. The occasions of this addiction are able to be found in all domains of human being, beginning with physiognomy and ending with spirituality. The reasons why the subject becomes addictive or eventually only tries the addictive substances are able to be found in looking for transcendent experience, sense of existence, in escaping from problems, pain or killing the bore or solitude. If the human becomes addictive he starts an inescapable way leading straight to total

destruction of personality in all its qualities. Spiritual part of personality, the self-awareness, the unity and the normal values are damaged by the addiction and the human is moving himself to his own animalism oriented to acquiring substances. The way back devoid of sleeks of nonsensicality is not easy but possibly to be found. The most of addictives go through the resocialization centers on their ways and so these centers could play a key role in changing the life and abstinence. This work tries to describe these factors, which the whole cure should imply. And finally these factors are sketched in analysis of questionnaire search among clients who experienced the cure program and who abstain on a long term basis.

Keywords

Dependance, spirituality, motivation, resocialization, elements of transition.

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedle své rodiny, která se mnou snášela strasti dálkového studia vskutku s trpělivostí a pochopením, také všem klientům, kteří mi pomohli během mé více než třináctileté praxe mezi závislými více porozumět lidské bolesti a způsobům, jakými se s ní člověk snaží vyrovnat. Díky nim jsem mohl poznat jednak více o sobě samém, ale také o Boží milosti a lásce k zraněným lidem. Děkuji také vedoucímu své práce za připomínky, které mě nutily hledat souvislosti.

Motto*:*

(…) Po nemnoha dnech mladší syn všechno zpeněžil, odešel do daleké země a tam rozmařilým životem svůj majetek rozházel. A když už všechno utratil, nastal v té zemi veliký hlad a on začal mít nouzi. Šel a uchytil se u jednoho občana té země; ten ho poslal na pole pást vepře. A byl by si chtěl naplnit žaludek slupkami, které žrali vepři, ale ani ty nedostával. Tu šel do sebe a řekl: „Jak mnoho nádeníků u mého otce má chleba nazbyt, a já tu hynu hladem! Vstanu, půjdu ke svému otci a řeknu mu: Otče, zhřešil jsem proti nebi i vůči tobě. Nejsem už hoden nazývat se tvým synem; přijmi mne jako jednoho ze svých nádeníků.“ I vstal a šel ke svému otci. (…) *Lukáš 15 , 13-20*

Obsah

Úvod ... 10
1. Závislost ... 13
1.1. Definice syndromu závislosti ... 15
1.1.1.Biologickým model závislosti ... 15
1.1.2. Psychologický model závislosti ... 15
1.1.3. Sociální model závislosti ... 16
1.1.4 Spirituální model závislosti ... 17
1.2. Příčiny závislosti ... 19
1.2.1. Spiritualita a rizikové faktory ... 21
1.2.2. Biologické rizikové faktory ... 26
1.2.3. Psychosociální rizikové faktory ... 27
1.3. Fáze vývoje syndromu závislosti ... 31
1.3.1. Experiment ... 33
1.3.2. Společenské užívání ... 36
1.3.3. Každodenní potřeba a užívání k navození pocitů normality ... 37
2. Faktory změny od závislosti k abstinenci ... 40
2.1 Motivace ke změně ... 40
2.2 Resocializace ... 41
2.2.1. Paradigmata v léčbě závislých ... 41
2.2.2. Cíle resocializace ... 42
2.2.3. Faktory pro účinnou resocializaci ... 414
2.2.4. Nástroje změny ... 416
3. Analýza vývoje změn v průběhu drogové kariéry ... 51
3.1. Význam analýzy a hypotéza ... 51
3.2. Výzkumné otázky ... 51
3.3. Realizace ... 52
3.3.1. Metoda a typ sběru dat ... 52
3.3.2. Forma získávání informací ... 52
3.3.3. Výzkumný vzorek ... 52
3.4. Kvantifikované výstupy dotazníkového šetření a interpretace ... 52
3.4.1. Identifikace respondentů dotazníkového šetření ... 53
3.4.2. Změny, ke kterým došlo v průběhu drogové kariéry a po ní ... 57
3.4.3. Vlivy na změnu směrem k abstinenci ... 61
3.5. Interpretace výsledků ... 63
3.6. Diskuse ... 70
Závěr ... 71
Seznam literatury ... 73
Přílohy ... 76

Čísla stran

Úvod

Společnost, ve které žijeme, zvláště pak ta západní, se potýká s velkým množstvím různých problémů, které jsou pro ni samotnou destruující[1] stejně jako pro jedince ve společnosti. Jedním z problémů je i fenomén závislosti. V současnosti se pro tento fenomén hledají různá vysvětlení a také způsoby, kterými by se dal řešit. Jeden z pohledů ve své knize Psychoterapie a náboženství podává Frankl, který hovoří o ztrátě smyslu u dnešní mládeže a s ní spojené drogové závislosti. Během své praxe v prostředí léčby závislých jsem se setkal se stovkami klientů, jejichž důvody pro začátek drogové kariéry byly různé a existenciální vakuum v nich hrálo významnou roli.

Jelikož má praxe vychází z křesťanských tradic a terapie je silně spojená se spiritualitou, vidím ve Franklově bio – psycho (sociálně) – spirituálním přístupu ke klientovi s neurózou, jakou je patologická závislost, zásadní východisko pro léčbu závislých. Stejně jako Frankl nevidím důvody a východiska pro léčbu závislých pouze v pudové stránce lidské bytosti, ale také, a to zásadně, v jeho spiritualitě. Domnívám se, že právě ztráta duchovního vědomí a hodnot nakonec vede k celkové destrukci lidské osobnosti ve všech jejích kvalitách, počínaje ztrátou sebevědomí a konče narušenými lidskými vazbami a sociálními dovednostmi. Na počátku řetězce destrukce lidské společnosti tedy nestojí problémy v bio-psychosociální oblasti, ale problémy v lidské spiritualitě. Ta vychází z konceptu konstituce Já ve svých hodnotách a morálního vědomí stejně jako ze schopnosti přesahu mezi Já a Ty. V rámci své praxe jsem se obecně v odborných kruzích jen málo setkával s hledáním

[1] Např. Eko-ekonomické problémy, problémy se stárnutím populace, migrace, globalizace, chudoba jihu versus bohatství severu atp. Tyto problémy jsou jistě jednak samy o sobě zásadní, ale také sekundárně mohou mít vliv na další „globální problémy" – terorizmus, drogové závislosti, totalitní režimy atp. Z tohoto pohledu jsou pak také důležité sociologické studie týkající se patologií ve společnosti. A. Gidens (1988) k nim však dodává: *„Lidské jednání je komplikované a mnohotvárné, takže nelze předpokládat, že by jediná teoretická perspektiva mohla vysvětlit všechny jeho aspekty"*.

východisek pro léčbu ve spiritualitě člověka. Naopak většina terapií se závislými pracuje vědomě více s pudovou složkou osobnosti než se složkou spirituální. Tato je v odborné literatuře týkající se závislosti jen velmi málo zmiňovaná, a pokud ano, pak často pouze v kontextu Anonymních alkoholiků. Studiemi léčebných zařízení, které tuto spirituální složku zahrnují do konceptu své práce, bylo zjištěno, že spiritualita jako vnitřní integrující prvek vede u klientů k dlouhodobějšímu efektu léčby a kvantitativně vyššímu počtu abstinujících po léčbě.

Mým záměrem v teoretické části práce je ozřejmit všechny složky bio-psychosociálního modelu se zřetelem na spiritualitu a dále také zjistit, jakou roli mají tyto složky v jednotlivých etapách vývoje drogové kariéry u jednotlivců. Pokud použiji biblický příběh o marnotratném synovi, který jsem uvedl jako motto své práce, vidím zde tři základní okruhy rozvoje syndromu závislosti – rozhodnutí pro drogu, rozhodnutí s ní skončit a cestu zpět k normálnímu životu, tedy:

1. Jaké jsou příčiny pro závislé chování s ohledem na bio – psychosociálně – spirituální model[2] a jaké „síly“ vedou klienty k rozhodnutí ukončit závislé jednání, tedy motivace pro rozhodnutí „vyjít“ z drogové závislosti
2. Popis léčebných nástrojů v rámci terapeutických komunit a jaký mají vliv na změnu.

V praktické části bych rád zjistil, jakou roli hraje spiritualita v průběhu změn u jednotlivých klientů, kteří po léčbě dlouhodobě abstinují. Zde mě především zajímá, jak se změnily hodnoty a životní styl těchto osob v důsledku užívání drog a v čem oni sami spatřují důvod pro změnu vzhledem k abstinenci. Předpokládám, že u mnohých došlo k výrazné změně v systému

[2] V samotné práci se odkazuji na obecně přijatý model bio-psycho-sociálně-spirituální. Sociální rozměr však chápu stejně jako Frankl jako rozvinutí především duševních, fyzických a spirituálních potřeb člověka.

osobních hodnot a v důsledku toho ke změně dalších kvalit jako je sebevzdělávání, zaměstnanost, kvalita lidských vztahů, zájmy atp.

1. Závislost

Není zřejmé, jaké byly prapříčiny závislosti ve společnosti, ale je zřejmé, že člověk tento potenciál v sobě již od počátku své existence má. První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let z období říše Summerů (Kudrle, 2003). Tyto tendence je pak možné vyčíst také z příběhů jako již zmiňovaný biblický příběh o marnotratném synovi, kde ačkoli se bible zmiňuje pouze o „rozmařilém životě“, je vidět určité paralely k životnímu stylu závislých, ale i z dalších, které se v současnosti odehrávají na našich ulicích, v domácnostech a také v léčebných zařízeních a jež jsou dokresleny statistikou. V roce 2005 vydalo národní monitorovací středisko zprávu, která hovoří o stavu užívání návykových látek v ČR. Tato zpráva byla různě interpretována - a to od jistého optimizmu (RVKPP a NMS)[3] až po skepsi a poukazování na to, že trendy ve společnosti spíše ukazují, že protidrogová opatření přijímaná v rámci společnosti nejsou účinná (Polanecký, KHS, Vacek, Komorous, NPC)[4].

Tak proti sobě byly postaveny více či méně složky působící v oblasti represe proti složkám léčebným, které interpretují výsledky výzkumu jako zastavení procesu nárůstu užívání tvrdých drog. V roce 2001 byl panem Mgr. Radimeckým[5] a kolektivem vydán krátký souhrn přehledu drogové situace v České republice.

Tyto závěry poukazují na 5 základních faktů:

1. množství drog obecně v populaci. Zhruba 1 150 000 osob ve věku 16 až 64 let mělo alespoň jednorázovou zkušenost s nelegální drogou

[3] Rada vlády pro protidrogovou politiku a Národní monitorovací středisko
[4] Krajská hygienická stanice, Národní protidrogová centrála
[5] Mgr. Radimecký byl v té době ředitelem Rady vlády pro protidrogovou politiku a jako takový byl zodpovědný za koordinaci této politiky, strategie a výzkumu.

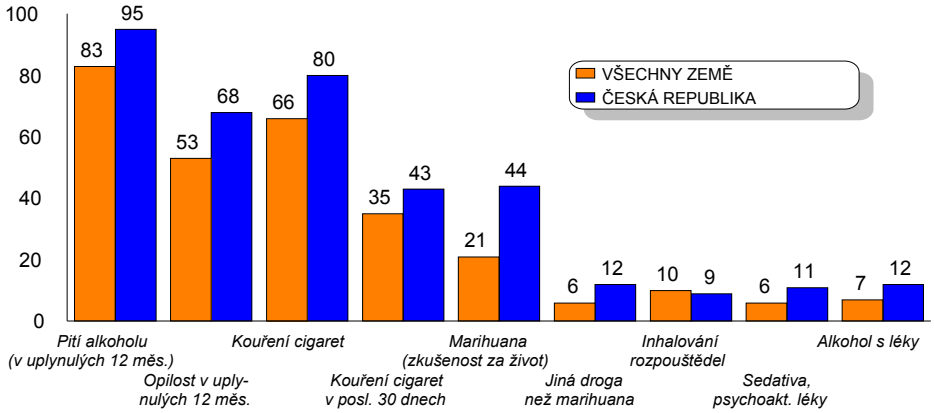
2. odhad počtu uživatelů drog. Výzkum uvádí zhruba 0,5 % uživatelů nelegálních drog v populaci, tedy zhruba 37 500 osob ve věku 15 až 64 let. Tato promořenost je srovnatelná s vyspělými státy EU.

3. zájem o léčbu. V roce 2001 se léčilo 21 % problémových uživatelů drog (12 000 osob), poprvé vyhledalo léčbu 4 233 osob průměrného věku 21,6 let.

4. úmrtí v souvislosti s užíváním drog. V roce 2001 zemřelo 84 osob na předávkování nelegální drogou.

5. trendy. Zpráva uvádí v prvé řadě problematiku užívání konopných drog (pravidelně 15 % mládeže ve věku 15 až 19 let, alespoň jednou 46 % 16letých), kde výrazně stoupá jejich obliba, a také zasahování heroinu do doposud nepostižených oblastí ČR. Nicméně zpráva uvádí dlouhodobě se nezvyšující počet osob pravidelně užívajících heroin nebo pervitin i snižující se počet prvouživatelů těchto drog ve věku 16 let. Zpráva z roku 2004 víceméně koresponduje se závěry předešlé zprávy. Hovoří však o zastavení „heroinové epidemie“ a dalším nárůstu obliby konopných drog u populace šestnáctiletých[6].

Vybrané ukazatele návykového chování u studentů v evropských zemích a v ČR ze zprávy ESPAD 2003



Graf. č.1

[6] Jak je patrné z grafu č. 1, v porovnání s evropskými zeměmi jsme v celoživotním trendu ve většině sledovaných kategorií horší.

1.1. Definice syndromu závislosti

V 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (1992) je syndrom závislosti uváděn jako: *„užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák“.* Tomuto pohledu také odpovídá klasifikace závislosti, kde musí člověk splňovat určitá kriteria, aby mohl být považován za osobu závislou.

V praxi pak je nutné splňovat nejméně tři z těchto (Nešpor, 2003):

A) silná touha nebo puzení užívat látku
B) potíže v kontrole užívání látky, a to vzhledem k počátku a ukončení nebo množství látky
C) abstinenční syndrom
D) průkazná tolerance – vyžadování vyšších dávek k uspokojení potřeby než na počátku užívání
E) postupné vytěsnění jiných aktivit na úkor dané látky, zvýšení času zapojeného do užívání nebo zotavení se z NL
F) pokračování i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Závislost dále má svoji duální charakteristiku psycho-biologickou, respektive je triádou bio-psychosociálně-spirituální.

1.1.1 Biologický model závislosti souvisí s biologickými mechanizmy účinků návykových látek na CNS[7]. Pro rozvinutí syndromu závislosti hraje svoji roli typ a kvalita užité látky, tedy její potenciál, zjednodušeně řečeno nahrazení původní přirozené látky v chemii mozku jedince. CNS tady reaguje

[7] Centrální nervový systém

na psychotropní látku vylučováním látek spojených s euforií, slastí, útlumem bolesti. Toto vylučování, protože je podmíněno vnějším stimulem, pak v závislosti na daném typu látky vede k nutnosti dalších stimulací CNS (Fišerová, 2003). Z tohoto ohledu ve škále látek, které mají nejvyšší biologický potenciál k fyzické závislosti, stojí opiáty a některá psychofarmaka.

1.1.2 Psychologický model závislosti souvisí s ovlivněním psychických funkcí jako je emocionalita, temperament, volní a kognitivní vlastnosti. Marek Blatný (2003) v tomto kontextu hovoří o sebeklamu, kterým je *čestné, pozitivní zkreslení sebeobrazu, které přispívá k dobrému psychologickému přizpůsobení*. Tento sebeklam, který se stává pravdou, pak ovlivňuje emocionalitu, sebeobraz, sebepojetí, a vyvolává u jedince preference od vnitřních (jako jsou postoje, hodnoty) po vnější (jako výběr přátel, trávení volného času, výběr školy, zaměstnání atp.). Psychická závislost je tedy závislost na „nové“ kvalitě drogou ovlivněných psychických funkcí.

1.1.3 Sociální model závislosti vychází z podmíněnosti člověka na prostředí, ve kterém je uskutečňován jeho vývoj a na kterém je tedy závislý, a ve kterém může realizovat sebe. V tomto kontextu je závislost chápána jako „závislost jedné osoby na druhé“, *kde vzájemná výměna způsobů chování, v níž je vždy jedna osoba sociálním podnětem pro chování osoby druhé, probíhá až do ukončení interakce* (Nakonečný, 1995). V rámci sociální interakce dochází k předávání hodnot, informací, případně řešení konfliktů. Sociálním podnětem může být například osoba, která je ze subjektivních důvodů pro druhou osobu atraktivní svými hodnotami, popřípadě životním stylem souvisejícím s drogou. S mírou subjektivní atraktivity tedy vzniká sociální závislost, kde sdílené

hodnoty mohou vést k rozvinutí jednání vedoucímu k závislosti. Samotné užívání drogy je pak podmíněno sociálním prostředím a osobami, které jedinci mohou zprostředkovat dostupnost drogy. Baštecký, Kümpel, Vojtěchovský (1994) k tomu dodávají, že je-li možná účast v deviantní subkultuře, kde je možno se vyhnout nepříjemným situacím, které společnost přináší, je zde zároveň možno se té společnosti pomstít. Být částí této subkultury přináší pocit sebeuznání, který se v „normální" společnosti nepodařilo získat. I toto soužití má své normy, hierarchii a zákony, ale jsou přijatelnější než zákonné normy běžné společnosti. Je-li jedinec úspěšný v této subkultuře, ztrácí motivaci začlenit se do běžné společnosti a ztratit tak své postavení. Užívání drog je při tom akceptovanou hodnotou. Následkem této sociální seberealizace vzniká „sociální závislost" na této subkultuře.

