

Západočeská univerzita v Plzni

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

KŘESŤANSKÝ PŘÍSTUP V TERAPII DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Štěpková

Sociální práce

(2009 -2012)

Vedoucí práce: *PhDr. Josef Slowík, Ph.D.*

Plzeň, 2012

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 2012

.....

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce, panu PhDr. Josefovi Slowíkovi, Ph.D. za jeho vedení, vlídný přístup, cenné rady a připomínky, pracovníkům POINT 14 za poskytnuté informace a všem dotazovaným, kteří si na mě udělali čas a ochotně se mnou sdíleli své životní příběhy. Jsem vděčná všem mým přátelům za podporu a povzbuzení a v neposlední řadě také děkuji Bohu za to, že všechny tyto lidi do mého života přivedl.

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. DROGY A NÁVYKOVÁ CHOVÁNÍ.....	9
1.1. Látkové drogy – rozdělení a účinky	9
1.1.1. Opiáty.....	10
1.1.2. Stimulancia	10
1.1.3. Konopné drogy.....	10
1.1.4. Halucinogeny	11
1.1.5. Těkavé látky.....	11
1.1.6. Alkohol	11
1.2. Návykové chování	12
1.2.1. Patologické hráčství	12
1.2.2. Závislost na počítači a internetu.....	13
1.2.3. Závislost na sexu.....	13
1.2.4. Závislost na práci	14
1.2.5. Patologické nakupování	14
2. ZÁVISLOST.....	15
2.1. Definice a diagnostika závislosti	15
2.1.1. Definice závislosti.....	15
2.1.2. Diagnostika závislosti	15
2.2. Příčiny vzniku závislosti podle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu	17
2.2.1. Biologická úroveň.....	17
2.2.2. Psychologická úroveň	18
2.2.3. Sociální úroveň	19
2.2.4. Spirituální úroveň.....	19
2.3. Průběh závislosti	20
2.3.1. Stadium experimentování.....	20
2.3.2. Fáze příležitostného užívání.....	20
2.3.3. Fáze pravidelného užívání.....	20

2.3.4.	Fáze návykového užívání.....	21
--------	------------------------------	----

3. TERAPIE ZÁVISLOSTÍ 22

3.1.	Složky systému péče v ČR.....	22
3.1.1.	Detoxifikace.....	22
3.1.2.	Terénní programy.....	23
3.1.3.	Kontaktní a poradenské služby.....	23
3.1.4.	Ambulantní léčba.....	24
3.1.5.	Stacionární programy.....	25
3.1.6.	Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba.....	25
3.1.7.	Rezidenční péče v terapeutických komunitách.....	26
3.1.8.	Ambulantní doléčovací programy.....	26
3.1.9.	Substituční léčba.....	27

4. KŘESŤANSKÁ SPIRITUALITA A JEJÍ VLIV NA ČLOVĚKA..... 28

4.1.	Pojem spirituality.....	28
4.2.	Význam spirituality v léčbě.....	29
4.3.	Křesťanský přístup a pastorální péče.....	30
4.3.1.	Křesťanství, křesťanské hodnoty a křesťanský přístup.....	30
4.3.2.	Pastorální péče.....	32

5. KŘESŤANSKY ORIENTOVANÉ ORGANIZACE PŮSOBÍCÍ V OBLASTI LÉČBY DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ..... 33

5.1.	Teen Challenge.....	33
5.2.	Point 14 a Středisko křesťanské pomoci Plzeň.....	34
5.3.	Betel.....	34
5.4.	Anonymní alkoholici.....	36

EMPIRICKÁ ČÁST	37
6. METODOLOGIE	37
6.1. Cíl výzkumu	37
6.2. Metoda výzkumu.....	37
6.3. Výzkumný vzorek	38
7. ANALÝZA ROZHOVORŮ	39
7.1. Oblast týkající se motivace k abstinenci	39
7.1.1. Výpovědi respondentů skupiny A	39
7.1.2. Výpovědi respondentů skupiny B	45
7.1.3. První dílčí shrnutí.....	50
7.2. Oblast týkající se terapeutického zařízení	51
7.2.1. Výpovědi respondentů skupiny A	51
7.2.2. Výpovědi respondentů skupiny B	53
7.2.3. Druhé dílčí shrnutí	55
7.3. Oblast týkající se kvality současného života	56
7.3.1. Výpovědi respondentů skupiny A	56
7.3.2. Výpovědi respondentů skupiny B	61
7.3.3. Třetí dílčí shrnutí.....	65
8. ANALÝZA DOKUMENTŮ ORGANIZACÍ	67
8.1. Teen Challenge.....	67
8.2. Anonymní alkoholici.....	70
9. KAZUISTIKY	73
9.1. Kazuistika 1.....	73
9.2. Kazuistika 2.....	73
9.3. Kazuistika 3.....	74

9.4.	Kazuistika 4.....	75
9.5.	Kazuistika 5.....	75
9.6.	Kazuistika 6.....	76
10.	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	77
	ZÁVĚR	79
	RESUMÉ	80
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
	INTERNETOVÉ ZDROJE	83
	SEZNAM PŘÍLOH	85

Úvod

„Poznáte pravdu a pravda vás učiní svobodnými.“ (Bible, J 8,32)

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila tak, abych mohla propojit dvě oblasti, které jsou mi blízké a zkoumat vztah mezi nimi. Jedná se o problematiku drogových závislostí, která mě vždy zajímala a o křesťanskou víru, kterou žiji. Jako křesťanka věřím v druhou šanci pro každého a v Boží moc proměňovat lidské životy. Závislost pro mě představuje pouta, která člověka svazují a brání mu být svobodný, brání mu žít život plnohodnotným způsobem. Víra je pro mě něco mocného, co dokáže zlomit jakákoliv pouta a člověka z nich osvobodit. V životě jsem se setkávala s příběhy, kdy byla pouta závislosti příliš silná a člověk, který závislosti propadl, ji už nedokázal porazit. Jednoho dne jsem však měla možnost setkat se s šesti mladíky, kteří prošli drogovou závislostí a díky pobytu v jedné z terapeutických komunit křesťanské organizace Teen Challenge se svou závislostí úspěšně skončili. Tito chlapi vyprávěli o tom, že díky své konverzi ke křesťanské víře a díky Bohu dokázali svou závislost porazit. Postupem času jsem podobných příběhů začala slyšet více, začala jsem si na internetu o Teen Challenge a dalších křesťansky orientovaných organizacích vyhledávat další informace a dočítala jsem se o jejich veliké úspěšnosti. Přemýšlela jsem nad otázkou, jak může křesťanská víra ovlivňovat jedince v léčbě jeho závislosti, a dala jsem sama sobě několik odpovědí. Když pak přišla možnost psát bakalářskou práci a provést výzkum na problematiku, která mě zajímá, neváhala jsem dlouho a brzy se rozhodla, že chci na výše zmíněnou otázku získat odpovědi pomocí opravdového výzkumu. V rámci výzkumu se pokusím pomocí rozhovorů s bývalými uživateli drog, kteří prošli různými druhy komunit (křesťanskými i nekřesťanskými), pomocí analýzy dokumentů a pomocí kazuistik porovnávat, zda se efektivita křesťanského přístupu liší. Tento výzkum tvoří druhou část mé práce.

První, teoretická část je rozdělená do pěti hlavních kapitol. V první kapitole se zabývám pojmem drogy a dělením drog. Po předchozím uvážení jsem se rozhodla do této kapitoly umístit také návyková chování, z důvodů v příslušné kapitole uvedených. Druhá kapitola pojednává o závislosti a o její definici, průběhu a příčinách, které jsou zpracovány podle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Konkrétně úrovni spirituální přiřkládám velký význam, protože právě díky tomu, že křesťansky orientované organizace neopomíjejí tuto rovinu a naplňují člověku i jeho spirituální potřeby, mohou být podle mě tyto organizace ve své léčbě efektivnější. Třetí kapitola nám nastíní současné možnosti léčby

závislosti v České republice a čtvrtá kapitola se pokusí vysvětlit více o pojmu spirituality a jejím významu v léčbě, o podstatě křesťanství a o přístupu z křesťanství vycházejícím. V páté kapitole stručně představím čtyři křesťansky orientované organizace zaměřené na drogové závislosti, které u nás sídlí.

V závěru práce se pokusím shrnout získané poznatky a odpovědět na hlavní výzkumnou otázku.

TEORETICKÁ ČÁST

1. DROGY A NÁVYKOVÁ CHOVÁNÍ

V současné době se můžeme setkat s řadou definicí a pohledů na pojem „droga“. Pro účely této práce nám postačí definice podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která drogu definuje jako „jakoukoliv látku, která po vpravení do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (Zábranský, 2003, s. 14).

Dále také v souvislosti s vývojem civilizace dochází k tomu, že se čím dál častěji setkáváme s tím, že jsou lidé závislí na některé z jejich činností. O těchto činnostech nemůžeme hovořit jako o látce, ale jako o návykovém chování. Jedná se například o práci, sex, hraní automatů, surfování na internetu a mnoho dalších (Nešpor, 2000).

1.1. Látkové drogy – rozdělení a účinky

Rozdělit drogy můžeme podle několika různých kritérií. Jedním z nich je míra společenské tolerance, podle které dělíme drogy na legální a nelegální. Do legálních drog řadíme drogy takové, jejichž užívání je celospolečensky tolerováno. Patří sem například káva, tabák, alkohol, různé léky a těkavé látky. Naproti tomu drogy nelegální jsou zákonem v naší společnosti zakázány a termínem „drogy“ jsou většinou chápány převážně látky spadající právě do této kategorie. Dalším kritériem pro dělení drog je míra rizika vzniku závislosti, podle kterého rozlišujeme drogy na tvrdé a měkké. Příkladem měkkých drog je například káva, tabákové výrobky či marihuana a je pro ně charakteristické, že na rozdíl od drog tvrdých je lze užívat v přijatelných intervalech a přijatelném množství, aniž by v neúnosné míře docházelo ke vzniku závislosti či jiným negativním účinkům (Nožina, 1997).

Samotné návykové látky dále můžeme rozdělit do následujících skupin:

1.1.1. Opiáty

Tato skupina získala svůj název od látky zvané *opium*. Jedná se o bílou šťávu, kterou získáváme z nařezaných makových hlavic. Do této skupiny látek patří například samotné již zmíněné opium, dále heroin, morfin, kodein, braun či metadon. Opiáty jsou oblíbené pro své charakteristické účinky, kterými jsou celkové zklidnění a uvolnění (tělesné i psychické), tělesný útlum, apatie a celková euforie. Další somatické účinky se týkají centrální nervové soustavy, krevního oběhu, dýchání, trávicího traktu, urogenitálního systému a kůže. Jejich velkým rizikem je rychle vznikající závislost (především tělesná) a nárůst tolerance (Nožina, 1997), (Minařík in Kalina, 2003).

1.1.2. Stimulancia

Do této skupiny řadíme látky, které mají nefyziologický budivý efekt na centrální nervovou soustavu. Jejich účinkem je obecně především potlačení pocitu hladu a únavy a naopak navození pocitu svěžesti, posílení a dobré nálady a zrychlení psychických procesů. Řadíme sem například kokain, crack, pervitin, extázi, ale i poměrně běžně užívaný kofein či nikotin. Jejich rizikem je rychle vznikající závislost, na rozdíl od opiátů se jedná však spíše o závislost psychickou (Nožina, 1997), (Minařík in Kalina, 2003).

1.1.3. Konopné drogy

Základní surovinou, ze které se látky kanabisového typu získávají je *konopí seté*, rostlina keřovitého typu. Do této skupiny spadají marihuana a hašiš. Jejich psychoaktivní a euforizující účinky se vyznačují pocitem dobré nálady, rozjařenosti, pohody, relaxace, živějším vnímáním smyslových vjemů a často i pocitem hladu. Občasné užívání těchto látek zpravidla pro organismus větší fyzické nebezpečí neznamená, jedná se spíše o rizika psychická, kdy může docházet k prohloubení depresí či úzkostí u predisponovaných osob. Dále se také o rizikovosti hovoří v souvislosti s tím, že bývají tyto měkké drogy označovány za krok k drogám tvrdým (Nožina, 1997).

1.1.4. Halucinogeny

Jedná se o látky se silnými psychoaktivními účinky, kdy u jedince dochází k deformaci objektivního vnímání reality a k vybuzení centrálního nervového systému, což se projevuje změnou nálady ke stavu euforickému, někdy však naopak i depresivnímu. Při intoxikaci dochází k porušení vnímání času a prostoru a k výskytu iluzí. Rizika spojená s užíváním halucinogenů spočívají především v nevyzpytatelnosti účinků těchto látek a v nebezpečném chování v důsledku zkresleného vnímání reality. Rizika spojená se zvykem závislosti či předávkování se u těchto drog zpravidla nevyskytují. Do této skupiny řadíme například syntetické LSD, látku Psilocybin získávanou z lysohlávků a další přírodní látky získané z muchomůrek či durmanu obecného. (Nožina, 1997), (Miovský in Kalina, 2003).

1.1.5. Těkavé látky

Do této skupiny spadají různé plyny, ředidla a lepidla. Účinkem těchto látek jsou euforie a útlum někdy doprovázené také se zrakovými a sluchovými halucinacemi. Rizikovost spočívá především v nebezpečí spojeném se samotnou aplikací drogy (často inhalace s igelitovým pytlíkem přetaženým přes hlavu, kdy hrozí udušení), dále také v toxickém poškození vnitřních orgánů a v neposlední řadě v silné psychické závislosti. Mezi nejčastěji užívané látky řadíme toluen, éter, benzín, rajský plyn, acetone a další (Kalina, 2003).

1.1.6. Alkohol

Alkohol je v současné době jednou z nejrozšířenějších drog označovaných za drogu měkkou, přesto je však spojen s nemalými riziky. Jeho psychoaktivní účinky jsou velmi různorodé a značně individuální. Někdy může být účinek spojen s dobrou až euforickou náladou, někdy naopak s úzkostí, depresí či paranoiou. Obvyklými účinky jsou také porucha koordinace, snížení pozornosti či porucha artikulace. Rizika při škodlivém užívání jsou spojena především s vážnými zdravotními potížemi, jako je poškození

gastrointestinálního traktu, jaterní cirhóza, karcinom jater, rakovina jícnu, žaludku, tenkého střeva a rektu (Kalina, 2003).

1.2. Návykové chování

Návyková chování nejsou závislostmi v pravém slova smyslu. Činnosti, které jsou jejich předmětem, nelze totiž považovat za látky ve smyslu, jak je chápe Mezinárodní klasifikace nemocí, proto tato chování ani nemůžeme v MKN nalézt pod diagnózou závislosti. Jedná se však o velmi reálný problém, který komplikuje život mnoha lidem. Navíc, jak se dočteme v jedné z následujících kapitol této práce (Definice a diagnostika závislosti), existuje šest znaků, na jejichž základě lze závislost diagnostikovat. Zmíněná chování tyto znaky nesou, a proto považují za správné se jim v rámci této práce také věnovat a pro potřeby této práce je závislostmi nazývat. Chováním, které se může stát návykovým, může být prakticky cokoliv, níže uvedené příklady závislostí na činnostech zpracované podle Nešpora (2000) patří však mezi ty nejobvyklejší.

1.2.1. Patologické hráčství

Gamblerství, jak bývá také patologické hráčství označováno, je závislost na herních automatech a spočívá v častých opakovaných epizodách hráčství, které pokračuje a často i vzrůstá i přes jednoznačně nepříznivé důsledky. Hráčství probíhá na úkor sociálních, materiálních, rodinných a pracovních hodnot a závazků. Gambleři často prohrávají ohromné částky peněz a v důsledku toho se mohou zadlužovat, lhát a mohou porušovat i zákon. Tímto chováním mohou riskovat ztrátu svého zaměstnání, narušují rodinné vztahy a riskují rozpad osobního života. Patologičtí hráči cítí intenzivní puzení ke hře, které je doprovázeno představami hraní a výher, přičemž toto puzení lze jen těžko ovládnout. Tito normálně vypadající jedinci se často při vstupu do místností, kde si mohou zahrát, proměňují v naprosto jiného člověka, přičemž jeho psychika je naprosto ovládnuta touhou po hře. Puzení ke hře se často zvyšuje v období, když se v životě jedince objevují různé stresory. Za rizikovou kategorii jsou považováni především mladiství, kteří jsou

v současné době v České republice největším latentním ohrožením (Nešpor, 2000), (Pruner, 2008).

1.2.2. Závislost na počítači a internetu

Tato závislost spočívá v nadměrném věnování se počítači, ať už v rámci surfování po internetu, hraní her, náplně pracovní činnosti či komunikaci přes sociální sítě a internetové diskuzní skupiny. Spektrum negativních důsledků, se kterými je toto chování spojeno, je poměrně široké – jedná se o problémy tělesné (bolesti zad a hlavy, zhoršení zraku a mnoho dalších), dále často dochází k zanedbávání studia či práce, narušování sociálních vztahů, zvýšení nervozity a podrážděnosti. Navíc se v počítačových hrách často objevují prvky násilí a nabízejí jedinci nevhodné modely zvládnutí konfliktů. Dalším negativním aspektem je to, že model světa v počítačových hrách je naprosto odlišný od reality a hry tak zkreslují jedincův pohled na svět a mohou zhoršovat jeho přizpůsobení ve společnosti (Nešpor, 2000), (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996).

1.2.3. Závislost na sexu

Lidé závislí na sexu jsou skupinou velmi nesourodou. Vyskytuje se zde jednak konstitučně daná hypersexualita, tedy nadměrná sexuální činnost způsobená subjektivně negativně pocíťovaným nadměrným sexuálním pudem označovaná jako nymfomanie (u žen) či satyriasis (i mužů). Další možností je využívání sexu jako nástroje pro řešení osobních problémů či útěku před nimi. Rizika této závislosti spočívají jak v možnosti nakažení různými pohlavně přenosnými nemocemi, tak v neblahém dopadu na finanční situaci a rodinné vztahy, což může dokonce vyvrcholit i rozpadem rodiny (Nešpor, 2000), (Zvolský, 1996).

1.2.4. Závislost na práci

Tato závislost známá také jako workoholismus se vyznačuje tím, že se pro člověka stane práce jeho nejvyšší prioritou. Věnují práci veškerý čas a energii bez ohledu na to, zda je to potřeba či ne. Tito lidé se potřebují prací obklopit, jinak jsou nervózní, podráždění, mají pocit viny a cítí se méněcenní. Důsledkem pak můžou být různé pracovní úrazy, zdravotní poruchy, stavy psychického vyčerpání, zanedbávání sociálních vztahů a paradoxně také neefektivita práce (Nešpor, 2000).

1.2.5. Patologické nakupování

Člověk závislý na nakupování trpí nutkáním a silnou touhou po nakupování. Bažení bývá završeno tím, že jedinec jde nakupovat, aniž by předem věděl, co chce vlastně koupit. Stává se tak, že často nakoupí spoustu věcí, které vlastně ani nepotřebuje. Pro průběh je typické, že uspokojení touhy nakupovat vede nejprve k uklidnění a poklesu úzkosti. Následují však pocity viny, smutku či apatie. V souvislosti s utrácením peněz často dochází k zadlužení a finančním problémům, což může mít dopad na sociální vztahy jedince. Společenským znakem tohoto návykového chování je opět především to, že se člověk stává neschopným řešit vlastní problémy společensky přijatelným způsobem a dochází k postupné devastaci mezilidských vztahů jedince i jeho vlastní osobnosti (Nešpor, 2000), (Vágnerová, 1999).

2. ZÁVISLOST

2.1. Definice a diagnostika závislosti

2.1.1. Definice závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Popisnou charakteristikou syndromu závislosti je silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák (Nešpor, 2000).

2.1.2. Diagnostika závislosti

Co se diagnostiky závislosti týče, měla by se definitivní diagnóza závislosti stanovit v případě, že se u dotyčné osoby během jednoho roku vyskytnou alespoň tři z následujících šesti znaků závislosti podle Nešpora (2000):

Znak 1: silná touha nebo pocit puzení užívat látku (bažení)

Bažení je touha pociťovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve již zkušenost. Rozlišuje se psychické a fyzické bažení. Fyzické bažení se objevuje při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm. Zatímco psychické vzniká i po delší abstinenci. Byly dokázány objektivní projevy při psychickém bažení a to například oslabení paměti, prodlužující se reaktivní čas, zvýšené tepové frekvence systolického krevního tlaku nebo vyšší salivace u závislých na alkoholu. Bažení zvyšuje riziko recidivy. Pacienti se ho tedy snaží překonávat těmito způsoby: vyhýbání se situacím, které bažení vyvolávaly, uvědomění si negativa recidivy a odvedení pozornosti.

Znak 2: potíže v sebeovládání (ztráta kontroly)

Jedná se o potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky. Je očividné, že tento znak s předchozím velmi úzce souvisí, ale že se nejedná o to samé. Bažení zjevně schopnost sebeovládání značně zhoršuje, může se však stát, že lidé se silným bažením nebudou mít se sebeovládáním problémy. Může se však i naopak stát, že lidé, kteří bažení nepociťují, se ovládat nezvládají.

Znak 3: somatický odvykací stav (přítomnost abstinčních příznaků)

Pro diagnózu somatického odvykacího stavu musí být splněna následující kritéria:

- a) nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání
- b) příznaky odpovídají známým známkám odvykacího syndromu (viz níže)
- c) příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky, ani jinou psychickou či behaviorální poruchou

Nyní si uvedeme diagnostická kritéria pro některé odvykací syndromy:

Alkohol - bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, grand mall epileptické záchvaty, nevolnost či zvracení, halucinace, psychomotorický neklid, pocit choroby, nespavost, třes.

Opiáty - slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů, křeče, husí kůže nebo opakované pocení, zrychlený tep, nevolnost, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu.

Stimulancia - letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či neklid, silná touha po droze, nespavost nebo nadměrná spavost.

Znak 4: růst tolerance

Při vzniku tolerance se mohou také uplatňovat i psychologické vlivy. Například tolerance vůči heroinu může u závislého nečekaně poklesnout v cizím a neznámém prostředí. V důsledku toho může nastat i otrava po dávce, kterou by závislý za normálních podmínek bez problému toleroval. Tolerance klesá i v důsledku předchozí abstinence. U závislých na alkoholu tolerance také klesá v pokročilých stádiích problému a ve vyšším věku. Snížená tolerance je také v souvislosti s některými onemocněními nebo při léčbě řadou léků.

Znak 5: zanedbávání jiných potěšení a zájmů (narušené sociální fungování)

Závislé osoby obvykle ztrácejí veškeré zájmy a jejich pozornost se ubírá k získání, užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku. I zde je zřetelná souvislost s bažením, zhoršeným sebeovládáním a často existuje i souvislost s odvykacími obtížemi. Je paradoxní, že mnozí mladí dychtí po nových podnětech, milují vzrušení a chtějí vyzkoušet tu či onou drogu, ale vytvoří-li se u nich závislost, jejich život se stává velmi monotónním a jednotvárným.

Znak 6: pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků

Aby byl tento příznak diagnosticky validní, musí být pacient o škodlivých následcích informován. Zároveň však mapování problémů působených návykovou látkou může posilovat pacientovu motivaci ke změně (Nešpor, 2000).

2.2. Příčiny vzniku závislosti podle bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu

U závislostí nelze hledat vždy jen jednu příčinu, většinou se jedná o celý komplex příčin, z nichž některé mají význam větší, jiné menší. Na základě tohoto tvrzení můžeme hovořit o bio-psycho-sociálně-spirituálním modelu závislosti, který podle Kaliny (2003) vychází z předpokladu, že dochází ke kombinaci faktorů na úrovni fyziologické, psychologické, sociální a spirituální.

