

2020



RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.

LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

Případová studie z Peru, Nikaraguy a Česka

● Mendelova
● univerzita
● v Brně
●

Mendelova univerzita v Brně

RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.

LÉČBA DROGOVÉ ZÁVISLOSTI V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH

Případová studie
z Peru, Nikaraguy a Česka

2020



Tato publikace byla zpracována v rámci projektu:

Inovace kurzu Rozvojová antropologie (ID: IN3200261/1106/317)

Recenzenti:

prof. RNDr. Stanislav Komárek, Dr.

Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra filosofie a dějin přírodních věd

PhDr. Marek Halbich, Ph.D.

Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra obecné antropologie

Korektura:

PhDr. Athena Alchazidu, Ph.D.

Mgr. Martin Čuta, Ph.D.

Ing. Nahanga Verter, Ph.D.

Ilustrace:

Miroslav Horák

Sazba:

Ing. Petr Přenosil

Vydání 1.

© Miroslav Horák

© Mendelova univerzita v Brně, Zemědělská 1, 613 00 Brno

ISBN 978-80-7509-707-1 (Print)

ISBN 978-80-7509-708-8 (On-line)

Mé rodině

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych na tomto místě poděkoval všem, kteří mi pomohli s vytvořením této publikace. V první řadě mému dlouholetému školiteli, prof. RNDr. Stanislavu Komárkovi, Ph.D., a konzultantovi, PhDr. Marku Halbichovi, Ph.D. Oba mi poskytli cennou zpětnou vazbu při zpracování rukopisu. Dále velice děkuji paní doc. Ing. Kristině Somerlíkové, Ph.D. za nezištnou pomoc se statistickou analýzou dat.

Ke sběru a zpracování dat potřebných pro sepsání textu došlo na základě finanční podpory z několika projektů, na nichž jsem se podílel buďto jako pedagog, lektor nebo hlavní řešitel. Tyto projekty byly podpořeny ze strany Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Evropské komise anebo Interní grantové agentury Fakulty regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně. Konkrétně se jednalo o následující projekty:

1. Zvýšení odborných kompetencí studentů bakalářských studijních oborů Mezinárodní rozvojová studia a International Development Studies prostřednictvím systému odborných stáží v rozvojových zemích (OP VK MŠMT, reg. č.: CZ.1.07/2.2.00/28.0257)
2. Posílení konkurenceschopnosti absolventů MENDELU v oblasti rozvojové spolupráce a managementu přírodních zdrojů v zemích třetího světa (OP VK MŠMT, reg. č.: CZ.1.07/2.4.00/17.0028)
3. Erasmus+ KA1
4. Výzkum retence pacientů v terapeutických komunitách v České republice, Peru a Nikaragui (IGA FRRMS, reg. č. 2/2014)
5. Efektivita komunitní léčby drogové závislosti v interkulturní perspektivě (IGA, ID: 3/2015)
6. Sociokulturní aspekty léčby drogové závislosti (IGA, ID: FRRMS_IGA_2017/002)

Na tomto místě bych chtěl poděkovat prof. Dr. Ing. Liboru Gregovi, že jsem se do prvních tří zmiňovaných projektů mohl zapojit, neboť jsem tak kromě cenné zkušenosti s vedením praktických stáží studentů v rozvojových zemích měl možnost realizovat terénní výzkum v Nikaragui a Peru. Ostatní projekty mi dovolily provést obdobný výzkum v České republice.

Velký dík v této souvislosti patří všem někdejšími či stávajícími vedoucími a terapeutům terapeutických komunit, kde byl výzkum uskutečněn. Bc. Janu Sobotkovi ze Sejřku, Mgr. Janě Mirkové z Kladna-Dubí, Mgr. Anetě Kalusové z Renarkonu, Luise Telleria, Javierovi Ley a Davidovi Stadthagen Gonzálezovi z Centro de Especialidades en Adicciones, Rolandu Guevarrovi z CARA, Davidu Espinozovi z AMAR a Dr. Jacquesu Mabitovi z Takiwasi.

Dále děkuji všem studentkám, které mi byly nápomocny při sběru a transkripci dat: Ing. Wandě Vozáryové, Ing. Karolíně Tiché a Ing. Kristině Mikulové. Bez jejich účasti by včasné dokončení tohoto textu nebylo možné.

V neposlední řadě jsem velice vděčný PhDr. Atheně Alchazidu, Ph.D. a Mgr. Martinu Čtovi, Ph.D. za podrobnou korekturu celého textu. Na závěr děkuji všem informátorům za nezištnou účast na výzkumu.

ABSTRAKT

CÍL: Primárním cílem této případové studie bylo vytvořit zakotvenou teorii o léčbě drogové závislosti v terapeutických komunitách a zjistit, v čem se v peruánském, nikaragujském a českém kontextu shoduje a liší. Sekundárním cílem bylo objasnit, které účinné faktory mají vliv na efektivitu zkoumaných terapeutických komunit, vysvětlit, jakou roli v léčbě drogové závislosti hraje spiritualita a náboženství, a verifikovat výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci.

METODY: Terénní výzkum, během něž byla sbírána data při semi-strukturovaných interview s interními pacienty/klienty 7 terapeutických komunit, probíhal v letech 2013 až 2016. Výzkum byl realizován v Peru (Takiwasi), Nikaragui (Centro de Especialidades en Adicciones, CARA, AMAR) a České republice (Renarkon, Sejšek, Kladno-Dubí). Během terénního výzkumu bylo nahráno 90 interview o celkové délce 39 hodin. Veškeré rozhovory byly manuálně přepsány. U transkriptů o celkovém rozsahu 765 normostran byla provedena obsahová analýza. Během obsahové analýzy byly vytvořeny kódy, jež jsou uspořádány do modelu paradigmatu zakotvené teorie. Také byla zjištěna jejich zakotvenost, přičemž vybrané kódy byly použity při tvorbě zakotvené teorie. Shody a rozdíly mezi terapeutickými komunitami byly stanoveny na základě kódů s největší zakotveností. U vybraných statistických znaků jedinců ve výzkumném vzorku byla použita analýza rozptylu.

VÝSLEDKY: Obsahová analýza ukázala, že největší zakotvenost v narrativech informátorů mají 2 kódy: „účinné faktory TK“ a „motivace“. Analýza rozptylu potvrdila, že existuje statisticky vysoce průkazná závislost délky abstinence na délce předchozí léčby. Dále bylo zjištěno, že délka aktuální léčby nesouvisí s délkou předchozí léčby, délkou abstinence, dobou užívání drog, ani typem primární drogy. Délka aktuální léčby však souvisí s věkem, tzn. čím starší pacient/klient, tím je léčba delší.

ZÁVĚR: S ohledem na účinné faktory terapeutické komunity se léčba v Peru, Nikaragui a Česku shoduje v přítomnosti osobního terapeuta, používání psychoterapie a ve významu kladeném na skupinovou soudržnost. V Peru se liší administrací rostlinných medikamentů a dietou, v Nikaragui spiritualitou, náboženstvím a praktikováním 12 kroků, v Česku důrazem kladeným na terapeutický program a zájmové aktivity. Co se motivace týče, významný rozdíl mezi peruánskými, nikaragujskými a českými pacienty/klienty zjištěn nebyl. Shoda panuje v tom, že největším motivačním faktorem jsou rodina a partnerské vztahy. Účinnými faktory obecně vzato jsou: spiritualita a náboženství, pravidla léčby, podpora v léčbě, skupinová soudržnost, genderové rozdíly, délka léčby, rostlinné medikamenty a model závislosti. V souvislosti se spiritualitou a náboženstvím bylo zjištěno, že tento aspekt hraje významnou roli v peruánských a nikaragujských terapeutických komunitách. Výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci byly potvrzeny.

Klíčová slova

léčba drogové závislosti, porucha chování způsobená užíváním psychoaktivních látek, terapeutická komunita

ABSTRACT

OBJECTIVE: The primary objective of this case study was to create a grounded theory of drug addiction treatment in therapeutic communities and to find out what are the similarities and differences in the Peruvian, Nicaraguan and Czech contexts. The study also determines the factors that have seemingly had an influence on the efficiency of the therapeutic communities. The role of spirituality and religion in the drug addiction treatment is explained, and the results of previous research on retention are verified.

METHODS: The data for the study was collected during semi-structured interviews with inpatients/clients of 7 therapeutic communities, within the period between 2013 and 2016. The research was conducted in Peru (Takiwasi), Nicaragua (Centro de Especialidades en Adicciones, CARA, AMAR), and the Czech Republic (Renarkon, Sejrek, Kladno-Dubi). Similarly, 90 interviews with total duration 39 hours were recorded. All interviews were manually transcribed. Content analysis was performed for 765 standard pages of transcripts and codes were created. The codes were organized into a paradigm model of grounded theory, and the groundedness was determined. The selected codes were used to elaborate the grounded theory. Similarities and differences between therapeutic communities were identified based on the most grounded codes. The analysis of variance was used for some selected statistical characteristics of individuals in the research sample.

RESULTS: Content analysis showed that the two main codes in narratives of informants: "effective factors of TC" and "motivation". The analysis of variance confirmed that the length of abstinence and the length of previous treatment are strongly correlated. It was also found that the length of current treatment is not related to the length of previous treatment, length of abstinence, length of drug use, or type of primary drug. However, the length of current treatment is related to age, i.e. the older the inpatient/client, the longer the treatment.

CONCLUSION: Considering the effective factors of the therapeutic community, treatment in Peru, Nicaragua and the Czech Republic is identical in the presence of a personal therapist, the use of psychotherapy, and the importance of group cohesion. In Peru, it differs in the administration of herbal medications and diet, in Nicaragua the difference is in spirituality and religion, and practicing 12 steps, while in the Czech Republic, emphasis is on the therapeutic program and leisure activities. In terms of motivation, no significant difference was found between the countries' inpatients/clients. There is a consensus that the greatest motivating factors are family and relationship of partners. In general, effective factors are: spirituality and religion, treatment rules, treatment support, group cohesion, gender differences, length of treatment, herbal medications, and model of addiction. In relation to spirituality and religion, it plays an important role in the Peruvian and Nicaraguan therapeutic communities. The results of previous research on retention have been confirmed.

Keywords

drug addiction treatment, substance use disorder, therapeutic community

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo principal de este estudio de caso ha sido formular una teoría fundamentada del tratamiento de la drogadicción en comunidades terapéuticas y descubrir cuáles son las similitudes y diferencias en el contexto peruano, nicaragüense y checo. El objetivo secundario es descubrir qué factores efectivos influyen en la eficacia de las comunidades terapéuticas incluidas en la investigación, explicar el papel de la espiritualidad y de la religión en el tratamiento de la drogadicción, y por último vamos a verificar los resultados de investigación previa sobre la retención.

MÉTODOS: El trabajo de campo, durante cuál fueron recolectados los datos a través de entrevistas semiestructuradas con pacientes/clientes internos de 7 comunidades terapéuticas, se realizó de 2013 a 2016. La investigación se realizó en Perú (Takiwasi), Nicaragua (Centro de Especialidades en Adicciones, CARA, AMAR) y en la República Checa (Renarkon, Sejrek, Kladno-Dubi). Durante el trabajo de campo, fueron grabadas 90 entrevistas con una duración total de 39 horas. Todas las entrevistas fueron transcritas manualmente. El análisis de contenido se realizó con un corpus de 765 páginas estándar de transcripciones. Durante el análisis de contenido fueron creados los códigos que fueron organizados en un modelo paradigmático de teoría fundamentada. Su fundamentación también fue determinada. Se utilizaron códigos seleccionados para elaborar la teoría fundamentada. Se identificaron similitudes y diferencias entre las comunidades terapéuticas en función de los códigos más fundamentados. El análisis de la varianza se utilizó para las características estadísticas seleccionadas de los individuos incluidos en la muestra de investigación.

RESULTADOS: El análisis de contenido mostró que los códigos principales en los discursos de informantes son dos: "factores efectivos de CT" y "motivación". El análisis de la varianza confirmó que la duración de la abstinencia y la duración del tratamiento previo están fuertemente correlacionados. También se descubrió que en la duración del tratamiento actual no ejerce influencia la duración del tratamiento anterior, ni la de la abstinencia, del uso de drogas, ni tampoco el tipo de droga primaria. Sin embargo, la duración del tratamiento actual está relacionada con la edad, es decir, cuanto mayor es el paciente/cliente interno, más largo es el tratamiento.

CONCLUSIÓN: El tratamiento en las comunidades terapéuticas de la República Checa es idéntico a los que se realizan en Perú y en Nicaragua tomando en cuenta los factores efectivos como: la presencia de un terapeuta personal, el uso de psicoterapia y la importancia atribuida a la cohesión grupal. En Perú, difiere en la administración de plantas medicinales y dieta, en Nicaragua la diferencia está relacionada con la espiritualidad, la religión, y con la práctica de 12 pasos, mientras que en la República Checa el énfasis está en el programa terapéutico y las actividades de ocio. En términos de motivación, no se encontraron diferencias significativas entre pacientes/clientes internos peruanos, nicaragüenses y checos. Existe un consenso de que el mayor factor de motivación son las relaciones familiares y de pareja. En general, los factores efectivos son: espiritualidad y religión, reglas de tratamiento, apoyo al tratamiento, cohesión grupal, diferencias de género, duración del tratamiento, plantas

medicinales y modelo de adicción. En relación con la espiritualidad y la religión, se descubrió que juega un papel importante en las comunidades terapéuticas peruanas y nicaragüenses. Los resultados de la investigación previa sobre la retención fueron confirmados.

Palabras clave

tratamiento de drogadicción, trastorno de consumo de sustancias, comunidad terapéutica

OBSAH

1	ÚVOD	16
2	TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	18
3	CHARAKTERISTIKY TK	21
3.1	Takiwasi	21
3.2	CEA, CARA a AMAR	23
3.3	Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	26
4	METODIKA	30
4.1	Metoda sběru dat	30
4.2	Metoda kódování	32
4.3	Metoda statistické analýzy dat	33
5	VÝSLEDKY	34
6	INTERPRETACE DAT	35
6.1	Účinné faktory TK	35
6.1.1	Takiwasi	35
6.1.2	CEA, CARA, AMAR	38
6.1.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	40
6.2	Motivace	43
6.2.1	Takiwasi	43
6.2.2	CEA, CARA, AMAR	45
6.2.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	47
6.3	Rodina a drogy (DCI)	49
6.3.1	DCI	50
6.3.2	Takiwasi	51
6.3.3	CEA, CARA, AMAR	53
6.3.4	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	55
6.4	Spiritualita a náboženství	57
6.4.1	Takiwasi	58
6.4.2	CEA, CARA, AMAR	61
6.4.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	65
6.5	Užívání drog	66
6.5.1	Takiwasi	68
6.5.2	CEA, CARA, AMAR	69
6.5.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	69
6.6	Předchozí léčba	70
6.6.1	Takiwasi	70
6.6.2	CEA, CARA, AMAR	72
6.6.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	73

6.7	Příčina závislosti	74
6.7.1	Takiwasi	76
6.7.2	CEA, CARA, AMAR	78
6.7.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	81
6.8	Podpora v léčbě	83
6.8.1	Takiwasi	83
6.8.2	CEA, CARA, AMAR	86
6.8.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	88
6.9	Pravidla léčby	90
6.9.1	Takiwasi	90
6.9.2	CEA, CARA, AMAR	93
6.9.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	95
6.10	Skupinová soudržnost (DCI)	97
6.10.1	DCI	98
6.10.2	Takiwasi	98
6.10.3	CEA, CARA, AMAR	100
6.10.4	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	101
6.11	Dopady na studium anebo práci (DCI)	102
6.11.1	DCI	104
6.11.2	Takiwasi	104
6.11.3	CEA, CARA, AMAR	105
6.11.4	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	106
6.12	Výběr TK	107
6.12.1	Takiwasi	107
6.12.2	CEA, CARA, AMAR	111
6.12.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	113
6.13	Genderové rozdíly	116
6.13.1	Takiwasi	118
6.13.2	CEA, CARA, AMAR	120
6.13.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	121
6.14	Zdravotní následky (DCI)	122
6.14.1	DCI	124
6.14.2	Takiwasi	125
6.14.3	CEA, CARA, AMAR	126
6.14.4	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	127
6.15	Evaluace léčby	128
6.15.1	Takiwasi	129
6.15.2	CEA, CARA, AMAR	130
6.15.3	Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí	131

6.16	Relaps	133
6.16.1	Takiwasi	134
6.16.2	CEA, CARA, AMAR	136
6.16.3	Renarkon, Sejšek, Kladno-Dubí	138
6.17	Délka léčby	140
6.17.1	Takiwasi	141
6.17.2	CEA, CARA, AMAR	143
6.17.3	Renarkon, Sejšek, Kladno-Dubí	145
6.18	Model paradigmatu zakotvené teorie	145
7	ZÁVĚR	149
8	LIMITY ZAKOTVENÉ TEORIE	150
9	SUMMARY	151
10	SUMARIO	152
11	BIBLIOGRAFIE	154
12	PŘÍLOHY	163
12.1	Informovaný souhlas	163
12.2	Formulář semi-strukturovaného rozhovoru	164
12.3	Charakteristika výzkumného vzorku	166
12.4	Seznam obrazových příloh	178
12.5	Seznam tabulek	180
12.6	Seznam zkratk	180

1 ÚVOD

Případová studie, která se vám dostala do rukou, je završením mého více než desetiletého zájmu o léčbu drogové závislosti v terapeutických komunitách (zkr. TK). Z antropologického hlediska je tato léčebná modalita výjimečná. Prostředí komunity je totiž relativně uzavřené, a tak v něm lze snáze zkoumat různé společenské jevy. Informátoři jsou navíc snadno dosažitelní.¹

Čtenáři, kteří mě znají, vědí, že se dlouhodobě teoreticky věnuji rehabilitaci drogově závislých tzv. tradiční amazonskou medicínou. V letech 2007–2009 jsem za tímto účelem realizoval dlouhodobý terénní výzkum v peruánské TK Takiwasi, kde je takováto medicína používána. Výsledky tohoto výzkumu jsem prezentoval v disertaci a následně je publikoval knižně (Horák, 2013a; 2013b).

K tomu, abych tuto publikaci zpracoval, mě přivedly dva zásadní důvody. V první řadě ten, že jsem měl v roce 2013 možnost realizovat terénní výzkum v Nikaragui. Ve druhé pak ten, že moje poznatky z tohoto výzkumu pozoruhodně kontrastovaly s výsledky mé předchozí práce. Z té vzešlo, že terapeutický program Takiwasi je sice unikátní, ale má zajímavé paralely nejen v nikaragujském, ale – jak jsem následně zjistil – také v českém kontextu.

Do Nikaraguy jsem se následně ještě dvakrát vrátil s tím, abych pro komparaci sesbíral dostatečné množství dat. Prostřednictvím výše uvedených projektů MŠMT se mi podařilo rozvinout dlouhodobou spolupráci celkem se 3 tamními TK, z nichž první následující dvě zastřešuje. Konkrétně se jedná o Centro de Especialidades en Adicciones (zkr. CEA), CARA a AMAR.

Takiwasi pro svou jedinečnost, která pramení z originálního přístupu k rehabilitaci závislých, zůstalo jedinou TK z Peru. Do Takiwasi jsem od roku 2013 zavítal dvakrát, naposledy v roce 2015.

Primárním cílem výzkumu, jenž vedl k sepsání této knihy, bylo porovnat Takiwasi s ostatními TK. Za tímto účelem jsem nahrával interview s interními pacienty. Domnívám se totiž, že jsou to právě oni, kdo mají nejlepší vhled do způsobu fungování rehabilitačních zařízení, neboť je znají „zevnitř“. Výsledkem mého bádání je zakotvená teorie o léčbě drogové závislosti.

Během práce na publikaci jsem uskutečnil 2 výzkumné projekty zaměřené na retenci a motivaci interních pacientů TK, jejichž výsledky jsem publikoval (Horák et al., 2014; Horák & Somerlíková, 2017). Tyto projekty mi pomohly navázat stabilní kontakt se 3 českými TK: Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Celkem bylo tedy výzkum proveden v 7 TK, jejichž loga jsou uvedena na obrázku 1. V kapitole 2 jsou vysvětleny teoretické přístupy k drogové závislosti.

¹ Léčbě drogové závislosti z antropologické perspektivy se v minulosti věnovali např. Hunt a Barker (1999). Přehledovou studii k antropologii alkoholu a drog, zahrnující různé metody a teorie, publikovala Singer (2012).



Obr. 1 Loga zkoumaných TK (zdroj: archiv autora).

2 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Tato kapitola obsahuje přehled teoretických přístupů, které používají antropologové, kteří se zabývají problematikou drogové závislosti. Před tím, než přistoupím k jejich rozboru, měli bychom si podle mého názoru položit otázku, proč se vůbec závislostí jakou takovou zabývat? Proč se raději nesoustředíme na „drogy“ nebo „užívání drog“ (angl. *drug use*)?

V první řadě proto, že rozdíl mezi normální a patologickou konzumací psychoaktivních látek je determinován kulturně. Široké spektrum literárních pramenů například dokládá vliv kultury na vnímání opilosti, podmíněnost způsobů obchodování s drogami místními sociálními a politickými strukturami, nebo provázanost mezi koloniální (respektive postkoloniální) nadvládou, transgeneračními traumaty a stereotypy obestírajícími zneužívání drog (angl. *drug abuse*) v domorodých komunitách (MacAndrew & Edgerton, 1969; Agar, 1973; O'Neil & Mitchell, 1996).

O „závislosti“ se hovoří už od konce 19. století. Význam, který jí přiřkládáme, je však permanentně revidován a přezkoumáván jak ze strany vědy a medicíny, tak ze strany subjektů, kteří se s ní potýkají. Antropologové se přitom tradičně zabývají dílčími typy drog. Tendence sjednotit výzkum alkoholu a drog, včetně problematiky jejich pouličního užívání, je relativně nová (Bourgois, 2003; Singer et al., 2006).

Bennett & Cook (2012) uvádí, že do 70. let minulého století se vědecký výzkum v oblasti veřejného zdraví, biologie a sociálních věd rozvíjí relativně izolovaně. Antropologie není v tomto směru výjimkou. Badatelé se v tomto ohledu soustřeďují především na oblast zneužívání drog, tedy na deviantní chování. Impuls k tomu dala jak tzv. alternativní kultura, která v tomto období vzniká zejména v USA, tak stále narůstající počet výzkumů zaměřených na řešení sociálních problémů (Slavík, 1997; Kedia & van Willigen, 2005; Rylko-Bauer et al., 2006).

Nutno také podotknout, že antropologové sehráli významnou roli při identifikaci vztahu mezi užíváním drog a globální pandemií viru lidského imunodeficitu/syndromu získaného selhání imunity (angl. *human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome*, zkr. HIV/AIDS). Jejich přínos v oblasti veřejného zdraví je nepopíratelný, neboť přispěli k pochopení souvislostí mezi šířením infekce tohoto viru způsobeným injekční aplikací drog, a to za použití etnografické metody (Carlson et al., 2009).

Pro pochopení užívání drog a drogové závislosti jsou antropology používány různé teoretické přístupy. Základní je tzv. kulturní model, ke kterému bývají při řešení specifických problémů přidávány další analytické nástroje. Vznik různých koncepcí má svůj původ ve výzkumu alkoholismu. Heath (1958) se touto problematikou například zabýval na východě Bolívie u mestického etnika Camba.

Dle zúčastněného pozorování příslušníci uvedeného etnika nejméně dvakrát měsíčně po několik dní konzumovali velké množství rumu, což Heath interpretoval jako společensky kladně vnímané chování a cíl pravidelných oslav. Ačkoliv alkoholismus byl v této době již v odborné literatuře klasifikován jako určitá forma závislosti, u etnika Camba o ní nebylo možné hovořit. Jeho členové totiž neprojevovali žádné známky asociálního chování, agresivity, ani se nedopouštěli sexuálního zneužívání. Naopak, pití u nich – podle autorovy interpretace – vedlo k posilování sociální solidarity a skupinové soudržnosti.

Dle zastánců kulturního modelu je pojetí užívání alkoholu jako určitého (fyzického, psychického nebo společenského) „problému“ v historii poměrně neobvyklé a konsekvence, které vyplývají z jeho konzumace, jsou podmíněny kulturními faktory. Jinými slovy, pro pochopení účinků alkoholu je třeba porozumět představám, které o něm lidé mají, a chápat význam, jenž mu připisují (Douglas, 1987).

Kulturní model ostře kritizoval Room (1984). Vyčítá mu vágní pojetí závislosti, absenci multidisciplinárního přístupu a také to, že řada jeho přívrženců patří k tzv. *wet generation*, která má tendenci pohlížet na pití alkoholu jako na něco normálního.²

Za zmínku rovněž stojí, že sám Heath u bolivijského etnika Camba posléze vysledoval změnu v přístupu k pití, k níž došlo v souvislosti s opuštěním tradičního způsobu obživy, přechodem na tržní ekonomiku a rozmachem ilegálního obchodu s kokou a kokainovou pastou (špa. *pasta básica de cocaína*, zkr. PBC).³ Jak uvádí Singer (2012), jeho práce je dokladem toho, že nadměrné pití bez známek závislosti je sice možné, vyskytuje se ale především v tradičních, komunitně založených společnostech, které dosud nepodlehly tlakům globalizace.

Kromě výzkumu v oblasti užívání alkoholu našel kulturní model své využití v pracích zaměřených na životní styl a subkultury. Jednu z prvních publikací takového druhu vydali Prable & Casey (1969), kteří prováděli etnografický výzkum založený na zúčastněném pozorování uživatelů heroinu na newyorských ulicích. Jiní autoři se zase zabývali subsistenčními strategiemi, jež konzumenti používají, undergroundovou ekonomikou spjatou se sháněním drog, rizikovým chováním anebo žargonem uživatelů. Emický výzkum probíhal nejen v ulicích, ale také na klinikách, v domácnostech, klubech, na večírcích, a dokonce i ve věznicích (Grund et al., 1991; Weeks et al., 2002).

V 80. letech minulého století vzniká medicínská antropologie. Ta svým přístupem reaguje na to, že autoři, kteří zastávají kulturní model, se dostatečně nevěnují makrostudiím, jež by pojednávaly o ekonomické nerovnosti, sociální a institucionální kontrole, sociálních procesech a organizacích, anebo mocenských vztazích mezi národy a rozvojové problematice (Stebbins, 1987).

V rámci medicínské antropologie jsou s ohledem na problematiku užívání drog a závislosti rozpracovávána zejména tři témata: 1. sociální produkce utrpení, 2. samoléčba (angl. *self-medication*) emočních traumat způsobených nespravedlivým zacházením a zneužíváním a 3. obchodování s legálními a ilegálními drogami. Vzhledem k tomu, že první dvě témata mají vztah k problematice léčby závislosti, v krátkosti se u nich pozastavím.

První téma rozpracovali zejména Bourgois & Schonberg (2009), kteří sledovali osudy drogově závislých v New Yorku a San Franciscu a popisovali sociální disparity mezi chudými a bohatými. Termín „společenské utrpení“ (angl. *social suffering*) používají k označení širokého spektra problémů, jimž jsou lidé vystaveni kvůli výkonu politické a ekonomické moci.

Raikhel & Garriott (2013) v tomto směru tvrdí, že kompulzivní charakter některých vzorců chování, mezi něž patří např. kouření, pití alkoholu nebo gambling, je dán

² Za *wet generation* byla původně označována generace 30. let 20. století reagující na kulturně-politickou hegemonii prohibitionismu v USA. Sulkunen (1979) popsal jako *wet generation* finskou společnost po 2. světové válce.

³ Podrobněji k PBC viz Pascale et al. (2014).

technologickými, politickými a ekonomickými faktory. Některé subjekty z nich přitom profitují (např. dealeri s drogami nebo obchodníci s tabákovými výrobky) a na šíření utrpení se podílejí, jiné pomáhají lidem proto, aby ho zastavili.

Druhé téma se týká toho, jak se do sféry konzumace drog a vzniku závislosti promítá nerovnost mezi lidmi. Život závislého obvykle představuje začarovaný kruh, v němž je prožívaný stres potlačován braním drog. To vede k jeho stigmatizaci ve společnosti a snížení sebevědomí (a navíc působí jako spouštěč).⁴ Následky užívání drog (např. onemocnění hepatitis anebo HIV) navíc prohlubují rozdíly mezi zdravými a nemocnými.

Poslední antropologický přístup k problematice drog lze označit jako empirický nebo experimentální. Tento model je prosazován výzkumníky, kteří se zabývají subjektivitou a zpochybňováním objektivitu v duchu postmodernismu. Užívání drog dle tohoto pojetí nehraje pouze roli v produkci utrpení, ale může mít také pozitivní rozměr v tom smyslu, že potvrzuje identitu jedince. Vždyť jejich konzumace přece není jen o mizérii a vyloučení ze společnosti, ale může mít i světlou stránku, např. v souvislosti s rozvojem kreativity nebo se zvyšováním produktivity! Na druhou stranu, experimentování s drogami není bez rizika. Ať už jsou drogy užívány kvůli úniku, potěšení nebo jako výraz odporu, vždy se jedná o hru se smrtí (Deleuze, 2007).

V rámci výše uvedeného přístupu, který je mi osobně nejbližší, jsou prováděny aplikované výzkumy zaměřené na terapii závislosti a subjektivní zkušenosti pobytu v léčbě. Jejich cílem je především přijít na to, jak zlepšit úroveň poskytované zdravotnické péče (Garcia, 2010; 2016).

Dle zastánců experimentálního přístupu závislost nelze zredukovat na soubor biologických faktorů, společenský nešvar nebo symptom skrytých osobních problémů. Naopak měla by být spíše pojímána jako „trajektorie“ zkušenosti, která má jak biologický, tak sociální, medicínský, právní, kulturní i politický rozměr.

Různé vědecké práce, založené na dlouhodobém pozorování této „trajektorie“, přispěly k pochopení toho, že na výsledky léčby – a to nejen závislosti, ale nemocí obecně – mají vliv sociální faktory. V oblasti léčby závislosti pak kromě otevření debaty o diagnostických kategoriích napomohly k tomu, že různé normy, očekávané role a pojetí patologického chování přestaly být brány jako statické a výhradně kulturně determinované, nýbrž jako dynamické, proměnlivé a mnohotvárné. Zásadní význam v tomto směru mají zejména práce o zakotvené teorii, jejíž metoda je použita také v této případové studii (Corbin & Strauss, 1991; Wiener & Dodd, 1993; Becker & Kaufmann, 1995).

⁴ Kalina et al. (2001, 102) uvádí, že za spouštěče (angl. *triggers*, špa. *disparadores*) obvykle považujeme „podněty, které vyvolávají craving (bažení) anebo zhoršují u závislých sebekontrolu a ohrožují je relapsem. U závislých na návykových látkách mohou být spouštěči např. známí, kteří berou drogy, hudba, kterou měl klient s braním drog spojenou, riziková prostředí, pohled na návykové látky nebo pomůcky k jejich užívání, filmy nebo vyprávění o drogách apod. Nejsilnějším spouštěčem zpravidla bývá aplikace látky, na které je klient závislý nebo i jiné návykové látky. Při léčení návykových nemocí se doporučuje přizpůsobit životní styl, aby se snížil počet spouštěčů, s nimiž se klient setkává. Na setkání se spouštěči je také možné klienta připravit. Vhodnou technikou, která se k tomu používá, je např. „Semafor“ (červené světlo znamená zastavit automatické jednání, žluté světlo uvědomit si možnosti, které se v dané situaci nabízejí, domyslet jejich následky a vybrat nejvhodnější, zelené světlo pak znamená nejvýhodnější možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek).“ Podrobněji viz kapitola 6.16.

3 CHARAKTERISTIKY TK

Zkoumané TK jsem v minulosti porovnával jak v teoretické, tak praktické rovině s ohledem na retenci a motivaci pacientů/klientů (Horák, 2008; 2013c). V této přehledové kapitole je uvedena charakteristika všech TK, ve kterých byl realizován terénní výzkum. Řazení TK v kapitole není náhodné. Jako první je uvedeno centrum Takiwasi, neboť – jak jsem uvedl v kapitole 1 – cílem této práce je konfrontovat tamní model s jinými TK z Nikaraguy a České republiky. V první řadě jsem se tak rozhodl, jelikož výsledky mé disertační práce poukazují na mimořádnou efektivitu modelu Takiwasi, která dle publikovaných statistik dosahuje až 70 % úspěšnosti (Giove, 2002; Horák, 2013a). Ve druhé řadě, protože se toto tvrzení po podrobení kritice ukázalo jako sporné. Míra efektivity je totiž v tomto případě stanovena dle počtu pacientů, kteří dokončili celý devítiměsíční terapeutický program a byli prohlášeni za vyléčené (špa. *alta terapéutica*), nikoliv dle hodnocení jejich zdravotního stavu po skončení léčby. V minulosti jsem se podobnou evaluaci několikrát pokoušel provést, nicméně pro absenci odezvy v komunikaci s ex-pacienty se mi to nepodařilo. Po dílčích kvantitativních studiích založených na výše uvedených indikátorech jsem se proto rozhodl zaměřit na kvalitativní, teoretický rozbor a interpretaci narativů interních pacientů.⁵

3.1 Takiwasi

Centrum Takiwasi funguje od roku 1992 v severoperuánském departamentu San Martín na periferii města Tarapota (Prolongación Alerta 466). Hlavní budova TK je zachycena na obrázku 2.

Model Takiwasi je hierarchický (Kalina, 2008). V jeho čele stojí charismatický vůdce, který je jedněmi opěvován jako vzorný otec adoptovaných dětí a vynikající léčitel, jehož si duchové pralesa zvolili jako svého zástupce, aby v regionu vysoce postiženém zneužíváním kokainu zachraňoval ztracené existence a symbolicky vedl odboj proti pašerákům, jinými je na druhou stranu zatracován jako dogmatický tmář obhajující synkretismus a brojící proti LGBTIQ komunitě (Dupuis, 2018).⁶

Nutno podotknout, že tato výhradně mužská TK je sice římsko-katolicky orientovaná, ale přijetí tohoto náboženského vyznání není před, ani v průběhu rehabilitace po pacientech vyžadováno.⁷ Z předchozího terénního výzkumu každopádně vím, že víra jako taková je klíčovým účinným faktorem, který tuto peruánskou (a nikaragujské) TK odlišuje od českých.

⁵ Podobný záměr lze vysledovat ve výzkumu, který provedl Gómez-Restrepo et al. (2017).

⁶ LGBTIQ (z angl. *lesbian, gay, bisexual, trans, intersex, queer* nebo *questioning*) je běžně užívaná zkratka pro nejrozšířenější „sexuální menšiny“ a v širším významu i pro globální komunitu jedinců, kteří svým životem a vystupováním bojují za právo na alternativní vyjádření sexuálních tužeb každého člověka (Mikšaníková et al., 2008).

⁷ Důvod, proč je léčba v Takiwasi určena pouze pro muže, je dán dle zákona č. 29765, kterým se upravuje zřízení a provozování středisek péče o závislé osoby, jež působí v rámci terapeutických komunit. V čl. 12 tohoto zákona se píše: „*Terapeutické komunity budou přijímat pouze uživatele plnoleté a téhož pohlaví. V případě nezletilých osob se na jejich přijetí vztahují ustanovení příslušných právních předpisů*“ (El Peruano, 2012).



Obr. 2 Hlavní budova centra Takiwasi (zdroj: archiv autora).

Způsob, jakým k předávání víry v místních podmínkách dochází, je přitom pozoruhodný. Děje se tak během léčebných obřadů, během nichž je podáván rostlinný přípravek ayahuasca.⁸

Ayahuasca má, jak známo, emetické a psychoaktivní účinky.⁹ Na jejích psychoaktivních účincích je přitom dle mého názoru nejdůležitější, že zvyšují sugestibilitu. Na tomto principu totiž spočívá její terapeutický efekt (de Rios, Grob, 1995; de Rios et al., 2002). Ke zvýšení sugestibility dochází, neboť ayahuasca způsobuje pozastavení činnosti čelních laloků, které udržují kontrolu nad psychickými procesy a vnímáním vnějšího prostředí (Frecska et al., 2016). Nutno podotknout, že Takiwasi je jedinou TK v Peru, v níž je se svolením místních úřadů provozován program založený na takovémto přístupu (viz kapitola 6.4).

Účastníkům ayahuascového rituálu se ve vytržení, tranzu, nebo jinak odborně řečeno „změněném stavu vědomí“ (angl. *altered state of consciousness*, zkr. ASC), který je vyvolán tímto přípravkem, vyjevují různé obsahy. Mohou si vizualizovat své předky, svaté či jiné kontextově vázané fenomény, a tak mohou projít léčebnou konverzí

⁸ Kromě ayahuascy jsou v Takiwasi používány také jiné rostlinné preparáty z „tradiční amazonské medicíny“. Jejich výčet je uveden v knižním vydání mé disertace (Horák, 2013).

⁹ Psychofarmakologickou a sociokulturní charakteristiku ayahuascy jsem publikoval již dříve (Horák, 2017; Horák & Verter, 2019).

(Bulkeley, 2014). Ta má terapeutický potenciál, jsou-li navíc takovéto obsahy sdíleny a interpretovány, jak je v Takiwasi běžně zvykem.¹⁰

Víra každopádně není v této TK jediným účinným faktorem. Z výpovědí informátorů je zjevné, že na transformaci osobnosti zde mají vliv také další aspekty (viz kapitola 6.1).

3.2 CEA, CARA a AMAR

První zkoumaná nikaragujská TK CEA je v provozu od roku 2009. Zařízení o maximální kapacitě 25 interních pacientů je umístěno na okraji hlavního města Managua (Carretera Sur, km 12,8). V areálu se nachází několik domů pro oddělené ubytování pacientů. Hlavní vstup je zachycen na obrázku 3.



Obr. 3 CEA – hlavní vstup (zdroj: archiv autora).

Filozofií centra je poskytovat komplexní léčbu bez rozdílů pohlaví na fyzické, psychické, emocionální, sociální i spirituální úrovni. Program CEA vychází z více než třicetileté zkušenosti Matrix Institute v Los Angeles, kde zaměstnanci tohoto centra procházejí formální přípravou na terapeutickou práci. Kognitivně-behaviorální model Matrix[®], který byl v tomto institutu v roce 1984 vyvinut, je v USA Národním ústavem pro zneužívání drog (*National Institute on Drug Abuse*, zkr. NIDA) doporučován jako

¹⁰ K biologickému vysvětlení terapeutických účinků ayahuascy viz Morales-García et al. (2017) a de Almeida et al. (2019). Podrobněji k medicínskému využití psychedelík v psychoterapii viz Nichols et al. (2017).

účinný způsob léčby závislosti na kokainu. V CEA je tento původně ambulantní model aplikován ve verzi přepracované pro rezidenční použití a rozšířen pro práci i s jinými typy závislosti.

Druhá nikaragujská TK se jmenuje CARA a má maximální kapacitu 30 osob. Nachází se – jak se sarkasmem poznamenávali mí informátoři – záměrně poblíž hřbitova v klidné čtvrti ve středu hlavního města (viz obrázek 4).



Obr. 4 CARA – pohled do areálu TK (zdroj: archiv autora).

Historii centra přibližuje následující sdělení místního terapeuta:

„Říká se, že to všechno začalo v roce 1977 na břehu jezera Managua (ve čtvrti Huellas de Acahualinca). Nápad vzešel z jedné skupiny Anonymních alkoholiků (zkr. AA). Péče byla nejprve věnována pouze alkoholikům, kteří se dostali na záchytku nebo sami vyhledali pomoc. Původní centrum se jmenovalo Centro de Rehabilitación para el Alcohólico (zkr. SERIALCO). Povídá se, že to místo bylo každou zimou zatopené kvůli zvyšující se hladině jezera. To byl jeden z důvodů, proč [zaměstnanci] žádali o jiné prostory, kam by se mohli uchýlit. V roce 1982 se kvůli hurikánu, jenž centrum poškodil, přesunulo do komunity JOCOTE DULCE, kde v té době byly jen pastviny a souvislý lesní porost. Prostory pronajala Doña Hope Portocarrero, příbuzná tehdejšího ředitele Anastasia Zomasa García, jehož původním záměrem bylo zbudovat domov důchodců. Později centrum přešlo pod správu Nikaragujského úřadu sociálního zabezpečení (špa. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, zkr. INSS). Pacienti tehdy museli tvrdě pracovat, aby si to tam uzpůsobili, protože měli pro ubytování k dispozici jen provizorní přístřešky. Posléze se díky aktivitě tehdejšího vedení podařilo postavit první oddělení a kuchyni. Na základě podpory různých

organizací a altruisticky založených lidí se časem povedlo dostavět další budovy, a zajistit tak pacientům pohodlí.

To všechno bylo možné, protože správní rada jedná s různými organizacemi a/nebo firmami, které částečně přispívají na veškerou práci, co se v CARA dělá“ (Guevarra Rolando, 2019, osob. sdělení dle informací poskytnutých Donem Fernandem Reyes Loasiga, jedním ze zakladatelů CARA ve věku 95 let, překl. aut.).

V CARA je používán model Minnesota (tj. model závislosti jako nemoci) založený na abstinenci od drog. Jedinec je v tomto modelu pojímán jako někdo, kdo je v permanentním procesu uzdravy (Nevšimal, 2007, 14)

Poslední zkoumaná nikaragujská TK, AMAR, byla v roce 2002 založena Davidem Espinozou v Masayi, správním středisku stejnojmenného departementu v jihozápadní části Nikaraguy (přibližně 30 km od hlavního města Managua).¹¹ Do té doby zde žádné centrum, ani klub neexistovaly. Prostory, kde se dnes v AMAR koná skupinová terapie, jsou zachyceny na obrázku 5.



Obr. 5 AMAR – hlavní hala (zdroj: archiv autora).

Primární motiv pro založení TK spočíval v poskytování stravy ohroženým skupinám obyvatel. Téměř deset let společenství fungovalo pouze na základě neformálních setkání. Až na konci roku 2011 dostala TK AMAR oficiální vládní povolení pro provozování své činnosti. V současné době patří do Nikaragujské federace terapeutických komunit (*Federación Nicaragüense de Comunidades Terapéuticas*, zkr. FENICT). Do

¹¹ AMAR (špa. milovat) je zkratkové slovo pro *Albergue de Miembros Adictos en Recuperación*. Motto TK je: „Je-li napaden jeden, dva spolu odolají“ (Kazatel 4:12).

této síti patří také CEA, CARA a další nikaragujské centrum REHEZAR. Maximální kapacita této TK je 13 osob.

Hierarchické modely nikaragujských TK CEA, CARA a AMAR jsou si s Takiwasi charakterizovaným v předchozí kapitole velmi podobné. Rozdíl mezi nimi je v zásadě jenom v tom, že vyjma AMAR se jedná o TK s genderově smíšenými skupinami pacientů, které shodně vycházejí z principů AA a Anonymních narkomanů (zkr. NA).¹² Tyto principy stojí na doktríně 12 tradic a 12 kroků, jimiž musí pacient na cestě k rehabilitaci projít (AA, 1990a).

Modely výše uvedených TK jsou – stejně jako v případě Takiwasi – založeny na „medicalizaci“ (angl. *medicalization*) závislosti.¹³ Na rozdíl od klientelismu typického pro české TK se v nikaragujských (a peruánských) zařízeních o osobách v terapeutickém programu hovoří jako o pacientech.¹⁴ Ti v prvním kroku přiznávají svou bezmocnost vůči drogám a prohlašují své životy za nevladatelné, resp. zavazují se dokončit program v jeho úplnosti.

Co se délky terapeutického programu týče, v CEA, CARA i AMAR trvá rezidenční léčba na rozdíl od peruánských a českých TK pouze 3 měsíce. Pro absenci doléčovacích center je obvykle následována léčbou ambulantní. V českých TK, kde jsem prováděl výzkum, trvá terapeutický program orientačně rok (viz kapitola 3.3). V Takiwasi je na přerod člověka třeba symbolických 9 měsíců.

Jak jsem naznačil výše, jedním z účinných faktorů, který nikaragujské TK přibližuje modelu Takiwasi, je víra, jež v těchto podmínkách spočívá na svěřeni se do rukou blíže nespécifikované vyšší moci. K té má pacient možnost dospět podstoupením výše uvedených 12 kroků, které jsou diskutovány během psychoterapeutických sezení, tzn. nikoliv užíváním psychoaktivních přípravků, nýbrž na základě vědomého rozhodnutí, imitace chování a racionalizace (Freud, 1937).¹⁵

3.3 Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí

Jak bylo uvedeno výše, v rámci České republiky probíhal výzkum v TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Co se interní léčby týče, maximální kapacita TK Renarkon a Kladno-Dubí je 15 osob. V případě TK Sejřek se jedná o 16 osob.

¹² AMAR je pouze mužskou TK především z praktických důvodů. Pro ženy, které se účastní výhradně ambulantního programu, není v centru dostatečné ubytovací zařízení. Situace je také dána tím, že ze strany mužů a jejich rodin je po rehabilitačních službách větší poptávka (Espinoza, 2019, osobní sdělení).

¹³ K překladu pojmu *medicalization* do češtiny viz Křížová (2019).

¹⁴ Osobně závislost pojímám ve shodě s Mezinárodní klasifikací nemocí (WHO, 2018, 200) jako „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritou v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“ V anglické terminologii, která se odráží v titulu této práce i mých předchozích publikacích, se dle doporučení autorů DSM-5 přikláním k použití výrazu „*addiction*“ (Rieger et al., 2013).

¹⁵ Cain (1991) tvrdí, že proces rekonstrukce osobnosti je u AA založen na reinterpretaci jejich vlastní minulosti, tj. učením narativů, které nově přichozím umožňují pochopení sebe sama a přijetí nové identity.

Ostravský Renarkon zahájil svou činnost v roce 1997. Prvním střediskem, které bylo tehdy otevřeno, byla TK v Čeladné-Podolánkách (viz obrázek 6). TK Renarkon je dnes stejně jako TK Sejřek členem Sekce terapeutických komunit při Asociaci nestátních organizací A.N.O.¹⁶ Následně se tato severomoravská obecně prospěšná společnost rozrůstala a v současné době zahrnuje také Doléčovací centrum, Terapeutické centrum a Centrum primární prevence. Oproti původnímu záměru se TK Renarkon již nadále nezabývá pouze závislostí na nealkoholových drogách, ale poskytuje také služby osobám závislým na alkoholu a patologickým hráčům.



Obr. 6 Hlavní budova TK Renarkon (zdroj: archiv autora).

Délka terapeutického programu se v Renarkonu pohybuje v rozmezí od 8 do 12 měsíců. Program vychází z poznatků bio-psycho-sociálního modelu léčby drogově závislých a je založený na skupinové terapii, s důrazem na ergoterapii (West, 2016). V průběhu svého pobytu v TK klient postupně prochází čtyřmi fázemi, které jsou koncipovány tak, aby co nejlépe přispívaly k osobnostnímu přerodu. Program je zacílen na posilování motivace k abstinenci a na resocializaci.

TK Sejřek je umístěna v prostorách bývalého statku v obci Sejřek nedaleko Tišnova na pomezí Jihomoravského kraje a Kraje Vysočina (viz obrázek 7).

¹⁶ STK A.N.O. sdružuje celkem 14 zařízení v 8 krajích. Při sčítání adiktologických služeb v roce 2017 bylo v České republice zjištěno 15 TK (Mravčík, 2018).



Obr. 7 Vstup do TK Sejřek (zdroj: vlastní zpracování).

Stejně jako v ostatních zkoumaných TK i zde je klientům nabízen strukturovaný terapeutický pobytový program ovšem s tím rozdílem, že je určen osobám s duální diagnózou, tzn. takovým, které se kromě závislosti potýkají s některým duševním onemocněním. Léčba v Sejřku trvá 8–13 měsíců. Program je tvořen terapeutickými, pracovními, volnočasovými a odpočinkovými aktivitami, které vedou k zotavení a rozvoji zdravých životních návyků. Součástí TK je i zámečnická a keramická dílna.

TK Kladno-Dubí byla zprovozněna v roce 1999, a to nejdříve v zámečnickém areálu Budeničky pod názvem Následná péče. V roce 2001 byla přesunuta do samostatného objektu v Kladně-Dubí (viz obrázek 8). Ten od roku 2007 nese dnešní název. Zastřešujícím orgánem je Zařízení sociální intervence Kladno (zkr. ZSI Kladno), příspěvková organizace Středočeského kraje.

Terapeutický program této městské komunity, určený mužům a ženám od 17 (v indikovaných případech 16) do 64 let, je zaměřen na doléčování a změnu životního stylu. Podobně jako v ostatních zkoumaných českých TK je zde po závislých na nealkoholových drogách požadováno, aby před nástupem do TK podstoupili alespoň detoxikaci v některém zdravotnickém zařízení.

Délka terapeutického programu je stanovena individuálně v rozmezí 6 až 12 měsíců. Program je obdobně jako v případě Renarkonu rozdělen do 4 fází. 1. fáze (4–16 týdnů) zahrnuje režimový terapeutický program, 2. fáze (2–3 týdny) aktivní hledání zaměstnání, 3. fáze (4–6 měsíců) pravidelné zaměstnání/školu/zájmy/aktivní trávení volného času a 4. fáze případně přechod do chráněného bydlení a účast na doléčovacích skupinách (ZSI Kladno, 2019a).



Obr. 8 TK Kladno-Dubí – pohled ze zahrady (zdroj: ZSI Kladno, 2019b).

4 METODIKA

V této kapitole se podrobně zabývám vysvětlením výzkumné metody, která byla použita při zpracování této publikace. Metoda je v zásadě identická s tou, kterou jsem aplikoval v mé rigorózní práci. Ta byla stejně jako má disertace vydána knižně ve dvou jazykových mutacích (Horák, 2017; Horák & Verter, 2019). Výzkumný rámec je uveden v tabulce 1.

Tab. 1 Výzkumný rámec (zdroj: vlastní zpracování).

Strategická výzkumná otázka	V čem se shoduje a liší léčba drogové závislosti v peruánských, nikaragujských a českých TK?
Dílčí výzkumné otázky	Které účinné faktory mají vliv na efektivitu zkoumaných TK? Jakou roli hraje v léčbě drogové závislosti spiritualita a náboženství? Jsou výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci interních pacientů/klientů validní?
Charakter sebraných dat	narativy
Předmět výzkumu	názory interních pacientů/klientů TK
Výzkumný vzorek	90 informátorů
Strategie výzkumu	emický přístup, kvalitativní endogenní
Techniky výzkumu	terénní výzkum, případová studie, semi-strukturovaný rozhovor, kvalitativní obsahová analýza, statistická analýza kvantitativních dat (rozdělení četností, ANOVA)
Metoda výzkumu	zakotvená teorie
Paradigma výzkumu	kritická teorie (Guba, Lincoln, 1994)

4.1 Metoda sběru dat

Terénní výzkum, během nějž jsem na území Peru, Nikaraguy a ČR nahrával semi-strukturované rozhovory s pacienty/klienty TK, jsem provedl v letech 2013 až 2016 v rámci krátkodobých služebních cest realizovaných v rámci jednoho dne v případě českých TK a čtrnácti dní až měsíce v případě TK zahraničních. Během uvedeného období se mi podařilo zorganizovat celkem 90 interview (Baker, Edwards, 2012). Co se audiozáznamů týče, celkem bylo pořízeno 39 hod. nahrávek, jejichž průměrná délka činí 25 min. (směrodatná odchylka: 8 min.).

Pro zajištění reliability a validity dat jsem prováděl jejich triangulaci. Triangulace byla založena na tom, že do sběru a transkripce dat byly kromě mě zapojeny ještě 3 další osoby. Valnou část interview jsem v terénu nahrál sám, přičemž ke sběru dat logicky docházelo v různý čas a na různých místech. 10 interview v Takiwasi nahrála Ing. Wanda Vozáryová, která je také přepsala spolu s 10 rozhovory z Kladna-Dubí, 7 ze CEA a 5 z Renarkonu. Ing. Karolína Tichá a Ing. Kristína Mikulová přepsaly po 10 interview ze Sejšru a Renarkonu.

Parciální výsledky analýzy dat jsou uvedeny v úspěšně obhájených závěrečných pracích mých bývalých studentek, jimž jsem část primárních dat poskytl pod příslibem ochrany osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb. *o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů* (Mikulová, 2015; Tichá, 2015; Balíková, 2016; Vozáryová, 2015; 2018).

Všichni participanti po seznámení s cíli realizovaného výzkumu poskytli informovaný souhlas, který byl požadován písemně buďto v české, nebo španělské verzi (viz kapitola 10.1).

Semi-strukturovaný rozhovor byl veden dle formuláře (viz kapitola 10.2). Veškerá interview byla realizována s dobrovolníky. Ti se přihlásili přes odpovědný personál TK. Výběr výzkumného vzorku pro rozhovory byl záměrný s tím, že se muselo jednat o interního pacienta/klienta TK (Miovský, 2006). Do výzkumného vzorku byli z důvodu omezené délky terénního výzkumu zahrnuti vždy všichni stávající pacienti/klienti TK, kteří poskytli informovaný souhlas.

Výzkumný vzorek tvoří celkem 90 informátorů, z toho 13 žen a 77 mužů. Informátoři nebyli vybíráni dle pohlaví. Průměrný věk informátora byl 27 let (směrodatná odchylka: 9,5). S nejmladším i nejstarším pacientem z celého vzorku jsem se setkal v Nikaragui. Nejmladšímu z AMAR bylo 14 roků, nejstaršímu z CEA 72.

Co se rodinného stavu týče, 83 % informátorů bylo svobodných, 11 % ženatých (vdaných) a 6 % rozvedených. 34 % osob bylo nikaragujské národnosti, 33 % české národnosti, 11 % peruánské, 5 % francouzské a 16 % jiné národnosti (např. španělské, argentinské nebo chilské). Proporcionální rozdíl mezi nikaragujskými, českými a ostatními národnostmi je způsoben tím, že terapeutická skupina v Takiwasi je multikulturní (ačkoliv Peruánci jednoznačně převažují).



Obr. 9 CEA – pracovna terapeutů (zdroj: vlastní zpracování).

Podrobnou charakteristiku výzkumného vzorku uvádím v kapitole 10.3. Jména veškerých subjektů zahrnutých do výzkumu byla z důvodu zachování anonymity zaměněna za identifikátor (zkr. ID) obsahující zkratku nebo název TK a číslo

informátora. V kapitole 6 jsou tyto ID použity v citacích (opatřených rovněž jejich číslem stanoveným programem Atlas.ti) tak, aby byl dohledatelný zdrojový text podrobený analýze.

4.2 Metoda kódování

V této kapitole je detailně popsána metoda kódování. V podstatě se jednalo o to, že jsem rozhovory s informátory analyzoval metodou zakotvené teorie (Strauss & Corbin, 2002; Řiháček & Hytych, 2013).

Každý audiozáznam byl nejprve ručně přepsán. Následně jsem jej kódoval v Atlas.ti Mobile 1.8. Kódování, které jsem provedl u všech transkriptů, spočívalo v tom, že jsem k dílčím pasážím textu přiřadil určitý kód, tzn. analytickou kategorii. Základní jednotkou analýzy mi byla jedna strana transkriptu. Přiřazování kódů probíhalo na základě sémantické podobnosti mezi narativy. Rozsah narativů, tedy logicky koherentních úseků textu, které se nějakým způsobem váží k některé výzkumné otázce uvedené v předem připraveném formuláři semi-strukturovaného rozhovoru, neměl na výsledek analýzy vliv.

Kódování jsem prováděl tak, že jsem 90 prepisů o celkovém rozsahu 765 normostran (zkr. NS, směrodatná odchylka: 8) rozdělil do dílčích projektů nazvaných dle zkoumaných TK a nejprve jsem během prvního čtení realizoval tzv. otevřené kódování. Tímto způsobem jsem vytvořil tzv. kódovací rámec (angl. *coding frame*), který jsem postupně zpřesňoval (Schreier, 2012).

Posléze jsem dle pravidel stanovených Straussem a Corbinovou (1999) prováděl tzv. axiální kódování, které spočívá ve vytváření spojení mezi kódy.¹⁷ Tímto způsobem jsem zhotovil model paradigmatu zakotvené teorie, jenž mi pomohl při interpretaci narativů. Model jsem převedl do podoby mentální mapy v mobilní aplikaci MindNode Version 5.2.6 (167). Dílčí kódy jsou v tomto modelu spojeny na základě kauzálních a významových vztahů.

Dokumenty okódované v mobilní aplikaci jsem následně importoval do desktopové verze Atlas.ti Version 8.2.4 a dokončil tzv. selektivní kódování tak, že jsem kódy automaticky uspořádal dle zakotvenosti (angl. *groundedness*).

Zakotvenost vyjadřuje počet narativů navázaných k určitému kódu. Pro následnou interpretaci dat jsem vybral pouze ty kódy, jejichž zakotvenost byla ≥ 80 . Při nesplnění této podmínky nebyl ke kódům připojen dostatek narativů, na jejichž základě by bylo možné provést komparaci TK. K vybraným kódům jsem si z programu vyexportoval reporty (angl. *codebooks*) s citacemi a ty použil jako zdrojové texty pro kapitolu 6.

Abych byl tuto kapitolu schopn sestavit, musel jsem nicméně během druhého čtení reporty opětovně analyzovat, a to ve větší míře podrobnosti. Jinak by rozdíly mezi jednotlivými TK nebyly patrné. Tímto způsobem vznikly další kódy (jejichž relevance byla v tomto kroku identická jako v předchozím). Základní jednotkou analýzy mi však již nebyla jedna strana transkriptu jako v předchozím, nýbrž byla jí jedna replika informátora.

Výsledné kódy, v kapitole 5 použité jako podnadpisy, mi posloužily při komponování tohoto textu s tím, že úvodní kapitola obvykle obsahuje teoretický úvod do

¹⁷ Přechýlená forma příjmení je použita u zdrojů přeložených do češtiny.

problematiky a za ní následuje interpretace narativů ze zkoumaných TK. Struktura dokumentu současně odráží strukturu zakotvené teorie, jejíž podoba je graficky ztvárněna v modelu paradigmatu zakotvené teorie (viz kapitola 6.18).

4.3 Metoda statistické analýzy dat

Během dvojího čtení se mi z transkriptů podařilo extrahovat základní charakteristiky výzkumného vzorku, které se týkají některých klíčových proměnných, např. doby užívání drog (v letech), délky abstinence, předchozí léčby nebo délky aktuální léčby (v měsících). U těchto proměnných jsem v programu Unistat 4.5 provedl rozdělení četností a následně analýzu rozptylu (angl. *analysis of variance*, zkr. ANOVA).¹⁸ Pro vizualizaci dat jsem kromě této aplikace použil také software Statistica 12.