1.1.4 Spirituální model závislosti zasahuje centrum osobnosti. Frankl (2007) jej charakterizoval jako existenciální duchovní Já, v situaci, kdy toto Já postrádá smysl, hovoří o existenciálním vakuu. Závislost v tomto smyslu je pak prostředkem úniku z existencionálního vakua. Prezioso(1987) tvrdí, že patologické závislosti mají také svoji duchovní charakteristiku, a vnímá, že závislost tíhne k tomu, aby se stala danému člověku jeho „bohem, modlou". Tedy předmětem uctívání, tím, co je ve středu jeho existence. Jedinec se k danému prostředku utíká jako k prostředku „existencionální spásy", kde si „Já" začíná uvědomovat sama sebe Frankl (1974). Kudrle (2006) pak ve svém spirituálním konceptu závislosti, nechápe patologickou závislost nutně negativně, ale jako *prostředek, který tlačí na jedince, aby se vzdal určitého vžitého sebekonceptu, odevzdal se Vyšší moci a zažil tak transformativní krizi vedoucí k možnému novému uspořádání života a existence*. V tomto pohledu je však nutné spatřovat pouze motivačně-kognitivní prvek, který patologická závislost může mít - za předpokladu, že jedinec je touto závislostí nucen

překonstituovat svůj život, tedy že jedinec si uvědomuje potřebu změny a hledá východisko mimo samotnou patologickou závislost v jiných prostředcích, případně schopnosti se této potřeby vzdát tam, kde tuto není možné v „lidském světě“ bez „Boha“ naplnit. Zjednodušeně řečeno, závislost je prostředkem k uskutečnění svého Já, jedinec však toto uskutečnění hledá v duchovních zážitcích mimo běžnou realitu možných a to bez předchozí cesty a námahy.

Z *Maslowovy* škály lidských potřeb je patrná určitá[8] **závislost člověka**. od základních biologických potřeb, jako je potřeba jídla, tepla, bezpečí atp., přes psychologické potřeby sounáležitosti, lásky, významu, důvěry až k potřebám sebeaktualizace, která vede člověka k „otištění sebe“ v tomto světě, stejně jako k touze po poznání účelnosti věcí a potřebě sám být součástí této účelnosti. Tyto potřeby člověka jsou přímo závislé na vnějších či vnitřních faktorech. Při bližším zkoumání potřeb člověka zjistíme, že v podstatě jakýkoli předmět uspokojení se může stát předmětem závislosti. Jsou dobře popsány nezdravé závislosti spojené se stravou (anorexie, bulimie), psychická vázanost na prostředí, na osobu (codependence), závislosti spojené s hrou (patologické hráčství), závislosti spojené se změnou vnímání reality (závislost na psychotropních látkách).

Celkově se tedy dá patologická závislost definovat jako zahrnující takové strategie člověka, které vedou ke změně vnímání reality směrem ke zkreslení - sebeklamu, jehož cílem je lepší adaptace na vnější nebo vnitřní podněty či prostředí. Syndrom závislosti je kombinací biologických – psychosociálních - spirituálních problémů. Tyto problémy, ať již vnitřní nebo

[8] Jednou ze základních spirituálních kvalit člověka je schopnost vymanit se ze svého prostředí. Frankl však vedle toho konstatuje, že tato schopnost má také své meze v pochopení své existence, svého utrpení. Tak jako pokusné zvíře není schopné pochopit utrpení spojené s výzkumnými pokusy, protože není člověkem, tak ani člověk není schopen plně pochopit existencionalitu svého já s přesahem k jiné rovině prostředí – transcendentnu.

vnější, vyrůstají z rizik, která v sobě nesou různé situace[9], jimž člověk v průběhu života čelí.

1.2 Příčiny závislosti

Psychopatologie hledá odpovědi na otázky, co vede člověka ke zneužívání návykových látek a rozvinutí celkově nové osobnosti. *Motivace* je základním zdrojem lidského chování. Stojí na počátku řetězce lidského jednání, ať již pozitivního nebo negativního. Motivacemi mohou být vědomé myšlenkové procesy stejně jako nevědomé. Motivace může být podmiňována momentálně ohrožující situací nebo příležitostí k něčemu. Může také mít hluboký základ v lidské minulosti. Nakonečný (1997) poukazuje, že motivace je jednou ze složek psychické regulace činnosti v rámci - osobnost a prostředí. Podněcuje chování zaměřené na udržení vnitřní rovnováhy a růst osobnosti. Motivaci tady chápu jako vnitřní síly, které vedou k činnosti. Tyto síly nacházíme v lidské fakticitě – pudovosti, kam patří psychická a tělesná stránka motivace, a v existencionalitě (duchovní Já), kam patří vůle ke smyslu, svědomí, zodpovědnost, láska a svoboda (Frankl, 1974). Celistvost osobnosti definuje jako tělesně – duševně - duchovní. Nakonečný rozlišuje mezi motivy a vnějšími motivujícími podněty. Prostředí je vnějším motivujícím podnětem.

Rizikové faktory pro vznik závislosti tak můžeme nalézat v osobnosti stejně jako v prostředí. Obě tyto složky jsou na sebe vázány, jedna bez druhé nemůže být. Například hledání smyslu může nalézt odezvu pouze tehdy, když je smysl možné nalézt.

[9] *Sociální situace* je obvykle chápána jako celek časových, místních a obsahových determinant., je prostorem, v němž se "odehrává" život, jsou spoluvytvářeny věci, vztahy, konkrétní kvality. Sociální situace je děj vytvářený všemi, kteří jsou přítomni, včetně podmínek a okolností jejich lidské komunikace. Lidé se tak stávají aktéry.

Ačkoli uvádějí závislí různé příčiny své závislosti, popisuje Dunn (1967) ve své knize „Bůh je naděje pro alkoholika“ velké množství případů, kdy se osoby staly závislými pouze užíváním alkoholu. Stejně tak i velké množství dětí začalo užívat drogu z tzv. příležitosti, která vedla k opakování užití.

Vzhledem k příčinám závislosti můžeme hovořit o dvou základních rozděleních: o *primárním zdroji závislosti*, která je ve své příčině zakotvena v potenci návykové látky k rozvoji závislosti, ta sama vyvolává touhu, zvyk a závislost; dále o *sekundární závislosti*, která je vázána na osobnost (existencionální vakuum, problém svědomí a ztráta duchovních hodnot, potřeba kreativity atp.), její vývoj (deprivace atp.), zážitky (stres, traumata atp.), výchovu (socializace, rozvoj emocionální inteligence atp.). Závislost je zde chápána jako prostředek zachování homeostázy, prostředek hledání přijatelné normality vzhledem k stavu vlastního nažívání života. Sekundární alkoholik nebo narkoman užívá návykovou látku jako prostředek úniku, „ukrytí se“, ale také jako prostředek po-moci k získání nové duchovní, psychosociální či fyzické kvality, která mu zajistí pocit vnitřní rovnováhy; moci k uchopení věcí, skrze které může vládnout a nebýt ovládán, nebo moci k „upuštění“ věcí, které způsobují vnitřní nerovnováhu .

V obou případech však užívání návykových látek vede ke změně životního stylu. Osoba nakonec skrze užívání návykové látky rozvíjí svůj život v celkově novém sociálním kontextu, který je pro rozvoj závislosti sám v sobě určující. Vzhledem k průměrnému věku užití návykové látky u populace dochází místo *socializace* - tedy rozvoji takových sociálních dovedností, kvalit a sociální inteligence, které vedou k zdravému zapojení, integraci jedince do společnosti, ke *snaze uniknout sociální řízenosti, plánovitosti, hierarchičnosti, podřízenosti, závaznosti a odpovědnosti do zábavy* (Řezníček, Poláčková 2004), a to např. skrze návykovou látku, která je sama zdrojem zábavy.

Jedinec na sociální situace, které vyžadují nové sociální taktiky – přístupy, reaguje únikem. Řezníček (1996) zde užívá pojem *desocializace, desocialita*. Desocializace je vymezována jako *proces negativního vřazování do společnosti prostřednictvím sociálně netvořivých, únikových, parazitních a destruktivních činností a vztahů. V procesu desocializace dochází k rozrušování sociálních vazeb, hodnot, vztahů, norem, kulturních obsahů, je narušována schopnost vývoje jedince.* Samy „asociální prostředí" a „asociální dovednosti" užívané v kontextu tohoto prostředí generují způsoby životního stylu, který je pro rozvoj syndromu závislosti rizikový. Ačkoli desocializační strategie vedou k úniku do zábavy, i ta se nakonec stává „novou povinností", ze které je potřeba uniknout jako od povinnosti do nové zábavy. Celkově tak vzniká nový životní styl závislosti v novém sociálním kontextu, kde hrají svoji roli návykové látky, kriminalita atp. a kde je jedinec vřazen do „jiné" - antisociální společnosti.

1.2.1 Spiritualita a rizikové faktory

Z pohledu spirituality je faktorem pro rozvinutí syndromu závislosti jak *absence spirituálního uvědomění a hodnot* (láska, víra, pokora, naděje, svoboda), tak vědomá *potřeba spirituální zkušenosti* transformovaná v užití prostředku k této zkušenosti. Užívání návykových látek se z těchto důvodů stává samo o sobě zdrojem naplnění spirituálních potřeb, ale zdrojem falešným, který vede ke konečné ztrátě spirituálních hodnot a spirituální zkušenosti se stanou „noční můrou".

Spiritualita byla v minulosti vždy chápána v kontextu spíše náboženského konceptu, tedy spojena s nějakým druhem vyznávání, ideje, náboženství. Evropská kultura ji odvozuje nejčastěji od svého Judeo-křesťanského základu, ke kterému také vztahuje své hodnoty. Tyto koncepty se vztahují stejně tak ke kontemplativní formě spirituality jako i

k racionálnímu vztahu k hodnotám a Bohu. Osobní rovina spirituality, tak jak ji charakterizují ve svém výzkumu Martsolf a Mickley (1998), zahrnuje oblasti jako: *„smysl, hodnoty – víra, standardy, etika, transcedence, spojení – se sebou, Bohem, přírodou, bytí – reflexe a zkušenost s bytím zahrnující smysl účelnosti, kým jsem“*. Podstatná v otázce motivace se zdá osobní rovina spirituality jedince, přestože tato je jistě ovlivněna socio-kulturním prostředím, ve kterém vyrůstal (Doležalová, 2005). Většina základních duchovních hodnot obsažených v Judeo-křesťanské tradici - láska, oběť, víra, pokora, naděje a dalších je navíc obsažena v dalších duchovních tradicích, takže odpovídají představě o *spirituální podstatě člověka* (světa). Ve spojení se spiritualitou a religiozitou se také hovoří o rituálech. Ritualizace ukazuje na hodnoty, které jsou skrze rituály zpřítomňovány a i samotné rituály v sobě mohou nést hodnotu posvátna – numinózní hodnotu odkazující na něco, co je oddělené od světského – profánního. Toto numinózní pak je možné hledat v tvůrčích, zážitkových a postojových hodnotách (Lukasová, 1986) či v přesahujících zkušenostech, ve spojení s kreativitou a zážitkem například v schopnosti vnímání umění ne pouze skrze racio. Těmito rituály pak mohou být modlitba, meditace, kreativní tvorba, přechodové rituály, které poukazují na svět duchovních hodnot nebo se s ním přímo vážou. Dá se tedy říct, že užívání drogy je nevědomou touhou ritualizovat život tam, kde chyběly rituály odkazující na hodnoty lásky, víry a naděje, či na Boha samotného, což je v současné společnosti patrné. Zde rituály odkazují spíše na hodnoty konzumu spojené s pudovou částí jedince. Mezi závislými na drogách pak můžeme najít velkou skupinu těch, kteří jsou zvídaví, kreativní a skrze drogu se snaží tyto kvality posílit nebo naplnit (Fišerová, 2003), ale také velkou skupinu, která tyto motivy nemá a jejímž motivem je únik, zoufalství, potřeba zacelení.

Zdá se tedy, že zde vedle bio-psychosociálních podmíněností motivace stojí určitá nepodmíněná svoboda volby člověka stojící na spiritualitě,

založená na možností se vyvázat s prostředí vlastních tendencí i sebedestruktivních reakcí na „nepřízeň osudu“. Jak již bylo řečeno, jedním z možných pohledů na spiritualitu je: *„vztahování se k Vyšší moci, tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k vyšší autoritě, řádu, ideji, “* (Kudrle, 2003), v tomto kontextu pak jde o vědomost tohoto vztahování. Čím je toto vztahování vědoměji zakotveno v člověku, tím je větší pravděpodobnost, že tato „Vyšší moc“ bude mít na rozhodovací proces (svědomí a morální rozhodování) v člověku vliv a naopak. Svou roli hraje také víra jedince, že „Vyšší moc“ může zasáhnout (dát moc, odvahu, změnit okolnosti atp.) nebo že hodnoty, které považuji za správné, mají nějakou objektivní danost (mají svoji garanci a má tedy smysl je zastávat i proti případné nepřízni nebo tlaku prostředí se těchto hodnot vzdát). V tomto kontextu nejde pouze o rozhodování se vzhledem k možným eventualitám jež přinášejí konkrétní situace, ale také schopnost vyrovnat se s bolestí, potřebou významu, bezpečí, sebeaktualizace. Spiritualita je tak spojována s mocí, silou překonávat přirozené tendence. Pokud zde použiji slova bible[10], tak jak o ní hovoří: *„...že tato nesmírná moc je Boží a není z nás. Na všech stranách jsme tísněni, ale nejsme zahnáni do úzkých; jsme bezradní, ale nejsme v koncích; jsme pronásledováni, ale nejsme opuštěni; jsme sráženi k zemi, ale nejsme poraženi...“*. Spiritualita je zde chápána jako kompetence vypořádat se s nepříznivými situacemi proti přirozené tendenci vlastní i prostředí. Tato kompetence souvisí s naší kvalitou svobody, která je umístěná v centru duchovního Já a má v sobě vůli k zodpovědnosti, a také s přesahující „Vyšší mocí“. Drogy zde mohou hrát dvojí roli. Jednak mohou „nahradit“ onu „Vyšší moc“ a jednak mohou být shledány jako „prostředník“ k „Vyšší moci“, speciálně s ohledem na své možné halucinogenní účinky.

[10] Druhý list Korintským, kapitola 4, verš 7 - 9

Základní hodnotou spirituality člověka je víra (důvěra) – nebo také kompetence víry, která se rodí v přesahující zkušenosti člověka. Frankl (1974) chápe víru jako důvěru v nadsmysl. Fontana (1995) uvádí, že dětská přirozenost jaksi automaticky počítá s touto přesahující zkušeností a že postupem času s rostoucím „věděním“ člověk ve světě zaměřeném na materii toto spirituální vědomí ztrácí. Tímto „věděním“ se však může postupem času stát „vědění“, že nikomu není možné důvěřovat. Víra vychází z přesahujících zkušeností dítěte v setkání s druhou osobou, která je zakotvena v konečné a zároveň primární schopnosti dospělé osobnosti „vyjít ze sebe“ k spojení s Bohem (Cuskelly, 1994) či druhým ve spojení s Ty (Lukasová, 1986) nebo ve spirituální schopnosti vztahovat své hodnoty z „mimo sebe“. Je to víra *hledající*, víra *spoléhající se*, víra *naděje*, která reaguje na výzvy vlastní potřeby růstu, vypořádává se s vlastní sebestředností, pocity ublížení, pocity bezsmyslnosti života, hostility, nepřízní osudu atd. Víra podmiňuje také vztah a kvalitu tohoto vztahu k dalším duchovním hodnotám, lásce, odpuštění, postoji k dobru a morálním hodnotám obecně vzhledem ke své podstatě se vztahovat k vnějším skutečnostem. Motivaci k užívání návykových látek můžeme v tomto kontextu chápat jako hledání víry a důvěrného spojení Já s Ty, které popisuje jako duchovní akt Buber. Mnozí závislí popisují pocity spojené s užitím návykové látky jako stav splynutí. Jsou popsány příklady, které dokumentují, že užívání drog bylo spojeno s pocitem důvěrného spojení s druhou osobou a byly užívány s cílem prolomení ostychu, nedůvěry, navození pocitu sounáležitosti. V tomto ohledu je také užívání stimulačních a tanečních drog na diskotékách možným vyjádřením potřeby po přesahující zkušenosti ve splynutí s druhou osobou, zážitkem sebepřesahující lásky a sblížení, pochopení nebo vystoupením z vnitřní samoty bytí k společenství (Kudrle, 2003).

Dalším pohledem na spiritualitu je spiritualita jako integrující prvek, ve kterém lidská bytost získává - nažívá svůj existenciální charakter. Duchovní „Já“ je zde definováno jako: *„niterní Já, zahrnující nejtrvalejší aspekty vlastní jedinci“ – osobní charakteristiky, dispozice, ale i hodnoty či morální soudy* (Blatný, 2003) nebo o něm Frankl hovoří jako o základu svědomí, lásky a umění. V léčebných programech klienti, kteří již stabilizují svou abstinenci, často narážejí na existenciální prázdnotu spojenou s depresemi, úzkostí, strachem z budoucnosti. V jejich kasuistikách lze nalézt potřebu tohoto integračního prvku v užívání drog ve smyslu duchovním, tedy v hledání přesahující zkušenosti, která by dávala „věcem“ smysl, konstituovala duchovní integritu „Já“ ve věčnosti[11]. Frankl poukazuje, že spiritualita leží v samém centru lidské existence. Hodnoty jako svědomí, láska přímo odkazují na duchovní podstatu lidské existence, protože jsou samy v sobě odkázány na potřebu je vázat na nějakou vyšší danost. Nebezpečí vzhledem k návykovým látkám, ale nejen k nim, pramení z přesunutí vah na složku bio – psychosociální. Duchovní složka Já je zanedbávána a s ní je zanedbáváno vědomí (existencionální smysl hodnot) a zodpovědnost jako vůle k smyslu.

Drogy tak mohou vyjadřovat nevědomou touhu zaplnit *existencionální vakuum*, které se projevuje ve formě nažívané nudy – bezesmyslu, *hledáním hodnot*, které jedinci chybí. Droga se stává vyjádřením touhy člověka po spirituálních kvalitách, ať již po jistotě existencionálního bytí či splynutí s Bohem, který může být odrazem neuvědomělé nejhlubší spirituální potřeby po Bohu, nebo *reakcí na nedostatečnost lidského potenciálu naplnit vnitřní*

[11] Věčnost zde chápu jako *kvalitu*, a to bez kontextu náboženského, věčnost je dána neschopností člověka znát budoucnost, znovu prožívat minulost, přítomnost, kde duchovní „Já“ je v principu *„Já“ smysluplné* s ohledem na budoucnost, současnost i minulost ve světě dalších „Já“ smysluplných.

emocionální a duchovní potřeby člověka v konečné podobě - naplnění lásky, bezpodmínečného přijetí, touhy po kráse, sebeaktualizaci atp.