2.2.1. Biologická úroveň

Do biologické úrovně příčin vzniku závislosti řadíme genetické dispozice. Není však jasné, zda se jedná o určitý soubor specifických genetických informací, které podmiňují například vznik poruchy osobnosti (která by měla například vliv na potřebu nadměrného vzrušení), nebo o geneticky danou produkci určitého mediátoru, změnu jeho receptorů nebo enzymu, který se na zpracování dané psychoaktivní látky podílí. Dále mezi

biologické faktory počítáme například některé problematické okolnosti, které nastaly během těhotenství matky dítěte (například pokud byla matka alkoholička či toxikomanka a plod se tak ještě před narozením setkával s účinky návykových látek). Dále jsou to také okolnosti porodu (například užívání psychotropních, tlumivých látek v době porodního stresu) a okolnosti v poporodním období (přítomnost traumat a nemocí). Dalším biologickým faktorem je také funkce mezolimbo-kortikálního systému a neurotransmitterových systémů, které mají vliv na zpracování užívané látky v organismu a na její efekt na organismus (Kudrle in Kalina, 2003), (Vágnerová, 2004).

2.2.2. Psychologická úroveň

Některé psychologické faktory vznikají už v době těhotenství, například pokud matka prožívá období těhotenství jako stresové, přenáší se informace o stresu i na plod (navíc užívá-li matka tlumivé látky na tlumení stresu, dochází pak v životě dítěte k tomu, že pokud někdy sám užije stejně působící látku, stává se pak pro něj snadněji návyková). Mezi další psychologické faktory patří také úroveň péče o dítě v raném věku (vývoj, diferenciací a přiměřené uspokojování potřeb, péče o harmonický celkový vývoj), jeho podpora v dospívání (krize hledané identity) a také dále v průběhu života při vyskytující se patologii různých duševních poruch a chorob. Psychologickými faktory jsou také určité vlastnosti jedince, které mohou být spouštěčem experimentování s psychoaktivní látkou. Patří sem například emoční prožívání jedince, které se vyznačuje nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí a labilitou a častým prožíváním napětí, úzkostí a deprese. Dále je to způsob uvažování jedince a jeho hodnocení situace, obzvláště v případech, kdy se jedinec obtížně orientuje v situaci a není schopný adekvátně posuzovat okolnosti a sám sebe. Dalším takovým faktorem je učení, jelikož užívání psychoaktivních látek se snadněji zafixuje, pokud je pozitivně posilováno tím, že přináší uspokojení. Patří sem také tendence k určitému způsobu chování, jako například impulzivní a nezdrženlivé reagování, které je typické obzvláště pro období dospívání a činí tak právě adolescenty skupinou nejvíce ohroženou. Dalším důležitým faktorem je také přítomnost jiné psychické poruchy či choroby, která výrazně zvyšuje generalizované pocity nepohody a eliminují mechanismy autoregulace (Kudrle in Kalina, 2003), (Vágnerová, 2004).

2.2.3. Sociální úroveň

Sociální úrovní závislostí je myšleno prostředí, které má vliv na jedince a na to, zda má předpoklady k tomu stát se závislý na návykových látkách. Jsou to především vztahy s lidmi v jeho okolí, zejména s těmi nejbližšími, jako je rodina. Neplní-li rodina základní funkce, které plnit má, nebo pokud nefunguje vůbec, či žádná není, pravděpodobnost že se zde sklony k závislostem objeví je značně zvýšena. Rizikovými faktory, které patologická rodina přináší, jsou nedostatek pocitu sounáležitosti a přijetí, absence přirozených rituálů (dochází pak k nahrazování snadno dostupnými cestami, například začleněním do drogové subkultury), život se závislou osobou (zejména pokud jde o rodiče) a v neposlední řadě také zneužívání drog či alkoholu ve vrstevnické skupině, která hraje v životě dítěte či dospívajícího velmi důležitou roli (Kudrle in Kalina, 2003).

2.2.4. Spirituální úroveň

V této úrovni hraje hlavní roli vztah k vyšší moci, k něčemu, co člověka přesahuje a co vnímá jako nejvyšší autoritu, řád, ideu. Není to pouhé náboženství ve smyslu účasti v církvi a sdílení její věrouky, ale jedná se o intimní oblast přímého prožitku Božství, které dává smysl našemu každodennímu úsilí a tak i smysl životu vůbec. A právě proto člověk, kterému toto poznání chybí, může prožívat pocity prázdna, deprese, beznadějí a tak může hledat v drogách útěchu, nový smysl života, něco, co ho naplní a umožní mu prožitek na úrovni transcendentní. Objevuje se mnoho tvrzení, která říkají, že závislost vychází z duchovní krize. Proto jsou například tolik populární drogy stimulační a taneční, které umožňují člověku prožitek skupinové transcendence v novodobých chrámech diskoték, nebo naopak drogy opiátové, které člověk bere v izolaci a ústraní v očekávání prolomení vlastní osamělosti v mimořádných prožitcích. Paradoxem je, že namísto získání vnitřní svobody, což je v tomto případě primární cíl při experimentování s drogami, uživatel svoji svobodu ztrácí tím, že se stává na droze závislý (Kudrle in Kalina, 2003).

2.3. Průběh závislosti

Proces vzniku závislosti je komplexním procesem proměn v oblasti psychické, somatické a sociální. Závislost vzniká postupně a tento proces můžeme rozdělit do čtyř fází.

2.3.1. Stadium experimentování

Primární impulsy k experimentování s drogou jsou různé. Může jít o touhu po něčem novém, neobyčejném, tabuizovaném a vzrušujícím. Značnou roli zde hraje také sociální model, kdy jsou pro adolescent atraktivní určití lidé užívající drogu. Dalším impulsem může být i osobní nouze, se kterou se dotyčný potřebuje vyrovnat, nebo potřeba uniknout od problému, které dotyčný neumí či nechce řešit.

2.3.2. Fáze příležitostného užívání

Člověk se naučil, že mu droga může pomoci v situaci nouze nebo nudy, a proto ji za těchto okolností používá. Návyk zatím nemá, a tak ji neužívá pravidelně. V této fázi konzument většinou tají, že drogu aplikuje. Uvědomuje si, že droga není dobrým řešením, a proto ji zapírá. Ještě mu záleží na vztazích k blízkým lidem a na jeho profesní roli (pokud ovšem nějakou má).

2.3.3. Fáze pravidelného užívání

Člověk užívá drogu čím dál častěji a vytváří si tak určitý stereotyp chování. V této fázi už nepopírá, že něco takového dělá, popírá však to, že by jeho chování mohlo být nějakým způsobem rizikové. Nechce si připustit závažnost onoho rizika, snaží se okolí přesvědčit, že nedělá nic špatného a především, že má celou situaci pod kontrolou. Tato iluze kontroly je velmi typická právě pro počínající závislost. Pro tuto fázi jsou velmi

typické změny chování a hodnotového systému jedince, dochází k úbytku zájmů a ke zvyšující se lhostejnosti k čemukoli, co se drog netýká.

2.3.4. Fáze návykového užívání

S postupující závislostí se zvyšuje výše zmíněná lhostejnost. Závislý člověk ztrácí motivaci a nesnaží se svůj návyk skrývat. Nemá na to čas a ani energii, a navíc mu přestává záležet na mínění druhých. Ztrácí svou profesní roli. Rozbívá vztahy s přáteli, s rodinnými příslušníky, a nevdává mu to. Stává se nespolehlivým a bezohledným. Udržuje kontakt jen s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy.

Ze subjektivního pohledu a zkušenosti samotných narkomanů se jeví proces rozvoje této závislosti typický. Nyní má droga jiný význam, už nepovznáší, ale je o to víc potřebná. Člověk je na ní závislý, už se bez ní neobejde. Buď ji akceptuje jako trvalou součást svého života, anebo naopak se jí chce zbavit, protože se děsí dalšího propadu své osobnosti (Vágnerová, 2000).

3. TERAPIE ZÁVISLOSTÍ

Terapie závislostí je odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem vedená za cílem dosáhnout abstinence či redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienta do produktivního života a zvýšit kvalitu jeho života (Kalina, 2001).

3.1. Složky systému péče v ČR

V České republice existuje síť léčebné péče, která je tvořena širokým spektrem služeb, které se problematice závislostí věnují. Jednotlivé služby mají svá specifika a jsou určeny různým uživatelům s různými potřebami, v různých stádiích závislosti a v různých životních situacích. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ve Standardech odborné způsobilosti rozlišuje následujících devět typů služeb:

3.1.1. Detoxifikace

Tato služba je určena osobám pod vlivem návykových látek a jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat odvykací příznaky. Cílem této služby je připravit pacienta na další léčbu, nebo, jedná-li se o pacienta s toxickou či alkoholickou psychózou, zmírnit jeho nebezpečnost pro sebe i okolí. Dalším důvodem k umístění jedince právě do tohoto zařízení, může být potřeba diagnózy, pokud je například nejasné, zda se u jedince jedná o intoxikaci, toxickou psychózu či jinou duševní poruchu. Služba může být poskytována v domácím prostředí, což však v České republice není moc časté. Převládající formou u nás je několikadenní pobyt na detoxifikační jednotce, která může buďto fungovat jakožto samostatná jednotka v nemocničním komplexu, nebo může být součástí zařízení ke střednědobé či dlouhodobé léčbě závislostí. Jedná se o pobyt dlouhý zhruba pět až deset dní (RVKPP, 2003), (Nešpor in Kalina, 2003).

3.1.2. Terénní programy

Terénní práce, jinak zvaná také streetwork, získala svůj název od formy, kterou je poskytována – tedy na ulici. Nejedná se však pouze o ulici, pracovníci terénního programu navštěvují také kluby, byty, uzavřené akce či věznice, azylové domy a další místa, kde mohou potkat a oslovit cílovou skupinu. Touto cílovou skupinou jsou myšleni lidé v počátečních stádiích drogových experimentů či pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni ke spolupráci s pomáhající institucí. Dále jsou to problémoví uživatelé drog v pokročilém stádiu závislosti, kteří mohou mít o pomoc zájem, ale nejsou schopni služby vyhledat a využít. Terénní práce je zaměřena především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu. Mnohdy bývá streetwork vůbec první formou pomoci, se kterou se uživatel setkává. Hlavním cílem je navázat kontakt s těmito klienty a na základě vzájemné důvěry s nimi vytvořit vztah, jehož formou je pak možné klienty motivovat ke změně a využívání služeb. Terénní programy většinou poskytují aktuální informace o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech, o výměnných programech sterilního injekčního náčiní, programech HIV testování, očkování proti hepatitidě, a o programech právní a sociální asistence. Dále také odkazují na příslušná zdravotnická a sociální zařízení, nízkoprahová kontaktní centra nebo jiné poskytovatele služeb. Poskytují také informace o rizicích spojených s užíváním drog například za pomoci informačních letáčků a dalších materiálů. Nabízejí také výměnu sterilního náčiní, desinfekční a další pomocné prostředky, zdravotnický materiál, kondomy a podobně a v neposlední řadě poskytují také krizovou a situační intervenci (RVKPP, 2003), (Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2003).

3.1.3. Kontaktní a poradenské služby

Tyto služby jsou poskytovány v nízkoprahových kontaktních centrech a jsou zaměřeny na širokou škálu osob. Patří sem osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé, uživatelé motivovaní ke změně využívající služby jako prvního kontaktu s odbornou pomáhající institucí, dále také rodinní příslušníci těchto osob, jejich partneři a jiné důležité osoby. Kontakty jsou možné provést anonymně i neanonymně.

Služby zahrnují kontaktní práci, základní poradenství, výměnu injekčního náčiní, základní zdravotní péči, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby. Kontaktní práce znamená služby prvního kontaktu pro uživatele drog, jejich rodiče, partnery a jiné iniciátory kontaktu s cílem vytvoření důvěry mezi klientem a odbornou institucí, motivace ke změně rizikového chování a přijetí plánu odborné péče, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek. Základní poradenství se týká zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a minimalizace těchto rizik, možností léčby, rehabilitace a sociální reintegrace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, získávání motivace a doporučování do příslušných zařízení. Neodkladnou péčí je myšlena pomoc v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění příslušné zdravotní péče a doplňkovými službami je potravinový, hygienický a vitaminový servis (RVKPP, 2003).

3.1.4. Ambulantní léčba

Jedná se o ambulantní léčebnou a preventivní péči poskytovanou v AT ordinacích a jiných zdravotnických zařízeních. Ambulantní léčba je určena všem potřebným osobám bez omezení, ať už se jedná o osoby experimentující, o konzumenty, víkendové uživatele bez závislosti či problémové uživatele. Klienti se pro léčbu mohou rozhodnout sami, případně pod tlakem blízké osoby, nebo jim může být nařízena soudně. Klienti sami dochází do zařízení, ve kterém se tato služba poskytuje, přičemž podmínky docházení jsou značně individuální a přizpůsobené potřebám klienta. Tato zařízení poskytují mimo léčby také kontaktní práci, základní poradenství a základní zdravotní péči. Co se samotné léčby týče, je každému klientovi individuálně stanoven léčebný plán. Jeho součástí pak může být skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, sociální práce, sociální rehabilitace, rodinná terapie, farmakoterapie a v neposlední řadě také prevence relapsu (RVKPP, 2003), (Hampl in Kalina, 2003).

3.1.5. Stacionární programy

Stacionární programy zajišťují intenzivní ambulantní péči v denních, popřípadě nočních či odpoledních centrech. Jedná se o formu léčby, která stojí mezi léčbou ambulantní a léčbou ústavní. Tato forma má význam v případě, kdy by pro klienta nebyla dostačující běžná ambulance, na druhou stranu však, ale není nutný pobyt v nemocnici či jiném lůžkovém zařízení. Obsah samotné léčby je prakticky stejný jako u ambulantní léčby a každý klient má povinnost zúčastnit se programu v minimálním rozsahu patnácti hodin (rozdělených alespoň do pěti dnů v týdnu) strukturovaných aktivit týdně (RVKPP, 2003), (Kalina, 2003).

3.1.6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba se provádí na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, případně v samostatných zdravotnických zařízeních. Rozsah léčby je obvykle pět až čtrnáct týdnů. Tento typ léčby je určen pro osoby závislé na návykových látkách v pokročilém, středním, ve výjimečných a odůvodněných případech až těžkém stupni závislosti, často s přítomností komplikujících faktorů jako je psychiatrická či somatická komorbidita. Obsah léčby je opět podobný jako u předchozích dvou typů léčby, objevuje se tedy například skupinová psychoterapie, individuální psychoterapie, sociální práce, rodinná terapie, farmakoterapie, program prevence relapsu, rehabilitace (v oblasti psychické, somatické i sociální) a další. Cílem léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek se snahou nalézt rovnováhu mezi tímto doporučením a takovým vztahem k relapsu, který by pacienta zbytečně nezastrašoval dojmem nezvládnutelného úkolu, nezatěžoval ho pocity viny a situaci mu tak ještě nezhoršoval. Mimo tohoto hlavního cíle jsou pak různé individuální cíle – například vybudování postoje k závislosti jako k problému včetně uznání potřeby se léčit a dodržovat pravidla, zvnitřnění abstinčních norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, některé změny v původním prostředí a mnoho dalších (RVKPP, 2003), (Dvořáček in Kalina, 2003).

3.1.7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Jedná se o střednědobou a dlouhodobou lůžkovou odbornou péči v zařízeních typu terapeutických komunit, které nemají statut zdravotnického zařízení, obvykle v délce šesti až osmnácti měsíců. Je určena pro osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Abstinence není vnímána jako cíl léčby v terapeutické komunitě – je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a nezbytným prostředkem k tomu, aby se v budoucnosti jedinec mohl zapojit do normálního života. Úkolem tedy je, aby jedinec abstinenci přijal jako opravdu nezbytnou pro svůj budoucí život. Cílem léčby je změna životního stylu, které lze dosáhnout prostřednictvím osobního růstu. Tento osobní růst může klient v terapeutické komunitě zakusit v oblastech sebepojetí, prožívání, chování a ve vztazích. Dalšími dílčími cíli jsou dodání klientům síly, zvýšení jejich odolnosti vůči dalším selháním, připravenost na každodenní pokušení, změna vzorců sebedestruktivního chování a myšlení, naučení se zodpovědnosti za svá rozhodnutí, zlepšení sociálních dovedností a komunikace, osvojení si pracovních a hygienických návyků, změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, uvědomění si důležitosti svého zdraví a další. Všechny tyto cíle jsou uskutečňovány v prostředí terapeutické komunity, které se snaží poskytnout atmosféru reálného života, ve kterém existují každodenní řád, každodenní povinnosti a opravdové mezilidské vztahy. Základními prvky strukturovaného programu v terapeutické komunitě jsou prvky zaměřené na vývoj osobnosti a na emoce, prvky zaměřené na chování, dále prvky zaměřené na duchovní rozměr osobnosti a etiku a prvky zaměřené na dovednost přežít a být profesně zajištěn. Mezi aktivity programu terapeutické komunity patří pravidelná setkávání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, program prevence relapsu, vzdělávání a různé volnočasové aktivity (RVKPP, 2003), (Adámeczek, Richterová-Těmínová, Kalina in Kalina, 2003).

3.1.8. Ambulantní doléčovací programy

Doléčování může být prováděno více formami – jednak intenzivním ambulantním doléčováním částečně na principu denních stacionářů po dobu alespoň šesti měsíců,

nebo formou chráněného bydlení, které umožňuje doléčování v klientovi přechodně poskytnutém ubytování. Součástí doléčovacího programu mohou být také chráněné pracovní programy. Chráněné pracovní programy slouží k zvýšení pracovních dovedností, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. Tyto služby jsou určeny abstinujícím osobám s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Navíc jsou preferovány osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu, s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením. Obsahem doléčovacích programů je skupinová terapie, otevřené skupiny, samořídící skupiny nebo skupiny vedené ex-usery, rodinná či partnerská terapie, sociální práce, toxikologická vyšetření, farmakoterapie, program prevence relapsu, rehabilitace psychická, somatická a sociální, krizová intervence a různé doplňkové programy, jako jsou programy pro různé specifické skupiny klientů (RVKPP, 2003).

3.1.9. Substituční léčba

Tento typ léčby je určený osobám závislým na opiátech, obvykle s dlouhodobou těžkou závislostí, kteří jsou nemotivovaní a neindikovaní pro léčbu orientovanou k abstinenci. Zejména se jedná o rizikové intravenózní uživatele a o ty, u nichž léčba orientovaná k abstinenci opakovaně selhala. Navíc se často jedná o osoby s přítomností různých komplikujících faktorů jako je psychiatrická a somatická komorbidita, kriminální anamnéza a další. Substituční léčba je založena na nahrazování původně užívané ilegální návykové látky lékem, tedy jinou látkou s výhodnějším bezpečnostním profilem. Tato látka efektivně potlačuje klientovi abstinenci příznaky a umožňuje mu vést po všech stránkách co nejplnohodnotnější stabilní život. Nejčastěji je touto látkou metadon nebo subutex. Jedná se vlastně o jakousi formu udržovací terapie, která odkládá plnění konečného cíle, jímž je trvalá abstinence, na dobu, kdy bude klient lépe schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby má tato léčba snahu zlepšovat klientův somatický i psychický stav. Kromě toho je součástí léčby i složka nefarmakologická, která zahrnuje skupinovou a individuální terapii, strukturované poradenství, rodinnou či partnerskou terapii, sociální práci, program prevence relapsu, poskytování chráněných bytů a chráněných pracovních míst, a další doplňkové programy (RVKPP, 2003), (Popov in Kalina, 2003).

4. KŘESŤANSKÁ SPIRITUALITA A JEJÍ VLIV NA ČLOVĚKA

4.1. Pojem spirituality

Pojem „spiritualita” má původ v teologii a je odvozen od latinského slova „spiritus” (duch, dech) resp. „spiritualis” (duchovní, duševní, vzduchový). Tato slova jsou ještě odvozena od slovesa „spirare”, jehož význam je „dýchat” (Fiores, 1999).

Chápání tohoto pojmu je do velké míry nejednoznačné a pojem je často vnímán jako ruku v ruce jdoucí s náboženstvím. Chceme-li podstatu spirituality více objasnit, podle Říčana (2007) si zdaleka nevystačíme s jedním pojetím, proto ve své publikaci uvádí hned několik pojetí různých autorů. Pargament chápe spiritualitu jako hledání posvátna a jako klíčovou součást, ba dokonce jádro náboženství. Podle Emmonse se spiritualita vyznačuje hledáním propojenosti, osobního vyjádření nejvyššího lidského potenciálu. Stifoss-Hanssen vyzdvihuje prožitek nejvyššího významu, který se rázem stává absolutně nejdůležitějším. Pro Reicha nese spiritualita znak transcendentnosti a velké hodnoty, ať již ve světském či náboženském smyslu. Corveleyn a Luyten považují spiritualitu za přesvědčení o vyšší, člověka přesahující síle.

Mě osobně zaujalo a pro účely této práce považuji za důležité pojetí Victora L. Schermera. Ten hovoří o spiritualitě jako o stránce našeho vědomí self, která není systémem přesvědčení, ale schopností a odhodláním žít plně v kontextu bytí a víry, která si je vědoma existence nekonečna, nevyslovitelného, nepopsatelného, něčeho za hranicemi každodenního smyslového vnímání sebe sama a světa a vybízí nás ke kontaktu s tímto. Ve svém díle *Duch a duše* Schermer uvádí, že spiritualita není pouze doplňkem naší osobnosti, dodatkem k našim základním potřebám, nějakou vnější či okrajovou záležitostí, ale že naopak je naší neoddělitelnou součástí přebývajících v samotném jádru našeho bytí, definuje naši podstatu, a utváří a strukturuje naše základní pudy a energie (Schermer, 2007). Toto pojetí shledávám důležitým, protože svým pohledem na spiritualitu, jakožto nedílnou součást naší existence, podpírá bio-psycho-sociálně-spirituální model předpokladů vzniku závislosti, o němž jsme již v jedné z předchozích kapitol hovořili.

4.2. Význam spirituality v léčbě

Nešpor a Csémy uvádějí ve svém článku *Spiritualita v medicíně a u návykových nemocí* několik příkladů oblastí medicíny, ve kterých je efektu spirituality využíváno. Hovoří o pozitivním efektu v paliativní medicíně a péči o umírající, v prevenci sebevražd a snižování četosti výskytu sebevražedných představ, v psychologii žen s rakovinou prsu a žen vystavených domácímu násilí, ve vztahu k depresivním příznakům u lékařů v postgraduálním výcviku a v neposlední řadě u pracovníků s umírajícími (Nešpor, Csémy, 2006). Podle Pulchaskiové je účinek spirituality na lidské zdraví v současné době předmětem mnoha výzkumů, kterými se zabývají lékaři, psychologové a další profesionálové. Studie by se podle ní daly rozdělit do tří hlavních oblastí, přičemž ve všech oblastech se podle uvedených studií setkáme s jednoznačně lepšími výsledky u spirituálně založených jedinců. První oblastí je úmrtnost, druhou zvládání situací, kterými má autorka na mysli nemoci, bolesti a stres, třetí oblastí je zotavování – tedy léčba a její průběh (Pulchaski, 2001).