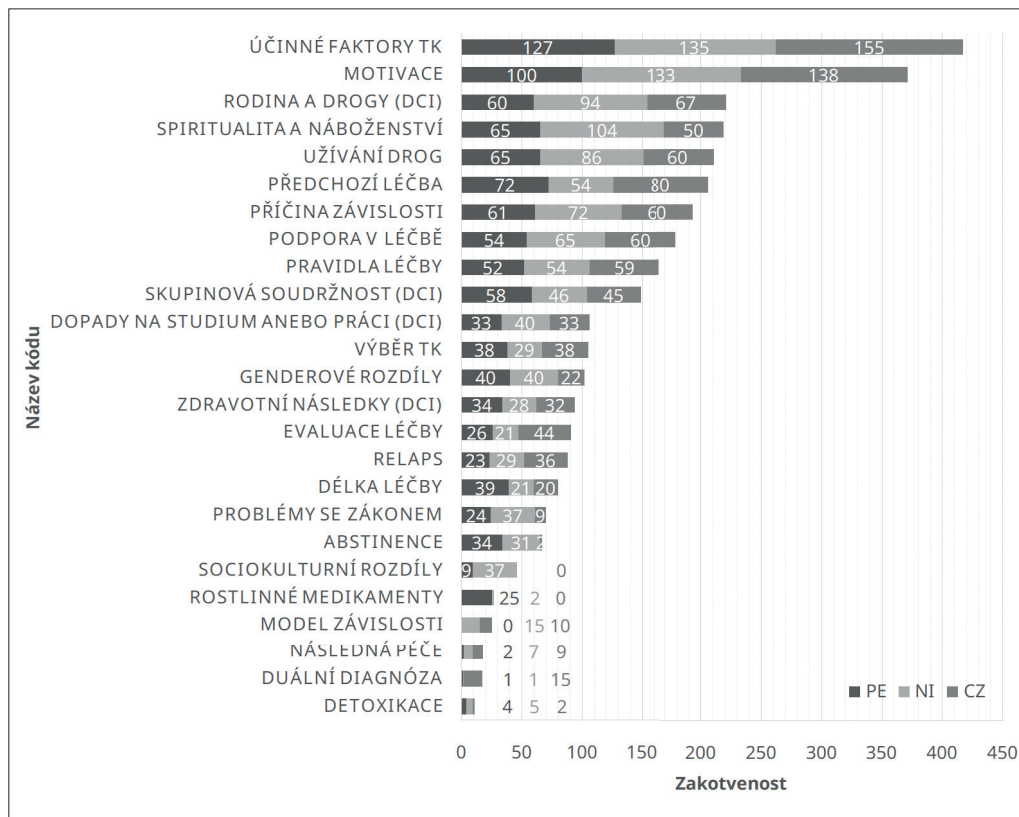


Obr. 10 CEA – pohled do areálu (zdroj: vlastní zpracování).

¹⁸ Podrobněji viz kap. 6.17.

5 VÝSLEDKY

V grafu na obrázku 11 jsou zobrazeny výsledky kódování. Výsledky jsou zpracovány kumulativně za jednotlivé země, protože počet TK, které jsou v nich zastoupeny, není rovnoměrný.



Obr. 11 Kódy a jejich zakotvenost (zdroj: vlastní zpracování).

Celkem bylo vytvořeno 25 kódů, pro interpretaci dat ale bylo použito pouze 17 z nich. V případě kódů „problémy se zákonem“, „abstinance“, „sociokulturní rozdíly“, „rostlinné medikamenty“, „model závislosti“, „následná péče“, „duální diagnóza“ a „detoxikace“ totiž nebylo splněno kritérium stanovené v kapitole 4.2. To každopádně neznamená, že by tyto aspekty léčby závislosti nebyly důležité.

Mezi kódy s největší zakotveností v narrativech informátorů patří „účinné faktory TK“ a „motivace“.¹⁹ K dalším významně zastoupeným kódům patří „rodina a drogy (DCI)“, „spiritualita a náboženství“ a „užívání drog“, jejichž zakotvenost byla ≥ 200 .²⁰

¹⁹ Kód „účinné faktory TK“ je pojmenován dle Kaliny (2008).

²⁰ V případě kódu „rodina a drogy (DCI)“ stejně jako u kódů „dopady na studium a práci (DCI)“ a „zdravotní následky (DCI)“ zkratka odkazuje ke škále Dimenze změny (angl. *Dimensions of Change Inventory*), kterou jsem používal v předchozím výzkumu (Horák et al., 2014; Horák & Somerlíková, 2015). Jak bylo uvedeno v kapitole 3, dílčí výzkumnou otázkou této případové studie bylo, zda jsou výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci interních pacientů/klientů TK validní.

6 INTERPRETACE DAT

Řazení následujících kapitol odpovídá míře zakotvenosti jednotlivých kódů navázaných na centrální koncept, jímž je „léčba drogové závislosti v TK“, tzn. tomu, jak jdou za sebou od největšího po nejmenší. V každé pasáži jsou pak uvedeny jak narativy z Peru, tak Nikaraguy i České republiky, aby byly rozdíly mezi zkoumanými TK patrné.

6.1 Účinné faktory TK

Během druhého čtení narativů pacientů/klientů se mi podařilo identifikovat několik desítek účinných faktorů, které mají na léčbu drogové závislosti vliv. Nicméně, jak je zjevné z kapitol 6.1.1–6.1.3, pouze účinné faktory „osobní terapeut“ a „psychoterapie“ se shodně vyskytují ve významné míře jak v peruánském, tak nikaragujském i českém kontextu. Přítomnost individuálního terapeuta, který se s pacientem/klientem obvykle setkává v týdenním intervalu, je pro rehabilitaci jednoznačně klíčová.²¹

Individuální psychoterapie je v programu TK doplněna psychoterapií skupinovou, která může nabývat různých podob. V českých TK bývají pořádány všeobecné, mimořádné nebo interakční skupiny, respektive tzv. volná tribuna, jíž se v TK Kladno-Dubí mohou účastnit i důležité blízké osoby. Klienti na začátku pobytu v TK také zpracovávají svou „terapeutickou zakázku“, v níž si stanovují cíle, jichž by měli během rehabilitace dosáhnout (Richterová-Těmínová, 2007, 35–37).

V Peru a Nikaragui tvoří základ terapeutického programu „sezení“ (špa. *sesiones*), která vede školený personál a příležitostně se jich účastní také praktikanti psychologie.²²

Vzhledem k množství zjištěných účinných faktorů se budu v následujících kapitolách zabývat výhradně významnými odlišnostmi mezi zkoumanými TK.

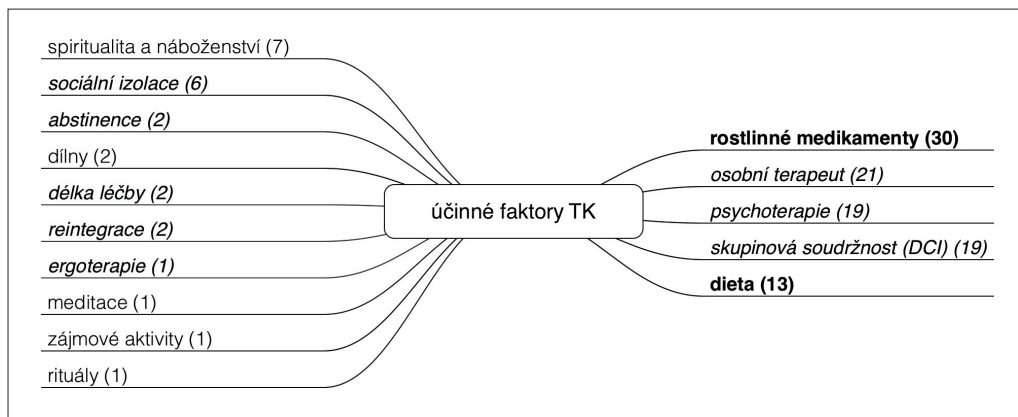
6.1.1 Takiwasi

Zásadní rozdíly, jimiž se Takiwasi odlišuje od ostatních TK, spočívají v administraci rostlinných medikamentů a dietě (viz diagram na obrázku 12). Dieta je léčebnou metodou, která spočívá v osamocení pobytu v pralese pod pravidelným dohledem psychoterapeutů a léčitelů. Během tohoto pobytu jsou pacientům podávány různé rostlinné přípravky (Rumlerová, 2018).

Během terénního výzkumu se mi v centru podařilo identifikovat 73 používaných přípravků. Ty lze je rozdělit do 6 kategorií: 1) laxativní přípravky, 2) purgy s emetickými účinky, 3) rostliny užívané při dietě, 4) rostliny používané při přípravě koupelí, 5) rostliny používané při přípravě sauny a 6) adjuvans (Horák, 2013, II–V).

²¹ V českých TK bývá osobní terapeut nazýván jako „garant“. V TK Kladno-Dubí je klientovi takovýto garant přidělen do 10 dnů od nástupu. V Nikaragui se termín osobní terapeut nepoužívá. S pacientem pracuje tzv. poradce ohledně závislosti (špa. *consejero*), psycholog a psychiatr. V TK AMAR nebyly během terénního výzkumu poslední dvě zmiňované funkce nikým zastoupeny.

²² Program sezení bývá v nikaragujských TK někdy doplněn o četbu inspirativních textů (AA, 1990b).



Obr. 12 „Účinné faktory TK“ dle pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

V rozhovorech, které jsem s pacienty Takiwasi vedl, pak byly zmiňovány zejm. ayahuasca, purgy a rostliny užívané při dietě. Pro lepší pochopení toho, jak jsou tyto přípravky v rámci léčby aplikovány, uvádím narativ sedmadvacetiletého pacienta brazilského původu závislého na cracku a kokainu, kterému byla diagnostikována bipolární afektivní porucha. Tento narativ vystihuje význam obou klíčových kódů, proto je v této kapitole uveden jako jediný. Informátor mi řekl:

„Chápu ty věci jako propojené. Chápu tu léčbu takto... Po příjezdu se detoxikuješ. Já, když jsem sem přijel, detoxikoval jsem se 3x týdně. Byla to očista (angl. purging). Kdyby nebylo purg, sebral bych se a...“

„Zarhl,“ doplnil jsem.

„A odešel bych. Viděl jsem tu lidi, kteří sem přišli závislí na heroinu. S jedním takovým jsem v léčbě. Přestal s heroinem ze dne na den. Taky jsem viděl lidi venku, kteří přestali s heroinem ze dne na den, ale ti vůbec nebyli schopní fungovat. Patnáct let brát heroin ve dne v noci a pak tak rychle přestat... [to nejde].

Jsem naprosto přesvědčený o tom, že to funguje.

To je úžasné!

A to bez metadonu, bez jakýchkoliv substancí. Bez čehokoliv. Jen purgami. Myslím si, že purgy jsou pro detoxikaci velmi důležité. Detoxikují ti tělo způsobem, jaký jsem nikdy dřív nezažil. Když jsem sem přijel a dal si poprvé yawar pangu, zvracel jsem... Je to o tom, že vypiješ 6 litrů vody.

Já vím.

A během sezení tu vodu vyzvracíš.

Pak jsem šel do domku, na samotku. Neměl jsem v žaludku už žádnou vodu. Od půl 5 odpoledne do 2 hodin ráno jsem zvracel žaludeční šťávy... Takovou tu žlutou tekutinu.

Ano.

Vyzvracel jsem té čisté tekutiny skoro 2 litry. Netušil jsem, odkud to ze mě jde. Neměl jsem v sobě vůbec nic. Bylo to jako by se ve mně produkovaly jen další a další žaludeční šťávy.

Neuvěřitelné.

Pak ty žaludeční šťávy začaly měnit barvu. Byly zpěněné, pak žluté, zelené a bílé. Ta tekutina měnila barvu. Další den jsem se cítil vážně jinak. Cítil jsem, že jsem čistý. Vyčistil jsem si hlavu. Přestal jsem mít rušivé myšlenky, co mě před tím pořád napadaly. Byl jsem víc v pohodě. Může to být taky kvůli fyzickým... dojmům. Zvracíš totiž 6 hodin.

Další den je všechno normální. Jsi zrelaxovaný. Sice nemáš žádnou sílu, ale cítíš změnu. Během celé léčby... Když si pak dáš yawar pangu znovu (viz obrázek 13), nic ti to neudělá. Prostě jdeš na sezení, vyzvracíš se a jdeš pryč. Funguješ normálně. Jdeš na workshopy, povídáš si s ostatními.

Aha.“



Obr. 13 Yawar panga – *Aristolochia didyma* (zdroj: vlastní zpracování).

„Myslím si, že k detoxikaci dochází na fyzické, psychické a energetické úrovni,“ vysvětlil mi dál informátor. „A pak začneš pít rostliny. Po detoxikaci začneš užívat adjuvans (angl. contention plants, špa. plantas de contención). Dají ti jednu rostlinu, které se říká camalonga.

Já vím.

Jo, ta rostlina u tebe vyvolá snění. Nikdy jsem neslyšel o rostlině, která vyvolává snění. Je to ale tak. Vážně máš sny. Pak jdeš na psychoterapii, kde tě vyzvou k tomu, aby sis sny znamenal. Všechno si po probuzení zapisuješ. Mají tu techniky, jak si sny zapsat a zapamatovat. Koupil jsem si knihu, ve které jsou vysvětleny způsoby, jak si sny vykládat.

Aha.

Když jsem si své sny potom během psychoterapie četl, uvědomil jsem si, že se jedná o zprávy z mého nevědomí. To jsem si dřív nikdy nemyslel. Jakmile tuto informaci vstřebáš, jdeš na workshop, kde má každý jinou zkušenost.

Aha.

Posloucháš ostatní, dáváš návrhy, s každým si povídáš. Všechno se to smíchá. Představ si velký mixér. Všechno, co říkám, dáš do mixéru a pak si dáš ayahuascu.

A pak máš dietu a další věci...

Jo. Když si dáš ayahuascu, obdržíš spoustu informací. Plno věcí vidíš a cítíš. Všechny ty věci zpracováváš taky na psychoterapeutickém sezení. Pak je tu sport, soužití s ostatními pacienty... Dojde ti, že lidi jsou ti zrcadlem. Zrcadlí se v nich tvoje problémy. A o tom jsi neměl ponětí. Když někoho venku nenávidíš, prostě ho nenávidíš, nemáš ho rád. Nemyslíš na to, že by to mělo druhou stránku, chápeš?

Hm.

Když ale někoho nenávidíš tady, přiměje tě to přemýšlet nad tím, co s tím člověkem máš společného.

Aha.

A pak se to všechno pomíchá.

Hm.

Spustíš to a všechno to smícháš. V momentě, kdy máš pocit, že už vybuchneš, dají ti dietu. Pak máš týden na to, abys vstřebal veškeré informace, kterých se ti dostalo. Z nich pak utvoříš pilíř, silný pilíř, na němž bude stát tvá léčba.

Pro mě je těžké jmenovat...

Jen jedinou věc.

Jen jedinou věc.

Aha.

Podle mě jsi po post-dietě a po léčbě schopný vyjmenovat rozdíl. Po 3... 5, 6... 7 nebo 8... 9, 10 měsících. Po dietě jsi schopen hovořit o rozdílech. Není to ale dietou, nýbrž veškerými zkušenostmi...

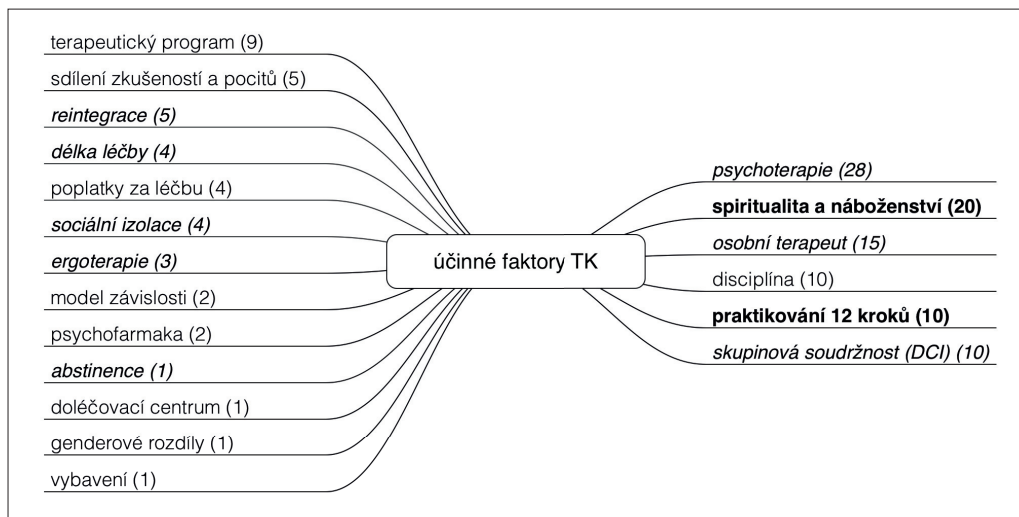
Je to propojené.

Ano, je to propojené. Na dietě jsi ale 10 dní sám a máš čas přemýšlet, zpracovat a vstřebat veškeré věci, jimiž sis tady během posledních pár... během 3 měsíců prošel“ (T06, 5:12–14).

6.1.2 CEA, CARA, AMAR

Nikaragujské TK se od peruánské a českých kromě důrazu na spiritualitu a náboženství odlišují také použitím metody 12 kroků AA a 12 tradic NA (viz diagram na obrázku 14).

Víra je v nikaragujských terapeutických programech zaměřena směrem k neurčité „vyšší moci“ (špa. *poder superior*) nebo „vyšší bytosti“ (špa. *ser superior*) proto, aby se s ní mohl ztotožnit osoby jakéhokoliv vyznání.



Obr. 14 „Účinné faktory TK“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

Svobodný, pětapadesátiletý pacient závislý na kokainu se v této věci vyjádřil takto:

„Říká se, že základním krokem je... přijmout... že existuje vyšší moc. A že se můžu znovu stát zdravým a správným člověkem.

Stál vás tento krok nějaké úsilí nebo ne?

Ano, protože jenom tato moc ti může pomoci. Člověk prostě musí věřit. Nemyslet si, že najdu boha na dně láhve. (Směje se).

Jistě.

Tak to nejde. Je potřeba věřit, jinak ti nebude v žilách proudit krev.

Hm.

Já ale tak moc věřící nejsem. Jsem totiž agnostik.

Hm.

Vyšší moc je skutečná. Podle mě jsme každý jiný. Každý z nás má svůj pohled.

Jasně.

Je ale dobré vědět, že existuje nějaká vyšší síla, která tě jako by vede... že tu něco takového je. Mně to, řekl bych, pomohlo.

Hm.

Je potřeba být vděčný, protože... jsem byl mimo, byl jsem ztracený. Nevěděl jsem, co dělám.

Jak vás tak poslouchám, mám pocit, že jste to hledal.

Ano, jinými slovy ano. K tomu vám taky pomůže čtení Písma. Já jsem čtenář. Přečetl jsem spoustu knih. Já čtu, čtu...

Hm.

Díky tomu vím, jak se v té či oné zemi žije, jaké tam mají zvyky... Víceméně všechno. V tomto směru mám přehled.

Hm.

Taky ale čtu Písmo.

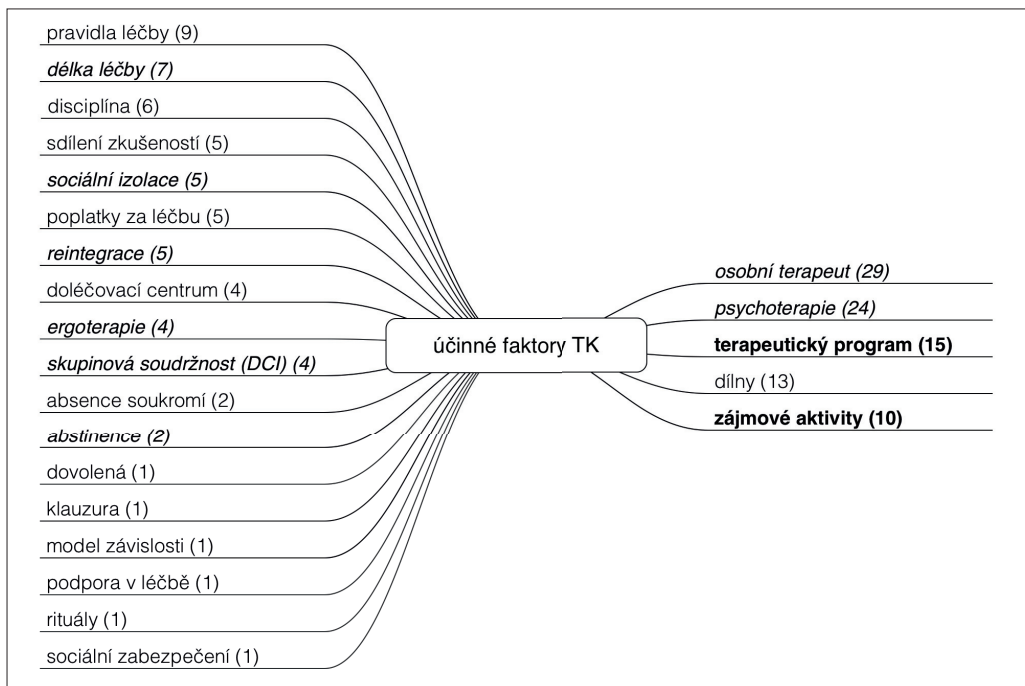
Řekněme odjakživa?

Odjakživa. Je to součást mojí kultury“ (CARA04, 4:17).

Co se 12 kroků/tradic týče, nutno podotknout, že v nikaragujských TK je kladen důraz na jejich praktikování, nikoliv pouhopouhé memorování. Výsledkem je větší duchapřítomnost pacientů. Jak výstižně vyjádřil devatenáctiletý pacient závislý na alkoholu, „na jednu stranu je to o vůli, na druhou o disciplíně. *Vůle je o tom, že si uvědomujeme to, že máme problém. O tom, že si musíš pomoci... že musíš tento proces podstoupit, abys byl čistý. Disciplína je o tom, že následuješ 12 kroků, chodíš na sezení a skupiny... že se jich účastníš“ (C13, 13:26).*²³

6.1.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Pomineme-li význam individuální a skupinové psychoterapie, kladou klienti českých TK na rozdíl od peruánských a nikaragujských pacientů důraz na terapeutický program a zájmové aktivity, tj. sport a zátěžové pobyty (viz diagram na obrázku 15).



Obr. 15 Účinné faktory TK dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

²³ V Nikaragui je dohlížením na dodržování disciplíny pověřen jeden z pacientů nazývaný dle své funkce (špa. *el disciplina*). V Česku se klientovi s obdobnými povinnostmi říká „šéf domu“.



Obr. 16 Terapeuti a klienti TK Renarkon na zátěžovém pobytu (zdroj: vlastní zpracování).

Terapeutický program je ve zkoumaných českých TK – stejně jako v peruánských a nikaragujských – rozdělen na fáze. Takovéto dělení je pro hierarchicky strukturované TK typické (Kalina, 2008). O přechodu mezi jednotlivými fázemi – podobně jako o odchodu z TK – rozhoduje terapeutický tým. Třiatřicetiletý klient Sejrku k tomu doplnil:

„On člověk musí projít přestupem, to se vlastně koná velká komunita. Na tej velkej komunitě jsou vlastně všichni terapeuti a všichni klienti.

Hm.

A vlastně dávají přestupový otázky. Člověk podle toho, jak odpoví... jak se zachová, tak podle toho buď přestoupí, nebo nepřestoupí, no“ (S02, 2:23).

K výše zmiňovaným zátěžovým pobytům mi jeden šestadvacetiletý klient z Renarkonu pověděl:

„Sme šli takových... pět Beskydských vrcholů. Takovou zátěžovku.

To jsem tady jednou absolvoval. Nevím, jestli to byl přesně ten typ trati...“ opáčil jsem. „Velký Javorník, Malý Javorník, Radhošť, Pustevny, Kněhyně a zpát-ky,“ pokračoval informátor. „My jsme vycházeli ve dvě v noci a jak bylo svítání na Radhošti, tak jsme se dostali... a bylo nás víc... celkem do solidních chutí. My fyzicky zdatnější jsme terapeutům utekli... a té pomalejší skupině. Pak jsme tam na ně nahoře čekali. Tam jsme se celkem dobře rozchutovali, plus jsme ještě dostali sprda, že jsme utekli, když nám to nedovolili. Tak mě to dostalo celkem do vzteku, ta kombinace těch dvou faktorů. Se mi z toho udělala celkem solidní odchodovka, kterou jsem pak ale, než jsme došli zpátky na barák... tak jsem se o tom s jedním terapeutem bavil. Tak jsem to rozkecal. Prostě jsem to ventiloval“ (R05, 4:12).²⁴

²⁴ Výrazy „dostat se do chutí“ a „rozchutovat se“ informátor označuje bažení po droze (viz kapitola 6.16.2). „Odchodovkou“ míní myšlenky na odchod z TK.



Obr. 17 Klienti TK Renarkon na výpravě do TK Fides (zdroj: vlastní zpracování).

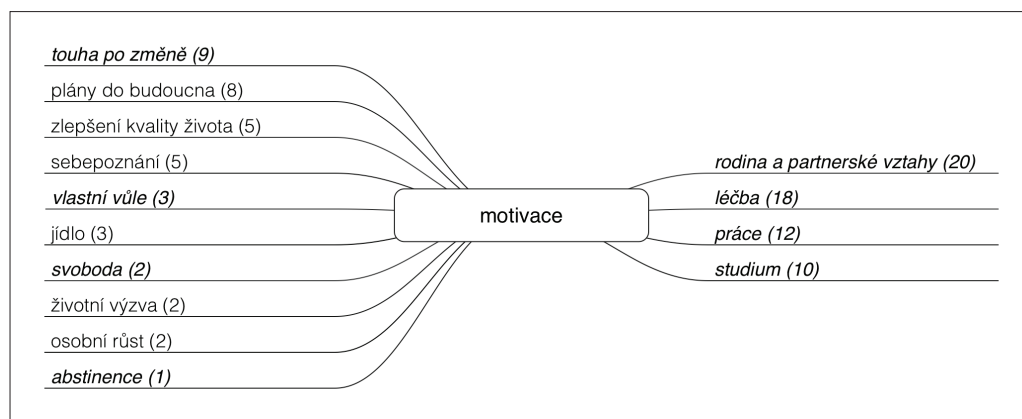
6.2 Motivace

Jak jsem uvedl v kapitole 1, motivaci v komunitní léčbě závislosti jsem se podrobně věnoval během realizace dřívějšího výzkumného projektu nazvaného „Sociokulturní aspekty léčby drogové závislosti“ (ID: FRRMS_IGA_2017/002). Na tomto místě jsem se kvůli rozsahu textu rozhodl úvodní teoretickou pasáží o motivaci pominout a odkazuji čtenáře k prostudování odborného článku, který byl jedním z jeho hlavních výstupů (Horák & Somerlíková, 2017).

V kapitolách 6.2.1–6.2.3 jsou zahrnuty příklady, která doplňují výsledky mého předchozího výzkumu, založeného primárně na dotazníkovém šetření mezi klienty českých TK a psychiatrických nemocnic/léčeben (zkr. PN/PL), o dosud nepublikovaná zjištění z interview provedených doma a v zahraničí.

6.2.1 Takiwasi

Jak je zjevné z diagramu na obrázku 18, mezi hlavní motivy interních pacientů Takiwasi patří rodina a partnerské vztahy, léčba (kterou lze chápat jako proces nebo cíl, tj. stav po změně), práce a studium.



Obr. 18 Klíčové motivy interních pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Do této kapitoly jsem vybral čtyři příklady, které podle mého názoru vhodně ilustrují způsob, jakým způsobem interní pacienti Takiwasi s ohledem na motivaci uvažují.

Třiadvacetiletý informátor peruánské národnosti se v tomto směru vyjádřil následovně: „*Já si uvědomil, že se chovám špatně a nechci žít takový život... že se chci změnit, že se chci uzdravit, přestat brát drogy, stýkat se se špatnými přáteli... Taky jsem tady kvůli mé sestře Pilar. Je to moje druhá sestra. Zeptala se mě, jestli potřebuju pomoc. Řekl jsem jí, že ano. Cítil jsem, že to sám nedokážu a velice potřebuju pomoc. Jsem jí vážně vděčný za to, že mě sem dala. Vždycky, když sem za mnou přijde na návštěvu, tak jí děkuju za to, že mě sem dala. Víím, že teď neprocházím pěkným obdobím. Není to nic hezkého být daleko od přítelkyně a pracovat dlouhou dobu na sobě. Být tady a vydržet*

to... uf. Jsem tady kvůli sobě. Proto, abych šel dobrým příkladem mé dceři, dopřál dobrý život mé ženě, mé rodině... abych byl dobrý kluk“ (T03, 3:7).

Z uvedeného příkladu je patrné, že motivace jedince může mít několik dimenzí. V tomto případě zahrnuje jak touhu po změně, tak přání dostát společenským rolím. Také je zde třeba zmínit, že vlastní vůle k léčbě je v Takiwasi jedním z rozhodujících kritérií pro vstup do TK.



Obr. 19 Takiwasi – příprava na detoxikační sezení (zdroj: vlastní zpracování).

Když jsem hovořil se sedmadvacetiletým brazilským pacientem, vyjmenoval mi hned několik motivů, které jej v léčbě drží. Dokládá to následující narativ.

„V první řadě [je to] to, že mám děti. Ve druhé, že jsem právě začal druhým rokem studovat. Za třetí to, že bych chtěl žít svůj život a abstinovat. Je to něco jako trénink na souboj. Rok trénuješ na souboj a v jeden okamžik nadejde čas, že už chceš bojovat. Říkáš si: ‚Chci přijmout tu výzvu.‘ Rozumíš? Dieta je ve skutečnosti velice striktní. Podstupuješ totální sexuální abstinenci. Všechny ty věci mě lákají. Chci mít sex, jít ven a dát si na jídlo to, na co mám chuť“ (T06, 5:16).

Jako zajímavý se jeví také narativ devětačtyřicetiletého ekvádorského akademika, který se v Takiwasi také rehabilitoval. Jeho výpověď poukazuje na ambivalentnost některých motivů.

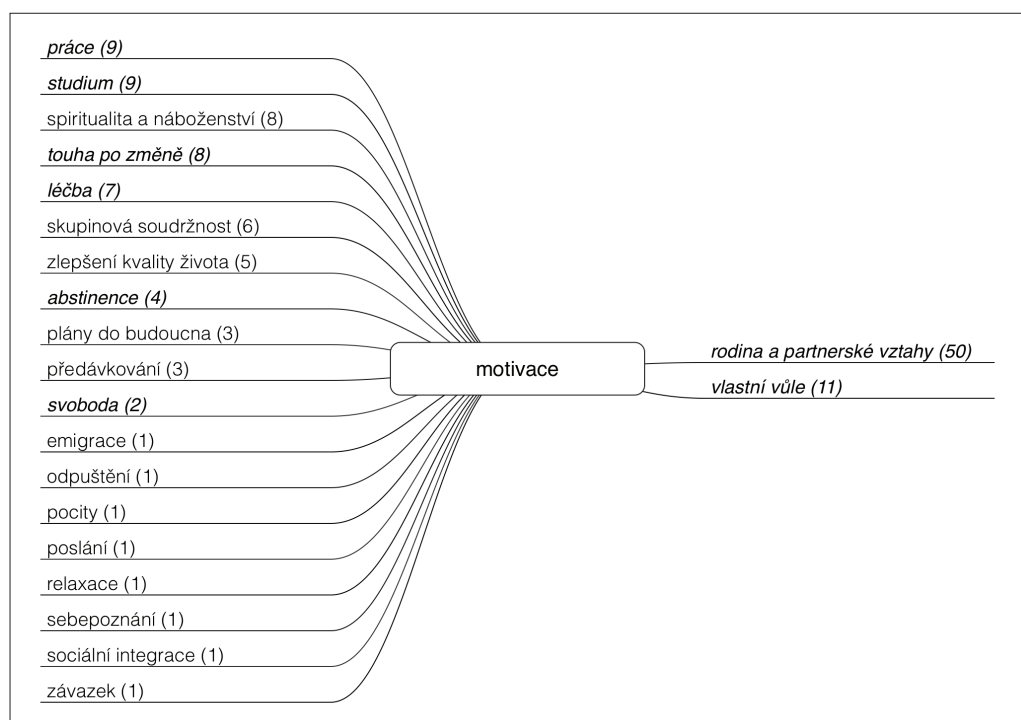
„Myslím, že na prvním místě je rodina. Moje žena a moje děti. Jsem otcem tří dětí. Kolik jim je?

Čtyřadvacet nejstaršímu. Nebydlí se mnou, ale se svou matkou. Je to moje první žena, s níž jsme se rozešli před osmnácti lety. Další dvě děti mám z tohoto manželství, patnácti a třináctileté. Hrozně moc s nimi chci... být. Velice se mi po nich stýská. Každou minutu,

co jsem tady. Chci je vidět, chci s nimi být, dotknout se jich, obejmout je, být s nimi. Silně mě to ovlivňuje. Jednak v tom, abych tady zůstal, ale také v tom, abych odešel. Další věc je také moje kariéra, a to ve dvou významech. Třicet let se něčemu profesionálně věnuji a cítím, že je to velká příležitost odříznout to, co bylo od toho, co bude. To, co byla moje práce posledních třicet let, teď vyhodnocuji a chci si naplánovat, co bude dál. Můj život už je za polovinou, dalších čtyřicet devět let žít nebudu. Takže v tomhle věku už nad tím přemýšlím takhle. (...) Ve druhé radě cítím, že tu jsou věci, které jsem ještě nedokončil. Úroveň specializace, kterou chci mít... [Nechci ale už pracovat] tolik hodin, být prací tak posedlý. Chci to brát víc s klidem a s radostí. Víc si tu práci užívat. Ano. Trávil jsem čas frenetickým studiem a myslím, že nastala chvíle užít si, co jsem se naučil. Učit se víc s radostí a hravě“ (T12, 10:11–12).

6.2.2 CEA, CARA, AMAR

Shodně s peruánskými pacienty z Takiwasi uvádějí drogově závislí z nikaragujských TK rodinu a partnerské vztahy na prvním místě přede všemi ostatními motivy (viz diagram na obrázku 20).



Obr. 20 Klíčové motivy interních pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Význam rodiny je přítom s ohledem na jejich motivaci ambivalentní. Vyskytuje se jako motiv, vůči němuž pacienti upírají své naděje. Přejí si napravit své vztahy s původní

rodinou nebo si založit svou vlastní rodinu a mít děti (případně jim nebýt špatným vzorem). Dvaatřicetiletý pacient z CARA původem z Managuy mi k tomu řekl:

„Chtěl bych mít rodinu, ženu. Rád bych dopřál mé rodině slušný život... s emocemi. Já jsem bez nich schopný pracovat a fungovat. Představ si ale být opilý, neovládat se a dělat odporne věci svým dětem, které by kvůli tomu byly ve špatné, ne-li v hrozné situaci. Vytvářely by si vůči mně nenávistné vzorce chování (angl. patterns of hate) a staly by se z nich další závislí.

Přesně.

A jejich život by tak nestál za nic“ (CARA06, 6:28).



Obr. 21 CARA – posluchárna (zdroj: vlastní zpracování).

Dále se oblast rodinného a partnerského života zajímavým způsobem prolíná s problematikou vlastní vůle. Někdy na pacienty rodina klade nároky na dokončení léčby, jak je patrné z následujícího dialogu vedeného s dvacetiletým informátorem z AMAR. Dotyčný mi pověděl:

„Jsem tu z donucení.“

„Jsi tu z donucení?“ podivil jsem se.

„Není to z mé vlastní vůle.

Ne?

Ne.

Jak to, že ne? Jak je to možné? Co se stalo?

Byl jsem zapletený do drog a tak vůbec. [Jel jsem] v drogách. S alkoholem jsem nikdy problémy neměl.

Aha.

Moje rodina už to nemohla vydržet.

Aha.

Styděl jsem se, že budu muset jít do nějakého centra.

Hm, takže tvoje rodina tě nutí k tomu, abys tu byl?

Ano.

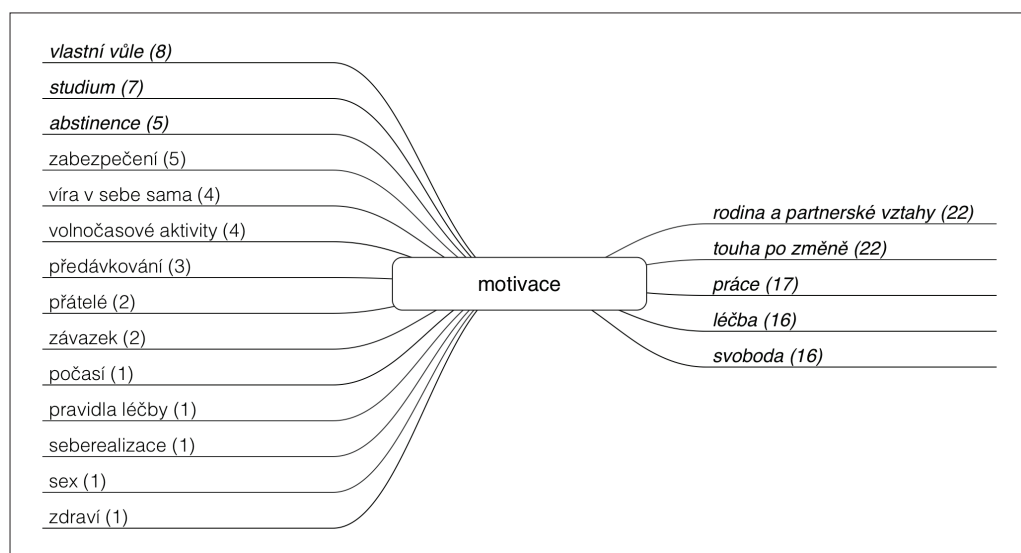
Aha.

Zavezli mě sem s tím, že když nedokončím tři měsíce, tedy dobu navrženou centrem, nebudu se moct... nebudu se moct vrátit domů. Jinak řečeno, vyhodili mě“ (A02, 2:5).

Na závěr nutno podotknout, že takovéto působení ze strany rodiny může mít kontradiktorický efekt.

6.2.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Obdobně jako v Takiwasi a nikaragujských TK považují klienti z Renarkonu, Sejřku a Kladna-Dubí za primární motiv rodinu a partnerské vztahy. Kromě toho je u nich kladen důraz na touhu po změně, práci, léčbu a svobodu (viz diagram na obrázku 22).



Obr. 22 Klíčové motivy interních klientů z TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Poslední narativ od dvaatřicetiletého klienta z Renarkonu ilustruje, že hledání motivace může vycházet z vědomé potřeby dostat se na pomyslné dno. S obdobným chováním jsem se setkal také u nikaragujských pacientů.

„Hnací motor byla samozřejmě rodina a můj syn. To byl jeden z hlavních důvodů. Ale každopádně, já jsem věděl, že pokud nebudu chtít já sám se jít léčit, tak to nemá smysl. Pro někoho to je poloviční. Pro mě to je poloviční. Takže já sám jsem se chtěl léčit. Abych tady nastoupil do komunity, tak jsem musel udělat jednu věc. Já jsem se musel úplně přefetovávat. Dofetovat do psychózy, abych zjistil, že fakt musím jít. Protože celkem

nesu hodně velkou zátěž a řek' jsem si, že pokud se nedostanu do takové fáze a stádia, kdy jsem úplně na dně a úplně mi nehrábne, tak nikdy nenastoupím na léčbu znova. Takže jsem to rozjel takovým stylem. (...) Zajímavé bylo... Já jsem si udržoval kontakt s jednou zdravotní sestřičkou z toho péelka (psychiatrické léčebny, pozn. aut.), od té první léčby. Já jsem si tam spoustu kamarádů našel i z personálu. A ona mi tak stabilně volala, jak to se mnou vypadá, jak se mám. Takže věděla o mém fetování všechno, když jsem znovu začal. A tak mě aj kontrolovala po tom telefonu a vždycky mi říkala: ‚Tak znovu nastup.‘ Já říkám: ‚Ještě není ta správná chvíle.‘ A když už bylo nejhůř, tak jsem ji prozvonil a ona řekla: ‚Tak co? Už?‘ A já říkám: ‚Už.‘ Tak pro mě jela a už mě zavezla. To byla první psychóza a už sem jel. Na to jsem čekal“ (R01, 1:25).



Obr. 23 TK Renarkon – samotka (zdroj: vlastní zpracování).

6.3 Rodina a drogy (DCI)

Rodinné faktory lze rozdělit podle toho, zda mají vliv na vznik závislosti, udržují závislostní chování, souvisí s relapsem a léčbou, příp. hrají roli v prevenci poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek (Matthew et al., 2018).

Co se vzniku závislosti týče, v první řadě je potřeba zmínit roli genetických faktorů. Ty zohledňují zejména biologické modely závislosti. Výskyt užívání drog u kteréhokoliv z příbuzných prvního stupně je považováno za vysoce rizikový faktor pro rozvoj, co se rozvoje poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek týče (Ducci & Goldman, 2012; Potenza, 2013).

Model závislosti jako nemoci sice v tomto ohledu vyzdvihuje význam sociálních vazeb a příbuzenských vztahů, nevysvětluje ale, proč se u některých lidí ve stejném genetickém řetězci vyvíjí závislost a u jiných nikoliv. K objasnění role rodiny při rozvoji poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek přispívá teorie sociálního učení. Děti, jež opakovaně vidí rodiče, jak berou drogy, je mohou začít napodobovat a později si z tohoto chování vytvořit zvyk (Chatav & Stuart, 2009). Různé studie rovněž potvrzují, že v případě dětí, u nichž je některý z rodičů na užívání nějaké drogy závislý, je větší pravděpodobnost výskytu téhož jevu (Solis et al., 2012).

Co se rodičovské kontroly týče, jak z velmi přísného, tak velmi benevolentního přístupu vyplývají v souvislosti s užíváním drog negativní konsekvence. Becoña et al. (2013) ve studii provedené na 1 428 dospívajících na Mallorce navíc naznačuje, že některé prediktivní proměnné, které mají v rodině vliv na rozvoj závislostního chování, se liší dle pohlaví. U žen hraje klíčovou roli matka. Méně vnímaná náklonnost ze strany rodičů a více kontroly ze strany matky u nich působí jako ochranný faktor před užíváním drog. V případě mužů je to otec, kdo má větší vliv, přičemž protektivní je dle výzkumu to, je-li dítětem otcovská náklonnost méně vnímána.

S ohledem na fungování rodiny se vyskytují problémy dvojího typu. Tyto problémy se týkají rodinných vztahů a rodinné struktury. Co se rodinných vztahů týče, na výskyt poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek mají vliv takové faktory jako jsou soudržnost, vzájemná komunikace a vzdálenost osobních vztahů. Kopak et al. (2013) během výzkumu provedeném na 20 745 adolescentech zjistil, že čím těsnější je pouto mezi rodičem a dítětem, tím menší je riziko výskytu problémů spjatých s užíváním drog. Nižší pravděpodobnost incidence takovýchto problémů je také predikována větší soudržností rodiny. Naopak nedostatek podpory ze strany rodiny a prosociálního chování je s nimi asociován ve všech věkových skupinách (Garmendia, 2008).

Nakonec i sociokulturní rámeček, ve kterém rodina funguje, hraje při rozvoji a udržování různých forem závislosti neodmyslitelnou roli. Představy o účincích drog se u různých etnických skupin liší. V některých společnostech je užívání určitých psychoaktivních látek a přípravků tolerováno, jinde sankcionováno (Singer, 2012).

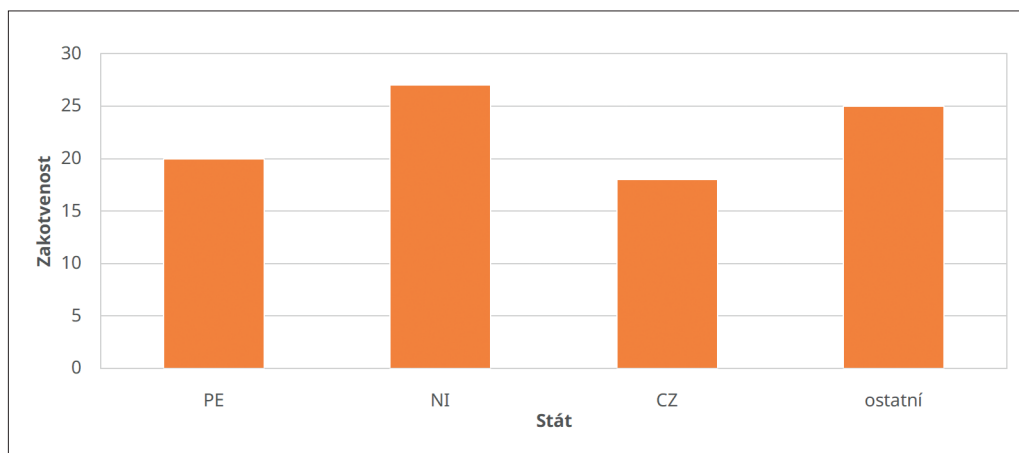
Výzkumy rovněž potvrzují, že kromě kulturních faktorů má na užívání drog vliv také socio-ekonomický status rodiny. U nízkopříjmových rodin se může takovéto chování rozvinout jako obranný mechanismus kvůli zvýšenému stresu, nedostatečnému přístupu k různým aktivitám, nezaměstnanosti atp. U vysokopříjmových rodin se na

rozdíl od toho může inklinace k užívání drog objevit v důsledku vysokého socioekonomického statusu (Patrick et al., 2012).²⁵

Kapitola 6.3.1 je zaměřena na verifikaci výsledků mého předchozího výzkumu, které potvrzují dopad užívání drog na rodinné vztahy. V kapitolách 6.3.2–6.3.4 je pak na příkladech objasněno, které faktory měly vliv na vznik závislosti u jedinců ve výzkumném vzorku.

6.3.1 DCI

Graf na níže uvedeném obrázku 24 ilustruje zakotvenost kódu „DCI“. Ten dokládá, že se pacienti/klienti skutečně domnívají, že jim užívání drog může způsobit (resp. jim v minulosti již způsobilo) problémy v rodinných vztazích. S uvedenou výpovědí jsem se totiž setkal u 65 z celkového počtu 90 informátorů (tj. u 72 % dotazovaných). Dílčí výsledky mého předchozího výzkumu, během něž jsem zjišťoval změny v názorech pacientů/klientů ohledně dopadu drogové závislosti na jejich rodinný život, tak byly verifikovány (Horák et al., 2014).



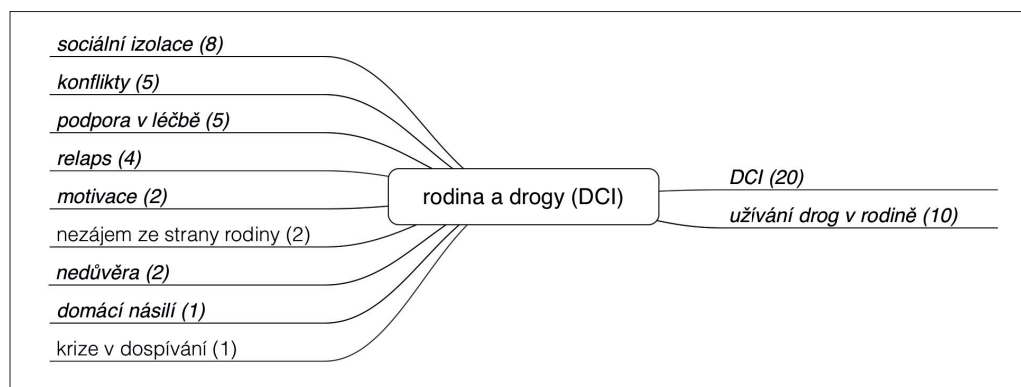
Obr. 24 Zakotvenost kódu „Rodina a drogy (DCI)“; N = 90 (zdroj: vlastní zpracování).

²⁵ Zajímavý je v tomto kontextu výzkum, který „v l. 2014–2015 realizovala Nadace Sirius ve spolupráci s agenturou MEDIAN. Cílem výzkumu bylo zmapovat současný stav možných příčin ohrožení rodin a stanovit priority v oblasti prevence sociálního selhání rodin. (...) Vzorek tvořilo 5 002 rodin, které nebyly v péči pomáhajících organizací, a 1 421 rodin v péči neziskových organizací (zkr. NNO), které se zaměřují na pomoc rodinám s dětmi v 5 rizikových oblastech (závislost na alkoholu, rozvodové problémy, kriminalita, pobyt ve výchovných zařízeních, závažné problémy dětí ve škole). Výzkum byl zaměřen na ekonomiku a stabilitu rodiny, zkušenosti s krizovými událostmi a rodičovské/výchovné kompetence a styly. (...) Nejčastěji uváděnými problémy v rodinách byly rozchod nebo rozvod rodičů, prospěchové problémy ve škole, dlouhodobé problémy s dítětem v domácnosti, kázeňské problémy ve škole a šikana, problémy v komunikaci s dítětem. Výskyt jednotlivých problémů v rodinách v péči NNO byl 3–8krát vyšší ve srovnání s běžnou populací – prospěchové a kázeňské problémy a problémy se šikanou uváděla více než třetina ohrožených rodin, závislost dospělého na alkoholu 21 %, na nelegálních drogách 12 % a problémové hráčství 10 % rodin. (...) Výzkum ukázal, že problémy dětí ve všech zkoumaných oblastech významně souvisí s nezvládaným zadlužením rodiny, příjmovou chudobou domácnosti a strukturou pracovní aktivity rodiny – nejohroženější skupinou jsou děti ve věku 7–12 let žijící v rodinách, které mají velké problémy se splácením dluhů, a děti, které nemají v rodině pracujícího člena“ (Mravčík, 2018, 73–74). Dále viz kapitola 6.11.

Z grafu je zjevné, že o vlivu užívání drog na rodinné zázemí je ve všech zkoumaných TK z Peru, Nikaraguy i Česka přesvědčena více než nadpoloviční většina informátorů. V kategorii „ostatní“ jsou zahrnuty ty osoby, u nichž nebyl dopad konzumace drog na rodinu identifikován (N = 25).

6.3.2 Takiwasi

Jak dokládá diagram na obrázku 25, u pacientů Takiwasi je jedním z významných kódů objasňující příčinu závislosti u informátorů „užívání drog v rodině“.



Obr. 25 „Rodina a drogy (DCI)“ dle pacientů z Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Například třicetiletý pacient chilského původu v tomto směru uvedl: „Řekl bych, že to bylo kvůli tomu, co jsem viděl doma. U mého otce, u mého bratra... Je to něco, co jsem se od nich naučil.

Oni taky kouřili?

Ano, pořád kouří.

Pořád kouří?

Ano.

PBC kouří taky?

Ano, bratr ano. Můj otec, podle toho, co říká, jenom marihuanu. Nevím ale, jestli je to pravda“ (T08, 7:5).

Sedmadvacetiletý Španěl původem z Barcelony, který trpěl zejména závislostí na alkoholu a kokainu, ohledně užívání drog v jeho rodině řekl: „Týká se to mého otce. Ten vždycky pil. Od mala jsem ho vídal, jak pije na svatbách, zábavách, a bylo to zábavné. Byl takový sympatický. Bavil se s lidmi... díky alkoholu. S tím jsem vyrůstal. To jsem si pak uvědomil. (...) Byl jsem na alkoholu hodně závislý. Hodně let. Je to vzorec, který se kopíruje... Ano, také u mámy, i když to jsou jenom tři pivka denně, ale i tak. S tím, když vyrůstáš...“ (T27, 25:5).

O rok mladší pacient z Francie k tomu dodal: „Kouření trávy mi (...) trochu ukázal můj starší bratr. Pak to pokračovalo s kamarády na ulici. V šestnácti, sedmnácti letech jsem užíval marihuanu, tabák, alkohol a kokain. Začal jsem s tím, jak se říká, pro zábavu“ (T09, 8:4).

Když jsem se jej následně ptal, proč se rozhodl podstoupit léčbu právě v Takiwasi, pověděl mi:

„No, bratr a manžel mojí matky umřeli kvůli heroinu.

Aha.

Nejdůležitější dvě osoby v životě mé matky zemřely kvůli heroinu.

(...)

Když jsem začal hodně brát, moje matka dostala strach, protože věděla, jak to s heroinem končí. Končí to na hřbitově, pod zemí.

Hm.

Přítom hodně věří na léčitelství, v moc rostlin.

Vážně?

Ano.

Matka slyšela jeden rozhlasový pořad, kde se mluvilo o Takiwasi jako o místě, kde se léčí léčivými rostlinami.

Hm, ve Francii?

Ano, ve Francii. Vždyť Jacques [Mabit] pochází z Francie.

Jasně, já vím.

Ve Francii o tom byl pořad. Hovořilo se tam o starodávné amazonské medicíně a v tom to matce došlo. ‚Tam musí můj syn jet, aby se vyléčil!‘ Ve Francii to nefunguje. (...) Je to proto, že nebereme – jak víš – v potaz duchovní, energetickou stránku věci. Ta se v Evropě neléčí. Jenom tělo, a to nefunguje“ (T09, 8:10).

V případech některých pacientů se nesetkáme s užíváním drog mezi nejbližšími příbuznými, zato je výskyt jejich problémů pravděpodobně zapříčiněn specifickými osobnostními rysy a širšími společenskými okolnostmi. Dokládá to následující narativ devětačtyřicetiletého pacienta ekvádorského původu.

„Možná bych nejprve měl říct, že jsem, dá se říct, z normální rodiny. Normální, zdravé, spokojené, šťastné. Jsem čtvrtý ze šesti sourozenců. (...) Z mých sourozenců jsem jediný, kdo má potíže s alkoholem a drogami. Žádný z bratrů nebyl nikdy závislý, ani nikdo z mé blízké rodiny. Kromě dvou bratranců, kteří jsou přesně v tom samém věku, co já. To mě donutilo přemýšlet. (...) Myslím, že to má dvě příčiny. V první řadě je to jistá osobní predispozice, jelikož jsem byl stydlivě, citlivé dítě. (...) Šel jsem do školy v pěti letech. O něco dříve, než by bylo vhodné. Dostalo se mi církevního, autoritářského vzdělání, hodně tvrdého a přísného. Vedli to maristé (bratři Společnosti Mariiny, pozn. aut.), katoličtí laici, kteří uplatňovali dost tvrdou výchovu. Než jsem přišel do školy, tak jsem žil v takové bublině. Rodiče, prarodiče i další příbuzní se o mě starali a věnovali mi pozornost. Moje rodina se má relativně dobře. Žili jsme ve velkém domě, cítil jsem se bezpečně. Vystavení tvrdému prostředí mi nejspíš hodně ublížilo.

Ve druhé řadě je to kontext. Narodil jsem se v roce 1967 a v době, kdy jsem šel do školy se (...) celý svět nacházel v období velkých změn. [Objevilo se] hnutí hippies, v Latinské Americe to byly různé proudy národního osvobození, gerily a revoluce. Myslím, že všechno tohle, celý ten kontext přechodu od tradiční společnosti [na to měl vliv]. V našem městě, v Quitu, kde lidé žili tradičním způsobem jak v minulých staletích, nastaly velké změny. Vznikly první hudební skupiny, kulturní, osvobozenecké a hipísácké hnutí. Také se objevili první lidé, kteří konzumovali drogy, marihuanu a tak dále. Takže myslím...

Byla to velká společenská změna.

Ano, v 70. letech, když jsem vyrůstal. Pak myslím, že v tom také hraje roli osobní zodpovědnost. Nedokázal jsem zejména rozlišit, kdy jsem na sobě začal pocítovat symptomy alkoholismu. Nechtěl jsem si přiznat, že moje pití je odlišné od jiných, normálních lidí. Nechtěl jsem včas vyhledat pomoc, a tak se stalo chronickým a problematickým. Také na to mělo vliv to, že jsem se velice odcizil katolické církvi kvůli filozofickým, politickým a osobním důvodům, kvůli špatnému zacházení, kterého se mi dostalo od vychovatelů. Proto si myslím, že to není jeden důvod, ale celý souhrn důvodů, který lze jen těžko rozplést. Kvůli tomu léčba v Takiwasi zabírá tolik času. Je to devět měsíců života“ (T12, 10:4).

Výpověď dalšího tamějšího pacienta dokládá podpůrnou roli rodiny v léčbě. Řekl mi:

„Nejprve jsem zkusil jedno centrum v Limě. (...) Pak jsem potkal jednoho příbuzného, který tady byl před pěti, šesti lety. Nikdy jsem o Takiwasi neslyšel, i když bydlím tady nedaleko.

On se tady také léčil?

Ano.

A dokončil léčbu?

Ano, také tady byl devět měsíců. Dopadlo to ale dobře, i díky kontaktům s rodinou“ (T14, 12:6).

Se skutečností, že rodinní příslušníci pacientů Takiwasi podstoupili interní léčbu v TK, jsem se setkal ve více případech. Ne vždy však byla jejich zkušenost pozitivní.

Čtyřicetiletý pacient z Peru, který měl v době naší konverzace za sebou sedm měsíců rehabilitace, to okomentoval následovně:

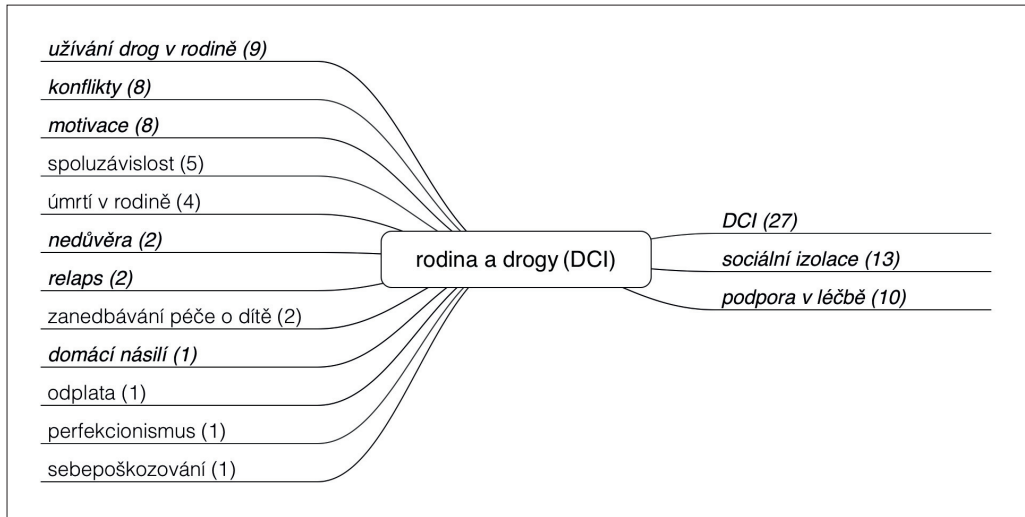
„Zjišťoval jsem si o centrech informace, neměl jsem k nim ale důvěru. V Peru jsou špatné. Mám kamarády, které v těch centrech dokonce bili. Týrali je, nutili je dělat věci, a oni pak odtamtud odcházeli ještě v horším stavu. Já to nechtěl, ne. Můj strýc byl taky v centru. Viděl jsem ho, jak odsud vyšel. Stal se závislým na sladkostech. Na čokoládě... A to je taky vážný problém. Tolik cukru! Může z toho dostat cukrovku! Mně se to nelíbí. Vidím ho, jak je neklidný. Cítím to z něj. Trápí mě to. Je mi z toho nanic. Nevím, mně se nezdá být v pořádku změnit jednu drogu za druhou. Je to pořád provázané s užíváním něčeho... Jsi pořád závislý“ (T26, 24:4).²⁶

6.3.3 CEA, CARA, AMAR

U nikaragujských pacientů z CEA, CARA a AMAR patří k významným kódům objasňujících příčinu závislosti u informátorů „sociální izolace“. Jak je dále vidět z diagramu na obrázku 26, pacienti také zmiňovali, že jejich rodina má klíčový význam, co se „podpory v léčbě“ týče (podrobněji viz kapitola 6.8).