1.2.2 Biologické rizikové faktory

Vedle spirituálních faktorů, které mohou být rizikovými pro rozvinutí syndromu závislosti, stojí faktory vycházející z tělesné konstituce a psychosociální danosti osobnosti. Rotgers a kol. (1999) ve své monografii poukazují ve studii adoptovaných dětí a dvojčat na možnosti *genové predispozice k závislému chování*, které stojí také na výzkumu dopaminové alely A1 (Noble, 1993) vázané na centra slasti v mozku. Tato teorie souvisí s tzv. pudovou teorií motivace, která je vyjádřena jako: „intervenující proces nebo vnitřní stav organizmu, který jej vede k činnosti“ (Reber,1997). Tyto souvislosti jsou však ověřeny pouze jako vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků v přímé rodinné linii (Royce, 1989). Tato studie je ověřitelná v praxi léčby závislostí, kde se ukazuje, že téměř u každého klienta přijatého se závislostí na alkoholu byl jeden z jeho rodičů či prarodičů také závislým na alkoholu, a to i přesto, že závislým nebyli přímí rodiče, ale prarodiče, popřípadě bratři nebo sestry rodičů. Je zde však nutno říct, že tato příčinnost není prokázána jako fakt a vedou se o ní další diskuse.

Vedle této geneticky podmíněné motivace k rozvinutí syndromu závislosti stojí problematické *okolnosti v období těhotenství matky*, užívání návykových látek během těhotenství – *fetální alkoholový syndrom*. *Užití psychotropních a tlumivých látek v souvislosti s porodem* může mít vliv na budoucí psychomotorický vývoj, přítomnost traumat, nemocí atp. (Kudrle, 2003), jež sekundárně vyvolají potřebu se s těmito situacemi vyrovnat.

Dalším faktorem spojeným s rozvojem syndromu závislosti je pak *reakce CNS*[12] *na konkrétní látku*, která je podmíněna biologickou konstitucí

[12] Centrální nervový systém

jedince. Motivací pro rozvinutí závislosti zde je ale více *nutnost užívat některou NL ze zdravotních důvodů*, ne z jiných druhotných příčin. Pro rozvinutí syndromu závislosti hraje svoji roli typ a kvalita užité látky. CNS reaguje na psychotropní látku vylučováním látek spojených s euforií, slastí, útlumem bolesti, ovlivněním psychického fungování. Toto vylučování, protože je podmíněno vnějším stimulem, pak v závislosti na daném typu látky vede k nutnosti dalších stimulaci CNS (Fišerová, 2003). Z tohoto ohledu ve škále látek, které mají nejvyšší biologický potenciál k fyzické závislosti, stojí opiáty podávané v rámci paliativní léčby a některá psychofarmaka užívaná v souvislosti s psychickými poruchami.

1.2.3 Psychosociální rizikové faktory

Nance (2005) ve svém výzkumu týkajícím se rehabilitace adolescenční mládeže ukazuje, že nízká míra *emocionální inteligence* přímo souvisí s rizikem rozvinutí syndromu závislosti, a opačně, že v léčebných programech zahrnujících práci s emocionální inteligencí je vyšší procento úspěchu v léčbě.

Emocionální kompetence je schopností identifikovat emoční stavy a comparovat tyto k situacím, které probíhají, a opačně, emoční nekompetence je stav, kdy emoce jsou rozpojeny se situacemi, které se odehrávají, kde reakce nejsou adekvátní k tomu, co se ve skutečnosti odehrává. Jedinec s vyvinutou schopností EQ je schopen řídit své emoce, vnímat emoce, které jsou součástí prostředí a adekvátně na ně reagovat (Weisinger, 1998).

Emocionální kompetence přímo souvisí se specifickými schopnostmi, dovednostmi jako jsou sebeuvědomění (rozpoznání konkrétních emocí a nálad), seberegulace (ovlivnění emočních stavů), sebemotivace, empatie (rozpoznání emočních stavů druhých), sociální dovednosti (kompetence pro vztahy). Kořeny syndromu závislosti je možné

spatřovat ne v rozhodování založeném na poznání, vědomé lidské schopnosti: „ *obrovské paměti, schopnosti vnímat a schopnosti zpracovávat a vyhodnocovat informace“* (Kleindorfer, Kuntreuther a Schoemaker, 1993), ale v skutečnostech jako jsou momentální emoční stavy, které chceme zachovat nebo změnit. Základní emoční stavy jako hněv, stud, strach, odpor, úzkost, radost a smutek vázané na minulou zkušenost, tedy paměť, ve které jsou uloženy zážitky nevědomé či vázané na momentálně ohrožující nebo příjemnou situaci, mají mnohem větší motivační efektivitu než pouze izolované racionální rozhodovací procesy.

Výsledky výzkumů poukazují na to, že motivacemi, proč lidé berou drogy, jsou účinky, které buď pomáhaly řešit neuspokojivý emoční stav (deprese, úzkost, vina, selhání, marnost, sebeúcta, odcizení, bezmocnost atp.) a nebo nabízely změnu kvality, po které jedinec toužil (moc, moudrost, význam, legrace, atraktivita, sex, poznání atp.) Očekávaná fikce (motivace) závislého se dá podle Frouzové (2003) shrnout do šesti oblastí:

1. Umožní větší pocit moci a kontroly nad sebou a druhými
2. Urychlí a zkvalitní vlastní vývoj
3. Zbaví nepříjemného akutního stavu
4. Vyvolá slast, příjemný stav
5. Usnadní přizpůsobení
6. Pomůže při asociálním životním stylu

Samotné nažívání emočních stavů a jejich ovlivnění souvisí s internacionalizací škály pocitů během vývoje a dále se zvládacími mechanizmy krizí a případných traumat.

Svoji roli při užívání návykových látek také hraje vliv *referenčních skupin*. Koho jedinec volí jako předmět svého vlivu, s tím se snaží

identifikovat. Zdá se, že výběr těchto skupin se řídí podle míry *vlastní deprivace*. Ta je do značné míry podmíněna narušenými vztahy mezi dítětem a matkou v ranném dětství, malou nebo žádnou mírou podpory, na kterou mohou mít vliv také negativní *traumatizující zkušenosti* v období vývoje jako násilí v rodině, zneužití (fyzické, psychické či sexuální) (Kudrle, 2003), rozvod, úmrtí atp. V souvislosti s traumatem Kudrle hovoří o zastavení kontinuity vývoje, s deformacemi v pojetí sebe i druhých, které vyúsťují v poruchy osobnosti nebo v komplexní *posttraumatickou stresovou poruchu*. V dospívání se pak jedinec projevuje vážnými poruchami chování, není schopen dosáhnout uspokojení z vnitřních zdrojů, dochází k potlačení pocitů, disociaci, takto zasažení jedinci mají tendenci vstupovat do vzájemných vztahů častěji a jednodušeji (Koukolník, Drtikolová, 1996). Traumatizace v dětství také vede k hostilitě vůči vlastnímu tělu, které se projevuje sebepoškozujícími tendencemi vedoucími až k potřebě nebytí. Vůči okolí se hostilita projevuje nekontrolovatelnou agresí nebo naopak netečností, v chronickou podrážděností, je spojena s identifikací sebe mezi násilně založenými skupinami. Projevy nízké EQ se stanou habituální.

Na rozvinutí maladaptivního chování mají přímý vliv osoby vstupující do vývoje v sociálních kompetencích v období mezi 1. – 20. rokem života, i poté v rámci vývoje člověk čelí nutnosti se adaptovat na stále se měnící sociální situaci (ztráta zaměstnání, smrt, odloučení, rozvod, přestěhování, nároky studia). Významnou roli hraje *učení se vzorcům chování* spojeného se syndromem závislosti, pokud dítě vyrůstá v rodině alkoholika nebo závislého na psychotropních látkách (Rodgers a kol., 1996), celkové *prostředí spoluzávislosti*, jehož snahou je *eliminace nepříznivých situací* (zajištění prostředků na živobytí, eliminace násilí, změn nálad atp.) i za cenu přebírání důsledků za jednání závislého (pocity viny, odsuzování, ochrana závislého před soudními řízeními i před ním samotným) (Lee, 1996) a kde *užívání NL je*

bráno jako norma (Kudrle, 2003). Z výzkumů je patrné, že se stává jen zřídka, aby závislý nepocházel sám z prostředí, kde je další závislý člen rodiny, a studie rodin naznačují vysoké procento přenášení závislostí v rodině (Merikangas, Leckman, Prusoff, Pauls a Weissman, 1985).

Obecně je rodinné prostředí hlavním rizikovým faktorem pro rozvinutí závislosti. Rizikovým faktorem je stejně jako *autoritářské prostředí*, kde dítě pouze plní příkazy a povinnosti vedoucí k pocitům méněcennosti nebo aktivnímu vzdoru, také *prostředí ochranářské*, které se ve své podstatě snaží ochránit dítě od jakéhokoli nebezpečí, veškeré úkoly za dítě dělá rodič, dítě se neučí samostatnosti ale závislosti, což vede k *syndromu naučené bezmocnosti.* Vedle těchto již uvedených může dítě vyrůstat také v *prostředí přetížení*, které na něj přenášejí příliš zaměstnaní rodiče, či naopak *pedantských nároků* rodičů na naplnění jejich vlastních vizí. Samotnou kapitolou je prostředí, kde je dítě z různých důvodů *nechtěné* nebo žije v *citově chladném prostředí*.

V neposlední řadě je faktorem nutným pro rozvinutí syndromu závislosti celkové *sociokulturní prostředí* jako je dostupnost návykových látek v daném regionu jedince, celková legislativa státu vzhledem k NL, názory na NL v ohrožené skupině (v ČR je to mládež ve věku od 13 let), reference médií k životnímu stylu, informovanost vzhledem problematice syndromu závislosti u mládeže, dále pak faktory nepřímé – 1. *možnost seberealizace v budoucnosti* (zaměstnání, volný čas atp.), 2. *kvalita života* (dostatek prostředků na slušný život atp.), 3. *možnost využití svého potenciálu* (studium, celoživotní vzdělávání, kariérní postup, atp.)

Základní struktura vědomých motivací osob utíkajících se k návykovým látkám je většinou interpretována jako potřeba vyrovnat se s:

1. bolestí (úniková strategie zaměřená na změnu pocitů)
2. nudou (neschopnost využívat volný čas, přítomnost pocitu marnosti vzhledem k budoucnosti i jakékoli činnosti)

3. zvědavostí (někdy interpretovaná jako hledání přesahu, tedy nevědomé či vědomé duchovní důvody pro užití drogy)
4. nátlakem referenčních skupin.

1.3 Fáze vývoje syndromu závislosti a její důsledky

Člověk se nestává závislým užitím návykové látky, ale *procesem užívání těchto psychotropních látek*, nicméně užití látky je nutným předpokladem. Pro konečné rozvinutí syndromu závislosti je nutná přítomnost několika faktorů, i přesto je zřejmá variabilita v projevech závislosti mezi jednotlivými závislými osobami (Babor a kol., 1992).

Mezi základní faktory rozvoje syndromu závislosti patří:

1. *Osobnost* – míra zralosti v oblasti očekávaného vývoje, tedy biologická, psychická, sociální i spirituální kvalita, ze které vyplývá kvalita reakce na užití návykové látky; pravidelným užíváním NL pak je ovlivňována realita vědomého vnímání a se zvyšující se pravidelností a následným vytěsňováním zdravých návyků, hodnot atp. je možné vidět omezení, zastavení nebo regresi vývoje jedince. Často můžeme vidět u klientů v léčbě po několikaletém užívání základní propad ve všech kompetencích k zdravému životu od tělesného zdraví, kognitivních schopností, emoční inteligence, návyků, sociálních kompetencí až k spirituálním kvalitám a hodnotovému žebříčku (Nance, 2005). Pro klienty v programu je například velmi obtížné nalézt elementární víru, že změna je možná. Zde je také nejvíc zřejmá rozdílná reakce na užití stejné látky v závislosti na zralost osobnosti. Je znám fakt, že u dětí a mladistvých do 18 let se vyvine syndrom závislosti několikrát rychleji a s fatálnějšími následky než u dospělého jedince (Fišerová, 2003).

2. *Potence užívané látky* – jedná se o efektivitu dané látky vzhledem k očekávaným výsledkům jedince, svou roli zde hraje typ látky, její forma a její kvalita (koncentrace).

3. *Pravidelnost a množství užívání látky* – s pravidelností užívání NL roste tolerance, uživatel potřebuje stále větší množství psychotropní látky k zajištění stejného efektu a zároveň vzniká fyzická potřeba po této látce a s ní spojený abstinenční syndrom. Syndrom závislosti se tak může rozvinout velmi rychle, v závislosti na potenci látky a pravidelnosti užívání.

4. *Způsob aplikace látky* – vzhledem k tomu, že látka je přenášena k receptorům CNS krevním oběhem, záleží na rychlosti vstřebávání dané látky do krevního oběhu. Nejvyššího účinku je v této souvislosti tedy dosaženo v závislosti na způsobu užívání, nejvyšší účinnosti je dosaženo přímou aplikací do krevního oběhu tzv. nitrožilní užití, dalšími způsoby jsou šňupání, kouření, vstřebávání kůží (toto má nejnižší efektivitu). Z důvodu zvyšující se tolerance je jen otázka času, kdy závislý „šáhne po jehle“. U drog s vysokou potencí k toleranci je toto riziko vyšší a vyjma kokainu k tomuto způsobu užívání nakonec přistoupí většina závislých (Pervitin, Heroin).

5. *Okolnosti užití látky* – zde jde především o kontext užití NL, kde podpora a povzbuzování okolí k užívání, potřeba skupinové identifikace zvyšují riziko naplnění očekávaných efektů užití, že jedinec bude svou první zkušenost opakovat nebo opačně. Studie prováděná Lejčkovou a Csémym (2006) ukazuje přímou korelaci mezi očekáváním, které měli 16letí respondenti výzkumu, a pokračováním v užívání alkoholu, tedy že vyšší očekávání vedlo k zvýšené frekvenci pití a zároveň k vyššímu objemu vypitého alkoholu.

6. *Prostředí* – jedná se o míru podpory k zdravému životnímu stylu, vykazovanou prostředím, ve kterém jedinec aktuálně žije, zdali existují preventivní faktory tohoto prostředí jako:

- možnost komunikovat problémy bez ohrožení (azyl)
- podpora (pozitivní motivace k jednání, chování, změně)
- celistvost prostředí (nechybí osoby nutné k rozvoji dítěte, jsou známy hranice, pravidla atp.)
- kvalita prostředí (transparentnost, dostatek podnětů pro vývoj atp.)
- dostupnost NL

Výzkumy ukazují, že právě tyto faktory jsou často narušené a dávají jedinci nejen samotný důvod pro užití psychotropní látky, ale dále nepřímo podporují další užívání. Robins (1974) zjistil na základě studie procesu rychlé úzdravy veteránů války ve Vietnamu z heroinové závislosti, že na rozvoj jejich závislosti přispělo velkou měrou sociální prostředí zvýšeného stresu a velké dostupnosti heroinu. Kombinace prostředí a dostupnosti NL zvyšuje riziko rozvinutí syndromu závislosti.

1.3.1 Experiment

Proces vývoje syndromu závislosti má několik etap. Samotné užití drogy, alkoholu jistě nemusí vést k závislosti, ale může být prvním stimulem. Pravděpodobnost, že první informace spojená s užitím psychotropní látky bude pozitivní, je několikanásobně vyšší než pravděpodobnost, že tato zkušenost nebude mít žádný nebo omezený pozitivní dopad či dokonce dopad negativní, a to i přes často stresující faktory prvního užití (strach z neznámého, pocit překročení legální hranice, strach z možných negativních efektů, ostych atp.). Je pravděpodobné, že právě při prolomení těchto faktorů se zesiluje fixace na psychotropní látku, ještě ne s ohledem na závislost, ale s ohledem na obhajobu svého jednání a pocit nové obohacující zkušenosti.

Tomuto tvrzení odpovídá vývoj obliby – vzestupná tendence užití psychotropních látek v průběhu dospívání. NMS[13] vydalo zprávu, která ukazuje, že počet užití psychotropních látek v rozmezí 11. – 16. roku dítěte se zásadně liší. V 11. roce je prokázáno 2,5 % užití konopných drog, ve 13. roce je to již 13,6 % a v 16 letech pak 46 % užití konopných drog. U dalších nelegálních drog je tento trend obdobný, ne však v tak vysokých procentech populace.

Problém prvního užití v možnosti pokračování závisí vedle jiných sociálních a psychologických faktorů na neurobiologii užití psychotropní látky. Ukazuje se, že užití psychotropní látky vyvolává vyšší hladinu serotoninu a vyplavení dopaminu, což vede ke zvýšení činnosti centra slasti v mozku a posilování chování vedoucího k odměně (Fišerová, 2003). Ve spojení s důvody užití je pak tato zkušenost minimálně zapsána v paměti uživatele jako možnost řešení problémů nebo zaslíbení možných extatických zkušeností. Jak již bylo řečeno výše, pro předpoklad k rozvinutí závislosti jsou však nutné další faktory. U experimentálního užití psychotropní látky pak i její potenciál pro vytvoření tolerance na danou látku.

Fáze vývoje závislosti tak, jak se odehrává, pak odpovídají četnosti a pravidelnosti užívání psychotropní látky. Pro rozvoj syndromu závislosti od experimentu až k užívání pro dosažení pocitu normality je nutné popsat také posilující faktory vedoucí k opakovanému užití (Lee, 1996):

Biologické:

- Zjišťuji, že experimentování s drogami mi přináší příjemné prožitky. (spuštění efektu odměňování)

[13] Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Výroční zpráva za rok 2005. Praha 2006

Psychologické:

- Neprožívám téměř žádné negativní následky těchto experimentů (jsou posíleny vnitřní pozitivní emoční stavy, sebevědomí, rozšířeno vědomí atp.)

Sociální:

- Naučím se, jak drogu „bezpečně“ užívat (vedle toho skupinová identifikace, zážitek sounáležitosti, pocit „experta“, tedy už nejsem neznalec atp.)