Věřím, že je dobré přistupovat k člověku v jeho komplexnosti a to i co se léčby návykových nemocí týče. Vzhledem k již několikrát zmiňovanému bio-psycho-sociálně-spirituálnímu modelu tedy nemůžeme spirituální stránku osobnosti člověka v léčbě opomíjet. V článku *Addiction: A Misplaced Search for God* se jeho autorka P. A. Burke odvolává na slova C. G. Junga a pojímá závislost za zaměněné hledání Boha. Vychází z toho, že sám Jung označil bažení po alkoholu za žízeň duchovního rázu, za touhu po společenství s Bohem, po přebývání v plnosti (Burke, 2006).

Schermer také hovoří o významu spirituality v léčbě závislostí a své názory opírá o vlastní zkušenosti. Měl možnost působit ve více střediskách léčby návykových onemocnění a setkat se tak s aktivním a vědomým využitím duchovních principů. Podle jeho slov byly rozdíly mezi výsledky přístupu s využitím spirituality a přístupu vycházejícího z tradičních technik ohromující. V tradičních léčebných programech se setkal s tím, že mnoho pacientů sice užívání návykových látek omezilo, jejich životní styl se však příliš nezměnil. Schermer to přisuzuje tomu, že u nich nedošlo k dostatečnému proměnění identity a vědomí self, a tak tito lidé dále setrvali v sociální izolaci, depresích, nepřiměřených reakcích na mírnou frustraci a nesli další nežádoucí znaky.

Naproti tomu spirituálně orientovaný program, jehož byl součástí, vedl ke skutečným změnám v postojích a v osobnosti skrz přijetí nového, duchovně zaměřeného způsobu smýšlení, prožívání a jednání. Konkrétně Schermer hovoří o obnovení rodinného života, získání pocitu naděje a víry, zvýšení sebeúcty, získání pracovní kariéry, schopnosti prožívat širší škálu pocitů a větší schopnosti intimního vztahu s druhými lidmi. Tyto jevy prý u většiny pacientů přetrvávaly i po několikaletém opětovném setkání. Za důležité prvky spirituality, které se na léčebném procesu podílejí, Schermer považuje tyto:

- a) překonání sebestředného, narcistického přístupu k životu, který vychází ze strachu o vlastní self
- b) přijetí existence něčeho vyššího a nás přesahujícího, opuštění od zakládání se na naši všemohoucnosti a soběstačnosti, odevzdání se do rukou tomu, co je dobré, vyživující a transcendentní
- c) obnovení sociálních vztahů
- d) přemýšlení nad svými nedostatky, usilování o jejich vylepšení a snaha napravovat své chyby
- e) pomáhat ostatním a vnímat to jako součást procesu vlastního uzdravení (Schermer, 2007).

4.3. Křesťanský přístup a pastorální péče

4.3.1. Křesťanství, křesťanské hodnoty a křesťanský přístup

Křesťanství je nejrozšířenějším světovým náboženstvím. Za samotné jádro křesťanství je považováno evangelium. Jeho podstata spočívá v tom, že Ježíš Kristus přišel na svět, aby na sebe vzal hříchy každého jednotlivého člověka, byl za tyto hříchy obětován na kříži a tím každého hříšníka, který tuto zvěst přijme, smířil se svatým Bohem a umožnil mu s ním mít vztah. Hovoří o tom biblický verš: „Neboť tak Bůh miloval svět, že dal svého jednorozeného Syna, aby žádný, kdo v něho věří, nezahynul, ale měl život věčný“ (Bible, J 3,16).

Podle Matouška (2001) je křesťanství sociálním náboženstvím a jádrem jeho morální teologie je láska. Ježíš hovoří o dvojím přikázání lásky: milovat Boha a milovat

svého bližního jako sám sebe. Křesťanství tedy není orientováno jen na vztah jednotlivého člověka k vyšší moci a nevede jedince jen ke zdokonalování sebe. Kromě toho se totiž také snaží o vylepšení mezilidských vztahů a podmínek života společenství, princip solidarity je zde tudíž velmi výrazně zastoupen. Aby ale člověk mohl lásku svým bližním dávat, potřebuje ji také někde čerpat a primárním zdrojem lásky je samotný Hospodin.

Podle Anzenbachera (2004) lze povahu křesťanské sociální etiky definovat pouze s odvoláním na Bibli, ze které křesťanská víra čerpá veškeré své směřodonné jistoty.

V 1. Korintským čteme o třech elementech, kterými jsou víra, naděje a láska. O významu lásky v přístupu nejen pracovníků v protidrogových službách, ale v pomáhajících profesích obecně, není myslím nutno dlouze diskutovat. Jak jsme již zmínili, láska nás vede k solidaritě s bližními a ta je v této oblasti klíčová. Co se naděje týče, její význam v křesťanském přístupu spočívá v tom, že pracovník i přes zjevné neúspěchy, kterých je obzvláště v protidrogových službách opravdu mnoho, dále doufá v klientovu nápravu a nepochybuje o smysluplnosti své práce. Navíc naděje je zde pro každého, ať už je jeho situace více či méně krizová. Role víry je zde důležitá nejen v souvislosti s nadějí a vírou v klientovu nápravu, ale jedná se zde také o víru v Boží moc uzdravovat a proměňovat lidské životy. Důležitým prvkem je dále jistě Desatero, které se vyjadřuje nejen k tomu, jak má vypadat náš vztah k Bohu, ale také jak má vypadat náš vztah k druhým lidem. Varuje nás před cizoložstvím, lhaním, krádeží, vraždou, závistí a chamtivostí a připomíná nám, že máme mít své rodiče v úctě. Obecně by se tyto principy daly shrnout ve ctnosti jako je poctivost a úcta. Kromě toho ve třetím přikázání o zachovávaní dne odpočinku poukazuje Bůh na to, že je důležité pečovat také o sebe a své tělo. Toto přikázání by se v přístupu pracovníků v protidrogových službách rozhodně mělo odrazit, protože syndrom vyhoření je jevem, který se u pomáhajících profesí vyskytuje velice často. V Novém Zákoně se objevují další hodnoty: „Ovoce Božího Ducha však je láska, radost, pokoj, trpělivost, laskavost, dobrota, věrnost, tichost a sebeovládání“ (Bible, Ga 5, 22-23). Podle Kašparů je důležité pohlížet na závislost jedince jako na nemoc a ne jako na zlovyk a při recidivě nezavalovat jedince příliš těžkou vinou. Také uvádí, že je důležité věnovat pozornost rodině závislého (Kašparů, 2002), (Boice, 1986).

4.3.2. Pastorální péče

Podle Smolíka je pastorální péče „službou k víře a k životu víry“ (Smolík, 1991, s. 12). Opatrný (2001) hovoří o snaze pomoci člověku k co nejlepšímu a nejdůstojnějšímu zvládnutí jeho životní situace. Tato pomoc podle něj probíhá formou doprovázení, která vylučuje jak manipulaci, tak lhostejnost, protože je důležité respektovat člověka v jeho jedinečnosti, respektovat jeho cestu víry a doprovázet ho na ní. Křivohlavý ve své knize Pastorační péče uvádí definice několika autorů, které v závěru shrnuje a říká, že obecně je v pastorální péči kladen důraz na posílení víry a zvládnání různých obtíží, kterými může být bolest, osamění, úzkost, strach, stáří, blížící se smrt, sociální a jiný tlak a další. Od pastorální péče se pak očekává potěšení, povzbuzení, nalezení správného postoje, bezpečí a skrytosti v Bohu, pomoc při rozhodování v různých životních situacích a pomoc v orientaci víry v nejasné situaci (Křivohlavý, 2000).

5. KŘEŠŤANSKY ORIENTOVANÉ ORGANIZACE PŮSOBÍCÍ V OBLASTI LÉČBY DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

5.1. Teen Challenge

Teen Challenge je mezinárodní křesťanská organizace, která nabízí pomocnou ruku lidem v boji s jejich závislostí. Organizaci založil v roce 1958 David Wilkerson ve Spojených státech amerických, do České republiky Teen Challenge přichází v roce 1994, kdy bylo Apoštolskou církví otevřeno první centrum v Beskydech. Pro práci Teen Challenge v České republice jsou závazné veškeré dokumenty jako pro práci ve světě a je budována na stejných hodnotách a principech práce. Garantem této práce v České republice je Národní rada Teen Challenge a národní ředitel.

Cílem Teen Challenge je pomoci mladým lidem nalézt lepší a kvalitnější způsob života bez destrukce, násilí, nenávisti, drog a alkoholu a přispět tak k tomu, aby se lidé mohli stát duševně zdravými, citově vyváženými, sociálně zaopatřenými, fyzicky funkčními a duchovně živými. Cílem je také informovat širokou veřejnost o problémech spojených se zneužíváním návykových látek a také předcházet problémům spojeným s jejich užíváním. K těmto cílům organizaci slouží jednotlivé programy orientované na tyto konkrétní cíle. Teen Challenge tedy provozuje programy primární prevence pro školy formou přednášek a zakládá dětská centra, kde pracuje s hůře přizpůsobitelnými dětmi a mládeží, které jsou ohroženy sociopatogenními jevy, jako jsou například drogy, záškoláctví, kriminalita, šikana a domácí násilí. Dále provozuje kontaktní centra a kavárny, které se zaměřují na lidi s problémem závislosti a nabízejí jim poradenství a další možnosti kontaktního centra s cílem přinášet křesťanské principy do jejich životů. Dalšími programy jsou střediska pro muže a středisko pro ženy, které fungují na bázi terapeutických komunit s cílem přinášet klientům evangelium a pomoci jim naučit se řešit jejich problémy a žít plnohodnotný a zodpovědný život – to vše na základě biblických principů.

Teen Challenge věří v Boží schopnost proměny lidského života a v možnost nového začátku vycházející z biblického verše „Kdo je v Kristu, je nové stvoření. Co je staré, pominulo, hle, je tu nové“ (Bible, 2 K, 5:17). Podle slov Teen Challenge proběhlo ve Spojených státech amerických několik nezávislých studií, které ukazují na více než 80% úspěšnost u těch, kteří programy Teen Challenge dokončili (Teen Challenge, 2011).

5.2. Point 14 a Středisko křesťanské pomoci Plzeň

Point 14 je nestátní neziskovou organizací, která vychází z filozofie a principů práce Teen Challenge. Organizace sídlí v Plzni a počátky její existence sahají až do roku 1994, kdy vznikla původní organizace Teen Challenge Plzeň. V březnu 2010 došlo ke změně názvu organizace na současný název Point 14. Cílem organizace je pomoci lidem s primárním i sekundárním poškozením a negativními jevy, které jsou spojené s užíváním legálních i nelegálních drog. Bývá charakterizována jako program, který usiluje o vytvoření co nejpříznivějších podmínek pro to, aby klienti, jejichž život je v souvislosti se závislostmi plný problémů, mohli být uzdraveni. Nesoustředí se pouze na to, jak dosáhnout abstinence a skoncovat se závislostí jako takovou, ale především na proměnu celého životního stylu klienta ve snaze pomoci mu stát se člověkem svobodným od destruktivního postoje k sobě samému, od rebelie, od hněvu, od depresí a od dalších prvků které negativně ovládají jejich život. Její činnost je podpírána křesťanskými principy, věří v druhou šanci a v Boží schopnost proměny lidských životů. Někteří z pracovníků v této organizaci mají s drogami osobní zkušenost a na základě získání smyslu života ve formě přijetí víry v Boha se jim podařilo se svojí závislostí postavit a začít nový život.

Organizace své cíle uskutečňuje pomocí programů, jako je specifická primární prevence pro školy, dále nízkoprahový klub pro mládež, kontaktní centrum a chráněné bydlení v rámci programu následné péče.

Point 14 úzce spolupracuje se Střediskem křesťanské pomoci Plzeň, které provozuje terapeutickou komunitu Vršíček, do níž Point 14 zájemce o léčbu deleguje přednostně. Středisko křesťanské pomoci Plzeň bylo založeno v roce 1994 Diakonií Evangelické církve metodistické. Toto středisko kromě terapeutické komunity poskytuje také dům na půl cesty, sociální rehabilitaci a pracovní agenturu (Point 14, 2010).

5.3. Betel

Betel Česká republika o.s. je nezisková organizace, která pomáhá uživatelům návykových látek zbavit se závislosti, začít znovu a vytrvat. Betel Česká Republika je

součástí organizace Betel International, která vznikla ve Španělsku již v roce 1985. V České republice bylo středisko Betel založeno v roce 2005. Středisko Betel zajišťuje nízkoprahovou komunitu pro muže, hovoří se však i o možnosti otevření ženského střediska v budoucnu. Statutem toto středisko není terapeutická komunita, nabízí alternativní přístup, ale aplikuje celou škálu osvědčených terapeutických přístupů a nabízí dlouhodobý léčebný pobytový program. Středisko nabízí pomoc závislým na různých látkách nehledě na věk, rasu, vyznání či společenské postavení. Pobyt v komunitě je poskytován zdarma, klienti pak pracují v charitativním podnikání a tím tak přispívají na náklady za ubytování, stravu a péči.

Za cíl si Betel klade pomáhat těm, kteří se ocitli v nejistotě závislých lidí bez domova a chtějí své životy změnit, těm kteří žijí v hlubokém zoufalství a potřebují rychle nějakou alternativu. Betel se jim snaží nabídnout naději pro budoucnost a umožnit jim nový start, skrz poskytnutí prostředí, kde mohou pracovat na znovuzískání své důstojnosti pomocí smysluplných mezilidských vztahů a smysluplné práce. Snahou Betelu je také poskytovat své služby co nejefektivněji, aniž by přitom vznikaly jakékoliv náklady státu či rodinám klientů.

Betel ke svým klientům využívá především sociálně pedagogického přístupu, který kombinuje s přístupem morálním a spirituálním a metody těchto přístupů aplikuje pomocí společného života v komunitě. Klienti jsou vedeni k tomu, aby chápali a přijímali zodpovědnost za své chování a aby správně nakládali se svým životem, který jim byl dán jako dar. Spirituální metody vycházejí konkrétně z křesťanských myšlenek, které jsou zde aplikovány jako možná odpověď na konkrétní problémy závislých. Jedním z těchto problémů je minulost klientů, během které tito lidé mnohdy udělali spoustu špatných věcí, kvůli kterým je tíží vážné výčitky svědomí. Křesťanská víra jim tak přináší možnost odpuštění jejich provinění, skrz předstoupení před Boha a pokání. Tímto je tak do života klientů vpraveno odpuštění a to nejen odpuštění vůči jejich vlastní osobě, ale i vůči druhým lidem v jejich životě, kteří jim mohli v minulosti ubližovat, často se jedná o členy rodiny. Právě obnova rozbitých rodinných vztahů je v Betelu považována za významnou součást léčebného procesu. Dalším problémem je pocit prázdnoty a nesmyslnosti, se kterým se mnohdy jedinci po vysazení drogy setkávají a i na řešení tohoto problému je v Betelu křesťanská víra aplikována (Betel Česká republika, 2011).

5.4. Anonymní alkoholici

Anonymní alkoholici je sdružení, které vzniklo koncem 30. let 20. století na severu Spojených států amerických. Jedná se o společenství mužů a žen, kteří spolu sdílejí své zkušenosti a vzájemně si dodávají povzbuzení, síly a naděje ve svém boji s alkoholismem. Členství je bezplatné a jediný požadavek pro přijetí je touha přestat pít. Toto společenství o sobě prohlašuje, že není spřízněno s žádnou sektou, církví, politickou organizací ani žádnou jinou institucí. Za hlavní cíl si Anonymní alkoholici kladou zůstat střízliví a napomáhat ostatním alkoholikům k dosahování jejich střízlivosti. Základem ozdravného programu je Dvanáct kroků, což je řada zásad duchovní povahy. Těmito kroky jsou následující:

- „ 1. Přiznali jsme si svoji bezmocnost nad alkoholem – že se naše životy staly neovladatelné
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a dospěli jsme k ochotě jim to nahradit.
9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.
11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.“ (Anonymní alkoholici, 2011).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Metodologie

6.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, zda existují rozdíly v tom, jaký efekt měla na své klienty léčba aplikující křesťanský přístup a jaký efekt měla léčba křesťansky neorientovaná, případně tyto rozdíly popsat a na základě získaných poznatků rozhodnout, zda je tedy křesťanský přístup efektivnější.

6.2. Metoda výzkumu

Pro uskutečnění výzkumu jsem se rozhodla vybrat výzkumnou metodu kvalitativní. Výhody kvalitativního výzkumu spočívají v tom, že nám umožňuje získat podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události či fenoménu a to v jejich přirozeném prostředí. Jedná se navíc o popis hloubkový, jelikož ve zkoumání případů jdeme pod povrch, zabýváme se jejich komparací, vývojem a příslušnými procesy. Jednou z nevýhod je však riziko subjektivní předpojatosti, jelikož vybraný vzorek populace není úplně náhodný a také jelikož pracuje s omezeným počtem jedinců - výsledky je tedy pak těžké zobecnit (Hendl, 2005; Barker, 1999).

Jako metodu pro získávání dat jsem si zvolila strukturovaný rozhovor s lidmi, kteří prošli závislostí. Tento rozhovor bude sestávat z dvaceti otevřených otázek, které se zaměřují na tři oblasti – motivaci k abstinenci, terapeutické zařízení, kterým dotazovaní prošli a na kvalitu jejich současného života.

Co se oblasti motivace k abstinenci týče, pokusím se zjistit více o tom, co pro ně abstinence znamená (zda je v jejich pojetí například přípustné jednorázové či občasné znovupoužití látky), co je motivovalo k dosažení abstinence, co je nyní motivuje k tomu, aby se k drogám nevrátili, jak se cítí odolní vůči relapsu, jaké skutečnosti či lidé jim

pomáhají se před ním bránit a co by teoreticky podle dotazovaných relaps znamenal pro jejich okolí a pro ně osobně.

V oblasti zaměřené na terapeutické zařízení, ve kterém respondenti absolvovali léčbu, budu zjišťovat, jak se dotazovaní k danému zařízení sami vyjádří, jak ho charakterizují, o co byli léčbou obohaceni atd.

Otázky týkající se poslední oblasti – tedy kvality současného života respondentů, budou zaměřené především na jejich sociální vztahy, zájmy, hodnoty, aspirace, na jejich sociální zaopatření a další.

Na závěr provedu analýzu rozhovorů, kterou ve výzkumu doplním ještě kazuistikami bývalých uživatelů a analýzou dokumentů některých organizací zmíněných v páté kapitole teoretické části.

6.3. Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek pro účely své práce jsem oslovila dvojí typ respondentů. Jedním z nich jsou lidé, kteří mají zkušenost se závislostí, nyní však úspěšně abstinují a v jejich procesu léčby figuruje pobyt v některém z křesťansky orientovaných léčebných zařízení. Druhým typem jsou lidé, kteří taktéž prošli závislostí a nyní abstinují, avšak s tím rozdílem, že prošli léčebným zařízením, které není křesťansky orientované. První skupinu lidí označuji „skupina A“, druhou „skupina B“.

Výpovědi mi poskytlo 20 respondentů, z toho v obou skupinách bylo po 10 dotazovaných.

7. Analýza rozhovorů

Otázky rozhovoru nalezneme v přílohách práce. V této kapitole neuvádím všechny odpovědi, ale pouze vybrané odpovědi, které zastupují určitý zmíněný, výzkumem zjištěný fakt - jedná se tedy jen o příklady odpovědí, ne jejich kompletní výčet. Kapitola je strukturována do zmíněných tří oblastí, v nichž uvádím odpovědi skupiny A a skupiny B zvlášť, na závěr v každé ze tří oblastí provedu dílčí shrnutí.

7.1. Oblast týkající se motivace k abstinenci

7.1.1. Výpovědi respondentů skupiny A

Nejčastěji uvedeným motivačním činitelem na cestě k abstinenci byl u této skupiny respondentů Bůh.

A4: *„To, že jsem v roce 1995 uvěřil v Ježíše Krista a tím se mi změnil absolutně celý způsob života“*

A10: *„Vnitřní osobní setkání s Kristem.“*

Někteří o Bohu slyšeli od věřících terénních pracovníků již před nástupem do léčby a stali se věřícími ještě předtím, jiní až v daném zařízení. Život víry přináší člověku do života spoustu nových pohledů na svět a na sebe samého, přináší nové hodnoty, v Bohu také lidé nalézají sílu a oporu, proto není překvapením, že Bůh byl zmiňován jako jeden z významných činitelů na cestě k abstinenci. Jeden z dotazovaných poměrně podrobně popsal jednu z konkrétních zlomových situací.

A1: *„Já sem žil čtyři roky na ulici a chodili za mnou lidi z Teen Challenge a říkali mi o Bohu..no a já jsem jako v Boha začal věřit, jako že je, ale jako Bibli jsem nikdy neviděl, nic.. No a pak jsem se jednou předávkoval a zkolaboval jsem a byl jsem v kómatu 15 hodin. No a během toho se mě Bůh dotknul a ukázal mi, že po smrti existují dvě místa, kam můžu jít.. No a pak když jsem se probрал, tak jsem pochopil tu realitu, že můžu umřít a jít na místo, kde je to ještě horší než na tomhle světě. No a pak když mě propustili z nemocnice, tak já jsem stál venku, ono sněžilo no a já*

jsem držel v ruce dávku a věděl, že když si jí píchnu, tak mě to dovede až do pekla... no a rozhodl jsem se jít se léčit.“

Dvakrát bylo jako činitel uvedeno respondentovo dítě, v obou případech se jednalo o vztah otce a dcery, vidíme tedy, že i rodičovská láska je velkým hnacím motorem.

A6: „...samozřejmě moje dcera v tom hrála velkou roli.“

Dva respondenti také zmínili vliv některého z pracovníků na jejich motivaci. Vidíme tedy, že jednání plynoucí z křesťanské lásky ke svým bližním má své uplatnění.

A3: „...taky pomoc a zájem lidí z Teen Challenge...“

Dalšími zmíněnými činiteli byla také bolest, vidina budoucnosti či celková nespokojenost se současným stavem závislého.

A5: „...samozřejmě taky to, že jsem to tak už nechtěl prostě, nechtěl jsem už takhle žít.“

A8: „Únava z toho života, ze všeho...z honby za sháněním materiálu...“

Co se abstinence týče, jeden respondent uvedl, že konkrétně v otázce alkoholu je třeba posuzovat jedince individuálně. On konkrétně v této oblasti problém nemá a ví, kolik piv jeho organismus snese a on zůstal střízlivý. Jiná otázka by zde asi byla, pokud by se daný jedinec opil.

A10: „Tak co se týká konkrétně alkoholu, tak tam je to hodně individuální... a tím měřítkem je ta schopnost z dlouhé perspektivy zůstat svobodný. Takže já si třeba pár piv občas dám, někdy si třeba zakouřím doutník, nebo dýmku s tabákem.“

K tomuto výroku mě napadá uvést verš „Všechno je mi dovoleno – ano, ale ne všechno prospívá. Všechno je mi dovoleno – ano, ale ničím se nedám zotročit“ (Bible, 1K 6,12)

Zbýlých devět se shodlo na tom, že abstinence znamená naprosté zřeknutí se dříve užívané látky, z toho tři vyjádřili nežádoucnost i některých legálních návykových látek. Zde vidíme, že někteří dotazovaní se v rámci léčby rozhodli opravdu začít nový život a skoncovat i se závislostí na dnes běžně užívaných látkách, jako je alkohol a cigarety.