Sociální izolace je v narativech informátorů zdokumentována ve dvojitým významu. Buďto jako záměrná změna prostředí nutná pro zahájení léčby, nebo ve smyslu rozbití rodinných vazeb.

²⁶ K závislosti na cukru viz Avena et al. (2008).



Obr. 26 „Rodina a drogy (DCI)“ dle pacientů z CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Dokládají to následující příklady.

„*Moje rodina věděla, že beru. Můj otec. Moje matka zemřela,*“ pověděl mi devětadvacetiletý pacient CEA americké národnosti. „*Věděl, že beru. Nechtěl jsem přijmout fakt, že jsem závislý a potřebuji pomoc. A tak jsem ten problém odsouval až do momentu, kdy jsem se dostal na úplné dno a přišel o práci. Požádal jsem ho o pomoc, a on mi řekl: ‚Podívej, já vím, že bereš. Našel jsem ti tohle místo v Nikaragui.‘ Narodil jsem se tady, ale odstěhovali jsme se, když mi byly dva.*“

Povídá mi: ‚Je to v jiné zemi, mimo Miami, budeš absolutně pryč od všeho.‘

Řekl mi, že jestli to chci udělat, mám jeho podporu.

‚Dostanu tě odsud tak brzo, jak jen budu moct.‘

A já řekl: ‚Chci odjet zítra.‘

Bylo to trochu narychlo, ale už za pět dní jsem byl tady“ (C09, 9:6).

Třiatřicetiletý pacient z téže TK, kterému se díky interní léčbě podařilo udržet si manželství, mi sdělil: „*Můj rodinný život se kvůli drogám prakticky rozpadl. (...) Odloučil jsem se od rodiny. Nechtěl jsem mluvit s rodiči, ani sourozenci. Oni na mě taky bývali naštvaní. Cítili se ublížení tím, jak se chovám. Drogy mě zničily. Všechno mi vzaly. Izolovaly mě od mých dcer. Takže ano, rozbiły mi rodinu“ (C11, 11:31).*

O rok starší pacient z CEA mi během naší konverzace objasnil, jakým způsobem u něj došlo ke vzniku závislosti a jak je v jeho případě užívání drog spjata s rodinnými problémy. Řekl:

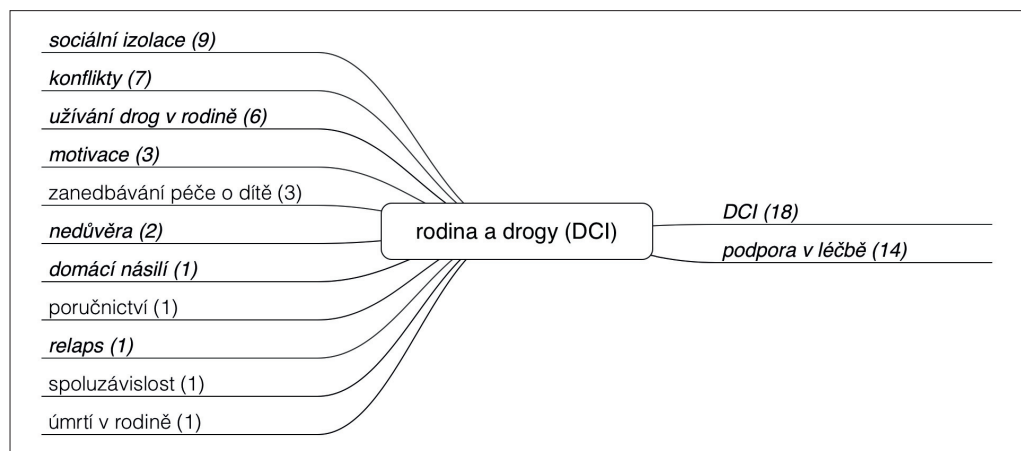
„*Když moje matka před 12 lety zemřela, stal se ze mě workaholik. Pracoval jsem a pracoval, abych co nejvíce zaměstnal mou mysl. (...) V té době jsem začal mít problémy se ženou. (...) Žili jsme pět, šest měsíců odděleně. To vedlo k tomu, že jsem začal víc pít. Táhlo mě to od rodiny. Od přátel. Uzavíral jsem se do sebe. V podstatě jsem se přestal s kýmkoliv stýkat a byl jsem jenom sám“ (C15, 15:7–15:11).*



Obr. 27 CEA – čekárna u hlavního vstupu (zdroj: vlastní zpracování).

6.3.4 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

U klientů zkoumaných českých TK je obdobně jako v Nikaragui významným faktorem „podpora v léčbě“ (viz diagram na obrázku 28).



Obr. 28 Klíčové motivy interních klientů z TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Význam podpory v léčbě ze strany rodiny lze dle mého názoru dobře ilustrovat na následujícím narativu dvaatřicetiletého klienta Renarkonu, který do této TK nastoupil po pobytu v PL Kroměříž.

„Měl jsem problémy s nástupem na komunitu a pečlivě jsem si vybíral. Já jsem tomu dal čas. (...) První můj výběr komunity byly Němčice. Protože nás v tom péelku vlastně učili: „Běžte tam, kde to máte nejdýl. Kde vás to nebude ohrožovat. Kde nebudete mít tendenci utíkat za drogama.“

Takže jsem se nechal jakoby takhle naočkovat, ale když jsem nad tím přemýšlel detailně, tak jsem si uvědomil, že mám tady rodinu. Rozbité rodinné vztahy. A u mě dobré rodinné vztahy se rovná padesátiprocentnímu úspěchu v abstinenci. (...) Takže jsem zvolil pravý opak.

Pak jsem si říkal: „Vždycky jsem byl za tu střední cestu.“ Takže říkám: „Vyberu si něco mezi, abych měl kratší dojezd do té Ostravy za rodinou.“ Tak jsem ještě uvažoval v Kyjově o Kroku, kde jsem měl kamarádku a doporučovala mi tuto komunitu. Nicméně, potom... kvůli té kamarádce jsem tam potom nenastoupil, protože jsme měli spolu vztah a když jsem tam byl na pohovoru přijímacím, tak všude tam byly její fotky a tak. Tak jsem řekl, tady by to asi nebylo pro mě vhodné.

Potom mi nabídl pomocnou ruku Renarkon. Tak jsem řekl: „Tak třetí moje komunita, tu beru“ (R01, 1:5).



Obr. 29 TK Renarkon – otisky rukou absolventů v místnosti, kde se konají terapeutická sezení (zdroj: vlastní zpracování)

Devatenáctiletý klient z TK Kladno-Dubí v tomto kontextu doplnil: „*Tedko už jsme [s rodiči] v kontaktu, za což jsem rád. Tedko už je to lepší. Z počátku jsem s tím přišel já, že mám problém, pak jsem se vlastně setkal s mou psychiatrickou. S tou jsem se o tom bavil a ta mi vlastně poradila kontakt na paní doktorku Petrákovou, a tak jsem přišel sem na ambulantní léčbu. Docházel jsem, a po té recidivě přišel krok rodičů. Vlastně, že mi řekli, že buďto komunita, ubytovna, nebo můžu jít na ulici. Tak jsem se jako by rozhodl pro komunitu. Ale (...) přišel [jsem s tím] sám od sebe, ne že by se v tom měli bloumat rodiče prostě. A vlastně i rodiče sem jako by docházejí, jsou tu jako by rodinný terapie. Docházejí sem rodiče a je to jako by... je to jako by základ, že se něco mění. Moji rodiče hodně spolupracují a jsem za to rád“ (KD03, 3:6).*

Podpora v léčbě jako účinný faktor TK je dále podrobně analyzována v kapitole 6.8.

6.4 Spiritualita a náboženství

V této kapitole se věnuji roli spirituality a náboženství v léčbě závislosti. „Spiritualitu“ (angl. *spirituality*) přitom odlišuji od „náboženství“ (angl. *religion*). Za spiritualitu považuji „*reifkované seskupení představ*“ (Hanegraaff, 2016, 584). Náboženstvím míním jakékoliv vyznání, které je založeno na institucionalizované spiritualitě.²⁷

Způsob, jakým ke spiritualitě a náboženství ve zkoumaných TK přistupují, je dle mého názoru ovlivněn tím, jaké náboženství v té či oné zemi vyznává většinová populace. Z tabulek 2–4 je zřejmé, že v Peru a Nikaragui je dlouhodobě dominantní katolicismus. V České republice pak počet věřících klesá stejně jako počet osob bez víry (bez vyznání), i když druhých zmiňovaných je jednoznačně více.

Dle výzkumu STEM (2018), provedeném na reprezentativním souboru obyvatel České republiky starších 18 let (N = 1034), se za nábožensky založené nepovažuje více než třetina dotázaných (35 %). Necelá třetina (31 %) uvádí, že je ateisty. V obou skupinách se pak najdou lidé, kteří věří v existenci nějakého transcendentna.

Tab. 2 Peruánské obyvatelstvo ve věku 12 let a starší podle typu náboženského vyznání 2007 a 2017 (absolutní četnost a procento). Kategorie „jiné“ zahrnuje nejen členy křesťanských církví, ale také buddhisty, muslimy aj. (zdroj: INEI, 2018, 231; vlastní zpracování).

Druh náboženství	2007		2017		Intercensální variace 2007–2017		Roční průměrná míra růstu
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Celkem	20 850 502	100,0	23 196 391	100,0	2 345 889	11,3	1,1
Katolicismus	16 956 722	81,3	17 635 339	76,0	678 617	4,0	0,4
Evangelismus	2 606 055	12,5	3 264 819	14,1	658 764	25,3	2,3
Jiné	679 291	3,3	1 115 872	4,8	436 581	64,3	5,1
Bez vyznání	608 434	2,9	1 180 361	5,1	571 927	94,0	6,8

²⁷ K definičním rozdílům mezi spiritualitou a náboženstvím podrobněji viz Sussman et al. (2013).

Tab. 3 Náboženské vyznání v Nikaragui, 1991–2012. Kategorie „žádné“ může zahrnovat „jiná náboženství“, „bez vyznání“ nebo „neodpověděl/-a“ (zdroj: Holland, 2012; vlastní zpracování).

Druh náboženství	1991	1995	2001	2003	2005	2009	2012
Katolicismus	79,7	72,9	74,4	70,5	58,5	54,4	55,7
Evangelismus	11,3	17	15,1	16,5	23,2	27,7	30,4
Jiné		2,0			2,6	4,0	2,3
Žádné	9,0	8,5	10,5	13,0	15,7	13,9	11,6

Tab. 4 Struktura obyvatel České republiky podle náboženské víry (náboženského vyznání) v letech 1991–2011. V letech 1991 a 2001 trvale bydlící, v roce 2011 obvykle bydlící (zdroj: OSO, 2014, 5; vlastní zpracování).

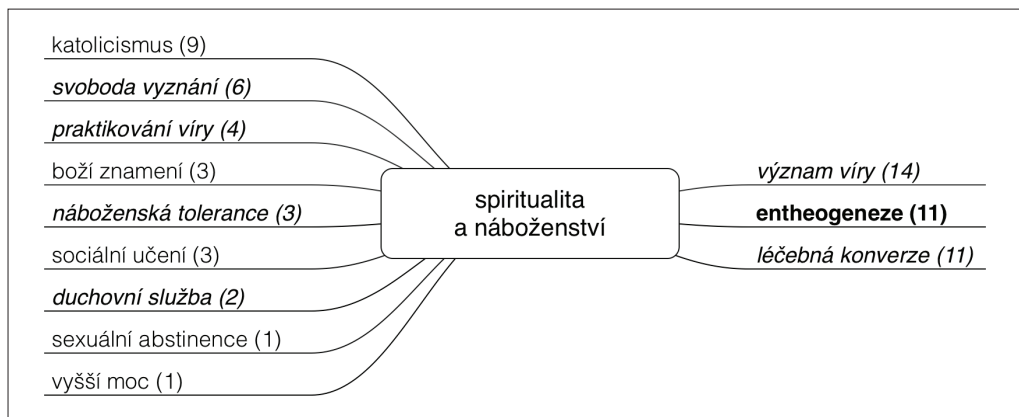
	1991		2001		2011	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Obyvatelstvo celkem	10 302 215	100,0	10 230 060	100,0	10 436 560	100,0
Věřící	4 523 734	43,9	3 288 088	32,1	2 168 952	20,8
z toho						
Církev československá husitská	178 036	1,7	99 103	1,0	39 229	0,4
Církev římskokatolická	4 021 385	39,0	2 740 780	26,8	1 082 463	10,4
Českobratrská církev evangelická	203 996	2,0	117 212	1,1	51 858	0,5
Nábož. spol. Svědkové Jehovovi	14 575	0,1	23 162	0,2	13 069	0,1
Pravosl. církev v českých zemích	19 354	0,2	22 968	0,2	20 533	0,2
Slezská evangelická církev a.v.	33 130	0,3	14 020	0,1	8 158	0,1
Osoby bez víry (bez vyznání)	4 112 864	39,9	6 039 991	59	3 604 095	34,5
Neuvedeno (nezjištěno)	1 665 617	16,2	901 981	8,8	4 662 455	44,7

V kapitolách 6.4.1–6.4.3 je uvedeno, jak k problematice spirituality a náboženství přistupují pacienti/klienti ze zkoumaných TK. Současně je v nich reflektováno, jak je tato oblast začleněna do terapeutických programů.

6.4.1 Takiwasi

Na pravé straně diagramu na obrázku 30 jsou znázorněny relevantní kódy identifikované v narativech informátorů z Takiwasi v rámci „spirituality a náboženství“. Patří mezi ně „význam víry“, „entheogeneze“ a „léčebná konverze“.

Co se významu víry týče, ve výpovědích tamních informátorů se setkáme s potvrzením toho, že spiritualita je jedním z účinných faktorů této TK (viz kapitola 6.1.1).



Obr. 30 „Spiritualita a náboženství“ dle pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

Třiačtyřicetiletý Španěl mi v tomto směru řekl:

„Kdyby nebylo té síly, co mě pohání každý den, abych se zvedl, asi bych to už vzdal. Protože ale vím, že bůh je tu pro mě bezpodmínečně, je to velká podpora... On mě podporuje. Bez něj by to bylo těžké, možná až nemožné... ale pro Takiwasi, pro mě, je spiritualita základ. Vždyť jsme lidé! Jsem tělo a duše. Kdybych poslouchal jenom jedno z toho... bylo by to jako v Evropě. Spiritualita bez těla, jen v hlavě, nepřináší žádné ovoce. Časem se totiž unavíš a uchýlíš se k drogám, abys unikl těm představám...“ (T16, 14:25)

Devětadvacetiletý pacient téže národnosti výpověď výše citovaného informátora doplnil o to, jakým způsobem k náboženství přistupuje centrum Takiwasi. Pověděl mi: „Takiwasi [se] velice zaměřuje na nápravu přístupu k náboženství. (...) Tady se o tom hrozně moc mluví. Na letáku Takiwasi, na jeho webových stránkách, se píše, že je to centrum otevřené všem formám náboženství. Nepochybně to tak je. Je to ale – a to nemyslím jako kritiku – centrum, kde se konají křesťanské mše, kde působí kněz, který je křesťan, a na ayahuascových sezeních se objevují křesťanské prvky. Moje pojetí boha není tak křesťanské. Beru to víc univerzálně. Bůh vychází z přírody, ze země, z lidí... Chápu ho takto a je to pro mě velmi důležité. Nejsem už tak domýšlivý, abych si myslel, že všechno zvládnou sám. Sám nezvládnou nic, potřebuji něčí pomoc“ (T07, 6:20).

Třicetiletý Peruánec mu přitakal:

„Je to spíš o víře než o bohu. Je to zejména víra, co ti pomáhá. Ze začátku je potřeba věřit sobě samému. Věřit, že to dokážeš. Není to tolik o bohu nebo o náboženství, ale především o tom, mít víru ve vyšší moc. Svět přece může skončit! Tvá rodina, manželka, děti, matka můžou umřít, ale vyšší moc tu bude vždycky s tebou. Je to něco, co ti může v obtížných chvílích dodat ohromnou sílu“ (T05, 4:22)

I devětadvacetiletý pacient francouzského původu význam víry v léčbě závislosti obhajoval. Během našeho rozhovoru mi řekl:

„Podívej, v jiných rehabilitačních centrech z tebe vytáhnou hnus... Něco z tebe vytáhnou, ale na to místo nic nedají. Jakmile odejdeš, cítíš prázdnotu. (...) Ohromnou prázdnotu. Myslím si, že pouze spiritualita může tuto prázdnotu vyplnit.

Hm.

Pokud tuto prázdnotu nezaplňuješ, drogy, kamarádi, holky, sex... nevím co... filmy, internet... ti to zaplní. To není problém. (...) Tady jsme pochopili, že když z tebe vytáhnou sračky... Promiň mi ten výraz.

To je v pořádku.

Dají na to místo spiritualitu, aby tvůj život zaplnili.

Hm.

To je silná stránka Takiwasi“ (T09, 8:25–8:26).

Z analýzy dat vyplývá, že Takiwasi je nábožensky tolerantní a je v něm respektována svoboda vyznání. Jednadvacetiletý Peruáнец to ve své výpovědi potvrdil. Řekl mi: „[Náboženství] tu hraje důležitou roli, není to ale něco, co by bylo povinné, nucené. Je to však jeden z pilířů. Rituály s ayahuascou probíhají za zpěvu náboženských písní, je tu kaple, nedělní mše... Máš tady možnost se s náboženstvím setkat. Je to jedna z nabízených možností, ale nikdo tě nenutí. Myslím, že záleží na každém, jaký mu bude přiřkládat význam. Pokud je někdo věřící, je to v pořádku, pokud ne, také“ (T15, 13:21).

Na spiritualitu je v Takiwasi nicméně kladen mimořádný důraz. Na tomto místě je otázkou, jakým způsobem pacienty v centru k víře vedou. K tomu se vztahuje druhý významně zastoupený kód pojmenovaný po vzoru Metznera (2017) „entheogeneze“.²⁸ Pro ilustraci na tomto místě uvádím následující příklad.

„Před tím, než jsem přišel do Takiwasi, jsem byl v devíti léčbách,“ pověděl mi třicetiletý pacient z Huancaya.

„V devíti léčbách?“

Ano, od sedmnácti let. Byly zaměřené na psychologii, psychiatrii, fyziologii, myšlení, ale chybělo jim to, co mi v tomto případě nejvíc dává Takiwasi. To jsou rostliny a spiritualita. Díky tomu si začínám uvědomovat, odkud pramení problémy, jimiž jsem od dětství trpěl. Spiritualita a rostliny jinde nebyly. Proto ty ostatní léčby ve mně vytvořily něco jako krunýř, konstrukci, brnění, skrze nějž jsem sám sebe neviděl. Díky spiritualitě a rostlinám jsem se tady schopný otevřít a vidět, co za tím vším je. Jsem schopný jít k podstatě věci“ (T05, 4:6).

O rok mladší Francouz k tomu během naší konverzace dodal: *„Ze začátku, když jsem sem nastoupil do léčení, tak jsem věřil v boha jen trochu. Moc ne, jenom trošku. Teď, teď věřím mnohem víc.*

Proč myslíš, že tomu tak je?

Protože, protože jsem cítil... Cítil jsem ‚call‘. Jak se říká anglicky: ‚Call.‘ Volání. Volání od boha. A na ayahuascovém sezení jsem viděl, že mi pomáhá v tom, abych se choval dobře, pomáhá mi s mými předky. Cítím, že mi moc pomáhá modlitba.

Aha.

Jsem s bohem dobře spojený. Někteří lidi to tady nechápou. Já jsem ale ze strany boha cítil velkou sílu. Ze začátku jsem si nemyslel, že bych takhle mohl věřit v boha. Teď mi ale dodává velkou sílu.

Děkuji.

²⁸ „En-theo-geneze znamená prožívání a rozpoznávání božského vnitřního zdroje všeho bytí, jak lidského, tak nelidského, mikrokosmického i makrokosmického“ (Metzner, 2017, 434). Termín je odvozen z výrazu „entheogen“, jímž bývají označovány psychoaktivní látky a přípravky zprostředkovávající takovou zkušenost (Wasson et al., 1986).

Myslím si, že kdybych měl... Ne, kdybych měl jen psychologa ve Francii, boha bych neobjevil. V ayahuasce a rostlinách ale bůh je. To jsem zjistil tady. Dodává mi to velkou sílu“ (T02, 2:17).

Jednatřicetiletý Argentinec toto tvrzení ve své výpovědi kvitoval: *„Díky rostlinám mám důkazy [o boží existenci]. Jsem naprosto přesvědčený o existenci boha a ďábla. Dříve jsem si to neuvědomoval. Podceňoval jsem to. Měl jsem sice z rodiny, ze školy a od přátel náboženskou výchovu, ale to bylo spíš tím, že mě k němu vedli. Nebylo to, že bych k tomu měl sklony.*

Ano.

Tady se to změnilo. Dneska si říkám, že je to důležité. Je mi díky tomu dobře“ (T01, 1:20).

Informátory popisovaná osobnostní změna, v Takiwasi označovaná termínem „existenciální restrukturační“ (Giove, 2002), je nakonec zahrnuta do posledního významného kódu, který je nazván „léčebná konverze“. Tato konverze je u některých pacientů v Takiwasi vyvolána rituálním užíváním psychoaktivních rostlinných přípravků. Dokládá to následující ukázka z rozhovoru se čtyřiatřicetiletým pacientem francouzského původu, jenž mi pověděl: *„Zkoušel jsem své emoční potíže řešit různými terapiemi a myslel jsem si, že se mi to povedlo. Problém s alkoholem má ale také spirituální pozadí. Nevím, jak to říct. Myslím si, že je to taky porucha nervového systému. (...) Můžu žít dobře i bez alkoholu. Problém ale je, že když se napiju, vrací se mi ty [staré] emoce. Parazité a démoni jsou hladoví a dělají vše proto, abych se napil. Tady jsem se stal katolíkem. Mám rád rostliny a je to tu účinné.*

Ale byl jsi věřící i předtím?

Ne, předtím ne. Když jsem sem ale poprvé přišel, uviděl jsem Panenku Marii. Pomohla mi během ceremonie s ayahuascou. Bylo to divné. Dřív bych něčemu takovému nevěřil. Pak jsem během diety psal básně a nějaký hlas mi řekl, že by bylo fajn, abych se dal pokřtít.

(...)

A udělal jsi to pak?

Potom jsem odjel do Francie a během následujícího roku s tím nedělal nic. Takové drobnosti mi ale naznačovaly, že by bylo dobré, kdyby se ze mě stal věřící, katolík. Pomodlil jsem se a slyšel... vnímal jsem něco dobrého tady uprostřed srdce. (...) A tak jsem se dal pokřtít“ (T20, 18:20).

Význam, který informátoři připisují léčebné konverzi, dle mého názoru dobře dokládá následující závěrečná ukázka z rozhovoru s osmadvacetiletým Belgičanem. Ten uvedl: *„Byl jsem hodně překvapený, když jsem viděl, že [Takiwasi] umožňuje, aby se každý vlastní cestou dobral propojení s něčím transcendentním, co je dál..*

Ale nikdo tady není nucen věřit, ne?

Ne. Než jsem sem přišel, měl jsem ale strach, že mě těmi katolickými představami naočkují.

Jasně, a jak to vnímáš teď?

Moc dobře, co se katolického náboženství týče. Cítím, že se ve mně znova probudila jedna část mé osobnosti“ (T25, 23:19).

6.4.2 CEA, CARA, AMAR

Během druhého čtení transkriptů rozhovorů s nikaragujskými informátory jsem vytvořil 10 kódů, z nichž polovinu lze považovat za relevantní. Jedná se o „význam

víry“, „praktikování víry“, vyšší moc“, „boží znamení“ a „katolicismus“ (viz diagram na obrázku 31).



Obr. 31 „Spiritualita a náboženství“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

Význam víře v léčbě drogové závislosti připisuje 73 % nikaragujských informátorů (N = 33). Ačkoli se kód „význam víry“ vyskytuje identicky ve všech zkoumaných TK, v každé zemi má jiné konotace. Na rozdíl od peruánského centra Takiwasi, které inklinuje k synkretismu založenému na kombinaci katolicismu s animismem, se v nikaragujských TK věřící pacienti přiklánějí buďto k víře ve „vyšší moc“ dle spirituální orientace AA, nebo ke katolicismu, jak je u většinové populace této středoamerické země obvyklé.

Když jsem se ptal dvaadvacetileté nikaragujské pacientky z CEA, zda je v tamní léčbě důležité náboženství, řekla mi:

„Náboženství snad ani ne, ale spiritualita ano. Myslím si, že všichni potřebujeme mít něco takového... Nějakou víru. Něco, v co můžeme věřit... Protože ta prázdnota, kterou ses snažil zaplnit drogami, lidmi, věcmi, zůstane neobsazená. Potřebuješ něco, co ji zaplní, co tě učiní šťastným, co ti přinese pozitivní věci, abys nerelapsoval. (...) Fakticky věřím, že nakonec... nakonec všechny druhy náboženství mají něco společného. Kořeny... Základně je to ale vždycky o tom, věřit v nějakou vyšší bytost. Něco, co nás přesahuje, co je mimo tebe, a to at už jsi žid, křesťan, buddhista...“ (C10, 10:13–10:14).

Otázkou nicméně zůstává, jak se k takovéto víře dobrat. V nikaragujských TK ke konverzi pacientů nedochází během léčebných rituálů s křesťanským pozadím jako v Takiwasi, nýbrž praktikováním tzv. 12 kroků. Dvaasedmdesátiletý pacient mi jejich význam během rozhovoru osvětlil následovně:

„Díky spiritualitě člověk porozumí věcem, které nechápe.

Hm. Říká se, že tady je 12 kroků, kterými člověk musí projít.

Ano, ano. Už mám tři z nich za sebou. Třetí krok říká: ‚Odevzdali jsme se do rukou vyšší moci. Boha, tak jak ho my sami chápeme.‘

To je třetí krok?

Ano, třetí krok.

Aha.

Říká: ‚Odevzdej se do rukou vyšší moci. Celý tvůj život a tvou... [vůli].‘

Jak člověk může něco takového přijmout, když je mu to jen tak řečeno?

Protože my Nikaragujsci jsme velmi religiózně založení.

Ovšem. To vím dobře.

Ano.

Hm. Myslím si ale taky, že lidi, kteří hodně berou drogy občas ztratí svou víru.

Ano, to ale není můj případ.

Ne?

Ne, naopak. Já jsem členem náboženských organizací.

Církve?

(...)

Ano, [katolické]“ (C12, 12:19–12:24)

Pro třiatřicetiletého pacienta z CEA nebyla cesta k víře tak snadná. Ve svém narativu mi ji popsal takto:

„Já při braní drog víru ztratil. Myslel jsem si, že to, že musím brát drogy, je boží trest. Tak jsem o tom smýšlel. V nic jsem už nevěřil. Žádnou vyšší bytost už jsem o nic neprosil. Tady mi došlo, že musím přijmout skutečnost, že vyšší moc existuje. Za tím, že jsem se sem dostal, stojí až příliš mnoho náhod. Nebylo to kvůli mně samému, z mého vlastního rozhodnutí. Já jsem si jenom ubližoval drogami. Tím, že jsem se začal léčit, se dávám do pořádku. A začal jsem věřit. Začal jsem věřit ve vyšší bytost, v Boha.

Jak člověk dospěje do takového bodu? K tomu vedou nějaké kroky, ne?

Ano, je to těžké. Ze začátku je to obtížné. Nechtěl jsem tomu věřit. Člověku to ale dojde, protože kolem sebe vidí lidi, kteří tomu věří déle. Delší dobu, řeklo by se. Když jsem sem přišel, někteří za sebou měli týden, čtrnáct dní, tři měsíce, jiní rok, pět, deset, patnáct let. Říkali mi: ‚Stalo se to díky vyšší moci, protože mi Bůh pomohl.‘ Nezáleží na tom, jak Bůh vypadá.

Ne, jasně!

Říkali mi, že za tím je Bůh, že to Bůh to způsobil. Začal jsem si díky tomu představovat, že to tak bude. Uplynulo tolik let, co jsem toho nebyl schopen. Přitom jsem chtěl s drogami přestat! Nešlo to ale, nešlo a nešlo. Jiní taky říkali, že se Bohu nemusíme vnucovat. Když vidíš druhé, jak se jim daří, že mají za sebou léta [abstinence], dojde ti, že to dokáže jenom Bůh. Člověk na tom ale musí pracovat. Musí mít pokoru. Uvažovat tak, že je nad ním něco vyššího. Když si totiž bude myslet, že všechno svede sám, stane se stejně závislým jako dřív. To by bylo domýšlivé. Do jisté míry je tudíž dobré uvažovat tak, že je nad námi něco vyššího. Člověk se tak stane pokorným. Nebude říkat: ‚Jsem nejdůležitější na světě.‘

Hm.

„Nejsem superman. Existuje něco, co je víc než já.‘ Člověka to udržuje v pokoře. Dodává mu to schopnost sebekontroly... Je tak schopen kontrolovat své ego. Během přednášek jsem tomu byl nakloněný“ (C11, 11:32–11:33).

Z výše uvedeného vyplývá, že při léčebné konverzi hraje určitou roli sociální učení. Léčba závislosti založená na této teorii spočívá především v tréninku a procvičování dovedností.²⁹ Jedinec během terapeutického programu dělá pokrok tím, jak se zpevňuje (posiluje) jeho chování. K tomu svým dílem přispívá i duchovní

²⁹ „Teorie sociálního učení představuje rozšíření teorie klasického podmiňování, operantního podmiňování a učení nápodobou především o kognitivní procesy, které zprostředkovávají regulaci psychických procesů vycházejících z obecného učení. Teorie sociálního učení stručně řečeno předpokládá, že lidské chování je výslednicí kombinace klasického podmiňování a učení nápodobou, které vyvolávají nejen vnější chování, ale vedou také ke vzniku vzorců myšlení a citění, které určují a formují chování“ (Jambriřkovič, 2007, 45).

služba, která bývá pacientům poskytována. Do TK CARA a AMAR například pravidelně dochází kněz.

Čtyřiatřicetiletý nikaragujský pacient z tohoto centra na otázku po významu spirituality v léčbě odpověděl takto:

„[Spiritualita] hraje velmi důležitou roli. Říká se, že je to fyzická, duchovní i psychická práce.

Hm.

Fyzickou stránku vyléčíme za měsíc, možná měsíc a půl, co jsme v programu. Duchovno hledáme každý po svém. Pro mě je to Pán Ježíš Kristus. A psychická [stránka], ta je nejobtížnější... V tom spočívá ta práce, protože mysl je velmi těžké ze dne na den vyléčit.

Hm.

Když ale máme spiritualitu... Když hledáme spiritualitu, v níž je Bůh, vyšší moc... Věřím tomu, Miroslave, že všechno přijde jedno za druhým. Všechno postupně přijde. Jakmile si začneme k Bohu vytvářet vztah, všechno přijde samo. Padá to jako domino.

Tak to je.

Takže pro mě to bylo magické. Možná nás není hodně, co to takto vidíme, ale lidi jako vy nebo já, kterým to došlo... Viděl jsem sám na sobě, že Bůh působí takovýmto způsobem.

Hm, hm.

Jestliže jsem poslušný, jestliže jsem vytrvalý, pokorný a přistupuju upřímně ke všemu, co dělám...

Můžeš vidět svět takovýmto způsobem.

Můžu vidět svět jinak. Probudit se ráno a říct si: ‚To je tak úžasné být strážlivý!‘

A jak je život krásný!

Jak je život krásný. To je pravda. Takže ano, spiritualita je důležitá“ (CARA03, 3:33–3:34).

Někteří pacienti z nikaragujských TK mi během rozhovoru popisovali neobvyčejné zkušenosti, které je přiměly k tomu, aby nastoupili do léčby. Vzhledem k jejich spirituální povaze jsem je zahrnul pod kód „boží znamení“. Pro příklad uvádím následující narativ pětapadesátiletého informátora.

„Mám za sebou čtyřicet let braní drog a pití alkoholu.

Bylo to, jak bych to řekl, dál neudržitelné takto žít?

Ano. Užíval jsem drogy přehnaně. Užíval jsem je tak, že už to dál nešlo.

Hm.

Proto jsem tady. Stalo se mi něco hrozného.

Fakt?

Ano, jednou se mi stalo něco, o čem jsem nikomu jinému ještě neřekl. Najednou jsem zaslechl zvuk, který mě okamžitě postavil na nohy. Postavil jsem se na nohy, probral se a říkám: ‚No, teda!‘ Provázela to hrozná bolest. Byl jsem ale mimo. Bylo to, jako by se nebe najednou rozevřelo. Cítil jsem se jako bůh. Byla to hrozná bolest. Trvalo to zhruba jen minutu.

Hm.

Cítil jsem se jako bůh. Bylo to něco velkého, ohromného. Byla to hrůza. Od té chvíle to začalo být šílenství.

Hm.

Bylo to něco odporného. Nic takového jsem doposud nezažil.

Hm.

(...) Bral jsem [tehdy] málo a nevěděl jsem, co si o tom myslet. Bylo to jako by má mysl fungovala rychlostí světla, kdo ví“ (CARA04, 4:13).

Nakonec za zmínku dle mého názoru stojí i následující ukázka z rozhovoru s dvačtyřicetiletým pacientem ze stejného centra. Ten o svých zkušenostech pověděl:

„[Bůh] mi dal novou příležitost. Když jsem začal brát, postřelili mě. Třikrát mě trefili. Tady (ukazuje, pozn. aut.). Měl jsem na sobě silný řetízek. Kulka do něj trefila, on se rozletěl a jedna kulka mi zůstala v těle. To se stalo v USA. Byl jsem závislý.

Tady mě chtěla spousta lidí zastřelit. Strétl jsem se dokonce s ozbrojenci. Měl jsem jen holé ruce. Přežil jsem to jenom díky mé matce. Moje matka se za mě pořád modlí. Myslím si, že Bůh ví, že nejsem špatný člověk.

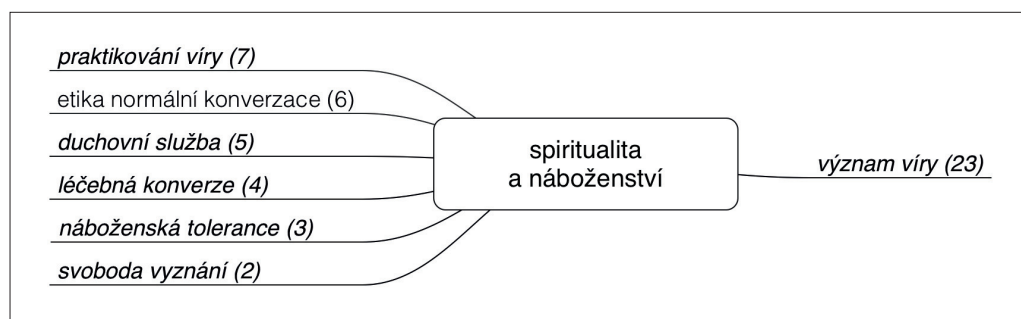
Hm.

Nikdy jsem nikomu neuškodil. Jenom díky tomu, že mi někdo podal pomocnou ruku, jsem vždycky dokázal vyváznout“ (CARA09, 9:33).

6.4.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Jak je patrné z níže uvedeného diagramu na obrázku 32, při analýze narativů klientů českých TK se pouze jeden kód ukázal jako relevantní. Informátoři se ve výpovědích spjatých s tímto kódem vyjadřují k „významu víry“.

Nelze přitom říci, že by otázka víry byla pro klienty českých TK zanedbatelná. Vždyť, jak je z diagramu zjevné, ve 23 případech víře nějaký význam připisovali. Na rozdíl od peruánských a nikaragujských pacientů, jejichž víra obvykle směřuje k transcendentnu ve formě „vyšší moci“ nebo křesťanských svatých, má ale v jejich pojetí spíše osobní (někdy až pragmatický) rozměr a představuje pro ně individuální záležitost.



Obr. 32 „Spiritualita a náboženství“ dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Dvaadvacetiletý klient z Renarkonu k tomu například řekl: *„Já jsem věřící. Nikomu se to tady nezakazuje ani nepředhazuje. (...) Nikdo se na to nějak nesoustředí. Víra v sebe sama je u Jany docela důležitá, ale jinak se to tady nějak moc neřeší“ (R03, 2:23).³⁰*

³⁰ Janou je míněna terapeutka Mgr. Jana Rečková (pozn. aut.).

Osmadvacetiletý klient ze Sejřku mi během naší konverzace osvětlil odlišnost této TK od ostatních zařízení, kde jsem prováděl terénní výzkum. Pověděl mi:

„Člověk si musí nějakým způsobem věřit, ale jakože by víra... jako chodit do kostela nebo to, tak si myslím, že to nějak u někoho může nějak působit teda, ale u mě ne. Já su nevěřící a spíš věřím tak nějak sám sobě, věřím rodině a věřím tady terapeutům, takže víra tam nějaká je, ale spíš jakoby klient terapeutům.

Má osobní rozměr. Hm, co se týče náboženství, je tady problém mluvit o náboženství v komunitě? Může se to?

Může se mluvit.

Jo? O víře předpokládám stejně tak.

A může se jezdit do kostela.

Fakt jo? A jsou tady věřící lidi?

Jsou tady lidi, kteří věří a kteří jedou do toho kostela nebo sem dojíždí farář, myslím, že je to farář, a že s nima třeba jako dělá rozhovory, že se mu můžou svěřit“ (S01, 1:33).

Náboženská tolerance a svoboda vyznání je ve všech zkoumaných TK běžná. Pouze v Sejřku se však klientům dostává duchovní služby. Většina z nich ji však nevyhledává a ani není běžné, že by se o problematice víry v léčbě hovořilo.

Výše uvedenou skutečnost potvrzuje poslední uvedený narativ klienta z Kladna-Dubí. Ten mi na otázku, zda se v TK může mluvit o náboženství, odpověděl toto:

„Já si myslím, že s tím asi by problém nebyl. To já jsem tedy jako nic takového neslyšel, jo. Neřešíte to nějak běžně.

Ne, ne.

A myslíš si, že věřit něčemu může mít svůj smysl ve vyléčení se ze závislosti na drogách? Neříkám teď přímo věřit v Boha, chodit do kostela, jo. Říkám to schválně obecně.

Jako... věřit. Já nevím, jestli věřit stačí, jo. To já si myslím, že ne. Já jsem taky kolikrát věřil prostě, že všechno bude fajn, oukej, a najednou z ničeho nic bum, jo. Musí se proto něco udělat.

Ty máš nějakou vlastní víru, za něčím si jdeš prostě, že to nějak bude, nebo nad takovými otázkami nepřemýšlíš?

Já teda, abych pravdu řekl, teďko bych chtěl věřit, že mě pustí do té druhý fáze a budu si hledat zaměstnání. Věřím v to, že jakmile – ono je na to i čtrnáct dní, dva tejdny – a chodí se čtyřikrát za týden prostě na tu druhou fázi a hledat, a to prostě já vím, že jsem schopnej prostě za tu dobu najít dobrý zaměstnání“ (KD01, 1:14).

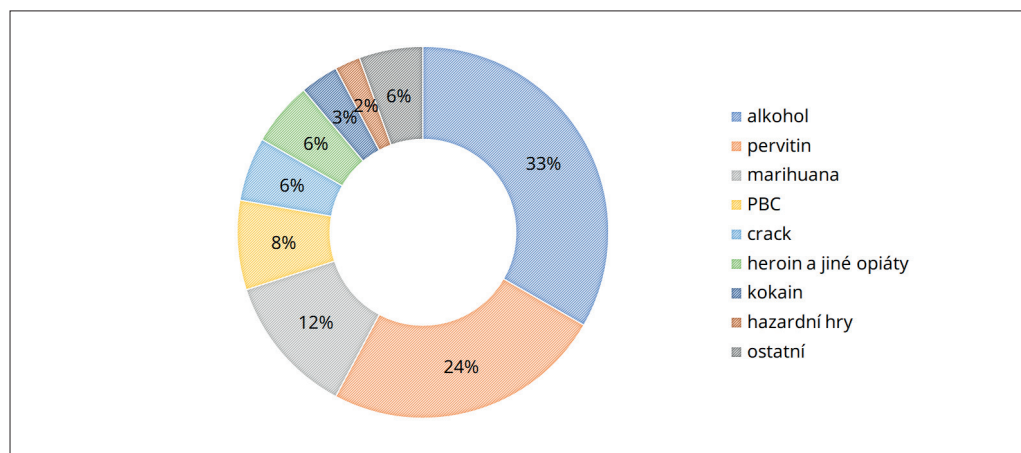
6.5 Užívání drog

„Mnozí uživatelé více druhů drog často ani sami neznají přesně to, co berou“ (WHO, 2018, 203).

Tato kapitola je zaměřena na to, jak dlouho pacienti/klienti užívali drogy a která droga je pro ně primární, tj. kvůli které vstoupili do léčby. Tam, kde z výčtu užívaných drog nebylo z nějakého důvodu jasné, která droga je pro informátora primární, stanovil jsem za ni drogu vstupní, ačkoliv s tzv. teorií vstupní drogy (angl. *gateway drug theory*) se neztotožňuji, jelikož nedostatečně vysvětluje vztahy mezi jednotlivými „stádii“ vzniku závislosti a nepokrývá rizika, která jsou s ní spojena (Vanyukov et al., 2012).

Informace výše uvedeného druhu jsem extrahoval z transkriptů rozhovorů. Přístup k archivním záznamům TK jsem ve většině případů neměl, i když některá zařízení je shromažďují v digitální podobě (Saucedo Rojas et al., 2018). Sekundární drogy, ani polymorfní užívání drog (angl. *polysubstance dependence*) jsem při analýze dat nezohledňoval, neboť počínaje DSM-5 je tato diagnostická kategorie považována za irelevantní, a rovněž z manuálu samotného byla odstraněna (Hasin et al., 2013, 8).³¹ Nicméně neplatí, že by mí informátoři neužívali různé substance. Naopak, jak je zjevné z příkladů zmíněných v kapitolách 6.5.1–6.5.3, opak je ve většině případů pravdou.

Graf na obrázku 33 znázorňuje, které primární drogy užívali informátoři zastoupení ve výzkumném vzorku.



Obr. 33 Primární drogy informátorů; N = 90 (zdroj: vlastní zpracování).

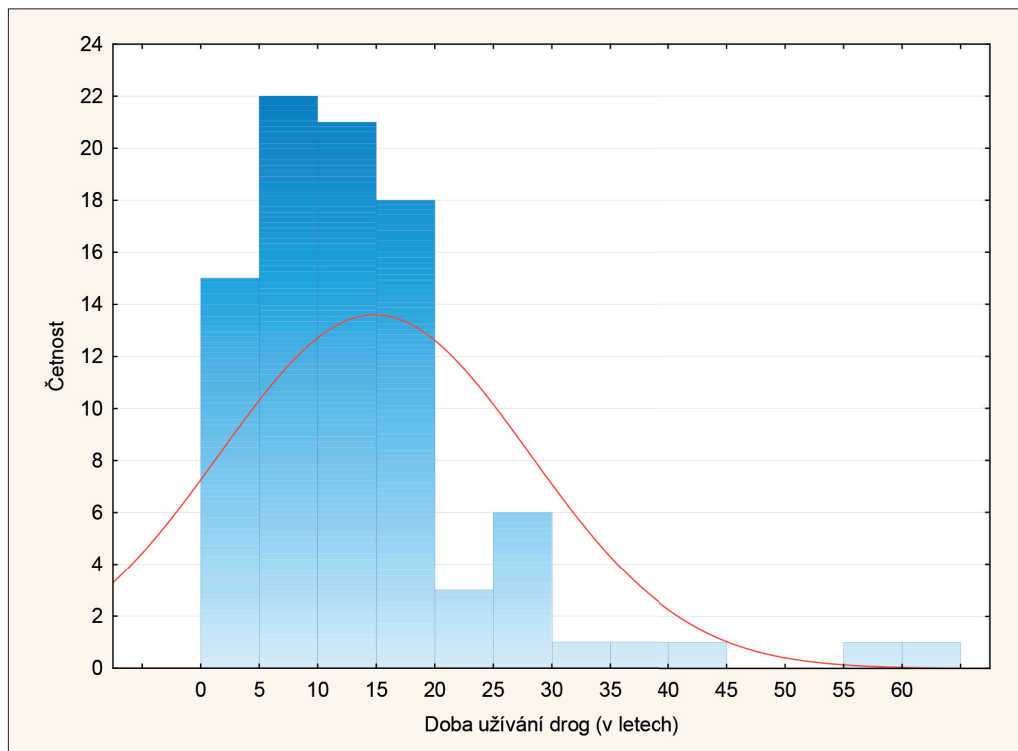
Z grafu je zřejmé, že u informátorů zahrnutých do výzkumného vzorku převažuje užívání alkoholu, pervitinu a marihuany. Pervitin se nejvíce a v podstatě výlučně vyskytuje u Čechů, alkohol je dominantní u Nikaragujců a Peruánců.³² Pacienti z Takiwasi také významným způsobem inklinují k užívání PBC. V kategorii „ostatní“ jsou zastoupeny: benzodiazepin, designer drugs, mefedron, ritalin a sex (pornografie).

Modus délky užívání drog ve výzkumném vzorku je 12 let (směrodatná odchylka: 10, min.: 2 roky, max: 60 let). Výsledky rozdělení četností zobrazuje histogram na obrázku 34.

³¹ „Závažnost poruch užívání látky v DSM-5 závisí na počtu splněných kritérií. Specifikátory DSM-IV pro fyziologický podtyp je v DSM-5 odstraněn, stejně jako diagnóza vícelátkové závislosti z DSM-IV“ (APA, 2015, 859). V MKN-10 je navrženo, aby položka „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek“ (F19) byla užívána tehdy, „je-li známo, že bylo užito dvou nebo více psychoaktivních látek, ale není možno rozhodnout, která substance se na poruše podílí nejvíce. Tuto položku bychom měli použít i tehdy, když je identifikace některé nebo všech užitých psychoaktivních látek nejistá nebo neznámá“ (WHO, 2018, 203).

³² V populaci ČR je v letech 2002–2014 mezi všemi evidovanými žadateli o léčbu patrná jednoznačná preference pervitinu a ostatních stimulancií v užití základní drogy. Na druhém místě se po celé třináctileté období udržuje heroin a ostatní opiáty a na třetím místě jsou kanabinoidy (Füleová & Peřáňová, 2016).

V kapitolách 6.5.1–6.5.3 jsou uvedeny dle mého názoru nejpozoruhodnější příklady ze všech tří zemí, kde byl proveden terénní výzkum. Tyto specifické příklady byly vybrány záměrně, neboť rozmanitost typů látek užívaných informátory je vskutku nepřehledná.



Obr. 34 Doba užívání drog (v letech) – rozdělení četností; N = 90 (zdroj: vlastní zpracování).

6.5.1 Takiwasi

Sedmadvacetiletý pacient španělského původu mi o svých zkušenostech s užíváním drog řekl následující:

„Dlouho jsem bral marihuanu, což pro mě nebyl problém. Pak jsem vyzkoušel MDMA, extázi, tablety, kokain. Potom mě zaujaly houby. Pak jsem nějaký čas nebral nic díky tomu, že jsem zkusil ayahuascu.

Ve Španělsku?

Ve Španělsku. Pak jsem byl dvakrát v Kolumbii, kde jsem ji také měl. Tam jsem pil ayahuascu taky (...) a myslel jsem, že jsem se vyléčil ze všech závislostí, ze všech mých problémů, životních konfliktů. Vyřešil jsem hodně věcí. Pak jsem se ale vrátil do Barcelony a znova jsem do toho spadl. Ex-přítelkyně mě přiměla, abych se vrátil k alkoholu a kokainu. Netrvalo to dlouho a byl jsem v tom zas. Posledně jsem nejvíc bral benzodiazepin na uklidnění nebo potlačení spouštěčů závislosti, úzkosti, strachu... A teď jsem tady, abych se očistil“ (T27, 25:1).

K problematice užívání ayahuascy v různých sociokulturních kontextech viz Horák (2017). Dále v kapitole 6.6.1.

6.5.2 CEA, CARA, AMAR

Šestadvacetiletý, svobodný muž, který podstupoval léčbu v CARA, mi na otázku, jaké drogy užíval, odpověděl:

„Já jsem byl metodista. Bral jsem ode všeho.

Ode všeho, hm. Co bylo ale to hlavní? Co jsi bral nejvíc?

Marihuanu. Marihuanu... Když jsem pil tvrdý alkohol, míval jsem chuť kouřit crack (špa. piedra, bañado).

Hm.

V podstatě jsem pil, jenom když jsem kouřil crack.

Hm.

Kokain jsem ale bral taky.

Piedra je hašiš?

Ne, piedra je...

Crack!?

Crack, který se vaří. Je to kokain. Vaří se s bikarbonátem na pánvi. Udělá se z toho hrouda.

Je to bílé?

Ano, bílé.

Mluvil jsi taky o bañado. To je co?

Bañado je, když si uděláš joint z marihuany a posypeš ji crackem.

Hm.

Tomu se říká bañado. Tady v Nikaragui se tomu taky říká banán se sýrem (špa. madero con queso).

(Směju se)“ (CARA02, 2:7).

6.5.3 Renarkon, Sejšrek, Kladno-Dubí

Klient z Renarkonu mi k tomu, jaké drogy bral, než nastoupil do TK, řekl:

„Já jsem si nejdřív vytvořil závislost na syntetických drogách. (...) Amsterdam shop to tady prodává. Jednou... pak jak to zakázali, tak mi něco chybělo a přešel jsem na pervitin.

To jsou takové ty nové drogy?

Oni to vydávali za sbírkovej předmět, ale byly to normální drogy, synteticky vyráběné. Umělé.

Já jsem o tom slyšel nedávno poprvé. Rád bych se zeptal, jestli ty drogy dokážeš pojmenovat. Jak se jmenovaly ty látky?

Ty látky, který tam byly účinný? To nevím. To radši ani nechci vědět, i když mám chemické vzdělání. Jsem se o to nikdy nezajímal, protože kdybych to zjistil, tak nevím. Ale ono se to v průběhu měnilo tak, jak se měnila ta firma. Jak obcházeli zákony... Nejdřív se to myslím jmenovalo kokolínno, pak ex. Já nevím už ani.

A efekty?

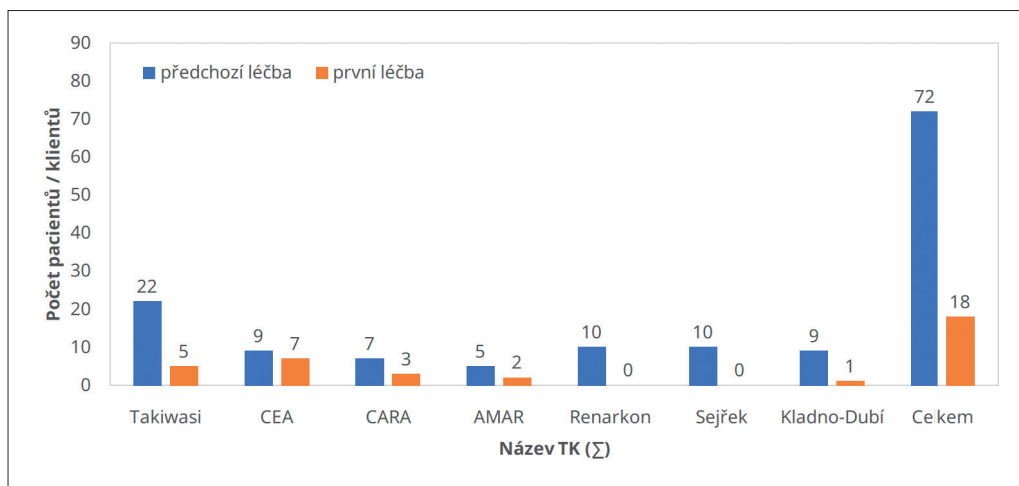
Efekty... To byl prakticky syntetický kokain. Takže dalo by se říct, že stejné jak kokain.

Něco jiného ještě?

Závislý jsem teda oficiálně na pervitinu a stimulantech. Jinak co jsem bral za drogy? Co se týče marihuany, tak jsem skoro nehulil. Já nemám rád, když něco ze mě dělá blbce. Ani alkohol, moc jsem tomu neholdoval. Houby jsem měl jednou a jinak nic už“ (R05, 4:1–4:2).

6.6 Předchozí léčba

Skutečnost, zda pacient/klient podstoupil nějakou předchozí léčbu či je nynější léčba jeho první, má vliv na výběr TK, dále na to, jakým způsobem dotýčný k léčbě drogové závislosti přistupuje, resp. na to, jak léčbu v TK hodnotí. Ve formě vztahů mezi kódy je to zřetelné z modelu paradigmatu zakotvené teorie (viz kapitola 6.18).



Obr. 35 Předchozí léčba pacientů; N = 90 (zdroj: vlastní zpracování)

Nutno podotknout, že ani typ, ani délka předchozí léčby nemá na rozhodnutí podstoupit léčbu v TK vliv. Ve výzkumném vzorku se vyskytují osoby, které v minulosti vyzkoušely terapii všeho druhu, jen aby se závislosti na drogách zbavily, přičemž mnohé z nich také nějaký předchozí terapeutický program řádně celý dokončily. Podstatné je dle mého názoru spíše to, zda u zkoumaných jedinců došlo k relapsu (viz kapitola 6.16).

Každopádně graf na obrázku 35 pro úplnost zobrazuje, kolik pacientů/ klientů nějakou formu předchozí léčby podstoupilo a kolik osob z výzkumného vzorku bylo svého času v léčbě poprvé. V předchozí léčbě bylo celkem 80 % osob. Podrobněji viz kapitoly 6.6.1–6.6.3.

6.6.1 Takiwasi

V případě Takiwasi (N = 27) absolvovalo nějakou předchozí léčbu 81 % pacientů. Setkal jsem se s tím, že někteří před nástupem do TK prošli detoxifikací, ambulantní, resp. interní psychologickou nebo psychiatrickou léčbou, substitučním programem, zkoušeli se sami léčit homeopatiky, ketaminem a konopím, nebo se dokonce účastnili výzkumu MDMA.³³

Někteří informátoři také dříve byli na dvanáctidenním semináři osobního rozvoje, který je v Takiwasi každoročně pořádán, nebo užívali ayahuascu u domorodých léčitelů v regionu San Martín.

³³ K problematice využití MDMA při léčbě závislosti podrobněji viz Jerome et al. (2013).

Jak jsem naznačil v kapitole 6.5.1, mezi zkoumanými subjekty byli rovněž tací, kteří ayahuascu užívali mimo původní prostředí. Sedmadvacetiletý pacient španělského původu mi k tomu během našeho rozhovoru řekl:

„Poprvé [jsem pil ayahuascu] s Ayahuasca Internacional. První jsem měl s Fernandem la Torre, který už je po smrti, a pak jsem jel do Putumaya s Ayahuasca Internacional. Na další cestu už jsem se vydal sám.

Můžeš mi popsat sezení s Ayahuasca Internacional? V Česku se o tom hodně mluví s obavami...

O ayahuasce?

Ne, o Ayahuasca Internacional.

O té skupině?

Ano, jakou máš zkušenost?

První byla vlastně dobrá. Díky nim jsem poznal ayahuascu v Barceloně. Zdálo se mi to v pořádku, také psychotherapeutická podpora před a po užití. Bylo to fajn. Pak jsem se skamarádil s jedním psychologem od nich, mám říct jméno nebo...?

Ne, ne.

Sledoval mě, fakt jsme se skamarádili. Dělal to opravdu dobře, ale když jsem byl v Putumayo a poznal kořeny toho všeho, došlo mi, že to není tak jednoduché, že o tom musíš vědět víc, respektovat tradice a znát možný efekt, který to může vyvolat. Může to mít vážné následky. Měl jsem sám dost silné zkušenosti. Asi to závisí i na člověku, někdo by z toho nevyšel... [v pořádku]. Mohlo by se to zkomplikovat. To je můj názor.

Můžeš porovnat, jak to dělali ve Španělsku a jak v Kolumbii?

Ve Španělsku je dávka nižší.

Dělá se to tam přes den?

V noci. Zpívá se, je tam hudba, meditace, různé věci...

Dělají během toho masáže?

Ne.

Nic takového?

Před začátkem prvního sezení byla masáž jakoby na snížení nervozity, ale jinak...

Že by se tě během toho dotýkali...

Ne, během rituálu ne. Nebo alespoň mě ne.

A co cena?

Cena je hodně vysoká.

A zdá se ti být adekvátní? Nebo zdála se ti být tehdy?

Je příliš vysoká. Já jsem to zaplatil, protože to tehdy nebylo... teď v Barceloně je kolem toho boom. Na medicínu narazíš na každém rohu a každý může dělat rituály. To se mi nelíbí. Jinak bych tady nebyl, víš co... Ale cena je dost vysoká. Nevím, jaký druh medicíny to je. Už ji dělá každý. Vaří to, míchají to, víš jak...“ (T27, 25:1–25:2).³⁴

³⁴ Co se užívání ayahuascy ve Španělsku týče, Španělská agentura pro léčivé přípravky a zdravotnické produkty (*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, zkr. AEMPS) vydala prohlášení (reg. č.: 26803/RG 50172), ve kterém potvrdila, že ačkoli je dimethyltryptamin dle Úmluvy o psychotropních látkách z roku 1971 kontrolovanou substancí, v případě ayahuascy tomu tak dle španělské legislativy není. V České republice je dle sdělení Trestního kolegia Nejvyššího soudu (sp. zn. Ntn 227/2017) situace obdobná (Horák, 2016; Bouso et al., 2017).