Spirituální:

- Existence dostává smysl. Nahlédl jsem za „oponu“ (učím se důvěřovat droze, droga se stane součástí systému hodnot, začínám rozumět duchovním věcem atp.)

Tyto posilující faktory dobře vykreslují fakt, že není mnoho subjektivních důvodů u dětí a adolescentů se zkušeností experimentu tento znovu nezopakovat za předpokladu naplnění dalších faktorů posilujících rozvinutí syndromu závislosti. Z objektivního hlediska pak může dojít k negativním posunům ve:

- *Vnímání reality* - informace získané v intoxikovaném stavu získávají hodnotu často vyšší než ty, které doposud byly pro jedince směrodatné, tedy určovaly směr, způsob jeho rozhodování a chování atp. Na druhou stranu ony původní informace často nevedly k intencionálnímu pocitu smysluplnosti.
- *Sebeklamu a odmítání* - jedinec se po své zkušenosti může stavět do pozice „oni mne nechápou“ a má tendenci rozdělit společnosti na ty, kteří mě chápou a jsou ochotni akceptovat experiment, a ty, kteří by experiment zavrhli apriori; sebeklam se také týká vztahu k droze, tj. odmítání negativních konotací mezi užitím a změnami, ke kterým došlo

nebo by mohlo dojít, mezi změnou vztahu k těm, kteří drogu nabízejí; sebeklam se také odráží v „nalezeném elixíru“ řešení problémů atp.

1.3.2 Společenské užívání

Fázi společenského (Lee, 1996) užívání je možné charakterizovat ze sociálního pohledu jako rozložení času na čas běžný, ve kterém probíhá dál život stejně jako před užíváním návykové látky, a na čas spojený s aktivitami, ve kterých je obsaženo i užívání psychotropních látek. V této fázi probíhá tedy primárně diferenciace společnosti na „ty“ v normálním životě a „ty“, se kterými se jedinec baví, zažívá nové prožitky ve spojení s drogou. Vedle toho se samozřejmě, s ohledem na pravidelnost dávek a odezvu CNS, zvyšuje tolerance organizmu na užívanou látku, což způsobuje jednak změny v době abstinence jako je orientace chování na odměnu, selekce zájmů a aktivit s ní spojených, které psychologicky odměnu poskytují bez bariér, a jednak zvýšený zájem o aktivity spojené se samotným užíváním a drogou jako takovou – zvyšování častosti užívání, zvyšování dávky, experimentování se způsoby užívání psychotropní látky.

Důsledky:

Biologické:

- Rozvoj tolerance (opakovaným podáváním látky se organizmus přizpůsobuje rozvojem adaptačních mechanizmů)
- Droga stále naplňuje, vzhledem k odezvě CNS, chtěná očekávání
- Změna postoje ke zdraví

Psychologické:

- Postupná ztráta schopnosti čelit frustraci (projevuje se vyhýbáním se odpovědnosti, nepříjemným povinnostem)
- Fixování chování založeného na odměně

- Nekontrolované změny nálad
- Odsouvání problémů, které uživatel není schopen nebo nechce řešit

Sociální:

- Manipulace (rozvíjí se schopnost manipulace s prostředím zaměřená na odstranění překážek k chování spojenému s užíváním; manipulace spojená s dosažením jiných příjemných zážitků; manipulace s pravdou, zaměřená na zakrytí reality užití nebo užívání drogy – rodiče, škola, partner/ka atp.)
- Dokončení procesu diferenciace společenského prostředí a započetí procesu polarizace směrem k společnosti „spoluuživatelů“
- Možné náznaky dalšího nelegálního chování (trestná činnost je páchána spíše v důsledku změn hodnot než v důsledku nutnosti zajištění prostředků na drogu)
- Postupná degradace sociálních kompetencí (schopnost navazovat vztahy, postupné sociální vyloučení, desocializace atp)

Spirituální:

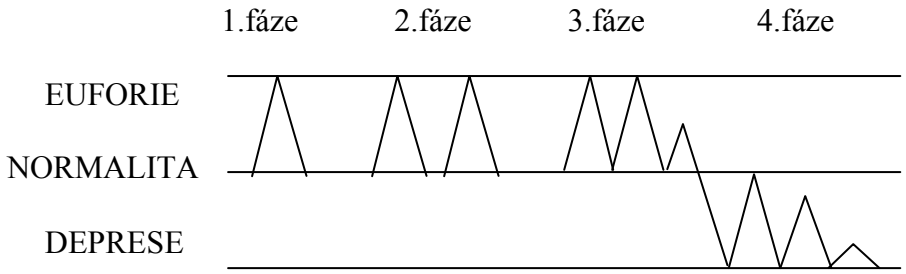
- Droga přebírá postupně funkci leadera (hodnoty a postoje jsou měřeny a určovány drogou a společností, ve které je droga užívána, role „spasitele“ je dále fixována, droga zaplňuje prostor existencionálního vakua, stává se smyslem nebo je skrze ni smysl existence vnímán)
- První probourání integrity duchovního „Já“ - důstojnosti (je zde patrná ochota dělat věci, které jsou mimo vnitřní pravidla – proti svému svědomí)
- Pocit duchovního spojení Já s Ty je zesilován užitím psychotropní látky, u některých drog navození pocitu duchovní lásky - splynutí

1.3.3 Každodenní potřeba a užívání k navození pocitů normality

Třetí a čtvrtou fázi lze nejlépe charakterizovat s ohledem na očekávané emoční stavy, které užívání přinese. Z pohledu na frekvenci užívání jsou téměř shodné. Droga se stává každodenní potřebou a je tedy těžké oddělit, kdy

se jedná o plně rozvinutý syndrom závislosti. Na základě emočních stavů souvisejících s odezvou CNS je možné rozlišit stav, kdy se každodenní užívání stává nutnou potřebou k „přežití“. Fišerová (2003) poukazuje na to, že vlivem dlouhodobého užívání dochází k neuroadaptačním změnám, dopaminergnímu poklesu transmise v limbickém systému, jejichž výsledkem je, že v období abstinence již žádný stimul vyjma drogy není schopen znormalizovat hladinu dopaminu v CNS. Prakticky se tak uživatel stává závislým na droze, kterou užívá, pouze s ohledem na zajištění normality.

Vzhledem k nažívaným pocitům a frekvenci užívání by se proces vývoje syndromu závislosti mohl charakterizovat takto (Lee, obr. č.1., 1996):



Obrázek č. 1

Důsledky:

Biologické:

- Tolerance se dostává ke své hranici (opakovaným podáváním látky se organizmus přizpůsobuje rozvojem adaptačních mechanizmů až do situace, kdy ani droga již není schopná zajistit očekávanou odměnu, stav; hrozí předávkování)
- Je zřetelné chronické poškození zdraví (HIV, hepatitidy, špatná regenerace těla, abscesy, další chronická onemocnění)

Psychologické:

- Trvalá frustrace

- Ztráta pozitivních emočních stavů
- Paranoidní stavy, bludy
- Poruchy osobnosti
- Narušené volní schopnosti, ztráta kontroly
- Neřešené problémy způsobující další bolest a stres
- Snížení kognitivních funkcí

Sociální:

- Manipulace (veškerá aktivita je spojována se získáním drogy)
- Prostředí je monopolární (vztahy jsou účelové, pouze v komunitě závislých)
- Nelegální chování (není spojeno se změnou postojů, ale nutností zajistit si drogu, trestná činnost je způsob obživy)
- Ztráta sociálních kompetencí (počínaje ztrátou schopnosti navazovat zdravé vztahy a konče sebeobsluhou; sociální vyloučení)
- Veškeré zdravé vztahy jsou zničené
- Ztráta zázemí (bydlení, práce atp.)

Spirituální:

- Droga přebírá plně funkci leadera (hodnoty a postoje jsou měřeny a určovány drogou a společností, ve které je droga užívána, role „spasitele“ tak je zafixována)
- Ztráta důstojnosti (chování se neřídí zachováním důstojnosti, důstojnost není měřítkem jednání vůči druhým)
- Ztráta smyslu, celkový duchovní úpadek, obnovení existencionálního vakua
- „Démonické“ zážitky

2. Faktory změny od závislosti k abstinenci

2.1 Motivace ke změně

Na samotnou resocializaci – léčbu je možné se dívat z pohledu požadavku klienta, co on očekává, jaká jsou jeho zadání, z jakého důvodu žádá o léčbu. Zde hovoříme v praxi o několika podstatných věcech, kde první z nich je samotná motivace pro léčbu. V minulosti převládal názor, že motivace musí odpovídat stavu plné uvědomělé motivace vycházející z předpokladu klientova vědomí potřeby zásadní změny. Ve skutečnosti se ale ukazuje, že klienti přicházejí do léčebných programů z mnoha jiných důvodů. Jejich motivací je často tlak nepříznivé situace na změnu, jako jsou probíhající soudy, nemoc, nezvládání užívání a s tím spojené psychické problémy, strach z ohrožení vzhledem k zapojení do nelegálních struktur společnosti, ztráta sociálního zázemí a podpory.

Původní motivace klientů odpovídá novému obrazu o motivaci klientů v programu, kde jen malá část před nástupem do terapeutické komunity má „zralou“ motivaci ke změně (Kalina, 2003). Zralá motivace je chápána jako motivace namířená vědomě ke změně životního konceptu směrem k abstinenci a opuštění destruktivního a sebedestruktivního způsobu života a také asociálního prostředí. V průběhu léčebného programu se naopak ukazuje vysoká míra popírání, rezistence, často odmítání změny, byť ve formě přizpůsobení se pravidlům nebo režimu léčby. Práce s motivací klienta se tak stává ne východiskem pro léčbu, ale jedním z jejich výchozích cílů. Ideálem by měla být klientova schopnost identifikovat své motivační vzorce, rekvalifikovat je a jednat shodně s novými motivacemi. Tato teorie ukazuje, že motivace se v závislosti na měnící se okolnosti a sebereflexi klienta proměňuje a lze ji tedy ovlivnit (Miller a Rollnick, 1991).

2.2 Resocializace

2.2.1 Paradigmata v léčbě závislých

V současnosti se v pohledu na závislost změnila paradigmata přístupu, která do značné míry také mění přístupy v léčbě závislých. Zatímco v minulosti byl závislý považován za pacienta a závislost za nemoc, v současnosti se hovoří o konceptu závislosti jako naučeného chování, případně jako o psycho-spirituální krizi (Kudrle, 2006). Nemoc je charakterizována jasnou etiologií, prognózou a léčbou, zatímco u závislosti, vzhledem k různým formám projevů, se hovoří spíše o symptomech, tedy že závislost je sama o sobě symptomem hlubších biologických – sociálních – psychologických - spirituálních problémů, jak byly popsány výše. Tato změna pak implikuje změnu v přístupech k závislým s ohledem na překonání závislosti (Radimecký, 2005). Jedním z důsledků je pohled na závislého, který se skrze změnu statutu z pacienta na klienta stává *významnějším* v „léčebném" procesu než doposud.

Dalším velkým přínosem do změn paradigmatu v přístupu k závislým bylo pochopení bio-psychosociálně-spirituálního kontextu vývoje jedince a s tím spojená změna možnosti překonání závislosti. Do přístupu k řešení problému závislého tak mohou vstoupit další odborníci z oboru psychologie, pastorace, sociálních věd a prakticky kdokoli, kdo se může podílet na rekonstrukci vývoje jedince a pomoci v socializačních aktivitách, a to vedle lékařů, kteří měli v minulosti „monopol". Změna paradigmatu je v pohledu na možnosti překonání závislosti. Dříve se hovořilo např. o celoživotně abstinujícím alkoholikovi, dnes ve vývojovém kontextu spatřujeme možnost „přerůst" svoji závislost (Kalina, 2003) a překonstituovat svůj život (Kudrle, 2006). Tato možnost přerůst svoji závislost má však své meze u alkoholiků, kteří sdílejí prostředí společnosti, kde alkohol je přirozenou součástí života (Kalina, 2003).

Ještě jedna změna paradigmatu. Zatímco v minulosti převládal přístup z pohledu resocializace - jedinec, který byl socializován, se skrze drogy stal sociálně vyloučeným a byla nutná resocializace, dnes se hovoří o procesu desocializace. Jedinec tak nikdy nedosáhl plného hodnotného sociálního začlenění skrze sociální kompetence, ale začlenění rovnou do struktur „jiné" společnosti, antisociální společnosti. Z pohledu léčebného procesu tedy jde více než o resocializaci o socializaci, která je získáváním sociálních kompetencí, které jedinec nikdy nezískal.

2.2.2. Cíle resocializace

Obecně z pohledu společnosti je to *změna* statutu závislého ze sociálně vyloučeného na sociálně zapojeného - integrovaného. Tady je hlavní důraz položen na změnu a zapojení - primárně z pohledu společnosti. Problém syndromu závislosti je jeho multidimenzionalita. Závislost zasáhla celou osobnost člověka, tedy i očekávání vzhledem k úzdravě nemohou zahrnovat pouze oblast odvyknutí si drogy - abstinenci, sociální začlenění, ale také další. Pak se s ohledem na očekávané cíle hovoří ne pouze o abstinenci, která může být chápána jako základ pro hlubší potřebu změny, ale změně, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. Vzhledem k léčbě závislostí jsou definovány tři oblasti (WHO, Kalina, 2003):

1. snížení závislosti
2. snížení nemocnosti a úmrtnosti, způsobené nebo spojené s užíváním drog
3. podpora rozvoje tělesného, duševního, sociálního a spirituálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

Ačkoli prognózy pro resocializaci závislých na alkoholu, heroinu, kokainu, pervitinu nejsou příliš optimistické a pravděpodobnost relapsu po léčbě je vysoká, stále platí, že celostní přístup ke klientovi je předpokladem 1.

pro vyšší předpoklad udržení se v léčebném procesu, 2. minimalizuje relaps klientů po léčbě (Kalina, 2003). Takto koncipované cíle u organizací poskytujících pomoc závislým zvyšují počet klientů, kteří nejen dlouhodobě abstinují, ale také u nich došlo k významným posunům v oblasti tělesného zdraví, psychické pohody, sociální kompetenci a duchovní „živosti".

Pro dokreslení zde vybírám dva příklady deklarací cílů, jak je charakterizují terapeutické komunity Sananim Němčice a terapeutická komunita Teen Challenge ve Šluknově. Sananim například své cíle charakterizuje takto: *„Základním cílem práce Terapeutické komunity Sananim je zpětné zapojení klienta do běžného života a jeho osobní spokojenost a zodpovědné rozhodnutí, jakým způsobem bude veden jeho život. Toho je možno u klientů v TK dosáhnout především prostřednictvím trvalé abstinence"* (Kolektiv pracovníků o.s. SANANIM, 2005). Teen Challenge cíle resocializace koncipuje podobně jako: "*získat co nejvíce příznivé podmínky možné pro uzdravení klientů.. Snahy Teen Challenge směřují k pomoci lidem stát se duševně zdravými, citově vyváženými, sociálně zaopatřenými, fyzicky funkčními a duchovně živými"*. Hlavní zásadou je zabývat se ne pouze tím, jak skončit se závislostí (abstinence) a s ní spojenými negativními postoji, ale v tom směru, jak vyvinout celý nový životní styl (Kolektiv pracovníků Teen Challenge, 2000).

Takto široce koncipovaný přístup pomáhá závislým lidem odhalit a řešit všechny jejich problémy. Nejen odstranit problém drogové závislosti, ale také pomoci nalézt smysluplná a dosažitelná východiska pro následný život bez drog a alkoholu.

2.2.3 Faktory pro účinnou resocializaci

Faktory úspěchu přímo souvisí s tím, do jaké míry jsou do resocializace – léčby zahrnuty tři základní oblasti: 1. *práce s osobností klienta* – práce s motivací klienta ke změně a obecně motivačních schémat; práce se zralostí klienta týkající se dosažení zdravé míry EQ, zdravých postojů a hodnot, integraci „Já“ atp. 2. *práce se sociální kompetencí klienta* - zde patří terapeutické prostředí komunity, které vytváří náhradní sociální dějiště; práce se signifikantními osobami klienta. 3. *pomoc v dosažení sociálního začlenění* za předpokladu osobní angažovanosti, soběstačnosti – zde patří především práce na budování nového prostředí; postupné začleňování do „normálního“ života vně komunity; prevence relapsu atp.

Do jaké míry s nimi terapeutický přístup počítá a jaké jsou jeho metody v rámci přístupu k závislému je nejlépe vidět ve formování časových období léčebného procesu. Většinou se hovoří o třech základních: 1. fáze – motivační, pracuje se s anamnézou, stanovením motivačních vzorců pro závislé chování, v této fázi je patrná snaha po zafixování zdravých motivací ke změně, které ji v průběhu dalšího období léčebného procesu mohou udržet. 2. fáze je zaměřená většinou na zodpovědnost, osobnostní růst – tato fáze bývá zpravidla nejdelší částí léčebných programů. 3. fáze je pak zaměřena ven, klient získává větší autonomii a pracuje na tématech znovuzařazení do běžného života. Významným faktorem pro udržení změny je přechodové období po ukončení léčby, kde je klientům doporučována fáze doléčování.