A5: „Žít bez drogy, bez jakýhokoliv čehokoliv návykového...“

A4: „No, to je absolutní absence té dřív užívané látky. V mém případě teda nepřichází v úvahu ani kapka, ani potáhnutí, prostě nic.“

A7: „...a ani nekouřím a nepiju.“

Všichni dotazovaní jsou ve svém současném stavu abstinence spokojeni. Neprožívají žádné chutě vrátit se ke starému životu, nepředpokládáme tedy, že by u nich mělo hrozit riziko vědomého návratu k závislosti.

A1: *„...jako takhle dobře jako mi je teď mi nikdy nebylo... bez drog skutečně můžu dosáhnout nějakých věcí v mém životě, radostnej sem, nejsem ve stresu, dokážu čelit problémům a ne utíkat.. ta abstinence mi přináší mnohem větší uspokojení, než mi kdy dávaly drogy.“*

A3: *„...je to konečně získaná jistota směru v mém životě.“*

A8: *„Abstinence je pro mě ohromná úleva, jsem ráda, že se díky ní změnil můj život.“*

A9: *„pro mě už abstinence znamená každodenní rutinu, takže už bych si ani nedokázal připustit, že by to mělo být jinak.“*

Smysl abstinence nejčastěji respondenti spatřují v tom, že narozdíl od závislosti dává člověku svobodu a reálný pohled na svět. V křesťanském pojetí svoboda znamená především nebýt otrokem hříchu, přičemž s hříchem se lze vypořádat jedině poznáním Ježíše - „Poznáte pravdu a pravda vás učiní svobodnými“ (Bible, J,32). Myslím si, že právě proto je pro tak velkou část respondentů svoboda tolik významným prvkem.

A4: *„Svoboda. Protože drogy způsobují akorát věci, který člověka zotročují a nedovolují mu žít krásnej a plnohodnotnej život. V závislosti je potom všechno podřízený jen tomu, jak člověk získá drogu za každou cenu. Svobodnej člověk má daleko spokojenější, hodnotnější a pestřejší život“*

A5: *„...začneš pak konečně vnímat ty věci, který si na tej droze prostě nevnímal.“*

Jako další pozitiva abstinence dotazovaní uvedli zlepšení zdraví, dobré sociální vztahy a samotnou krásu takového života.

A6: *„Zlepšení zdraví, lepší kontakt s rodinou, celkově lepší pohled na život.“*

A9: *„Protože život bez drog má smysl a je mnohem hezčí“*

Jako největší úskalí závislosti uvedli respondenti v pěti případech to, že je destruktivní. To odpovídá také jednomu ze znaků závislosti podle Nešpora (2000) o kterém se zmiňuji v teoretické části práce. Jedná se o zanedbávání ostatních zájmů, kdy se středem veškerého dění pro závislého stává droga, což má negativní dopad především na sociální

vztahy, psychické i fyzické zdraví, finance a další. Čtyřikrát od respondentů zaznělo, že droga nabízí pouze život ve lži a tři se shodli na tom, že bere člověku svobodu.

A7: „*No, proč je špatná.. tak jako ono je tam plno hezkých pocitů, to je pravda, jinak by to lidi nehledali, žejo.. ale je destruktivní. Člověk hledá pravdu a závislost mu jí prostě nabídnout nemůže. Závislost okrádá, obelhává, je destruktivní..Nevim jak to mají ostatní, ale já jsem bral drogy, protože jsem skrze ně smysl života chtěl poznat, ale droga jen lže, životu nepomáhá, ničť*“

V desáté kapitole Janova evangelia se píše o destruktivním charakteru hříchu, který jen krade, zabíjí a ničí, což také odpovídá výroku výše zmíněného respondenta.

A2: „*Asi právě kvůli té svobodě, protože droga člověka svazuje.*“

A1: „*Tak samozřejmě v tom, co jsem říkal – jsem nesvobodnej, nedosáhnu svého cíle a snu.. a taky zničila všechno kolem mě prostě, vztahy, rodinu, zdraví totálně.. vztah s přítelkyní co jsem měl... dostala mě skoro do vězení.. A to nejdůležitější je, že mě obelhala vlastně.. ta závislost mi něco slíbila a já žil ve lži, slíbila mi dobrý věci a ve finále mě skoro zabila... žil jsem ve lži*“

V otázce relapsu se u této skupiny dotazovaných setkáme s jednou osobou, která přiznává, že jí z zkušenost s relapsem má.

A10: „*No, tak mě se to stalo..*“

Podle toho, co však dotyčný dále vypověděl můžeme usoudit, že i přesto, že takto velkou chybu udělal, nenechal se tím zdeptat a pojal to jako chybu, ke které se už nikdy nehodlá vrátit a celou situaci v pokání předložil před Boha.

A10: „*...důležitý je připustit a uznat, že je to chyba, přednesu jí před Boha jako chybu a snažim se tu chybu opustit.*“

U pěti dotazovaných se sejdeme s odpovědí, že Bůh je to, co jim pomáhá relapsu nepropadnout, a to v tom smyslu, že Bůh je pro ně někdo přítomný, někdo, komu jsou vděční za svůj současný život a koho nechtějí zklamat.

A6: „*...A fakt nerad bych o to všechno přišel a zklamal tím Boha, kterej mi důvěřuje a já můžu důvěřovat jemu..*“

A7: „Myslím si, že právě to, že jsem poznal Boha.. poznal jsem pravdu.. ta pravda je ten činitel, co vede moje kroky, pravda je ta skutečnost, kterou když člověk najde, tak má sílu změnit jeho kroky tak, že minulost jakoby není“

A4: „Úcta a vděk Bohu. On mě totiž dostal z něčeho, co se mě samotnému nedařilo tolik let, ačkoliv jsem se snažil...“

Třikrát padl argument, že dotazovaní nechtějí ztratit vše, co po dobu abstinence budovali,

A1: „...už jsem dosáhl určitéjch věcí, který by mě nikdy nenapadly, že můžu dělat a já je dělám, díky Bohu, Bůh mě do nich povolal.. a já bych je ztratil.. To bych nikdy neudělal. Ani za nic“

tři dotazovaní se vyjádřili, že svým způsobem jim nebrání nic, kromě jejich rozhodnutí.

A10: „Dá se říct, že mi v tom v podstatě nebrání nic, kromě mého rozhodnutí... A mam v tom naprostej klid, protože ty věci neužívám pro úctu k Bohu.“

Vzhledem k tomu, že se jedná o věřící jedince, můžeme předpokládat, že tento postoj odpovídá Biblickému verši v páté kapitole listu Galatským, kde apoštol Pavel říká, že jsme sice stvořeni k životu ve svobodě, ale také varuje před zneužívání svobody ke svému prospěchu.

Mezi dalšími odpověďmi se objevil například strach, rodina a v jednom případě také obava, že by se dotazovaná už závislosti podruhé zbavit nedokázala.

A2: „Strach asi.. z tý bolesti co plyne ze závislosti“

A8: „To, že vim, že bych se asi prostě vrátila o starých kolejí tý drogový kariéry.. a to snad ještě rychlejc než dřív.“

Čtyři dotazovaní se cítí od svého starého života natolik vzdáleni, že jim dělalo problém si vůbec představit, že by u nich k relapsu ještě mohlo dojít,

A2: „To nedokážu vůbec říct, protože se to ještě nestalo..“, „... já už léta opravdu žádný jako chutě nebo pokoušení neprožívám, vůbec..“

A9: „Nedokážu si to už ani představit...“

tři by i přes závažnost jejich selhání věřili, že by díky odpuštění, které by u Boha našli, nebyla tato situace beznadějná, protože by Bohem nebyli zavrženi, ale naopak by u něj nalézali sílu k dalšímu boji,

A1: „...jako věřím, že by mi to Bůh odpustil a pozvedl by mě.“

A10: „důležitý je připustit a uznat, že je to chyba, přednesu jí před Boha jako chybu a snažím se tu chybu opustit“

dva by toto selhání viděli jako svůj konec, jak vidíme, hraje zde roli zdravotní stav.

A8: *„Neznamenalo by to asi nic, protože než bych se vůbec stihla zamyslet, tak bych asi vzhledem k mému zdravotnímu stavu na těch drogách rychle zemřela“*

A téměř všichni by samozřejmě prožívali zklamání.

A2: *„...Ale viděl bych to jako velkou prohru“*

A6: *„Zklamání sama sebe.“*

A9: *„, Sám sebe bych zklamal..“*

Co se reakcí jejich nejbližších týče, všichni uvedli, že by byli pro mnoho lidí zklamáním. Navíc šest z těchto lidí uvedlo, že se nacházejí v některé z vedoucích pozic, kdy lidé znají jejich příběh a vnímají je jako vzory, pět z respondentů dokonce pracuje v protidrogových službách, tudíž by jejich relaps měl negativní dopad na mnoho lidí a jejich důvěru v tyto respondenty.

A1: *„Ale pokud bych začal jako fakt brát, tak pak by ty lidi asi řešili, jestli ten program vůbec funguje..“*

A7: *„Mno, vzhledem k tomu, že jsem pastor a často přednáším, v Čechách i v zahraničí, znají mě sbory jako pastora a hlavně mě znají lidi... tak by to pro všechny bylo zklamání.. Ten dopad by byl špatnej, když to tak řeknu, tak ono hodně lidí mi věří a nevím teda jakej konkrétně by to mělo dopad, ale asi nijak hezkej.“*

A3: *„No myslím, že by bylo hodně lidí zklamaných, některý by se utvrdili v tom, že to bylo od začátku jasné, jak někteří říkají... Ale co by mě asi nejvíc mrzelo je, že by bylo moje svědectví, můj příběh levý, marný.. a já jsem přesvědčen, že není.“*

Na druhou stranu však většina respondentů uvedla, že by u svých nejbližších našli v takové situaci pomoc a podporu.

A6: *„Jako mrzelo by je to, ale určitě by mě nezavrhl.. určitě ne, na 120% ne... ani moje dcera.“*

A2: *„Chtěli by mi pomoci.“*

A8: *„...jako věřím, že by se mi určitě snažili pomoci, především můj manžel.“*

Šest respondentů o sobě nepochybuje a věří si, že relapsu nepodlehnu, jeden z této šestice však spíše než sám v sebe věří v to, že díky Bohu se mu bude dál dařit v abstinenci přetrvávat,

A4: *„Mno, jak tohle vyjádřit.. V životě s Bohem jsem už zjistil, že já sám bez něj nic nedokážu. Takže já sám sobě nevěřím vůbec, věřím ale Bohu a to na 100%. Bez něj bych se prostě rozjel znova.“*

A7: *„Tak co se týká těchhle věcí, tak vzhledem k tomu, že na to nemám ani pomyslení, neberu to jak to mám teď jako ztrátu, ani trochu.. tak si myslím, že klidně můžu říct, že stoprocentně.“*

A2: *„Tak 100%“*

dva dotazovaní projevili určité obavy

A6: *„Tak padesát na padesát“*

a dva řekli, že přesto, že si věří, tak jsou opatrní, což je samozřejmě moudré.

A1: *„Já si věřím úplně, že tomu nepodlehnu. Ale jako jsem pořád opatrněj, snažím se zbytečně se nevystavovat pokušení, dávám si pozor kam chodím, s kým se stýkam.“*

V situaci, kdy by dotazovaní byli vystaveni pokušení požit znovu látku, na které byli závislí, by se sedm z nich obrátilo na Boha, sedm by také kontaktovalo blízkou osobu či pracovníka a šest uvedlo, že by pokušení odehnali praktickou činností.

A7: *„Tak stejně jako to dělám se všema věcmi, se všema mejma problémama... tak se modlím.. protože Bůh mi tu sílu dává, takovou, jakou nedostávám od žádného člověka“*

A3: *„Tak osobně mi pomáhá kombinace modlitby s konkrétní pokud možno účelovou činností... taky procházka se psem... No a kdyby bylo nejhůř, mám kolem sebe fajn lidi z týmu pracovníků Teen Challenge do něhož sám patřím, který jsou vždycky ochotný mi pomoc.“*

7.1.2. Výpovědi respondentů skupiny B

Co se motivace týče, většina respondentů se rozhodla se svou závislostí skoncovat kvůli zdraví, psychickým problémům plynoucím z užívání drog a kvůli rodinným a dalším vztahům.

B8: „*Asi ta zdravotní stránka*“

B4: „*No, tak mě už bylo prostě zle.. takže to byly zdravotní důvody.*“

B5: „*Nebyl jsem už schopnej žít, byl jsem žijící mrtvola... všechno bylo prostě zničený, zdraví a tak*“

Myslím, že není nutné připomínat, že užívání psychoaktivních látek má velmi negativní dopad na životně důležité orgány jako játra, ledviny, plíce, dále na krevní cévy v srdci a mozku, na centrální nervovou soustavu obecně a na mnoho dalších (Kalina, 2003).

B2: „*Asi hlavně rodina... No a taky jsem už prostě nechtěl mít ty stavy, který jsem do té doby měl, ty stavy byly hrozný – jako deprese po vopici, paranoia a tak..*“

B10: „*Psychické problémy, deprese, skepse..a já prostě měla chuť žít..a měla jsem starost o syna.*“

Užívání psychoaktivních látek má samozřejmě dopad i na psychické zdraví a vyznačuje se bludy, halucinacemi, depresemi, stihománií, paranoiou, poruchami paměti a mnohými dalšími (Nešpor, 2000).

Devět respondentů se shodlo na tom, že abstinence znamená úplné zřeknutí se užívané látky.

B9: „*Abstinence je totální vymanění se ze vlivu látky, občasné užívání netoleruji - ani to nejde vzhledem k tomu, jak na to reaguje tělo a mysl.*“

B6: „*„ jakýkoliv požití je prostě relaps*

B3: „*A občasné užívání jakýkoliv látky, je hazard, takže to u mě nepřichází v úvahu*““

Pouze jeden z respondentů se vyjádřil takto:

B5: „*„. A tolerovat užití té látky dovedu pochopit, pokud abstinence bolí.*“.

Víme, že odvykací stav je provázen mnohými somatickými nepříjemnostmi, bolestmi a dalšími problémy jako jsou křeče, bolesti kloubů, návaly horka a zimy, bolesti hlavy, bolesti zubů, zvracení, průjemy a mnohými dalšími (Nešpor, 2000). Zároveň ale také víme, že v některých případech existuje možnost substituční léčby a člověk odhodlaný k abstinenci by tedy podle mého názoru měl využít spíše této možnosti.

Někteří respondenti se také vyjádřili k otázce marihuany, alkoholu a cigaret, které tolerují.

B6: „*Ale třeba cigáro si dam..*“

B7: „*Ale třeba marihuanu toleruju a alkohol piju tak normálně - jako každej dvacetiletý člověk.*“

Několik dalších respondentů se sice k otázce kouření nevyjádřilo, ale před rozhovorem či po něm si cigaretu dalo, vím tedy o nich, že kouří.

V názorech na otázku smyslu abstinence a toho, proč je závislost špatná, se nejčastěji objevovalo, že jen díky abstinenci může být člověk doopravdy svobodný a být sám sebou.

B7: *„Protože se s těma drogami nedá žít, člověk není nic, je otrokem té drogy.“*

B10: *„Abstinence je podle mě určitá forma života, něco jako zdravý životní styl. Nedá se vynutit, ale pokud jí člověk pozná a sžije se s ní, pak je to to nejlepší co ho může potkat“*

B4: *„Protože se člověk cítí líp, má lepší chuť do práce, je mu i líp s rodinou, má lepší vztahy.“*

Vidíme, že abstinence má podle dotazovaných pozitivní efekt i na vztahy, které činí harmoničtějšími. Největší rizika závislosti prý spočívají v jejím dopadu na zdraví a na vztahy s lidmi, o kterých jsem se již zmiňovala.

B1: *„... má negativní dopad na zdraví, na různý další věci jako práce, vztahy s lidma.. a nejsi prostě svobodnej...“*

B3: *„Je špatná především proto, že ničí osobnost a ducha člověka, zdraví, ohrožuje i celou společnost“*

B4: *„Je špatná pro mysl, tělo, vztahy a sociální vazby... snižuje vnímání a dělá člověka hodně flegmatickým ke všem podnětům... člověku je všechno jedno, všechno se vyřeší drogama“*

Co se relapsu týče, tři z dotazovaných již za sebou tuto zkušenost mají.

B3: *„Tak já teda během těch deseti let s tím relapsem zkušenost mám... asi ve třech případech.“*

B1: *„Jako já už to teda zažil no.. a rozhodně to není nic příjemného.“*

B5: *„... já už jsem ty relapsy totiž měl dva..“*

Respondenti s touto zkušeností uvedli, že to pro ně byla velice těžká situace, kdy byli opravdu zklamáni sami sebou, měli na sebe velký vztek a museli zkoumat své nitro, aby zjistili, proč k tomu opakovaně došlo. Jeden z dotazovaných se však touto zkušeností

cítí posílen. Ostatní dotazovaní si představují, že by v situaci relapsu byli opravdu naštvaní sami na sebe,

B7: *„Říkala bych si, že sem blbá, že sem prostě selhala..“*

B2: *„No měl bych vztek sám na sebe, že jsem to nedokázal“*

B4: *„Byl bych určitě naštvanej na sebe, že jsem to nedokázal“*

jedna dotazovaná by si přestala vážit sama sebe,

B8: *„Přestala bych si sebe vážit... asi“*

jedna respondentka tvrdí, že by to její postoj k sobě samotné nezměnilo

B10: *„Nijak. Pokud bych do toho znova šla, bylo by to moje rozhodnutí se všemi důsledky toho činu.“*

a jiná respondentka se vyjádřila o relapsu takto:

B7: *„ale relaps je prej i dobrá věc, protože to člověku aspoň pomůže se utvrdit v tom, že to fakt nechce.“*

S touto výpovědí můžeme souhlasit samozřejmě pouze v případě, že se nejedná o trvalý relaps a dotyčný se dokáže vrátit k abstinenci a z této situace se poučit.

Většinu dotazovaných v podlehnutí relapsu brání to, že se nechtějí vrátit ke starému životu, zahodit vše co doteď budovali a prožít znovu ony špatné zkušenosti.

B3: *„No, přestože občas mam chuť ten pervitin užít, tak to neudělám, protože si okamžitě uvědomím co jsem díky němu prožil a kolik jsem za to zaplatil...taky mě odrazujou stavy způsobené jeho aplikací. No a v neposlední řadě všechno to co jsem si vybudoval po dobu deseti let abstinence“*

B1: *„Ty věci, který jsem jako na těch drogách zažil a nechci znovu... všechno to špatný“*

B9: *„Špatný stavy a taky vědomí, že by se kruh znovu otevřel. Odvykání není jednoduchý a nechtěla bych ho zažít znovu“*

B10: *„Strach, že zbořím kus svý práce... a taky nechut' žít podle pravidel nějaký látky“*

Někteří z nich udělali velký krok ve své kariéře a není tedy divu, že nechtějí hodit za hlavu vše, co léty abstinence získali. Také přenést se přes tvrdé odvykací období je velmi fyzicky i psychicky náročné, tuto zkušenost rozhodně nikdo nechce opakovaně prožít.

Velkou roli hraje u mnohých také rodina, kterou mnohokrát opakovaně zklamali a nechtějí to udělat znovu. Navíc někteří z dotazovaných jsou již rodiči, tudíž mají své závazky.

B2: „*Mě teda asi ta moje rodina, protože tohle je podle mě od nich poslední šance, kterou mi dávaj, no a taky ještě jak se mi teď narodila ta malá neteř, tak s ní chci bejt, chci se jí věnovat. A taky si chci víc dát věci do pořádku – jako to bydlení, práci a tak*“

Jedna dotazovaná si dokonce myslí, že pokud by jednou drogu požila, již by znovu začít abstinovat nedokázala.

B6: „*A hlavně už bych pak prostě nikdy nepřestala.. to by prostě nebyl jednorázovej relaps, ale prostě návrat.*“

Pouze jedna respondentka uvedla, že v případě relapsu by se jí její nejbližší snažili pomoci,

B7: „*Chtěli by mi pomoci*“

zbylí většinou uvedli, že by jejich nejbližší byli velmi zklamaní a přestali jim věřit, tři respondenti dokonce vypověděli, že by s nimi přestali komunikovat.

B1: „*Přestali by se mnou komunikovat*“

B6: „*Úplně by mě odřízli*“

B2: „*To by pro ně prostě byla už poslední kapka*“

Co se týče situací, kdy by se dotazovaní měli bránit tendencím znovu požit drogu, objevovali se většinou praktické úkony a činnosti.

B7: „*Šla bych si zaběhat, nebo do lesa... jóga, meditace.. Prostě je potřeba nějak odvést pozornost.*“

B10: „*Zavolala bych na dolččovák, svým parťákům v boji, řekla to rodině... komukoliv kdo by mě pochopil.*“

Dotazovaní by se tedy většinou snažili odvést svou pozornost na jiný podnět, jinou činnost, případně uspokojit své tělo fyzickou aktivitou. Samozřejmě také kontaktování odborného pracovníka je velice moudré, stejně tak však i kontaktování laika, který může dotyčnému pomoci s odvedením pozornosti a motivací.

Na otázku týkající se toho, jak moc si respondenti věří, že relapsu nepodlehnu, tři s jistotou odpověděli, že si věří,

B8: „*Docela dost, protože se snažím se vyhejbat těm lidem a pořád se tak trochu hlídám*“

B6: „*Na 99%*.“

čtyři si věří, ale projevíli pochybnosti,

B2: „*Asi jako věřím si, ale kdyby přišla nějaká extrémní situace, nebo by mě něco vytočilo, tak prostě nevím, jak bych zareagoval.. kdybych prostě neměl klidnou hlavu a... já nevím*“

B3: „*Tak stát se to může.*“, „*Já teda během těch deseti let s tím relapsem zkušenost mám, asi ve třech případech. Ale vždycky jsem to ustál, takže si myslím můžu říct, že si věřím*“

jeden vypověděl, že si nevěří

B4: „*No... moc si nevěřím*“

a dva na tuto otázku odpovědět nedokázali.

B1: „*Já se na to jako snažím nemyslet... určitě bych to prostě nechtěl*“

B5: „*Nevím*“

7.1.3. První dílčí shrnutí

Co se motivačních činitelů týče, nalezneme zde mezi skupinami určité rozdíly. Skupina B uváděla především zdravotní a psychické problémy a vliv rodiny, skupina A uváděla jako motivačního činitele Boha, vliv pracovníků absolvovaného zařízení a také rodinu. Pohled na abstinenci byl vesměs u obou skupin stejný, s tím rozdílem, že skupina A se ukázala jako radikálnější i co se týče kouření cigaret, či pití alkoholu - u skupiny B nalezneme několik kuřáků a dokonce v jednom případě respondentka neviděla jako problém občasné kouření marihuany. Smysl abstinence obě skupiny spatřují především ve svobodě, a co se týče toho, proč je závislost špatná, skupina B uváděla především její destruktivní charakter, který se odráží na zdraví, vztazích a dalších oblastech. Skupina A uvedla stejné důvody, kromě toho také často zmiňovala, že život v závislosti je životem ve lži. Zde můžeme vidět, že jejich hodnotový systém je ovlivněn křesťanstvím a pravda je pro ně důležitým prvkem. U dotazovaných z křesťansky orientovaných zařízení se setkáváme s relapsem pouze v jednom případě, narozdíl od skupiny B, kde tuto zkušenost mají tři dotazovaní. Z odpovědí na otázku, zda si dotazovaní věří, že relapsu nepodlehnu, můžeme usoudit, že skupina A si je jednoznačně jistější. Navíc si většina z nich nedokázala možnost relapsu ani představit, jelikož je jim představa požití drogy natolik vzdálená, stejně jako jakákoliv chuť na ni. Skupina A se celkově zdá více motivovaná v odolávání

pokoušení požití drogu i z toho důvodu, že velká část této skupiny jsou osoby v pozicích, kdy by jejich relaps měl dopad na širší okolí – vědomí této zodpovědnosti je pro ně tedy také motivátorem. Ve chvílích, kdy by dotazovaní prožívali pokušení požití drogu, by většina respondentů ze skupiny B zahnila chuť nějakým praktickým úkonem. Stejně tak se vyjadřovali i respondenti skupiny A, kteří kromě toho ale ještě zmiňovali hledání pomoci u Boha. Můžeme si také všimnout, že Bůh u skupiny A zaujímá několik pozic – byl jednou z motivací, která jim pomohla dosáhnout abstinence, je motivací k tomu, v abstinenci vytrvat, je také jednou z forem pomoci, na kterou by se dotazovaní ve chvílích pokušení obrátili. Jelikož křesťanská zařízení „nabízejí“ Boha, nabízejí tím i tyto zmíněné prvky a tudíž tedy oproti ostatním zařízením i něco navíc.