Osobně se s kritickým postojem tohoto informátora ztotožňuji. Na nedostatečnou informovanost uživatelů ayahuascy a možné problémy, které mohou vyplývat z jejich rizikové osobnostní struktury, upozorňují Kavenská & Simonová (2015).

6.6.2 CEA, CARA, AMAR

V případě nikaragujských pacientů z CEA, CARA a AMAR (N = 33) prošlo nějakou předchozí léčbou 58 % osob. Pacienti se léčili buďto v témže místě, nebo v některé ze zkoumaných TK. Dále v centrech Dianova (Managua), Águila, REMAR (Managua), Peniel (La Conquista, Carazo) a Renacer (Tititapa), příp. se účastnili skupin AA. Někteří v minulosti podstoupili soukromou interní anebo ambulantní psychiatrickou léčbu, která v Nikaragui na rozdíl od České republiky není před nástupem do TK povinná (v některých případech ambulantní psychiatrická léčba probíhala i souběžně s rehabilitačním programem v TK). Jiní byli hospitalizováni v Psychosociální nemocnici v Managui (*Hospital Psicossocial José Dolores Fletes*).

V ojedinělém případě jsem se setkal s administrací substitučních přípravků na počátku interní léčby, což je v Nikaragui rozhodně neobvyklá záležitost. Devětadvacetiletý pacient americké národnosti to popisuje následovně:

„Nikdy předtím jsem nebyl v léčbě. Taky jsem nevěděl, co vím teď. Neuvažoval jsem stejně jako teď. Nikdy jsem si to nesrovnal v hlavě dohromady tak, jak jsem to udělal nyní. Nikdy jsem nevěděl o rezervách, o konkrétních spouštěčích, neměl jsem ponětí o existenci těchhle věcí. (...) Když jsem přiletěl, pořád jsem ještě bral. Nicméně, pro opiáty je tady lék zvaný Suboxone.

Samozřejmě, znám ho.

Já ho užíval. To je důvod, proč je moje zkušenost jiná než ostatních. Suboxone mi hodně pomohl, opravdu. Prakticky jsem nepocítoval žádné...

Vedlejší účinky.

Vedlejší účinky. Nebo abstinenční příznaky tak, jako v minulosti, protože jsem tím už prošel. Dvakrát. Tentokrát to bylo potřetí. A vedlejší účinky jsem v podstatě necítil.

Užíval jsi Suboxone, i když jsi bral heroin?

Ne, kdybys užíval Suboxone zároveň s heroinem, tak se dostaneš do stavu vyvolaného abstáku (angl. precipitated withdrawal).³⁵ To v zásadě znamená, že když je ve tvém nervovém systému heroin na receptorech, vzhledem k vysoké afinitě Suboxonu a nízké vnitřní aktivitě receptorů, antagonist a vytěsňuje receptory tak rychle, že to vede k urychlení abstinenčního syndromu. Tedy velmi rychlý absták. Vlastně musíš čekat minimálně den po poslední aplikaci heroínu, jinak by to mohlo mít hodně negativní účinky.

Aha, a jak dlouho jsi Suboxone užíval?

Rychle jsem snižoval dávky. Suboxone je velice návykový. Udělal jsem si malý průzkum (...), nastudoval si informace o Suboxonu a rozhodl se pro desetidenní léčbu. To znamenalo, že první den jsem si dal plnou dávku 8 miligramů, od druhého do šestého dne jsem aplikoval polovinu, od šestého do desátého dne následně čtvrtinu. A to je všechno. Pak jsem přestal. Od jedenáctého do patnáctého dne jsem pocítoval malinko nespavost, ale to je vše. (...) Jediná komplikace týkající se Suboxonu spočívá v tom, že je

³⁵ Na rozdíl od spontánního abstinenčního syndromu má vyvolaný syndrom odnětí způsobený administrací medikamentu rychlý a intenzivní nástup (Kahan, 2011).

povoleno jenom ve vybraných zemích. Já si přivezl ten můj z USA, tady jsem ho nesehnal. Protože... tady neexistuje.

Ano, samozřejmě.

Zjistil jsem si informace a objednal si ho na černém trhu.

(Směje se).

Došel mi tajně do schránky. Přinesl jsem si ho sem a když nadešel můj první den, zašel jsem za doktorkou a svěřil se jí s mým plánem. A ona souhlasila. Zafungovalo to dokonale“ (C09, 9:5–9:20).

6.6.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Vyjma jedné osoby z TK Kladno-Dubí všichni čeští klienti ve výzkumném vzorku (N = 30) prošli nějakou formou předchozí léčby. Pro nástup do TK, jak známo, platí podmínka detoxikace na lůžkovém oddělení PN/PL či kliniky.³⁶

Mezi rehabilitační zařízení, která klienti před nástupem do TK navštívili, patří PN v Horních Beřkovicích, Kroměříži, Opavě, Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Bohnicích. Z PL pak Lnáře, PATEB s.r.o. (PL Jemnice), Lojovice, Dobřany, Léčebna návykových nemocí Nechanice a Červený dvůr. Ve výčtu nemůže chybět ani Klinika adiktologie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici Plzeň a Psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Olomouc.

Někteří klienti byli v minulosti také v TK. Mimo Sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací (zkr. STK A.N.O.) klienti pobývali v TK Pastor Bonus, Bétel a dnes již neexistující TK Lechovice. Ze STK A.N.O. se potom v jejich výpovědích objevil Sananim, Fides, White Light, Magdaléna, Sejřek i Kladno-Dubí. Z toho je zřejmé, že klienti mezi českými TK cirkulují stejně jako pacienti v Nikaragui.

Na závěr je nutno zmínit, že někteří klienti byli rovněž rehabilitováni v Doléčovacích centrech v Brně a Ostravě, resp. využívali Chráněné bydlení v Šanci – resocializačním institutu Kladno.

Jako příklad v této kapitole uvádím narativ čtyřiaadvacetiletého svobodného muže, který jako jediný ze všech klientů českých TK v žádné předchozí léčbě nebyl. Na otázku, proč se rozhodl právě pro Renarkon, mi odpověděl toto:

„Jel jsem do Bílé Vody. Tam bohužel vznikla kontraindikace s mojí nevlastní sestrou. (...) Usoudili, že máme k sobě blíž, než bysme měli, takže jsem tu komunitu musel opustit asi po sedmi dnech a přeměrovat se na Renarkon.

Takže tvoje sestra nevlastní teda se léčí v Bílé Vodě?

Ano. No, už ne.

Už ne. Ale tehdy tam byla, když jsi tam přišel?

Ano.

To jsou zajímavé okolnosti.

³⁶ Transformace psychiatrických léčen na nemocnice v České republice proběhla v případě 10 ze 13 existujících zařízení v roce 2013. V souvislosti s touto formální změnou mělo dojít k destigmatizaci poskytovaných služeb. Změna statusu s sebou ale také přinesla přesun pozornosti z doléčovací na akutní péči. Někdejší léčebny přejmenováním získaly výhodu při sjednávání smluv se zdravotními pojišťovnami. Pacienti hospitalizovaní ze sociálních důvodů se naopak octli v nevýhodě před těmi, kteří trpí akutními zdravotními problémy (MPSV, 2015).

To jsou, no.

A znali jste se předtím, než jsi tam přišel?

Ne.

Ne? Neskutečné! Je někdo, kdo tě sem jako nasměroval, kdo ti řekl: „Běž do Renarkonu prostě, tam je to dobrý...!“

No, tak do Renarkonu mě nasměrovala ta komunita, ta Bílá Voda, ale do Bílé Vody mě nasměrovala vlastně máma. Byla to máma a pak vlastně jsem to byl já. Sám jsem si zjišťoval informace a takhle, takže... internet a rodina.

Jasně. Do té Bílé Vody jsi přišel z nějaké léčebny? Jakoby po detoxikaci, nebo jsi tam šel přímo?

Ne, právě já jsem do té Bílé Vody měl možnost nastoupit hnedka. Za mnou přišel doktor a řekl mi – protože já jsem ještě měl pervitin a THC [v krvi], ty hladiny ještě byly velký – a on říkal, že mě do komunity pouští, že to nechá jako výjimečný případ, že si myslí, že do komunity jako můžu nastoupit. Takže jsem výjimečně nastoupil do komunity i s hladinama velkýma.

Na čem se tehdy zakládalo tady tohleto jeho přesvědčení?

On se na mne podíval, tak jsme spolu pokecali, dal mi nějaký otázky a řekl mi, že ze mě cítí anděla a demony, takže mám ty demony prostě zničit a mám jít do té komunity. Strašně mě [to] zaskočilo...

To byl doktor z Ostravy?

Ne, z Bílé Vody“ (R11, 3–4).

6.7 Příčina závislosti

Tato kapitola pojednává o příčinách závislosti. Nutno podotknout, že kauzální pojetí, dle něž je u prvopočátku poruchy z užívání drog jen jedna příčina, je redukcionistické.

Díky rapidnímu rozvoji neurověd je v současné době velmi rozšířen neurobiologický model závislosti, jenž dal základ různým teoriím (např. teorii oponentního procesu, teorii odchylného učení nebo teorii rozhodování a ztráty inhibiční kontroly). Společný základ těchto teorií tvoří tzv. dopaminergní hypotéza. Podle této hypotézy je efekt drogy závislý na činnosti systému odměny.³⁷

Díky užívání drogy dochází v mozku k uvolňování dopaminu v takové míře, kterou stimuly, jež přináší život bez drogy, nikdy nejsou schopny překonat. Proto takovéto chování dostává jednoznačně přednost před jinými způsoby dosažení libých pocitů. Dosažení odměny je totiž takto snazší a rychlejší. Výsledkem však může být neschopnost jednotlivce prožít uspokojení z běžných každodenních činností a rozvoj tzv. syndromu narušené závislosti na odměně (angl. *reward deficiency syndrome*). Lidé s tímto syndromem mají tendenci dopřávat si odměnu uměle a zintenzivňovat si ji.

³⁷ „Systém odměny mozku patří mezi vývojově starší etáže mozkových struktur a slouží k autoregulaci pro děje, jako jsou: pocit tělesné pohody, reprodukce a dalších dějů, které jsou potřebné pro přežití organismu a jsou spojovány s libým efektem. Tímto je zajištěna opakovanost těchto dějů, které patří do přirozených zdrojů odměny, tj. potrava, sex a také sociální vztahy. Systém odměny se tedy podílí na transpozici podnětu a rozhoduje o tom, zda mu přisoudí určitou libou kvalitu či libostní hodnotu. V tomto mechanismu může dojít k asociaci mezi podnětem a odměnou, čímž se později aktivuje behaviorální složka sloužící k dosažení odměny“ (Růžička, 2012, 29).

Jak uvádí Blum (1996), narušený systém odměny je jedním z důležitých faktorů, které člověka predisponují k tomu, aby se u něj projevila závislost.

Osobně považuji závislost za multifaktoriální onemocnění bio-psycho-socio-spirituální povahy, které je nutno brát jako důsledek celé spleti různých příčin (Kudrle, 2008).³⁸

Nicméně lze říci, že faktory, které mohou přispět k rozvoji drogové závislosti, jsou v zásadě dvojího druhu:

1. *Genetické* – rozvoj závislosti může být ovlivněn dědičnými (genetickými) vlastnostmi, jež mohou oddálit nebo urychlit progresi onemocnění (Prom-Wormley et al., 2017).
2. *Environmentální* – faktory životního prostředí, včetně přesvědčení a postojů rodiny a expozice vůči skupině vrstevníků, která podporuje užívání drog, hrají v počáteční fázi užívání drog rozhodující roli (Mennis et al., 2016).

Na drogách se mohou stát závislími lidé jakéhokoli věku, pohlaví nebo ekonomického postavení. Některé okolnosti však mohou pravděpodobnost a rychlost rozvoje závislosti zvýšit (Whitesell et al., 2013). Patří sem například:

- *Výskyt závislosti v rodinné anamnéze* – většímu riziku vzniku drogové závislosti mohou být vystaveny osoby s pokrevními příbuznými trpícími závislostí.
- *Porucha duševního zdraví* – u osob s depresí, bipolární afektivní poruchou, poruchou pozornosti s hyperaktivitou (angl. *attention deficit hyperactivity disorder*, zkr. ADHD) nebo posttraumatickou stresovou poruchou (angl. *post-traumatic stress disorder*, zkr. PTSD), existuje větší riziko, že se stanou závislími na drogách. Užívání drog se může stát způsobem, jak se vyrovnat s bolestivými pocity, jako je úzkost, smutek a osamělost, což může problémy ještě zhoršit.
- *Skupinový tlak* – přizpůsobování hodnot, norem nebo světonázoru skupině je zejména u mladých lidí významným faktorem pro zahájení užívání drog.
- *Oslabení funkce rodiny* – obtížné rodinné situace nebo nedostatek vazeb s rodiči nebo sourozenci může zvýšit riziko závislosti, stejně jako nedostatek rodičovského dohledu.
- *Rané užívání drog* – užívání drog v raném věku může způsobit změny ve vyvíjejícím se mozku a zvýšit pravděpodobnost pokračování drogové závislosti.
- *Užívání vysoce návykové drogy* – některé látky (např. stimulanty nebo opioidy) mohou vést k rychlejšímu rozvoji závislosti než jiné. Jejich závislostní potenciál může navíc zvýšit forma užití (zejm. kouření nebo injekční způsob administrace).
- *Užívání tzv. lehkých drog* – k rozvoji závislosti mohou vést experimenty s drogami, které jsou ve společnosti považovány za méně návykové (např. marihuana).

Vzhledem k výše uvedenému neuvádím dále – na rozdíl od původního záměru – korelace mezi příčinou závislosti a užívanou drogou, nýbrž věnuji se výhradně těm příčinám, jimž sami pacienti/klienti připisují význam. Výsledky analýzy rozhovorů získané během druhého čtení jejich transkriptů přitom nejsou nikterak překvapivé. Již prvně se totiž ukázalo zcela jasně, že kód „rodina a drogy (DCI)“ patří k jedním

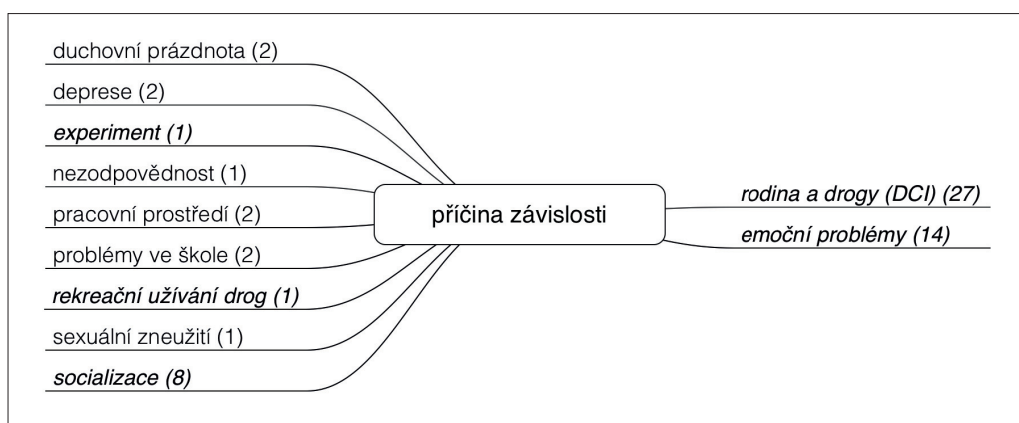
³⁸ „Na vzniku každé závislosti se podílejí jako základní faktory osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu; vlivy vnějšího prostředí, které lze diferencovat na obecné, sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a situační podněty. Výsledek interakce uvedených dvou skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku závislosti na psychoaktivní látce“ (Vágnerová, 1999, 297).

z nejvíce zakotvených a informátoři výpovědi s ním spjaté zmiňují právě při vysvětlování toho, jaká „příčina závislosti“ způsobila rozvoj jejich poruchy z užívání látky (viz kapitola 6.3). Tím byla potvrzena vzájemná vazba mezi oběma kódy, graficky znázorněná v modelu paradigmatu zakotvené teorie (viz kapitola 6.18).

Dále uvádím příklady ze všech tří zemí, které se k tomuto kódu váží, stejně jako k dalším, které lze považovat za významné.

6.7.1 Takiwasi

V případě rozhovorů s pacienty Takiwasi jsem vytvořil 11 kódů, z nichž pouze dva se ukázaly jako významně zastoupené: „rodina a drogy (DCI)“ a „emoční problémy“ (viz diagram na obrázku 36).



Obr. 36 „Příčina závislosti“ dle pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

S ohledem na první zmiňovaný kód jsem v narativech identifikoval několik okruhů problémů, s nimiž se informátoři v rodinném prostředí potýkali. Jedná se o absenci mužského vzoru, absenci péče ze strany jednoho nebo i obou rodičů, nedostatek rodičovské lásky, rozvod, výchova prarodiči, utajená adopce, závislost na matce, užívání drog v rodině, konflikt s rodiči, incest, sexuální zneužívání a týrání v dětství, úmrtí otce a partnerské problémy.

Z výše uvedených okruhů uvádím z mého pohledu zajímavý příklad, který se vztahuje k utajené adopci. Třiatvacetiletý peruánský mladík mi k této záležitosti řekl toto: „Mám fakt hodně problémů. Jedním z nich je, že nejsem dítětem mých rodičů. Žil jsem ve světě lži. Moje rodina je někdo jiný. Ten, kdo se prohlašoval mým otcem, je ve skutečnosti můj bratr.

Aha.

To je jedna z pravd, o nichž jsem pochyboval. Bylo to jako zaražený trn. A... nevěděl jsem, jak zjistit pravdu. Moje rodina mě zavrhla, jestli mi rozumíš. To je jedna z věcí.

To jsi zjistil během léčby?

Ano.

*To je zajímavé. Uf, síla.
A jak ses to dozvěděl? Řekl ti to?
Když mi to řekl, bylo to hrozné. Vážně.
Přišel sem a řekl ti to?*

Ano.

Aha.

Bylo to díky mému terapeutovi. Mluvili jsme o jednom problému, který je s tím spojený. Řekl jsem mu o tom, a tak se to otevřelo. Občas pochybuju. David (Londoño Valderrama, pozn. aut.) je můj terapeut.

A jak ses toho dotkl? Bylo to během sezení?

Řekl jsem Davidovi, že občas pochybuju o tom, že moje rodina je doopravdy moje rodina. Jak je to možné? [zeptal se mě]. A tak se to téma otevřelo. Takže začal domlouvat s mou rodinou, aby sem přišli. Řekli mi pravdu. Přišla má přítelkyně, mí synovci, bratři, mí rodiče. Moje mamka už nežije. Zemřela před rokem. Řekli mi to. Otec mi to řekl.

Pověděl jsem mu: „Proč jsi mi to neřekl?“

„Protože tvoje maminka si myslela, že utečeš.“

Aha.

Po tom všem jsem si uvědomil, že kdyby mi to řekli a já se pohyboval ve světě drog, alkoholu a zábavy, asi bych se hned zabil. Cítil jsem se slabý, bez energie“ (T03, 3:5–3:6).

Druhý pozoruhodný příklad, který pochází z transkriptu rozhovoru se sedmadvaceti-letým brazilským pacientem, se primárně vztahuje k problematice závislosti na matce. Informátor mi na dotaz po příčině jeho závislosti odpověděl následující:

„No, znáš místní kontext. Lidi si můžou říkat: „O čem to vykládá?“ Je to totiž všechno o energiích... O tom, že jsem napojený na mou mámu... Velmi závislý na mé mamce. Vždycky jsem byl ve skrytu duše velmi závislý. Jako malý jsem pil velmi dlouho z láhve. Mamka mi dávala flašku až do jedenácti. Byl jsem jako dítě. Jakmile jsem odešel z domu, byl jsem stále na něčem závislý, i když jsem to velice tajil. Stále jsem v sobě cítil prázdnotu. Nikdy jsem si ji ale neuvědomoval. Pokaždé jsem ji zaplnil drogami.

Ve dvaceti letech jsem potkal mou ex-manželku. Po čtyřech měsících vztahu otěhotněla. Žil jsem život, ale bylo to, jako by život žil mě. Neměl jsem nad svým životem žádnou kontrolu, vůbec nad ničím. (...) Bral jsem drogy, abych nemusel být sám sebou, abych potlačil své pocity. Nebyl jsem spokojený se svou situací, s tím, jaký jsem. Nevěděl jsem, kým jsem. Žil jsem svůj život jako každý jiný člověk ve městě. Makal jsem, makal a zase jenom makal. Je to velmi stereotypní život, co se v tom městě vede. Oženíš se, pak musíš chodit do práce. Jediné, co můžeš dělat, je trávit čas s rodinou. Neměl jsem čas sám na sebe. Neměl jsem možnost o svém životě rozhodovat. Každou frustraci, již jsem trpěl, každý problém, který jsem měl, jsem potlačoval drogami. (...) Uvědomuji si, že můj problém v zásadě pochází z dětství. Byl jsem velmi nejisté dítě. Můj vztah k manželce byl v podstatě stejný jako k matce. Byl jsem na ní velmi závislý. Ona přitom nevěděla o tom, že mám k matce takovýto vztah. Tajil jsem to před ní. Nebyl jsem vlastně do mé ženy zamilovaný. Byl jsem na ní totiž určitým způsobem závislý, chápeš?“ (T06, 5:7–5:8).

Níže uvedený příklad, jenž pochází od devětadvacetiletého peruánského pacienta, vlastníka rekreačního klubu, který trpěl závislostí na kokainu, se dotýká výše uvedeného tématu úmrtí otce. Informátor mi během interview pověděl toto:

„Odešel jsem a začal jsem pracovat u otce. Šest měsíců jsem fakt hodně dobře pracoval od jedenácti večer do tří ráno... Až dokud to...

Nebylo moc?

Ne... Až dokud jsem neměl další konflikt s otcem. Hádky, křik... Jsem citlivý člověk, tak mě to dost zasáhlo. Šel jsem na pivo a skončil jsem zas u drog. A tehdy jsem poznal, co mi vždycky říkali... že relaps je horší než samotná choroba. Bylo to horší. Předtím jsem bral dvakrát, třikrát za noc, najednou už to bylo 5 gramů... Pak už jsem neměl chuť pracovat. Mého otce zabili...

Zabili ho?

Ano, zabili. Před rokem a jedním měsícem. Takže, když ho zabili, šli jsme hledat jeho tělo a já jsem ho našel... Jak jsem ho viděl, přitížilo se mi. Celý rok jsem pak nepracoval. Byl jsem v posteli, všechno mi bylo jedno. Jelikož jsem byl finančně zajištěný a nemusel jsem pracovat, nechodil jsem do práce, pomáhal jsem dětem, našel si dobrou kamarádku, bral dál a žil v posteli. Na co bych pracoval, že? Až do momentu, když mi mamka řekla: „Synu, musíš se sebou něco dělat!“ Tak jsem se rozešel s první ženou. Vzala si dítě a já viděl, že mi něco chybí. Tak jsem se rozhodl, že se zkusím léčit tady“ (T22, 20:8–20:9).

V posledním narativu, který podle mého názoru stojí za zmínku, se prolíná tematika rodinných a emočních problémů. Pochází od jednadvacetiletého pacienta peruánského původu závislého na hraní hazardních her a kouření marihuany. Příčinu své závislosti mi objasnil následovně:

„Hra je o hledání štěstí, které jsi v životě neměl. Je to o kompenzaci něčeho, co ti v životě chybělo. Například pozornost. Když hraješ v kasinu dlouho, věnují ti hodně pozornosti. Jsou pozorní, máš jídlo zdarma... A už taková malá pozornost, když se ti jí nedostávalo, znamená hodně. Můžeš tak získat přátele, i když jen povrchní, ale není to špatné. Všechno je vždycky fajn, to je kasino.

A marihuana?

Na zklidnění napětí z kasina. Protože i když občas vyhraješ, pořád jsi neklidný. Já hodně prohrával, byl jsem neklidný a chtěl jsem si oddechnout. A nešlo to.

A bylo to stejné, když jsi vyhrával?

Ano, takže pro relaxaci a vyprázdnění mysli jsem kouřil, ano.

Jak jsi říkal, že je to o hledání štěstí, které jsi neměl... Jak to myslíš?

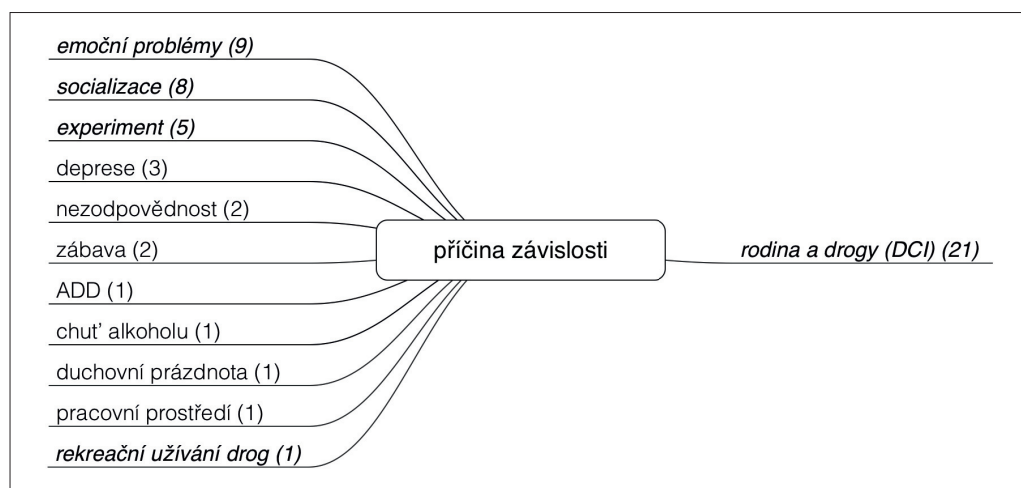
Když mi byly tři, rodiče se rozvedli. Když mi bylo pět, uvědomil jsem si, že matka je závislá na alkoholu. Když mi bylo osm, několikrát mě vyhodili z domu. Spal jsem na ulici, nejedl. Když mi bylo dvanáct, začal jsem podnikat, ale jelikož jsem byl sám, bylo pro mě těžké chodit do školy a pracovat. Prostě těžké. Tak jsem začal hledat štěstí, aby byl život jednodušší“ (T15, 13:4–13:5).

6.7.2 CEA, CARA, AMAR

Identicky s výsledky analýzy dat z Takiwasi představuje v nikaragujských TK CEA, CARA a AMAR nejvíce zakotvený kód „rodina a drogy (DCI)“. V tomto případě se však jedná o jediný kód, který má významovou platnost (viz diagram na obrázku 37).

V narativech informátorů z Nikaraguy jsem identifikoval takové rodinné problémy jako jsou: absence mužského vzoru, nedostatek péče ze strany rodičů, úmrtí některého z rodičů nebo prarodičů, partnerské nebo manželské problémy, toxické vztahy (spoluzávislost), hyperprotektivní péče matky vůči synovi, rozchod/rozvod, absence lásky ze strany rodičů, užívání drog v rodině a domácí násilí.

Vzhledem k tomu, že ve většině případů jsou tyto problémy shodné s těmi, které v období dospívání zažívali informátoři z Takiwasi, uvádím níže pouze příklady k spoluzávislosti (špa. *codependencia*) a domácímu násilí (Borton et al., 2017).



Obr. 37 „Příčina závislosti“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

K prvnímu tématu se váže následující ukázka z rozhovoru s jednačtyřicetiletým pacientem z centra AMAR, v němž se objevuje hned několik závažných problémů, které mohou vznik závislosti zapříčinit. Pacient mi během naší důvěrné konverzace pověděl: „Vyrůstal jsem se záští vůči mé matce, která byla přehnaně opatrovnická.

Tohle je mezi alkoholiky typické.

V dětství... když jsem byl malý, byli jsme tu v Nikaragui v poněkud... poněkud komplikované situaci. Bylo to trochu tvrdé. Byla tu válka.

Hm.

Takže... Jak bych vám to řekl... Způsob, jakým jsem se byl v dětství zvyklý bavit, byl tak trochu jednodušší... prostší. Nebyly počítačové hry, nebylo tolik věcí... Takže jsme si hrávali s káčou nebo kuličky. Byly to jednodušší hry.

Hm.

Mě to ale minulo. Já jsem se s ostatními dětmi nemohl stýkat. Díval jsem se na ně ze vrat, jak hrají baseball. Všichni si hráli na ulici a já jsem byl jenom u dveří.

Proč tě mamka nechtěla pouštět ven?

Byla velmi opatrovnická.

Hm.

Vyrostl jsem tedy s tímto...

Pocitem.

Pocitem. Když mi bylo čtrnáct a můj tatínek musel odejít za prací do Spojených států...

A proč musel odejít?

Moje sestry už chodily na univerzitu.

Aby mohl platit za studium?

Ano, tady pracoval jako taxikář. Bylo to náročné. Ony musely jezdit odsud z Masayi do Managuy a tak vůbec. Bylo to tedy obtížné. Rozhodl se proto, že odejde, aby vydělával víc peněz a ony mohly chodit na univerzitu.

Tím se taky vzdálil vaší matce, ne?

Ne, ne.

Nebylo to pro ně, řekněme, tak obtížné?

Ne, ne. Během dospívání jsem ale cítil vztek za to, že jsem dospíval a otec u toho nebyl.

Aha, jasně.

Takže jsem si občas stěžoval na to, že si nemám s kým popovídat o mých věcech. Jako chlap... Čím bych mohl být, co bych... [mohl dělat].

Byl jste doma jediný muž?

Ano. Měl jsem z toho takový pocit, že jsem jediný, kdo si nemá s kým promluvit... zeptat se někoho, čím bych mohl být. Jednu věc jsem tady ještě nikomu neřekl. Mám jednoho strýce, který mě několikrát zneužil.

Vážně?

Ano, nikomu jsem to tady neřekl.

A je to spjaté s nějakou drogou, co jste bral?

Je to spojené s tím, že jsem byl sexuálně velmi promiskuitní.

Hm.

Chodil jsem hodně za prostitutkami.

To je ale normální. Ten pocit se v něco přemění... To je logické!

Ano.

Nepřipadá mi to jako něco nepochopitelného.

Ano, pro mě být s prostitutkami bylo něco naprosto přirozeného. Jako nějaká potřeba.

Jasně, znám několik lidí, co jsou, jak se říká, závislí na sexu.

Ano.

Někteří mají spíš problém s pornografií. Spíš se dívají, než že by reálně měli sex. Je to ale víceméně to samé.

Mockrát jsem... No, měl jsem 3 partnerky...

Hm.

... co se tomu věnovaly... které se věnovaly prostituci.

Hm.

Někdy se mi v intimních chvílích stalo, že jsem se stal dominantním.

Hm.

Chtěl jsem mít kontrolu.

Nad ní?

Přesně. Občas to byl tvrdý sex.

Takže ano, jsou tu věci, na které postupně přicházím“ (A05, 5:7–5:8).

Druhé téma, které se týká domácího násilí, dle mého názoru vhodně ilustruje následující pasáž z rozhovoru s dvacetiletým pacientem z centra CARA, který pocházel z ostrova Ometepe. Ten mi o sobě řekl:

„[Otec] hrozně pil.

A tvoje maminka?

Moje maminka žije tady v Granadě.

Aha.

Má už jinou rodinu.

Opustila tě?
 Ano, opustila.
 Jak je to možné?
 Byl jsem malý.
 Takže tě nechala u tvého strýce?
 U babičky... u babičky.
 U babičky a strýce?
 Ano, a mého otce. Můj otec pak ale umřel.
 Neuvěřitelné! A proč odešla do Granady?
 Protože se s otcem bili a hádali.
 Aha, a proč si tě nevzala s sebou?
 Nevím, odešla a opustila mě. My jsme tři sourozenci.
 Aha.
 Mám dvě sestry.
 A ty žijí kde?
 Taky na ostrově.
 Taky je tam nechala?
 Ano.
 Neuvěřitelné!
 Už jsem ji spoustu let neviděl.
 Ano? A chtěl bys ji znovu vidět nebo ne?
 Ano, rád bych si s ní popovídal.
 (...)
 Měl jsem z toho depresi... těžkou“ (CARA07, 7:8).

6.7.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

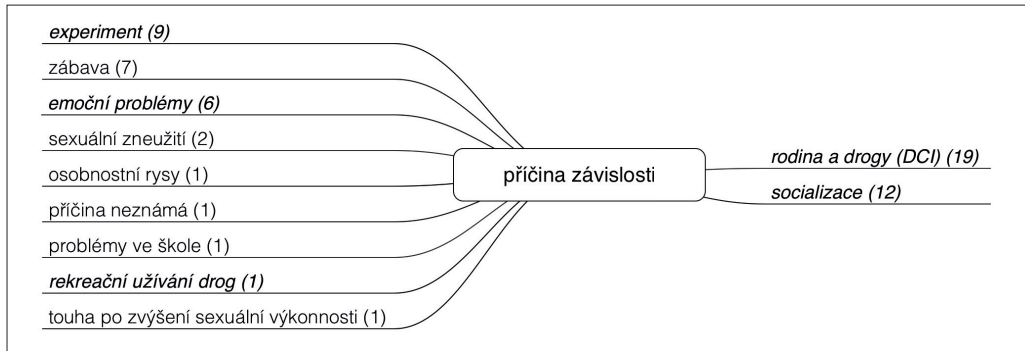
Stejně jako v případě ostatních informátorů také u klientů českých TK hraje primární roli kód „rodina a drogy (DCI)“. Kromě toho se jejich narativy významně váží ke kódu nazvanému „socializace“ (viz diagram na obrázku 38).

V souvislosti s prvním zmiňovaným kódem informátoři zmiňovali takové záležitosti, které vedly ke vzniku jejich závislosti, jako jsou: užívání drog mezi partnery nebo v rodině, autoritativní výchova, nedůvěra či nedostatek pozornosti ze strany rodičů, mezigenerační konflikt, respektive finanční a partnerské problémy, jež v některých případech vyústily v rozchod anebo rozvod. Pro ilustraci uvádím níže ukázkou z rozhovoru s dvaadvacetiletým svobodným klientem Renarkonu. Ten mi na otázku po důvodu braní drog odpověděl toto:

„Jako ze začátku to byla nějaká ta zvědavost a taky parta. ‘Sme neměli co dělat, tak jsme chtěli vyzkoušet něco nového. Potom já jsem se z toho na chvíli tak jakože dostal, když jsem si našel přítelkyni, se kterou jsem byl dva roky. Jsme spolu bydleli. Byla premiantka třídy a jako s ní jsem se učil a drogy mě nějak moc nezajímaly. Akorát když odjela třeba na víkend k rodičům domů, tak jsem zas úplně byl někdo jiný. Jsem se změnil. Potom mi řekla, že je těhotná a asi po dvou měsících byl potrat. Z toho jsem byl tak rozsekaný, že už mě nezajímalo nic a šel jsem si jenom za drogama.

To ti bylo kolik, jestli se můžu zeptat...?

To mi bylo devatenáct“ (R03, 2:4).



Obr. 38 „Příčina závislosti“ dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Kódem „socializace“ je míněno celé spektrum společenských situací, které klienty svedly k drogám. V jejich pozadí přitom obvykle stojí touha po přijetí ze strany druhých. Dokládá to níže uvedený narativ devatenáctiletého klienta TK Kladno-Dubí, v němž dotyčný říká:

„Já jsem nikdy nevěděl, kam se zařadit. S jakou partou lidí... [se dát dohromady]. Já jsem vždycky tvrdil takovou svoji teorii, jakože se dokážu bavit se všema, jakože všichni ‘sou kamarádi. No, a pak jsem zjistil, že to nefunguje... že jsem se potřeboval zařadit do nějaké skupiny jakoby. A vlastně pak po nějaký době užívání jsem si uvědomil, že vlastně [to], že se kamarádím s tou partou lidí, je vlastně normální proces, který probíhá v užívání drog“ (KD03, 3:25).



Obr. 39 TK Kladno-Dubí – jídelna (zdroj: vlastní zpracování).

6.8 Podpora v léčbě

Kódy, které vyšly z druhého čtení transkriptů interview, svědčí o tom, že podpora v léčbě má nejen rozměr psychologický a spirituální, ale také finanční a materiální (viz kapitoly 6.8.1–6.8.3).

Na tomto místě by bylo záhodno uvést sociodemografické údaje o výzkumném vzorku. V Peru a Nikaragui ale nejsou podrobná data o populaci léčených uživatelů drog dostupná. Vzhledem k tomu, že by je nebylo možné porovnat, během semi-strukturovaných rozhovorů jsem se jejich sběrem ani nezabýval.³⁹

Co se vzdělání a zaměstnání české populace léčených uživatelů drog týče, statistické údaje uvádí Füleová & Petrášová (2016). Ve skupině prvožadatelů o léčbu v období let 1999–2014 bylo jako nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání nejčastěji klienty uvedeno základní vzdělání. To v jednotlivých letech dosahuje podílu 30–53 %. U všech žadatelů o léčbu v letech 2002–2014 pak podílů 41–50 %. Na druhém místě klienti v obou sledovaných skupinách uvedli středoškolské vzdělání bez maturity. To mezi prvožadateli činí podíl 23–36 %, mezi všemi klienty pak 25–29 %. Středoškolské vzdělání s maturitou je mezi prvožadateli o léčbu zaznamenáno v rozmezí od 10–19 %, mezi všemi klienty 11–13 %.

S ohledem na charakter zaměstnání byl v české populaci u prvožadatelů o léčbu v období let 1999–2014 zaznamenán podíl nezaměstnaných klientů 43–60 %. Mezi všemi klienty tvoří nezaměstnaní rovněž nejvyšší podíl, neboť v každém sledovaném roce (tj. 2002–2014) dosahují nadpoloviční většiny. V obou sledovaných skupinách tvoří pravidelně zaměstnaní maximálně 20 %.

6.8.1 Takiwasi

Při analýze dat z Takiwasi jsem vytvořil 4 kódy: finanční podpora (24), psychická podpora (15), samoplátce (11) a retribuce (4). Jak vyplývá ze zakotvenosti kódů uvedené v závorce, pouze první 3 lze považovat za relevantní.⁴⁰

Co se finanční podpory týče, nutno předeslat, že účast na interním terapeutickém programu Takiwasi stojí 1 200 USD/měs. (tj. 27 400 CZK, s možností slevy a splátkového kalendáře). Přesto je pacientům kladeno na srdce, aby usilovali o finanční nezávislost a hradili si léčbu sami. Principy toho, jak finanční podpora funguje, dle mého názoru trefně vystihuje následující ukázka z rozhovoru se sedmadvacetiletým Brazilcem, v níž jsou zároveň popsána pravidla retribuce. Informátor mi na dotaz, zda jej někdo podporuje v léčbě, odpověděl:

„Ano, moje mamka.

Podporuje tě jen psychicky, nebo také ekonomicky?

Ekonomicky.

Takže platí za léčbu?

³⁹ K limitům výzkumu viz kapitola 7.

⁴⁰ Retribucí (z lat. *re-* + *tribuere* = oplatit) se v tomto kontextu myslí systém, kdy osoby z ekonomicky vyspělejších zemí přispívají finančně na léčbu pacientů z rozvíjejících se zemí. Informátoři se k tomuto z etického hlediska problematickému systému používanému v Takiwasi nevyjadřovali v dostatečné míře, tudíž jeho rozbor ponechávám stranou.

Ano, ona tu léčbu platí.

Platí plnou cenu, tzn. přibližně 1 000 USD za měsíc?

1 100 dolarů, ano.

Víš o tom, že někteří platí méně než ty? Slyšel jsi o tom?

Ano, někteří lidi dokonce neplatí vůbec.

Vůbec neplatí?

Ano, ano. Přijde mi to v pořádku.

Jak si to vykládáš, že někdo platí méně, jiný víc?

No, popravdě jsem se nad tím nikdy nepozastavoval. Čas od času se o tom tam nahore na baráku hovoří. Jeden kluk, co sem přišel před pár týdny, vykládal druhým: ‚Ty neplatíš za léčbu, tak nemůžeš nic říkat!‘ Občas je kvůli tomu hádka. Taky jsem nad tím přemýšlel. V podstatě je to jenom o pochopení. Někteří lidi nemůžou platit a zaslouží si léčbu. Každý si zaslouží mít možnost abstinovat, dostat druhou šanci a dál žít. Na Takiwasi je dobré, že vždycky přezkoumávají tvou motivaci s ohledem na to, jestli bys měl platit nebo ne.

A když je tvoje motivace malá...?

Když je tvá motivace malá... No, někdy člověk nemá vůbec peníze. Když tě sem doveze máma, tvoji bratrance, manželka nebo přítelkyně, nepřijmou tě. Ty musíš napsat ten dopis. Ty se musíš napravit.

Vlastně s tím teda pár problémů bylo. Obvykle se to týká nováčků v léčbě.

Já to беру tak, že někteří lidé pocházejí z bohatších zemí.

Ano.

Je to určitá forma retribuce.

Ano, lidi z Jižní Ameriky platí oproti Evropanům o trochu méně. Neznamená to ale, že by lidi z Evropy měli víc peněz. To je jenom stereotyp v myšlení. No, tak takhle to je.

A jak to s těmi penězi máte s maminkou vyřešené? Budeš jí je vracet, nebo jste vyrovnání?

Ne, já jí to chci vrátit. Chci jí to vrátit.

Osobně si myslím, že je to víceméně nutnost.

Přesně tak“ (T06, 5:11).

V případě psychické podpory se primárně jedná o morální podporu ze strany blízkých osob. Dokládá to následující ukázka z interview s devětadvacetiletým pacientem francouzské národnosti, v níž jsou také diskutovány finanční záležitosti.

„Primárně [mě podporují] ekonomicky, protože je to tu hrozně drahé,“ řekl mi. „Závislí obecně vzato nemají peníze. Jde tudíž o finanční podporu. Samozřejmě za mnou celá moje rodina stojí. Moje matka, sourozenci, moje přítelkyně – všichni mě podporují.“

Hm.

Ano, jistě.

Platíš za léčbu celou sumu?

Ano.

Vážně? A víš, že někteří tu platí za léčbu méně?

Ano.

Souhlasíš s tím nebo...?

Jistě, někteří taky neplatí nic.

Jasně.

Souhlasím s tím, protože ti, co nic neplatí, nic nemají.

(...)

Hm.

Užíváme medicínu z Latinské Ameriky. Některým kolegům se to nelíbí. Říkají: ‚Platím za něho!‘ Podle mě je to ale solidární.

Aha.

Následujeme tady tak trochu křesťanskou cestu. Více méně. O čem jiném je ale křesťanství než dát, abych pomohl druhému?

Hm.

Čím víc dáš druhému, abys mu pomohl, tím víc pomůžeš sobě. Znáš to?

Hm.

Sám mám v Evropě spoustu dluhů. Hromadu! Musím francouzskému a švýcarskému státu zaplatit něco kolem 20 tisíc euro.

Uf!

Přesto mi nevádí platit za druhé. Vím totiž, že jakmile se vyléčím, budu schopný pracovat, vydělávat ve Francii slušné peníze a...

Vrátit to.

Proč jsi hovořil o Švýcarsku?

Protože jsem ve Švýcarsku pracoval. Nedodržel jsem tam povolenou rychlost. Taky jsem si ve Švýcarsku kupoval drogy“ (T09, 8:11–8:12).

Nakonec je třeba říci, že při druhém čtení transkriptů rozhovorů jsem zjistil, že 11 z 27 pacientů Takiwasi jsou samoplátci. Jiný pacient francouzské národnosti než ten, kterého jsem citoval výše, ovšem stejného stáří, se do centra vrátil po předchozí účasti na semináři osobního rozvoje. K tématu mi řekl:

„Moje rodina ví o tom, že podstupuji léčbu. Trochu se mě ptali, proč jsem se sem vrátil. Mí rodiče jsou ale spokojení, že chci udělat něco proto, abych zlepšil svůj život a dozvěděl se víc o sobě. Mí přátelé taky ví, že jsem to já, kdo to...“

Chce.

Kdo to chce.

Podporuje tě někdo také finančně, nebo si to platíš sám?

Ne, platím si to sám.

Platíš si to sám?

Dva, tři roky jsem pracoval, abych na tu léčbu měl“ (T02, 2:7).

Když jsem se na podporu v léčbě ptal šestadvacetiletého Francouze, odpověděl mi překvapivě:

„Ne [nikdo mě nepodporuje], protože mí rodiče před necelým měsícem ještě nevěděli o tom, že jsem bral heroin.“

Vážně?

Ano, napsal jsem o tom teprve nedávno v dopise mému otci.

To je něco!

Moje matka o tom ještě neví.

Aha.

No, jsem ekonomicky nezávislý.

Hm.

Podnikl jsem to celé sám.

Platíš to sám?

Jo, jo... taky.

Platíš celkem nějakých těch 1 000 USD?

Ano, zhruba 1 000 USD za měsíc“ (T10, 9:11).

Poslední příklad k platbám za léčbu pochází od devětačtyřicetiletého Ekvádorce. Ten mi v tomto směru pověděl:

„Jsem antropolog. Dělal jsem sociální studia. Tomu jsem se věnoval posledních třicet let. Taky jsem hodně studoval politologii. Byl jsem i politicky aktivní. Spíš jsem se tím ale zabýval studijně. Taky mám vlastní firmu, jíž jsem majitelem a ředitelem. Mám ji na půl s manželkou. Ona se teď o ni stará, abych mohl být tady. Na léčbu využíváme především úspory“ (T12, 10:8).

6.8.2 CEA, CARA, AMAR

Během analýzy dat z TK CEA, CARA a AMAR jsem vytvořil 6 kódů: psychická podpora (33), finanční podpora (27), spirituální podpora (2), materiální podpora (1), retribuce (1) a samoplátce (1).⁴¹ Pouze první dva kódy jsou v tomto případě relevantní. Současně je nutno podotknout, že shodně vyšly z analýzy peruánských a českých narativů.

Za psychickou podporu informátoři považují morální a citovou podporu nejen ze strany příbuzných a přátel, ale také psychologů, terapeutů a terapeutické skupiny.

Například třiadvacetiletá pacientka z CEA k tomu řekla:

„Člověk [tu] není sám. Jsi s někým, kdo trpěl stejnými nebo horšími problémy. Je to určitá forma podpory. Třeba když jsem byla v depresi, všichni mě rozesmávali. Každý se mě snažil motivovat, abych se cítila jako člověk. ‚Nepřemýšlej nad tím! Mysli na něco jiného!‘ [říkali mi]. Myšlenky občas taky fungují jako spouštěče. Člověk je sice tady, ale jako by byl v jiném světě. Tak se ale nesmí chovat. Říkali mi: ‚Dej se dohromady! Jsi inteligentní, ale tvoje inteligence ti neumožní vidět věci takové, jaké skutečně jsou. Nemůžeš nechat léčbu kvůli jednomu problému!‘ “ (C14, 14:17).

Osmnáctiletá pacientka z CARA zase uvedla:

„Moje matka mě ve třech měsících opustila. Nechala mě s mou babičkou a odešla do zahraničí pracovat.

Do jaké země?

Nejdřív do Guatemaly, pak do USA.

Hm, takže jsi žila s babičkou?

Ano, žila jsem s babičkou. Byla jako moje máma.

Do patnácti nebo až do současnosti?

Ano, ano. Pořád jsem s ní, i když moje matka mě teď podporuje. Žije tady. Cestuje, ale už ne tolik. Nebývá už tak moc pryč.

Teď už chápu, proč ti chyběla láska.

(...)

Ano. Vyrůstala jsem s mou babičkou, tetami a sestrami. Jinak s nikým.

Děkuji.

Bylo to tragické. Chyběla mi láska“ (CARA01, 1:20).

⁴¹ Duchovní podpory se nikaragujským pacientům dostává jak od rodiny, tak ze strany církve. Jak jsem uvedl v kapitole 6.4.2, do TK CARA a AMAR dochází kněží. Materiální podpora je obvyklá zejména u pacientů TK AMAR.



Obr. 40 CARA – ubytovací prostory (zdroj: vlastní zpracování).

Zajímavý narativ doplnil také čtyřiatřicetiletý pacient z téhož centra, kterého v léčbě podporovala babička. Řekl mi:

„Mého otce v 90. letech zabili.

Aha.

To bylo za časů revoluce.

Tvého otce?

Zabili ho. Byl vojákem Sandinovské fronty. Oni sami ho zabili. Nevím, co to bylo za vztahy. Bylo to pro mě těžké. Je už pětadvacet let mrtvý.

Hm.

Byl to šéf rozvědky. Zakladatel rozvědky v Nikaragui.

Hm.

Voják, velitel. Zakladatel Sandinovské fronty. Stejně jako spoustu dalších lidí z jejich vlastních řad ho ale zabili. Ona ve mně vidí obraz svého syna, ačkoliv chápe, že jsem její vnuk.

Jasně.

Vždycky mi s láskou říká: ‘Já tě miluju tak, že bych za tebe dala život.’ Co lepšího mohu takovému člověku dát, než se zcela vyléčit? Až jí zavřu oči, Miroslave, odejde s klidným srdcem, protože uvidí svého vnuka... svého syna... vyléčeného. To je moje motivace.

Uzavřeš tak kruh.

Ano. Chodí sem, protože já už jdu tento týden domů. Chodívá s jednou paní, protože se jí těžko chodí. Říká ale, že vstává ve 4 hodiny ráno s pocitem velké lásky, aby mi připravila něco malého k jídlu. Nosívá si sem jídlo v sáčku, aby se se mnou mohla naobědvat.

Hm.

Jak bych mohl, když jsem teď v léčbě a brzy budu odcházet, něco takového ignorovat? Jak bych mohl takovou lásku odmítnout?“ (CARA03, 3:21).

Pětapadesátiletý pacient z CARA uvedl:

„No, moje rodina... moje sestra mě v tomto případě podporuje.

Hm. Předpokládám, že vy ji taky emocionálně podporujete, ne?

Ano, ano. Musím ji emocionálně podporovat, protože o mně pochybovala. Jsem celý život závislý.

Hm.

Proto jsem taky svobodný. Jeden vztah, co jsem měl dvacet let, se rozpadl. Mám třia dvacetiletého syna. Jsem dědeček, ale svobodný.

Hm.

Pro můj život je to charakteristické. My feťáci už jsme takoví. Během doby, co jsme byli s mou partnerkou spolu, jsem měl sex [s někým jiným]. Ne, ale...

S každou.

Ne s každou, volně, ale... jak bych ti to řekl... bez zodpovědnosti, aniž bych se o kohokoliv staral, bez závazku.

Hm, hm.

Vedl jsem... jak bych ti to řekl, prakticky neuspořádaný život“ (CARA04, 4:8).

Ohledně finanční podpory je nutno říci, že léčba v CEA stojí 1 000 USD/měs. (tj. 22 800 CZK/měs.), v CARA 200 USD/měs. (tj. 4 600 CZK/měs.) a v AMAR 2 500 NIO/měs. (tj. 1 700 CZK/měs.). V CARA lze získat poloviční slevu (nazývanou jako stipendium, špa. *beca*).

6.8.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Psychická podpora (33) a finanční podpora (20) představují jediné relevantní kódy zjištěné při analýze dat z českých TK. Jak bylo uvedeno výše, tyto kódy shodně vyšly z analýzy peruánských a nikaragujských narativů. Informátoři hovořili také o materiální podpoře (7), ovšem nikoliv v dostatečné míře. Dále uvádím příklady k významným kódům.

Psychické podpory se klientům českých TK dostává ze strany příbuzných, „nezávadových“ přátel (tj. takových, kteří neberou drogy), učitelů a terapeutické skupiny. Následující příklad pochází od sedmadvacetiletého klienta z TK Kladno-Dubí, který měl krom jiného problém s patologickým hráčstvím. Během interview mi sdělil:

„Když už jsem opravdu všechno prohrál, tak jsem jí to řekl (přítelkyni, pozn. aut.). Že prostě mám tady ten problém, že se půjdu léčit, i přesto že se mnou bejt nechtěla. No, a takže... ona vlastně při prvním pohledu na mně, když jsme se poznali, tak dodneška vypráví, že si dokázala vybavit celý život se mnou. Jen jí tam problesklo to, že jsem moc mladej, jo. Ale já jsem byl k ní upřímněj už od začátku, všechno jsem jí řekl, že mám jakoby podmínku, že dělám obecně prospěšný práce, že jsem se léčil tady s tím, že kouřím marihuanu a že přestanu. No, a tři roky to tolerovala, to moje každodenní hulení, až pak jako najednou se narodila dcera, a já už... Vždycky jsem byl rozhodnutěj pevně, že přestanu, a nezvládnul jsem to nikdy. Bylo to silnější než já. No, tak pak už na mě začla tlačit i ona, a i rodiče, její rodiče, kteří vlastně bydlí kousek od nás. Tak jsem naoko přestal kouřit marihuanu. To vůbec o pervitinu nevěděli... Ale tak jsem ji furt potají kouřil. A taky to šlo dost do peněz, když stojí sto padesát korun, nebo dvě stovky gram. Ten jsem byl schopný za den vykourit. Takže to taky lezlo do peněz. K tomu cigarety, takže...

jako opravdu to nebylo úplně jednoduchý pro ni. No, a když jsem se jí přiznal tady s tím, řekla: „Ano, dobře. Půjdeš se léčit a já na tebe počkám. Budu tě podporovat.“ Protože něco, něco cejtí... že nejsem tak špatnej člověk a že... že bych to moh’ zvládnout zkrátka“ (KD07, 7:18).



Obr. 41 TK Kladno-Dubí – pohled do zahrady (zdroj: vlastní zpracování).

Finanční podpora spočívá především v sociálních dávkách (zejm. těch, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi nebo invalidním důchodu).⁴² V hmotné nouzi odvádí klient 75 % z dávek na léčbu. Vedením TK bývá pro tyto účely stanovován splátkový kalendář. Někteří informátoři požívají také finanční podpory ze strany rodiny. V případě jednoho devětatřicetiletého klienta TK Kladno-Dubí jsem se setkal s poručnictvím. Následující ukázka, která je současně poslední uvedenou v této kapitole, to ilustruje. Klient mi pověděl:

„Moje rodina v tom je velice...

Zainteresovaná.

Zainteresovaná.

Aha. V jakém slova smyslu?

⁴² K dávkám v hmotné nouzi patří příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. Na příspěvek na živobytí dosáhne ten, komu po zaplacení bydlení zůstane míň než tzv. částka živobytí. Ta se vždy stanovuje na základě existenčního a životního minima. Existenční minimum aktuálně činí 2 200 CZK, životní minimum pro jednotlivce je 3 410 CZK. Bližší informace uvádí MPSV (2019, 2019a).

Protože ta jedna teta je lékařka, druhá teta je lékařka. Jsou to velice chytrý ženský a ony moc vědí, asi jak na tom jsem, tak...

Takže ti to tak jako by doporučily, dá se to tak říct?

Doporučily, no. Ale taky, možná ani nevíte, ale po tom mém stavu, jsem... mám poručníka maminku, která mi disponuje všema máma penězi, vším. Já v podstatě nemám nic. Všechno, když přijde, například důchod, přijde mamince. Nějaká věc, co se týká mých věcí, už není – všechno maminka, a ta to za mě...

Řeší.

Řeší.

A... jakoby plánuješ, že to tak bude i do budoucna?

Kdybych to tady tak plánoval, tak bych tady pak neseděl“ (KD04, 4:8).

6.9 Pravidla léčby

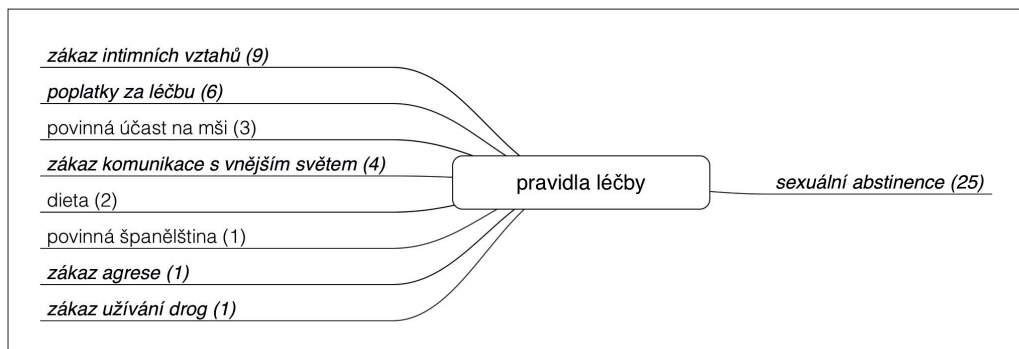
Kalina (2008) rozlišuje sedm skupin pravidel a norem TK. První skupina zahrnuje tzv. metapravidla, tedy „pravidla o pravidlech TK“, která se vztahují k její existenci, kontinuitě a přiměřené evoluci. Druhá skupina pravidel se týká bezpečí (jde o tzv. kardinální pravidla). Jejich překročení má obvykle za následek předčasné ukončení léčby. Ve třetí skupině jsou obsažena pravidla ohledně sexu a erotiky. Ta se sice také vztahují k problematice bezpečí, nicméně je o nich pojednáváno zvlášť. Představují totiž nejkontroverznější a nejdiskutovanější oblast. Ve čtvrté skupině jsou pravidla spjatá s uspořádáním času. Časový harmonogram v TK je důležitým prvkem psychologická a sociální rehabilitace. Pátá skupina pravidel se vztahuje k zapojení pacienta/klienta do TK (tzv. komunitní desatero). V šesté jsou provozní pravidla, normy a zvyky, na základě nichž se utváří identita konkrétního společenství, nikoliv však TK jako takové. Poslední, sedmá skupina obsahuje pravidla rozdělení moci a odpovědnosti. Ta obecně vzato stanoví vnitřní politiku společenství, přičemž v některých TK se tato oblast prolíná s kardinálními pravidly.

V kapitolách 6.9.1–6.9.3 jsou uvedeny výsledky analýzy rozhovorů s pacienty/klienty TK, co se pravidel léčby týče.

6.9.1 Takiwasi

Jak ukazuje diagram na obrázku 18, v Takiwasi se významný počet pacientů vyjadřoval k otázce sexuality. Kód „sexuální abstinence“, který tuto problematiku zahrnuje, se (stejně jako „zákaz intimních vztahů“) sice vyskytuje shodně ve všech zkoumaných TK, pravidla týkající se sexu a erotiky zde ale mají své zvláštnosti.