Faktory, které by tedy terapeutické přístupy měly zohledňovat (chápat jako predikát pro nastavení účinných faktorů resocializace v rámci léčebného procesu klienta jako jednotlivce i jako predikát v rámci nastavení parametrů léčby organizace) jsou podle Kaliny (2003):

1. Dosažení vývojových úkolů (vztah k tělu, vlastní sexualitě, emoční a sociální autonomie, připravenost na povolání a kariéru, připravenost na vlastní partnerský vztah)
2. Průběh životních změn, kam patří:
    - Abstinence – jak dlouhé období abstinence má klient za sebou, jak často a proč abstinoval atp.
    - Přátelé a vrstevnické vztahy – jakého stupně vývoje Dunphyho (1963) klient v budování partnerského vztahu dosáhl, jaká je struktura vrstevnických vztahů a podle jakého klíče si je klient vybírá. Bylo zjištěno, že až 75 % vrstevnických vztahů u klientů bylo před léčbou vázáno na drogové prostředí a 3 roky po léčbě se tento poměr obrátil (Sickinger a Kindermann, v Buehriger and Platt, 1992).
    - Intimní vztahy – na koho byly nebo jsou vázány (ačkoli může mít intimní vztah příznivý dopad na motivaci, ukazuje se, že tento není nejpodstatnějším faktorem pro úspěšnou léčbu, zvláště pokud je vázán na vztah z drogové scény). Kalina zde hovoří pouze o příznivém dopadu vzhledem k „bodu obratu“.
    - Vztahy v původní rodině – míra těchto vztahů, možnosti restaurace těchto vztahů, možnosti zapojení vzhledem k udržení motivace a podpory klienta
    - Práce a příprava na povolání – statistika ukazuje, že pro uplatnění na trhu práce mají u závislých vliv 3 faktory: míra dosaženého vzdělání, věk prvního užití a délka pravidelného užívání NL. Tedy v závislosti na věk prvního užití klienti často opouští vzdělávání, které je základem pro uplatnění na trhu práce.
3. Časové faktory, kam patří:
    - již zmíněný věk prvního užití
    - délka pravidelného užívání, která má vliv na odklad vývoje.

Léčba by tedy tyto predikáty měla v rámci svého konceptu zahrnout do filozofie zařízení, terapeutických metod, denního programu komunity. Z pohledu zařízení (terapeuta) by pak mělo být prostředí organizováno s na klienta orientovaným přístupem. Vztah klienta a terapeuta je určován třemi předpoklady, kde podpora ze strany terapeuta je dána *empatií, vřelostí a opravdovostí* (Rodgers, 1959). Ke stejným závěrům dochází také Yalom (2007), který do terapie vnáší prvek přístupu autentické zkušenosti „*tady a ted*ʻʻ, která zkoumá více to, co se odehrává mezi klientem a terapeutem aktuálně, z čehož je možné za předpokladu maximální opravdovosti (ve prospěch klienta) nacházet právě přítomné motivační vzorce chování. Pro práci s motivací je nutným faktorem změny požadavek na prostředí, kde prvky tohoto prostředí jsou:

1. opravdovost – terapie je zaměřená na popis toho, co je vidět, co se odehrává, je transparentní
2. vřelost – vztah klienta a terapeuta není podmíněn výkonem, ale láskou, ochotou, autentickým vztahem
3. empatie – prostředí je schopno vnímat a reagovat na potřeby klientů i týmu, tým má schopnost rozkódovat informace, které jsou prostředím podávány, reaguje na stavy klienta
4. podpora – terapie poskytuje povzbuzující prostředí, možnost seberealizace, jednání je zaměřené na sebevědomí
5. otevřenost – prostředí má zdravě konfrontační charakter, kde může docházet k reflexím, zpětným vazbám

2.2.4 Nástroje změny

Do motivačního procesu pak nevstupuje pouze terapeut, ale v rámci terapeutické komunity je celé toto prostředí chápáno jako terapeutické dějiště.

Prostředí podporující změny by tedy mělo zahrnovat: 1. *kvalifikovaný multidisciplinární personál*, který může pracovat se všemi potřebami klienta 2. *strukturované aktivity* a *definovaná pravidla* a *cíle*, kde může docházet k učení sociálních rolí, kompetencí. Sananim jej např. chápe: *místem naděje a víry v to, že se můžeme vědomě změnit, že skupina může tento proces změny výrazně urychlit, že je to možné pouze prostřednictvím přijímání odpovědnosti za vlastní život, za své okolí, že struktura , kterou komunita nabízí , stabilizuje, ukotvuje* (Kolektiv pracovníků o.s. SANANIM, 2005). Klientovy motivační vzorce chování jsou tedy zpracovávány i mezi klienty navzájem.

Praktické prvky programů TK, které podporují cíle resocializace, tak jak byly definovány, jsou:

Kontemplace – v tomto bodě se přístup různých terapií liší. Kontemplace jako základ pro nalezení a pochopení zdrojů své motivace je realizována v různých formách od meditace, která je více ztišením v sobě samém, až k modlitbě, která zdroj „poznání“ hledá ve ztišení se v Bohu. Kontemplace je také zdrojem pro řešení existencionálního vakua, možností nalezení vůle ke smyslu. V každém případě se zdá, že pro základní motivaci ke změně a pro udržení si této změny je kontemplace a její eventuální schopnost základním prvkem. Prochaska a DiClemente (2003) určují šest fází cyklického procesu změny, kde prekontemplace a kontemplace stojí na jejím počátku a vede k rozhodnutí, akci, udržování, možnému relapsu a zpětně k nutnosti kontemplace. Kontemplace je zároveň jakýsi významný prvek při potvrzování a sebepotvrzování z pohledu existencionálního (postoj k životu, ztráta sebepoškozujících tendencí, nalezení smyslu, povolání, poslání atp.). V modlitbě či rozjímání může dojít k zvnitřnění hodnotového žebříčku, posílení zdravých postojů, nalezení jiných řešení než těch, která se „rychle“ nabízejí vzhledem ke stereotypům naučeného myšlení a chování. Frankl ukazuje, že rozhovor se svým Já, kde Bůh je součástí tohoto rozhovoru, může

vést k aktualizaci svědomí jako jedné z duchovních kvalit, která má přesahující charakter, nebo nalezení lásky či vůle k životu. Maddoxe (1981) například při studiu „faith-base“ komunit[14] popsal, že úplné úsilí akceptovat Boží lásku a autoritu povede k výsledkům popsaným jako:

1. Spontánní vymizení anomálii a depresí
2. Časová úplná reorganizace osobnosti
3. Iniciace vývoje úplně nové identity
4. Umožnění vzniku kontroly mysli, což napomáhá přetváření chování
5. Nový rozsah definice reality

Osobní sezení – jsou zaměřena na osobní podporu, kde má klient možnost projevit „sebe“ bezpečně a kde je zároveň konfrontován s jinou realitou. Umožňuje rozkrýt motivační vzorce vztahující se nejen k samotným důvodům závislosti, ale také k současným a možným budoucím problémům, které klient má. Významným prvkem je zde autorita terapeuta, ta sama o sobě může být motivačním prvkem. Osobní sezení jsou tedy zaměřena především na: 1. práci s motivací 2. práci s osobními problémy klienta, které není možné řešit ve skupině 3. sociální práci

Skupinová sezení – jde o různé formy programů, od edukativních, které zvyšují různé kompetence klientů, až po hodnotící skupiny zaměřené na osobnostní růst. Tato skupinová sezení pak pomáhají rekvalifikovat motivační vzorce chování skrze konfrontaci například názorů, hodnot a postojů jednotlivých klientů vzhledem k různým aspektům života v komunitě nebo mimo ni či přímo ovlivnit konkrétní dovednosti, znalosti nebo kompetence skrze „učení“ se. Skupinová sezení slouží k potvrzení nebo nepotvrzení hodnot, postojů, názorů a chování klienta, jež jsou buď předpokladem klientových motivačních vzorců nebo důsledkem těchto motivací.

[14] Komunity, které pracují s prvkem víry a vztahování se k Bohu.

Přechodové rituály – programy v terapeutických komunitách jsou koncipovány v několika fázích odpovídajících svým obsahem procesu změny, tedy dosažení kompetencí, postojů, hodnot, dovedností nutných k přechodu do další fáze. Tyto kompetence stojí na míře zodpovědnosti klienta vůči sobě, komunitě, často také na formálním plánu změny, který je individuálně koncipován s osobním terapeutem. Přechodové rituály jsou svým charakterem slavnosti, které mají daný vývoj klienta potvrdit, bývají spojeny s určitými více nebo méně spirituálními odkazy na cestu klienta ke svobodě. Jsou potvrzením motivace ke změně a umožňují další růst.

Zapojení signifikantních osob klienta – klientova změna není izolovanou skutečností odehrávající se pouze na území komunity jako zdroji podnětů, ale souvisí přímo s klientovou minulostí, současností a budoucností vzhledem k významným osobám v klientově životě. Možnost restaurace těchto vztahů, případně potřeba se vyrovnat se ztrátou, hrají v motivaci klienta významnou roli. Často je nepřekonatelnou překážkou pro rekvalifikaci motivace ke změně neschopnost odpustit. Odpuštění jako forma vyrovnání se se ztrátou, rituál pohřbení minulosti hraje v motivaci a jakémsi pocitu uvolnění pro možnost nových motivačních zdrojů mimo předmět bolesti významnou, ne-li zásadní roli. Rosenak a Harnden (1992) rozlišují faktory jako hloubka spáchaného zla, vědomí zranění, úmyslnost či neúmyslnost zranění, frekvence prožitého zla, vztah zraněného k původci rány, síla osobnosti zraněné osoby, rozhodnutí odpustit, osobní klientův průběh odpuštění, které mají na schopnost odpustit vliv a které tak mohou mít přímo vliv na motivaci klienta. Dalším faktorem je míra prožívané viny vzhledem k významným osobám klienta a potřeba se s vinou vyrovnat. V tomto kontextu může být signifikantní osobou klienta také Bůh, kterému své existencionální pocity viny nebo nepřátelství přímo či nepřímo adresuje.

Kompetence – program reaguje a zároveň motivuje změnu klienta předáním konkrétních kompetencí k činnosti vyžadující vyšší schopnost sebekontroly, zodpovědnosti, dovedností, zralých hodnot a postojů. V závislosti na míře pokroku jsou klientovi poskytována práva spojená se svobodou pohybu, soukromí, správou komunity atp., tak je podporována nejen motivace k setrvání v programu, ale také ke změně.

Léčebný program, tak aby měl dosah na skutečnou změnu všech kvalit deklarovaných WHO nebo jednotlivými léčebnými zařízeními, tedy zahrnuje prostor pro možnost vývoje, a to ve smyslu zrání v kompetencích, hodnotách a postojích, emocionální inteligenci, dovednostech pro život. Složky, metody a pravidla programu jsou popsány tak, aby prostředí programu bylo transparentní pro klienty i personál. Tento popis odpovídá na otázky, kde a jak získá klient kompetence k zajištění vlastních sociálních potřeb – kompetence k vytvoření zdravého podpůrného prostředí, jaké hodnoty a postoje musí změnit ke změně životního konceptu, jak se k těmto hodnotám a postojům dostane – získá reflexi a naučí se sebereflexi a další. Prakticky to znamená vytvořit prostředí, které podporuje skrze učení se a výchovu reálné dosažení nové kvality života. Významnou roli zde mají kompetentní pracovníci zastupující veškeré nutné role v týmu.

3. Analýza vývoje změn v průběhu drogové kariéry

3.1. Význam analýzy a hypotéza

Jak jsem se již snažil popsat v teoretické části mé práce, syndrom závislosti je komplexem mnoha faktorů, které odrážejí specifické důvody pro užití a následné užívání návykových látek u jednotlivců. Na počátku stojí motivace. Podněty těchto motivací je možné hledat v bio-psychosociálně-spirituálním kontextu. Samotné užívání návykových látek pak, počínaje experimentem a konče rozvinutým syndromem závislosti, přináší velkou škálu změn v hodnotách a postojích, sociálním prostředí i návycích vedoucích v konečném důsledku k desocializaci a deviantnímu jednání. Vedle toho re-socializace je cestou zpět, ke změně právě těchto hodnot, postojů, sociálního jednání a prostředí.

Analýza dat u klientů, kteří prošli léčebným programem a dlouhodobě abstinují, by měla dokreslit teoretickou část, především poskytnout obraz o vývoji a změnách hodnot a důsledků těchto změn na sociální prostředí a jednání. Domnívám se, že základním předpokladem změny je motivace související s mírou spirituality. Spiritualita je pro účely tohoto výzkumu předběžně vymezena jako: uvědomování si „smyslu“, vztahování se k „vyšší autoritě“ (kontemplace), vnímání a schopnost sounáležitosti a integrace kladných životních hodnot.

3.2 Výzkumné otázky

1. K jakým změnám došlo v průběhu drogové kariéry respondentů a po léčebném programu
2. Jaké jsou účinné faktory léčby, tak jak je respondenti sami kvalifikují, a jakou měrou se na změně podílí spirituální podněty motivace

3.3 Realizace

3.3.1 Metoda a typ sběru dat

Jako metodu jsem zvolil kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření. Pro sběr dat jsem použil strukturovaný standardizovaný dotazník v papírové a elektronické podobě. Dotazník[15] se skládá ze tří okruhů a 41 otázek. Jedná se zpravidla o uzavřené otázky s hodnocením pravdivosti tvrzení podle stupně pravdivosti, případně o možnost výběru nejcharakterističtější odpovědi. Předpokládaná doba vyplnění dotazníku je 30 minut.

3.3.2 Forma získávání informací

Informace byly získávány formou telefonického nebo osobního dotazování .

3.3.3 Výzkumný vzorek

Respondenti výzkumu byli bývalí klienti terapeutických komunit Teen Challenge vybíraní dle následujícího klíče:

1. dokončili úspěšně léčbu a dnes dlouhodobě abstinují.
2. jsou minimálně po jednom roce od ukončení poslední léčby
3. celkový vzorek byl 11 respondentů

3.4 Přehled výsledků

Tyto výstupy jsem rozdělil do tří skupin. Na *identifikaci respondentů*, na *změny*, ke kterým u respondentů došlo v průběhu drogové kariéry a po ní, a *atribuce* respondentů vzhledem k účinným faktorům změny. Celkově tyto kategorie výzkumu zahrnují kvantitativní statistické zhodnocení kriterií změny životního konceptu, jejich porovnání před a po léčbě .

[15] Dotazník je přílohou práce

3.4.1 Identifikace respondentů dotazníkového šetření

Pro identifikaci respondentů jsem zvolil tyto kategorie

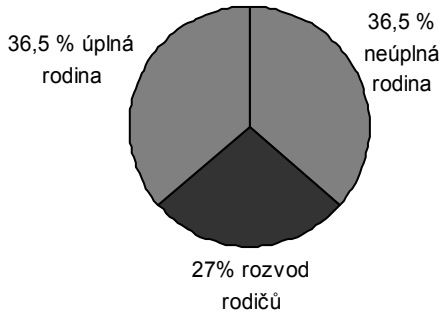
- Pohlaví
- Průměrný věk respondentů
- Prostředí, ze kterého pocházejí
- Věk prvního užití NL[16]
- Průměrná doba užívání NL
- Atribuce počátku užívání NL
- Hodnotový žebříček v době před užíváním NL
- Typ užívané NL

Celé dotazníkové šetření se týkalo bývalých klientů terapeutických komunit Teen Challenge ve Šluknově, Plzni a Tyře. Tyto komunity neprovozují koedukovaná zařízení. Z tohoto důvodu byla data získávána pouze od příslušníků mužského pohlaví. Nejmladším respondentem výzkumu byl bývalý klient ve věku 25 let, který je 3 roky po léčebném programu. Nejstaršímu klientu je v současnosti 45 let a je 12 let po léčebném programu.

Průměrný věk všech respondentů dotazníkového šetření je 40 let, s průměrnou dobou od ukončení programu 7 let. Tato doba je dostatečně dlouhým obdobím, kdy je možné zkoumat, zda a k jakým trvalým změnám ve způsobech života respondentů došlo.

Z šetření vyplývá, že celkem 63 % klientů žilo s jednou osobou ve společné domácnosti a pouze 37 % klientů v rodině úplné. Z níže uvedeného grafu také vyplývá, že 4 klienti zažili rozvod rodičů a 3 klienti jednoho nebo popřípadě oba z rodičů vůbec nepoznali. Tito klienti pak žili převážně s matkou (5 klientů), 1 klient žil pouze s otcem a 1 klient své rodiče nepoznal a vychovával jej pěstoun.

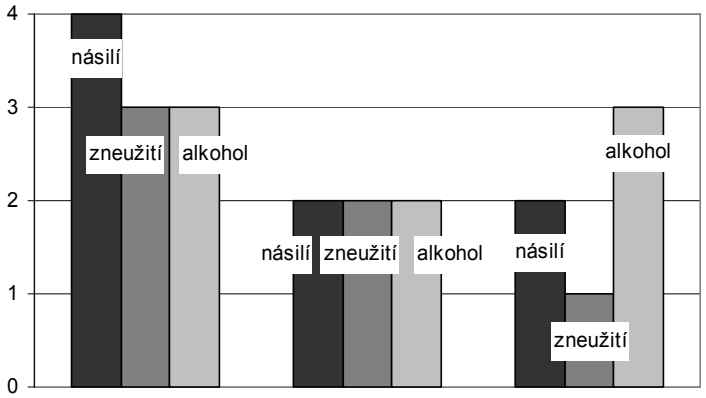
[16] Návyková látka



Graf č.2

Na dotaz zájmu ze strany otce se větší část klientů (7) pohybovala ve škále vůbec nebo zřídka. Čtyři klienti pak odpovídají rozmezí většinou ano nebo ano. U stejné otázky ohledně matky 2 klienti, respektive 3, vypovídají, že necítili zájem nebo jim byl zájem nepříjemný, většina (8) tedy zájem ze strany matky cítila.

Osm klientů uvádí, že jejich otec byl alkoholik. V případě úplné rodiny 3 ze 4 klientů žili v rodině, kde byl otec alkoholik. Násilí vůči sobě nebo některému členu domácnosti uvádí 8 z 11 klientů. .



Graf č. 3

Z uvedeného grafu č. 3 vyplývá, že většina klientů žila v prostředí plného traumatu, spojeného s ohrožujícími skutečnostmi násilí a sexuálního zneužití. Tyto formy projevu vůči klientům je možné zaznamenat ve všech typech výchovného prostředí.

Průměrný věk užití hlavní návykové látky, byl u respondentů 15,5 let. Nejčastěji uváděný důvod pro užití NL byl *osobní problém* – 8 respondentů. Následuje *zvědavost* – 4 respondenti, přátelé – 3 respondenti, *nuda* – 1 respondent a *rodinné problémy* – 1 respondent.