7.2. Oblast týkající se terapeutického zařízení

7.2.1. Výpovědi respondentů skupiny A

Všichni respondenti byli spokojeni se zařízeními, kterými prošli a hodnotili je kladně – často právě pro jejich duchovní zaměření.

A10: *„...myslím si, že protože Teen Challenge klade důraz na skutečný řešení problémů, kterými je i duchovní stránka člověka, tak je tak úspěšný.“*

A4: *„Tak například Teen Challenge je sice tvrdý, ale pro někoho, kdo se opravu chce zbavit závislosti je vhodný.. a to proto, že má jasně definovaný a odůvodněný postupy, který mají výsledky. A samozřejmě výhodou je i to, že je to postaveno na křesťanských základech“*

Dokonce i ti dotazovaní, kteří věřící nejsou, ocenili křesťanské zaměření léčebného zařízení a setkání s vírou vnímají jako něco zajímavého navíc.

A6: *„...a protože ta komunita vlastně byla křesťanská, tak bych řekl, že to křesťanství tam jako bylo důležité. Protože ta víra v Ježíše je jako koření.. a já bych řekl že jiný zařízení spíš sypou do kluků prášky a tohle se hodně zakládá právě na tom duchovnu.“*

Pět z dotazovaných zmínilo, že má zkušenosti i s jinými zařízeními a ve všech případech hodnotili křesťansky orientovaná zařízení lépe.

A2: „...vzhledem k tomu, že jsem prošel už několika léčbama a tam si se mnou nevěděli rady, tak bych tuhle určitě doporučil, protože až ta mi pomohla, hlavně právě kvůli tomu, že ty programy tam maj nějaký vyšší smysl.“

A8: „Tak já prošla několikrát státní léčebnou, ale vždycky jsem se pak vrátila k drogám. Ten úspěch vlastně přišel až potom, co jsem prošla Teen Challenge. No a Teen Challenge má úplně jiný postup než ty ostatní léčebny... zajímá se o člověka konkrétně, do hloubky, fakt hledá ten kořen počátku závislosti a pracuje s ním.“

Navíc u všech z nich se ukázala tato zařízení jako „ta pravá“, protože teprve po zde absolvované léčbě dosáhli abstinence. Kladné ohlasy mají zařízení tohoto typu i pro svůj přístup, který pramení z křesťanského vyznání, které vybízí člověka k opravdové lásce k bližnímu, k zájmu o něj a ke snaze pomoci.

Dotazovaní se díky léčbě cítí obohaceni i o další věci, než je jen dosažení abstinence. Nejčastěji se objevovalo, že respondenti našli víru v Boha (celkem čtyřikrát) a nové přátele (také se objevilo čtyřikrát).

A3: „Tak kromě zmíněný, nalezený víry v laskavého Boha, jsem taky našel nový, ne drogy beroucí přátele.. a dostal jsem možnost zapojit se do služby Teen Challenge, můžu se realizovat a být co platným...a myslím že to není málo.“

A4: „Tak určitě.. o osobní zkušenosti s Bohem a taky o vědomí, že v tom nejsem sám, ale spousta dalších lidí si prošlo tím, co já a tudíž mi rozumí. A taky tam vzniklo několik přátelství.“

Dále se objevovaly další prvky, jako například zdravotní zlepšení, naděje, možnost začít žít život od znova, nalezení smyslu života, zlepšení sociálního chování a zbavení se strachu ze smrti.

A1: „Je to tak, že já když jsem přišel do programu a skutečně jsem uvěřil, tak jsem získal tak velkou naději, jakou jsem neměl ani když mi bylo 15 a přišel jsem na střední... Obohatil mě o neskutečnou naději a získal jsem úplně nový přátele a možnost začít úplně od znova na úplně jiným místě, úplně vytrženej z toho, kde jsem žil, úplně změnit život..A taky jsem se přestal bát smrti, protože jsem zjistil, že jsme zachráněni díky Kristu a vím co bude.. To byl hodně velký zlom v mém životě, když jsem se přestal bát smrti.“

A9: „Získal jsem smysl života, to je víc než dost. To je nejvíc.“

Také samotné poznání víry bez jejího přijetí se ukázalo jako kladný prvek. Dotazovaný hovoří o tom, že přesto, že víru nepřijal za vlastní, tak se ho nějakým způsobem dotkla a on si z ní mohl odnést nějaké kladné hodnoty.

A5: „...určitě mi prostě dal víc, tím jak jsem už říkal, že byl křesťanský. Já jsem se teda nestal žádným věřícím, nebo něco takovýho, to určitě ne, ale hrozně mě poznání té víry změnilo ve všem.“, „...poznáním té víry fakt člověk jako změní úplně ty priority, hodnoty v životě...“

Někteří klienti se i sami od sebe, aniž bych se jich na to ptala, vyjádřili k přístupu pracovníků v daných zařízeních.

A5: „Taky jsem se bavil s tím jedním hlavním terapeutem, ten byl taky věřící a hodně mi pomoh si uvědomit, že jsem fakt jinej, než jsem si myslel. Jestli mě někdo v životě změnil, tak fakt XX (jméno zmíněného terapeuta – pozn. autorky), on byl fakt hodně zvláštní v tom, že to není jenom jakože je nějaký kazatel a chodí si a čte něco z Bible, ale on si fakt prostě s téma líma povídá, hluboce, o všem“

A3: „Ty lidi který tam slouží sami většinou prošli podobnýma věcmi jako já a rozuměli mi. No a nejen to – důležitý pro mě bylo, že na mě nekoukali jako na fetku ale jako na lidskou, Bohem milovanou bytost. A to i ti členové týmu, který drogy nikdy nebrali, rodiny s dětma.“

Vzhledem k tomu, že se jedná o věřící pracovníky, můžeme odhadovat, že tyto jejich postoje vycházejí například z verše „Nesud'te, abyste nebyli souzeni“ (Bible, Mt 7,1). Také by v tomto pro ně mohl být vzorem Ježíš Kristus, který se věnoval cizoložníkům, opilcům, zlodějům a dalším tehdejší společností zavrženým jedincům. Pravděpodobně právě vzor Ježíše Krista dnes v některých křesťanech vzbuzuje altruismus, empatii a zájem o jedince, kteří se pohybují na okraji společnosti.

7.2.2. Výpovědi respondentů skupiny B

Většina respondentů byla se zařízením, ve kterém léčbu absolvovali, spokojená. Jako přednosti označovali například dodržování řádu a pravidel.

B5: „*Já si nemůžu stěžovat.. sice jako hodně psychicky náročný, ale nemam žádný špatný slovo.*“

B1: „*Jako hodně se tam dbá na dodržování pravidel...*“

B2: „*...člověk se tam naučí nějaký řád, pravidla...*“

Závislý člověk, který navíc mnohdy nemá práci a nepocítuje ani žádné jiné závazky, se stává strůjcem svého času. Není zvyklý se podřizovat žádnému harmonogramu, dodržovat žádný řád, postupně pro něj přestávají existovat všechna pravidla. Právě proto je striktní dodržování pravidel v léčebných zařízeních tolik důležité, protože klienti se těmito návykům potřebují naučit, aby se mohli zařadit zpět do normálního sociálního života.

Dále byl oceňován také celkový terapeutický servis, odbornost pracovníků a jejich schopnost poradit a pomoci.

B3: „*...to je podle mě to nejlepší co můžu doporučit... pro tu časovou délku a terapeutický servis...*“

B4: „*...dají jako dost rad do života, mají zkušenosti, poradí, pomůžou...*“

B7: „*...protože se tam člověku opravdu hodně věnujou, jsou ochotní pomoci...*“

Několik respondentů bylo absolvovanou léčbou obohaceno o nové vztahy, o nové pohledy na sebe samotné a celkově o nový start do života.

B1: „*Zdraví, vztahy s okolím, práci...*“

Pro člověka, který prochází léčbou, může být těžké si pak zpět v „normálním“ světě hledat přátele. Právě proto je skvělé, že klienti mohou navazovat přátelství s ostatními lidmi během léčby a být si navzájem oporou i po jejím skončení.

B2: „*Dalo mi to to, že jsem prostě začal úplně od začátku...*“

B3: „*Získal jsem jiný pohled sám na sebe a hodně jsem se o sobě dozvěděl...*“

B6: „*... naučila jsem se mluvit o sobě a o svých problémech...*“

B7: „*...celkově se mi změnila osobnost, posunulo mě to hodně.. jsem stabilnější psychicky, umím dávat líp najevo emoce, jsem srozumitelnější...*“

B8: „*Asi zkušenost s lidma...*“

Součástí léčebného procesu některých zařízení jsou i skupinové terapie, které klienty obohatí o spoustu sociálních dovedností, které jim doteď chyběly.

B9: „*Uvědomění, víru sama v sebe a v mý nejbližší...*“

To, že člověk dokáže překonat závislost, porazit drogu, která člověka zotročuje, má jistě velký vliv na vlastní sebehodnocení a na zvýšení sebevědomí.

B10: *„Zbavila jsem se temna ve svojí mysli, vyrovnala jsem se se smrtí rodičů... usmířila jsem se sama se sebou a začla se mít ráda, vyrovnala jsem se se samotou...“*

Mnozí klienti mají za sebou tragické životní události a terapeutická zařízení nabízejí odbornou pomoc, která jim může pomoci se s traumatickými zkušenostmi vyrovnat.

Negativní hodnocení zařízení nalezneme pouze u jedné respondentky, které léčba ve zmíněném zařízení nepomohla a nepomohla ani mnohým dalším, se kterými se zde seznámila.

B6: *„No... tak kdybych něco měla říct k tomu Červeňáku... tak to je prostě přechodná stanice pro feťáky a lidi, který se nechtěj doopravdy léčit... a těch pár co tam jsou a léčit se fakt chtěj, tak odtud většinou putujou někam do komunity...“*

7.2.3. Druhé dílčí shrnutí

Všichni respondenti, až na jednu výjimku ve skupině B, byli se zařízením, ve kterém léčbu absolvovali, spokojení. V rámci skupiny A se setkáváme s pěti členy, kteří měli možnost absolvovat léčbu i v zařízení, které křesťansky orientované nebylo, a všichni z těchto respondentů hodnotili křesťansky orientované zařízení lépe. V obou skupinách se setkáváme s výčtem přínosů, které pro respondenty jimi absolvovaná léčba měla. Srovnáme-li oblasti, ve kterých se dotazovaní cítí obohaceni, zjistíme, že prvky zmíněné skupinou B nalézáme i u skupiny A. U skupiny A však můžeme vidět ještě některé prvky navíc – jedná se především o prvky týkající se duchovní oblasti a nalezení smyslu života. Protože v této práci vycházím z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti, o kterém hovořím v teoretické části práce, a protože výzkum ukázal, že léčba skupiny A má narozdíl od léčby skupiny B efekt i na spirituální potřeby jedince, můžeme v této oblasti hodnotit křesťanský přístup jako efektivnější.

7.3. Oblast týkající se kvality současného života

7.3.1. Výpovědi respondentů skupiny A

Co se rodiny týče, osm dotazovaných má rodinu, se kterou se stýká, navíc pět z nich kromě původní rodiny již má, nebo s partnerem zakládá svou vlastní. Vidíme tedy, že došlo k uzdravení rozvrácených vztahů a že se z dotazovaných staly osobnosti schopné partnerského a rodinného života.

A1: *„...Když jsem bral, tak jsme spolu 10 let nemluvili a teď mam prostě úplně nádhernej vztah se svojí rodinou, jo.. která se mnou léta vůbec nemluvila.“*

A2: *„Mam rodinu a mam i přátele a myslim si, že poměrně kvalitní společenskej život, vídáme se, jezdím za mamkou.“*

A10: *„Ano, mám.. a stýkam – se všemi. A se ženou máme dvě děti, tak už jsme založili i vlastní rodinu“*

A9: *„...no a svojí rodinu s manželkou zakládáme.“*

U zbylých dvou respondentů je rodinný a společenský život méně bohatý, případně nějakým způsobem komplikovaný.

A6: *„Mám dceru, se kterou se vídam“*

A3: *„No, takže.. s mámou jsem se naposledy viděl v roce 2005, a otcíma jsem neviděl ještě dýl, starší bratr se mnou nekomunikuje a mladší brácha jen zřídka. Ale mam znovu obnovenej vztah s jednou ze svých sestřenic a se svou 19ti letou dcerou.. vnuka jsem zatím viděl jen jednou, v porodnici. A trochu jsem v kontaktu s bývalou ženou. No a se starými kamarády se moc nestýkám, ale mám pár drogových kámošů co taky přestali a dokonce jsou teď taky věřící a to je fajn... No a jinak mám kolem sebe mnoho fajn lidí, jsem dost společenký....“*

V případě nouze by každý z dotazovaných měl na koho se obrátit – převážně se jedná o rodinu, přátele, pracovníky Teen Challenge, někteří také uváděli, že by se obrátili na Boha v modlitbě.

A3: *„Tak jak už jsem řekl, tak nejspíš někoho z týmu Teen Challenge, protože nejsme jenom spolupracovníci, ale hlavně kamarádi, nebo spíš přátelé“*

A9: „*Je to smutný, ale lidem moc nedůvěřuju – kvůli mojí minulosti. Proto chodim radši za Bohem, ten mě zná ze všech nejlíp a nikdy mě nezklamal*“

Co se snů, tužeb a přání týče, odpovědi byly poměrně různorodé. U třech dotazovaných však nalezneme shodu v tom, že jedním z jejich cílů je mimo jiné založit rodinu a rozvíjet kariéru.

A2: „*Tak jako cíle mam založit rodinu a postupovat nějak v tej práci...*“

Dále se objevují touhy jako pomáhat ostatním, vidět další závislé jak se uzdravují, být dobrým člověkem, založit sborový dům, umožňovat dalším lidem aby mohli poznat Boha, být dobrým otcem, cestovat, poznávat lépe Boha, nahrát album a být bohatý a další.

A1: „*Chtěl bych vidět.. já jsem vedoucí dětskýho centra ve Šluknově... a mym cílem je vidět generaci, se kterou pracuju, který jsou zničený závislostí – chci je vidět zdraví, jak mají rodinu, proměnit u nich věci k lepšímu...*“

A3: „*No a jinak bych se chtěl podívat na britský ostrovy, do Skandinávie a do Izraele..*“

A7: „*No tak mam cíle.. jeden z nich, je sborovej dům, protože jsem pastor.. no a potom je mym cílem šířit evangelium, oslovovat další sbory, pomáhat lidem a tak*“

A10: „*Rád bych nahrál album a vydělal dost peněz, abych si mohl z legrace jít koupit lamborghini v kečkách a kraťasech.*“

Dva respondenti však byli méně ambiciózní a uvedli spíše základnější sny a cíle.

A5: „*Tak teď se chci hlavně normálně zařadit do společnosti, jestli se to tak dá nazvat, víte co tím myslím, žejo... no a prostě normálně žít.*“

A6: „*Rozhodně chci nadále abstinovat... a chci mít dobrou práci.*“

Odpovědi na otázku smyslu života u osmi dotazovaných zahrnovala duchovní principy – zůstat stále u Boha, poznávat ho lépe, umožnit ostatním, aby ho mohli poznat, naděje v život po smrti a další.

A1: „*Je to Kristus – ve smyslu, že on je smysl a ať dělám cokoliv – v rodinách, s dětma, přednášky na školách – tak vždycky směřuju ke Kristu.. on je ten, pro koho ty věci dělám, on je smysl života a nedovedu si představit, kam bych šel jinam, než za nim.. Když jsem před pár lety měl krizi odejít ze služby v Teen Challenge, tak mi Bůh položil otázku, kam bych jako šel jinam... a mě došlo, že*

dělat něco jinýho by mýmu životu nedávalo takovej smysl, že bych nešel nikam jinam.. Bůh a tahle služba je největší smysl mýho života“

A7: „,... poznat ho víc.. no a taky skrze to aby ho mohli poznat další lidi.“

Dva nevěřící respondenti uvedli jiné hodnoty.

A5: „Prostě žít, žít dobře, žít naplno, tak nejlíp jak to jde a přitom dělat ty povinnosti, který se maj dělat.. a né jako když jsi na drogách“

A6: „Tak určitě abstinence a moje dcera“

Ohledně svého emocionálního vyladění se šest dotazovaných popsalo jako spíše pozitivně naladěni. Všichni z nich uvedli, že prožívají buď radost, nebo pokoj a někteří uvedli obojí. Samozřejmě připouštějí, že v těžkých chvílích někdy optimismus ztrácejí, ale z dlouhodobého hlediska převažují pozitivní emoce.

A1: „Určitě radost... velmi často jí prožívám skrz to co dělám, s kým sem, co se daří... A taky pokoj. Ale jako to neznamená, že bych od rána do večera byl vysmátej, samozřejmě jako každějtaky někdy jsem ve stresu a nestíham.. ale to co převažuje v mym životě je si myslim radost a pokoj.“

A3: „, no není každý den posvícení, není to vždycky jednoduchý, někdy jsem dost unavenej, někdy jsem smutnej, leze mi to všechno na nervy... ale nad tím všim uvnitř mě převládá radost.. radost z toho, že na to trápení nejsem sám.“

A2: „Asi hlavně radost. Samozřejmě, někdy tam jsou nějaký výkyvy nálad, ale převažujou spíš ty pozitivní věci.“

Tři dotazovaní uvedli spíše negativní emoce jako například pocity samoty, zklamání, přecitlivělost a další.

A8: „Mno, slýchám o sobě, že svý emoce moc nezvládam a jsem přecitlivělá, což je pravda. Bejvám nedůvěřivá a podezřívá, což je následek toho starýho života, kde jsem nemohla a nešlo věřit nikomu“

A10: „Často prožívám zklamání a samotu. Kdysi jsem napsal: ‚smích smíchaný s hořkostí, pramenící z pramene promarněných možností‘, tak asi tak“

Zbývající jeden respondent odpověděl neurčitě.

A7: „No, jaký emoce.. no, tak já nevím o tom, že bych byl nějak nevyrovnanej.... spíš tak normální, běžný, podle situace.. asi jako každěj člověk.“

Odpovědi na to, s jakými problémy se dotazovaní potýkají, se poměrně lišily. Třikrát se však vyskytla oblast dluhů způsobených starým způsobem života.

A9: „*Dluhy, dluhy, dluhy... Někdy mi to bere vítr z plachet, protože to trvá opravdu už moc dlouho.*“

Dvakrát se také objevila pracovní vytíženost a další pracovní záležitosti.

A4: „*Někdy si taky na sebe беру moc úkolů, který mě pak vyčerpávají. Pracuju s lidma, takže i to bejvá občas náročný.*“

Další odpovědi již byly značně rozmanité, objevily se například špatné vzpomínky, lenost, zdravotní problémy, čelení konfliktům, vznětlivost, umění vést lidi a další.

A7: „*Ono se to jako netýká drog, spíš ale třeba jak učit lidi.. jak je motivovat, jak je vést... Není to to tak, že bych nějak bojoval sám se sebou, abych to přežil.*“

A8: „*Jsou to hlavně vztahy s lidmi, bojím se konfliktů a nerada se hádam, s každým chci vycházet. Ale někdy to tak nejde, pořád se pak každému omlouvám a tak.*“

Sociální zaopatření všech respondentů lze charakterizovat jako dobré, u některých dokonce nadstandartní.

A3: „*Bydlení mám skvělý a práci ještě lepší, věnuju se lidem, jako jsem byl já, jak jsem již řekl, jsem pracovníkem v Teen Challenge. No a vzhledem k minulosti mám dost dluhů který pravidelně splácím takže mi moc peněz nezbyvá, ale nedostatkem rozhodně netrpím. A vzdělání...dělám si dálkově biblický kurz na VOŠMT v Kolíně...*“

A4: „*Máme se ženou byt a mam práci, která mě baví. Můžeme si i dovolit nějakej nadstandart, ktorej není nutnej pro život, ale díky Bohu si ho můžeme dopřát – jako jsou třeba dovolený, dárky a tak. A do vzdělávání se mi teda popravdě řečeno už moc nechce, i když můj vedoucí se mě do toho snaží přemluvit.. ale jako účastním se různých školení, seminářů, výcviků a podobně.*“

A10: „*Pracuju v Teen Challenge, bydlíme s manželkou a dětma a máme se dobře...*“

Dva respondenti však bydlí na chráněném bydlení, oba ale mají práci.

A5: „*Práci mam, i když to teda není zatím na plnej úvazek. No a taky jsem se teďka přihlásil na kurz, si chci nechat udělat rekvalifikaci a budu masírovat... a učim se na kytaru.*“

A6: „*Práci mám, bydlení mám.*“

Co se zaměstnání týče, pět z dotazovaných nyní pracuje v protidrogových službách.

A2: „...– pracuju jako terénní pracovník, už vlastně 11 let, protože věřím tomu, že těmhle lidem může být pomůženo a tak se snažím. A vzhledem k tomu, že jsem tím sám prošel, tak si myslím, že i můžu něco předat.“

A3: „...věnuju se lidem, jako jsem byl já...“, „...jsem pracovníkem v Teen Challenge.“

V oblasti hodnot a priorit se opět setkáváme s různými odpověďmi. Nejčastěji uváděnou prioritou však byla víra v Boha a vztahy s rodinou, jak vypovědělo šest klientů.

A4: „Nechci se pořád opakovat, protože u mě je Bůh vždycky na prvním místě... Ale tak je pro mě důležitěj domov, zázemí, kde se můžu cítit dobře a bezpečně. Je důležitý, abych dokázal svojí rodinu dobře vést. No a mít prostředky, abych jí dokázal zabezpečit.“

A8: „Moje hodnoty.. jsou dobrý vztahy s rodinou a lidma kolem mě. Priorita je mít Boha na prvním místě a od toho se pak odvíjejí další křesťanský priority a hodnoty.“

A9: „Beru to tak, že jsem tady na světě jenom na chvílku a během toho času bych toho měl udělat co nejvíc pro lidi – takže důležitý pro mě je být tam, kde mě Bůh chce.“

Dále se dvakrát objevila vykazatelnost

A1: „vykazatelnost v tom smyslu, že mym postojem je vykazatelnost, mam někoho, komu říkam úplně všechno a když něco podělám, udělám špatně, tak mam prostě někoho, komu o mejch chybách říkam. Protože je pro mě důležitý nežít ve tmě, ale žít ve světle.“

a dalšími hodnotami byly například pravda, čest, zázemí, zodpovědnost, zdraví, zájem, aktivita, schopnost finančně zabezpečit rodinu, abstinence a další.