Sexuální vztahy jsou v Takiwasi zakázány nikoliv proto, aby pacienti touto cestou neunikali od problémů nebo navazováním milostných vztahů komplikovali skupinovou dynamiku, nýbrž primárně ze zdravotních a spirituálních důvodů. Osvětluje to následující ukázka z rozhovoru s jednatřicetiletým pacientem argentinského původu.



Obr. 42 „Pravidla léčby“ dle pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Během interview jsem mu pověděl:

„Vzhledem k tomu, že tu všichni abstinují od sexu, řekl bych, že sex je tu asi zcela zakázaný...“, a on na to reagoval takto:

„To je ale kvůli energetickým, nikoliv morálním problémům s rostlinami. Jde o to, že energie, kterou člověk kumuluje ve svém těle, se díky pití rostlin pročišťuje. Ejakulace, ani masturbace proto není povolena. Mohlo by to vést k poklesu úsilí, které vynakládáme na vyléčení v energetické rovině, ba co víc, mohli bychom zažít zkrat (špa. cruzarse). To znamená, že je ti špatně. Podle léčitelů jsou rostliny žárlivé.

Ano, ano. Vím o tom.

Jasně. Nelze je oklamat. Proto jsou sex a masturbace zakázané“ (T01, 1:23).⁴³

Je jasné, že pro některé pacienty je takovéto zdůvodnění obtížně přijatelné a zákaz porušují. Situace je o to složitější, že devítiměsíční interní léčba je v Takiwasi určena výhradně mužům. Pacienti si však absenci žen v léčbě obvykle nevysvětlují legislativními důvody, které – jak jsem uvedl v kapitole 3.1 – k zakazu vedou, nýbrž spíše tak, jak mi to objasnil jeden sedmadvacetiletý Brazilec. Řekl mi:

„Je to proto, že by nás holky v léčbě rozptylovaly.

(Směji se).

Celou dobu se tady soustředíme jenom na sebe. Zaměřujeme se na věci, na nichž pracujeme spolu s terapeuti, a holky by nás rozptylovaly. Mohl by ses zamilovat. Taky je to kvůli sexu. Říká se tu, že bys měl šetřit svou...

Energii.

Energii na tvých čakrách, víš?

Hm.

A tu pak musíš...

Přetransformovat.

Vědomě přetransformovat. Pracovat s ní. První čakra tě otevře vůči duchovnu, což je ayahuasca. Ayahuasca je duchovno (angl. ayahuasca is spirituality).

Aha.

Beru to jako duchovní zkušenost“ (T06, 5:28).

⁴³ Podrobněji k problematice pravidel v Takiwasi viz Horák (2013a, 128–129).



Obr. 43 Takiwasi – interiér ubytovny pro pacienty (zdroj: vlastní zpracování).

I třicetiletý peruánský pacient o významu sexuální abstinence v Takiwasi smýšlel podobně. Během rozhovoru mi sdělil:

„Chápu to stejně jako duchovně, nábožensky založení lidé. Jde o to nasměrovat svou energii, své libido směrem k vyšší moci. Shromážďovat ji je obět. Je to askeze, která ti umožní dozvědět se víc o sobě.

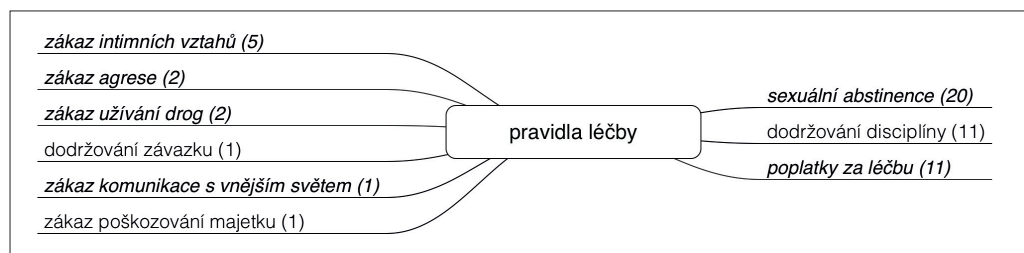
Hm.

Proto tady není povolena ani masturbace. Během ní se energie taky odčerpává. Tím, že uniká, plýtváš jí nadarmo. Je to o tom, že v sobě energii shromážďuješ a vynakládáš úsilí, aby ses mohl spojit s vyšší mocí, abys měl víc informací a mohl se vyléčit. Takto to chápu“ (T05, 4:26).

Z výše uvedeného vyplývá, že otázka spirituality a náboženství je v Takiwasi s pravidly léčby spjata. Proto je i v modelu paradigmatu zakotvené teorie mezi oběma kódy, které řadím mezi „účinné faktory TK“, uveden vzájemný vztah (viz kapitola 6.18).

6.9.2 CEA, CARA, AMAR

Z analýzy rozhovorů s pacienty CEA, CARA a AMAR vzešly tři významné kódy: „sexuální abstinence“, „dodržování disciplíny“ a „poplatky za léčbu“ (viz diagram na obrázku 44).



Obr. 44 „Pravidla léčby“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

Vzhledem k tomu, že v nikaragujských TK nejsou při léčbě používány žádné rostlinné přípravky, na jejichž aplikaci by se vázaly nějaké restriktce, platí zde zákaz sexu, „*protože ze vztahu mezi závislými nemůže nic vzejít. (...) Je to jenom o uspokojení a tečka. Není na tom, řeklo by se, nic konstruktivního*“ (CARA04, 4:24). Tak mi to alespoň vysvětlil jeden pětapadesátiletý pacient.

Ne všichni informátoři se však s tím zákazem ztotožňovali. Šestadvacetiletý pacient k tomu například řekl:

„Prakticky vzato nás tím... nás tím zabíjejí.

(Směju se).

Proto se na to ptám.

Jo.

Znám to moc dobře.

Protože kdybych měl někoho venku, kdo ví, co by se stalo. Tady za to všechno platím. Měli by nás chvílku nechat. Když přijde manželka, že bychom na to mohli na chvíličku skočit.

(Smějeme se).

Tady se ale pravidla dodržují. Nediskutuje se o nich. Nesmím ta pravidla porušovat. Jasně.

Mohli by mě za to vyhodit. Prakticky to musím vydržet. Srazit paty“ (CARA02, 2:35–2:36).



Obr. 45 CARA – posilovna (zdroj: vlastní zpracování)

Čtyřiatřicetiletý pacient z téhož centra k tomu dodal následující zajímavý komentář.

„Vzpomínám si, že během toho pětiměsíčního programu, co jsem absolvoval v Dianova, jak jsem ti povídal, byly povoleny manželské návštěvy (špa. visita conjugal) zhruba každých čtrnáct dní. My muži se čas od času potřebujeme odreagovat se ženou, ne?

Hm.

Bylo to vždycky jednou za čtrnáct dní. Mluvilo se o tom s psychologem a terapeutem, kteří nad tebou měli dohled. Ti, co měli partnerku, říkali: ‚Podívejte, chci mít manželskou návštěvu.‘ To je ale věc každého centra. Ne v každém centru je něco takového povolené. Hodně kluků by ale chtělo mít každých čtrnáct dní prostor na to, aby se mohli odreagovat. To je zajímavá shoda okolností. Zrovna včera jsme tady o tom tématu hovořili.

Hm.

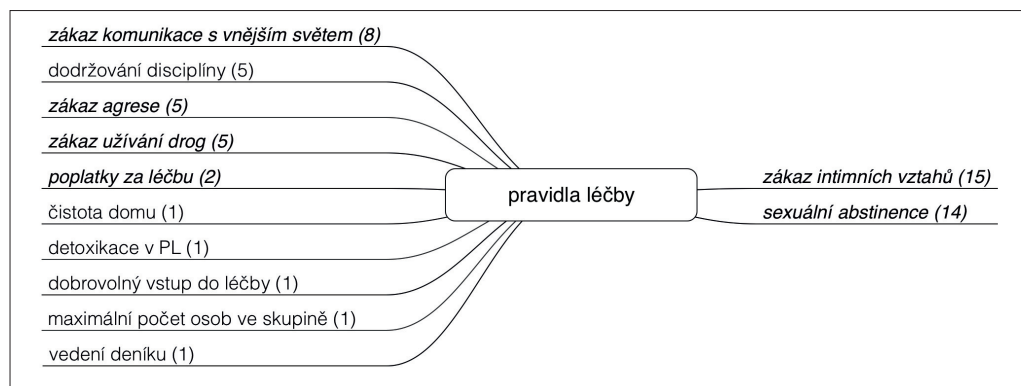
Kdyby každých čtrnáct dní mohly přijít naše manželky a přítelkyně, bylo by to vynikající! Partneri, co já vím... A my bychom měli nějaké dvě hodiny na to, abychom se odreagovali.

Hm.

V člověku to totiž vyvolává tenzi. Cítí se velice vystresovaně, napjatě. O těchto věcech by ale bylo třeba mluvit přímo s vedením. To není na nás“ (CARA03, 3:35–3:36).

6.9.3 Renarkon, Sejšek, Kladno-Dubí

Jak ilustruje diagram na obrázku 46, k významně zastoupeným kódům zjištěným při analýze interview s informátory z českých TK patří „zákaz intimních vztahů“ a „sexuální abstinence“. V zásadě se jedná o kardinální pravidla. Tyto kódy rovněž vzešly z rozboru rozhovorů provedených v Peru a Nikaragui.



Obr. 46 „Pravidla léčby“ dle klientů TK Renarkon, Sejšek a Kladno-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Číselný údaj v závorce vyjadřuje zakotvenost jednotlivých kódů (zdroj: vlastní zpracování).

K zákazu intimních vztahů v léčbě se výstižně vyjádřil čtyřiadvacetiletý klient z TK Renarkon, jenž mi v této věci řekl:

„Je to na uvážení terapeutů a ti zhodnotí, jestli ti dva mají k sobě blíž, než je dovoleno a zdrávo. Taky tohle určitě pozoruje a vnímá skupina. Jako jsme tady ve skupině všichni všem na očích dvacet čtyři hodin nonstop. No, a včetně spánku, samozřejmě. A pokud k tomuhle dojde a je to nezdravé podle úsudku terapeutů nebo skupiny, tak se to řeší.

Aha. I odchodem z komunity?

I odchodem z komunity...

A mohlo by se to řešit i sankcí, myslíš? Jakože – necháte toho!

Sankcí... No, určitě jako. Tady se to [ale] neděje sankcí. Tady dostaneme kontrakt, takzvanou kontraindikaci, a to je to, že je zakázané se na tu druhou osobu, ke které mám blíž, dívat.

Papír, který musím třeba podepsat?

Je to papír. (...) Jsou tam určený hranice. Nesmím sedět naproti ní, nesmím [s ní] komunikovat, pouze technicky. Nesmím se na ni dívat dlouho, takový věci“ (R11, 9:20).

Třiadvacetiletý klient z TK Sejšek k výše uvedenému narativu doplnil:

„[Našel jsem si tady] potencionální přítelkyni, ale ještě nevím, jak to dopadne, protože ona byla taky závislá a teď je na doléčováku a jako nevím, no. Já to vnímám tak, že jsme dospěli a že jako zkušenosti, že tady ten vztah závislýho se závislým nemusí být jako dobrej, to vnímám. Proto jsem si v léčbě nevyhledával vztahy a to.

Takže ta dotyčná není odsud jakoby?

Byla tady, byla tady a nějak jako odešla a vlastně ten kontakt s ex-klienty je tady zakázané, ale tím pádem já sem teď měl možnost se zaměřit víc na sebe, jo?“ (S04, 4:16).



Obr. 47 TK Sejšek – pohled do dvora (zdroj: vlastní zpracování).

O rok mladší klient z TK Kladno-Dubí dodal:

„Určitě to není dobrý, jo, aby měl závislej člověk vztah se závislým člověkem. Protože oni se můžou – říká se, že se můžou – buď vzájemně držet, jo, anebo prostě když jeden to strhne, tak spadnou oba dva a nikdy to nedopadá dobře. (...) Si myslím, že třeba zakázat sex, kouření a tady ty další jakoby věci, co člověk normálně provozuje, to není moc dobrý. Ale ono aspoň je tady ta motivace, když člověk je v první fázi, tak aby se nějak snažil přestoupit, anebo nedostával ty upozornění, aby mohl na vycházku, že jo, a tam už je to bez problémů“ (KD01, 1:15–1:18).

Když jsem se na význam zákazu intimních vztahů ptal devětatřicetiletého informátora z téže TK, odpověděl mi upřímně:

*„Já jsem z každý léčby vodcházel se slečnou.
(Smějeme se).*

A proč to teda není povoleno?

No, tak to je jasný, protože ten kluk odejde nevyлéčenej za láskou a ta láska mu za měsíc uteče“ (KD04, 4:23).

Zavedení restrikcí v oblasti intimního styku kvůli užívání medikamentů tak, jak je tomu v Takiwasi, nepřipadá v Česku v úvahu. Pětadvacetiletého klienta také z TK Kladno-Dubí jsem se proto zeptal, zda má zákaz sexu význam v souvislosti s posilováním vůle. Na dotaz mi odpověděl následující:

„To si myslím, že určitě. Tady nám prostě paní doktorka říká, (...) že co je v domě, není pro mě.

Aha.

Ale jinak prostě venku ať si děláme, co chceme. Ale tady v domě prostě... takhle se prostě nechová. Protože jak by to tady vypadalo, že jo? Musíme prostě dodržovat nějaký pravidla“ (KD10, 10:28).

6.10 Skupinová soudržnost (DCI)

Léčba v TK by měla znamenat příležitost ke změně. V ideálním případě představuje alternativu k sankcím trestního soudnictví a zahrnuje klinické a sociální intervence (psychosociální i farmakologické), které jsou poskytovány interdisciplinárním týmem odborníků pod záštitou zdravotnického systému (UNODC, 2010).

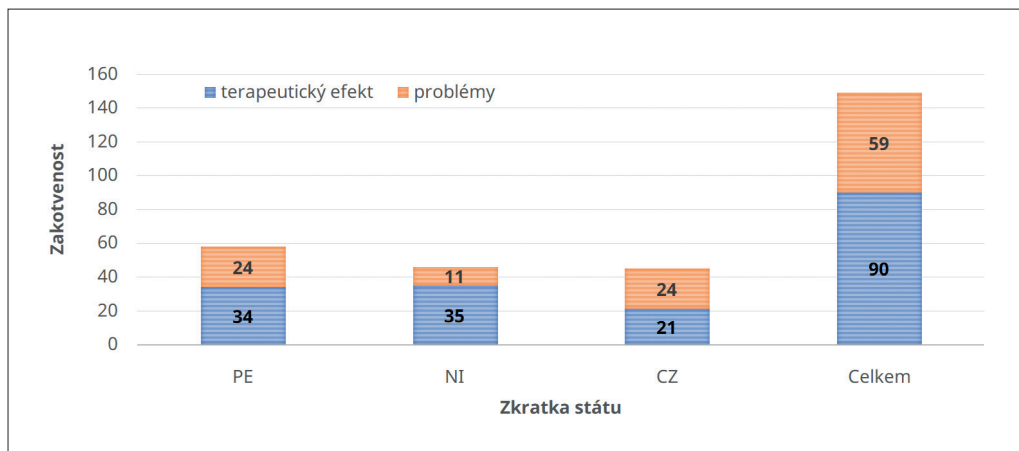
Prvotní podmínkou pro zahájení léčby v TK je dobrovolná sociální afiliace ke komunitě bez drog. Dermatis et al. (2001) v souvislosti s tím hodnotila u 322 osob přijetí filozofie TK, vnímaný přínos složek programu, úroveň deprese a délku trvání léčby. Zjistila, že interní pacienti/klienti vykazují vyšší míru náklonnosti k členům TK než k neléčeným uživatelům drog, které znají mimo program. Větší afiliace byla také zjištěna jak u žen a rozvedených osob, tak u jedinců, kteří vnímali přínos úzdavy v TK. V případě výskytu deprese tomu bylo naopak.

Dingle et al. (2015) zkoumala problematiku sounáležitosti s TK s ohledem na změnu sociální identity. Tematickou analýzou semi-strukturovaných interview s 21 informátory zjistila, že k/ze závislosti vedou dvě cesty. Někteří jedinci během vzniku závislosti zažívají ztrátu vlastní identity. Na rozdíl od toho sociálně izolované osoby mohou tímto způsobem nové sociální identity nabýt (např. díky příslušnosti k partě nebo gangu). První skupina během rehabilitačního procesu usiluje o obnovu identity, druhá se soustředí na utváření nové identity zahrnující studijní, pracovní nebo rodinné role.

Druhou podmínkou fungování léčby v TK je udržování skupinové soudržnosti (Kratochvíl, 2005).⁴⁴ TK disponuje některými rysy charakteristickými pro uzavřené skupiny. Jde o dané normy, role, vnitřní dynamiku, míru koheze a prožívaného napětí (tj. tenze). Jak bylo uvedeno v kapitole 6.9, terapeutická skupina se – stejně jako celá TK – řídí určitými pravidly, která nelze porušovat.

Během semi-strukturovaných rozhovorů jsem se zaměřil na druhý zmiňovaný předpoklad pro fungování terapeutického programu. Z analýzy transkriptů interview s informátory ze všech zkoumaných zařízení vyplynuly s ohledem na skupinovou soudržnost pouze dva kódy. Oba přitom splňují stanovené kritérium pro významovou platnost. Jedná se o „terapeutický efekt“ a obecně pojaté „problémy“ (viz graf na obrázku 48).

⁴⁴ Pojem koheze se používá ve dvou významech. Jak uvádí Šafr et al. (2008, 250), „v prvním případě se jeho používání váže k problematice vytváření a udržování sociálního řádu. Soudržnost je zde vlastně synonymum pro existenci řádu na obecné úrovni, ať už ve společnosti jako celku anebo jejích částech. Tato úroveň se tak zjednodušeně řečeno vztahuje k otázce, jak a zda je vůbec možná společnost. V druhém případě lze problematiku soudržnosti chápat jako určitou speciální součást sociologie či sociální psychologie, zabývající se pouze jejími konkrétními mechanismy. Tato rovina hledá odpověď kupříkladu na otázku, jakým způsobem se vytváří „stabilní“ společnost či efektivní pracovní skupina. Jde jak o charakteristiky společností na makrosociální úrovni (např. komparace souhrnných indikátorů kvality života mezi zeměmi), tak i o fungování malých skupin nejen uvnitř nich samých, ale i vůči jejich okolí.“ Zejména ve druhém uvedeném významu je tento pojem aplikován v této práci.



Obr. 48 Zakotvenost kódů „terapeutický efekt“ a „problémy“. Zakotvenost kódu „skupinová soudržnost (DCI)“ je celkem 149 (zdroj: vlastní zpracování).

Na závěr nutno podotknout, že maximální kapacita zkoumaných TK se pohybuje od 13 do 30 osob. S ohledem na udržitelnost sociální koheze je ideální počet 15 pacientů/klientů v terapeutické skupině (Kooyman, 2004).

6.10.1 DCI

V rámci předchozího výzkumu zaměřeného na retenci jsem u výzkumného vzorku interních pacientů/klientů ze zkoumaných TK ($N = 101$) zjistil, že se postoj ke skupinové soudržnosti v průběhu terapeutického programu mění (Horák et al., 2014). Statistická analýza dat tehdy ukázala, že se pojetí skupinové soudržnosti odlišuje u osob rehabilitovaných po dobu 0–6 a 3–6 měsíců v tom smyslu, že teprve po šesti měsících jí dotazovaní přisuzují význam. Vzhledem k tomu, že terapeutický program ve zkoumaných TK trvá různě dlouho a statistické výsledky mohly být zkreslené, rozhodl jsem se je verifikovat během interview. Z výsledků prezentovaných v kapitole 6.10 vyplývá, že interní pacienti/klienti zkoumaných TK skupinové soudržnosti ve značné míře skutečně určitý „terapeutický efekt“ přisuzují (celková zakotvenost kódu: 90) a to bez ohledu na to, jak dlouho v programu setrvali.

6.10.2 Takiwasi

Jak bylo řečeno výše, skupinová soudržnost představuje základní kritérium pro fungování komunitního terapeutického programu. Pacienti přisuzují skupinové soudržnosti terapeutický efekt. Pobyt v multikulturní terapeutické skupině podle nich umožňuje sebereflexi, sdílení zkušeností a problémů, získání zpětné vazby od ostatních, vytvoření přátelských vztahů a učení se toleranci a respektu vůči druhým. Dále pomáhá k tomu, aby se člověk naučil zorganizovat si život a našel si uplatnění. Pro některé jedince to představuje radikální změnu v prožívání.

Terapeutická skupina také vytváří pocit bezpečí. Pobyt v ní je založen na vzájemné interakci, komunikaci a důvěře. Je jako mikrosvět (přípodobňovaný informátory k rodině, laboratoři nebo hnízdu), v němž lze trénovat chování v makrosvětě mimo areál TK.

Terapeutický program v Takiwasi stojí na třech vzájemně propojených pilířích, jimiž jsou: soužití mezi pacienty, administrace rostlinných medikamentů a psychoterapie (Kavenská, 2013). Ilustruje to následující narativ pocházející od devětačtyřicetiletého pacienta ekvádorského původu:

„Zjistil jsem, že všechno dohromady to jakoby tvoří trojúhelník. Na jedné straně je práce s rostlinami, která je základem pro detoxikaci a hluboké vnitřní zkoumání. Pak terapie, která to pomáhá všechno integrovat... Ta zjištění a zážitky, které máme díky rostlinám. A potom soužití (angl. cohabitation, špa. convivencia) a izolace. To jsou podle mě dvě věci, které spolu souvisí. Soužití a izolace... protože izolace člověka odpojí od mnoha věcí, které jsou rušivé.

V mém případě, protože jsem léta intenzivně pracoval, míval jsem dlouhou pracovní dobu, byl pořád ve spojení s technologiemi, zprávami, měl hodně pracovních schůzek a podobně, je izolace přínosná stejně jako práce v každodenním soužití – kuchyně, úklid, prostě spolu žít. V mém případě je tomu tak hlavně proto, že je mi devětačtyřicet a jsem tu s lidmi, kteří jsou většinou mladší než já. Je to každodenní cvičení tolerance, trpělivosti, a taky učení. Je to o tom přijmout, že se lze učit od mladších lidí. Takže je to o všech třech součástech. (...) Jsou propojené.

Uprostřed trojúhelníku je pak něco, co je jakoby jádrem, srdcem léčby. Je to spirituální práce. Tady v Takiwasi se praktikuje hlavně katolická víra, svobodně a tolerantně. Já... Mám katolické kořeny a bylo pro mě tady v Takiwasi těžké se znovu církvi přiblížit. Nevím, co bude venku, protože mám pořád svůj pohled. (...) Tady o to ale nejde, alespoň ne pro mě“ (T12, 10:9).

Pobyt v terapeutické skupině není vždy snadný. Ať už je izolace od vnějšího světa jakkoli nutná proto, aby pacient/klient nerelapsoval, obzvláště v první fázi léčby se informátorům zdá obtížná. V Takiwasi situaci navíc zhoršují kulturní a jazykové rozdíly mezi pacienty. Někteří z nich skupinu přirovnávají k tlakovému hrnci, z něž lze obrazně řečeno jen těžko upustit páru. Rychlá úleva prostřednictvím drog a sexu je totiž, jak bylo řečeno v kapitole 6.9, zapovězena. Pacientům tak nezbývá nic jiného, než se věnovat (zejm. pracovní) terapii. Terapeutický efekt skupinové soudržnosti je jednoznačně podmíněn konstruktivním řešením problémů.

Jak bylo uvedeno v kapitole 3.1, terapeutická skupina v Takiwasi obvykle čítá 15 osob, které jsou permanentně pohromadě. Udržování soudržnosti skupiny je v rukou každého jedince. Lze však říci, že větší zodpovědnost leží na bedrech služebně starších pacientů.

Co se týče problémů, které se s ohledem na sociální kohezi v této TK vyskytují, informátoři zmiňují zejména možnost fragmentace skupiny, výskyt vzájemných antipatií, pomluv a z toho pramenící napětí mezi pacienty a případně i stres.

Problémy v terapeutické skupině vznikají nejen kvůli izolaci od vnějšího světa, ale také kvůli absenci soukromí a – jak bylo naznačeno výše – multikulturnímu prostředí, v němž se setkávají lidé různého věku a socioekonomického statusu.



Obr. 49 Exteriér ubytovny pro interní pacienty Takiwasi (zdroj: vlastní zpracování).

6.10.3 CEA, CARA, AMAR

Jak jsem uvedl v kapitole 6.10, při analýze narativů nikaragujských pacientů jsem použil tytéž kódy jako v případě Takiwasi, tzn. „terapeutický efekt“ a „problémy“.

Co se prvního kódu týče, na základě poskytnutých informací lze říci, že během pobytu v terapeutické skupině může jedinec nabýt jak většího sebevědomí, tak se naučit toleranci a pomoci druhým. Dochází k tomu především díky vzájemnému naslouchání, sounáležitosti, komunikaci bez skrupulí, podpoře a povzbuzování. V další řadě pak prostřednictvím sdílení zkušeností a identifikaci osob se stejnými problémy. Čtyřiatřicetiletý informátor nikaragujské národnosti, s nímž jsem hovořil v CARA, to okomentoval takto:

„Kdyby tato rodinná komunita, o níž jsem ti vyprávěl, neexistovala, upadli by pacienti do deprese. Hodně bychom se izolovali. To by s sebou mohlo přinést spouštěče. Mohli bychom se odsud vrátit na místa, kde jsme brali drogy. Jak je na tom naše manželka? Jak je to a tamto?‘ Když vstupuješ tady do centra, žádají tě, aby ses odpojil od toho, co se děje venku, a napojil se na program“ (CARA03, 3:29).

Na jednu stranu je klíčové, že se člověk nachází ve skupině. Na druhou je v ní ale každý sám za sebe. Každý pacient je v TK primárně kvůli své vlastní léčbě. Třiatřicetiletý pacient z CEA mi toto zjištění potvrdil v následujícím narativu.

„Samozřejmě, že je léčba osobní záležitost. Musí se na ní ale pracovat ve skupině. Člověk sem přijde kvůli tomu, aby mu něco došlo... aby změnil svůj způsob myšlení. Já

jsem dřív přecházel z jedné léčby do druhé. Byl jsem hrozně namyšlený. Byl jsem tvrdohlavý. Vždycky jsem si myslel, že všechno zvládnou sám...

Hm.

Že sám dokážu změnit svět... Vyhrát. Nikoho jsem nepotřeboval. Droga mě izolovala od rodiny. Ode všeho. Teď si ale uvědomuju, že tímto způsobem bych sám sebe nanejvýš zničil. Naše literatura... Literatura Anonymních narkomanů říká, že to sami nezvládneme. Společně toho ale dosáhnout můžeme. Sám to ale nedokážu. Potřebuju program Anonymních narkomanů, 12 kroků, potřebuji skupinu. Proč? Protože co by ze mě bylo, kdybych žil tak, jako dřív. Koho bych poslouchal? Nikoho. Všechno by bylo jinak. Poslouchat kolegy, v tom je ta magie! Když naslouchám druhým, když vyprávějí o tom, jak trpěli, léčím se. A totéž platí pro ně. Když je na tom někdo špatně, nebo je smutný a mluví o tom, pomáhá mi to. Totéž mohu dát já druhým. Máme všichni něco společného. Všichni jsme trpěli. Rozumíme si navzájem, protože jsme si prošli tímtež. Prošli jsme si obdobím braní drog... Tím, že jsme drogu potřebovali. Utrpením. Dá se říci, že mluvíme stejným jazykem. Máme teď něco společného. Tím je léčba. Už víme, jak se vyléčit“ (C11, 11:26–11:27).

S ohledem na „problémy“ informátoři zmiňovali rozpory vzniklé kvůli domnělému nadržování ze strany vedení, nerovným vztahům (kdy mladší někdy dávají příkazy starším, protože jsou v léčbě déle), nedodržování povinností atp. V každém případě mezi pacienty panuje snaha o slovní řešení konfliktních situací.

6.10.4 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Jak jsem uvedl v kapitole 3.3, české TK mají maximální kapacitu 16 osob. V Sejřku je specifikem soužití lidí s duální diagnózou.

Klienti českých TK v narativech tvrdili, že skupinovou soudržnost podporuje jak probíhající terapie, tak spoluúčast absolventů. Díky čerpání podnětů z konfliktních situací dochází podle informátorů nejen k upevňování mezilidských vztahů, ale také k učení se tomu, jak řešit konflikty, reagovat na druhé lidi a umět spolu vycházet. Podle některých klientů má pobyt v terapeutické skupině také ten přínos, že u nich díky tomu dochází k nárůstu sebepoznání.

Problémy se dle informátorů vyskytují zejména při začleňování do terapeutické skupiny. Někteří také hovořili o hádkách mezi klienty a tzv. ponorkové nemoci (angl. *cabin fever*).⁴⁵ K té dochází jak kvůli permanentnímu dohledu terapeutů, tak kvůli povinnosti dodržovat terapeutický program. Podobně jako pacienti z Takiwasi, o nichž jsem psal v kapitole 6.10.1, i čeští klienti přirovnávají prostředí TK ke skleníku, v němž kýženou úlevu přinášejí zejména sportovní aktivity (obvykle míčové hry).

V případě, že ve skupině nastane neúnosná situace, lze úderem gongu svolat tzv. mimořádnou skupinu. Jinak se pravidelně koná tzv. interakční skupina, kde jsou řešeny vztahy ve skupině.

Když jsem se ptal devatenáctiletého klienta TK Kladno-Dubí, zda je soužití v komunitě důležité proto, aby léčba v TK fungovala, reagoval následujícím způsobem:

⁴⁵ Někteří odborníci se domnívají, že ponorková nemoc představuje určitý druh syndromu, zatímco jiní jsou toho názoru, že je spojena s takovými poruchami, jako je sezónní afektivní porucha a klaustrofobie (Rosenblatt et al., 1984).

„Je to pravda. Sice mi tam moc nesedí jakoby to slovo vyléčit...

A proč, co bys řekl jinak?

(...)

No, jakoby člověk se nedá vyléčit jakoby tady tím způsobem. Ve mně to vyvolává tady pocit jakoby, že na lidi venku to působí jakoby, že člověk jde do léčby, vyléčí se a je zdravý. Jo.

Jak to teda je?

Tak, že člověk se jako by musí sžít s tady tou svojí berličkou. Jako by že má nějakou dietu, a s tou dietou se tady člověk musí naučit žít prostě.

Aha.

Jako, termín jako ‚vyléčit‘... No, používá se to, ale mně to jako...

Je to zavádějící.

Proudí mi to krev trošku“ (KD03, 3:20).

Sedmadvacetiletý klient z téže TK pokračoval ve stejném duchu, když řekl: „Opravdu teprve od včerejška jsem zjistil, že to vůbec snadný není žít s těma lidma, kteří mají stejnej problém, ale jinak ho nazývají, nebo jinak si ho představují oni. Trošku neshody se tady dějou, ten je závislej na alkoholu, ten je závislej na drogách, a já, když jsem taky takovej jako ty... Mně se to nelíbí. Já si myslím, že jsme si všichni rovni a že bychom se tak měli chovat.

A co děláte, když vzniknout nějaké konflikty? Jak se to tady řeší? Mimořádná skupina, nebo já nevím...?

Existují taky mimořádné skupiny a většinou se to musí tím vyřešit... takovýmhle [způsobem], když není možnost abychom se nějak domluvili rozumně“ (KD07, 7:26).

6.11 Dopady na studium anebo práci (DCI)

Existuje nějaká souvislost mezi užíváním drog a zaměstnaností? To je složitá otázka poukazující na reciproční vztah mezi oběma jevy. Zapřičiňuje užívání drog nárůst nezaměstnanosti nebo nezaměstnanost vede ke zvýšené míře užívání drog a k přetrvávajícím problémům s drogovou závislostí?⁴⁶

Konzumace návykových látek může snížit vyhlídky člověka na dosažení uspokojivého zaměstnání, a to jak poklesem jeho produktivity, tak omezením jeho šancí na získání zaměstnání jako takového, zejména pokud zaměstnavatel testuje uchazeče na přítomnost ilegálních substancí v krvi. Na druhé straně ti, kteří jsou nezaměstnaní nebo jinak mimo pracovní trh, mohou čelit finančním problémům nebo prostě mít více nestrukturovaného času, což může vést k vyšší spotřebě drog.⁴⁷

⁴⁶ Henkel (2011) publikoval výsledky analýzy více než 130 studií, které se zabývaly jak dopadem zneužívání drog na nezaměstnanost (a opačně), tak dopadem nezaměstnanosti na efektivitu léčby. Z jeho přehledové studie je zřejmé, že zneužívání drog má na zaměstnanost negativní vliv s tím, že do hry vstupují jak zdravotní faktory, tak problémy se zákonem a stigmatizace uživatelů. Co se dopadu nezaměstnanosti na efektivitu léčby týče, autor dochází k závěru, že programy na podporu v zaměstnanosti by měly být integrální součástí rehabilitace, neboť nárůst pracovních příležitostí zvyšuje zájem uživatelů drog o léčbu.

⁴⁷ Na snižování negativních dopadů užívání návykových látek nebo minimalizaci poškození drogami u osob, které je užívají a nejsou motivovány k tomu, aby takového jednání zanechaly, se zaměřuje přístup *harm reduction* (špa. *reducción del daño*). Dále viz EMCDDA (2018).

Co se situace v Peru týče, dosud neexistuje žádná přehledová studie, která by v celonárodním měřítku uváděla statistické údaje o nezaměstnanosti mezi uživateli drog. Dle dat Mezinárodní organizace práce (*International Labour Organization*, zkr. ILO) byla v roce 2018 v urbánních oblastech Peru nezaměstnanost 6,4 % (ILO, 2019). Hernández-Vásquez et al. (2018) v dotazníkovém šetření provedeném na 71 184 peruánských věznic, kteří měli problémy s užíváním drog, zjistili, že 48,4 % osob bylo dříve nezaměstnaných. 46,9 % případů mělo také problémy se studiem, zapříčiněné obvykle vztahy se spolužáky, kteří se dopustili porušení zákona.

V Nikaragui je situace ohledně dostupnosti statistických dat o nezaměstnanosti mezi uživateli drog na národní úrovni obdobná jako v Peru. ILO (2019) uvádí, že v roce 2014 zde byla celková nezaměstnanost 4,5 %. Alemán & Hamilton (2019) při výzkumu realizovaném v Leónu na 121 uživatelích drog ve věku 18–65 let ale zjistili, že zaměstnání nemělo 37,2 % osob.

Nakonec v Česku byla dle ILO (2019) a ČSÚ (2019) v loňském roce obecná míra nezaměstnanosti 2,2 %. Mravčík (2018, 8) k tomu uvádí, že „mezi žadateli o léčbu v souvislosti s užíváním návykových látek je míra nezaměstnanosti nejvyšší mezi uživateli pervitinu (48 %), opioidů (40 %) a konopných látek (38 %). Podíl osob bez stálého bydlení je nejvyšší také u uživatelů pervitinu (39 %), konopných látek (34 %) a opioidů (29 %). Užívání návykových látek představuje jeden z mnoha problémů vyskytujících se v kontextu sociální exkluze a chudoby koncentrovaných v sociálně vyloučených lokalitách.“⁴⁸

Füleová a Zónová (2018) výše uvedená zjištění potvrzují. V první řadě v tom smyslu, že nezaměstnanost se v Česku nejčastěji vyskytuje u osob s poruchou chování způsobenou užíváním pervitinu. Ve druhé řadě pak v tom ohledu, že mezi uživateli pervitinu, marihuany, amfetaminu, opiátů a jiných drog je nejvíce rozšířeno bezdomovectví. Co se bydliště týče, má u nás naprostá většina intoxikovaných osob ve své zdravotnické dokumentaci sice uvedeno trvalé bydliště, to je však často značně vzdálené od místa řešení případu.

V EU dosahovala v roce 2009 míra nezaměstnanosti mezi žadateli o léčbu v ambulantních programech 56 %, v rezidenčních programech 75 % (Sumnall & Brotherhood, 2012; INCB, 2014). Výjimku tvoří skupina primárních klientů užívajících kokain. Ta je – na rozdíl od skupiny osob, která nastupuje léčbu v souvislosti s užíváním opioidů – relativně dobře sociálně integrovaná. Dle (EMCDDA, 2019) mají tyto klienti ve většině případů stabilní životní podmínky a stálé zaměstnání.⁴⁹

Potenciál snižovat ekonomické dopady užívání drog má celé spektrum sociálních programů, např. trénink pracovních dovedností pro mládež, intervence zaměřené na prevenci bezdomovectví, nezaměstnanosti, sociální exkluze atd. Dále tzv. chráněné

⁴⁸ Mathieson et al. (2008) definuje sociální vyloučení jako stav extrémního znevýhodnění určité sociální skupiny, které vyplývá z nerovného přístupu ke kulturním, ekonomickým, občanským a sociálním zdrojům a právům. Užívání drog lze považovat za jeho příčinu i následek.

⁴⁹ „To se však netýká osob, které nastupují léčbu z důvodu primárního užívání cracku (11 000 klientů neboli 3 % všech klientů léčených z drogové závislosti v roce 2017) a které se zdají být více na okraji společnosti. Většina žádostí o léčbu v souvislosti s crackem je hlášena ze Spojeného království (65 %). Mnoho klientů léčených z primární závislosti na cracku uvádí jako sekundární problémovou drogu heroin. Od roku 2014 bylo hlášeno zvýšení počtu klientů užívajících crack v Belgii, Irsku, Francii, Itálii, Portugalsku a ve Spojeném království“ (EMCDDA, 2019, 47).

bydlení je službou, jejímž posláním je vytvářet osobám se sníženou soběstačností takové podmínky, aby se byly schopny znovu začlenit do společnosti.

Sociální reintegrace, zahrnující aktivity zaměřené nejen na samostatné bydlení, ale také na podporu v zaměstnání a studiu, tvoří základ efektivní léčby drogové závislosti a měla by být její neodmyslitelnou součástí (Sumnall & Brotherhood, 2012).

6.11.1 DCI

V průběhu předchozího výzkum zaměřeného na proměny názorů pacientů/klientů TK, během nějž jsem používal škálu DCI, jsem zjistil statisticky vysoce průkazný rozdíl u respondentů rehabilitovaných po 1 a 3, stejně jako 1 a 6 měsíců s ohledem na dopad užívání drog na studium anebo práci. Během terénního výzkumu jsem se na tutéž skutečnost ptal svých informátorů (N = 90). 88 % z nich moje předchozí zjištění potvrdilo. Potíže nejčastěji vycházely z nedodržování disciplíny a školní nebo pracovní docházky.

6.11.2 Takiwasi

Vzhledem k tomu, že výsledky uvedené v kapitole 6.11.1 poukazují na to, že užívání drog má na studium anebo práci ve většině případů dopad, vybral jsem z transkriptů z Takiwasi na ukázkou pouze 3 narativy, kdy byli pacienti bez potíží, a stejné množství příkladů od osob, které měly problémy.

Výjimkou byl šestadvacetiletý pacient francouzského původu, který mi ze své zkušenosti řekl:

„Dával jsem si v práci velký pozor, aby to nebylo vidět. Ani moje rodina si nikdy ničeho nevšimla.

Fakt? To je zajímavé!

V práci to bylo to samé. Tři roky jsem ale pracoval jen na půl. Nebylo to každopádně nárazově. Dva měsíce jsem dělal, další dva měsíce ne. Devět měsíců jsem pracoval, pak jsem byl šest měsíců bez práce.

Vážně?

Když jsem pracoval, brávil jsem víc. Dával jsem si ale pozor na to, abych nebyl moc na očích. Nikdo si sice ničeho nevšiml, já jsem ale taky nijak nerostl.

Hm.

Bylo to jenom o...

Přežití, ne?

Ano, jenom o tajnůstkářství.

O tajemí. Jasně. Muselo to být taky těžké, ne?

Hm“ (T10, 9:25–26).

O rok starší pacient peruánského původu na mou otázku, zda měl kvůli drogám potíže ve škole nebo v práci, odpověděl:

„Ne, nikdy.

A proč jsi nechal školy?

Školy? Aha, protože jsem tam už nechtěl chodit...

Do školy? Tak to bylo kvůli drogám, ne?

No, jo.

Nudil ses tam?

Hm, ale osobní potíže jsem neměl...“ (T21, 19:21).

Devětadvacetiletý pacient z Peru nakonec k tomuto výčtu dodal:

„Ve škole [jsem problémy neměl], protože v devatenácti už jsem tam nechodil. Na univerzitě jsem nebyl. A v práci [jsem problémy taky neměl] nikdy, protože jsem dělal u otce.

Neměl jsi, řekněme, žádné povinnosti?

Mojí prací bylo dohlížet na ostatní. Chodit, podívat se, jak lidé pracují a tak. Jednoduchá práce“ (T22, 20:20).

Co se uživatelů drog, kteří měli se studiem anebo prací problémy, lze například uvést následující narativ devětadvacetiletého Francouze, chronického kuřáka marihuany. Ten mi pověděl:

„Mám v sobě z kouření hrozný vztek. Můj vztek díky tomu narostl a když jsem chodil do školy, měl jsem občas chuť mlátit do věcí. Nebylo to v pořádku. Taky jsem se neměl chuť učit. Zapnout mozek pod vlivem marihuany je...

Nemožné.

Nemožné. Možná to možné je, ale mně to nešlo“ (T02, 2:15).

Sedmadvacetiletý Brazilec závislý na mefedronu výčet doplnil, když řekl:

„[Měl jsem problémy] s chováním. Vždycky to bylo s chováním. Občas jsem se s někým popral.

Hm.

S mými nadřizenými. Lhal jsem. Byl jsem násilnický anebo jsem prostě jen nechodil do práce.

Hm.

Prostě jsem nešel. Byl jsem zdrogovaný a říkal si: ‚No, takhle přece nemůžu jít do práce.‘ (...) Drogy ovládaly mou mysl natolik, že jsem nebyl ani schopný zavolat šéfovi, abych mu řekl, že nepřijdu. Říkal jsem si: ‚Možná, že, když mu to řeknu, pozná, že beru drogy.‘ Takhle jsem několikrát přišel o práci“ (T06, 5:25).

Poslední ukázka v této kapitole zahrnuje narativ devětačtyřicetiletého pacienta ekvádorské národnosti, který mi na to, zda měl kvůli drogám studijní anebo pracovní problémy, odpověděl:

„Ano, mnoho. Mnohokrát jsem musel jít do práce po tom, co jsem předchozí den nebo noc pil alkohol nebo bral drogy. Musel jsem pracovat v situaci, kdy mi bylo hodně špatně. To na jedné straně. Na druhou stranu, byly situace, kdy jsem šel na jednání nebo pracovní schůzku po tom, co jsem si zakouřil trávu, takže jsem byl nesoustředěný, nevěnoval jsem tomu pozornost a bylo to poznat. A také ta hanba, že se na mě dívají! To se hodně podepsalo na mém sebevědomí“ (T12, 10:16).

6.11.3 CEA, CARA, AMAR

Při analýze transkriptů z nikaragujských TK jsem se rozhodl využít týchž kódů jako v kapitole 6.11.2. V této kapitole cituji pouze dva narativy, neboť pouze ty se mi jevily dostatečně výstižné. Nejprve uvádím ukázku od pacienta, který byl bez potíží, a dále pak od toho, co měl se studiem anebo prací problémy.

První příklad pochází od čtyřiapadesátiletého pacienta z CEA, který se léčil ze závislosti na alkoholu. Během interview mi pověděl:

„[V práci] jsem s alkoholem nikdy problémy neměl. Nikdy se mi nestalo, že bych zůstal doma. Byl jsem zodpovědný. Tak jsem se nikdy nechoval.

Aha, takže takto ne.

Byl jsem velmi zodpovědný. Bylo to kvůli tomu, na jaké jsem byl pozici. Kdybych přestal dělat, všechno by se, jak se říká, podělalo.

Hm.

I kdybych měl umřít, nikdy jsem nechyběl. S alkoholem jsem neměl problém“ (C16, 16:22).

Naopak devatenáctiletý pacient z téhož centra se octl ve zcela opačné situaci. Na můj dotaz, zda měl kvůli alkoholu problémy se školou, opáčil toto:

„*Ano. Jasně, že ano. Plno problémů. Hrozně moc. Chodíval jsem do školy opilý. Měl jsem alkohol v krvi, bývalo mi špatně. Někdy jsem taky chodil za školu. Prakticky jsem kvůli tomu neodmaturoval. To byl ten největší dárek, který jsem od alkoholu dostal. (Smějeme se)“ (C13, 13:22).*

Z výše uvedeného je zřejmé, že to, zda bude mít užívání drog dopad na studium anebo práci, je individuální. Způsob, jakým na jejich konzumaci pohlížíme, se navíc odvíjí od sociálního a kulturního kontextu (Sudhinaraset et al., 2016).

6.11.4 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Na rozdíl od kapitol 6.11.2 a 6.11.3 cituji na tom místě pouze narativy od těch klientů českých TK, kteří měli kvůli užívání drog se studiem anebo prací potíže. Ostatně to byl také případ většiny dotazovaných osob.

První ukázka pochází od šestadvacetiletého svobodného muže, s nímž jsem se setkal v TK Renarkon. Během rozhovoru mi k tomuto tématu řekl:

„*Když jsem chodil do školy, tak jsem ještě drogy nebral. (...) A co se týče práce, tak [tam jsem měl problémy] až v tom posledním zaměstnání, a to bylo kvůli docházce, že mě vyhodili. Dvakrát jsem nepřišel“ (R05, 4:19).*

Dvaatřicetiletý klient z téže TK zase uvedl:

„*Školu nemám žádnou, jenom základní, ale jinak... jinak jsem chodil na elektrotechnik slaboproud.*

A tak proč to nedokončil, kvůli drogám? Ne?

Tak ne jenom kvůli drogám, ale... já nevím. Ale vím. Kvůli... holkám, kvůli frajeřině. Prostě myslel jsem si, že ten život prožiju... prožiju nějak jinak než ježděním po nějakých kriminálech“ (R10, 8:20).

Pětatřicetiletá klientka TK Sejřek, jejíž primární drogou byl stejně jako u předchozích dvou informátorů pervitin, na můj dotaz ohledně dopadů na studium anebo práci zmínila:

„*Školu mám dodělanou. (...) Já ‘sem pracovala jako vedoucí v Tesco (...) I když ‘sem třeba měla absták, ‘sem do té práce šla, protože ‘sem měla zodpovědnost, že jo za ostatní. A pak už třeba na Vánoce nebyly drogy, byl výpadek heroinu, tak ‘sem nešla do té práce. Oni mě jako nevyhodili, ale já sem [dala výpověď] stejně. Pak ‘sem dělala u Dominika Haška, kde ‘sem spala u počítače. Jako to mělo určitě následky na tu výkonnost“ (S05, 5:27).*

Poslední ukázka pochází od jednapadesátileté klientky TK Kladno-Dubí, jejíž potíže byly způsobeny užíváním alkoholu. Když jsem se jí zeptal, zda měla kvůli pití někdy problémy s prací, řekla mi:

„*Já bych neřekla asi problémy toho rázu, který asi je na mysli, ale spíš to souviselo s tím, že jsem trpěla velkou trémou při vystoupeních. Já jsem učila na konzervatoři*

(...) a protože už se to opravdu stupňovalo a já jsem opravdu s psychiatrem brala i léky, tak tam už potom by se dalo říct, že mně to zasahovalo do té práce v tom smyslu. Už... už to prostě nešlo. Už to byla komplikace. A já jsem měla tendenci se poodměňovat po těch vystoupeních, což byl ten alkohol. Takže asi tohohle druhu“ (KD06, 6:16).

6.12 Výběr TK

Osoby trpící poruchami chování z užívání psychoaktivních látek mají na výběr z mnoha druhů léčebných režimů (angl. *treatment settings*). Tyto režimy lze v zásadě rozdělit do dvou hlavních kategorií.

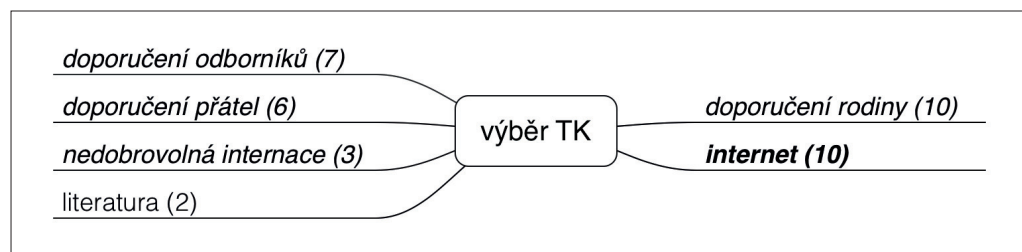
První kategorie zahrnuje intenzivní ambulantní léčbu (angl. *outpatient treatment*), která je definována strukturovaným programem, jenž může být buďto denní, nebo může probíhat v odpoledních či večerních hodinách. Kalina (2001, 49) uvádí, že „čím větší je intenzita programu, tím větší je i jeho schopnost efektivně působit i u závažnějších a komplikovanějších případů a udržet v léčbě i pacienty/klienty, kteří by jinak byli vhodní pro léčbu ústavní.“

Pro takzvanou interní – nebo jinak nazývanou lůžkovou, rezidenční či ústavní – léčbu (angl. *inpatient treatment*) je kromě strukturovaného programu probíhající v chráněném prostředí charakteristický lékařský dohled. Tento typ režimu se dělí dle délky trvání, přičemž jde buďto o léčbu střednědobou nebo dlouhodobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá v TK.

Jak jsem uvedl v kapitole 6.6, typ ani délka absolvované předchozí léčby nemá na rozhodnutí pro léčbu v TK vliv. V kapitolách 6.12.1–6.12.3 se proto budu zabývat především tím, které faktory k tomuto rozhodnutí u mých informátorů přispěly.

6.12.1 Takiwasi

Jak dokládá diagram na obrázku 50, pacienti Takiwasi při výběru TK dali zejména na doporučení rodiny. Totéž se dá tvrdit o pacientech z Nikaraguy. Významnou roli v tomto procesu v jejich případě sehrál také internet. U informátorů z Nikaraguy a Česka kód „výběr TK“ není významný z toho důvodu, že Takiwasi se na rozdíl od jiných peruánských rehabilitačních zařízení pro drogově závislé dostává značné pozornosti ze strany médií. Samo centrum aktivně využívá sociálních sítí pro svou popularizaci a diseminaci informací o nabízených službách a probíhajících společenských akcích.



Obr. 50 „Výběr TK“ dle pacientů Takiwasi. Kódy shodné s nikaragujskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. Rozdílné kódy se signifikantní zakotveností jsou uvedeny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

Devětadvacetiletý pacient francouzské národnosti mi na mou otázku ohledně toho, proč si pro svou léčbu vybral právě Takiwasi, odpověděl:

„No, bratr a manžel mojí matky umřeli kvůli heroinu.

Aha.

Nejdůležitější dvě osoby v životě mé matky zemřely kvůli heroinu.

Její manžel?

Její manžel.

Aha.

Když jsem začal hodně brát, moje matka dostala strach, protože věděla, jak to s heroinem končí. Končí to na hřbitově, pod zemí.

Hm.

Přitom hodně věří v léčitelství, v moc rostlin.

Vážně?

Ano. Matka slyšela jeden rozhlasový pořad, kde se hovořilo o Takiwasi jako o místě, kde se pracuje s léčivými rostlinami.

Hm. Ve Francii?

Ano, ve Francii. Vždyť Jacques z Francie pochází!

Jasně, já vím.

Ve Francii o tom byl pořad. Hovořilo se tam o starodávné amazonské medicíně a v tom to matce došlo. „Tam musí můj syn jet, aby se vyléčil!“ Ve Francii to nefunguje. Nevím, jak je tomu v Evropě, v České republice. Po hrozně dlouhé léčbě už nerelapsuje jenom 7 %, 5 % osob. Nefunguje to, nikdy! Je to proto, že nebereme – jak víš – v potaz spirituální, energetickou stránku. Ta se v Evropě neléčí. Jenom tělo, a to nefunguje“ (T09, 8:10).

Jednadvacetilý Peruáнець zase řekl:

„Poprvé jsem o Takiwasi slyšel v Anglii. Začal jsem si zjišťovat, o co jde. Cítil jsem, že ztrácím kontrolu nad svým životem. Po roce v kasině jsem cítil, že se vzdaluji od svých cílů dokončit studium, pracovat... Začal jsem hledat alternativní způsoby léčby. Našel jsem vícero institutů a center. Zavolaal jsem otci, abych věděl, co on na to, a on mi o Takiwasi taky povídal.

Tvůj otec? Jak o tom věděl?

On užívá ayahuascu, navštěvuje léčitele (špa. curanderos), takže to zná. Využil jsem toho, zjistil si víc, odjel do Limy a dal si tři měsíce na rozmyšlenou. Přemýšlel jsem nad léčebnami venku, ve Státech nebo v Evropě. Tohle [centrum] mě ale zaujalo nejvíc, protože kombinuje přírodní medicínu i psychoterapii a má zajímavou, komplexní strukturu. Centrum vzniklo před třiadvaceti lety a má pověst jednoho z nejlepších na světě. Taky se nachází v Peru, navíc blízko mého rodiště. Tak jsem si řekl, že by to mohla být dobrá volba“ (T15, 13:6).

Když jsem se na výběr TK ptal sedmadvacetiletého Argentince, ukázalo se, že kromě doporučení odborníků z rehabilitačního zařízení spolupracujícího s Takiwasi k němu významnou měrou přispěla také dostupnost informací na internetu. Konkrétně mi dotyčný pověděl toto:

„O tomto centru jsem prvně slyšel od matky mé bývalé přítelkyně. (...) Mluvila o ayahuasce, jak hodně pomáhá. O jednom sezení, které podstoupila. Doporučila mi argentinské Runawasi.

(...)

Měl jsem pohovor se Sachou (Domenechem, ředitelem centra, pozn. aut.) a Jerónimem, ale žil jsem pořád stejně jako dosud. Hovořili jsme o tom, že bych mohl pít tabák. Pokračoval jsem ale v tom, co doposud. Můj relaps se čím dál víc prohluboval. Byl jsem si toho ale vědom.

Vzpomněl jsem si na Runawasi a začal hledat informace o rostlinách na internetu. Našel jsem tak spoustu dokumentů o Takiwasi. Připadalo mi to pořád víc a víc zajímavé. Nakonec jsem napsal jednomu člověku odsud, Danae (Saenz, klinická psycholožka, pozn. aut.). Už jsem byl ve stavu, že jsem nebyl schopen pokračovat. Skoro tři měsíce jsem čekal, než mě tu přijali. Chtěl jsem sem jít. Byl jsem odhodlaný. Potřeboval jsem změnu, něco jiného. Cítil jsem, že potřebuju radikální změnu. Ne jenom chodit k psychiatrovi – to na mě nezabíralo. Jet do Amazonie, do pralesa, brát rostlinné drogy přitahovalo mou pozornost. Bylo v tom trochu dobrodružství“ (T04, 26:13).



Obr. 51 Takiwasi – kuchyně s jídelnou (zdroj: vlastní zpracování).

I v případě sedmadvacetiletého Brazilce, který žil od roku 2007 v Anglii, sehrál internet při výběru TK klíčovou roli. Jeho příchodu do Takiwasi však předcházelo několik pozoruhodných okolností, jejichž popis obsahuje následující (vzhledem k rozsahu závěrečná) ukázka z našeho rozhovoru. Informátor mi během něj řekl:

„No, já jsem byl vždycky duchovně založený. Zkoušel jsem dřív léčbu prášky, jako legálními drogami, ketaminem... ten mi udělal ještě hůř... a marihuanou. Dal jsem si

ketamin a lehl na stůl nebo doma na gauč. V podstatě mi po tom bylo hůř. Rozhodně mi to nepomohlo. Byl jsem závislý na drogách, které mi dávali proto, abych mohl spát, jíst a něco dělat. Když jsem ty drogy neměl, cítil jsem se velmi podrážděný.

Nezabíralo to.

Jo, cítil jsem se z toho hrozně napjatě. Abych se z toho dostal, chodil jsem pořád k psychiatrům a psychologům. Strádal jsem jednoho za druhým. Nemělo to ten kontext, co je tady, zejména chyběla ayahuasca. A... Měl jsem kamaráda ze Santo Daime. Nevím, jestli jsi o tom někdy slyšel.

Ano.

Byl závislý na kokainu.

Hm.

A taky na alkoholu. Byla to dysfunkční osobnost. Velice dysfunkční. Byl to ten typ kluka, kterému rodiče dali auto a peníze a on všechno zničil. Autor rozbil, peníze utratil a byl zatčen. Byl dysfunkční v rodině, ve společnosti...

Hm.

Před pár lety jsem s ním mluvil. Byl ředitelem GMC v jižní Brazílii.

Co znamená GMC?

General Motors. Mluvil jsem s ním a říkám: ‚Wow, jak je tohle možné?‘

A on povídá: ‚Víš, člověče, dal jsem se k Santo Daime a teď už nekouřím ani cigarety. Ayahuasca mě zachránila.‘

‚Ó, ayahuasca!‘

Uvázlo mi to v hlavě, a tak jsem začal hledat ayahuascová centra na internetu. V Brazílii jsem jich našel spoustu. Obvykle tě tam ale nechají na sezení samotného. Nejsou to bezpečná místa.

Není tam žádný program...

Ano, žádný program tam nemají. Jsou to centra, kde jsi na měsíc nebo déle.

Je to jen další zkušenost, ne?

Ano. Pak jsem ale našel Takiwasi, rehabilitační centrum. (...) První video, které jsem viděl, bylo *Stepping into fire*.

To neznám.

Je to na Youtube. Je to nejsledovanější video. *Stepping into fire*. Ten kluk dělal to samé, co já. Taky byl číšníkem, barmanem. Před tím, než se dal na podnikání, dělal to stejné. Teď to byl obchodník. Měl rodinu. Dřív měl ty samé problémy, co já.

Říkám si: ‚Člověče, vždyť on změnil svůj život díky ayahuasce! Wow!‘

Pak jsem hledal informace o tom místě na internetu. Jmenovalo se to Chimbre. Bylo to blízko. To centrum vzniklo nedaleko odsud.

Druhé video, co jsem viděl, bylo *Prescription of the... jungle* (*The jungle prescription*, pozn. aut.).

Od Gabora Matého.

To je vynikající video!