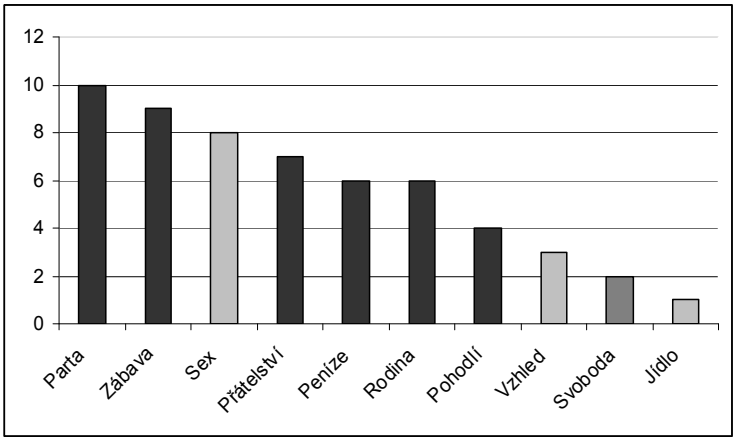
Z dalších charakteristických rysů respondentů před užitím NL je zřejmé, že nejmenší nebo téměř žádný vliv měla fyzická konstituce ve smyslu zdraví a tělesné zdatnosti. Také další hodnoty, počínaje prospěchem ve škole, koníčky, zaopatřením, pozorností ze strany rodičů nebo vychovatelů, kamarády, atp. ukazují na spíše průměrný vliv na užití NL, jak naznačuje tabulka č. 1. Vedle toho leží pět významných položek: *ztráta* někoho, koho dotyční považovali za významnou osobu, vysoká míra *potřeby se druhému vyrovnat* a zároveň *postrádání smyslu, pocit samoty a strach*.

Neměl jsem mnoho kamarádů	10
Mí rodiče na mně neměli čas	13
Cítil jsem stále strach, že rodiče zklamu	15
Všechno pro mě bylo nesnadné	14
Prožíval jsem málo radosti	17
Cítil jsem se sám	**32**
Nebyl jsem vůdcem party	11
Byl jsem průměrný ve všem	16
Druzí mně obdivovali	15
Měl jsem málo koníčků	16
Často jsem měl z něčeho strach	**29**
Měl jsem všechno, co jsem chtěl	18
Rodiče mně neměli rádi	11
Špatně jsem se učil	18
Žil jsem dobrodružný život	**24**
Chtěl jsem se druhým vyrovnat	**39**
Postrádal jsem smysl v tom, co dělám	**37**

Někoho, koho jsem potřeboval, jsem ztratil	**43**
Byl jsem nemocný	4
Nebyl jsem fyzicky zdatný	4

tabulka č. 1

Vyhodnocení hodnotových preferencí respondentů (graf č. 4) ukazuje, že v době experimentu s návykovou látkou byly pro klienty nejdůležitější hodnoty v sekci psychosociální, která získala celkové skóre 30 bodů. Za ní je sekce s hodnotami fyziologickými s celkovým skóre 25 bodů. Spirituální hodnoty získaly pouze 8 bodů. Nejvyšší hodnotou pro respondenty se ukazuje parta a zábava naopak nejnižší svoboda a jídlo.

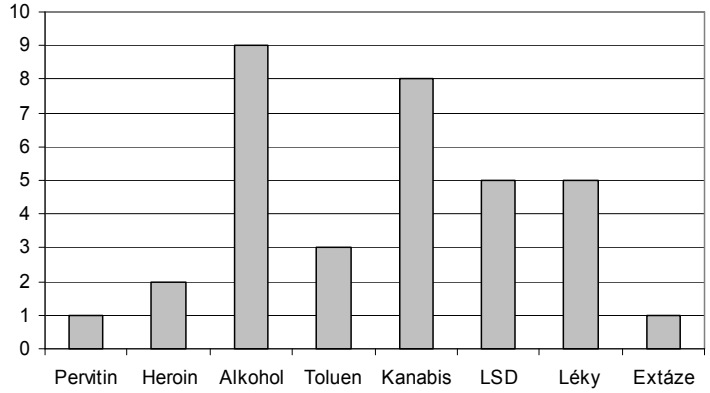


Biologické Spirituální Psychosociální hodnoty

Graf č. 4

Na přímý dotaz k postojům vzhledem k víře respondenti svůj vztah hodnotí jako „v*ěřit v boha je hloupost*“ (5 respondentů), „p*roto, abych byl dobrým člověkem nepotřebuji věřit v boha*“ (1 respondent) a „*myslím si, že něco existuje, ale vliv to na mně nemá*“ (5 respondentů). Kladný vztah ke konkrétnímu náboženství neměl žádný respondent, nikdo také nenavštěvoval církevní bohoslužby.

Jako hlavní návykovou látku uvádějí respondenti pervitin (6), heroin (2), alkohol (2) a toluen (1). Vedle toho škála vedlejších zneužívaných látek je velmi pestrá (graf č. 4).



Graf č.5

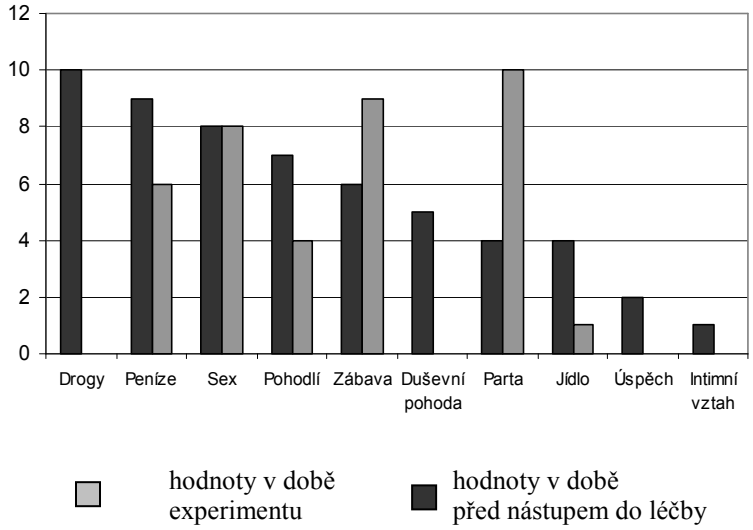
3.4.2 Změny, ke kterým došlo v průběhu drogové kariéry a po ní

V této části se chci věnovat především:

- posunům v hodnotovém žebříčku respondentů v důsledku braní drog
- dále vlivům na bydlení, vzdělání, trestnou činnost a zaměstnanost.
- přímým změnám v důsledku léčebného programu

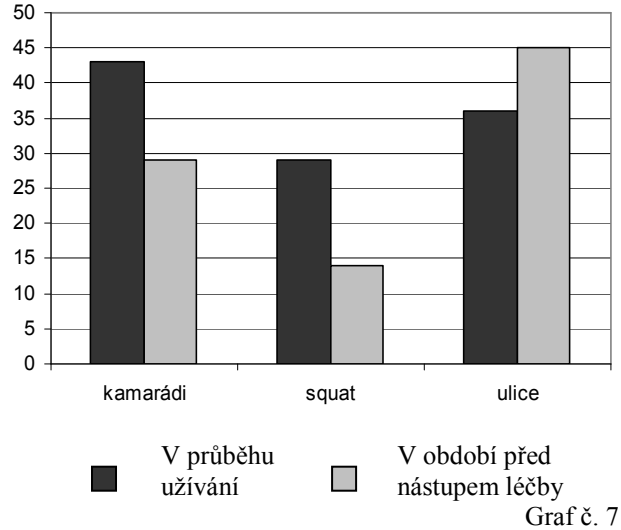
V předešlé části jsem popisoval hodnotové preference respondentů v době, kdy začali experimentovat s NL. Nyní chci popsat tyto preference v období před nástupem respondentů do léčby. Na základě stejného klíče je možné sledovat změnu preferencí v hodnotách směrem k psychosociálním hodnotám, celkové skóre je 31 bodů. Spirituální hodnoty získaly pouze 7 bodů a fyziologické hodnoty 22 bodů. Graf č.6 ukazuje, že nejvyšší hodnotu v době před nástupem do léčby získala návyková látka. Jako nová hodnota přibyla

duševní pohoda a intimní vztah, který má však nejnižší hodnotu. Naopak oproti předešlému období chybí přátelství, rodina a svoboda.



Graf č. 6

Graf č.7 ukazuje, že během drogové kariéry se přesouvá těžiště, kde respondenti „bydlí“, na ulici.



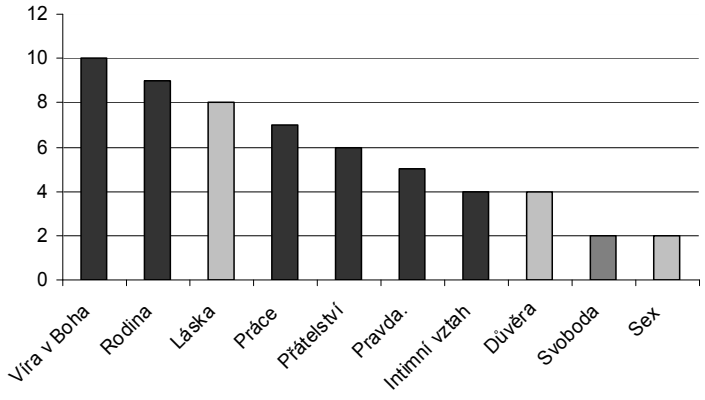
Graf č. 7

Průměrná doba vězení byla u respondentů 2,7 let s nejdelší dobou uložení trestu odnětí svobody 15 let.

Sedm respondentů uvádí základní vzdělání, respektive 5 nedokončilo střední školu nebo odborné učiliště. Jako důvod uvádějí ztrátu zájmu (5) nebo vyloučení pro braní drog (2). Zhruba polovinu průměrné doby užívání NL neměli respondenti zaměstnání.

5 z 11 respondentů udává chronické poškození organizmu v důsledku užívání drog. Z toho 4 hepatitidu typu C.

Změny po léčebném programu, které je možné zaregistrovat, jsou patrné ve všech oblastech hodnocení. Lze je pozorovat z hodnotových preferencí, kde se hodnoty výrazně posunuly směrem k hodnotám spirituálním, jak je patrné z grafu č.7. Z výsledků analýzy vyplývá, že spirituální hodnoty získávají celkem 27 bodů, oproti 7 bodům v době před nástupem



Graf č. 7

do léčby. Psychosociální hodnoty získávají 19 bodů a fyziologické hodnoty 12 bodů. Nejvyšší hodnotu zde získává víra v Boha, rodina a láska, nejnižší svoboda a sex.

Tabulka č.2 ukazuje vliv léčebného programu na sledované položky, které se pohybují nad průměrem. Skóre 1. ukazuje hodnocení přímého vlivu léčebného programu na sledované oblasti respondentů. Skóre 2. současný stav

tak, jak jej respondenti vnímají. Nejvyšší hodnotu získaly oblasti „věci v mém životě mají smysl“ a „změnily se mé hodnoty“.

Tabulka č.2

	1. skóre	2. skóre
Jsem schopen lépe komunikovat s okolím	3,73	3,91
Vážím si sám sebe	4,09	4
Dokážu druhým odpustit	4	4,09
Vím, co s volným časem	3,82	4,18
Nemám problém s prací	4,09	4,45
Jsem psychicky vyrovnaný	3,27	3,91
Mám přátele mimo drogové prostředí	4,18	4,48
Změnily se mé hodnoty	4,55	4,91
Zlepšilo se mé zdraví	3,64	3,64
Jsem spokojený	4	4,18
Věci v mém životě mají smysl	4,73	4,73
Jsem samostatný	4,18	4,64

Po ukončení léčebného programu si také 6 respondentů dokončilo vzdělání, z toho 2 vyšší odborné, 1 střední školu, 2 odborné učiliště a 1 základní. Všichni respondenti žijí ve vlastním bytě nebo pronájmu, jsou zaměstnáni a průměrná doba, po kterou po ukončení léčebného programu nebyli zaměstnáni, je 2 a půl měsíce.

Samotné postoje k návykovým látkám a s nimi spojenému chování je možné vidět v tabulce č.3. Ta ukazuje na jasně negativní postoje vzhledem k tvrdým drogám a záměrům je znova užívat. Alkohol je respondenty částečně akceptovatelný. Další hodnoty jsou marginální.

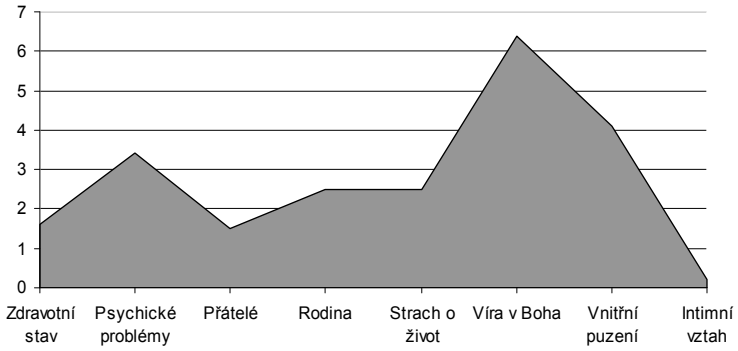
Tabulka č.3

	skóre
Myslím si, že sem tam si můžu vypít alkohol	1,9
Měkké drogy jsou v pohodě	1,4
Tvrdé drogy už brát rozhodně nebudu	4,3
Někdy beru nějaké léky na stres	1,2
Nemám důvod řešit problémy drogou	4,3
Někdy na drogy myslím	1,5

3.4.3 Vlivy na změnu směrem k abstinenci

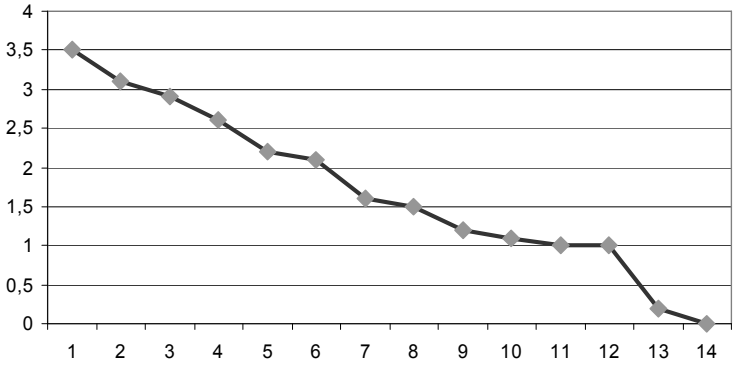
Poslední část analýzy chci věnovat důvodům pro rozhodnutí se ke změně a také vlivům, které na tuto změnu dle respondentů měly zásadní vliv.

Vlivy na změnu se dají vyčíst z následujícího grafu č.8. Respondenti ve slovních hodnoceních charakterizují nejčastěji důvod svého rozhodnutí skončit se závislostí jako víru v Boha nebo vnitřní puzení. Psychosociální oblast (přátelé, rodina, intimní vztah, psychické problémy) pak na změnu měla vliv podstatně nižší. Zdraví a strach o život se na motivaci ke změně podílí zhruba stejným podílem.



Graf č. 8

Podobně by se daly vyhodnotit důvody, proč respondenti selhávali v pokusech o abstinenci. Průměrně se pokoušeli o abstinenci v průběhu své drogové kariéry 5krát a vždy selhávali. Graf č.9 ukazuje, že nejvyšší skóre zaznamenává prožívaná prázdnota po vysazení návykové látky. Celkově lze z grafu usuzovat, že absence spirituálních hodnot v celkovém skóre vede, následována psychosociálními důvody. Prožívané problémy jsou v důsledku abstinenčního syndromu ve středu důvodů pro opětovné užití NL.



Graf č. 9

1. Cítil jsem se prázdný
2."Dostaly" mě neřešené problémy
3. Neměl jsem jiné přátele než mezi narkomany
4. Neměl jsem sílu přestat
5. Nic mi nedávalo bez drog smysl
6. Neměl jsem důvod přestat
7. Neměl jsem zázemí, kde bych mohl znovu začít
8. Nevydržel jsem "absťák"
9. Moje rozhodnutí nebylo skutečné
10. Bez drog jsem měl deprese
11. Neměl jsem chuť se podřizovat pravidlům léčby
12. Nevěděl jsem, co s časem
13. Nebyl nikdo, kdo by mi pomohl
14. Léčba byla příliš dlouhá

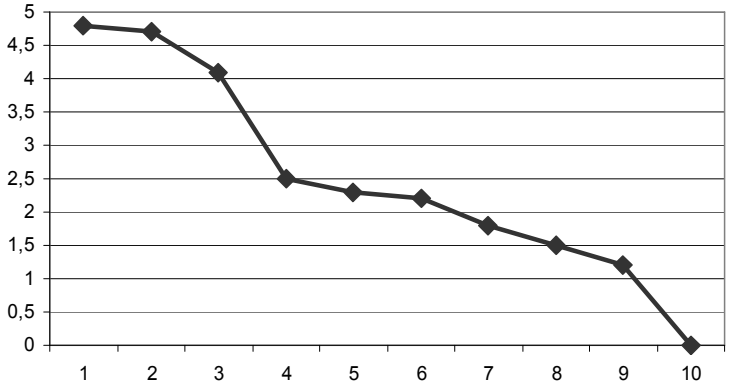
Legenda grafu č.9

Z atribucí respondentů, vzhledem k tomu, co mělo v léčebném programu vliv na změnu, vyplývá, že téměř totožnou hodnotu přikládají modlitbě a prostředí programu, které bylo charakterizováno podporou, láskou, otevřeností a vřelostí. Naopak nejnižší skóre v rámci léčebného programu získala pracovní terapie.

Stejný vliv respondenti připisují osobnímu rozjímání a skupinovým sezením, která jsou opět v komunitách věnována osobnostnímu růstu. Poměrně malý význam přisuzují zpětné vazbě spolu-klientů a vnějším vztahům, tedy

rodině, partnerovi či přátelům. Nejmenší vliv pak pracovní terapii, vedle toho, vliv svěřené zodpovědnosti hodnotí průměrně.

Tyto vlivy na změnu je možné vidět v následujícím grafu č. 10.



Graf č. 10

1. Modlitba
2. Prostředí programu (podpora, láska, otevřenost, vřelost)
3. Osobní pohovory s poradcem
4. Svěřené zodpovědnosti
5. Skupinová sezení
6. Osobní rozjímání
7. Vedení v zadaných úkolech
8. Zpětná vazba spolu-klientů
9. Vnější vztahy (rodina, partner, přátelé)
10. Pracovní terapie

Legenda grafu č.10

3.5 Interpretace výsledků

Tuto práci jsem věnoval fenoménu závislosti. Mým cílem ji bylo popsat s ohledem na celistvost osobnosti člověka. Především mně zajímaly vlivy, které vedou člověka v jednotlivých etapách vývoje závislosti k tak závažným

rozhodnutím, jako je užít drogu nebo naopak se rozhodnout se svou závislostí skončit.