A10: „Osobní víra, rodina, zodpovědnost, zájem, aktivita, ovlivnit chod...“

A6: „Rozhodně abstinence, zdraví a můj vztah s dcerou“

Volný čas tráví respondenti opravdu různými způsoby, u všech z nich ale můžeme usoudit, že žijí poměrně aktivní život, jelikož uvádějí širokou škálu činností. Převážně se jedná o aktivity pohybové, zmíněna je však i hudba, četba, vztahy s lidmi, pomoc druhým, cestování, domácí mazlíčci, malování a mnoho dalšího.

A1: „Tim, že se můj volnej čas hodně prolíná s mojí práci, tak vlastně to co dělám je mym koníčkem, dá se říct.. Ne úplně vždycky teda... Ale taky se nebráním tomu, že si pustim flm, přečtu si knížku, pustim si hudbu, vyjedu na kole... Protože někdy tim, že pracuju hodně s lidma, tak potom potřebuju být chvíli sám a odjet. Ale většinou se teda můj volnej čas prolíná s práci, že si

třeba pozvu nějaký mladý lidi z centra a společně podnikem výlet, něco takovýho.. A samozřejmě hodně trávím volnej čas s Bohem, čtu Bibli, modlím se.. a to vlastně někdy i v pracovním čase.“

A5: „Tak chodim tady naproti na keramiku, taky na řezbařinu – to mě baví.. no, jinak maluju, hodně teda čtu, chodim na bazén, hraju na tu kytaru... a za malým jezdím.“

7.3.2. Výpovědi respondentů skupiny B

Co se sociálních vztahů týče, většina dotazovaných uvedla, že má rodinu i přátele, se kterými se stýkají.

B7: „Rodinu mam původní i svojí – mam dceru a partnera. Mam pár přátel, dost kamarádů a hodně moc známých... a s rodinou tou mojí původní se vídam, ale né teda úplně se všema“

Pouze dva dotazovaní se vyjádřili k jistému nedostatku v této oblasti. Návrat z léčby do všedního života je poměrně náročnou situací. Pro lidi, kteří se vrátili z léčby, není zrovna bezpečné, aby se znovu vídali s kamarády, se kterými byli zvyklí užívat psychoaktivní látky a dělat další věci, které patřily k jejich starému životu. Proto jsou po léčbě tito lidé vrženi do světa, kde mnohdy nemají žádné sociální vazby a musejí je znovu vytvářet. To může být velmi obtížné.

B5: „a přátele nemam.. tím myslím, jako přátele z čistého světa.. prostě se v tom nějak neumím pohybovat.“

B10: „Mám syna... rodiče umřeli a bližší příbuzní na mě kašlou...“

V nouzi by se většina respondentů obrátila na rodinu či přátele,

B9: „Na přítele... a na kamarády“

B8: „Právě na rodinu“

B6: „Asi na tetu, nebo na sestřenku.“

v případě těch, kteří se z různých důvodů na své nejbližší obrátit nemohou, často v odpovědích zazněla jména lékařů, či pracovníků ze zařízení, kterými prošli.

B10: „Na tu Magdalénu... jako Magdalénu o.p.s“

B2: „No, určitě bych se nemohl obrátit na rodinu.. to spíš na ty kamarády. A pokud by se to týkalo drog, tak asi bych spíš jako vyhledal nějakou odbornější pomoc, nějakého pracovníka. S tím by mi prostě nikdo jinej pomoci nemoh“

V oblasti snů, tužeb a cílů odpověděli čtyři dotazovaní téměř totožně a zmínili práci, vlastní byt a přítelkyni, vidíme tedy, že mnoho z nich ještě strádá v těchto oblastech.

B4: „Chtěl bych mít dobrou práci, přítelkyni.. a vlastní byt“

B2: „Tak to je jasný – chtěl bych zaměstnání, bydlení, přítelkyni, začít řešit dluhy konečně“

Dva respondenti nedokázali na otázku odpovědět, pravděpodobně jsou vděčni především za to, co teď mají a čeho dosáhli – a to je život bez závislosti.

B3: „Já jako nemám velký ambice, hlavně jsem rád, že jsem přežil závislost.. sny nemám, nesním... jsem realista.“

B5: „Nevim.. nemam v tom jasno prostě.“

Zbylí čtyři se zaměřili na trošku „vyšší“ sny a cíle než jsou základní věci jako je zázemí a sdíleli se o své cíle a sny, které byly poměrně rozmanité.

B7: „...chci bejt dobrá máma a dobrá žena, dobrej přítel.“

B8: „...jet do Ameriky, půjčit si Camaro z roku 1971, žít nějakou dobu v San Franciscu...“

B9: „Svym žitím pomoci i ostatním žít tak, aby byli šťastní... prožít život naplno a nemyslet na materiálně, ale na jiný, pro mě důležitější hodnoty, jako je přátelství, štěstí, pomoc bližnímu a život o kterém můžu na závěr říct, že jsem ho prožila.“

B10: „Mám dobrou práci... chci rozvíjet svoje aktivity v ní, pak si chci znovu pořídit psa a cvičit s ním jako za mlada.“

V otázce smyslu života nalezneme odpovědi poměrně různorodé. Dva z respondentů na tuto otázku odpovědět nedokázali a řekli, že nevědí.

B2: „Já jsem jako smysl života vlastně ještě nenašel... nevim...“

B4: „Nevim... Ne, já nevim... třeba hudba“

Jedna respondentka odpověděla na tuto otázku poměrně neurčitě, pravděpodobně v této oblasti ještě také nemá jasno.

B10: „Žít.“

U zbylých respondentů se objevovaly prvky jako štěstí a spokojenost, abstinence, zdraví a radost ze života,

B6: *„Získat zpátky to, co jsem závislostí ztratila, být šťastná, spokojená“*

B8: *„Být úspěšná, na nikom nezávislá...“*

B1: *„Abstinence, sport a zdrav.í“*

B5: *„Naučit se radovat ze života“*

ve dvou případech byl zmíněn i spirituální aspekt.

B7: *„Věřím v to, že existuje cesta, kterou mam jít a já musím poznat, která to je. Dalším mým smyslem je seberealizace, chci být v něčem dobrá, užitečná.. A taky hledání vyššího smyslu“*

B9: *„...můj Bůh, jehož jsem odrazem.“*

Co se dlouhodobého emocionálního vyladění týče, tři respondenti uvedli převážně pozitivní pocity,

B9: *„Emoce se často střídají, ale ne vždy je dávám moc najevo. Většinou jsem klidná a v pohodě“*

B4: *„Tak převažuje.. no.. to, že si věřím. Jako že si věřím, že ještě něco dokážu.“*

čtyři uvedli pocity negativní

B2: *„No.. asi takovou jako nejistotu.. a taky bych mohl mít lepší sebevědomí, nějakou jistotu prostě.“*

B5: *„Nejčastěji je to takový prázdno někde uvnitř“*

a tři uvedli jak pocity pozitivní, tak negativní.

B6: *„Tak já jsem buď úplně v depce a nebo hodně veselá.. ale asi nic mezi.“*

B10: *„Radost, nespokojenost, strach, úzkost.. a to v tomhle pořadí“*

Mezi problémy, se kterými se dotazovaní nejčastěji potýkají, patří v první řadě hledání zaměstnání a finanční problémy, což také uvedlo šest dotazovaných.

B1: *„Tak řeším ty dluhy pořád, mam starosti se sháněním práce.. a obecně prostě finance, no... prachy prostě“*

B10: *„Finanční nouzi a exekuci.“*

Finance bývají často problémem u lidí, kteří se potýkali se závislostí. Drogy stojí nemalý obnos peněz a lidé pod vlivem těchto látek často přicházejí o zaměstnání, tudíž si na drogy půjčují od rodiny, známých a dalších – v tom lepším případě. V tom horším případě si peníze seženou nelegální cestou.

Zbylí čtyři respondenti uváděli různé konkrétní specifické situace, se kterými se potýkají.

B5: *„Abych nesklouzával do hlubokých depresí ze života v realitě.. neumím ještě tu realitu dost dobře chápat.“*

B6: *„Vztahy s muži.“*

B7: *„Jsou to problémy původní rodiny.. děti mojí sestry, která žije na ulici, můj otec má aspergív syndrom a je to alkoholik, matka je nevyrovnaná a musím řešit její dluhy, byty exekuce“*

V oblasti životních hodnot a priorit se u respondentů často objevovaly podobné odpovědi jako u otázky ohledně smyslu života. Nejčastěji zmiňované byly vztahy s rodinou a přáteli, které uvedlo sedm respondentů, třikrát jakožto prioritou zaznělo zdraví, jednou pomoc druhým a dvakrát rovný charakter a správné chování se ke svému okolí, dále se objevila i práce, spokojenost a například potřeba seberealizace.

B1: *„Tak vztah s rodinou určitě, pak zdraví, práce a vlastní bydlení.“*

B5: *„Pomáhat druhým bych chtěl“*

B8: *„Rovný charakter.. důležitý je neubližovat okolí a chovat se asertivně... někdy je to těžký.“*

B6: *„Nejdůležitější je asi pro mě rodina, práce, kamarádi“*

Co se sociálního zaopatření týče, celkově se dotazovaní potýkají spíše s horšími podmínkami - pouze dva respondenti popsali svou situaci jako dobrou,

B8: *„Mám... mám vlastní byt, dobrou práci, vzdělávám se neustále“*

B5: *„Bydlení mam, práci taky, ale nevzdělávám se.“*

dva jsou nezaměstnaní a dva již práci sehnali a v brzké době do ní nastoupí,

B2: *„Tak bydlím tady na chráněném bydlení a práci teda nemám zatím.“*

B4: *„...práci mam teď tu novou, půjdu příští týden, no.“*

zbylých šest má zaměstnání.

A1: „...práci taky mam..“

B10: „...rozdělávám kariéru..“

Pět z dotazovaných bydlí na chráněném bydlení, tři bydlí v podnájmu a dva mají vlastní bydlení. Co se vzdělávání týče, ve smyslu školského vzdělávání se vzdělávají dva respondenti, dále se objevuje spíše rozvíjení dovedností, jako je například hraní na kytaru.

B6: „...v září se chystám dodělat si poslední ročník školy.“

B10: „... jinak učím se anglicky ...“

V oblasti volnočasových aktivit se setkáme s opravdu různorodými odpověďmi, dotazovaní mají zálibu ve spoustě aktivit přes hudbu, jazyky, umění až ke sportu. Z výpovědi šesti respondentů můžeme usoudit, že žijí poměrně aktivní život,

B3: „Ve volném čase momentálně pracuju, protože mám celkem dost finančních závazků... Jinak jsem ještě do loňského roku pracoval jako dobrovolník v K-centru a s dětma v nízkoprahovém programu. Taky se věnuju psovi, rád vařím, jezdím na kole, čtu, pěstuju kytky, plavu...“

B7: „Mam dítě, školu, práci.. ale jako chodím ráda do přírody, do lesa, jezdím na vodu, na brusle, na kole, plavu – i s malou a s kamarádkama.“

odpovědi zbylých čtyř již tak bohaté nejsou.

B4: „Vycházky a různý kluby, tanečky.“

B6: „Čas trávím asi hlavně s nejlepším kamarádem a jeho přítelkyní, jinak poslouchám hudbu.“

7.3.3. Třetí dílčí shrnutí

Obě skupiny uvádějí, že mají rodinu, se kterou se stýkají. U skupiny A už se častěji kromě rodiny orientační (tedy té, do které se narodili), setkáváme i s rodinou prokreační (tou, kterou sami založili). Stejně tak se obě skupiny vyjádřili, že mají přátele a žijí společenským životem. Můžeme ale soudit, že u skupiny A jsou sociální vazby pevnější, vzhledem k tomu, že většina členů této skupiny by u svých nejbližší i přes zklamání našla pomoc a oporu i v případě relapsu, na rozdíl od skupiny B, kde se objevují i výroky, že by s nimi nejbližší přerušili styky.

V oblasti cílů a snů vidíme, že skupina B nemá úplně vyřešenou materiální stránku a zázemí, proto se v rámci snů a cílů pohybují převážně na této úrovni. U skupiny A se s vyššími cíli setkáváme častěji, celkově bychom je mohli hodnotit jako ambicióznější, navíc jejich touhy nesou prvky altruismu.

V otázce smyslu života mají všichni respondenti skupiny A jasno a jedná se převážně o jejich víru v Boha a od toho odvozené další principy. Skupině B dělala definice smyslu jejich života značně větší problém, někteří na otázku odpovědět ani nedokázali. Se smyslem života je spojen i hodnotový systém, který je u obou skupin hodně zaměřen na rodinu a vztahy s lidmi. U skupiny A samozřejmě v souvislosti s jejich duchovním životem byl další nejčastěji uvedenou hodnotou vztah s Bohem a celkově můžeme říct, že skupina A zmínila podstatně bohatší spektrum hodnot.

Co se týká dlouhodobější emocionálního vyladění, u respondentů skupiny A převažují pozitivní emoce častěji, než u skupiny B. Problémy, se kterými se respondenti potýkají, se v rámci skupiny B příliš nelišily a většina z nich řeší základní otázky zaměstnání a bydlení, jelikož tyto oblasti ještě nemají vyřešené. Skupina A má spíše rozmanité odpovědi, i když ve třech případech najdeme shodu, kdy respondenti stále řeší splácení dluhů z jejich minulosti. Základní existenční podmínky však nikdo ze skupiny A neřeší, až na dvě výjimky, kdy dotazovaní zatím bydlí na chráněném bydlení. U skupiny A také můžeme celkově jejich sociální zaopatření jednoznačně hodnotit jako lepší, mají vlastní bydlení, zakládají rodiny, mají stálá zaměstnání. Zajímavé také je, že polovina respondentů A se rozhodla pracovat právě v protidrogových službách. A co se týká volného času, pokud bychom skupiny měli porovnávat, nalezneme chudší výčet volnočasových aktivit spíše u skupiny B, přesto však můžeme říct, že obě skupiny žijí převážně aktivním způsobem života.

8. Analýza dokumentů organizací

V následující kapitole provedu rozbor dokumentů dvou organizací – Teen Challenge a Anonymních alkoholiků. Právě tyto dvě organizace jsem zvolila z důvodu, že mají nejrozšířenější působnost nejen v České republice, ale i ve světě.

8.1. Teen Challenge

Vycházím z dokumentu „Léčebný model Teen Challenge“, který je dostupný na http://www.teenchallenge.cz/images/stories/lecebny_model_teen_challenge.pdf.

V samotném úvodu tohoto dokumentu zjišťujeme, jaký byl účel jeho napsání. Tím má být podle uvedených informací popsání terapeutického procesu a terapeutického modelu Teen Challenge, odlišení Teen Challenge od ostatních protidrogových a protialkoholních programů a také vystavení existujícího modelu k připomínkám pro jeho vylepšení. Pak jsme stručně informováni o poslání organizace, kterým je evangelizovat lidi s problémem závislosti a navrhnout jim křesťanské učenictví jako řešení. Tímto chce TC pomoci těmto lidem stát se psychicky zdravými, citově vyváženými, sociálně zabezpečenými, fyzicky zdravými a duchovně živými.

Další kapitolka dokumentu je věnována procesu terapie Teen Challenge (dále TC). Ta je založena na vlastním vyučovacím modelu, který je zaměřen na křesťanské učenictví. Značnou úlohu zde hraje pastorační poradenství, které pomáhá studentům (jak TC své klienty nazývá) pochopit biblické pohledy a aplikovat je přímo do jejich konkrétních životních situací. Význam učenictví se odvíjí od toho, v čem vidí TC samotnou příčinu závislosti. Tou příčinou je podle TC oddělení člověka od Boha. Toto oddělení vede člověka k egocentrismu a k životu v hříchu. Člověk oddělený od Boha však po vztahu s Bohem touží, ačkoliv si to neuvědomuje, a proto cítí pocity nesmyslnosti a prázdnoty. Tyto pocity se snaží vyplnit získanými dysfunkčními způsoby jednání, chování a postojů a naplnit tak své primární potřeby smysluplnosti, bezpečí a významu. Součástí terapeutické metody TC je tedy napomoci přechodu od nesmyslnosti do vyplnění prázdna, objevit nesprávné přístupy těchto pocitů a nahradit je těmi, které pramení z relace s Bohem. Když se centrem lidského života stává Kristus, symptomy nesmyslnosti i postoj

závislosti jsou zastoupeny smysluplným životem, což člověka uschopňuje i k tomu, že si začne uvědomovat i svůj nejplnější potenciál. Ze vztahu s Bohem pramení i nabytí základních lidských hodnot, jako je úcta, sebeúcta, láska, odpuštění, zdravé morální hodnoty, zodpovědnost, schopnost mít zdravé vztahy a dobré pracovní návyky, správné postoje ke svobodě, penězům a mnoho dalšího. TC věří, že díky popsaným souvislostem, přinese vztah s Bohem studentům tyto výsledky:

1. Spontánní vymizení anomálií 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

Dále se TC zabývá otázkou psychologické integrace a dívá se na ni, jako na pomocnou složku terapie. Je totiž důležité, aby pracovníci byli vyškoleni v takových oblastech poradenství, jako jsou potíže s jídlem, sexuálních zneužívání, závislost na sexu a podobně a za pomocí informací v těchto oblastech dokázali biblické principy uvádět do kontextu specifických situací klientů.

TC se také vyjadřuje k otázce rehabilitace a uvádí, že v rámci TC se jedná o více než jen rehabilitační proces. Rehabilitace by totiž znamenala pouze návrat studenta do původního stavu, tedy do stavu bez závislosti. Student TC však ve finální etapě není vrácen do původního stavu, ale nachází se ve stavu úplně novém v oblastech jednání, světového názoru, osobní etiky, mezilidských vztahů a mnohých dalších. Proto zastavení destruktivního jednání pomocí TC terapie není návratem do původního stavu, ale novým začátkem.

Dalším bodem je struktura, na kterou je pohlíženo ze tří různých perspektiv. První perspektivou je pohled církve a role TC v církvi. TC má být totiž chápáno jako součást církve s vyškolenými pracovníky, kteří se specializují na danou oblast. Další perspektivou je pohled, který hodnotí službu ve střediskách TC. Tou poslední perspektivou je struktura programu coby struktura terapie. Denní program sestává z prvků, které vedou ke změnám způsobeným skrze křesťanský růst, což se projevuje v pracovních složkách a zkušenostech, bohoslužbách, odpočinku, při jídle, v osobním i skupinovém poradenství, modlitbách, biblickém studiu, v učednických třídách a celkově i v osnovách TC – a to vše integruje terapeutický kontext směrem ke křesťanskému posvěcení.

Analyzovaný dokument není dokumentem teologickým, stručně však představuje TC z teologického hlediska. TC vychází z evangelikálního vyznání víry, je mezidenominační, drží se Bible a věří v Boží moc proměňovat lidské životy a uzdravovat nejen ze závislostí.

Další část se zabývá odpuštěním, jakožto příkladem pro typ výcviku, který je třeba vyvinout. Důležité tedy je, aby pracovník byl efektivním poradcem a měl v dané tématice hluboké poznání, které dokáže studentům pomoci prakticky aplikovat. Konkrétně u zmíněného odpuštění je důležité, aby ho pracovník správně chápal – jako prominutí, přehlížení chyby, jako projev důvěry a jako něco, co nás samotné může vysvobodit. Dále jsou zde popsány tři fáze odpuštění - fáze zranění, fáze hněvu a fáze hledání informací. TC věří, že odpuštění je důležitým faktorem v procesu terapie, protože je podstatná pro křesťanský růst. Myšleno je tím odpuštění nejen lidem ze svého okolí (často se jedná o rodinu, obzvlášť o rodiče), ale i odpuštění sám sobě. Neodpuštění totiž může časem vést k ještě větší zahořklosti a zášti.

Dále jsou zde zmíněny faktory úspěchu a faktory selhání a předčasného opuštění střediska. Na základě četných výzkumů jsou jako faktory úspěchu uváděny délka pobytu, zapojení rodiny do programu léčby, možnost pro pacienty se v rámci programu umístit a realizovat, motivace, často i právní nátlak, stálé zaměstnání a dokonce také pokud se pacienti do programu vracejí po temném období, které mimo terapii prožili. Naopak častá recidiva byla zjištěna u pacientů, kteří po odchodu vklouzli zpět do svého života bez určité formy stálého pokračování v léčbě a úpravy životních podmínek. Dále se jednalo o pacienty, kteří vyžadují psychiatrickou pomoc. Také jsou uvedeny tři skupiny faktorů podle Brownella, které souvisejí s neúspěchem – faktory individuální, fyziologické a faktory související s prostředím a sociálními podmínkami. Předčasně střediska opouštějí především lidé, kteří se do programu zapojují slabě, méně houževnatě. Vliv má samozřejmě celkový psychologický stav člověka a v neposlední řadě také pracovník, který se na pacientově úspěchu podílí.

Pak jsou zde popsány dvě složky plánu modelu terapie. První složkou je vstupní pozorování, jehož význam spočívá v tom, že hned na začátku vyčlení ty jedince, pro které by byla vhodnější léčba krátkodobá. Dále také vytváří dobrý podklad k přípravě individuálního plánu, jelikož odhaluje individuální potřeby pacientů a zvyšuje tak efektivitu léčby a redukuje možnost předčasného ukončení. Druhou složkou je individualizace programu, ve které se dočítáme o rozdělení plánů terapie do čtyř skupin

podle stupně psychiatrického narušení pacienta, přičemž každé skupině je doporučen odlišný program.

Nakonec se dokument zabývá duchovní stránkou rehabilitace, jakožto faktorem úspěchu. O tom, že je problém závislosti problémem nejen fyzického rázu, ale i duchovního, dokument pojednával již v předchozích částech. Nyní popisuje šest léčebných složek podle Preziosa, které vedou ke zdůraznění duchovna v rehabilitačním procesu. První složkou je periodický výcvik personálu v oblasti duchovna a jeho vztahu k rehabilitaci, druhou jsou diskusní kroužky personálu, třetí série tří přednášek, které mají na téma duchovna mezi pacienty vyvolat diskuze, čtvrtou je diskusní kroužek pacientů, pátou je představování členů rodiny za účelem seznamování je s duchovní tematikou a poslední je individualizovaný plán terapie nasměrovaný stavům, v nichž se jednotliví pacienti nalézají.

Jako dalšími důležitými faktory se dokument zabývá rozvojem životních činností a poléčebným plánem a také srovnává krátkodobý a dlouhodobý léčebný plán, přičemž podle uvedených výzkumů vychází dlouhodobý plán jako efektivnější a u lidí s absolvováním následné léčby dochází k úspěšnosti ještě vyšší.

Celková úspěšnost Teen Challenge je hodnocena jako velmi vysoká – hovoří se o více než 80% úspěšnosti, například výzkumem HEW (The US Department of Health, Education and Welfare) ve Spojených státech byla po 7 letech od ukončení programu zjištěna abstinence u 86 % absolventů.

8.2. Anonymní alkoholici

Pro účel této kapitoly vycházím z dokumentu Informace pro veřejnost, což je brožura anonymních alkoholiků dostupná na <http://www.anonymnialkoholici.cz/onas/info-pro-verejnost.pdf>.