A tam zmínili Takiwasi. Jakmile to řekli, šel jsem na internet a začal Takiwasi hledat. Když jsem to našel, řekl jsem si: ‚To je přesně to místo! Devítiměsíční léčba je to, co potřebuji.‘ Podíval jsem se na celý ten dokument. ‚To je to, co potřebuji. Musím zjistit, odkud to všechno pramení. Už toho mám po krk pořád hledat úlevu v drogách.‘

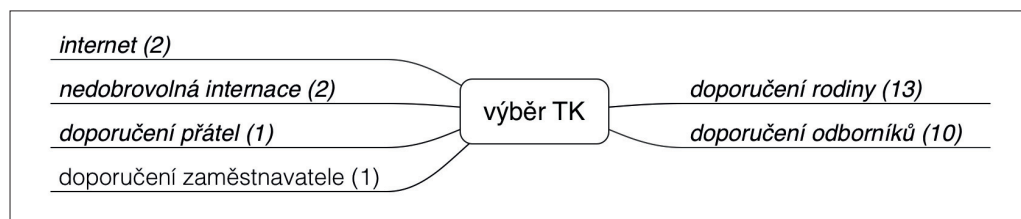
Hm.

Když neberu ilegální drogy, dávají mi legální. Jsem tedy pořád nějakým způsobem drogovaný. Jsem pořád smutný, v depresi. Nevím, kým jsem. Nevím, co chci. Nevím o profesi, kterou bych v životě chtěl dělat. Neměl jsem plán. Žil jsem ze dne na den.

Takiwasi jsem našel tímto způsobem“ (T06, 5:9–5:10).

6.12.2 CEA, CARA, AMAR

Pacienti z nikaragujských TK uvedli, že rozhodující roli při jejich výběru TK mělo doporučení rodiny a odborníků (viz diagram na obrázku 52). V tomto ohledu se jejich výpovědi shodovaly s těmi, jež mi poskytli jak peruánští, tak čeští informátoři.



Obr. 52 „Výchěr TK“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR. Kódy shodné s peruánskými a českými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. (zdroj: vlastní zpracování).

Způsob, jakým se rodina podílí na výchěru TK, je evidentní z následujícího narativu devětadvacetiletého pacienta z TK CEA. Dotyčný mi sdělil:

„Nikdy mě nenapadlo hledat pomoc. Jako závislý jsem říkával, že se z toho dokážu dostat jedině já sám. V průběhu času jsem si ale uvědomil, že to sám nedokážu. Moje matka a moje sestry mi pořád povídaly, abych šel hledat pomoc, že jsou centra, já jsem to ale vždycky odmítl. Říkával jsem, že centra jsou jenom pro šílence. Neuvědomil jsem si ale, že ten šílenec jsem vlastně já. (Smějeme se). Ten, kdo je nemocný. Rozhodl jsem se z vlastní vůle vyhledat pomoc a začali jsme takové centrum hledat. Říkal jsem jim, ať mě strčí do jednoho centra v La Abadía. Jim se ale nelíbilo. Prý tam nežijí dobře. Je to centrum, kde se neplatí. Říkám jim: ‚Jo, ale já jsem závislý. Chci, aby se se mnou zacházelo špatně, abych se napravil. Jim se to ale nelíbilo, a tak jsme se šli podívat sem.‘

Kdo konkrétně ti toto centrum doporučil?

Jedna z mých sester, má starší sestra“ (C08, 8:6).

Další příklad pochází od dvaatřicetiletého pacienta z TK CARA. Když jsem se jej během rozhovoru vedeném v angličtině ptal, kdo mu toto centrum doporučil, odpověděl mi:

„Říkáme tomu ICAD. Institut proti alkoholismu a závislosti na drogách. Ve skutečnosti to byla moje maminka, kdo pomáhal se založením této příšerné instituce.

Jak se to jmenuje ve španělštině, prosím? Víš to?

Instituto contra el Alcoholismo y Drogadicción.

Aha.

Moje matka byla tím, kdo vzal vládě flašku a vytvořil to. Představ si to!

Neuvěřitelné!“ (CARA06, 6:15).



Obr. 53 S Davidem Espinozou, ředitelem TK AMAR, během terénního výzkumu v roce 2015 (zdroj: vlastní zpracování).

Poslední ukázka pochází od pětáctýřicetiletého pacienta z TK AMAR. Ten mi pověděl toto:

„Mám tady v Masayi bratrance. Mluvil jsem o tom s mou sestrou, bratrancem a Davidem (Espinozou, ředitelem centra, pozn. aut., viz obrázek 53) a oni mě sem z Managuy dovezli.

Aha.

Říkal jsem jim: ‚Už jsem z toho chlastu znuděný. Najděte mi nějaké centrum, kam bych mohl jít.‘

‚Fakt?‘ ptali se mě. ‚Přemýšlel jsi nad tím pořádně?‘

(Směje se).

To bylo ve čtvrtek. V sobotu už jsem byl tady.

Hm.

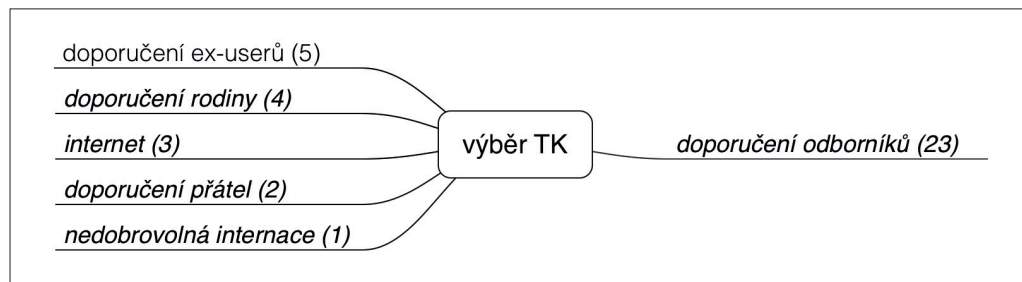
Přišli si pro mě. Našli ještě jedno [centrum] v Santa Teresa, za La Conquista. Mysleli si, že mě vezmou tam.

Hm.

Nakonec mě ale dali blíž k domovu. La Conquista je totiž moc daleko“ (A07, 7:7).

6.12.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Čeští informátoři dali při výběru TK takřka výhradně na doporučení odborníků (viz diagram na obrázku 54).



Obr. 54 „Výběr TK“ dle klientů z Renarkonu, Sejřku a Kladna-Dubí. Kódy shodné s peruánskými a nikaragujskými TK jsou zvýrazněny kurzívou. Významné faktory jsou uvedeny na pravé straně. (zdroj: vlastní zpracování).

Kuriózní okolnosti ohledně nástupu do TK Renarkon mi popsal dvaatřicetiletý informátor, který předem podstoupil tři a půl měsíční lůžkovou léčbu v PN Opava.

„[Z Renarkonu] přijela delegace do toho péelka a (...) paní Koláčková (PhDr. Renata Koláčková, klinická psychologka, pozn. aut.) říká: ‚Vypiš si tu přihlášku.‘ A já říkám: ‚Ježíši! (...) No, tak dobře, tak si to vypíšu, ale nedám!‘ No, a nakonec... nakonec ta delegace teda: ‚Tak nám tu přihlášku jako můžeš dát.‘ No, a já jsem to fakt dal (smějeme se) a v neděli mi volali, že prostě... že mě ve středu už očekávají. Takže tak“ (R10, 8:7).

Svízelnou situaci před nástupem do téže TK mi během interview vylíčila dvaadvacetiletá matka šestnáctiměsíčního dítěte. Řekla mi:

„Babička z otcovy strany mojí dcery, si zažádala o předběžné opatření, a řekla, že beru drogy. A pan Indruch z Renarkonu (Michal Indruch, streetworker, pozn. aut.) mě vlastně jako by odchytl na sociálce a dostala jsem testy. Mohla jsem klidně skákat po hlavě, ale už jsem s tím nic neudělala. Takže jsem dobrovolně za ním jela, domluvili jsme ten detox, domluvili jsme tady Čeladnou a už jsem jenom čekala. (...) Já jsem měla vztek, ale přitom ta babička to neudělala schválně. Protože já jsem měla teďka přítele rok, co vařil ten pervitin a dealoval a hodně mě bil... Takže to je vlastně taky podmínka, že s ním nemůžu být. Jinak mi Laurinku nevrátí, takže... Ona jako chce, abych si dala život dokupy a abych se měla dobře...“ (R12, 10:4).

Pětatřicetiletá klientka TK Sejřek původně uvažovala o nástupu do TK Němčice. Kvůli setkání s bývalým přítelem a jejímu zdravotnímu stavu ale nakonec své rozhodnutí na doporučení personálu změnila. Ve svém narativu uvedla:

„V Němčicích ‘sem nemohla bejt, protože tam byl kluk, kterýho ‘sem znala. Tak mě poslali sem. Spolupracujou. (...) Němčice ‘sem si vybrala, protože sem slyšela, že tam chodí starší fetišáci, co dlouhodobě berou... že tam nejsou úplně ty mladoučky. Já ‘sem potřebovala jako by bejt mezi nějakýma svejma vrstevníkama. (...) Myslím si, že je velkej rozdíl, když je někdo osmnáctiletý. (...) Tam v těch Němčicích mi vlastně řekli, že to tady znaj, že to tady je dobrý prostě a bylo tady volný místo našťestí. (...) Bylo mi řečeno, že to je podobnej systém, že tady je to jako lehčí, že jo... trošičku. V Němčicích je to hustý, tam je to...“

Jo?

Hm.

To by mě dost zajímalo jakoby v jakém slova smyslu?

(...)

Já si myslím, že je to možná v tom, jak 'sou tady duální diagnózy. Tak třeba, tam se dělá... Tady 'sou takový sankce, že když člověk nesplní něco, co má, tak dostane sankci... Třeba... Nevím, vezmu příklad... Umejt okno nebo todle... a tam se dělá' třeba celou noc ty sankce, jo.

Aha.

Si člověk uvědomí daleko víc tu svoji chybu. Je to tam takový přísnější.

Víc trestů jakoby.

Víc trestů. Dbá se na to, aby fakt člověk chodil přesně. Je to tam fakt takový jako přísnější. Ono se říká, že je to nejhorší komunita u nás, ale já si myslím právě, že nejlepší pro ty lidi, co dlouhodobě berou.

(...)

Hm, trochu se mi to v duchu rozchází, když říkalias, že to tady doporučuješ, že je to tu nejlepší a zároveň, že je to tady lehčí.

Protože já mám taky fyzický problémy. Já mám srážlivost krve silnou, 'sem přišla málem o nohy. (...) Já třeba mám úlevu v tom, že nepracuju venku, jo? Protože nemůžu dlouho stát“ (S05, 5:12).

Podobně při výběru TK uvažoval šestadvacetiletý klient z téhož rehabilitačního zařízení, který v minulosti podstoupil léčbu jak v PL, tak jiných TK. Když jsem se jej ptal, proč se rozhodl právě pro Sejřek, pověděl mi:

„Asi kvůli menší zátěži.

Ve srovnání s těmi předcházejícími formami léčby?

Hm.

A přijde ti to tady opravdu lehčí? Je to tady lehčí než jinde?

Ano.

Jo? V jakém slova smyslu? Jako s ohledem na práci, která se tady dělá?

Na práci, ten časový rozvrh, méně lidí...

Kde bylo víc lidí?

Větší prostor.

Kde bylo víc lidí? Ve které komunitě je víc lidí než 15?

Co sem poznal tu Bílou Vodu.

Tam bylo víc najednou? V jednom momentě? Jo?

Jo.

Nevíš, kolik tam může být nejvíc lidí?

Tak nějak 30, no... tam bylo.

(...)

Kdo ti doporučil tady tu komunitu?

Tak doktorka z péelka“ (S10, 10:6).

Když jsem o výběru TK hovořil s klienty TK Kladno-Dubí, jeden třiatřicetiletý informátor uvedl:

„Já jsem byl sám sobě nebezpečný, a potom mě odvezli do Beřkovic (PN Horní Beřkovice, pozn. aut.), kde jsem byl na detoxu a vlastně tam jsem si začal uvědomovat, že bych chtěl se sebou něco dělat. A tam jsem byl tři měsíce... Do té doby, než mě vyloučili

za hrubé porušení pravidel a vlastně já jsem nevěděl, co jako by dál, jo? (...) Táta mi doporučil, ať si dám schůzku s paní doktorkou Petrakovou (PhDr. Jana Petraková, psychoterapeutka, pozn. aut.) a ona mě de facto natlačila – to byl jakoby nátlak z její strany –, abych se rozhodl sem nastoupit. Takže já jsem věděl, že něco je špatně, a ta doktorka mě natlačila do toho, abych se rozhodl, že nastoupím. A jsme se tady sešli, a hned druhý den jsem nastoupil“ (KD02, 2:2).



Obr. 55 Pohled do interiéru TK Kladno-Dubí (zdroj: vlastní zpracování).

Šestačtyřicetiletá klientka ze stejné TK mi během interview sdělila, že před nástupem do léčby obdržela rozporuplné informace. Současně poukázala na důležitost odborné pomoci v rozhodovacím procesu. Řekla mi:

„Jsem teda alkoholička a pít nechci, ale zkrátka se mi (...) nedaří. Jsem dlouhodobě sama. Hledám si práci, příliš to neumím. Byla jsem dvacet let v jednom zaměstnání. (...) Nejsem člověk, který se umí prosadit, nebo teda nevěřím si taky. No, nedaří se mi, a v těch Bohnicích jako, mám tam docela jako vazby už na tu paní doktorku, na tu lékařku teda z toho pavilonu 8, kde jsem teda byla několikrát, a ona mi tu léčbu navrhla. Ovšem s tím, že je to chráněné bydlení. Já jsem netušila, že to je komunita. Takže já zatím jsem teda...

Na vázkách.

Se rozkoukávám. Já chci spolupracovat. (...) Byla bych ráda ještě něco platná. Ve světě, v životě.

(...)

Já jsem si třeba představovala skutečně, že to bude to chráněné bydlení, kde teda nějakým způsobem budu – a teda ještě ke všemu jsem to udělala hlavně kvůli paní doktorce Bartákové (MUDr. Otilie Bartáková, primář, Oddělení 8./AT ŽENY, PN Bohnice, pozn. aut.). Já teda kvůli sobě dělám málo věcí. Nebo takhle... já se špatně rozhoduju. Nebo třeba ne špatně, ale já se neumím rozhodovat. Ta možnost volby mě jako docela ničít“ (KD05, 5:1–5:7).

Obdobně se vyjádřila jiná, jednapadesátiletá klientka TK Kladno-Dubí. Když jsem se jí ptal, proč se pro tuto TK rozhodla, pověděla mi:

„Byla mi doporučena vedoucí lékařkou, paní Bartákovou.

Hm. Mohla byste mi říct, jaké byly vaše reference na tuto komunitu? Co o ní říkala?

No, myslím popravdě, že jsem dostala trošku jiné informace. Já jsem si myslela, že to bude chráněné bydlení. Nicméně, její doporučení, že to bude pro mě vhodný, jsem respektovala a po příjezdu jsem (...) přijala tu skutečnost“ (KD06, 6:5).

Poslední ukázka od sedmadvacetiletého klienta téže TK výše uvedené nedorozumění vysvětluje. Dotyčný dříve docházel na ambulantní program v TK Sananim a předčasně ukončil lůžkovou léčbu v PL Jemnice. Ze svých vzpomínek mi uvedl:

„[Když jsem] vyprávěl životopis na skupině, tak mi nevěřili, nebo měli problém s tím, že tam neshledali nic negativního. Tak mi paní terapeutka řekla, že kdyby měla tu pravomoc, že mě okamžitě pošle domů, ale že ji nemá. No, a ve mně se to nějak to... [pohlo]. Řekl jsem si: ‚Ty vado, tak já tu pravomoc mám!‘ A konzultoval jsem to s přítelkyní po telefonu, jako jestli mám teda přijet, že si myslím, že mám jasno v hlavě, co chci dál. Tak jako jsme se domluvili, že jo. Tak jsem tam jako vodsad odjel na reverz. Měl jsem domluvenou doléčovací skupinu právě s paní doktorkou Petrákovou. Vlastně ji znáte. Tak jsem přišel na tu první skupinu, to ještě měli to chráněné bydlení na Švermově tady, a když jsem jim řekl, že vlastně tu dokončenou léčbu nemám, tak jsem dostal pěkně za uši, jako že tam nemám co dělat, když jsem nebezpečnej pro ty klienty. Tak jsem teda měl nastoupit sem“ (KD07, 7:19).

6.13 Genderové rozdíly

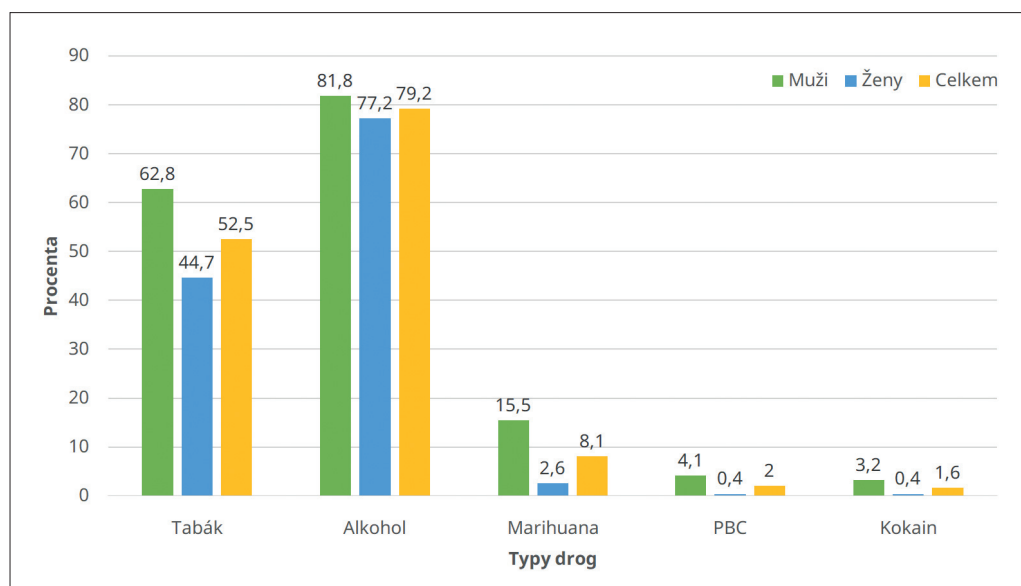
Užívání drog se u mužů a žen výrazným způsobem liší. Prevalence užívání opiátů a tranquilizérů v globálním měřítku dosahuje u žen minimálně stejné, ne-li vyšší míry než u mužů. U mužů je mnohem pravděpodobnější konzumace konopí, opiátů, kokainu a cracku. Rozdíl spočívá také tom, že konzumace drog je u žen obvykle spjata s osobou jejich partnera, zatímco u mužů je pravděpodobnější, že drogy berou s přáteli stejného pohlaví (UNODC, 2018; CICAD-OAS, 2019).

Ženy začínají s užíváním drog obecně vzato později, nicméně příbuzné poruchy se u nich rozvíjejí rychleji. Tento jev se označuje termínem *telescoping* (Greenfield et al., 2010). U žen je mnohem častější výskyt depresivní a úzkostné poruchy. U mužů se spíše jedná o poruchu chování anebo ADHD. Co se týče posttraumatické stresové poruchy, u žen s poruchou chování způsobenou užíváním psychoaktivních látek lze sledovat nárůst počtu případů. Takováto duální diagnóza je mnohdy spjata s týráním a sexuálním zneužíváním v dětství (viz kapitola 6.3). Uvedené neblahé zkušenosti se mohou stát příčinou transgeneračních problémů. U dětí závislých žen je riziko, že budou trpět obdobným typem duševních poruch.

Dosavadní výzkumy dokládají, že u chlapců, kteří byli vystaveni v raném věku týrání a zneužívání, se užívání drog projevuje v podobě vzdoru vůči společnosti. Naopak dívky si mají tendenci trauma internalizovat ve formě úzkosti, deprese nebo sociální izolace s tím, že je u nich pravděpodobnější tendence k automedikaci (Olf, 2017).

Ženy jsou sice ve srovnání s muži náchylnější k HIV, HCV a dalším krví přenosným infekcím, mají ovšem menší přístup k preventivním a terapeutickým programům (Esmaeili et al., 2017; Scully, 2018). Totéž platí pro dostupnost resocializačních programů, o to spíše v případě vězněných žen. Ty jsou totiž postiženy hned dvojím typem stigmatu, které je diskriminuje a ztěžuje jim přístup k sociálním službám. V první řadě jde o stigma „ženy-uživatelky drog“, ve druhé o stigma „ženy-vězeňkyně“ (van Olphen et al., 2009; Lee & Boeri, 2017).

Graf na obrázku 56 zobrazuje aktuální data ve věci prevalence užívání drog u mužů a žen v Peru. Z grafu je zřejmé, že – co se konzumace alkoholu a jiných drog týče – je mezi oběma pohlavími minimální rozdíl. Kromě nápodoby vzorců chování je pravděpodobnou příčinou tohoto jevu to, že se ženy v Peru (stejně jako děti) stále více a více zapojují do ilegálního obchodu s drogami provozovaného ozbrojenými teroristickými skupinami, neboť je to pro ně mnohdy jediná možná forma subsistence (OPD-DEVIDA, 2010). CEDRO (2018) však uvádí, že reliabilita těchto dat je vzhledem k nedostačujícímu množství statistických údajů získaných na celostátní úrovni omezená. Nárůst počtu žen závislých na alkoholu, který je v Peru vedle tabáku nejvíce užívanou drogou, lze sledovat v posledních dvou dekadách (INEI, 2017).



Obr. 56 Peru 2017: Prevalence užívání drog u mužů a žen (zdroj: CEDRO, 2018; vlastní zpracování).

V Nikaragui je situace obdobná. Pro Ameriku je obecně vzato typické, že morbidita způsobená konzumací alkoholu zde ve srovnání s ostatními regiony dosahuje vyšší míry než v případě tabakismu (Rehm & Monteiro, 2005). Pozoruhodné však je, že ve

srovnání s jinými americkými zeměmi je prevalence epizodické intenzivní konzumace alkoholu v Nikaragui celkově nejnižší (viz tabulka 5).

Tab. 5 Prevalence epizodické intenzivní konzumace alkoholu u mužů a žen ve vybraných zemích (zdroj: Monteiro, 2007; vlastní zpracování).

Stát	Celkem (%)	Muži (%)	Ženy (%)
Argentina	30,07	55,52	9,62
Kanada	48,26	63,45	36,65
Brazílie (I)	26,29	36,12	18,48
Brazílie (II)	31,00	35,64	10,36
Belize	22,86	38,17	8,86
Nikaragua	16,80	40,23	6,64
Peru	37,20	59,06	26,11
Mexiko	28,54	56,60	9,04
Kostarika	22,51	33,98	11,29
Uruguay	18,40	36,70	7,37
USA	26,93	37,87	16,80

Co se situace v Česku týče, mezi léčenými uživateli drog převládají dlouhodobě muži nad ženami (Füleová & Petrášová, 2016). V roce 2002 bylo mezi všemi léčenými uživateli drog evidováno celkem 6 302 mužů a 2 895 žen. V roce 2014 se jednalo o 6 880 mužů a 3 203 žen. V letech 2002–2014 došlo k navýšení počtu uživatelů u mužů o 9,2 % a u žen o 10,6 %. Ve většině sledovaných let dosahují počty mužů dvojnásobných hodnot oproti počtům žen.

6.13.1 Takiwasi

Klíčovou charakteristikou TK Takiwasi je, že v rámci ní funguje výhradně mužská terapeutická skupina. Nepřekvapí proto, že během rozhovorů s tamními interními pacienty byl předmětem debaty zejména „důvod absence žen v TK“. To byl nakonec i hlavní kód, který jsem vytvořil během obsahové analýzy transkriptů.

Jednatřicetiletý Argentinec na úvod řekl:

„Myslím si, že by to vyvolávalo problémy, kdyby byla komunita smíšená. Bylo by to těžké. Jak je možné vidět, všichni jsme mladí muži. Přítomnost dívek by to zkomplikovala. Nevím, jestli je to kvůli léčbě. Popravdě jsem nad tím moc nepřemýšlel. Připadá mi ale, že je to tu zařízené dobře“ (T01, 1:21).

Jak jsem uvedl v kapitole 6.9.1, jedním z kardinálních pravidel TK Takiwasi je sexuální abstinence. Z následujícího narativu je zjevné, že oblast pravidel léčby se s genderovou problematikou prolíná. Třiatřacetiletý Peruánec mi k tomu uvedl:

„Myslím si, že [kdyby tu byly ženy] ve větší míře by docházelo k přestupkům.

Aha. Je to kvůli sexuální abstinenci?

Ano, docházelo by k tomu jak ze strany mužů, tak žen. Toto není místo na vytváření vztahů. Samozřejmě.

Není to místo, kde by se o ně člověk měl pokoušet.

Aha.

Tak to je.

Řekl bys, že absence sexu má v rámci rehabilitačního procesu nějaký význam?

(Smějeme se).

(...)

Popravdě, nemít sex je tady fatální.

(Směji se).

Žít v takovém světě... potom, co jsem toho nechal (drog, pozn. aut.). Já jsem byl kluk, který měl spoustu sexuálních vztahů. A co hůř, tady v Tarapotu. Na univerzitě je jednodušší mít pohlavní styk. Žít tady bez sexu je jako... když ti vezmou tvou nejmilejší hračku.

(Smějeme se).

Popravdě, záleží na každém. (...) Uvědomuji si, že nemít sex mi dodává energii, jestli mi rozumíš. Občas přemýšlím nad tím, jak odsud půjdu a moje žena mě bude čekat a...

(Směji se).

Jak to bude fungovat. Je to něco, co si radši ani nepředstavuju“ (T03, 3:28).

Třicetiletý pacient z Chile mi restriktce ohledně sexu zmiňované výše vysvětloval v kontextu tradiční amazonské medicíny. Zásady mi objasnil takto:

„Z toho, co jsem viděl, není možné mít vztahy kvůli tomu, že bychom tím ztráceli energii.

Mluvíme teď o sexu?

Myslím, že ano. Člověk by se spíš staral o svou partnerku než o sebe. Přesně to se mi stalo v Chile. Poznal jsem tam jednu ženu, začali jsme spolu chodit. Postupně jsem přestával mít o mou léčbu zájem. Zabýval jsem se jí míň a míň. Dělal jsem přestupky, spávali jsme spolu.

Aha.

Tam nebylo zakázané mít sex. Nepracovali jsme tam s rostlinami na energetické úrovni. Mohl jsem se s ní tedy domluvit a venku to s ní dělat. Netajil jsem to. To se mi nikdy nechtělo“ (T08, 7:25).

Šestadvacetiletý pacient francouzského původu viděl důvody absence žen v Takiwasi pragmatičtěji.

„Vysvětlili mi, že v Peru existuje zákon,“ pověděl mi.

„Ten říká, že...

Ano?

Kluci nemůžou pobývat s holkama na jednom místě, jako například v uzavřené léčbě.

Ano, ten zákon znám.

Takový zákon existuje. Taky si ale myslím, že je to kvůli tomu, že se tu pracuje se sexualitou. Tady je kvůli práci s rostlinami lepší nemasturbovat, takže žít s holkama by bylo... (Směji se).

Horší. Mnohem horší! Mohlo by docházet ke vzniku vztahů, holky by měly hormonální problémy. V případě práce s rostlinami by to, myslím, mohl být problém“ (T10, 9:31).

O tři roky starší pacient rovněž původem z Francie k tomu dodal:

„Pro ženy by léčba byla obtížná.

Proč?

Nevím. Protože, když má žena při ayahuascovém sezení svou... periodu, tak to není to možné. (...) Podle mě by to pro ně bylo taky dobré, ale z hlediska léčby je to komplikované“ (T02, 2:18).

Třicetiletý Peruáanec důvod absence žen v TK uvedl do širšího společenského kontextu a vyzdvihl význam individuální vůle k dosažení abstinence.

„Myslím, že ženy jsou občas silnější než muži.

Aha.

(...)

V některých případech toho dokážou nechat samy.

Hm.

Je to překvapivé. Měl jsem pár kamarádek, které dokázaly přestat s drogami kvůli svým dětem. Děti je změnilo. Nebo kvůli svým rodičům, rodině, kvůli náboženství. A to bez toho, že by musely být v nějakém rehabilitačním centru. Každopádně by bylo dobré, výborné, kdyby tu takové [TK pro ženy] byly pro ten případ, že to samy nezvládnou. Kdyby potřebovaly pomoc“ (T05, 4:24).

Devětadvacetiletý Španěl v této souvislosti doplnil:

„Žena je v machistické, doposud velmi zpátečnické a konvenční peruánské společnosti mnohem víc závislá na muži. Pro ženy, které mají problémy s drogami, je tak mnohem náročnější se vyléčit než pro muže“ (T07, 6:26).

Na základě výše uvedených informací lze říci, že důvody absence žen v TK Takiwasi jsou: větší soustředění pacientů na léčbu (vyšší efektivita), sexuální abstinence (možné vztahové problémy), restriktce při užívání tradiční amazonské medicíny, peruánská legislativa, společenské a kulturní normy.

6.13.2 CEA, CARA, AMAR

Interview s nikaragujskými pacienty se týkaly zejména rozdílů v poskytované péči mezi muži a ženami. Nejstarší, dvaasedmdesátiletý pacient z TK CEA se k této problematice vyjádřil následovně:

„Někdy se rozdělíme, abychom měli prostor. Léčba je ale stejná.

Hm, hm. Jsou nějaké věci, které dělají pouze muži a ženy nikoliv?

Ne, ne. Ženy se jenom věnují jinému sportu.

(Směju se).

Diskriminace se tu nevyskytuje. Všechno je stejné“ (C12, 12:26–27).

Osmnáctiletá pacientka z TK CARA k tématu zase uvedla: *„Logicky muži dělají práce, které jsou těžší. Jsem tady jediná žena, takže... To je normální“ (CARA01, 1: 38).*

Čtyřiatřicetiletý pacient z téhož centra k tomu doplnil: *„Třeba v případě pracovní terapie, což je terapie, kdy se chodí na pole s mačetou, je mezi muži a ženami rozdíl.*

Jasně.

To žena nebude dělat. Žena dělá jiné aktivity“ (CARA03, 3:38)

Ženy sice nevykonávají fyzicky náročnou práci, všechno ostatní je pro ně ale identické. *„Co se týče sezení s terapeuty, poradci a psychology... sezení Anonymních narkomanů, sezení Anonymních alkoholiků, sezení s Hombres de Negocio,⁵⁰ anebo dalšími lidmi, kteří se sem přicházejí podělit o své zkušenosti, tak ne [v tom rozdíl není]. Účastníme se všeho společně,“* pověděl mi dvačtyřicetiletý pacient z TK CARA. *„Pokud jde o pracovní záležitosti, tam rozdíl je, protože interní pacientky musí svou práci vykonávat zvlášť.*

Hm.

⁵⁰ Celý název této organizace je *Fraternidad Internacional de Hombres de Negocio del Evangelio Completo*.

Nechodí se skupinou mužů“ (CARA08, 8:31).

Jak jsem uvedl v kapitole 3.2, vyjma AMAR jsou všechny zkoumané nikaragujské TK smíšeného typu. Nejmladší, teprve čtrnáctiletý pacient z tohoto centra, mi důvod absence žen v rehabilitačním zařízení vysvětlil jednoduše. Řekl: „*Kdyby tu byly, všichni bychom s nimi měli sex.*

(Smějeme se).

A taky to byli výhradně muži, co založili toto centrum. Kdyby tu byly ženy, museli bychom si pořád dávat pozor. Je to totiž jedno z pravidel“ (A06, 6:24).



Obr. 57 AMAR – interiér ubytovny pro pacienty (zdroj: vlastní zpracování).

V ostatních TK jsou na rozdíl do AMAR ubytovací prostory také pro ženy, které však přirozeně bydlí odděleně.

6.13.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Čtyřiaadvacetiletý klient z TK Renarkon se rozhovořil k problematice smíšených terapeutických skupin a dal najevo své obavy z možného ovlivňování. Řekl mi: „*Myslím si, že to ovlivňuje obě dvě strany. Kdybych měl možnost se rozhodnout zpětně a nastoupit do komunity, tak jdu jenom mezi muže“ (R11, 9:18).*

Třiatřicetiletý klient z TK Kladno-Dubí uvedl:

„Mám pocit, že je to těžší pro ženy. Je to tím, že jich tady je málo. Bylo tady vždycky míň žen. (...) Já jsem zažil, že tady byla třeba jedna žena, deset chlapů, jo. A to je pro tu ženskou...“

Není to příjemné.

To asi není. A není to asi ani dobrý, jo. Nic příjemného. Takže pro ty ženy tady v té komunitě je to určitě těžší. Určitě jich je vždycky... vždycky méně. Ale když už jsou dvě, tak asi si mají...

O čem povídat.

O čem povídat. A kdybych to vzal jako [to soužití] mezi těma ženskýma a chlapama, tak je to asi důležitý... Jako jak se k těm ženám chovat, nebo nějak je respektovat. A je to důležitý, aj to soužití, si myslím, těch mužů a žen“ (KD02, 2:23).

O něco mladší, teprve devatenáctiletý klient z téže TK mi zase pověděl, že v tomto rehabilitačním zařízení „je možnost si zažádat o oddělený skupiny. Ve čtvrtek po tý volný tribuně je možnost si zažádat o oddělenou skupinu. Ale... to tady zatím ještě neproběhlo teda.

A co by to znamenalo, jenom se zeptám?

Chlapy a ženský, oddělená skupina.

Každý se svým terapeutem, všechno zvlášť. Aha, tak to je zajímavé.

Ale jakoby já jsem to tady ještě nezažil, většinou jako máme skupiny spojené“ (KD03, 3:29).

Devětatřicetiletý klient z TK Kladno-Dubí se k problematice vyjádřil s mírným depektem. Řekl:

„Ty slečny prostě tak pudou vařit, pudou si utírat nádobí, ale přeci jen je nevyženeme kopat nebo rejt zahradu.

Aha, aha.

Ale jakoby co se týče té terapie, skupinové terapie, to je stejný“ (KD04, 4:25).

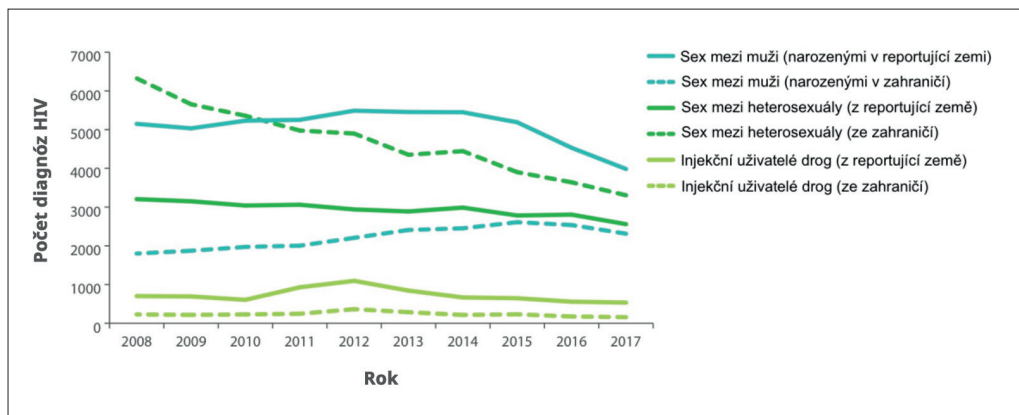
6.14 Zdravotní následky (DCI)

Tato kapitola pojednává o zdravotních následcích, které se mohou objevit v důsledku užívání drog. Mezi nemoci, které jsou s užíváním drog spojené, patří zejména HIV/AIDS a hepatitida C (angl. *hepatitis C virus*, zkr. HCV). Mezi uživatelé drog se ale vyskytují také ostatní typy žloutenky, absces, flegmóna a pohlavně přenosné choroby (např. kapavka a syfilis). S ohledem na rozsah textu se na tomto místě budu věnovat pouze dvěma nejzávažnějším onemocněním.

V Peru byl první případ AIDS ohlášen v roce 1983. Do 31. prosince 2018 bylo oznámeno 120 389 případů infekce HIV celkem (z toho 43 072 ve stádiu AIDS, tj. 35,77 %. V 97,58 % případů k přenosu HIV došlo tzv. sexuální cestou. V 1,98 % případů vertikálně (tj. z matky na dítě) a v 0,44 % případů parenterálně (CDC, 2018).

V Nikaragui dle PAHO (2019) epidemie HIV postihuje převážně mladou a ekonomicky aktivní populaci. Odhaduje se, že v roce 2014 se HIV nakazilo 10 036 dospělých a dětí. V 98,0 % případů k tomu došlo pohlavním přenosem. Prevalence nemoci u mužů, kteří mají sex s muži, byla 7,9 na 100 000 obyvatel, 2,3 na 100 000 obyvatel u sexuálních pracovníků a 0,15 na 100 000 obyvatel u těhotných žen. Podle odhadů UNAIDS (2019) v Nikaragui od roku 2010 poklesl výskytu nových nákaz HIV o 29 %.

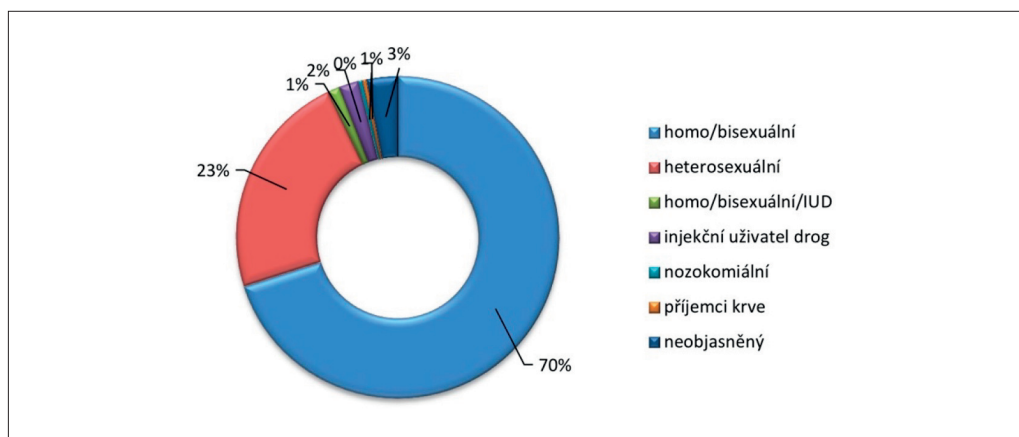
Jak dokládá graf na obrázku 58, počet nově diagnostikovaných případů HIV u injekčních uživatelů drog v EU od roku 2012 pozvolna klesá.



Obr. 58 Počet nově diagnostikovaných případů HIV v EU dle roku, způsobu přenosu a migračního statusu (zdroj: vlastní zpracování dle ECDC & WHO, 2018, 30).

V Česku v roce 2017 došlo k poklesu nově zachycených případů infekce HIV pod hodnoty zjištěné jak v roce 2016, tak i v roce 2015. V relativním vyjádření tento výskyt představuje 2,4 nových případů na 100 000 obyvatel (Füleová & Zónová, 2018).

Jak je zřejmé z grafu na obrázku 59, nejčastější k přenosu infekce HIV v Česku stejně jako v Peru a Nikaragui dochází tzv. sexuální cestou. Podíl přenosu prostřednictvím injekčního užívání drog je dlouhodobě nízký. V roce 2017 byl tento způsob přenosu zjištěn u 5 mužů (2,0 % případů).



Obr. 59 Rozdělení HIV pozitivních případů v Česku podle způsobu přenosu v roce 2017 (v %) (zdroj: Füleová & Zónová, 2018, 19).

Füleová & Zónová (2018, 15) uvádí, že „nejnebezpečnější z virových hepatitid, jak z hlediska závažnosti zdravotních následků, tak z pohledu rizika šíření tohoto infekčního onemocnění, je virová hepatitida C (...), která významně ohrožuje komunitu injekčních uživatelů drog.“

V Latinské Americe a Karibiku je dle odhadů PAHO (2016) 4,1 milionů lidí s virémií HCV. V Bolívii, Ekvádoru, Guatemale, Haiti, Nikaragui a Peru poslední odhady infekce HCV způsobené injekční aplikací drog z roku 2010 činí 472–944 osob.

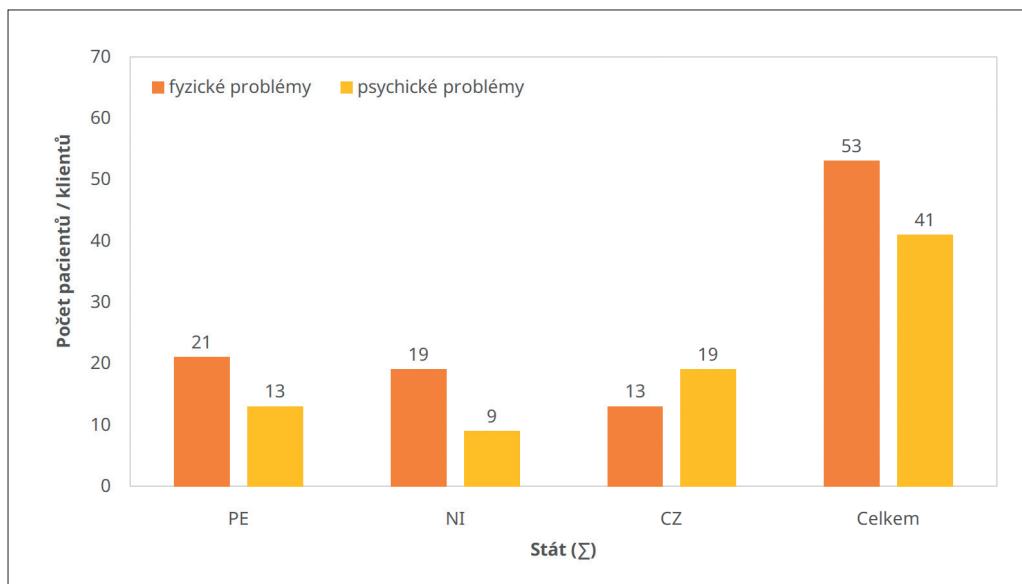
V Česku v roce 2017 činil celkový počet nemocných HCV 992 osob, z čehož téměř 587 jedinců byli injekční uživatelé drog, tj. 57,45 % (Füleová & Zónová, 2018).

Následující kapitola je zaměřena na verifikaci výsledků svého předchozího výzkumného projektu, v němž jsem se zabýval dopady užívání drog na zdravotní stav pacientů/klientů TK. Kapitoly 6.14.2–6.14.4 pak obsahují příklady, které pocházejí ze zkoumaných peruánských, nikaragujských a českých rehabilitačních zařízení. Nutno předeslat, že tyto kapitoly nejsou založeny na archivním výzkumu a obsahové analýze lékařských zpráv informátorů. K těm jsem neměl přístup. Vycházím výhradně z jejich vlastního popisu zdravotního stavu.

6.14.1 DCI

Během předchozího výzkumu, jenž byl založen na administraci škály DCI pacientům/klientům zkoumaných TK, jsem zjistil, že mezi jedinci rehabilitovanými po dobu 1, 3 a 6 měsíců dochází k signifikantním změnám v názorech, co se dopadu užívání drog na jejich fyzickou kondici týče. Rozhodl jsem se proto tento argument podpořit a verifikoval data během terénního výzkumu.

Z analýzy interview vyšlo, že „fyzické problémy“ způsobené užíváním drog uvádí 53 % informátorů. 41 % pak zmiňuje „psychické problémy“ (viz graf na obrázku 60). Duální diagnózu stanovenou lékařem se mi v rámci celého výzkumného vzorku (N = 90) podařilo identifikovat pouze v 9 % případů, proto se této problematice podrobněji nevěnuji.



Obr. 60 Zdravotní následky připisované užívání drog informátory (N = 90). Kumulativní data ze zkoumaných TK jsou členěna dle státní příslušnosti (zdroj: vlastní zpracování).

6.14.2 Takiwasi

Během druhého čtení rozhovorů s pacienty z Takiwasi se ukázalo jako nejvhodnější klasifikovat zdravotní následky dle typu a to na „fyzické problémy“ (zakotvenost: 21) a „psychické problémy“ (zakotvenost: 13). Obdobné kódy jsem posléze použil také v případě narativů z Nikaraguy a Česka. Níže uvádím příklady, které vystihují obě kategorie.

Třiatdvacetiletý peruánský pacient z Moyobamby, který se primárně léčil ze závislosti na PBC, mi k tomu, jaké zdravotní následky mu užívání drog zapříčinilo, řekl toto: *„Abych utekl před rodinnými problémy, pil jsem a kouřil. Cítil jsem díky tomu, že mé problémy jsou pryč, že se vyřešily. Bylo to pro mě určité řešení. Efekt [PBC] je ale ve skutečnosti hrozný. Způsobuje to tachykardii a vyvolává paranoii. Tohle jsem zaznamenal. Špatně se ti dýchá, nemůžeš se nadechnout. Máš pocit, že ti chybí vzduch. Je to jako určitý druh psychózy.*

Aha.

Je to traumatizující. Někdy je to traumatizující. Občas nevíš, co máš dělat a když jsi zdrogovaný, přemýšlíš nad smrtí. Tak to účinkuje. (...) Díváš se na sebe a uvědomíš si... Já jsem se na sebe díval do zrcadla a říkal jsem si: ‚Co to dělám? Měl jsem chuť se zabít.

Myslím si, že ze začátku to musí být dobré, ne?

Ano, ze začátku je to jako hahaha.

Sranda. Ale to přejde rychle, ne?

Jakmile se z toho stane zlozvyk, je to fatální“ (T03, 3:3).

O tři roky starší pacient z Buenos Aires mi k tomu, jakou mu drogy způsobily újmu, pověděl následující:

Mám pocit, že mi hodně ublížily psychicky. Některé věci mi občas připadají méněcenné. Nevím proč. [Ovlivnily mě] mentálně. [Mám problém] si něco zapamatovat, něco se naučit. Mám pocit, že jsem trochu vygumovaný (špa. quemado).

Hm.

Ano, mám takový dojem. Fyzicky taky. Jakmile jsem přestal brát drogy, zmocnila se mě hrozná úzkost z jídla! Když jsem sem nastoupil, dost jsem přibral. Za pár měsíců jsem nabral zhruba 20, 30 kilo. Byl jsem hrozně úzkostlivý. Cítil jsem velkou úzkost a řešil to jídlem. Mělo to co dělat s mým sebevědomím. Taky můj žaludek a játra... [to odnesli]. Myslím, že alkohol a farmaka, všechno dohromady, taky udělaly svoje“ (T04, 26:25).

Závažnost zdravotních následků ilustruje také níže uvedený narativ brazilského pacienta. Ten během našeho rozhovoru uvedl:

„Před tím, než jsem sem přišel, tak jsem měl dvakrát arytmií.

Co prosím? Můžeš mi to prosím tě zopakovat?

Arytmii, infarkt.

Aha, aha.

Volal jsem domů sanitku.

Aha.

Snažil jsem se totiž předávkovat.

Aha.

Snažil jsem se dvakrát předávkovat mefedronem, což způsobilo, že mi museli dávat elektrošoky na hrudník, aby mě přivedli zpátky k životu.

Uf.

Dvakrát. Když se to stalo naposledy, napsal jsem e-mail do Takiwasi, kde jsem říkal: „Prosím, přijměte mě. Jestli to bude trvat moc dlouho, bude už možná po mně“ (T06, 5:23–5:24).

Poslední příklad z Takiwasi pochází od devětatřicetiletého peruánského pacienta původem z Trujilla.

„Přišel jsem sem.... takový sklíčený. Užíval jsem rostliny, ale nepřikládal jsem význam tomu, že rostliny jsou jakoby žárlivé. Takže jsem se pročišťoval, ale nedělal jsem to, co mi nařizovala dieta. Od pěti, šesti hodin už nemůžeš nic jíst až do dalšího dne, ale já klidně v osm...“

Jedl jsi?

Jedl.

A co se stalo pak?

No, probouzel jsem se slabý... V sedm jsem měl vstávat do práce, ale nechtělo se mi tam. (...) Tady se pročistíš purgou a jsi klidný. Máš chuť něco dělat. V tom je ten rozdíl“ (T17, 15:18).

6.14.3 CEA, CARA, AMAR

Zakotvenost kódů „fyzické problémy“ a „psychické problémy“ v narativech z Nikaraguy je 19/9. Kvůli nízké zakotvenosti druhého zmiňovaného kódu se dále budu věnovat pouze fyzickým potížím.

Devětadvacetiletý pacient americké národnosti, se kterým se jsem hovořil v CEA, mi v tomto směru řekl: *„Heroin mi zničil chuť k sexu. Neměl jsem s dívkou sex od září 2012. (...) Mám přítelkyni, ale nikdy jsme spolu nespali. To je něco, co je hodně běžné v případech opiátů. Nejenom heroínu, ale opiátů obecně. (...) Heroin tě přiměje k tomu, že ti je v podstatě všechno jedno, takže... se o sebe přestaneš starat“ (C09, 9:28).*

Jiný pacient z téže TK, čtyřiapadesátiletý Nikaragujec závislý na alkoholu, uvedl toto: *„Pil [jsem] bez přestání. Skončil jsem v nemocnici a odtamtud mě poslali sem. (...) Trpěl jsem cirhózou.*

Aha, aha.

Měl jsem cirhózu, ale nezvracel jsem.

(...)

Musím se už... [vyléčit]. Kdybych pokračoval v pití, tak už je po mně. (...) Musím chodit. Dostal jsem zánět do noh.

Jasně.

Bolívá mě tělo.

Aha.

Snažím se najít nový způsob, jak žít. Co bylo, to bylo. Myslel jsem, že v padesáti čtyřech letech si budu užívat, chodit po barech. Už toho ale bylo dost. Musím najít jiný způsob, jak vést svůj život“ (C16, 16:4–16:14).

Čtyřiatřicetiletý pacient nikaragujského původu z TK CARA své fyzické problémy okomentoval následovně:

„Nakonec, když jsem užíval crack s alkoholem, pil jsem tvrdý bez vody. Pil jsem velmi laciný alkohol, který se dá sehnat na ulici. Piedra je teplá a pití taky, takže jsem měl

problémy s chozením na stolicí. Nemohl jsem jíst. Chtělo se mi jen zvracet. Žaludeční problémy s tím byly spojené víc než cokoliv jiného“ (CARA03, 3:30).

O dva roky mladší nikaragujský pacient z CARA výčet svých zdravotních následků zakončil níže uvedeným narativem, který dle mého názoru zcela dostatečně vystihuje absurditu lidského chování pod vlivem drog. Během interview tento informátor uvedl:

„Chtěli mě uvěznit na šest let, protože jsem zranil šest policejních úředníků. Poničil jsem jim pouta. Rozlomil jsem je. (...) Byl jsem pod vlivem alkoholu a kokainu.

Pak do mě narazilo auto. Byl jsem hrozně sjetý kokainem. Najížděl jsem do baráku a doprotivky do mě narazilo auto. Zlomil jsem si páteř.

Jindy zas...

To stačí... Díky!

(Smějeme se)“ (CARA06, 6:32).

Závěrečný narativ v této kapitole pochází od jedenačtyřicetiletého pacienta nikaragujské národnosti, s nímž jsem hovořil v TK AMAR. Jeho obsah dokládá provázanost kódů „zdravotní následky (DCI)“ a „spiritualita a náboženství“. Dotyčný v něm uvádí toto:

„Stala se mi spousta věcí. Dostal jsem se do přestřelek. Jednou mě asi pět lidí dohromady zmlátilo. Zlomili mi nos. Měl jsem monokly, rozbítý obličej. Zkopali mě a... chtěli mě zabít. Jednou jsem usnul při řízení. Takovými věcmi jsem si prošel a myslím si, že to, že jsem tady, je proto, že to někdo chce. Je to skutečný zázrak. Někde na mě něco čeká. Víím, že musím něco vykonat... že mám poslání. Nepřišel jsem na svět...

Pro nic za nic.

Pro nic za nic. Takže ano, sice nevím, co to je, kdo to je. Jestli je vlasatý, nebo jako já plešatý. Víím ale, že je tu někdo, kdo mě má rád, kdo mě miluje. Musím přijít na to, jaké je ono poslání, které bych měl naplnit“ (A05, 5:30).

6.14.4 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Jak jsem uvedl v kapitole 6.14.1, při analýze narativů z českých TK jsem zjistil, že zakotvenost klíčových kódů je 13/19. V této kapitole uvádím vybrané příklady ze všech tří zkoumaných rehabilitačních zařízení.

Pětadvacetiletý klient z TK Renarkon mi během interview následujícím způsobem popisoval, jak prodělal toxickou psychózu.

„Tři měsíce [jsem si] myslel, že mě chce někdo zabít, prostě. A tři měsíce jsem nespal kvůli tomu. (...) Vždycky ráno jsem tak na dvě tři hodinky odpadl. Měl jsem strach usnout. Já nevím, haldy (halucinace, pozn. aut.). Do toho jsem ještě bral (...). Bylo to vlastně spojené s tím relapsem. Jak jsem se nastavil na to, abych se přefetoval, tak vlastně jsem dostal jak kdyby stíhu z těch drog, a pak se mě to ještě drželo nějakou dobu. To bylo všechno prostě ten stres, ty výčitky z toho vlastně, co se stalo a že jsem všechno pokazil, a nějak jsem to psychicky nedal prostě (R09, 7:19–7:20).

Pětatřicetiletá klientka TK Sejřek uvedla:

„Já mám srážení krve silný. (...) Já si teda neumím píchat drogy, ale někdo mi píchal, že jo. Tak já ‘sem mohla umřít, že jo vysloveně. Já sem byla na JIPce s trombózou horní dutý žíly. (...) Tam ‘sem málem umřela, no. Pak ‘sem vykrvácela 1,5 litru krve po operaci.

‘Sem nebrala ty prášky, co ‘sem měla. Takže ty drogy asi ředěj tu krev a vlastně [brání] ucpání žil. Já mám trombózy hlubokejch žil‘ (S05, 5:26).

Když jsem se další, teprve dvacetileté klientky z téže TK ptal, zda má duální diagnózu, odpověděla mi:

„Já ‘sem ráda, že nic takovýho nemám. Ani léky prostě neberu a tak. (...) Po tý toxický psychóze se mi to změnilo na to, že už prostě nechci nic [užívat]. To ‘sem měla 14 dní po tom, co ‘sem vlastně nastoupila do léčebny. 14 dní po tom ‘sem dostala tu toxickou psychózu.

Bez drog?

No právě, no. Bez drog, no. (...) Trvalo mi to, já nevím, ty jo, tak týden, a pak postupně měsíc, jak ‘sem se z toho vzpamatovávala, ‘sem měla strach mluvit s lidma, a tak prostě. A ze začátku to byly halucinace prostě, že ‘sem viděla, nevím... takovou černou postavu ‘sem prostě viděla u spolubydlící na posteli prostě, a pak za mnou chodila, takhle mě tahala dolů jakoby, jo? To bylo šílený, ty jo. To ‘sem prostě nikdy v životě nezažila, no. Tak mně vlastně nasadili léky na to v tý Jemnici a to, a pak to bylo postupem času lepší, no“ (S08, 8:17).

Sedmadvacetiletá klientka z TK Sejřek mi po počátečním zdráhání pověděla, že se pod vlivem drog stala obětí sexuálního zneužívání. Její neblahou zkušenost ilustruje následující narativ:

„Já ‘sem se ráno vzbudila a nebylo příjemný... To jak ‘sem se vzbudila, v jakým stavu byl ten pokoj a v jakým stavu ‘sem byla já. (...) Ale prostě si pamatuju naposled, jako s jakým člověkem ‘sem tam byla a pak už si nepamatuju [nic]. Už jenom jak ‘sem se ráno vzbudila v hotelu, co ‘sme byli. (...) I peníze mi ukrad’ ten člověk nakonec. Já ‘sem vlastně ani nikam nešla podat oznámení ze strachu, protože ‘sem nebyla mezi dobrejma prostě lidma. Ty vztahy, co ‘sem potom měla... ‘Sem se bála všeho, všeho a všech. Vlastně mi stačilo říct slovo nebo věta. Furt ‘sem se za něčím honila nebo ‘sem se před něčím schovávala.

A povedlo se ti to tak nějak už se toho zbavit? Už tě takové stavy nepronásledují?

Jo, už jako jo. (...) Tady ‘sem si mohla uvědomit (...), že se z toho můžu vymalovat, což maluju hrozně ráda, anebo si pustit muziku, nebo jít něco psát“ (S09, 9:13).

Šestačtyřicetiletá alkoholička, která se rehabilitovala v TK Kladno-Dubí, mi o sobě řekla:

„Já nejsem jakoby – jak se tomu říká – hladinkář, ale prostě...

Excesy jako.

Nic, nic, nic... pak něco. Ale pak jakoby hodně, a tři dny, tejdén, jo? A přestanu sama. U mě je to jakoby prostě to kolečko nějaký. Asi je to tam nějaký nahraný a přestanu vždycky sama. Akorát do těch Bohnic jsem šla, protože ty moje dávky byly takový, že jsem dvakrát prodělala sama epileptický záchvat v těch abstinčních příznacích. Tak jsem měla strach, aby to se mnou jakoby nešvihlo. Jinak v tu chvíli, když piju, tak mi je v podstatě jedno, jestli se ráno nevzbudím. To jako vím. Ale pak zase o sebe mám strach, takže si myslím, že spíš je to zbabělost“ (KD05, 5:14).

6.15 Evaluace léčby

Jak jsem uvedl v kapitole 1, během předchozího výzkumu jsem se zabýval retencí pacientů/klientů TK. Zkoumal jsem přitom, jak jsou na tomto měřítku efektivity léčby závislé jejich názory, resp. jak se v průběhu léčby mění (Horák et al., 2014).

Malivert et al. (2012) v přehledové studii založené na analýze 321 odborných článků (celkem o 3271 účastnících terapeutických programů v 61 TK) zmiňují, že se retence pohybovala v rozmezí od 38 do 180 dní, tj. 30 % očekávané délky programu TK.

Retence nicméně není jediným měřítkem, které lze při evaluaci TK použít. Dalším je dokončení programu. Terapeutický program – v závislosti na jeho délce – ukončilo 9–56 % subjektů. 27–70 % pak setrvalo v léčbě alespoň polovinu stanovené doby.

Poslední způsob evaluace, který má současně největší váhu, je založen na tzv. katamnestickém sledování, tzn. zjištění nebo zjišťování stavu a vývoje pacienta/klienta v určitém časovém odstupu (buďto od zahájení léčby, nebo po jeho propuštění). O to jsem se v Takiwasi v minulosti několikrát pokoušel, ovšem neúspěšně. Hlavní příčinou neúspěšnosti mého počínání byla absence komunikace ze strany ex-pacientů.⁵¹

Greenwood et al. (2001) provedl katamnestické sledování 261 klientů po 6, 12, 18 a 24 měsících od zahájení léčby v TK. Počet subjektů, kteří dle jeho zjištění po stanovené době relapsovali, se pohyboval v rozmezí 21–30 %.