Myslím si, že základní problém, ze kterého pramení nakonec i užití drogy, leží v rodině. Osobnost člověka pro svůj vývoj potřebuje prostředí, kde se může zdravě vyvíjet, a to celkově. V prostředí, kde chybí kvality bezpečí, podpory, lásky, hranic a dostatečných podnětů, dochází k zploštění osobnosti převážně v jejích spirituálních a psychosociálních kvalitách. Člověk, který je vystaven dlouhodobě traumatům jako násilí, sexuální zneužití, ztráta, jak bylo zjištěno v praktické části práce, se s nimi musí vyrovnat. Tato traumata jsou těžce zvládnutelná pro dospělé jedince, natož pro děti, kterými experimentátoři svým věkem jsou.

Jak již bylo v teoretické části zmíněno, užívání NL přímo souvisí s naučenými vzorci chování a přenášením závislosti v rodině. Tomu odpovídá vysoké procento otců alkoholiků v rodinách respondentů. Tento fakt naznačuje, že ačkoli respondenti žili v úplné rodině, otec svou roli plnil jen částečně a tyto osoby také prožívaly trauma ve formě častého fyzického násilí, nejistoty spojené s nepředvídatelností otcova chování a samotou.

V kontextu prvního užití návykové látky a prostředí, ze kterého respondenti pocházeli, by se dalo předpokládat, že toto užití bude reakcí na traumatizující prostředí. Lze to nepřímo vidět z přímých atribucí respondentů vzhledem k důvodům užití nebo užívání NL. P*ocit strachu* může, ve spojení s informacemi o prostředí, ukazovat na vystavení traumatizujícím situacím, které navíc respondenti očekávali. Jeden z klientů toto slovně popsal jako strach z opakování sexuálního zneužití. Hledání dobrodružství může ukazovat na touhu vymanit se z tohoto prostředí a zažívat něco neobvyklého. Ve spojení s pocitem ztráty smyslu tedy může jít o potřebu objevování či hledání tohoto smyslu v přesahujících zkušenostech. Domnívám se, že toto může

nepřímo ukazovat na vysoké procento zvědavosti v atribucích užití NL a také na spirituální hledání integrity a spojení s druhou osobou.

S traumaty je obecně problematické se vyrovnat a pro jejich překonání je často nutná podpora z vnějšku. Tyto děti a adolescenti však traumata prožívali od svých nejbližších. Jen těžko mohli porozumět důvodům pro násilí, sexuální zneužití, případně rozvod a další. Nejjednodušším vysvětlením mohl být vlastní pocit viny a s ním spojené submisivní chování nebo naopak zlost na toho, kdo byl příčinou traumatu, a s ní spojená agrese projevovaná rebelií. V každém případě je častým důsledkem mentální a psychické rozpojení se s prostředím výchovy a naopak hledání či zakotvení a podpory v novém prostředí často stejně postižených jedinců, kde se dále potvrzují v negaci, odporu a nasměrování na zábavu. Toto bylo potvrzeno především ve vyhodnocení hodnotových preferencí experimentátorů, jejichž hodnoty byly převážně zážitkové, spojené s partou. Zajímavým faktem je význam sexu v této věkové kategorii. Spirituální hodnoty nebyly zastoupeny téměř vůbec. Větší hodnotu měla pro tuto věkovou skupinu pouze svoboda, ale domnívám se, že je chápána jako úniková strategie z traumatizujícího prostředí a ne jako spirituální hodnota spojená se zodpovědností, což je možné deklarovat také nízkým skóre pro svobodu u respondentů po léčbě. Je otázkou, jak respondenti tuto hodnotu subjektivně chápali.

V průběhu rozvoje závislosti respondenti také stále více bydlí mimo domov a sdílejí hodnoty a způsob života spojený s drogovým prostředím. Důsledkem braní drog se také potvrdil další propad v hodnotovém žebříčku závislých. Návyková látka postupem užívání získává výsadní postavení a závislí se vzdalují od rodiny i od přátelských vztahů, které v této fázi ztrácejí smysl a jsou často pouze účelové vzhledem k získání drogy. Spirituální hodnoty se do seznamu deseti hodnot nedostaly po celkovém skóre vůbec. Někteří respondenti je sice uvádějí, ale jejich bodové hodnocení má oproti

jiným hodnotám marginální význam. Nejvyšší hodnocení z těchto hodnot získal smysl. Hledání smyslu tedy může být jednou ze sil, které jsou pro užívání drogy signifikantní. Výkladem může být na jedné straně, že droga slouží k odstranění psychické bolesti spojené se ztrátou smyslu, a to nejen života, ale především toho, co závislého „postihlo“, na druhé straně pak skutečné hledání smyslu skrze drogu.

Na propad nebo spíše na nerozvinutí duchovních hodnot také ukazují další informace o závislých. Důstojnost a vnímání vlastní hodnoty je nabouráno stylem života, kde krádeže, lži a také například prodej drog druhým, přestože závislý často sám prožívá touhu s tímto životem skoncovat, získává na síle. Osoby, které ukončily svou závislost, často hodnotí toto období: „*dělal jsem to, co jsem si dříve myslel, že nikdy dělat nebudu“*; je časté, že si tyto osoby opatřovaly například stravu či ošacení z odpadků. Celkově je tedy zřejmé, že vnímání vlastní hodnoty a morální rozhodování, respektive svědomí bylo silně ovlivněno životním stylem závislého, tedy drogou. Oproti období před užitím NL chybí v hodnotovém žebříčku přátelství, rodina a svoboda. Je velmi pravděpodobné a z kasuistik klientů léčby se to potvrzuje, že právě tyto hodnoty v době před nástupem do léčby ztrácí význam. Rodinné i podpůrné vztahy jsou narušeny a míra prožívané svobody souvisí především s prostředím, kde se respondenti pohybovali. Zatímco v době experimentu žila většina klientů se svými rodiči nebo vychovateli, v průběhu rostoucí závislosti více ztrácejí zázemí a žijí u kamarádů, ve squatu nebo na ulici. Důvodem je pravděpodobně stále větší finanční potřeba k opatření si prostředků na drogu a jídlo, která vyčerpá veškeré finanční zdroje respondentů. S rostoucí závislostí se také proměňuje způsob získávání finančních zdrojů. Zpočátku respondenti získávají zdroje legální cestou, ale později kradou rodičům, kamarádům, komukoli, což má vliv na místo kde žijí (ulice), ale také na tresty spojené s kriminalitou.

Nejvyšší hodnoty byly v pořadí droga, peníze, sex, pohodlí, zábava. Zajímavým faktem je duševní pohoda, která následuje pravděpodobně hlavně s ohledem na to, že droga ve svých účincích právě tuto navozuje.

V tomto období jsou také zřejmé změny postojů ke zdraví, což je možno doložit vysokým poměrem chronických onemocnění, pravděpodobně v důsledku nitrožilního užívání a životního stylu. Většina respondentů také ztrácí zájem o vzdělání a práci.

Jestliže samotné užívání NL mělo důsledky ve všech oblastech života respondentů a z analýzy hodnot bylo vidět, že spirituální část těchto hodnot byla od doby experimentu až po plně rozvinutý syndrom závislosti marginalizována, pak bylo také možno vidět zásadní posun směrem k spiritualitě v době, kdy docházelo k rozhodnutí pro zásadní změnu směrem k abstinenci, a po samotném léčebném procesu. V kariéře závislého se nacházejí momenty, kdy se závislý pokouší svou závislost opustit. Pro toto opuštění má mnoho různých důvodů. Jelikož průměrně se o to závislý během své kariéry pokouší nesčetněkrát, u klientů komunit Teen Challenge průměrně 5krát, hledal jsem ve své práci taková motivační východiska, která mají nejvyšší validitu a předpoklad pro udržení si nejen abstinence, ale vedou také k změně kvality osobního nažívání osob po léčebném programu. Jak jsem předpokládal, potvrdilo se, alespoň u klientů komunit Teen Challenge, že nejvyšší hodnotu pro změnu měla spirituální motivace. V podání respondentů je to především víra v Boha, následována „vnitřním puzením a opačně, v případech selhání byly hlavními důvody *pocit prázdnoty po vysazení drog, neřešené problémy, žádní skuteční přátelé, nedostatek vůle a důvodů přestat, bezsmyslnost života bez drog*. Spirituální a psychosociální motivace hrají tedy zásadní roli. V spirituální motivaci nacházejí především novou naději a ukotvení v přesahující zkušenosti, která vzhledem ke vztahovosti této zkušenosti také pomáhá v řešení problémů v minulém traumatizujícím

prostředí. Například jeden z respondentů to vyjadřuje takto: *„změnila mě vlastní zkušenost s Bohem a poté vztahy s lidmi, hodně mi pomohly rámce a pravidla“*. Jelikož většina respondentů udává, že v době před počátkem užívání neměla vztah k víře nebo Bohu, pak tento vztah musel být získán v průběhu užívání NL a pravděpodobně v důsledku setkání s duchovní realitou a s vnitřním hledáním naděje pro změnu. Na motivaci a samotnou změnu měly také svůj podíl další složky, a to především přátelé, rodina, strach o život, pravděpodobně z důvodů vysokých dávek drogy.

Hodnocení důsledků léčebného programu také ukazuje vysokou míru schopnosti odpustit, kladného postoje k sobě, nažívané smysluplnosti a spokojenosti, což odpovídá studiu „faith-base“ komunit Maddoxe (1981). Z těchto faktů je možné usuzovat na silný vliv léčebného programu na změnu směrem ke spiritualitě, také na zásadní vliv spirituality na změnu a udržení si dlouhodobé abstinence, kde respondenti vykazují zásadně odmítavé stanoviska k tvrdým i měkkým drogám, vůči alkoholu jsou stanoviska v zásadě podobná. Další sebevzdělání ve formě studia lze interpretovat, jednak jako potřebu po dokončení vlastního vývoje, zlepšení sebehodnocení nebo také jako potřebu lepšího uplatnění na trhu práce.

Je zde zřejmé, z výsledků hodnotového žebříčku klientů po léčbě, že se srovnala proporcionalita hodnot (bio-psychosociálně-spirituálních) a pravděpodobně také celková integrita osobnosti. Jejímž důsledkem je celkově nová bio-psychosociálně-spirituální zralost, vyjádřená změnou kvalit ve vztazích, vlastním zdraví, v hodnotách, sebenažívání, prostředí, ve kterém respondenti po léčbě žijí, vnímání smysluplnosti, atp.

Vzhledem k prožívaným traumatům, ať již spojeným s dětstvím nebo s obdobím v drogové kariéře, se dalo předpokládat, že na změnu bude mít zásadní vliv prostředí programu, což se potvrdilo. Toto prostředí dává možnost přeformátovat minulé reakce na trauma. Klienti programů mohou zažívat jiné

reakce na sebe sama než v minulosti, a tak postupně obnovovat důvěru v druhého i v samotný „svět“. Toto prostředí, kde je možno sdílet sebe bez strachu, zřejmě pomáhá v odkrývání sebe i v oblastech, které jsou pro respondenty těžké. Tomu může odpovídat také vysoké skóre schopnosti odpouštět i přesto, že většina zažila traumatizující zkušenosti.

Další zásadní kvalitou v programu, která měla vliv na změnu, byla kontemplace, v případě komunit Teen Challenge zastoupená modlitbou a osobním ztišením. Zde lze předpokládat, že modlitba jako prvek kontemplace, vnitřní hledání smyslu, přesahujícího vztahu, síly, zpětné vazby k vlastnímu životu je právě základním prvkem, kolem kterého dochází u respondentů k integraci nových postojů a hodnot. Vedle toho, pracovní terapie se zdá pro respondenty velmi nepodstatná pro změnu, a to pravděpodobně především proto, že sama práce na změnu nemá tak zásadní vliv, ale je spíše důsledkem změny postojů, které jsou zase důsledkem rozhodnutí na základě vnitřních motivačních procesů. Respondenti jako vliv předkládají svěřené zodpovědnosti v programu, které je nutily k integraci zodpovědných postojů vůči komunitě, a zprostředkovávaly jim zpětnou vazbu.

Velký význam pro změnu měla pro závislé v léčebných programech osobnost poradce. Zde se domnívám, že dochází k podobnému efektu jako v případě prostředí, kde poradce často nahrazuje v určité fázi vývoje poradenského procesu některou ze signifikantních osob klienta, tedy se stává předmětem přenosu, ale zde v terapeutickém prostředí, kde poradce může toto využít. U dalších oblastí programu byla zjištěno, že především osobní vedení a svěřené zodpovědnosti mají důsledky na změnu. Pravděpodobně se to týká ověřování platnosti hodnot, které se klienti v programu snaží integrovat.

3.6 Diskuse

Cílem této části práce bylo zjistit, jestli teoretická východiska pro fenomén závislosti odpovídají zkušenosti v konkrétním léčebném programu. Domnívám se, že většina faktů obsažených v teoretické části práce byla dostatečně demonstrována. Nedostatkem však zde je, že výzkumný vzorek byl poměrně malý, a že tedy validní hodnota praktické části je pouze orientační a chtěla by dále rozpracovat v podrobnějším výzkumu. Určitým nedostatkem může být také výzkum na vzorku, který byl vybrán z prostředí léčebného programu s důrazem na křesťanské hodnoty. Na druhou stranu tito klienti dlouhodobě abstinují, jsou integrováni ve společnosti a mohou tak mít náhled na svou minulost komplexní a to i se zkušeností případných relapsů. Je otázkou, jak by stejné dotazy vyhodnocovali respondenti jiných léčebných zařízení. Domnívám se však, že by, za předpokladu dlouhodobé abstinence, bylo na změně životního stylu, preferencí a hodnot možné nalézt obdobné výsledky. Jak jsem již, ale předeslal, cílem praktické části bylo dokreslit fenomén závislosti.

Přínosem výsledků se mi zdá především zachycení průběhu celého vývoje drogové kariéry a specifik jednotlivých fází, a toho jakou roli zde hraje motivace ke změně, a to ať již změně k asociálnímu chování nebo naopak, změně ve smyslu nové kvality života v abstinenci. Je jisté, že je to jen určitý základ pro další výzkum. Práce s motivací a hledání funkčních léčebných faktorů má však svůj smysl. Práce se snažila především poskytnou celostní obraz problému se zřetelem na spiritualitu, která je v kontextu léčby závislých často marginalizována a v odborných textech jen málo zmiňována, může být tedy chápána jako poskytnutí podkladů pro diskusi.

Ačkoli může být z výsledků patrné, že výsledná hodnota víry souvisí s léčbou v křesťanské organizaci, respondenti tuto často získali ne v důsledku léčby v této organizaci, ale tuto si vybrali právě pro svou víru. Co je zde však

patrné, je, že u respondentů v důsledku léčby rostlo také skóre dalších hodnot zařaditelných pod hodnoty spirituální a celkově kvalita života ve všech bio-psychosociálních aspektech.

K diskusi také předkládám historizující zkreslení. Respondenti jsou po léčbě dlouhodobě, a není jisté do jaké míry jsou schopni sami zhodnotit svou drogovou kariéru a to, co mělo vliv na změnu, kterou vnímají z reality současnosti. Zajímavým prvkem by zde byla jistě práce s původními kasuistikami a materiály z léčebného procesu, stejně jako dotazovaní signifikantních osob respondentů. Rozsah této práce to však neumožňuje.

Závěr

Celá práce, ačkoli se snažila popsat fenomén závislosti komplexně, byla zaměřena na hledání faktorů úspěchu, kde úspěchem je chápán spokojený život za předpokladu trvalé, dlouhodobé abstinence. Tyto faktory byly předjímány především v základní motivaci pro změnu a v léčebném přístupu.

Celkově se potvrdilo, a to jak v teoretické části práce nacházející tyto faktory, nebo také síly, ve všech oblastech lidského života, v jeho spiritualitě, psychice, sociálním kontextu i v biologické konstituci, tak i v praktické části, že teoretická východiska vycházejí z praktických zkušeností, a že celkově všechny oblasti mají na rozhodování člověka vliv.

Člověk tak žije celkově v kontextu tělesných potřeb, psychosociálního prožívání a dovedností, s potřebou vnitřní integrace, kde Já je vědomě prožíváno. Při psaní této práce jsem si uvědomil, že je nemožné říct vše. Fenomén závislosti je problémem celé osobnosti, která žije v určitém vnějším prostředí. Toto prostředí má na ní vliv, v podstatě cokoli může „spustit“ efekt, na jehož konci je závislost. Člověk drogu používá jako prostředek k vymanění se z tohoto prostředí a již v tomto smyslu to může být chápáno jako duchovní

potřeba. Hledání „elixíru“ po-moci, který pomůže vyřešit neřešitelné, zcelit osobnost, dát zapomenout na bolest, změnit kvalitu prožívání a sebe-náhledu, podívat se, co je „za“ tímto světem, setkat se s druhým v nové kvalitě intimity.

V tomto vymanění z prostředí, které je velmi často pro člověka nepříznivé ve své nepředvídatelnosti a přináší různé druhy traumatizujících zkušeností, můžeme nacházet hledání smyslu, ale také vnitřní svobody, která nemá hranic. Je zároveň svobodou od bolesti, ale také svobodou k radosti. V kontaktu s bývalými klienty programu jsem nacházel často odpověď na hledání této svobody, odpověď v přesahující zkušenosti s realitou Boha, která je vedla k schopnosti snášet bolest, vyrovnat se s minulostí, odpustit, žít v společnosti přínosně, vnímat okolí, radovat se, „mít se rád“ a další. Integrujícím prvkem bylo nalezení intencionálního pocitu smyslu věcí, přestože často museli a musí čelit nepřízni osudu. Toto bylo často také důvodem pro setrvání v léčebném programu. Uvědomění si, že jeho nebo její život má smysl, a že stojí zato hledat svobodu od závislosti i přes chvilkové bytí v omezeném prostředí léčebného zařízení.