Ve zmíněném dokumentu Anonymní alkoholici (dále AA) sami sebe charakterizují jako společenství mužů a žen, kteří spolu vzájemně sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že mohou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení se z alkoholismu. Hned v úvodu uvádějí tři body, ve kterých sdělují, že členství je bezplatné a jediným požadavkem je touha přestat pít, dále že AA nejsou spřízněny s žádnou sektou, politickou

organizací, církví ani s jakoukoliv jinou organizací a třetí bod popisuje hlavní cíl AA, kterým je zůstat střízliví a napomáhat ostatním alkoholikům dosáhnout střízlivosti.

Dále je stručně nastíněn program uzdravování ve společenství AA. Tento program se skládá ze čtyř složek, kterými jsou setkání skupin AA, Dvanáct Kroků AA, Dvanáct Tradic AA a služba AA. Každá ze zmíněných složek je soubor aktivit doporučených, ne však závazných ani povinných.

Co se setkávání skupin AA týče, jedná se o setkávání členů za účelem vzájemného sdílení a předávání poselství trpícím alkoholikům. Členové se dělí o své zkušenosti, sílu a naději, že mohou vyřešit jejich společný problém a pomoci ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Setkání jsou dvojího druhu – otevřená a uzavřená. Otevřená jsou přístupná všem včetně nealkoholiků, kteří ale setkání mohou pouze navštívit, ne však hovořit. Uzavřená setkání jsou určena pouze členům společenství nebo těm, kteří mají problém s pitím a touhu přestat pít.

Dvanáct Kroků Anonymních Alkoholiků je základem programu osobního uzdravování. Jedná se o kroky, ve kterých je vyjádřeno, že je důležité přiznat si svou bezmocnost nad alkoholem, dospět k víře, že existuje větší síla, která může jejich zdraví obnovit a svěřeni sebe do péče této síly – Boha, provést důkladnou morální inventuru sama sebe, přiznat Bohu, sobě a další lidské bytosti své chyby, být povolný k tomu, aby Bůh odstraňoval jejich charakterové vady a pokorně ho o to také požádat, sepsat listinu lidí, kterým ublížili a pokusit se jim škody vynahradit, přiznávat se ve chvílích chybování, pomocí modlitby zdokonalovat svůj vědomý vztah s Bohem a uplatňovat zmíněné principy ve všech jejich záležitostech – nejen v rámci skupiny a léčby.

Dvanáct Tradic Anonymních Alkoholiků jsou jednotlivé způsoby, jakými se uvnitř společenství zachovává jednota a určuje jeho vztah k okolí. Patří sem mít na prvním místě společné blaho, mít jakožto jedinou autoritu Boha a pracovníky vnímat pouze jako jeho služebníky (ne vládce) a touha přestat pít jakožto jediná podmínka členství. Dalším principem je, že každá skupina je autonomní a má jediný hlavní účel (předávat poselství trpícímu alkoholikovi), že skupina AA by neměla podporovat žádný jiný vnější podnik (aby nedocházelo k rozptylování od hlavního účelu AA), skupina by měla odmítat příspěvky z vnějšku a zůstat neprofesionální (může však samozřejmě zaměstnávat kvalifikované pracovníky), jméno AA by nemělo být zataženo do veřejných sporů a základem všech tradic má být anonymita AA – veřejné vztahy AA by měly být spíš založené na přitažlivosti Programu, než na jeho propagaci.

Co se Služby AA týče, ta zahrnuje vše, co AA pomáhá přiblížit se k trpícímu alkoholikovi. Rozsah služby je velice široký a zahrnuje veškerou pomoc od práce samotných Dvanácti Kroků, přes telefonní rozhovory s alkoholiky až po například přípravu kávy.

Další krátký text je věnován duchovním, kde farářka Eva Halamová na základě biblického verše „Berte na sebe břemena jedni druhých, tak naplníte zákon Kristův“ (Bible, G 6,2) zdůvodňuje, že je důležité a správné závislým lidem pomáhat.

V další části brožury promlouvá český psychiatr Karel Nešpor a stručně nastiňuje samotné počátky vzniku AA, které se datují do období 30. let 20. století. V této době se při léčbě závislostí nepoužívala skupinová terapie, rodinná terapie ani terapeutická komunita a sdružení AA tak předběhlo svoji dobu. AA tím, že poukázali na nemocného, jakožto na partnera a nejen pasivního příjemce péče, pomohli pokroku v medicíně. Dnes se profesionální pomoc ze strany pracovníků a svépomoc vzájemně doplňují. Na závěr svého příspěvku tento český psychiatr uvádí krátký příběh abstinenta, který prožíval bažení a rozhodl se navštívit setkání AA. Omylem však dorazil na setkání v anglickém jazyce, kterému sice nerozuměl, ale protože mu bylo trapné odejít, zůstal. Přestože nerozuměl ani jediné slovo, jeho bažení pominulo. Nešpor touto krátkou historkou poukazuje na magický vliv skupiny.

Dále je v dokumentu několik stran věnováno seznamu literatury AA a také adresáři skupin AA ČR, včetně potřebných kontaktních údajů a časů pravidelných setkávání skupin. Pak se můžeme dočíst pár slov o společenství Al-Anon, což je společenství příbuzných a přátel alkoholiků, kterým jejich osud není lhostejný, a chtějí pomáhat jiným uzdravit se z alkoholismu. Toto společenství podle uvedených informací funguje na prakticky stejných principech jako AA.

V samotném závěru dokumentu čteme modlitbu AA, která zní: „Bože, dej mi klid přijmout to, co změnit nemohu, odvahu změnit to, co změnit mohu a moudrost jedno od druhého rozpoznat“.

9. Kazuistiky

V této části najdeme zestručněné verze šesti kazuistik bývalých závislých. Plné verze kazuistik se nacházejí v přílohách práce. První tři kazuistiky patří těm, kteří prošli zařízením křesťansky orientovaným, další tři těm, kteří prošli zařízením jiným. Pro zachování jejich anonymity jsem změnila jejich křestní jména a neuvádím ani další osobní údaje.

9.1. Kazuistika 1

Jméno: Jan

Narozen: 1976

Jan pochází ze spokojené rodiny, k drogám se dostal pod vlivem party chlapců, se kterými se kamarádil. Poprvé se společně opili, když jim bylo 12 let a ještě na základní škole experimentovali s dalšími látkami. Během střední školy bral intravenózně pervitin, školu kvůli problémům s drogami nedokončil. Po střední škole žil nějaký čas na ulici, kdy přišel poprvé do kontaktu s pracovníky Teen Challenge. S nimi často probíral možnost léčby a kromě toho se od pracovníků poprvé doslechl o Bohu. Přestože Jan nebyl věřící, rozhovory o Bohu pro něj byly zajímavé a chtěl se o něm dozvědět více. Také pomalu dospěl k rozhodnutí, že chce se svou závislostí něco dělat. Z těchto důvodů nastoupil v 21 letech na roční léčbu do terapeutické komunity Teen Challenge, kterou úspěšně absolvoval. Dnes je Jan ženatý, má dvě děti, vystudoval teologii a působí jako kazatel v křesťanském sboru.

9.2. Kazuistika 2

Jméno: Josef

Narozen: 1982

Josef měl harmonické dětství až do svých 14 let, kdy se jeho rodiče rozvedli. To byla také doba, kdy u Jana začaly první problémy s alkoholem a marihuanou. V 16

letech si začal píchat pervitin a po dvou letech předčasně ukončil střední školu a šel pracovat. Ve 21 letech žil na ulici, kde začíná užívat i heroin a stále více pije. Od té doby nastoupil třikrát na léčbu do psychiatrické léčebny, pokaždé však předčasně odešel. Po tragické smrti jeho přítelkyně, která se předávkovala, si ujasnil, že chce se závislostí skoncovat. Jelikož byl v kontaktu s terénními pracovníky Teen Challenge, zvolil si terapeutickou komunitu Teen Challenge ve Šluknově. Léčbu zde úspěšně dokončil, nyní už přes dva roky abstinuje a momentálně vypomáhá ve Šluknově, protože chce pomáhat lidem, kteří procházejí tím, čím si prošel i on.

9.3. Kazuistika 3

Jméno: Petr

Narozen: 1967

Petr pochází z úplné rodiny, jeho otec však byl alkoholik a docházelo občas z jeho strany k domácímu násilí. Petr má za sebou z dětství také traumatickou zkušenost v oblasti sexuální, kdy byl jako pětiletý chlapec zneužit sousedem. Už na základní škole pod vlivem skupiny starších chlapců začal Petr kromě kouření a opíjení se experimentovat také s toluenem. Když byl později Petr na vojně, začal užívat analgen, aby byl propuštěn domů. Plánoval, že po propuštění se vším přestane, tak se však nestalo a Petr bral drogy dalších 16 let - užíval převážně pervitin a experimentoval s dalšími látkami. Během té doby se oženil a krátce poté co se ženou přivedli na svět dceru, se zase rozvedl. Byl také třikrát ve vězení za krádeže, výtržnictví a napadení veřejného činitele. Po návratu z posledního výkonu trestu šel Petr bydlet k matce, která již nežila s otcem a byla věřící. Jednoho dne šel Petr se svou matkou na nedělní křesťanské shromáždění, které v něm vzbudilo otázky po Bohu. Po nějakém čase konvertoval ke křesťanské víře a rozhodl se, že chce se svou závislostí skoncovat, proto nastoupil na rok do terapeutické komunity Teen Challenge. Dnes již 14 let abstinuje, znovu se oženil a kromě dcery z předchozího manželství má ještě syna.

9.4. Kazuistika 4

Jméno: Pavel

Narozen: 1984

Pavel vyrůstal v prostředí, kde se rodiče často hádali, a když mu bylo 12, došlo na rozvod. Ve 14 letech okusil Pavel poprvé marihuanu a krátce nato začal experimentovat s nelegálními drogami. V 16 letech poprvé užil heroin intravenózně. Od 20 let žil na ulici, denně pil a užíval heroin. Ve 25 letech začal mít vážné zdravotní problémy, kvůli kterým byl hospitalizován a během pobytu v nemocnici zvažoval možnost léčby. Po propuštění však mění názor a po dvoutýdenní abstinenci se vrací k drogám. Po měsíci musel však být znovu hospitalizován, v té době byli on i jeho matka v kontaktu s pracovníky kontaktního centra, kteří Pavlovi doporučovali nástup do terapeutické komunity. To však odmítl, tato léčba mu připadala moc dlouhá a tak nastoupil na 2 měsíce do nejbližší léčebny - PL Dobřany a pak ještě na 6 měsíců do PL Červený Dvůr. Dva měsíce pak bydlel na chráněném bydlení, dostavil se však relaps a Pavel dva týdny užíval heroin. Poté znovu nastoupil na 6 měsíců do PL Dobřany a po návratu opět chvíli bydlel na chráněném bydlení. Dnes už je to rok, Pavel stále abstinguje, našel si přítelkyni, se kterou bydlí, zlepšil se jeho zdravotní stav a Pavel si hledá práci.

9.5. Kazuistika 5

Jméno: Anna

Narozen: 1989

Anna vyrůstala v úplné rodině až do 12 let, kdy se rodiče rozvedli. Jelikož trávila čas se staršími kamarády a chtěla se jim zalíbit, kouřila s nimi marihuanu. Když pak byla na střední škole, našla si chlapce, který ji naučil brát pervitin. Po prvním roce změnila školu, na které vydržela dva roky a šla pracovat. Práce jí však nevydržela dlouho, a protože užívala pravidelně pervitin, na který potřebovala peníze, začala krást své rodině. Kvůli tomu byla vyhozena z domu a tak žila na ulici. Po nějakém čase se seznámila s chlapcem a poté co se k němu nastěhovala, začala brát drogy ještě více a zanedbávala svůj zdravotní stav. Když vážila 47kg nechala se dobrovolně odvézt do Bohnic, odtud byla hospitalizována na infekční v Motole a protože pak již nechtěla zpět do Bohnic, rozhodla

se pro PL Červený Dvůr. Z kázeňských důvodů odtud byla po dvou týdnech vyhozena a nastoupila do terapeutické komunity Bílá Voda, odkud však po měsíci utekla, protože se o jednom z klientů dověděla, že kdysi znásilnil dívku. Anna však dále vydržela abstinovat a poprosila svou matku, jestli může jít bydlet k ní. Matka ji odmítla se slovy, že nevěří, že vydrží bez drog, což Annu velmi zranilo a ze vzteku na matku si vzala pervitin. Rychle se však rozhodla jít se znovu léčit, tentokrát do komunity Magdaléna, o které se doslechla od známých a na kterou slyšela dobré ohlasy. Z léčby kvůli vztahu odešla dříve, docházela pak ale ambulantně do doléčovací služby. Dnes už 15 měsíců abstinguje, má práci a v září se chystá dostudovat.

9.6. Kazuistika 6

Jméno: Jiří

Narozen: 1976

Jiřího rodiče se rozvedli, když mu bylo 14 let a od té doby žil se svou matkou a sestrou. Jeho otec byl alkoholik a nikdy s ním neměl příliš dobrý vztah, proto se emocionálně upnul na svou matku, ke které má silnou vazbu dodnes. V 16 letech začal poprvé s příležitostným opíjením, ke kterému docházelo čím dál častěji. Postupně se k alkoholu přidávala i marihuana a po vyloučení ze školy a nástupu do práce i další látky. Ve 22 letech pil každý den a víkendově užíval pervitin. Po 7 letech ze zdravotních důvodů a kvůli psychickým problémům nastoupil na tři měsíce do PL Dobřany. Toto zařízení zvolil z časových důvodů a také kvůli jeho poloze, nechtěl se příliš vzdálit od svého a matčina bydliště. Po léčbě se však na pět let vrátil alkoholu. Pak znovu kvůli zdravotním a psychickým problémům zvažoval léčbu, a když se mu narodila malá neteř, rozhodl se definitivně. Nastoupil do již známé PL Dobřany a po skončení léčby tentokrát šel bydlet do chráněného bydlení, kde bydlí dodnes. Je odhodlaný se k alkoholu ani jiným drogám nevrátit a pracuje na obnově rodinných vztahů. Tráví tedy spoustu času s matkou, sestrou a malou neteří.

10.SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

V první části výzkumu jsme pomocí rozhovoru s bývalými klienty různých terapeutických zařízení sledovali, zda na respondentech, kteří prošli léčbou v křesťansky orientovaném zařízení, zanechala léčba jiný efekt než na bývalých klientech zařízení jiných a zda by se tedy křesťanský přístup dal hodnotit jako efektivnější. Na základě těchto rozhovorů jsme zjistili, že tím, že křesťansky orientovaná zařízení nabízejí seznámení se životem víry, obohacují své klienty o mnoho dalších prvků více než ostatní zařízení. Tito lidé našli smysl života, prožili duchovní obživení, našli nové postoje, způsob uvažování a hodnoty postavené na vztahu s Bohem. Díky tomu začali žít nový život s novou identitou, která není založena na užívání drogy, ale je zakořeněna ve vztahu s Ježíšem. Nalézají v něm oporu v těžkých chvílích, naději, odpuštění a také sílu se ke svým chybám nevracet a odvrátit svůj zrak od starého způsobu života. V rozhovorech jsme si tedy ověřili, že je vskutku dosahováno cílů, o kterých se dovídáme v druhé části výzkumu - analýze dokumentů.

V kazuistikách, které tvoří třetí část výzkumu, máme možnost blíže nahlédnout do životních příběhů šesti lidí, z nichž tři absolvovali léčbu v zařízení s křesťanským programem. Zjistili jsme, že tento typ zařízení dotyční zvolili dvakrát z důvodu, že již před nástupem do léčby přišli do kontaktu s křesťanskou vírou a kromě dosažení abstinence se chtěli také dozvědět více v tomto směru. Třetí z nich si toto zařízení zvolil, protože se mu věnovali terénní pracovníci této organizace a motivovali ho k léčbě. V dalších třech případech si dotyční vybrali místo léčby na doporučení známých a ve dvou případech nastoupili záměrně do léčebny, která se nacházela nejbližší. Všichni z těch, kteří prošli léčbou křesťansky neorientovanou, prošli několika zařízeními (v jednom případě dvěma, ve dvou případech třemi), mají tedy za sebou neúspěšné pokusy o léčbu a relaps. U jedinců ze zařízení křesťansky orientovaných došlo k relapsu jen v jednom případě, kdy se dotyčný nejprve třikrát neúspěšně pokusil o léčbu v zařízení jiných a úspěch přišel až po absolvování léčby v křesťanské komunitě. U zbylých dvou byla úspěšná hned první léčba absolvovaná v zařízení s křesťanským programem. Jak tedy vidíme, léčba v křesťanském zařízení se zde ukázala jako účinnější. I tato část výzkumu tedy hovoří ve prospěch efektivnosti křesťanského přístupu, která spočívá v tom, že po absolvování léčby v křesťanském zařízení klienti dosahují dlouhodobé abstinence bez relapsů.

Na závěr ještě považuji za důležité podotknout, že do výzkumu vstupovalo několik faktorů, které mohly jeho výsledky ovlivnit, tyto faktory nazýváme „intervenční proměnné“. Takovými proměnnými jsou například věk, pohlaví a délka doby abstinence jednotlivých respondentů a také to z jakého prostředí pocházejí a v jakých sociálních podmínkách žili ještě před nástupem do léčby. Další proměnnou je také fakt, že respondenti prošli různými typy léčby nejen z pohledu dělení na křesťansky orientované a neorientované, ale také z pohledu dělení na pobyt v zařízení zdravotnickém (psychiatrické léčebny) a nezdravotnickém (terapeutické komunity), pro účely výzkumu však typy zařízení rozlišuji pouze v rámci prve zmíněného dělení. Dalším faktorem je také můj subjektivní postoj k této problematice, hlásím se totiž ke křesťanské víře a tak mohlo mé smýšlení ovlivnit interpretaci dat, přestože jsem se snažila, aby k tomu nedocházelo. I podle Hendla (2005) je však vliv osobních preferencí výzkumníka na výzkum běžným jevem a také rizikem, ve kterém nevýhoda kvalitativního výzkumu spočívá.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývá tematikou drogových závislostí a křesťanským přístupem jakožto součástí jejich léčby. Cílem práce bylo přiblížit tuto problematiku po teoretické stránce a pomocí výzkumu zjistit, zda léčba v křesťanském zařízení přináší svým klientům oproti léčbě v ostatních zařízení něco navíc.

Výsledky výzkumu ukázaly, že lidé, kteří z těchto zařízení odcházejí, jsou oproti bývalým klientům z jiných zařízení obohaceni především o to, že byly naplňovány i jejich duchovní potřeby. Nalezli nový smysl života a vyvinuli nový životní styl, ve kterém jsou jejich bývalé škodlivé návyky nahrazeny novými, prospěšnějšími. Oproti bývalým klientům jiných zařízení vykazují také větší známky jistoty a sebedůvěry co se setrvání v abstinenci týče a je u nich podstatně menší výskyt relapsů. Mimo jiné mají pevnější sociální vazby, celkově lépe vyřešené sociální zaopatření, převažuje u nich optimističtější náhled na život, jeví se jako ambicióznější a jsou altruisticky založení. Z důvodů právě zmíněných a dalších, které jsou popsány ve shrnutí výsledků výzkumu, můžeme říci, že vzhledem k provedenému výzkumu lze křesťanský přístup ve zkoumaných oblastech hodnotit jako efektivnější. Odpovídáme tak na hlavní výzkumnou otázku, čímž je naplněn hlavní cíl této práce.

Přínos práce spatřuji v tom, že poukazuje na křesťanský přístup jako možnou součást léčby, která se na základě provedeného výzkumu jeví jako účinná. Práce byla samozřejmě přínosná i pro mě osobně, protože jsem díky ní mohla lépe nahlédnout do problematiky drogových závislostí, která mě vždy zajímala a mohla jsem si vyslechnout spoustu zajímavých příběhů lidí, kteří závislostí prošli.

RESUMÉ

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku drogových závislostí a na křesťanský přístup v kontextu jejich léčby. Práce je členěna do dvou částí. První, teoretická část, se věnuje základním pojmům z oblasti drog a závislostí, systému léčebné péče o drogově závislé v České republice, dále se zabývá pojmy spirituality a křesťanského přístupu jako součástí léčby závislostí a stručně představuje některé křesťansky orientované organizace, které v oblasti léčby závislostí působí. Druhá, empirická část se snaží pomocí kvalitativního výzkumu zjistit, zda existují rozdíly v tom, jaký efekt měla na své klienty léčba v zařízeních křesťansky orientovaných a jaký efekt v zařízeních jiných, případně tyto rozdíly popsat a na základě získaných poznatků rozhodnout, zda je tedy křesťanský přístup efektivnější. Výsledky výzkumu ukázali, že takové rozdíly vskutku existují a na jejich základě lze konstatovat, že křesťanský přístup je ve zkoumaných oblastech efektivnější.

SUMMARY

In this bachelor thesis the focus is on the issues of drug addictions and the Christian approach in the context of drug addiction treatment. The thesis is divided into two parts. The first part is theoretical and in this part the focus is on the basic concepts from a drug and addiction standpoint, on the system of medical care of drug addicts in the Czech Republic, concepts of spirituality and the Christian approach in the context of drug addiction treatment and briefly the introduction of some Christian oriented organizations which occur in a drug addiction treatments. The practical part uses qualitative research to explore if there are any differences between the effects of clients who went through treatments in Christian oriented institutions and the effects of clients who went through other institutions and to possibly describe their differences and decide, whether is the Christian approach more effective. According to the results, there really are some differences and due to their existence we can submit, that the Christian approach is more effective in the examined areas.

Seznam použité literatury

1. ANZENBACHER, Arno. *Křesťanská sociální etika: úvod a principy*. 1. vyd. Překlad Karel Šprunk. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, c2004, 254 s. ISBN 80-732-5030-6.
2. BARKER, Gary. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Vyd. 1. Překlad Ervin Široký. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999, 60 s. SCAN, sv. 6. ISBN 80-858-3478-2.
3. *Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad*. 10. vyd., (8. přeprac.). Praha: Česká biblická společnost, 1995c1985, 863287 s. ISBN 80-858-1007-7.
4. BOICE, James Montgomery. *Základy křesťanské víry: (jednosvazková systematická teologie)*. 1. vyd. Překlad Miroslav Palát. Praha: Návrat domů, c1999, 647 s. ISBN 80-725-5005-5.
5. DE FIORES, Stefano a Tullo GOFFI. *Slovník spirituality*. 1. vyd. Překlad Terezie Brichtová, Jiří Sýkora, Jan Lachman. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999, 1295 s. ISBN 80-719-2338-9.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
7. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
9. KAŠPARŮ, Jaroslav Max. *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Brno: Cesta, 2002, 153 s. ISBN 80-729-5031-2.

10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000, 177 s. Studijní texty (Evangelikální teologický seminář v Praze). ISBN 80-859-4242-9.
11. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
12. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha:Portál, 2000
13. NEŠPOR, Karel, Ladislav CSÉMY a Hana PERNICOVÁ. *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách: Příručka pro pedagogy*. Praha: Sportpropag, a.s., 1996.
14. NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
15. OPATRNÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 1995, 27 s. ISBN 80-238-0430-8.
16. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 326 s. ISBN 9788073673123.
17. PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblerství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008, 273 s. ISBN 978-807-3800-741.
18. SCHERMER, Victor L. *Duch a duše*. Vyd. 1. Překlad Pavla Le Roch. V Praze: Triton, 2007, 279 s. Psyché (Triton), sv. č. 44. ISBN 978-807-2548-163.
19. SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče*. Praha: Kalich, 1991. ISBN 80-701-7276-2.
20. Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Standardy odborné způsobilosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.

21. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
23. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
24. ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-718-4203-6.

Internetové zdroje

1. *Anonymní alkoholici* [online]. ©2011 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/>
2. *Anonymní alkoholici: Informace pro veřejnost* [online]. 2011 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/info-pro-verejnost.pdf>
3. *Betel Česká republika* [online]. 2011 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.komunitabetel.cz/>
4. BURKE. Addiction: A Misplaced Search for God. In: *Patricia A. Burke, MSW, LCSW, BCD: Holistic Psychotherapy, Soul Work, Addictions Treatment* [online]. 2010 [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.patriciaborke.com/godsearch.html>
5. *Léčebný model Teen Challenge* [online]. [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: http://www.teenchallenge.cz/images/stories/lecebny_model_teen_challenge.pdf
6. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Spiritualita v medicíně. *Časopis lékařů českých* [online]. 2006 [cit. 2012-03-10].

7. Dostupné z: http://www.cspsihiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_269_271.pdf
8. *Point 14* [online]. 2010 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.point14.cz/>
9. PUCHALSKI, Christina M. The role of spirituality in health care. *Baylor University Medical Center Proceedings* [online]. 2001[cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305900/?tool=pubmed>
10. *Středisko křesťanské pomoci Plzeň* [online]. 2010 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.skp-plzen.cz/>
11. *Teen Challenge Česká republika* [online]. 2011 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.teenchallenge.cz/>

Seznam příloh

Příloha 1 (Otázky rozhovoru)

Příloha 2 (Kazuistiky)

OTÁZKY ROZHOVORU

1. Co bylo tou nejsilnější motivací, která vám pomohla dosáhnout abstinence?
2. Co pro vás znamená abstinence? (je podle vás tolerovatelné občasné užití látky?)
3. Jaký je smysl abstinence, proč je důležité nebrat drogy, proč je správné abstinovat?
4. Proč je závislost špatná?
5. Jak byste charakterizoval/a zařízení, ve kterém jste absolvoval/a léčbu? Co byste o něm řekl/a, kdybyste ho měl/a někomu doporučit?
6. Co vám nejvíce brání v tom, požit znovu látku na které jste byl/a závislý/á?
7. Co by pro vás osobně znamenalo, kdybyste látku znovu požil/a? Jak by se to odrazilo na vašem postoji k sobě samému/samé?
8. Jak myslíte, že by reagovali vaši nejbližší, kdybyste látku znovu požil/a?
9. Jak moc sám/a sobě věříte, že nepodlehnete relapsu?
10. Co byste dělal/a v případě pokušení požit drogu, jak byste se bránil/a, případně koho byste poprosil/a o pomoc?
11. Získal/a jste absolvováním léčby v daném zařízení ještě něco navíc, kromě dosažení abstinence? Byl/a jste obohacen/a i o něco jiného?
12. Máte rodinu, přátele, popř. stýkáte se s nimi?
13. Na koho byste se obrátil/a v případě nouze?
14. Kam směřujete? Jaké máte touhy, sny, cíle, aspirace?
15. Co je smyslem vašeho života?
16. Jak byste popsal/a vaše emocionální vyladění, jaké pocity prožíváte nejčastěji, jaké emoce u vás dlouhodobě převažují?
17. S jakými problémy a náročnými situacemi se potýkáte nejčastěji, co opakovaně řešíte?
18. Co jsou ve vašem životě pro vás důležité hodnoty, jaké máte priority?
19. Jak byste charakterizoval/a vaše sociální zaopatření? Máte bydlení, práci, popř. vzděláváte se?
20. Co děláte ve volném čase, jaké máte zájmy?

KAZUISTIKY

Kazuistika 1

Jméno: Jan

Narozen: 1976

Rodinná anamnéza:

Jan se narodil do spokojené rodiny, měl mladšího bratra a společně s ním a se svými rodiči prožil harmonické dětství. Nepamatuje si, že by kdy viděl rodiče opilé, nebo kdy by se rodiče hádali před ním, nebo před bratrem a až do počátků své drogové kariéry neměl Jan s rodiči ani s bratrem nikdy žádné problémy a prožil s nimi šťastné, pohodové dětství.

Osobní anamnéza:

Jan docházel na základní školu, kde působil s dobrým prospěchem. Jednou z jeho velkých zálib bylo karate, kterému se věnoval devět let. Na základní škole se kamarádil s partou pěti chlapců, se kterými se společně snažili přijít na nové způsoby jak se bavit. Když bylo Janovi 12 let, tak se společně s chlapci poprvé opil - a to čistě z nudy. Cesta od alkoholu k marihuaně byla velice rychlá, marihuanu následovalo LSD a o tři roky později v roce 1991 nastupoval Jan na střední školu již jako uživatel pervitinu. Jan byl tvrdě rozhodnut, že od šňupání pervitinu k jeho i.v. užívání nikdy nepřejde. V průběhu užívání však začal mít zdravotní problémy, rozleptanou sliznici a v té době stál před rozhodnutím, zda s pervitinem skoncovat, nebo vzít do ruky jehlu. Opustit drogy se mu však nepodařilo a tak v užívání pervitinu pokračoval, teď už s užitím jehly. V průběhu užívání se začala dostavovat stihománie a později se Jan potýkal s psychózami. Během střední školy začal mít studijní problémy, které vyvrcholily tím, že byl vyhozen od maturitní zkoušky. Po střední škole nastoupil Jan na vojnu, ze které byl kvůli problémům s drogami jakožto nežádoucí vyhozen. Po této události trávil Jan nějaký čas na ulici, kdy se i potýkal s trestnou činností, kradl peníze, vařil a prodával pervitin. V té době začal docházet do kontaktního centra Teen Challenge, kde se dozvěděl o možnosti nastoupit na léčbu do terapeutické komunity. V tomto kontaktním centru se setkával s věřícími pracovníky, se kterými často hovořil na téma víry. Přestože Jan věřící nebyl, tyto rozhovory pro něj byly zajímavé a chtěl se o Bohu dozvědět více. Rozhodl se, že chce se svým problémem závislosti něco dělat a také, jak sám říká, chtěl se dozvědět „více o Bohu a jeho práci s člověkem“. Z těchto důvodů nastoupil v roce 1997 do terapeutické komunity Teen Challenge na roční léčbu. Po jejím úspěšném absolvování se

rozhodl dosloužit si vojnu a dostudovat. Vystudoval teologii a později působil jako kazatel v jednom z místních křesťanských sborů. V současné době už je Jan ženatý, má dvě děti a společně se svou rodinou se přestěhoval do jiného města, kde založil nový sbor. Kromě práce v církvi se Jan věnuje také přednášení na školách a různých akcích pro mládež a také působí jako terénní pracovník a snaží se předat něco ze své životní zkušenosti i dalším lidem.

Kazuistika 2

Jméno: Josef

Narozen: 1982

Rodinná anamnéza:

Josef se narodil do úplné rodiny a své dětství trávil ve svém rodném městě, společně se svými rodiči a se svým bratrem. Na své dětství vzpomíná rád a hodnotí jej jako „krásné“, nejraději vzpomíná na návštěvy u svých prarodičů na venkově, na skautské tábory a na výlety kamionem se svým otcem. Když bylo Josefovi 14 let, jeho rodiče se rozvedli, v té době také u Josefa začaly první problémy s marihuanou a alkoholem, souvislost mezi užíváním těchto látek a rozvodem rodičů však Josef popírá. Po rozvodu rodičů zůstává Josef bydlet u své matky společně se svým bratrem.

Osobní anamnéza:

Než se dostavily první problémy s drogami, prospíval Josef ve škole dobře. Když mu bylo 14 let a jeho rodiče se rozvedli, začal kouřit marihuanu a opíjet se. Dva roky poté si začal píchat pervitin a o rok později prodělal žloutenku typu B, bylo mu 17 let. V této době, kdy byl ve druhém ročníku střední průmyslové školy, přestal do školy docházet. V 18 letech nastoupil do práce ve firmě Pannasonic, kde pracoval 2 měsíce a během této doby vyměnil pervitin za LSD a větší množství alkoholu. Během následujících tří let vystřídal ještě dvě zaměstnání, nikde však delší dobu nevydržel. Ve 21 letech odchází z domova od své matky a bratra a nezaměstnaný zůstává zhruba rok žít na ulici, kde si peníze obstarává žebráním a krádežemi. V té době začal občasně užívat heroin, převážně však pil alkohol. O rok později navázal svůj první vážný vztah s dívkou, která také užívala drogy, ale v menší míře než Josef. O rok déle, v roce 2005, prodělal Josef své první delirium tremens a byl hospitalizován do fakultní nemocnice na detox. Podepsal revers a pil dál. V létě téhož roku nastoupil na výkon trestu za krádeže a v roce 2006 byl podmíněčně propuštěn. Během této doby vydržel bez drog. Jeho

přítelkyně na něj během výkonu trestu čekala, krátce po jeho propuštění se však stejně rozešli. Po rozchodu začal Josef znovu pít a užívat drogy. V únoru 2007 nastoupil do Dobřan, kde podepsal revers a opět užíval látky dál. V srpnu 2007 nastoupil do psychiatrické léčebny Červený Dvůr, kde vydržel šest týdnů, po kterých se společně s jiným pacientem rozhodli podepsat revers. V té době Josef pil dál, jak však sám říká, měl už snahu žít „normální život“. V té době si sehnal práci a bydlení. V pracovních dnech pil relativně málo, převážně piva, ve volných dnech však pil hodně vodky a užíval i.v. heroin. V té době navázal druhý vážný vztah. Krátce poté opustil zaměstnání a společně se svou novou přítelkyní užívali heroin ve větším množství. Po nějaké době se oba rozhodli, že se společně půjdou léčit a nastoupili do fakultní nemocnice. Po víkendové vycházce se však jeho přítelkyně nevrátila a tak kvůli ní podepsal Josef revers. Pokoušeli se společně přestat s heroinem, avšak neúspěšně. V srpnu 2008 se oba dva neúmyslně předávkovali, a když se Josef probudil, jeho přítelkyně byla mrtvá. Po této traumatické události chvíli Josefovi trvalo, než si ujasnil, jak moc je léčba důležitá. Po čase se rozhodl nastoupit znovu na léčení, a protože byl v kontaktu s terénními pracovníky Teen Challenge, rozhodl se pro léčbu v terapeutické komunitě Teen Challenge ve Šluknově, kam také v prosinci 2009 nastoupil. Tuto jednoletou léčbu úspěšně absolvoval a dodnes stále abstinuje. Kromě toho se rozhodl, že chce pomáhat lidem, kteří mají podobnou zkušenost jako on a dnes v terapeutické komunitě Teen Challenge ve Šluknově působí jako jeden z pracovníků.

Kazuistika 3

Jméno: Petr

Narozen: 1967

Rodinná anamnéza:

Petr vyrůstal v úplné rodině s oběma rodiči, mladší sestrou a starším bratrem. Petrův otec byl alkoholik a několikrát z jeho strany došlo k domácímu násilí. Na své dětství tedy Petr příliš rád nevzpomíná a to i z důvodu, že byl jako pětiletý chlapec sexuálně zneužit svým sousedem. Tento traumatický zážitek v Petrovi způsobil, že v pozdějším věku musel řešit otázku vlastní sexuální orientace.

Osobní anamnéza:

Na základní škole trávil Petr čas s partou chlapců, se kterými společně postupně začínali experimentovat s různými látkami. Chlapci byli starší než on a již na prvním stupni Petr od chlapců poprvé okusil cigarety a alkohol. Ve 12 letech začal Petr s příležitostným opíjením, postupně pod tlakem skupiny starších chlapců začal zkoušet toluen. Ze začátku mu po něm nebylo dobře, ale kvůli vlivu party i přes nevolnosti a nepříjemné psychické stavy pokračoval. Po čase se Petrovi po toluenu začaly dostavovat příjemné stavy. S toluenem Petr pokračoval i později na vojně, kde mu tato látka i z finančních důvodů přišla vhod, jelikož byla levnější než cigarety a alkohol. Protože chtěl Petr z vojny domů, začal užívat analgen a plánoval, že po propuštění s touto látkou skončí. Tak se však nestalo a Petr začal později užívat pervitin a experimentovat s dalšími látkami. Drogy požíval dalších 16 let. Během té doby se seznámil s dívkou, kterou také přivedl k drogám. S touto dívkou se oženil a několik let užívali pervitin společně. Přesto, že Petr svou ženu hluboce miloval, podléhal svým silným přívalům hněvu a několikrát ji zmlátil. Po čase jeho žena otěhotněla, oba dva však s drogami pokračovali. Po narození dcerky se začaly manželské problémy stupňovat a po dvou letech se Petr se svou ženou rozvedl. Pod vlivem psychoaktivních látek se Petr dopouštěl trestné činnosti, jako jsou krádeže, výtržnictví či napadení veřejného činitele. Ve vězení byl dohromady třikrát, nejdelší pobyt trval 3 roky. Během výkonu trestu se mu podařilo abstinovat, vždy po propuštění však spadl do drogové závislosti znovu. Po návratu z posledního výkonu trestu neměl Petr kde bydlet a proto žil krátce u své matky. Jeho matka byla v této době již rozvedená a konvertovala ke křesťanské víře. Petr se jednoho nedělního rána rozhodl, že společně s matkou půjde na kázání do sboru, kam matka docházela. Toto setkání s vírou v něm vzbudilo další otázky po Bohu a poté co prožil obrácení k víře, se rozhodl, že se svým životem v závislosti chce něco dělat. Proto nastoupil do terapeutické komunity Teen Challenge a úspěšně zde absolvoval roční léčbu, po které se mu dále daří abstinovat. Čtyři roky po ukončení léčby se stal jedním z pracovníků v Teen Challenge, kde pracuje již 10 let. Petr už 14 let abstínuje, je podruhé ženatý, má spokojené manželství a kromě dospělé dcery z předchozího manželství má ročního syna.

Kazuistika 4

Jméno: Pavel

Narozen: 1984

Rodinná anamnéza:

Pavel vyrůstal s rodiči, starším bratrem a stejně starou sestrou – dvojčetem. Rodiče se často hádali, a když bylo Pavlovi 12 let, tak se rozvedli. Po rozvodu děti zůstaly žít u matky a otce vídaly jen příležitostně.

Osobní anamnéza:

Ve 14 letech poprvé Pavel vyzkoušel alkohol a marihuanu. Krátce na to začal experimentovat s dalšími látkami jako je pervitin, heroin, LSD a mnoho dalších a v 16 letech poprvé užil heroin intravenózně. V 17 letech byl ve vazbě za krádeže, což se opakovalo ještě dvakrát. Od 20 let začal pít alkohol pravidelně každý den a začal žít na ulici společně se svou sestrou, která drogy a alkohol užívala s ním. Ve 23 letech začal užívat heroin každý den. Během života na ulici se svou sestrou a partou dalších lidí se Pavlovi či sestře několikrát na krátkou dobu podařilo přestat látky užívat, vlivem druhého se však k užívání vždy zase vrátili. V 25 letech začal mít Pavel vážné potíže se srdcem a musel být hospitalizován. Kromě srdeční poruchy mu byla diagnostikována plicní embolie a Pavel v té době během pobytu v nemocnici začal vážněji zvažovat abstinenci. V té době kontaktovala Jakubova matka místní kontaktní centrum a společně s jeho pracovníky se snažila Pavla k léčbě motivovat. Pavlův dvoutýdenní pobyt v nemocnici byl v té době jeho prvním abstinováním. Po propuštění z nemocnice však Pavel mění názor na možnost léčby a i přes vážný zdravotní stav se vrací na ulici a dále pije i užívá heroin. Po měsíci však musel být znovu hospitalizován, poté se již konečně rozhodl nastoupit na léčbu. Pracovníci kontaktního centra mu doporučovali nástup do terapeutické komunity, to však Pavel odmítl. Nejprve strávil 2 měsíce v psychiatrické léčebně v Dobřanech, pak strávil ještě 6 měsíců v psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Po absolvování léčby bydlel ještě dva měsíce na chráněném bydlení. Pak se však dostavil relaps a Pavel dva týdny užíval heroin. Poté se rozhodl znovu nastoupit do léčby a strávil půl roku v psychiatrické léčebně Dobřany, po absolvování opět bydlel na chráněném bydlení. Dnes už je to rok, Pavel si našel přítelkyni, se kterou bydlí, obnovil vztah s rodinou, hledá si práci a zlepšil se i jeho zdravotní stav.

Kazuistika 5

Jméno: Anna

Narozen: 1989

Rodinná anamnéza:

Anna vyrůstala se svým starším bratrem v úplné rodině až do jejích 12 let. V té době se rodiče rozvedli a Anna zůstala žít se svou matkou a bratrem. Vždy měla však lepší vztah spíše s otcem, protože matka na ni byla poměrně tvrdá, měla od Anny velká očekávání a neprojevovala city, kterých se Anna dožadovala. Několik příbuzných ze strany otce má problém s alkoholem a Anny starší bratr má za sebou také drogovou minulost.

Osobní anamnéza:

Samotné dětství bylo podle Anny nejkrásnějším obdobím v jejím životě, cítila se od rodičů milována a rozmazlována, podporovali jí v jejím hudebním talentu. Anna chodila do pěveckého sboru a hrála na housle, podle mnohých byla prý velmi nadaná. Na základní škole se jí dařilo, první problémy přišly až ve 12 letech, kdy se její rodiče rozvedli. V té době začala trávit čas se svou kamarádkou a jejími staršími kamarády, kteří Anně nabízeli marihuanu. Anně bylo trapné odmítnout a navíc jí kouření marihuany připadalo jako velká „frajeřina“ a tak se nebránila. Po krátké době začala marihuanu kouřit i se svým bratrem a dělo se tak čím dál častěji, v té době také začala výrazně zanedbávat školní docházku. Když se pak o dva roky později nedostala na vysněnou konzervatoř (brali 8 lidí a Anna byla 9.), nastala pro ni velká krize, vše jí bylo jedno a řekla matce, ať jí vybere jakoukoliv střední školu. V té době začala chodit s chlapcem a trávila hodně času v jeho bytě společně s jeho třemi spolubydlicemi, kteří naučili Annu brát pervitin, nejprve jen šňupat. Po prvním roce stráveném na střední škole Anna přešla na jinou školu, kde však vydržela jen 2 roky a šla pracovat. V té době bydlela se svým chlapcem a užívala pervitin pravidelně, už i intravenózně. Když se rozešli, šla Anna bydlet zpět k matce. Práce servírky jí nevydržela dlouho a tak si na drogy vydělávala brigádně. To však časem přestalo stačit a tak začala doma krást, nejprve menší obnosy a předměty, časem se však dopracovala k tomu, že svému bratrovi ukradla 20.000 Kč a své babičce 60.000 Kč. Po těchto incidentech jí matka vyhodila z domu a Anna žila na ulici, respektive v autě, které si koupila. Po čase se seznámila s chlapcem, se kterým začala bydlet, v té době se však její drogová kariéra rozjela naplno, investovala do drog veškeré finance, téměř nejedla. Ve chvíli, kdy vážila 47kg sama poprosila své rodiče, aby ji odvezli do Bohnic. Odtud byla hospitalizována na infekční v Motole a byla jí zjištěna hepatitida typu C. Strávila

zde 14 dní a protože se chtěla léčit, ale nechtěla se vracet do Bohnic, vybrala si psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr, kam v roce 2010 nastoupila, ale odkud byla z kázeňských důvodů po dvou týdnech vyhozena. Nastoupila tedy do terapeutické komunity Bílá Voda, o které se doslechla od lidí v Červeném Dvoře a kterou jí doporučovali. Odtud však po měsíci utekla, protože o jednom z klientů zjistila, že v minulosti znásilnil dívku, což pro ni bylo neúnosné. Anna vydržela dále abstinovat a šla bydlet ke své tetě, moc se jí tam ale nelíbilo, protože tam nikoho neznala. Přemlouvala matku, zda může jít za ní do Prahy, matka jí však řekla, že jí nevěří, že vydrží abstinovat, což Annu zlomilo. Měla na matku velký vztek za její nedůvěru a rozhodla se, že naschvál udělá to, co jí její matka „vnutila“ – a tak si znovu šňupla. Pervitin požila ještě několikrát, rozhodla se však, že nezhodí, co poslední měsíce budovala a že znovu nastoupí do komunity. Tentokrát si vybrala komunitu Magdaléna, o které se taky doslechla a na kterou slyšela dobré ohlasy. V komunitě vydržela 7 měsíců a předčasně odešla kvůli vztahu s chlapcem. Pak však ještě ambulantně docházela do doléčovací služby. Dnes už 15 měsíců abstinguje, bydlí na chráněném bydlení, má práci a v září se chystá znovu nastoupit do školy a dokončit středoškolské vzdělání.

Kazuistika 6

Jméno: Jiří

Narozen: 1976

Rodinná anamnéza:

Jiří bydlel v jedné domácnosti se svou sestrou a jejich rodiči až do jejich rozvodu, ke kterému došlo, když Jiřímu bylo 14 let. Jiří vzpomíná, že otec často pil a že se o něj a jeho sestru příliš nezajímal. Jiří si vytvořil silné citové pouto k matce, které dodnes přetrvává, Jiří stále matku denně navštěvuje.

Osobní anamnéza:

Na základní škole se Jiřímu dařilo dobře a i jeho začátky na střední škole se vyvíjely slibně. V 16 letech však začal Jiří pít alkohol, nejprve příležitostně, postupně však ve stále větší míře. S tím bylo spojeno také kouření marihuany a čím dál větší zanedbávání povinné školní docházky. Ve druhém ročníku byl ze školy právě z tohoto důvodu vyloučen. Po vyloučení začal pracovat jako údržbář a během této doby začíná experimentovat s drogami jako je hašiš, extáze a pervitin. Stále měl však pocit, že má vše pod kontrolou. Když mu bylo

zhruba 22 let, pil už ve větším množství denně a víkendově užíval pervitin. V té době přišel o zaměstnání a přivydělával si brigádně, bydlel stále s matkou. Tímto stylem pokračoval přibližně dalších 7 let, během kterých dále pokračoval v užívání pervitinu, primární drogou však byl stále alkohol. Po nějaké době se začaly dostavovat zdravotní problémy, necítil se také dobře po psychické stránce, trpěl depresemi a paranoiou, vadilo mu, že ničí vztahy se svou rodinou a také situaci nezvládal finančně. Rozhodl se nastoupit na tříměsíční léčbu do psychiatrické léčebny v Dobřanech. Jiná zařízení příliš nezvažoval, vyhovovalo mu, že je tato léčebna blízko jeho a matky bydliště, nechtěl se příliš vzdálit. Léčbu absolvoval úspěšně, po návratu abstinovat ještě několik měsíců, pak se však vrátil k alkoholu. Po pěti letech ho znovu zdravotní a psychické problémy dovedly k tomu, zvažovat léčbu. V té době se Jiřímu narodila malá neteř a on prožíval touhu se jí více věnovat. Rozhodl se tedy absolvovat znovu léčbu, chtěl nastoupit do stejného známého zařízení, ve kterém již jednou byl, a tak šel znovu do psychiatrické léčebny v Dobřanech. Tříměsíční léčbu absolvoval úspěšně, tentokrát se rozhodl předejít relapsu, a proto nyní bydlí na chráněném bydlení. Pracuje zatím brigádně, je registrován na úřadu práce. Je odhodlaný se k alkoholu ani jiným drogám nevrátit, chce obnovit rodinné vazby, což se mu daří, tráví hodně času s matkou, sestrou a neteří.