Sledování po propuštění z léčby obvykle probíhá v době od 6 měsíců do 6 let. Zjištění vycházejí z vlastních hlášení pacientů/klientů a to v kombinaci s prohlášením rodinných příslušníků anebo výsledky rozboru moči.

Všechny katamnestické studie sledující pacienty/klienty po propuštění z léčby, které analyzovali Malivert et al. (2012), dokládají zlepšení, co se užívání drog u sledovaných jedinců týče (i když relapsovalo minimálně 21 % osob).

Efektivitu TK potvrzuje také jiný systematicky zpracovaný přehledový článek, který publikovali Magor-Blatch et al. (2014). TK jsou podle těchto autorů účinné nejen jako intervence vedoucí ke snížení míry užívání návykových látek a páčání trestné činnosti, ale také ke zlepšení duševního zdraví uživatelů a jejich podmínek pro sociální inkluzi.

Kód „evaluace léčby“, jemuž je věnována tato kapitola, neodkazuje k výše rozpracované problematice hodnocení efektivity léčby, jak by se mohlo zdát, nýbrž vztahuje se k tomu, co informátoři na léčbě ve vybrané TK kladně hodnotí. Tomu se v různých kontextech věnuji v následujících pasážích.

6.15.1 Takiwasi

Při analýze rozhovorů z Takiwasi vznikly dva kódy: „kladné hodnocení“ (zakotvenost: 22) a „obtíže“ (zakotvenost: 4). Ty jsem se následně rozhodl použít také u narativů z Nikaraguy a Česka. Tato kapitola zahrnuje převážně pozitivně orientované výpovědi informátorů. Komplikace, které zmiňovali, kromě soužití s ostatními pacienty souvisely především s délkou a náročností terapeutického programu.

Devěťadvacetiletý pacient francouzské národnosti (délka aktuální léčby: 7 měsíců) vyzdvihl význam ayahuascy při rehabilitaci. Během interview mi pověděl:

„Mám hrozné štěstí. Vidím totiž, že jsou tu lidi, co... nevím... mají jenom vize, ale nerozumí jim. Jiní zas neprožívají všechno. Mají vize jen trochu, i opojení jsou jen částečně, a moc z toho nemají. Já všechny vize, co mám, chápu.

⁵¹ Od roku 2013 se Takiwasi podílí na *Ayahuasca Treatment Outcome Project* (zkr. ATOP), jehož se pod vedením Dr. Briana Rushe z University of Toronto účastní kliničtí psychiatři, neurovědci, praktičtí lékaři, antropologové, epidemiologové a léčitelé z Kanady, Peru, Brazílie a Mexika. V rámci projektu probíhá katamnestické sledování v době od 1 do 3 roků po skončení léčby. Dle oficiálních informací Takiwasi (2019) se efektivita léčby pohybuje okolo 65 % (srov. kapitola 3.1).

Jsi tedy spokojený?

Ayahuasca mi dělá v řadě ohledů moc dobře“ (T02, 2:9).

Devětadvacetiletý Španěl (délka aktuální léčby: 3 měsíce), od něž pochází narativ uvedený níže, byl při hodnocení Takiwasi strážlivější. Uvedl:

„Myslím si, že žádné rehabilitační centrum nedělá zázraky. Ani jedno. Když si nechceš pomoci, nepomůžeš si. Když si ale chceš nechat pomoci, Takiwasi je na to ideální“ (T07, 6:14).

Jeho kolega, Španěl ve věku dvacet šest let (délka aktuální léčby: 3 měsíce), kladně hodnotil význam tzv. diety (viz kapitola 6.1.1).

„Teď mám 3 měsíce skoro za sebou. Za 2 dny.

Hm.

Od konce diety jsem tu chtěl zůstat o měsíc déle, abych mohl jít na další.

Hm.

Cítil jsem, že pro mě dieta byla dobrá. Myslím si tedy, že je vhodné, abych šel ještě na jednu.

Hm.

Po té dietě budu pokračovat v řešení svých problémů venku.

Hm.

Připadá mi, že během interní léčby na sobě můžeme intenzivně pracovat. Zdá se mi ale taky, že tytéž záležitosti lze vyřešit i venku, pouze za delší dobu“ (T10, 9:2).

Z rozhovoru s jednadvacetiletým Peruáncem (délka aktuální léčby: 7 měsíců) vyplynulo, že délka léčby v TK má vliv na abstinenci. Z následujícího narativu lze usuzovat, že čím déle pacient v TK stráví, tím větší je pravděpodobnost, že bude déle abstinovat, protože bude lépe schopen čelit rizikům relapsu. Informátor mi řekl:

„Po 4 měsících mám pocit, že mám více nástrojů, jak se stavět k problémům. Myslím si ale, že to s kasinem ještě nemám úplně vyřešené. Pořád mě to občas znejistuje. Dokážu už každopádně rozlišit, co je dobré a co špatné, co mi pomáhá a co ne. To je cenné. Předtím jsem se nechával vést racionalitou a nevšiml jsem si, co skutečně chci“ (T15, 13:23).

Šestadvacetiletý pacient téže národnosti během interview zdůraznil obecně lidskou povahu závislosti, když pověděl: *„Takiwasi je speciální. Je to něco unikátního. (...) Z nějakého důvodu cítím, že my, co jsme tady, jsme tady z nějakého důvodu. Líbí se mi ta rozmanitost, rozdílné kultury a národnosti. Člověk tak může vidět, že nejsme rozdílní. Jsme si podobní. Máme stejné problémy, dějí se nám stejné věci. Myslíš si, že jsi sám, opuštěný, a pak slyšíš jak ostatní, jak...*

Říkají to samé.

To samé, ten samý příběh, ty samé pocity. Každý to prožíváme jinak, ale...

Člověk je pořád člověk“ (T26, 24:27).

6.15.2 CEA, CARA, AMAR

Jak jsem uvedl v kapitole 6.15.1, během analýzy transkriptů interview s pacienty z nikaragujských TK jsem použil tytéž kódy jako v případě Takiwasi, tzn. „kladné hodnocení“ (zakotvenost: 17) a „obtíže“ (zakotvenost: 4). Obtíže zmiňované tamními informátory vycházely z absence detoxikace v rámci terapeutických programů, jejich nedostatečné délky a neshod s vedením TK. Následující pasáž obsahuje tři ukázky, po jedné z každého zkoumaného rehabilitačního zařízení.

Třiatřicetiletý pacient nikaragujské národnosti (délka aktuální léčby: 3 měsíce), s nímž jsem se setkal v CEA, zhodnotil terapeutický program takto:

„Myslím si, že CEA je nejlepší centrum nejen v Managui, ale v celé Nikaragui. (...) Má největší prestiž a taky nejlepší výsledky. Dostal jsem na něj ta nejlepší doporučení. Taky se říká, že jsou tu ty nejlepší terapie. Nejlepší podmínky a rovněž systém Matrix“ (C11, 11:7).

Dvaatřicetiletý Nikaragujec (délka aktuální léčby: 1 měsíc), se kterým jsem měl možnost hovořit v CARA, se v rámci hodnocení vyjádřil takto:

„Tato rehabilitační centra jsou dobrá, protože člověku pomáhají vytvořit si nástroje potřebné k tomu, aby mohl jednou odejít z programu. Druhá věc je pak jejich spirituální rozměr. (...) Jak se tady říká: ‚S Bohem není nic nemožné.‘ (...) Pro nás je náboženství spjata s vírou a tu nosíme v srdci. To nám pomáhá. A samozřejmě nám v rehabilitačním procesu taky pomáhá to, že navštěvujeme jiné skupiny, jako jsou Anonymní alkoholici, Hombres de Negocio nebo Anonymní narkomani. My závislí říkáme, že i když nebereme, pořád jsme nemocní. Alkoholik nebo drogově závislý je totiž nemocný po celý svůj život. (...) Není to přitom tak, že bychom si svou nemoc zavinili. Zodpovědnost za rehabilitaci ale neseme sami“ (CARA08, 8:34).

Poslední ukázka v této kapitole pochází od jednačtyřicetiletého pacienta z TK AMAR (délka aktuální léčby: 2 měsíce), který vyzdvihl význam soužití mezi pacienty v TK. Přitom uvedl:

„Myslím si, že [tato forma] rehabilitace funguje. Místo – to, jestli bydlíme ve skromném obydlí, nebo ve velkém domě – není asi rozhodující. Rehabilitace se spíše odehrává v člověku. Člověk má sám schopnost se rozhodnout...“

Uzdravit se.

Přesně. Soužití v tom velice pomáhá. Myslím si, že prostředí nedělá místo, ale lidé. To má vliv na to, jestli bude rehabilitace úspěšná. V některých chvílích je to náročné, jindy zas zvladatelné. Lidé se tu smějí, baví se, dělí se o své věci s ostatními, a tak se jim učí rozumět. Sami se tím od nich taky učí“ (A05, 5:38).

6.15.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Zakotvenost kódů „kladné hodnocení“ a „obtíže“, jež jsem použil při analýze transkriptů rozhovorů s klienty z českých TK stejně jako v případech těch, které jsem měl k dispozici z Peru a Nikaraguy, byla 34/10.

Obtíže zmiňované informátory zahrnovaly takové okruhy problémů jako jsou: náročnost skupinové terapie a zátěžových aktivit, nutnost dodržovat terapeutický program anebo zákaz telefonické komunikace do třetí fáze (tj. orientačně po dobu šesti měsíců).

Co se kladného hodnocení týče, dvaatřicetiletý klient z Renarkonu (délka aktuální léčby: 11 měsíců) mi například řekl: *„Já na sobě cítím obrovský posun ve všech směrech. Dalo mi to hodně, ta komunita. Takže teď už je to jenom na mně sice, ale vím, že i kdybych měl třeba nějakou recidivu, takže už budu vědět jak s tím zacházet, což jsem doposud nevěděl. O tom to je. Tady nedostane člověk žádný papír, tak a teď budeš celej život strážlivej. Tady se člověk naučí s tím zacházet a předcházet těm situacím. Rozpoznat chutě. Proč jsou chutě, z čeho to plyne. Takže za toto jsem nesmírně rád, že i kdybych třeba někdy uklouznul, tak vím, co mám dělat. Renarkon jako celek umožňuje*

kdykoliv zavolat jakémukoliv terapeutovi, říct mám problém. Můžu tady nastoupit na nějakou stabilizačku nebo tak, v čemž vidím aj budoucnost“ (R01, 1:32).



Obr. 61 Klient TK Kladno-Dubí při evaluaci léčby (zdroj: vlastní zpracování).

Další narativ pochází od osmadvacetiletého klienta TK Sejřek (délka aktuální léčby: 5 měsíců). Ten mi ze své zkušenosti pověděl toto: „*Lidi venku si říkaj, že se tady třeba flákáme, ležíme, ale ono to třeba vůbec není pravda. My tady pracujeme normálně. Máme pracovní dobu, která má 8 hodin nebo někdy i více. Nebo méně, to záleží jak kdy. A že ty skupiny jsou šíleně náročný vlastně na to, že člověk se snaží pochopit toho druhého, a to hodně vyčerpává, a vlastně nějaký problém toho druhého člena je i můj problém [na to se zapomíná]. Takže vlastně my si takhle jako pomáháme a doopravdy jsme jedna skládanka. Když jeden z ní (...) se cítí špatně nebo z té skládanky jako vypadává, tak se svolá mimořádka (mimořádná skupina, pozn. aut.) a vlastně se ten problém řeší, co se mu děje. Takže je to dost náročný. Není to jednoduchý a musím říct, že tady je to prostě, že tahle komunita je skvělá...*

Proč si to myslíš?

Protože se mi tady moc líbí, no. Líbí se mi tady moc a jsou tady moc příjemní terapeuti a chápaví“ (S01, 1:34).

Poslední příklad pochází od pětadvacetiletého klienta TK Kladno-Dubí (délka aktuální léčby: 6 měsíců), který během našeho rozhovoru – podobně jako jeho ostatní kolegové – pozitivně hodnotil režimovou léčbu a plánování volného času. Konkrétně

mi pověděl: „Jako myslím si, že některý lidi prostě můžou bejt doma a prostě sem dojíždět na ambulantní doléčování. (...) Lidi, který to venku nezvládnou, tak prostě musej být odizolovaní na nějaký čas vod svejch kamarádů, příbuzných a naučit se jakoby sami se sebou [vycházet]. Naučit se věci, [které se týkají] těch... základních priorit života. A právě proto jsem se tady nechal zavřít. Ale jako... za toho půl roku už mám práci, že jo!“ (KD10, 10:18).

6.16 Relaps

„Ten absták mě k zoufalství dohání
 Třicet šest hodin
 Se v bolestech svýjm
 A modlím ke komukoli
 Ať mě osvobodí
 Já už budu hodnej
 Prosím pomoz mi jen
 Slíbím cokoli
 Jen pryč z toho pekla ven“
 (Radimecký, 2006)

Pojmem relaps (z lat. *relabi* – znovu uklouznout, špa. *recaída*) se označuje opětovné užívání drogy po období abstinence.⁵² Kuda (2008) uvádí, že relaps bývá doprovázen souborem příznaků nazývaných jako „syndrom porušení abstinence“ (angl. *abstinence violation effect*). Tyto příznaky (mezi něž patří např. pocity viny, hanby, hněvu anebo rezignace) mohou obnovené užívání drogy prohloubit a upevnit.

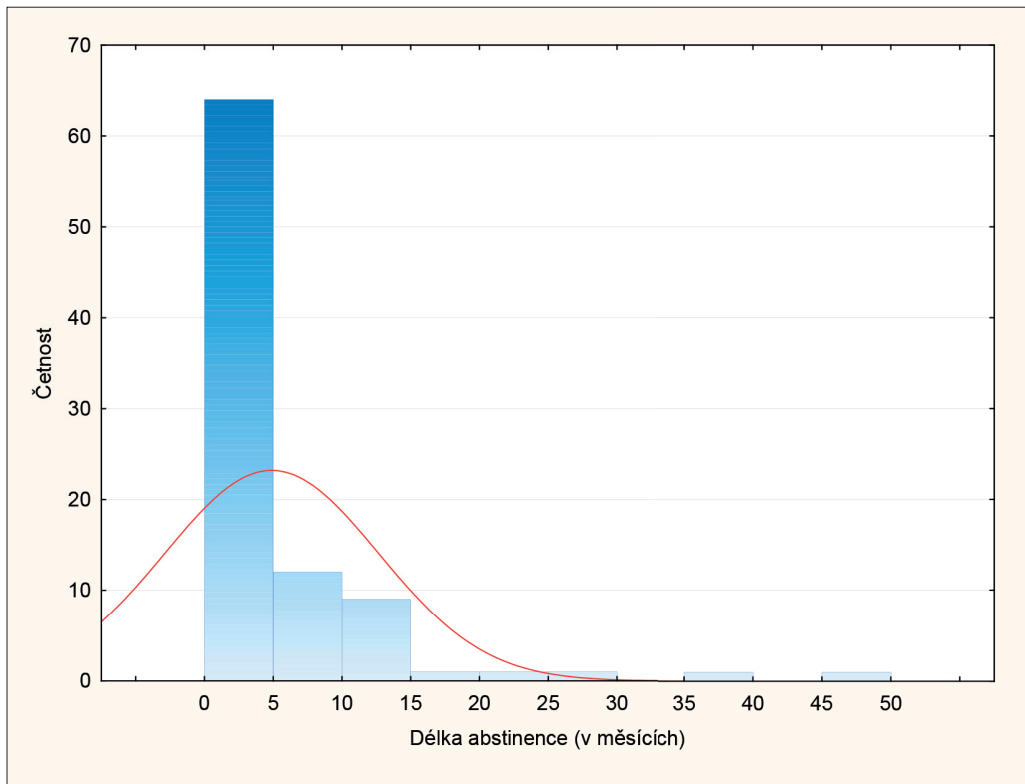
Během kvalitativní analýzy narativů jsem zjistil, že na výskyt relapsu nemá vliv ani délka abstinence, ani délka předchozí léčby (viz kapitola 6.6). Jinak řečeno, relapsují jak pacienti/klienti, co byli v minulosti schopni abstinovat (někdy i v řádu let), tak osoby, které už dříve podstoupily nějakou léčbu (přičemž někteří mí informátoři ji rovněž úspěšně dokončili).

Samozřejmě je otázkou, nakolik má délka předchozí léčby vliv na délku abstinence, respektive jak souvisí s věkem a dobou užívání drog. Analýza sesbíraných dat ukázala, že existuje statisticky významný vliv předchozí léčby na délku abstinence. Koeficient korelace je nízký ($r = 0,2$) a průkazný. Věk, ani doba užívání drog na délku abstinence vliv nemá.⁵³ Histogram na obrázku 62 dokládá, že nejvíce pacientů/klientů

⁵² Z terminologického hlediska je zajímavé, že klienti českých TK ve svých narativech nemluví pouze o relapsu, ale také o tzv. recidivě (viz kapitola 6.16.3). Tyto výrazy ale mají odlišný význam. Za relaps je považováno opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období (tj. remisi). Recidivou označujeme návrat nemoci, která již byla vyléčena nebo u které již příznaky vymizely. Je zjevné, že oba pojmy vedou k medicalizaci závislosti. Kuda (Ibid.) v tomto kontextu rozlišuje mezi pojetím závislosti jako nemoci a prevencí relapsu. Termín recidiva podle něj odráží černobílé pojetí abstinence, podle nějž je totální abstinence jedinou možnou volbou.

⁵³ Dle Andersson et al. (2019) se riziko relapsu zvyšuje u pacientů nižšího věku stejně jako u osob trpících duální diagnózou (viz kapitola 6.14.1). Závislost mezi dokončením předchozí léčby a délkou abstinence tatáž prospektivní multicentrická studie provedená na 607 pacientech rehabilitovaných v 5 norských centrech zaměřených na léčbu poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek potvrzuje. U pacientů, kteří dokončili interní terapeutický program je riziko relapsu nižší.

(N = 48) nebylo v životě schopno abstinovat vůbec, 22 osob abstinovalo 6–10 měsíců a 14 informátorů 11–15 měsíců (medián: 2 měsíce, dolní kvartil: 0, horní kvartil: 6).



Obr. 62 Délka abstinence (v měsících) – rozdělení četností; N = 90 (zdroj: vlastní zpracování)

Na tomto místě se ale budu věnovat zejména tomu, jaké jsou dle informátorů možné „spouštěče“ relapsu, neboť těm ve svých výpovědích věnovali výhradně pozornost. Vyplývá z toho, že pacienti/klienti ve všech zemích shodně přikládají spouštěčům prioritní význam. Stejnomený kód je proto jediným, který jsem během analýzy transkriptů vytvořil. V Peru byla jeho zakotvenost 23, v Nikaragui 29 a v Česku 36.

6.16.1 Takiwasi

Pacienti z Takiwasi jako spouštěče uváděli rodinné problémy (např. úmrtí matky, užívání drog v rodině nebo rozchod/rozvod), děláním tajností, skrývání problému, nedbalost, vliv pracovního prostředí, zdravotní problémy, nezaměstnanost, neaplikování naučených pravidel, setkání se starými přáteli (sociální konzumace), deprese, nuda a existenciální prázdnotu (absenci smyslu života).

Pro ilustraci výše uvedených výsledků dále uvádím dva příklady. První z nich pochází od devětadvacetiletého Francouze, který byl v době realizace terénního výzkumu v Takiwasi podruhé. Předchozí léčbu o délce devíti měsíců přitom dokončil. Řekl mi:

„Odešel jsem se souhlasem terapeutů (špa. *alta terapéutica*).

Vážně?

Ano.

V kterém roce to bylo?

2013. Před rokem.

Před rokem?

Ano.

Pak ses vrátil do Francie a mělš relaps, nebo tomu tak nebylo?

Ano.

A co se ti stalo?

Po návratu jsem 5 měsíců nic nebral. Pak jsem šel na operaci kolene. Po probuzení mi dali morfin.

Aha.

A morfin je to samé, co heroin. Takže, jakmile mi ho dali, probudili tím ve mně všechny věci, kterých jsem se tady...

Snažil zbavit.

Ano, oživilo mi to vzpomínky. Chtěl jsem sice pokračovat v abstinenci, ale postupně jsem začal po troškách užívat heroin. Trošku ale v případě heroinu neexistuje.

(Smějeme se).

Po týdnu už jsem bral každý den. Zavolal jsem proto Jacquesovi: „Pomoz mi, prosím! Chci se hned vrátit.“ Jacques mi řekl: „Ach...“

„Máme plno?“ [dodal jsem].

„Máme plno,“ [potvrdil pacient].

Říkám ale: „Jacquesi, jestli tady zůstanu, umřu. Umírám. Ten relaps byl hrozně silný.“ Za týden a půl už jsem bral...

Moc?

Moc.

Říkám mu: „Dokončím moje závazky...“ Bylo to v červnu. „Dokončím moje pracovní závazky a na konci července nebo počátkem srpna chci přijet. Později ne. Za dva dny seknu s prací.“

A tak Jacques srdečně říká: „No, tak přijed. Dveře jsou otevřené.“ Proto nás tu tehdy bylo 19.

(...)

V té nemocnici neznali tvůj případ?

Ano, hovořil jsem o tom trochu s mým doktorem... Chirurgem... Myslím ale, že si to neuvědomil.

Aha.

Byla to složitá operace. Nevím, jestli by to bylo...

Možné?

Možné po narkóze vyřešit jinak. Bylo to tvrdé. Hrozně tvrdé.

A co se ti stalo?

Měl jsem nehodu na motorce.

Aha, měl jsi nehodu?

Ano, měl jsem 6 nehod za 2 roky.

Neuvěřitelné.

5 v autě a 1 na motorce“ (T09, 8:5–8:6).

Druhý příklad pochází od stejně starého pacienta španělské národnosti, který shodou okolností rovněž dokončil kompletní terapeutický program. Relaps měl po čtyřech dnech venku. V době našeho rozhovoru byl v Takiwasi celkem podruhé a měl za sebou měsíc a půl dlouhý pobyt. Když jsem se ho ptal, zda existuje něco, co jej z centra táhne ven, odpověděl mi:

„Soužití s ostatními pacienty.

(Směji se).

Není tu prostor na intimitu, člověk tu nemá soukromí. Nic. Jdeš na malou a slyšíš, jak si vedle tebe někdo zpívá. Občas máš chuť zabít. Zabít buď sebe, nebo někoho jiného.

(Směji se).

Co v takovýchto situacích děláš?

Dobrá otázka. Dýchám, pracuji se svou trpělivostí, frustrací, tolerancí.

Měl jsi někdy chuť léčbu ukončit?

Ano, teď.

Teď?

Ne v tuto chvíli, ale po návratu [do Takiwasi]. Relapsovat a vrátit se zpátky. Poslední měsíc a půl jsem měl mnohokrát chuť říct: ‚Ne, už toho bylo dost.‘ Nemám ale ani sol. Žil jsem na ulici.

A jakým způsobem jsi předchozí léčbu ukončil? Dokončil jsi ji celou?

Ano, dokončil jsem ji řádně a se vším všudy.

Neuvěřitelné.

A co způsobilo, že jsi relapsoval?

Hodně věcí jsem zatajoval. Můj problém s kokainem byl hodně provázaný s prostitucí. Pornografie – masturbace – prostituce – kokain. Bylo to jako...

Jako v kruhu.

Přesně tak.

Tajil jsem před tím, že si přes Hotmail píšu s prostitutkami. Neřekl jsem to. Navíc jsem člověk, který je velmi přístupný. Dokážu se jako chameleon přizpůsobit okolnostem. Jsem velmi přizpůsobivý.

Aha.

Dokážu být devět měsíců v klidu jako dobrý pacient, jako hodný kluk. Doktoři Jacques a Jaime (Psi. Jaime Torres, viceprezident Takiwasi, pozn. aut.) o mně mají jasný obrázek. Ví, že jsem dobrý kluk, který má ale svoje etapy, co ho dokážou zdevastovat. Je to tedy o tom, že se neotevřu, že se nedokážu zcela otevřít.

(...)

Myslím, že to, že jsem nebyl otevřený, v důsledku způsobilo, že jsem odsud odešel [a byl jsem] jako lev zavřený v kleci. Když se mu otevře klec, neodkráčí pomaličku. Vyletí jako střela“ (T07, 6:13–6:14).

6.16.2 CEA, CARA, AMAR

Pacienti z nikaragujských TK za spouštěč relapsu považují falešný pocit sebekontroly, mylný odhad zdravotního stavu, depresi, pocity samoty, nudy anebo úzkosti, sebevražedné tendence, absenci programu (struktury) mimo TK, partnerské, rodinné

a pracovní problémy, setkání s tzv. „závadovými přáteli“ (tj. uživateli drog), vliv životního (pracovního) prostředí a jeho změny, potřebu odměny a bažení po droze.⁵⁴

Za relapsem někdy stojí falešný pocit sebekontroly a touha po odměně. Potvrdil mi to čtyřiatřicetiletý pacient z TK CEA, když mi řekl: „[Relapsoval jsem] *protože jsem si myslel, že se budu schopný kontrolovat.*

Aha.

Říkal jsem si: ‚Takovou dobu jsem čistý, tak si to snad zasloužím. Snad můžu. Nejsem závislý‘ “ (C04, 4:3).

Když jsem se na důvod opětovného užívání drog ptal šestadvacetiletého pacienta z TK CARA, řekl mi:

„[Bral jsem je pořád] kvůli tomu samému.

Aha.

Když jsem narazil na nějaké obtíže nebo problémy. Když jsem to nezvládal v práci. Jezdil jsem s kamionem. Mám řidičák na kamion.

Aha.

Můžu taky řídit sklápěčku.

Aha.

Závislost mě přivedla k tomu, že když jsem dostal výplatu, utratil jsem ji za drogy a nepřišel do práce. Vyhodili mě za to.

Hm.

Tím, že moje sestra pracuje na radnici, vždycky mi ale našla další a další práci. Veškerá kritika pak šla na její hlavu. Dřív si mě vážila. Teď ale ne“ (CARA02, 2:25).

Poslední příklad v této kapitole pochází od pětáctýřicetiletého pacienta z TK AMAR, který mi svůj relaps spojený s deliriem popsal takto:

„Nejdřív jsem pil jenom jednou týdně. Pak 14 dní, měsíc, tři měsíce... Dokonce 4 měsíce v kuse.

Hm.

Od dvou měsíců jsem se ale cítil jak vyschlá kráva. Jenom jsem ležel v posteli, bolely mě ruce... Vodu, kterou jsem vypil, jsem vyzvracel. Zvracel jsem žlutou a zelenou tekutinu.

Hm.

Bolelo mě tady břicho (ukazuje, pozn. aut.). To bylo poprvé. Podruhé mi dali kapačky. Viděl jsem modré demony. Jako by mě někdo volal. Viděl jsem jakési klauny a takové věci. To se stalo ve 3 ráno. Zdálo se mi, že chodí kolem mého domu a říkají: ‚Pojď ven, pojď ven!‘

Co to bylo?

Takoví modří démoni. Bylo to z alkoholu. To ve vás dokáže vyvolat. Stál jsem u dveří s pistolí. Vyšel jsem z domu bez košile, s mačetou v ruce. Bratr viděl, že ji držím v ruce

⁵⁴ Bažení po droze patří k mnoha subjektivně nepříjemným pocitům, k nimž dochází z důvodu přerušování užívání psychoaktivní látky. Trojí psychobiologický model bažení (odměna, úleva a obsese) spolu s psychofarmakologickými přístupy k jeho redukci u osob s poruchou chování způsobenou užíváním alkoholu zmiňuje Haass-Koffler et al. (2014). Výsledkem bažení je rozvoj tzv. abstinčního syndromu (angl. *withdrawal*). Podrobněji viz NIDA (2014). Abstinční syndrom se u každé látky vyznačuje jinými symptomy. Pro specifika viz APA (2015). Například Becker (2008) se zabýval souvislostmi mezi bažením, relapsem a závislostí na alkoholu. Weinberger et al. (2016) zase potvrzuje, že ve vnímání abstinčního syndromu existují genderové rozdíly. Ve slangu klientů českých TK je tento stav označován jako „chutě“ (Kedron & Horák, 2017).

a říká mi: ‚Co se děje?‘ Pověděl jsem mu o tom, dívali jsme se kolem a nic nenašli. Žádní modří démoni tam nebyli. Zavolal policii. Bratr pracuje na komisařství v zóně 2. Přijela policie a na 48 hodin mě zavřeli.

Hm.

To se mi stalo. Byl jsem tam skoro 4 dny.

Váš bratr [je zavolal]?

Můj bratr. ‚Chodíš tu jak šílený,‘ říkal.

Aha.

Vypadal jsem jako šílenec, protože jsem vypil hrozně velké množství alkoholu. Pustili mě v sobotu. Stalo se to nějak ve středu. Vzal mě domů. Vyspal jsem se. Vzpomínám si, že za 14 dní se u nás ukázal jeden můj kamarád. Prvního panáka jsme si dali v 5 ráno. Přišel, myslím, se čtyřmi flaškami, a tak jsme začali. Nic jsme nejedli. ‚Bam, bam, bam, bam...‘ A pak se mi to stalo znovu. Po čtyřech měsících se mi vybavila tatáž myšlenka jako předtím. Zase ten modrý démon a říká mi: ‚Dnes tě zabiju. Já jsem tvoje noční můra!‘

‚Už zase!‘ problesklo mi hlavou.

Zase na mě zavolali policii.

‚Běžte se léčit,‘ říkají mi. ‚Buďte puřdete na 14 dní do vězení nebo do centra. (...) Dáváme vám 10 minut na rozmyšlenou‘ “ (A07, 7:14).

6.16.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Klienti českých TK jako spouštěč relapsu uváděli abstinenní syndrom, své osobnostní rysy, zdravotní, rodinné a partnerské problémy, návrat do původního prostředí, do stejné skupiny lidí, zátěžové situace/stres (např. způsobené finančními problémy), neurózu, depresi, sexuální zneužití anebo experiment.

Například sedmadvacetiletý klient TK Kladno-Dubí, který měl problém s patologickým hráčstvím, mi svůj relaps po předchozí léčbě popsal tímto způsobem:

„Měl jsem to nějak narýsovaný, fungoval jsem. Četl jsem, zaplňoval jsem svůj volnej čas veškerou prací. Měl jsem rozcvičku danou, jídla jsem vařil. Vlastně jsem se staral o tu Nelinku, protože přítelkyně chodila do práce už v šestineděli. (...) Takže jsem vlastně byl na mateřský, se dá říct. Měl jsem to všechno naplánovaný skvěle a půl roku jsem šlapal jak hodinky. Byla hrozně šťastná přítelkyně i rodiče. Viděli, že se jako spoustu věcí změnilo, že jsem schopnej fungovat i bez toho, co jsem jako přestal kouřit, pomocí knížky jedný (Murphy, 2013).

A pak najednou jsme se seznámili s člověkem, který nám nabízel byznys, multilevelovej, Talk Fusion. Nevím, jestli víte, o co jde. To je jedno. Zkrátka jsme se úplně zbláznili do tý jeho prezentace, nebo spíš do tý vidiny těch peněz rychlejš. Už to víme, že tak to není. Dneska už jo. Investovali jsme nějaký peníze do toho, celkem jsme byli úspěšný. I jsme se dostali na nějakou pozici, nějaký peníze jsme vydělali samozřejmě. Nezaplatili jsme s těma penězi ten dluh, který jsme si půjčili na to, abychom mohli pořádit tu aplikaci. Takže šly peníze všude jinde, ne akorát na dluh, a se to sešlo, no. No, a právě to byl ten nátlak, to byl ten zlom, kdy na úkor toho byznysu jsem přestal plnit svůj plán a přestal jsem čist, začal jsem kouřit, pak už jsem si sem tam zakouřil trávu, a pak už jsem v tom frčel“ (KD07, 7:21).

O rok mladší klient téže TK mi zase ke svému relapsu řekl toto:

„Byla tam doba, když jsme vlastně zjistili, že čekáme syna. Tak jsem asi půl, tři čtvrtě roku vůbec nekouřil trávu, nebral jsem pervitin... Vlastně oba dva. Takže se nám narodil zdravý syn, zaplatpánbůh. No, a pak jsem vlastně zas do toho... Jestli to bylo stresem, že jsem bydlel u rodičů ještě právě se synem, tak... Tak jsem zase pak znova do toho spadnul. Tak jsem (...) nastoupil do léčby v Červeném Dvoře. Tam jsem vydržel vlastně taky měsíc, protože bývalé přítelkyni umřel tatínek. Tak jsme se dohodli, že pojedu domů. Teď vím, že to byla chyba, no. Jsem myslel, že jí pomůžu, ale naopak vydržel jsem to nějakých... tak půl roku, tři čtvrtě roku. Pak jsem k tomu měl ještě autonehodu, takže jsem vlastně... No, a pak jsme do toho stejně spadli oba dva. V roce 2012 jsme se rozešli a od té doby...

Se zabýváš svou léčbou, že?

Ne, já se zabývám právě tou závislostí“ (KD08, 8:8).

Dvaatřicetiletý klient z TK Renarkon se k problematice relapsu vyjádřil následovně:

„V roce 2010 jsem nastoupil na první léčbu do PL Kroměříž. Tam jsem absolvoval komplexní tříměsíční léčbu. O komunitě jsem tehdy nechtěl ani slyšet, protože samozřejmě to byla moje první zkušenost tady s tím ústavem. A tam jsem byl po týdnu vyléčen. Už nikdy, jo?

Prostě, u těch prvoléčených to tak prostě většinou je, že se toho tak zaleknou a řeknou jsi: „Proboha, kde já jsem se to dostal? Co jsem to dělal? Už nikdy!“

Ale nicméně jsem jako vydržel abstinovat od pervitinu rok a půl, ale moji primární drogu, jako pervitin, jsem vystřídal zase za alkohol. Takže o to víc jsem začal pít, ale pervitin jsem neužíval. A při prvním nezdaru a nějakých potížích jsem vlastně měl recidivu a byl jsem tam, kde jsem byl. Tam člověk naváže na to... Kde skončil, tak tam hned naváže.

Dva roky na to jsem nastoupil znova do PL Kroměříž. A tam už jsem nastoupil s tím, že opravdu půjdu do komunity. A tak jsem tady“ (R01, 1:3).

O rok starší klient z TK Renarkon mi svou situaci popsal takto:

„Já jsem žil 10 let v Praze. Z Prahy jsem chtěl odjet, protože jsem chtěl skoncovat s drogama. Vrátil jsem se zpět na Moravu, s tím, že tady začnu znova. Pak jsem se dozvěděl, že jsem nemocný. To mě psychicky zruinovalo, že jsem znova začal. Asi po roce.

(...)

Poprvé, když jsem relapsoval, jsem se dozvěděl, že jsem HIV pozitivní. S tím jsem se nějak nemohl srovnat, protože jsem o té nemoci vlastně moc nevěděl. Nevěděl jsem, že se s tím dá žít normálně, pokud člověk bere léky. A pak jsem zrecidivoval kvůli partnerskému vztahu. Vletěl jsem do něho moc brzo po léčbě a s člověkem, který byl kdysi taky závadový. Nějak jsem neviděl, neslyšel...

A pak tě to dost zklamalo.

Jo, ten moment překvapení, když domů donesl drogy a já jsem se svezl s ním“ (R04, 3:14–3:15).

Poslední příklad pochází od dvaadvacetileté klientky Renarkonu, která ve svém narativu objasňuje, jaké důsledky má relaps pro léčbu. Když jsem se jí ptal, zda s ní někdy chtěla skoncovat, odpověděla mi:

„Byla jsem ve fázi, kdy jsem byla fakt rozhodnutá. Bylo to, když jsem byla v první fázi a dostala jsem se na internet tajně. Tam jsem si na Facebooku přečetla různé vzkazy od přátel, kteří berou, a to jsem byla fakt definitivně rozhodnuta, že odcházím. Pak mě

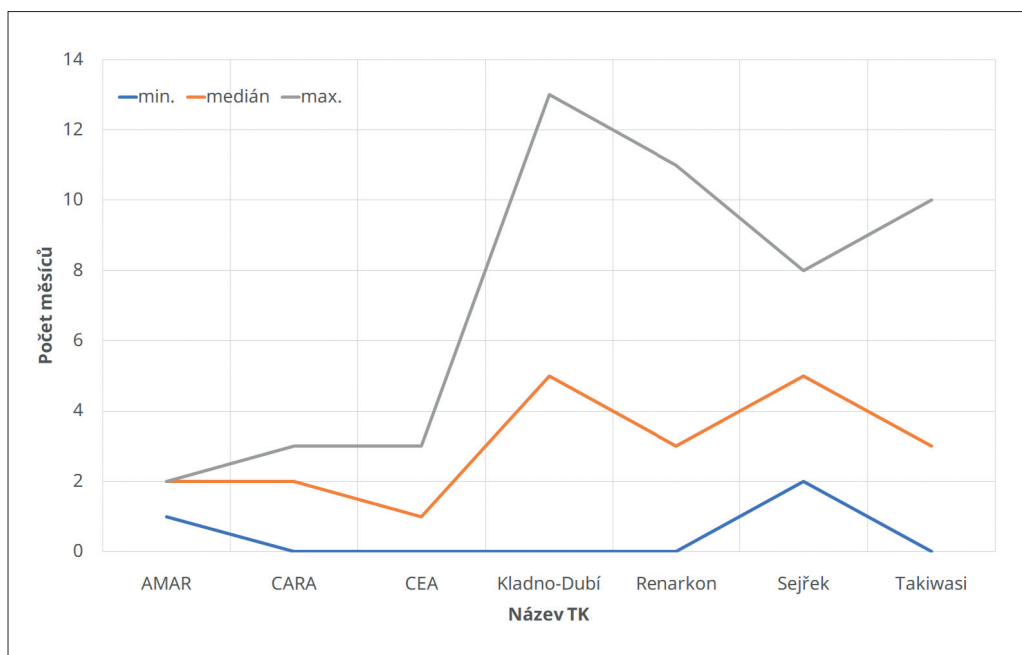
zachránilo, že jsme měli celodenní prevenci relapsu, kde jsem si vlastně uvědomila, že bych jela fetovat. Takže to mě trochu stoplo. Ale vlastně jsem za to byla sesazena do nulté fáze a...

Znovu od začátku.

Znovu od začátku. To jsou dva měsíce zpátky“ (R06, 5:23).

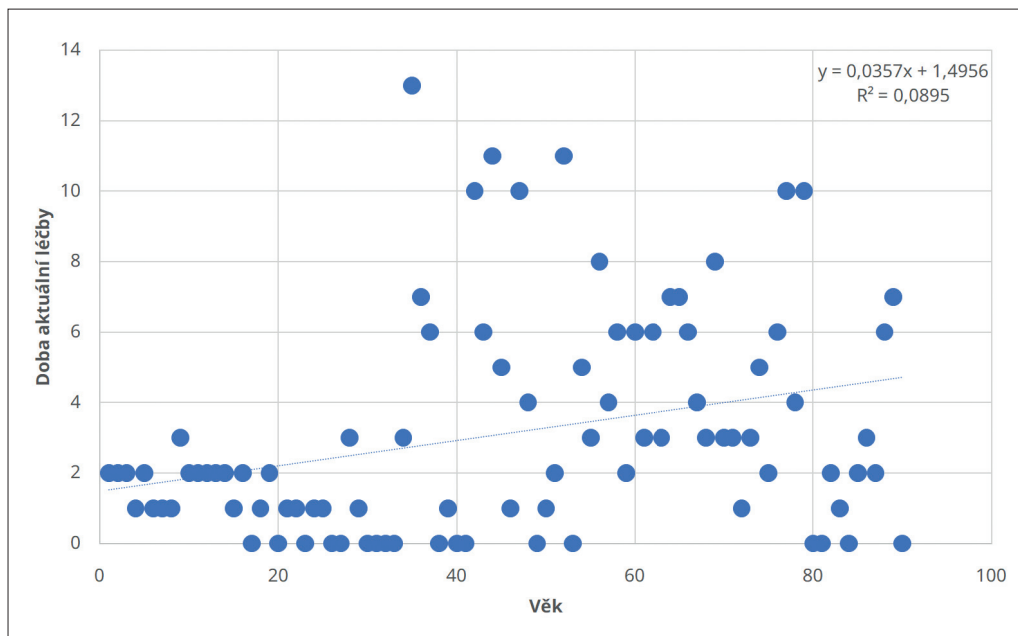
6.17 Délka léčby

Dle výsledků analýzy dat se délka aktuální léčby informátorů pohybovala od 0 do 13 měsíců. Nejvíce nových pacientů bylo svého času v TK CEA (N = 8). V ostatních nikaragujských TK byli informátoři v léčbě obecně vzato kratší dobu. Vyplývá to z nastavení tamního terapeutického programu. S pacientem s nejdélší délkou pobytu jsem se setkal v TK Kladno-Dubí (13 měsíců). Dále v TK Renarkon byl 1 klient 11 měsíců a v Takiwasi 2 pacienti 10 měsíců. Střední délka léčby v rámci celého výzkumného vzorku (N = 90) činila 2 měsíce (směrodatná odchylka: 3). Podrobněji viz graf na obrázku 63.



Obr. 63 Délka aktuální léčby (v měsících); N = 90 (zdroj: vlastní zpracování).

Statistická analýza kvantitativních dat potvrdila, že délka aktuální léčby nesouvisí s délkou předchozí léčby, délkou abstinence, dobou užívání drog, ani typem primární drogy. V posledním uvedeném případě tomu tak bylo, protože pacienti/klienti užívali příliš mnoho různých drog a u jejich dílčích druhů se mi podařilo dohledat pouze málo případů, které by tuto skutečnost potvrzovaly. Délka aktuální léčby však souvisí s věkem, tzn. čím starší pacient/klient, tím je léčba delší (Turner & Deane, 2016); koeficient korelace: 0,3 (viz graf na obrázku 64).



Obr. 64 Vliv věku pacientů/klientů na délku jejich aktuální léčby (v měsících); N = 90 (zdroj: vlastní zpracování).

6.17.1 Takiwasi

Zakotvenost kódu „délka léčby“ v rámci rozhovorů z Peru byla 39. S ohledem na rozsah textu jsem se rozhodl pro příklad vybrat tři narativy, které dle mého názoru tuto problematiku vhodně ilustrují.

První ukázka pochází od devětatřicetiletého Francouze, jehož jsem se dva týdny před plánovaným odchodem z Takiwasi zeptal, zda někdy uvažoval o předčasném ukončení léčby. Na můj dotaz mi odpověděl toto:

„Hm, ze začátku ano.

Ano? Proč?

Protože jsem viděl, že to, co se tu dělá, je moc náročné. Akceptovat frustraci, a tak... První týden... uf! Jeden terapeut... mi na začátku řekl, že tu musím zůstat 5 měsíců. Nakonec jsem se ale rozhodl, že tu zůstanu o dva měsíce déle.

Nejdřív mi říkali, že tu musím být 3 měsíce, pak 4 a nakonec...

7.

7.

Myslel jsem, že jsi sem přijel strávit celou dobu, tzn. 9 měsíců.

To nebylo možné.

Ne?

Protože mám prachy jenom na 5. 2 měsíce budu doplácet později.

Aha, to je možné? Je možné to takhle udělat?

Ano, lidi z Takiwasi jsou velice milí. Proto“ (T02, 2:11–2:12).

Další ukázka pochází od sedmadvacetiletého pacienta brazilské národnosti. Ten mi na dotaz, jak dlouho strávil v Takiwasi, odpověděl:

„Přijel jsem sem 19. září 2013.

Vážně? Takže už je to skoro rok?

Ano. Byl jsem ale vyloučen z léčby. 3. března mě vyloučili.

Aha.

Takže... 27. května 2014 jsem se sem vrátil. Teď 16. září budu léčbu končit.

Hm.

Za 9 dní.

Proč jsi byl vyloučen?

Kvůli konfliktům s kolegy z ubytovny. Kvůli soužití s ostatními. No, kvůli problémům s chováním.

Aha.

Vlastně to bylo kvůli tomu, že jsem porušoval pravidla léčby.

Byl pro tebe návrat do léčby snadný?

Ne, ne. (...) Když jsem odešel z léčby, začal jsem znovu žít.

Aha.

Chodil jsem do práce, měl komfort doma. Jak můžeš vidět, tady moc pohodlí nemáme. Dodržujeme striktní dietu, pijeme purgy a je to velmi dobře strážené místo. Nikdy nechodíme ven... A já věděl, jaké to tu je. Když víš, jaké to tady je, je těžší se sem vrátit.

Hm.

Měl jsem ale relaps. Nevím, proč se to stalo. Musel jsem se sem vrátit. Měl jsem venku vážné problémy. Měl jsem relaps 2 týdny před tím, než jsem sem přišel, a tak si říkám: „No, musím to dokončit!“ V opačném případě by se mnou byl konec.

Hm.

No, daří se mi to. Dokončuji léčbu. Vrátit se sem ovšem nebylo snadné. Když jsem přistál v Tarapotu... Měl jsem sem přijít 21. května ve 21:00, ale nepřišel jsem. Byl jsem mimo. Nechal jsem na sebe všechny čekat. Nevěděli, kde jsem. Pobýval jsem po hotelech. Šel jsem na party. Sem se mi vůbec nechtělo. Říkal jsem si: „Už tam znovu nejdu. Mizím pryč. Jdu se bavit a pak odlítám.“ Nějak jsem se sem ale dopravil. Zjevil jsem se tady následující den ve 4 odpoledne a... Měl jsem po večírku kocovinu. Nakonec jsem sem ale došel, a to bylo dobré. Myslím, že to je dobrý výsledek“ (T06, 5:1–5:2).

Poslední narativ pochází od sedmadvacetiletého Francouze, který byl v Takiwasi podruhé na podpůrné léčbě (špa. *reforzamiento*). Předchozí terapeutický program dokončil v plném rozsahu. Na můj dotaz, zda jej něco láká k tomu, aby z centra odešel, mi pověděl o peripetiích, které jeho minulou léčbu pronásledovaly, toto:

„Zrovna dneska jsem mluvil se svým terapeutem o tom, že má mysl na mě parazituje. Čas od času přemýšlím nad budoucností.

Aha.

Už chci dělat muziku. Už chci pracovat, abych měl peníze. Taky nad minulostí... (...) nad heroinem. Jako bych neměl už dost času. Mám naspěch. Víš, co to znamená mít naspěch?

Ano.

Můj terapeut mi na to říká: „Musíš přijít na to, které energie jsou špatné, co jsou zač zlí duchové, kteří parazitují na tvé mysli.“ To je kvůli tomu. Mám trochu nutkání, ale

nebudu to dělat, protože jsem sem přišel vědomě. Chtěl jsem tu být. To já jsem si vybral datum. Mohl jsem Jacquesovi říct: ‚Chci tu být jen měsíc.‘ Řekl by na to: ‚Dobře, přijed na měsíc a půl.‘ To já jsem si zvolil 4 měsíce, protože potřebuju 4 měsíce. Rozumíš?

Nemáš strach z toho, že svět hudby je do jisté míry taky spojený s drogami?

Ano, to je pravda.

Může to být komplikované, ne?

To ano. Tohle téma mám ale vyřešené. Zabýval jsem se tím během minulé léčby asi 3 měsíce. To mám v hlavě srovnané.

Díky. Měl jsi někdy chuť s léčbou skoncovat? Stál jsi už někdy u brány s batohem na zádech a říkal: ‚Odcházím?‘

To se mi stalo na samotce. 6 dní před přechodovým rituálem, než přejdeš nahoru [na ubytovnu], jsem odešel.

Vážně, proč?

Protože jsem měl strach, bolesti ze silného abstinenciho syndromu, strach z neznámého, byl jsem ztracený ve své hlavě. Jednou během ayahuascového sezení jsem řekl Jacquesovi: ‚Jacquesi, chci hned odejít!‘

‚Dobře, teď ale máme ayahuascové sezení.‘

‚Jestli mi nedáš peníze na cestu, odejdu tak či tak!‘

‚Dobře, vezmi si svůj pas a 50 solů.‘

Druhý den ráno jsem se vrátil, posbíral si všechny své věci a šel do Tarapota brát drogy... Kokain, PBC... Po 5 dnech jsem měl pořád ještě silný absták. Za 10 dní už jsem volal Jacquesovi do kanceláře: ‚Jacquesi, chci se vrátit.‘

Jacques říká: ‚Dobře, můžeš. Můžeš se vrátit. Krize je součástí léčby‘ (T09, 8:16).

6.17.2 CEA, CARA, AMAR

Zakotvenost kódu „délka léčby“ v případech rozhovorů z Nikaraguy byla 21. Stejně jako v kapitole 6.17.1 jsem vybral pouze tři příklady, které dokládají, jakým způsobem se informátoři vypořádávají se stanovenou délkou rehabilitace.

Šestadvacetiletý pacient nikaragujské národnosti, s nímž jsem hovořil v CARA, mi takto odpověděl na dotaz, jak dlouho pobývá v centru:

„Léčba tady trvá 90 dní.

Hm.

Já ale z vážných důvodů... Kvůli mé rodině... Protože pocházíme z dálky a cítím se tady dobře... Zůstanu tu o měsíc dýl, i když jsem tu byl jen na 90 dní.

6. prosince jsem skončil. Budu tu ale nakonec 4 měsíce.

Člověk tu může zůstat dýl, když potřebuje, že?

Ano.

Hm.

Když to zkonzultuješ a chováš se slušně, můžeš dostat poloviční slevu“ (CARA02, 2:2).

Podobně jako výše citovaný informátor smýšlel také dvaatřicetiletý Nikaragujec, s nímž jsem hovořil o něco později. Ten mi pověděl:

„Myslím, že tady budu 4 nebo 5 měsíců.

Aha. Kdo rozhoduje o tom, jak dlouho tady zůstaneš?

Já sám.

Ty sám? Proč ses tady rozhodl zůstat déle, než je třeba... než je předepsáno?

Protože jsem slyšel, že lidé, kteří odešli z tohoto druhu (...) léčby jdou z jednoho centra do druhého a pak se zas vrátí k braní. Nastoupí do další služby, do léčby čtyřikrát až pětkrát... Takže jsem si řekl: „OK, budu tady déle, abych se poznal, protože to, co hledám, je, pochopit, kým jsem...“

Hm.

Doopravdy. To, že nevím, kým jsem, je velký problém. Během braní drog jsem ztratil smysl života (angl. sense of being)“ (CARA06, 6:1).

Devatenáctiletý pacient z AMAR mi na otázku, jak dlouho je v terapeutickém programu, řekl:

„Jak dlouho jsem tady? 2 měsíce a 4 dny.

4 dny... Tak to ti zbývá málo!

Ano.

Vrátíš se sem po těch třech měsících nebo ne?

Ano.

Ano? Jakým způsobem? Ambulantně, na následnou péči? Jak to funguje?

Ne, v první řadě jako do centra, ze kterého jsi vyšel. Nezapomenout na to, jak ses sem dostal. Člověk by měl být vděčný. Přijít se podělit. To je záležitost osobní vůle.

Až odsud odejdu, budu pokračovat v procesu, který mi tady ukázali. Budu docházet na skupiny AA“ (A03, 3:2).



Obr. 65 AMAR – ubytovna pro pacienty (zdroj: vlastní zpracování).

Následující ukázka pochází od čtyřicetiletého pacienta nikaragujské národnosti, s nímž jsem mluvil také v TK AMAR. V době našeho rozhovoru měl za sebou necelé dva měsíce terapeutického programu. Na dotaz, jak dlouho v centru setrvá, mi odpověděl:

„Když budu moct zůstat dýl, zůstanu. Bylo by to pro mě lepší. Když totiž člověk jde odsud, tak... Tady jsi jakoby v [uzavřeném] světě. Venku je to ale jiné (špa. otro mundo).

Jasně, tak se to říká. Je to mikrosvět. To je dobré proto, aby se člověk naučil udržovat s druhými vztahy, že?

Ano“ (A04, 4:1).

6.17.3 Renarkon, Sejřek, Kladno-Dubí

Zakotvenost kódu „délka léčby“ v případě rozhovorů z Česka byla 20. Klienti českých TK se během rozhovorů o této problematice soustředili téměř výhradně na sdělování faktických informací o termínu pobytu v rehabilitačním zařízení. Uvádím zde proto pouze jeden narativ, který pochází od sedmadvacetileté klientky z TK Sejřek. Ten kromě toho, že odkrývá vzájemnou souvislost mezi kódy „délka léčby“ a „příčina závislosti“ (viz kapitola 6.18), poukazuje také na optimální dobu pro setrvání v terapeutickém programu. Informátorka mi konkrétně řekla toto:

„Tady jsem dnešním dnem 6 měsíců a 15 dní.

Hm. Podařilo se ti za tu dobu, co tady jsi, zjistit, proč ty drogy všechny možné bralas?

Hm, podařilo. Podařilo, no.

Mohla bys mi říct ten důvod nebo je to příliš osobní?

Tak důvod... Tak můj důvod vlastně, že...

Může to být i v obecné rovině. Jak chceš.

Dobře. Důvod... Důvod byl ten, že vlastně ‘sem se jako cítila v rodině sama. (...) Moji rodiče se rozvedli, když mi bylo 13.

(...)

Jaká je tvoje představa? Jak dlouho tady budeš?

(...) Mám v plánu tady být do 1. prosince.

Aha, aha. Proč zrovna do 1. prosince?

Protože ‘sem nastoupila 1. listopadu, tak bych chtěla prostě ten...

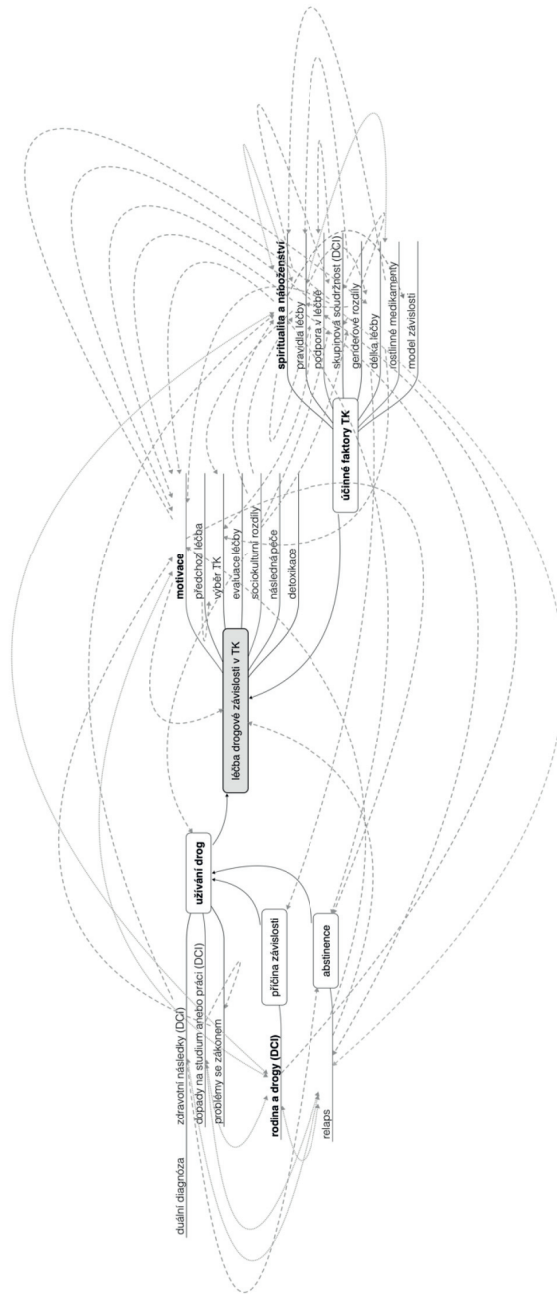
Jo, jo, takhle! Ten rok jakoby tady být“ (S09, 9:4–9:7).

Ačkoli se průměrná délka léčby může lišit, výzkumné studie naznačují, že klienti, kteří zůstávají v léčbě delší dobu, vykazují po jejím skončení lepší výsledky, co se vztahuje k užívání návykových látek, zaměstnanosti a kriminality týče (Malivert et al., 2012; Teeson et al., 2015).

6.18 Model paradigmatu zakotvené teorie

Jak jsem uvedl v kapitole 4.2, dle kauzálních a významových vztahů mezi kódy lze vytvořit model paradigmatu zakotvené teorie. Tento model, graficky znázorněný na obrázku 66, reflektuje strukturu zakotvené teorie. Mentální mapy umístěné v předchozích kapitolách by měly být k tomuto modelu připojeny. Pro větší přehlednost jsem je ale vložil zvlášť.

Ústředním konceptem v modelu paradigmatu je „léčba drogové závislosti v TK“. Centrální koncept je spjat s kódy: „motivace“, „předchozí léčba“, „výběr TK“, „evaluace léčby“, „sociokulturní rozdíly“, „následná péče“ a „detoxikace“.



Obr. 66 Model paradigmatu zakotvené teorie. Ústřední koncept zakotvené teorie, „léčba drogové závislosti v TK“, je zvýrazněn barevně. Kolem něj jsou uspořádány kódy, které vyšly z analýzy dat. Šipkami jsou znázorněny kauzální a významové vztahy. Oboustranná závislost je vyznačena tečkovanou čarou, příčinná čárkovanou. Plnou čarou jsou vyznačeny vztahy mezi klíčovými jevy, způsoby jednání/interakce, příčinnými a intervenujícími podmínkami. Kódy s největší zakotveností jsou zvýrazněny tučně (zdroj: vlastní zpracování).

K centrálnímu konceptu jsou v modelu připojeny klíčové jevy (tzn. „užívání drog“ a „účinné faktory TK“). Ke klíčovým jevům, zasazeným do specifického kontextu, se váží jak určité způsoby jednání/interakce, tak jisté příčinné a intervenující podmínky.

K „užívání drog“ se váže zejména kód „příčina závislosti“. Ten dle poskytnutých informací spočívá primárně na kódu „rodina a drogy (DCI)“. Váže se k němu ale také kód „abstinence“, logicky související s tím, jenž je označen jako „relaps“. „Užívání drog“ se dále pojí se „zdravotními následky (DCI)“ a „duální diagnózou“, „dopady na studium a práci (DCI)“ a „problémy se zákonem“.

Mezi „účinné faktory TK“ dle analýzy dat patří jak „spiritualita a náboženství“, tak „pravidla léčby“, „podpora v léčbě“, „skupinová soudržnost (DCI)“, „genderové rozdíly“, „délka léčby“, „rostlinné medikamenty“ i „model závislosti“.

Co se příčinných vazeb mezi kódy týče, „zdravotní následky (DCI)“ jsou tímto způsobem propojeny s kódy „abstinence“ a „spiritualita a náboženství“. Někteří informátoři měli z užívání drog tak vážné zdravotní problémy, že je to přimělo k abstinenci, resp. k tomu, aby se obrátili k víře. Mezi kódy „zdravotní následky (DCI)“ a „relaps“ lze najít oboustrannou závislost.