Kdybych se pokusil zhodnotit jaké jsou tedy faktory pro úspěšnou léčbu, musel bych konstatovat, že je to především člověk sám. Jeho vnitřní rozhodnutí. Motivace, tedy to, o co se toto rozhodnutí opírá jsou různé. Často lze na počátku nalézt vnitřní potvrzení, že jít za svobodou, která je nezávislá na krátkodobých řešeních, jako jsou například drogy, má smysl, a to i přes právě prožívanou bolest. Toto vnitřní potvrzení je těžce uchopitelný fenomén, často spadající do duchovní úrovně setkání se druhým Ty, které věcem dává smysl.

Prostředí léčebných programů v tomto může a je zásadním prostředkem. Ve skutečnosti je jen velmi málo závislých, kteří by skončili se svou závislostí bez pomoci prostředí léčebných programů, případně pomoci druhých. Tedy, pokud je prostředí programu konstruováno tak, aby v něm byly naplněny všechny potřeby klienta, a aby zároveň bylo pamatováno na práci

s jeho spiritualitou, je pravděpodobnost úspěchu u těch, kteří léčebné programy úspěšně absolvují velmi vysoká. V dokladovaných výzkumech křesťanských komunit až 80%.

Svoboda v zodpovědnosti je tedy konečným cílem. Tuto spirituální kvalitu klienti léčebných programů nalézají. Je to možno doložit nejen jejich životem ve společnosti, ale také vlastním hodnocením jejich životů. Tato svoboda je centrální spirituální kvalitou, kde ve svobodě se může člověk kreativně rozvíjet a naplňovat tak smysl své existence, jak to vyjadřuje Frankl (2007).

„ Vlastní bytí člověka začíná teprve tam, kde už není žádná závislost na pudech, a také přestává tam, kde končí zodpovědné bytí.“

Seznam literatury

1. *BIBLE: Ekumenický překlad 10. vydání.* Praha, 1995. Česká biblická společnost.
2. BLATNÝ, Marek; PLHÁKOVÁ, Alena. *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN: 80-86620-05-0
3. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., a kol.: *Gerontopsychiatrie*. Praha, 1994. Grada.
4. BUBER, Martin. *Já a Ty*. Praha, 2005. Kalich. ISBN: 80-7017-020-4
5. CUSKELLY, Eugene James. *Současná spiritualita: duchovní život z pohledu současné psychologie.* Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1994. ISBN: 80-85527-70-7
6. DOLEŽALOVÁ, Pavla. *Spiritualita a zdraví při léčbě závislých*. Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2001 – 2006, roč. 5, č. 2. Tišnov. ISSN: 1213-3841
7. DUNN, G. Jerry. *Bůh je naděje pro alkoholika.* Praha, 1990. Rada Církve bratrské
8. FRANKL, V.E. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu.* Brno: Cesta, 2007. ISBN: 80-7295-088-6
9. HALAMA, Peter. *Nápomocné faktory zmeny závislých klientov v procese resocializácie*. Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2004 – 2006, roč. 6, č. 3. Tišnov. ISSN: 1213-3841
10. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup.* Praha: Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN: 80-86734-05-6
11. KALINA, Kamil; RICHTEROVÁ-TĚMINOVÁ, M. *Spiritualita v terapeutických komunitách pro závislé.* Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2001 – 2006, roč. 6, č. 2. Tišnov. ISSN: 1213-3841KALINA,
12. KALINA, Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2003. ISBN: 80-86734-05-6
13. KOUKOLÍK, František; DRTILOVÁ, Jana. *Vzpoura deprivantů.* Praha: Galén, 2006. ISBN: 80-7262-410-5
14. Kudrle, Stanislav. *Závislost jako spirituální učitel.* Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2001 – 2006, roč. 6, č. 2. Tišnov. ISSN: 1213-3841

15. LEE, J. Ray. *Understanding the times: biblical strategie for contemporary issues and needs*. Chattanooga: Turning point ministries, Inc., 1991. ISBN: 1-58119-030-1
16. LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl: logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9
17. MARTSOLF, DS. MICKLEY, JR. *The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus.* Journal of Advanced Nursing, 1998.
18. MILLER, R. Miller; Rollnick, Stephen. *Motivační Rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování.* Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN: 80-86620-09-3
19. NAKONEČNÝ, Milan.: *Motivace lidského chování.* Praha: ACADEMIA, 1996. ISBN: 80-200-0592-7
20. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-.
21. Nance, Jeryl. *An evaluation of the adolescent Teen Challenge program´s impact on emotional inteligenc.* Barry University: Dissertation, 2004.
22. Plocová, M. *Lidská duše a závislost*. Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2001 – 2006, roč. 6, č. 2. Tišnov. ISSN: 1213-3841
23. PREZIOSO, F. *Spirituality in the recovery process*, Journal of Substance Abuse Treatment, 1987, no.4.
24. ROTGERS, Frederick a kolektiv. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN: 80-7169-836-9
25. ŘEZNÍČEK, M. *Prevence sociálních deviací, 1.vyd*. Praha: Ethum, 1996.
26. RADIMECKÝM, Josef. *Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu.* Adiktologie – odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. Vydává sdružení SCAN. 2001 – 2006, roč. 5, č. 2. Tišnov. ISSN: 1213-3841
27. *Výroční zpráva a stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005.* Praha. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006
28. WEVER, Douglas. *Léčebný model Teen Challenge.* Dostupný z WWW**:** http://www.bullet-in-cz.estranky.cz/archiv/uploaded/17
29. YALOM, D. Irving. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 80-7178-894-5

Přílohy

1. **Dotazník analýzy změn u osob po léčbě závislostí**

Dotazník analýzy změn u osob po léčbě závislostí

Prosím pozorně si přečti zadání otázek a vyplň je. Informace, které mi poskytnete budou důvěrné a neobjeví se adresně v žádné veřejné ani soukromé publikaci. Budou použity k celkovému statistickému zpracování a poté zničeny skartací. Za vyplnění dotazníku děkuji.

A) Identifikační data respondenta

1. a) Kolik je ti let?
b) Jak dlouho máš po léčebném programu?

2. Jaké bylo tvé rodinné zázemí, ve kterém jsi žil před programem?

Úplná rod.	Neúplná r.*	Roz. manž.	Dětský dom.	Jiné

* například svobodná matka nebo úmrtí otce či matky

3. Pokud jsi pocházel z neúplné rodiny, nebo rozvedeného manželství, žil jsi s

Matkou	Otcem

4. Byl některý ze tvých rodičů alkoholik? (pokud neplatí ani jedna odpověď, nech prázdné)

Otec alkoholik	Matka alkoholička

5. Cítil v dětství jsi zájem ze strany otce? (vyber možnost, která nejvíce odpovídá tvému pocitu)

vůbec	
zřídka	
většinou ano	
ano	
jeho pozornost mi byla nepříjemná	

6. Cítil v dětství jsi zájem ze strany matky? (vyber možnost, která nejvíce odpovídá tvému pocitu)

vůbec	
zřídka	
většinou ano	
ano	
jeho pozornost mi byla nepříjemná	

7. Bylo proti některému členu rodiny používáno fyzické násilí?

Ano	**Ne**

8. Bylo vůči tobě používáno fyzické násilí ?

Ano	**Ne**

9. Byl jsi v dětství vystaven sexuálnímu kontaktu s některým členem rodiny nebo jinou osobou?

Ano	**Ne**

10. Jaká byla hlavní návyková látka, kterou jsi užíval před nástupem do programu? (zde vyplň pouze jeden rámeček podle toho, která droga u tebe převažovala)

Pervitin	**Heroin**	**Alkohol**	**Toluen**	**Kanabis**	**LSD**	**Léky**	**Extáze**

11. Které další návykové látky jsi užíval ? (Více než jednorázově)

Pervitin	**Heroin**	**Alkohol**	**Toluen**	**Kanabis**	**LSD**	**Léky**	**Extáze**

12.a) V kolika letech jsi poprvé užil hlavní návykovou látku?
b)Jak dlouho jsi užíval hlavní návykovou látku?
c) S jakou pravidelností jsi užíval hlavní návykovou látku?

A	B

C

denně	více než 3x týdně	méně než 3x týdně

13. Jaký byl tvůj hlavní důvod spojený s počátkem užívání NL

Zvědavost	Nuda	Přátelé	Rod. probl.	Osob. probl	Jiné*
* doplň slovně					

14. Jak moc by tě charakterizovaly jednotlivé vyjádření před tím, než jsi začal užívat drogy? (U každé věty zaznač čtvereček křížkem x podle toho jak tě charakterizuje - 1znamená minimálně, 5 maximálně)

	1	2	3	4	5
Měl jsem mnoho kamarádů					
Mí rodiče na mně měli čas					
Cítil jsem stále strach, že rodiče zklamu					
Všechno pro mě bylo snadné					
Prožíval jsem jen mnoho radosti					
Cítil jsem se sám					
Byl jsem vůdcem party					
Byl jsem průměrný ve všem					
Druzí mně obdivovali					
Měl jsem mnoho koníčků					
Často jsem měl z něčeho strach					
Měl jsem všechno, co jsem chtěl					
Rodiče mně měli rádi					
Výborně jsem se učil					
Žil jsem dobrodružný život					
Chtěl jsem se druhým vyrovnat					
Postrádal jsem smysl v tom, co dělám					
Někoho koho jsem potřeboval jsem ztratil					
Byl jsem zdravý					
Byl jsem fyzicky zdatný					

15. Která z těchto tvrzení nejlépe vystihovala tvůj vztah k víře v boha a duchovním hodnotám v době, kdy jsi začal užívat návykové látky? (vyber pouze jednu možnost)

	Věřit v boha je hloupost
	Proto, abych byl dobrým člověkem nepotřebuji věřit v boha
	Myslím si, že něco existuje, ale vliv to na mně nemá
	Mám věřící rodiče
	Myslím si, že každý potřebuje v něco věřit
	Aktivně jsem hledal boha

16. Jaký je tvůj vztah ke křesťanství?

a) Jak často jsi navštěvoval církevní shromáždění (Bohoslužby) před léčebným programem?

Pravidelně	Nepravidelně	Minimálně	Vůbec ne

b) Jak často navštěvuješ dnes církevní shromáždění (bohoslužby)?

Pravidelně	Nepravidelně	Minimálně	Vůbec ne

17. K jakému vyznání se hlásíš? (např. katolík, protestant, případně konkrétní církev nebo náboženská skupina)

B) Změny, ke kterým došlo v průběhu drogové kariéry a po ní:

1. V každém sloupci vyber ze všech hodnot pouze deset. Vybrané hodnoty seřaď od 1 do 10, a to podle toho jakou důležitost pro tebe měly. Toto udělej v každém sloupci zvlášť bez ohledu na předešlý sloupec. (Jednotlivých 10 hodnot se v jednotlivých sloupcích může lišit, hodnota 10 má nejvyšší kvalitu)

	A) v období kdy jsi s drogou experimentoval	B) V posledním roce před nástupem do léčby	C) V současnosti
Hodnota	**A**	**B**	**C**
Rodina			
Parta			
Přátelství			
Poznání			
Drogy			
Peníze			
Práce			
Zábava			
Pohodlí			
Popularita			
Úspěch			
Intimní vztah			
Duševní pohoda			
Spravedlnost			
Pravda.			
Důstojnost			
Sebevědomí			
Smysl			
Čestnost			
Víra v Boha			
Láska			
Svoboda			
Důvěra			
Dobré svědomí			
Zdraví			
Jídlo			
Fyzická kondice			
Vzhled			
Sex			

2. Jaké jsi dosáhl nejvyšší vzdělání před léčbou?

Základní	Nedokončené střední	Dokončené střední	Nedokončené SOU	Dokončené. SOU	Nedokončené Vš.	Dokončené Vš.

3. Pokud jsi nedokončil vzdělání, z jakých to bylo příčin?

	vyhodili mně pro braní drog
	ztratil jsem zájem
	nestačil jsem na to
	jiné

4. Dokončil jsi si nebo dokončuješ si vzdělání po léčbě? Jaké?

Základní	SOU	Střední	VOŠ	Vysoko-školské

5. Byl jsi odsouzen k trestu odnětí svobody nebo podmínce ve spojení s užíváním NL nebo v důsledku?

Ano	Ne	Nerozhodnuto

6) jaká byla souhrnná doba trestu?

	měsíců
	let
	hodin alternativního trestu

7.Jaké je chronické poškození organizmu následkem tvého užívání NL

Hepatitis B	Hepatitis C	HIV	Jiné*	Žádné

* jaké?

8. Kde jsi žil v době kdy jsi užíval drogy? (Každé možnosti dej takový počet bodů, od 0 do 8, který nejvíce odpovídá realitě, ve které jsi žil. Stejný počet bodů můžeš udělit pouze jednou, pokud možnost neodpovídá pravdě přiděl 0 bodů)

	u rodičů
	u partnera
	v pronájmu
	ve vlastním bytě
	u kamarádů
	v ubytovně
	ve squatu
	na ulici

9. Kde jsi žil v době před nástupem do poslední léčby? (Každé možnosti dej takový počet bodů, od 0 do 8, který nejvíce odpovídá realitě, ve které jsi žil. Stejný počet bodů můžeš udělit pouze jednou, pokud možnost neodpovídá pravdě přiděl 0 bodů)

	u rodičů
	u partnera
	v pronájmu
	ve vlastním bytě
	u kamarádů
	v ubytovně
	ve squatu
	na ulici

10. Kde žiješ dnes? (Každé možnosti dej takový počet bodů, od 0 do 8, který nejvíce odpovídá realitě, ve které jsi žil. Stejný počet bodů můžeš udělit pouze jednou, pokud možnost neodpovídá pravdě přiděl 0 bodů)

	u rodičů
	u partnera
	v pronájmu
	ve vlastním bytě
	u kamarádů
	v ubytovně
	ve squatu
	na ulici

11. Do jakých podmínek ses vracel po ukončení léčebného programu?

následná. péče	vlastní byt	k rodičům	partnerovi	na ulici

12. Kde jsi v průběhu drogové kariéry získával prostředky na obživu? (U každé věty zaznač čtvereček křížkem x podle toho jak tě charakterizuje - 1znamená minimálně, 5 maximálně)

	1	2	3	4	5
pracoval					
půjčoval si					
kradl rodičům					
kradl partnerovi					
kradl kamarádům					
žebral					
kradl komukoli					
prodával drogy					

13.Kolik let jsi v průběhu drogové kariéry odpracoval?

14. Jakou nejdelší dobu jsi v průběhu drogové kariéry neměl zaměstnání?

15. Máš v současnosti zaměstnání?

Ano	Ne

16. Jakou nejdelší dobu jsi po ukončení programu neměl zaměstnání?

	měsíců
	let

17. Jaký je dnes tvůj vztah k NL ? (U každé věty zaznač čtvereček křížkem x podle toho jak tě charakterizuje - 1znamená minimálně, 5 maximálně)

	1	2	3	4	5
Myslím si, že sem tam si můžu vypít alkohol					
Měkké drogy jsou v pohodě					
Tvrdé drogy už brát rozhodně nebudu					
Někdy beru nějaké léky na stres					
Nemám důvod řešit problémy drogou					
Někdy na drogy myslím					

C) Vlivy na změnu směrem k abstinenci:

1. Kdo nebo co mělo vliv na rozhodnutí skončit s užíváním návykových látek a nastoupit do léčby? (U každé věty zaznač čtvereček křížkem x podle toho jak tě charakterizuje - 1znamená minimálně, 5 maximálně)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Zdravotní stav					
Psychické problémy					
Přátelé					
Rodina					
Strach o život					
Víra v Boha					
Vnitřní puzení					
Intimní vztah					

2. Kolikrát ses pokoušel skutečně přestat brát drogy?

3. Co mělo vliv na to, pokud jsi napsal více než jeden pokus v předešlé odpovědi, že se ti to v minulosti nepodařilo? (doplň hodnotu u každé věty 1 znamená bezvýznamné, 5 velmi významné)

	1	2	3	4	5
Neměl jsem sílu přestat					
Neměl jsem jiné přátele než mezi narkomany					
Cítil jsem se prázdný					
Nevěděl jsem co s časem					
Neměl jsem zázemí, kde bych mohl znovu začít					
Nevydržel jsem "absťák"					
Moje rozhodnutí nebylo skutečné					
Nic mi nedávalo bez drog smysl					
Nebyl nikdo kdo by mi pomohl					
Bez drog jsem měl deprese					
Neměl jsem důvod přestat					
"Dostaly" mně neřešené problémy					
Léčba byla příliš dlouhá					
Neměl jsem chuť se podřizovat pravidlům léčby					

4. Co mělo v rámci léčby vliv na tvou změnu a jaký?

	1	2	3	4	5
Osobní pohovory s poradcem					
Pracovní terapie					
Skupinová sezení					
Osobní rozjímání					
Modlitba					
Svěřené zodpovědnosti					
Vedení v zadaných úkolech					
Zpětná vazba spolu-klientů					
Vnější vztahy (rodina, partner, přátelé)					
Prostředí programu (podpora, láska, otevřenost, vřelost)					

Zde můžeš doplnit další:

5. Jak bys hodnotil svoji změnu, co a jak se díky programu změnilo?

(ve chvíli kdy jsi odcházel z léčebného programu, co a jak se v jeho důsledku změnilo)

	1	2	3	4	5
Jsem schopen lépe komunikovat s okolím					
Vážím si sám sebe					
Dokážu druhým odpustit					
Vím co s volným časem					
Nemám problém s prací					
Jsem psychicky vyrovnaný					
Mám přátele mimo drogové prostředí					
Změnily se mé hodnoty					
Zlepšilo se mé zdraví					
Jsem spokojený					
Věci v mém životě mají smysl					
Jsem samostatný					

6. Jak v současnosti vnímáš tyto kvality ve svém životě?

(jak se dnes, po letech, v těchto oblastech života sám hodnotíš)

	1	2	3	4	5
Jsem schopen lépe komunikovat s okolím					
Vážím si sám sebe					
Dokážu druhým odpustit					
Vím co s volným časem					
Nemám problém s prací					
Jsem psychicky vyrovnaný					
Mám přátele mimo drogové prostředí					
Změnily se mé hodnoty					
Zlepšilo se mé zdraví					
Jsem spokojený					
Věci v mém životě mají smysl					
Jsem samostatný					

7. Krátce popiš vlastními slovy co, případně kdo, a jak mělo vliv na to, že dnes abstinuješ.