Kód „rodina a drogy (DCI)“ je v příčinném vztahu s kódem „podpora v léčbě“, jenž patří mezi „účinné faktory TK“. Emocionální, finanční i materiální pomoc ze strany rodiny má v rehabilitačním procesu své neodmyslitelné místo, i když pro informátory většinou představuje určitou formu závazku.

Na kód „rodina a drogy (DCI)“ je dále napojen kód „spiritualita a náboženství“, přičemž mezi oběma kódy existuje oboustranná závislost. Rodinné zázemí hraje při rozvoji vztahu jedince ke spiritualitě a náboženství významnou roli. Na druhou stranu, rodina je formována spirituálním a náboženským milieu, ve kterém žije.

Oboustranná závislost je také mezi kódy „rodina a drogy (DCI)“ a „motivace“. Rodina může pacienta/klienta motivovat k léčbě, resp. může být pro něj metou, již chce po skončení léčby dosáhnout.

Kód „rodina a drogy (DCI)“ je rovněž spjat s kódy „relaps“ a „dopady na studium a práci (DCI)“, neboť tyto skutečnosti se vzájemně ovlivňují. Problémy s drogami se obvykle do rodinné anebo pracovní oblasti promítnou. Potíže v práci způsobené užíváním drog mohou rovněž vyústit do problémů se zákonem. Z tohoto důvodu jsou v modelu paradigmatu kódy „dopady na studium a práci (DCI)“ a „problémy se zákonem“ navzájem propojeny.

Kód „motivace“ je logicky v kauzálním vztahu s centrální kategorií. Motivaci posilují předchozí „problémy se zákonem“. Proto je mezi těmito kódy v modelu uveden příčinný vztah. „Motivace“ je také spojena s kódy „abstinence“ a „délka léčby“, protože její míra odráží vůli pacienta/klienta zanechat drog a rozhoduje o jeho délce pobytu v TK. Taktéž má příčinný vztah k dodržování „pravidel léčby“, tzn. projevuje se v konformitě pacientova/klientova jednání. Na „motivaci“ jako takovou má vliv „podpora v léčbě“, „skupinová soudržnost (DCI)“ i případný „relaps“. I mezi těmito kódy je kauzální vztah.

„Spiritualita a náboženství“, která patří mezi „účinné faktory TK“, má vliv jak na „motivaci“, tak na „abstinenci“. Oboustrannou závislost lze identifikovat mezi „spiritualitou a náboženstvím“ a kódy: „pravidla léčby“ a „rostlinné medikamenty“, které patří do stejné kategorie. Spirituální orientace členů TK má vliv na tvorbu a výklad stanovených pravidel. Užívání rostlinných medikamentů zase dle informátorů

z Takiwasi přispívá k utváření vztahu k víře. Spiritualita a náboženství se nakonec promítá i do způsobu, jakým je v TK pojímána závislost, tzn. ke kódu „model závislosti“ vede od „spirituality a náboženství“ kauzální vztah.

Co se „pravidel léčby“ týče, ta zahrnují zejména stanovenou „délku léčby“. Povinnost jejich dodržování se váže k možnosti výskytu „relapsu“ a určuje „výběr TK“. Stejný kód je také oboustranně spjat s výše zmiňovaným účinným faktorem TK nazvaným „rostlinné medikamenty“. Ne pro každého drogově závislého je léčba založená na užívání psychoaktivních přípravků přírodního původu přijatelná. V Takiwasi je to však normou.

Na „pravidla léčby“ má určující vliv to, jak jsou v TK pojímány „genderové rozdíly“. Jak bylo uvedeno v kapitole 6.13, jednotlivé TK se k řešení genderových otázek staví rozdílně.

Kód „genderové rozdíly“ je spojený se „skupinovou soudržností (DCI)“, jelikož pacienti/klienti se během společného soužití učí respektu vůči druhému pohlaví.

Kód „skupinová soudržnost (DCI)“ je ve vztahu s kódem „podpora v léčbě“, protože terapeutická skupina jedince stimuluje k tomu, aby pokračoval v rehabilitaci. Dále má na skupinovou soudržnost vliv to, zda jsou v TK „genderové rozdíly“, co se přístupu k terapeutickému programu týče (viz kapitola 6.10).

Skupinová soudržnost je ohrožena porušováním „pravidel léčby“. Nakonec má také kauzální vztah k „relapsu“. Při absenci pocitu přijetí terapeutickou skupinou může pacient/klient z TK odejít a začít znovu užívat drogy.

Kód „podpora v léčbě“ je propojený s „výběrem TK“, neboť rehabilitace by v případě některých pacientů/klientů bez finanční podpory nebyla možná. „Výběr TK“ podmiňuje jak stanovená „délka léčby“, tak „předchozí léčba“, kterou již pacient/klient podstoupil.

„Délka léčba“ má dle analýzy interview vztah ke kódu „příčina závislosti“, jelikož během pobytu v TK má jedinec možnost odhalit důvody, kvůli nimž užíval drogy.

Kód „sociokulturní rozdíly“ má vliv na čtyři „účinné faktory TK“: 1. na „pravidla léčby“ v tom smyslu, že v každé ze zkoumaných TK přistupují jinak k problematice plateb za léčbu, 2. na „genderové rozdíly“, protože v každé TK dochází z jiných důvodů k vyšší incidenci užívání drog u mužů než u žen a v některých latinskoamerických TK je léčba legislativou určena výhradně pro muže; 3. na „spiritualitu a náboženství“, jelikož ta je rovněž v TK pojímána odlišným způsobem; a 4. na „skupinovou soudržnost (DCI)“, neboť respekt vůči jinakosti je podmínkou vzájemného soužití mezi pacienty/klienty. Nakonec mají sociokulturní rozdíly vliv na kód „užívání drog“ (tzn. na jejich druh, dostupnost a způsob administrace).

7 ZÁVĚR

Primárním cílem této případové studie bylo vytvořit zakotvenou teorii o léčbě drogové závislosti v TK. Tato teorie, založená na interpretaci narativů vybraných během obsahové analýzy transkriptů 90 semi-strukturovaných interview s interními pacienty/klienty ze 7 TK, je uvedena v kapitole 6. Citované narativy se váží k vzájemně logicky provázaným kódům, které dohromady tvoří paradigma zakotvené teorie. To je vizuálně znázorněno na modelu, jenž je uveden v kapitole 6.18.

Během terénního výzkumu jsem chtěl zjistit, v čem se v peruánském, nikaragujském a českém kontextu léčba drogové závislosti shoduje a liší. Dále bylo mým záměrem objasnit, které účinné faktory mají vliv na efektivitu zkoumaných TK, vysvětlit, jakou roli v léčbě drogové závislosti hraje spiritualita a náboženství, a verifikovat výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci. Metody, které jsem k dosažení těchto cílů použil, jsou vysvětleny v kapitole 4.

Léčba v Peru, Nikaragui a Česku se shoduje s ohledem na účinné faktory TK a to v přítomnosti osobního terapeuta, používání psychoterapie a ve významu kladeném na skupinovou soudržnost. V Peru se liší administrací rostlinných medikamentů a dietou, v Nikaragui spiritualitou a náboženstvím a praktikováním 12 kroků, v Česku důrazem kladeným na terapeutický program a zájmové aktivity.

Účinnými faktory obecně vzato jsou: spiritualita a náboženství, pravidla léčby, podpora v léčbě, skupinová soudržnost, genderové rozdíly, délka léčby, rostlinné medikamenty a model závislosti.

Co se motivace týče, významný rozdíl mezi peruánskými, nikaragujskými a českými pacienty/klienty jsem nezaznamenal. Shoda panuje v tom, že největším motivačním faktorem jsou rodina a partnerské vztahy.

V souvislosti se spiritualitou a náboženstvím jsem zjistil, že významnou roli hraje pouze v peruánských a nikaragujských terapeutických komunitách.

Analýza rozptylu, použitá u vybraných statistických znaků jedinců ve výzkumném vzorku, potvrdila, že existuje statisticky vysoce průkazná závislost délky abstinence na délce předchozí léčby. Dále jsem identifikoval, že délka aktuální léčby nesouvisí s délkou předchozí léčby, délkou abstinence, dobou užívání drog, ani typem primární drogy. Délka aktuální léčby však souvisí s věkem, tzn. čím starší pacient/klient, tím je léčba delší.

72 % informátorů se domnívá, že jim užívání drog může způsobit (resp. jim v minulosti způsobilo) problémy v rodinných vztazích. Interní pacienti/klienti zkoumaných TK ve značné míře připisují určitý „terapeutický efekt“ skupinové soudržnosti a to bez ohledu na to, jak dlouho setrvali v terapeutickém programu. 88 % z nich potvrdilo, že užívání drog mělo dopad na jejich studium anebo práci. S ohledem na zdravotní následky 59 % osob zmiňovalo „fyzické problémy“ a 46 % „psychické problémy“. Výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci byly potvrzeny.

8 LIMITY ZAKOTVENÉ TEORIE

Tato práce má pochopitelně své limity. V první řadě výzkumný vzorek není reprezentativní, tzn. nevystihuje charakteristické vlastnosti celé populace pacientů/klientů TK ve zkoumaných zemích. Zajistit reprezentativnost vzorku však nebylo reálné, neboť v Peru ani Nikaragui neexistují oficiální záznamy o celkovém počtu TK, které jsou v provozu.⁵⁵ Navíc to nebylo mým cílem, tudíž ani výzkumné metody tomu neodpovídají. V práci jsem se zaměřil na specifika rehabilitačních zařízení v různých sociokulturních kontextech. Z tohoto důvodu byl proveden záměrný výběr informátorů a zvolena metoda případové studie, která se pro takovéto účely nejlépe hodí.

Ve druhé řadě data, která byla použita pro zpracování zakotvené teorie, mohou být zkreslena překladem španělských a anglických interview do českého jazyka.

Ve třetí řadě, kódy vytvořené během otevřeného kódování mají subjektivní charakter, tzn. mají relativní význam. Navíc jejich zakotvenost není důkazem o reálném výskytu zkoumaných jevů, nýbrž údajem, jenž vyjadřuje množství výpovědí o těchto jevech v prepisech rozhovorů. Nakonec nejvíce zakotvené kódy (tj. „účinné faktory TK“ a „motivace“) mohou mít početní převahu nad ostatními, protože rozhovory s pacienty/klienty TK, na nichž tato teorie stojí, byly výrazně orientovány na problematiku, kterou tyto kódy označují.

V další řadě, při analýze zdravotních následků, které pacienti/klienti utrpěli kvůli užívání drog (viz kapitola 6.14), vycházím výhradně z popisu jejich zdravotního stavu tak, jak jej uvedli ve svých výpovědích. Jejich lékařské zprávy jsem neměl k dispozici. Převážně kladné hodnocení léčby ze strany informátorů (viz kapitola 6.15) může být dáno motivační povahou rozhovoru a tím, že evaluace neprobíhala s časovým odstupem po odchodu z TK.

V poslední řadě největším omezením předkládané teorie – a zároveň i výzvou pro budoucí badatele – je délka provedeného terénního výzkumu. Ta mohla mít (zejména v českém a nikaragujském kontextu) vliv na to, do jaké míry se mi podařilo pochopit souvislosti zkoumaného jevu.

⁵⁵ Co se Peru týče, odhaduje se, že tato centra nabízejí po celé zemi zhruba 2 900 lůžek (Díaz et al., 2016). K Nikaragui podrobněji viz CICAD-OAS (2010).

9 SUMMARY

The primary aim of this study was to develop a grounded theory on drug addiction treatment in therapeutic communities. This theory is based on the interpretation of narratives selected during a content analysis of the transcripts of 90 semi-structured interviews with inpatients/clients from 7 therapeutic communities. The quoted narratives are related to mutually coherent codes that jointly form the paradigm of grounded theory as also explained in this study.

During the field research, I wanted to find out some similarities and differences in the treatment of drug addiction in Peruvian, Nicaraguan and Czech. It was also my intention to clarify the factors that seemingly influence: the efficacy of the therapeutic communities; explain the role of spirituality and religion in the treatment of drug addiction; and verify the results of my previous research on retention. To achieve these objectives, I used different methods.

Treatment in Peru, Nicaragua and Czechia is consistent regarding the effective factors of therapeutic communities, in the presence of a personal therapist, the use of psychotherapy and the importance of group cohesion. In Peru, it differs in the administration of plant medications and diet, in Nicaragua, by spirituality and religion and by practicing 12 steps, in the Czech Republic, the emphasis is placed on therapeutic program and leisure activities.

Generally, the effective factors are spirituality and religion, treatment rules, treatment support, group cohesion, gender differences, duration of treatment, plant medications and model of addiction.

Regarding the motivation for drug use, I did not notice any significant difference between Peruvian, Nicaraguan and Czech inpatients/clients. There is a consensus that the greatest motivating factors are family and partner relationships.

The findings show that spirituality and religion play an important role in the Peruvian and Nicaraguan therapeutic communities only.

The analysis of variance confirmed that there is a statistically highly significant dependence between the length of abstinence and the length of previous treatment. Furthermore, I have identified that the duration of current treatment is not related to the length of previous treatment, length of abstinence, length of drug use, or type of primary drug. However, the length of current treatment is related to age, i.e. the older the inpatient/client, the longer the treatment.

Additionally, 72% of informants believe that drug use can cause (or have caused them in the past) problems in family relationships. The inpatients/clients largely attribute some “therapeutic effect” to group cohesion, regardless of how long they stayed in the therapeutic program. Also, 88% of the inpatients/clients confirmed that drug use had an impact either on their studies or work. Regarding health consequences, 59% of people mentioned “physical problems” while 46% mentioned “mental problems”. Finally, the results of previous research on retention have been confirmed.

10 SUMARIO

El objetivo principal de este estudio de caso fue desarrollar una teoría fundamentada sobre el tratamiento de drogadicción en las comunidades terapéuticas. Esta teoría se basa en la interpretación de los discursos seleccionados durante el análisis de contenido de las transcripciones de 90 entrevistas semiestructuradas con pacientes/clientes internos de 7 centros de rehabilitación. Los discursos citados están relacionados con códigos entrelazados mutuamente de una forma coherente, que, a su vez, forman el paradigma de la teoría fundamentada. Dicho paradigma también se explica en la publicación.

Durante la investigación de campo quería averiguarlas coincidencias, igual que las diferencias en el tratamiento de la drogadicción en tres contextos: el peruano, el nicaragüense y el checo. Otra de mis intenciones consistía en aclarar los factores que influyen en la eficacia de las comunidades terapéuticas investigadas, explicar el papel de la espiritualidad y la religión en el tratamiento de la drogadicción, y comprobar los resultados de mis investigaciones previas sobre la retención. Para lograr estos objetivos, utilicé métodos mixtos.

El tratamiento en Perú, Nicaragua y Chequia coincide con respecto a los factores efectivos de la comunidad terapéutica, en presencia de un terapeuta personal, el uso de la psicoterapia y la importancia de la cohesión grupal. En Perú difiere en la administración de plantas medicinales y en la dieta; en Nicaragua la diferencia se relaciona con la espiritualidad, la religión y la práctica de los 12 pasos, mientras que en Chequia se hace hincapié en el programa terapéutico y las actividades de ocio.

Los factores efectivos en general son: la espiritualidad y la religión, las reglas de tratamiento, el apoyo al tratamiento, la cohesión grupal, las diferencias de género, la duración del tratamiento, el uso de las plantas medicinales y el modelo de adicción.

En cuanto a la motivación, no he notado una diferencia significativa entre pacientes/clientes internos peruanos, nicaragüenses y checos. Existe un consenso en que el mayor factor de motivación está representado por las relaciones familiares y de pareja.

Con respecto a la espiritualidad y la religión, he averiguado que juega un papel importante solo en las comunidades terapéuticas peruanas y en las nicaragüenses.

El análisis de la varianza, aplicado a las características estadísticas seleccionadas de los individuos en la muestra de investigación, confirmó que existe una dependencia estadísticamente muy significativa entre la duración de la abstinencia y la duración del tratamiento previo. Además, he comprobado que la duración del tratamiento actual no está relacionada con la duración del tratamiento anterior, ni la de la abstinencia, o la del uso de drogas, ni tampoco con el tipo de la droga primaria. Sin embargo, la duración del tratamiento actual está relacionada con la edad; es decir, cuanto mayor es el paciente/cliente interno, más largo es el tratamiento.

El 72% de los informantes cree que el uso de drogas puede causar problemas en las relaciones familiares (o confirman que éstas han sido la causa de sus dificultades en el pasado). Los pacientes/clientes internos de las comunidades terapéuticas examinadas atribuyen en gran medida algún “efecto terapéutico” a la cohesión del grupo, independientemente de cuánto tiempo permanecieron en el programa terapéutico. El 88% de ellos confirmó que el uso de drogas tuvo un impacto en sus estudios o

trabajo. Con respecto a las consecuencias para la salud, el 59% de las personas mencionó “problemas físicos” y el 46% se refirió a “problemas mentales”. Los resultados de investigación de retención anterior han sido confirmados.

11 BIBLIOGRAFIE

- AA (1990a). *Alcohólicos Anónimos*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- AA (1990b). *Reflexiones diarias: Un libro de reflexiones escritas por los A. A. para los A. A.* New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc.
- Agar, M. (1973). *Ripping and running: A formal ethnography of urban heroin addicts*. New York: Seminar Press.
- Alemán, T., & Hamilton, H. (2019). Actitudes hacia las personas con usos de drogas de residentes de una comunidad urbana, Leon, Nicaragua. *Texto & contexto enfermagem*, 28(Spe):e54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-CICAD-5-4>
- Almeida, R. N. de, Galvão, A. C. de M., da Silva, F. S., Silva, E. A. dos S., Palhano-Fontes, F., Maia-de-Oliveira, J. P., de Araújo, D. B., Lobão-Soares, B., & Galvão-Coelho, N. L. (2019). Modulation of serum brain-derived neurotrophic factor by a single dose of ayahuasca: Observation from a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 10:1234. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01234
- Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors*, 90, 222–228. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008>
- APA (2015). *DSM-5. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 32(1), 20–39. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.04.019
- Becker, H. C. (2008). Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. *Alcohol research & health*, 31(4), 348–361.
- Becker, G., & Kaufman, S. R. (1995). Managing an uncertain illness trajectory in old age: Patients' and physicians' views of stroke. *Medical anthropology quarterly*, 9: 165–187. DOI: 10.1525/maq.1995.9.2.02a00040
- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). *National Centre for Research Methods review paper: How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research*. Southampton: National Centre for Research Methods.
- Bennett L., & Cook, P. (1996). Alcohol and drug studies. In: Sargent C., & Johnson T. (Eds.), *Handbook of medical anthropology: Contemporary theory and practice*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R., Comings D. E. (1996). Reward deficiency syndrome. *American scientist*, 84: 132–145.
- Borton, C. B., Ferigolo, M., & Barros, H. M. T. (2017). Families that live with disorders related to substances and addiction. *Journal of drug abuse*, 3 (1:3). DOI: 10.21767/2471-853X.100044
- Bouso, J. C., Dos Santos, R., Grob, Ch. S., Silveira, D., Jon McKenna, D., de Araujo, D., Riba, J., Ribeiro Barbosa, P. C., Sánchez Aviléz, C., & Labate, B. (2017). *Ayahuasca technical report 2017*. Barcelona: ICEERS.
- Bourgois, P. (2003). *Search of research: Selling crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourgois P., & Schonberg J. (2009). *Righteous dopefiend*. Berkeley: University of California Press.

- Bulkeley, K. (2014). Religious conversion and cognitive neuroscience. In: Rambo, L. R., & Farhadian, Ch. E. (Eds.), *The Oxford handbook of religious conversion*. Oxford: Oxford University Press, 249–256. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780195338522.013.010
- Cain, C. (1991). Personal stories: Identity acquisition and self-understanding in Alcoholics Anonymous, *Ethos*, 19(2), 210–253.
- Carlson R., Singer M., Stephens R., & Sterk C. (2009). Reflections on 40 years of ethnographic drug abuse research: Implications for the future. *Journal of drug issues*, 39: 57–70. DOI: <https://doi.org/10.1177/002204260903900106>
- CDC (2018). *Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú*. URL: <http://bit.ly/2lXKQjA>
- CEDRO (2018). *El problema de las drogas en el Perú*. URL: <http://bit.ly/2PrdxCd>
- CICAD-OAS (2010). *Nicaragua. Evaluation of progress in drug control 2007–2009*. Washington, DC: OAS. URL: <http://bit.ly/2LA9npF>
- CICAD-OAS (2019). *Report on drug use in the Americas*. Washington, DC: OAS. URL: <http://bit.ly/2psUjJ9>
- Corbin, J., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the trajectory framework. *Scholarly inquiry for nursing practice: An international journal*, 5, 155–174.
- ČSÚ (2019). *Základní charakteristiky ekonomického postavení obyvatelstva ve věku 15 a více let*. URL: <http://bit.ly/2rIZWMK>
- Deleuze, G. (2007). *Two Regimes of madness, revised edition: Texts and interviews 1975–1995*. Cambridge, MA: MIT Press
- de Rios, M. D., & Grob, Ch. S. (1995). Hallucinogens, suggestibility & adolescence in cross-cultural perspective. In Rättsch, Ch., & Baker, J. R. (Eds.), *Yearbook for ethnomedicine and the study of consciousness*. Berlin: VWB – Verlag für Wissenschaft un Bildung, 113–132.
- de Rios, M. D., Grob, Ch. S., & John R. Baker (2002). Hallucinogens and redemption. *Journal of psychoactive drugs*, 34(3), 239–48.
- Dermatis, H., Salke, M., Galanter, M., & Bunt, G. (2001). The role of social cohesion among residents in a therapeutic community. *Journal of substance abuse treatment*, 21(2), 105–110. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00183-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00183-0)
- Díaz, José Eduardo Cruz, Gaino, Loraine Vivian, & Souza, Jacqueline de. (2016). Clinical and socio-demographic characteristics of patients at a rehabilitation center for chemical dependency. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e57037. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57037>
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in psychology*. 6:1795. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01795
- Douglas, M. (Ed.) (1987). *Constructive drinking: Perspectives on drink from anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ducci, F. & Goldman, D. (2012). The genetic basis of addictive disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 35(2), 495–519. DOI: 10.1016/j.psc.2012.03.010.
- Dupuis, D. (2018). Prácticas en búsqueda de legitimidad: El uso contemporáneo de la aya-huasca, entre reivindicaciones terapéuticas y religiosas. *Salud colectiva*, 14(2), 341–354. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1539>
- ECDC, & WHO. (2018). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2018–2017 data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: <http://bit.ly/2NIwQGa>

- El Peruano (2012). *Decreto supremo N° 006-2012-SA*. URL: <http://bit.ly/2Xkvpjk>
- EMCDDA (2012). *EMCDDA INSIGHTS: Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2018). *Czech Republic drug report 2018*. URL: <http://bit.ly/30A5cy5>
- EMCDDA (2019). *Evropská zpráva o drogách 2019: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie. DOI: 10.2810/74345
- Esmaeili, A., Mirzazadeh, A., Carter, G. M., Esmaeili, A., Hajarizadeh, B., Sacks, H. S., & Page, K. A. (2017). Higher incidence of HCV in females compared to males who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Journal of viral hepatitis*, 24(2), 117–127. DOI: 10.1111/jvh.12628
- Frecska, E., Bokor, P., & Winkelman, M. (2016). The therapeutic potentials of ayahuasca: Possible effects against various diseases of civilization. *Frontiers in pharmacology*, 7, 35. DOI: 10.3389/fphar.2016.00035
- Freud, A. (1937). *The Ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.
- Füleová, A., & Petrášová, B. (2016). Léčení uživatelé nelegálních drog v České republice. *Hygiena*, 61(2), 63–69. DOI: <http://dx.doi.org/10.21101/hygiena.a1447>
- Füleová, A., & Zónová, J. (2018). *Zdravotní následky uživatelů drog v Česku v roce 2017*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy. URL: <http://bit.ly/2IW30C9>
- Garcia, A. (2008). The elegiac addict: History, chronicity, and the melancholic subject. *Cultural anthropology*, 23, 718–746.
- Garcia, A. (2010). *The Pastoral clinic: Addiction and dispossession along the Rio Grande*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Social support as protective factor of recurrence after drug addiction treatment. *Revista medica de Chile*, 136(2), 169–178.
- Giove, R. (2002). *La liana de los muertos al rescate de la vida*. Tarapoto: Takiwasi.
- Gómez-Restrepo, C., Maldonado, P., Rodríguez, N., Ruiz-Gaviria, R., Escalante, M. Á., Gómez, R. Á., de Araujo, M. R., de Oliveira, A. C. S., Rivera, J. S. C., García, J. A.G., Ferrand, M. P., & Blitchtein-Winicki, D. (2017). Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: an international collaborative study survey in Latin America. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 12(1), 53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0129-y>
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric clinics of North America*, 33(2), 339–355. DOI: 10.1016/j.psc.2010.01.004
- Greenwood, G. L., Woods, W. J., Guydish, J., Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 20(1), 15–23.
- Grund J.-P., Nico A., & Kaplan C. (1991). Needle sharing in the Netherlands: An ethnographic analysis. *American journal of public health*, 81, 1602–1607.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, 105–117.
- Haass-Koffler, C. L., Leggio, L., & Kenna, G. A. (2014). Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS drugs*, 28: 343. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0149-3>
- Hanegraaff, W. J. (2016). Reconstructing “religion” from the bottom up. *Numen*, 63(5–6), 577–606.

- Hájková, V. (2005). *Integrativní pedagogika*. Praha: IPPP ČR.
- Hasin, D. S., O'Brien, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney, A., Compton, W. M., Crowley, T., Ling, W., Petry, N. M., Schuckit, M., & Grant, B. F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *The American journal of psychiatry*, 170(8), 834–851. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782
- Heath, D. (1958). Drinking patterns of the Bolivian Camba. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 19, 491–508.
- Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: A review of the literature (1990–2010). *Current drug abuse reviews*, (4), 4–27.
- Hernández-Vásquez, A., Núñez, S., Santero, M., Grendas, L., Huarez, B., Vilcarromero, S., Casas-Bendezú, M., Braun, S., Cortés, S., & Rosselli, D. (2018). Risk factors associated with drug use before imprisonment in Peru. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 20(1), 11–20.
- Holland, C. L. (2012). *Public opinion polls and census data on religious affiliation in Nicaragua, 1950–2012*. San Pedro: PROLADES. URL: <http://bit.ly/2KanPDT>
- Horák, M. (2008). Česko-peruánský systém léčby drogové závislosti. In Škvařilová, B., Hroníková, L. *Sborník 4. memoriálu prof. J. Matiegky a prof. J. Malého*. Praha: HMČ UK, s. 3–5. URL: <http://bit.ly/2UrHJAH>
- Horák, M. (2013a). *Dům, kde se zpívá. Rehabilitace drogově závislých tradiční domorodou medicínou peruánské Amazonie*. Brno: Mendelova univerzita v Brně. URL: <http://bit.ly/2ItITWa>
- Horák, M. (2013b). *The house of song. Rehabilitation of drug addicts by the traditional indigenous medicine of the Amazon*. Brno: Mendel University in Brno. URL: <http://bit.ly/2Oa7nDF>
- Horák, M. (2013c). A brief history of drug abuse, addiction concepts and community treatment. In *Proceedings of the HASSACC 2013 – Virtual conference human and social sciences at the common conference*. Žilina: Printing House of the University of Žilina, 157–160.
- Horák, M., Verter, N., & Somerlíková, K. (2014). Efficacy of drug rehab centres in Nicaragua, Peru, and the Czech Republic. *Adiktologie*, 14(4), 428–439.
- Horák, M., & Somerlíková, K. (2015). Eficacia de la terapia asistida de drogadicción con ayahuasca. In: Horák, M. (Ed.) *Etnobotánica y fitoterapia en América*. Brno: Mendel University in Brno, 52–71. URL: <http://bit.ly/2IMT0mF>
- Horák, M., Novák, P., Wozáryová, W. (2016). Legal aspects of the ayahuasca consumption in the European Union. In: *Region in the development of society 2016*. Brno: Mendel University in Brno, 276–283.
- Horák, M. (2017). *Ayahuasca v České republice*. Brno: Mendelova univerzita v Brně. URL: <http://bit.ly/2XnYXMv>
- Horák, M., & Somerlíková, K. (2017). Rozdíly v motivaci k léčbě závislosti mezi interními pacienty psychiatrických nemocnic a terapeutických komunit. *Adiktologie*, 17(3), 198–207.
- Horák, M., & Verter, N. (2019). *Ayahuasca in the Czech Republic (extended version)*. Brno: Mendel University in Brno. URL: <http://bit.ly/2XCTxNH>
- Hunt, G., & Barker, J. C. (1999). Drug treatment in contemporary anthropology and sociology. *European addiction research*, 5(3), 126–132. DOI: <https://doi.org/10.1159/000018980>
- Chatav, Y. & Stuart, G. (2009). Social learning model of addictive behaviors. In Fisher, G. L., & Roget, N. A. (Eds.), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc, 834–836. DOI: 10.4135/9781412964500.n289
- ILO (2019). *Country profiles*. URL: <http://bit.ly/2Kj2FTi>
- INCB (2014). Economic consequences of drug abuse. In: *Report 2013*. New York: United Nations, 1–6. URL: <http://bit.ly/2lRsLUz>

- INEI (2017). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. URL: <http://bit.ly/2PrMtCN>
- INEI (2018). *Perú: Perfil sociodemográfico. Informe nacional. Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. URL: <http://bit.ly/2TuwlQS>
- Jambrikovič, D. (2007). *Srovnání některých přístupů v léčbě závislostí*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Magisterská diplomová práce.
- Jerome, L., Schuster, S., & Yazar-Klosinski, B. B. (2013). Can MDMA play a role in the treatment of substance abuse. *Current drug abuse reviews*, 6, 54–62.
DOI: <https://doi.org/10.2174/18744737112059990005>
- Kahan, M., Srivastava, A., Ordean, A., & Cirone, S. (2011). Buprenorphine: New treatment of opioid addiction in primary care. *Canadian family physician/Medecin de famille canadien*, 57(3), 281–289.
- Kalina, K. (Ed.) (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Folia Nova.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.
- Kavenská, V. (2013). *Tradiční medicína Jižní Ameriky a její využití v psychoterapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kavenská, V., & Simonová, H. (2015). Ayahuasca tourism: Participants in shamanic rituals and their personality styles, motivation, benefits and risks. *Journal of psychoactive drugs*, 47(5), 351–359.
- Kedia S., & van Willigen J. (Eds.) (2005). *Applied anthropology: Domains of application*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Kedron, K., & Horák, M. (2017). Řeč a identita klientů terapeutických komunit pro drogově závislé v České republice. In: *Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference Region v rozvoji společnosti 2017*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 350–363.
- Kopak, A. M., Chen, A. C., Haas, S. A., & Gillmore, M. R. (2012). The importance of family factors to protect against substance use related problems among Mexican heritage and White youth. *Drug and alcohol dependence*, 124(1-2), 34–41. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.004
- Kooyman, M. (2004). *Terapeutická komunita pro drogově závislé*. In: Kooyman, M., De Leon, G., & Nevšimal, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj*. Praha: Středočeský kraj/Hl. m. Praha/Magdaléna o. p. s., 11–129.
- Kratochvíl, S. (2005). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Křížová, E. (2019). GLOSÝ I. Jak překládat termín „medicalization“ do češtiny? *PSYCHOSOM Online*. URL: <http://bit.ly/2Y3uWW0>
- Kuda, A. (2008). Prevence a zvládání relapsu. In: Kalina, K. (Ed.) *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing a. s., 225–237.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In: Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 17–23.
- Lee, N., & Boeri, M. (2017). Managing stigma: Women drug users and recovery services. *Fusio: the Bentley undergraduate research journal*, 1(2), 65–94.
- MacAndrew, C., & Edgerton, R. B. (1969). *Drunken comportment, a social explanation*. Chicago: Aldine Publishing Company.

- Magor-Blatch, L., Bhullar, N., Thomson, B., & Thorsteinsson, E. (2014). A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities. *Therapeutic communities: The international journal of therapeutic communities*, 35(4), 168–184.
DOI: <https://doi.org/10.1108/TC-07-2013-0024>
- Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of the therapeutic communities: A systematic review. *European addiction research*, 18(1), 1–11. DOI: 10.1159/000331007
- Mathieson, J., Popay, J., Enoch, E., Escorel, S., Hernandez, M., Johnston, H. & Rispel, L. (2008). *Social exclusion: Meaning, measurement and experience and links to health inequalities. A review of literature*. Lancaster: World Health Organization, Lancaster University.
- Matthew, K. J., Regmi, B., & Lama, L. D. (2018). Role of family in addictive disorders. *International journal of psychosocial rehabilitation*, 22(1), 65–75.
- Mennis, J., Stahler, G. J., & Mason, M. J. (2016). Risky substance use environments and addiction: A new frontier for environmental justice research. *International journal of environmental research and public health*, 13, 607; DOI: 10.3390/ijerph13060607
- Metzner, R. (2017). Entheogenesis: Toward an expanded worldview for our time. *Journal of humanistic psychology*, 57(5), 443–449. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022167817723405>
- Mikšaníková, T., Hacsí, B., & Orlando, D. (2008). *Nejen pro LGBTIQ komunitu*. Praha: eLnadruhou, o.s. URL: <http://bit.ly/2UoOymv>
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y salud pública en las Américas: Un caso para la acción*. Washington, DC: OPS.
- Morales-García, J. A., de la Fuente Revenga, M., Alonso-Gil, S., Rodríguez-Franco, M. I., Feilding, A., Perez-Castillo, A., & Riba, J. (2017). The alkaloids of *Banisteriopsis caapi*, the plant source of the Amazonian hallucinogen Ayahuasca, stimulate adult neurogenesis in vitro. *Scientific reports*, 7(1), 5309.
DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05407-9>
- MPSV (2015). *Analyza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR*. Praha: FM Solutions, a. s. URL: <http://bit.ly/2GfKVWw>
- MPSV (2019). *Pomoc v hmotné nouzi*. URL: <http://bit.ly/2Z1RQe0>
- MPSV (2019a). *Životní a existenční minimum*. URL: <http://bit.ly/2XOEdb>
- Mravčík, V. (Ed.). (2018). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky. URL: <http://bit.ly/3288Xg1>
- Murphy, J. (2013). *Moc podvědomí*. Praha: Pragma.
- Nevšímal, P. (Ed.) (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy.
- Nichols, D. E., Johnson, M. W., & Nichols, C. D. (2017). Psychedelics as medicines: An emerging new paradigm. *Clinical pharmacology & therapeutics*, 101(2), 209–219.
<https://doi.org/10.1002/cpt.557>
- NIDA (2014). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. URL: <http://bit.ly/2LQ2DnQ>
- O'Neill, T. D., & Mitchell, C. M. (1996). Alcohol use among American Indian adolescents: The role of culture in pathological drinking. *Social science & medicine*, 42(4), 565–578.
DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00157-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00157-3)
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204. DOI: 10.1080/20008198.2017.1351204

- OPD-DEVIDA (2010). *Impacto social y economico del consumo de drogas en el Perú*. Lima: Perú Print Pack S.A.
- OSO (2014). *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu*. Praha: Český statistický úřad.
URL: <http://bit.ly/2YMSIYC>
- PAHO (2016). *Hepatitis B and C in the spotlight. A public health response in the Americas*.
URL: <http://bit.ly/2lwFgEy>
- PAHO (2019). *Country report: Nicaragua*. URL: <http://bit.ly/2ksqK0q>
- Pascale, A., Hynes, M., Cumsille, F., & Bares, C. (2014). *Use of cocaine base paste in South America: A review of epidemiological, medical and toxicological issues*. Washington, DC: CICAD-OAS. URL: <http://bit.ly/2ZCRE8e>
- Patrick, M. E., Wightman, P., Schoeni, R. F., & Schulenberg, J. E. (2012). Socioeconomic status and substance use among young adults: A comparison across constructs and drugs. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 73(5), 772–782.
- Potenza, M. N. (2013). Biological contributions to addictions in adolescents and adults: Prevention, treatment, and policy implications. *The journal of adolescent health: Official publication of the society for adolescent medicine*, 52(2 Suppl 2), S22–S32.
DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.007
- Preble E., & Casey J. (1969). Taking care of business: The heroin user's life on the street. *International journal of the addictions*, 4, 1–24.
- Prom-Wormley, E., Ebejer, J., M. Dick, D., & Bowers, M. S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug and alcohol dependence*, 180, 241–259.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.040>
- Radimecký, J. (2006). *Absták (syndrom z odnětí drogy) je nesnesitelně trýznivý*.
URL: <http://bit.ly/2ZJZkls>
- Raikhel, E., & Garriott, W. (Eds.) (2013). *Addiction trajectories*. Durham and London: Duke University Press.
- Regier, D., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12, 92–98.
- Rehm, J., Monteiro, M. (2005). Alcohol consumption and burden of disease in the Americas – implications for alcohol policy. *Pan American journal of public health*, (4/5), 241–248.
- Richterová-Těminová, M. (2007). Cíle léčby. In: Nevšimal, P. (Ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy.
- Room, R. (1984). Alcohol and ethnography: A case of problem deflation? *Current anthropology*, 25, 169–178.
- Rosenblatt, P. C., Anderson, R. M., & Johnson, P. A. (1984). The meaning of “cabin fever”. *The journal of social psychology*, 123:1, 43–53, DOI: 10.1080/00224545.1984.9924512
- Rylko-Bauer B., Singer M., van Willigen J. (2006). Reclaiming applied anthropology: Its past, present, and future. *American anthropologist*, 108(1), 178–190.
- Rumlerová, T. (2018). *Osobní zkušenost účastníků diety – léčebné metody tradiční Amazonské medicíny v centru Takiwasi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Magisterská diplomová práce.
- Růžička, M. (Ed.) (2012). „Dokážu to?“ *Pervitin – koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: P-centrum.
- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 44–75.

- Saucedo Rojas, G., Friso, F., Torres Romero, J., Politi, M. (2018). Uso de tecnologías de la información en la gestión de un centro de medicina integrativa especializado en adicciones. *Revista peruana de medicina integrativa*, 3(3), 123–131.
- Scully, E. P. (2018). Sex Differences in HIV Infection. *Current HIV/AIDS reports*, 15(2), 136–146. DOI: 10.1007/s11904-018-0383-2
- Singer, M. (2012). Anthropology and addiction: An historical review. *Addiction*, 107(10), 1747–1755. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2012.03879.x.
- Singer M., Saleheen H., Mirhej G., & Santelices C. (2006). Research findings on drinking among street drug users. *American anthropologist*, 108, 502–506.
- Slavík, P. (1997). *Alternativní kultura (TV seriál)*. URL: <http://bit.ly/36Ddnx4>
- Solis, J. M., Shadur, J. M., Burns, A. R., & Hussong, A. M. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, 5(2), 135–147.
- Stebbins, K. (1987). Tobacco or health in the Third World: A political economy perspective with emphasis on Mexico. *International journal of health services*, 17, 523–538.
- STEM (2018). *Postoj Čechů k náboženství*. URL: <http://bit.ly/2HGtNL3>
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce; Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Sudhinaraset, M., Wigglesworth, C., & Takeuchi, D. T. (2016). Social and cultural contexts of alcohol use: Influences in a social–ecological framework. *Alcohol research: Current reviews*, 38(1), 35–45.
- Sulkunen, P. (1979). *Abstainers in Finland 1946–1976. A study in social and cultural transition*. Helsinki: The Social Research Institute of Alcohol Studies.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: Evidence and interventions for drug users in treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. DOI: 10.2810/72023
- Sussman, S., Milam, J., Arpawong, T. E., Tsai, J., Black, D. S., & Wills, T. A. (2013). Spirituality in addictions treatment: Wisdom to know... what it is. *Substance use & misuse*, 48(12), 1203–1217. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800343>
- Šafr, J., Bayer, I., & Sedláčková, M. (2008). Sociální koheze. Teorie, koncepty a analytická východiska. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, (44), 2, 247–269.
- Takiwasi (2019). *Ayahuasca treatment outcome project. ATOP Peru*. URL: <http://bit.ly/2NVDmjh>
- Teeson, M., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., Lynskey, M., Memedovic, S., White, J., Mills, K. L. (2015). Long-term mortality, remission, criminality and psychiatric comorbidity of heroin dependence: 11-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addiction*, 110(6), 986–983. DOI: 10.1111/add.12860.
- Turner, B., & Deane, F. (2016). Length of stay as a predictor of reliable change in psychological recovery and well being following residential substance abuse treatment. *Therapeutic communities: The international journal of therapeutic communities*, 37(3), 112–120. DOI: <https://doi.org/10.1108/TC-09-2015-0022>
- UNAIDS (2019). *Epidemic transition metric. Trend of new HIV infections (Nicaragua)*. URL: <https://aidsinfo.unaids.org>
- UNODC (2010). *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment*. URL: <http://bit.ly/2Xi1lbh>
- UNODC (2018). *Informe mundial sobre las drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. URL: <http://bit.ly/2mB0MJ1>

- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N., & Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 4, 10. DOI: 10.1186/1747-597X-4-10
- Vanyukov, M. M., Tarter, R. E., Kirillova, G. P., Kirisci, L., Reynolds, M. D., Kreek, M. J., Conway, K. P., Maher, B. S., Iacono, W. G., Bierut, L., Neale, M. C., Clark, N. B., & Ridenour, T. A. (2012). Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: Theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug and alcohol dependence*, 123, S3–S17.
DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.018>
- Wasson, G. R., Kramrisch, S., Ott, J., & Ruck, C. A. P. (1986). *Persephone's quest: Entheogens and the origins of religion*. New Haven/London: Yale University Press.
- Weeks M., Clair S., Borgatti S., Radda K., & Schensul, J. (2002). Social networks of drug users in high-risk sites: Finding the connections. *AIDS and behavior*, 62, 193–206.
- Weinberger, A. H., Platt, J. M., Shuter, J., & Goodwin, R. D. (2016). Gender differences in self-reported withdrawal symptoms and reducing or quitting smoking three years later: A prospective, longitudinal examination of U.S. adults. *Drug and alcohol dependence*, 165, 253–259. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.06.013
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 2013, 579310.
DOI: 10.1155/2013/579310
- WHO (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10 revize)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. URL: <http://bit.ly/2YmrGmb>
- Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 7(1), 17–31.
- ZSI Kladno (2019a). *Terapeutická komunita Kladno – Dubí*. URL: <http://bit.ly/2Td9gEe>
- ZSI Kladno (2019b). *Terapeutická komunita Kladno – Dubí (fotografie)*.
URL: <http://bit.ly/2r9nR7S>

12 PŘÍLOHY

12.1 Informovaný souhlas

KOMPARATIVNÍ VÝZKUM LÉČBY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

JMÉNO A PŘÍJMENÍ ÚČASTNÍKA VÝZKUMU:

Souhlasím s účastí na tomto výzkumu, neboť mi byly poskytnuty veškeré základní informace a měl/-a jsem příležitost položit všechny otázky potřebné k tomu, abych mu rozuměl/-a. Tyto otázky mi byly zodpovězeny jasně a důkladně. Navíc mi bylo vysvětleno, proč pro mě účast na tomto výzkumu neznamená žádné riziko.

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí na uvedeném výzkumu a s poskytnutím výzkumného materiálu. Má účast je dobrovolná a mohu ji přerušit, kdykoliv uznám za vhodné.

V, dne

.....

podpis

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN COMPARATIVA DEL TRATAMIENTO DE DROGADICCIÓN

APELLIDO Y NOMBRES DEL PARTICIPANTE:

Expreso mi consentimiento para participar en este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

....., a de de

Fdo. D/Dña

12.2 Formulář semi-strukturovaného rozhovoru

FORMULÁŘ ROZHOVORU S INTERNÍMI PACIENTY/KLIENTY

1. OSOBNÍ ÚDAJE

- 1.1 Kolik je vám let?
- 1.2 Odkud pocházíte?
- 1.3 Jaký je váš rodinný stav?

2. UŽÍVÁNÍ DROG

- 2.1 Jaký typ drogy jste užíval/-a?
- 2.2 Jak dlouho?
- 2.3 Z jakého důvodu jste bral/-a drogy?

3. PŘEDCHOZÍ LÉČBA

- 3.1 Podstoupil/-a jste nějakou předchozí léčbu?
- 3.2 Jakého typu (ambulantní, interní)?
- 3.3 Jak dlouho vaše předchozí léčba trvala?

4. SOUČASNÁ LÉČBA

- 4.1 Jak dlouho jste v TK?
- 4.2 Proč jste se rozhodl/-a podstoupit léčbu právě tady?
- 4.3 Kdo vám tuto TK doporučil?
- 4.4 Podporuje vás někdo v léčbě (např. rodinní příslušníci, zaměstnavatel)?

5. ÚČINNOST LÉČBY

- 5.1 Jaký aspekt léčby vám nejvíc pomáhá?
- 5.2 Máte osobního terapeuta? Kdo to je?
- 5.3 Je něco, co vás táhne z TK ven?
- 5.4 Měl/-a jste někdy chuť léčbu ukončit?
- 5.5 Jak dlouho jste byl/-a nejdéle v životě schopný/-á sám/sama přestat s drogami?
- 5.6 Z jakého důvodu jste je znovu začal/-a brát?
- 5.7 Co vás nejvíc motivuje v tom, abyste pokračoval/-a v léčbě?

6. DCI

- 6.1 Řekl/-a byste, že soužití klientů v TK je důležité pro to, aby terapeutický program fungoval?
- 6.2 Řekl/-a byste, že vám vaše jednání, pocity a chování mohou způsobit zdravotní problémy?
- 6.3 Měl/-a jste kvůli braní drog někdy problémy se školou nebo prací?
- 6.4 Souhlasíte s tím, že vám užívání drog může způsobit problémy v rodinných vztazích?
- 6.5 Opustil/-a jste někdy kvůli drogám svou rodinu?

7. NÁBOŽENSTVÍ

- 7.1 Jakou roli hraje v léčbě náboženství nebo spiritualita?
- 7.2 Jste členem nějaké církve?
- 7.3 Dostalo se vám před příchodem do TK nějakého božího znamení?

8. ROD

- 8.1 Je během rehabilitačního procesu povoleno mít sex?
- 8.2 Má absence sexuálních vztahů v procesu léčby nějaký význam?
- 8.3 Myslíte si, že je nějaký rozdíl v léčbě mužů a žen?
- 8.4 Podle statistik je více závislých mužů než žen. Proč tomu tak je?
- 8.5 Myslíte si, že kdybyste měl/-a dítě, pomohlo by vám to nechat drogy?

9. PRÁVO

- 9.1 Měl/-a jste někdy problémy se zákonem?

FORMULARIO DE ENTREVISTA CON LOS PACIENTES INTERNOS**1. INFORMACIÓN PERSONAL**

- 1.1 ¿Cuántos años tienes?
- 1.2 ¿De dónde eres?
- 1.3 ¿Cuál es tu estado civil?

2. CONSUMO DE DROGAS

- 2.1 ¿Qué tipo de droga consumiste?
- 2.2 ¿Por cuánto tiempo?
- 2.3 ¿Cuál fue la razón de tu consumo de drogas?

3. TRATAMIENTO ANTERIOR

- 3.1 ¿Pasaste algún tratamiento anterior?
- 3.2 ¿Qué tipo (ambulatorio, interno)?
- 3.3 ¿Cuánto tiempo duró tu rehabilitación anterior?

4. TRATAMIENTO ACTUAL

- 4.1 ¿Cuánto tiempo ya llevas en el centro?
- 4.2 ¿Por qué decidiste realizar un tratamiento concretamente aquí?
- 4.3 ¿Quién te indicó este Centro?
- 4.4 ¿Te apoya alguien en el tratamiento (p. ej. familiares, empleador)?

5. EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- 5.1 ¿Qué aspecto del tratamiento te ayuda más en tu rehabilitación?
- 5.2 ¿Tienes un terapeuta personal? ¿Quién es?
- 5.3 ¿Hay algo que te atrae para salir del Centro?
- 5.4 ¿Has alguna vez tenido ganas de abandonar el tratamiento?
- 5.5 ¿Qué tiempo más largo en tu vida dejaste de tomar las drogas sólo?
- 5.6 ¿Por cuál motivo empezaste a tomar las drogas otra vez?
- 5.7 ¿Cuál es el factor más motivador para que sigas en el tratamiento?

6. DCI

- 6.1 ¿Dirías que la convivencia de los pacientes en el centro es importante para el funcionamiento del programa terapéutico?
- 6.2 ¿Dirías que tus actitudes, sentimientos o comportamientos te pueden causar problemas con tu salud física?
- 6.3 ¿Has tenido alguna vez problemas en la escuela o en el trabajo por causa del consumo de drogas?
- 6.4 ¿Estás de acuerdo con que el consumo de drogas te puede causar problemas en tus relaciones familiares?
- 6.5 ¿Has abandonado alguna vez tu familia por las drogas?

7. RELIGIÓN

- 7.1 ¿Cuál es el papel de la religión o espiritualidad en el tratamiento?
- 7.2 ¿Eres miembro de alguna iglesia?
- 7.3 ¿Recibiste alguna señal de Dios para venir a este centro?

8. GÉNERO

- 8.1 ¿Está permitido tener sexo durante el proceso de rehabilitación?
- 8.2 ¿Tiene la ausencia de las relaciones sexuales algún sentido en el proceso de rehabilitación?
- 8.3 ¿Crees que hay alguna diferencia en el tratamiento de hombres y mujeres?
- 8.4 Según las estadísticas hay más hombres adictos que mujeres. ¿Por qué es así?
- 8.5 ¿Crees que tener un hijo te ayudaría dejar las drogas?

9. DERECHO

- 9.1 ¿Tuviste alguna vez problemas con la ley?

12.3 Charakteristika výzkumného vzorku

ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záนาม	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
A01	M	svobodný	18	nikaragujská	1134	A01.mp3	10377	marhuana	6	0	1	2
A02	M	svobodný	20	nikaragujská	1715	A02.mp3	15677	ritalin	6	1	1	2
A03	M	svobodný	19	nikaragujská	1323	A03.mp3	12249	crack	4	0	1	2
A04	M	svobodný	24	nikaragujská	1183	A04.mp3	11783	marhuana	10	0	0	1
A05	M	ženatý	41	nikaragujská	2115	A05.mp3	18558	alkohol	27	6	1	2
A06	M	svobodný	14	nikaragujská	1235	A06.mp3	10321	crack	3	4	1	1
A07	M	svobodný	45	nikaragujská	1675	A07.mp3	12375	alkohol	30	0	0	1
CARA01	F	svobodná	18	nikaragujská	1310	CARA01.mp3	13217	marhuana	4	0	0	1
CARA02	M	svobodný	26	nikaragujská	1884	CARA02.mp3	19727	marhuana	16	1.5	0	3
CARA03	M	svobodný	34	nikaragujská	2758	CARA03.mp3	29161	alkohol	19	10	1	2
CARA04	M	svobodný	55	nikaragujská	1990	CARA04.mp3	17972	alkohol	41	1	1	2
CARA05	M	svobodný	24	nikaragujská	1656	CARA05.mp3	15567	crack	6	1	1	2
CARA06	M	svobodný	32	nikaragujská	2684	CARA06.mp3	24039	alkohol	18	12	1	2
CARA07	M	svobodný	20	nikaragujská	1125	CARA07.mp3	9184	crack	5	0	0	2
CARA08	M	ženatý	42	nikaragujská	2227	CARA08.mp3	16595	alkohol	6	12	1	1
CARA09	M	ženatý	42	nikaragujská	1779	CARA09.mp3	17337	alkohol	26	4	1	2
CARA10	M	svobodný	23	nikaragujská	1811	CARA10.mp3	17671	marhuana	4	0	1	0
C01	M	svobodný	21	nikaragujská	738	C01.mp3	8781	marhuana	7	0	1	1
C02	M	svobodný	35	USA	1079	C02.mp3	12605	sex	22	0	0	2
C03	M	ženatý	26	nikaragujská	1365	C03.mp3	12954	alkohol	11	0	1	0
C04	M	svobodný	24	nikaragujská	975	C04.mp3	11441	marhuana	10	9	1	1
C05	F	svobodná	31	nikaragujská	1643	C05.mp3	16306	crack	8	2	1	1
C06	M	ženatý	28	nikaragujská	876	C06.mp3	8633	hazardní hry	16	4	0	0
C07	M	rozvedený	43	nikaragujská	663	C07.mp3	6620	alkohol	14	3	0	1
C08	M	svobodný	29	nikaragujská	992	C08.mp3	9326	alkohol	8	0	0	1
C09	M	svobodný	29	USA	2508	C09.mp3	25879	heroin	9	26	1	0
C10	F	vdaná	22	nikaragujská	552	C10.mp3	5682	alkohol	8	12	1	0
C11	M	ženatý	33	nikaragujská	2224	CEA15_1.mp3	23412	alkohol	20	0	1	3
C12	M	ženatý	72	nikaragujská	1289	CEA15_2.mp3	11551	alkohol	60	2	0	1
C13	M	svobodný	19	nikaragujská	2161	CEA15_3.mp3	19653	alkohol	5	0	1	0
C14	M	svobodná	23	nikaragujská	1295	CEA15_4.mp3	12484	alkohol	5	4	0	0
C15	M	ženatý	34	nikaragujská	2975	CEA15_5.mp3	25135	alkohol	17	0	1	0
C16	M	rozvedený	54	nikaragujská	1784	CEA15_6.mp3	13328	alkohol	40	0	0	0

Obr. 67 Výzkumný vzorek – kumulativní data (zdroj: vlastní zpracování).

ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
K001	M	svobodný	22	česká	847	K001.mp3	9127	pervitin	4	3	1	3
K002	M	svobodný	33	česká	1528	K002.mp3	17119	pervitin	17	13	1	13
K003	M	svobodný	19	česká	1677	K003.mp3	21706	marhuana	2	0	0	7
K004	M	svobodný	39	česká	1355	K004.mp3	15451	alkohol	17	1	1	6
K005	F	svobodná	46	česká	1115	K005.mp3	13200	alkohol	20	0	1	0
K006	F	rozvedená	51	česká	939	K006.mp3	9952	alkohol	3	3	1	1
K007	M	svobodný	27	česká	2260	K007.mp3	26436	marhuana	12	0	1	0
K008	M	svobodný	26	česká	983	K008.mp3	12459	pervitin	6	9	1	0
K009	F	svobodná	41	česká	1103	K009.mp3	13365	alkohol	27	0	1	10
KD10	M	svobodný	25	česká	1185	KD10.mp3	13639	pervitin	13	3	1	6
R01	M	rozvedený	32	česká	2058	R01.mp3	26384	pervitin	18	0	1	11
R03	M	svobodný	22	česká	1469	R03.mp3	13593	pervitin	8	2	1	5
R04	M	svobodný	33	česká	841	R04.mp3	9255	pervitin	13	12	1	1
R05	M	svobodný	26	česká	1142	R05.mp3	12768	pervitin	-	0	1	10
R06	F	svobodná	22	česká	1428	R06.mp3	19328	pervitin	8	2	1	4
R07	M	svobodný	34	česká	1538	R07.mp3	12615	pervitin	17	1	1	0
R09	M	svobodný	25	česká	1300	R09.mp3	14938	pervitin	12	2	1	1
R10	M	svobodný	32	česká	1482	R10.mp3	13014	pervitin	18	4	1	2
R11	M	svobodný	24	česká	1482	R11.mp3	15517	pervitin	10	0	1	11
R12	F	svobodná	22	česká	1398	R12.mp3	17342	pervitin	8	0	1	0
S01	M	svobodný	28	česká	1591	S01.mp3	18912	pervitin	13	2	1	5
S02	M	svobodný	33	česká	1162	S02.mp3	15717	pervitin	17	2	1	3
S03	M	svobodný	24	česká	1085	S03.mp3	11768	pervitin	9	6	1	8
S04	M	svobodný	23	česká	1736	S04.mp3	21273	pervitin	11	3	1	4
S05	F	svobodná	35	česká	1243	S05.mp3	21309	pervitin	20	12	1	6
S06	F	svobodná	26	česká	1218	S06.mp3	15838	pervitin	13	6	1	2
S07	F	svobodná	27	česká	996	S07.mp3	13772	pervitin	11	3	1	6
S08	F	svobodná	20	česká	1466	S08.mp3	22999	pervitin	5	3	1	3
S09	F	svobodná	27	česká	1515	S09.mp3	15411	heroin	14	8	1	6
S10	M	svobodný	26	česká	1057	S10.mp3	8728	alkohol	7	1	1	3

Obr. 68 Výzkumný vzorek – kumulativní data (pokrač.).

ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záznam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
T01	M	rozvedený	31	argentinská	1532	T01.mp3	14960	designer drugs	17	0	1	7
T02	M	svobodný	29	francouzská	1884	T02.mp3	13386	marhuana	10	0	0	7
T03	M	svobodný	23	peruánská	1595	T03.mp3	15942	PBC	7	12	0	6
T04	M	svobodný	27	argentinská	1712	T04.mp3	15503	kokaín	10	0	1	4
T05	M	svobodný	30	peruánská	1329	T05.mp3	14545	PBC	16	36	1	3
T06	M	ženatý	27	brazílská	2836	T06.mp3	27582	mefedron	13	11	1	8
T07	M	svobodný	29	španělská	1015	T07.mp3	13451	kokaín	11	18	1	3
T08	M	svobodný	30	chilská	1086	T08.mp3	12222	PBC	17	0	1	3
T09	M	svobodný	29	francouzská	2162	T09.mp3	21644	heroin	15	0	1	1
T10	M	svobodný	26	francouzská	2246	T10.mp3	22421	heroin	13	0	1	3
T11	M	svobodný	28	kolumbijská	1810	T11.mp3	12879	opiáty	15	48	1	5
T12	M	svobodný	49	ekvádorská	2167	T12.m4a	14924	alkohol	33	4	1	2
T13	M	svobodný	26	peruánská	2026	T13.m4a	19414	marhuana	5	2	1	6
T14	M	svobodný	26	peruánská	1176	T14.m4a	7882	alkohol	11	8	1	10
T15	M	svobodný	21	peruánská	1383	T15.m4a	8967	hazardní hry	2	0	0	4
T16	M	svobodný	43	španělská	2413	T16.m4a	19972	alkohol	30	2	1	10
T17	M	svobodný	39	peruánská	1677	T17.m4a	11776	PBC	24	12	1	0
T18	M	svobodný	43	mexická	2184	T18a.m4a, T18b.m4a	19187	alkohol	23	9	1	0
T19	M	svobodný	19	peruánská	1632	T19.m4a	12546	PBC	3	24	1	2
T20	M	svobodný	34	francouzská	1737	T20.m4a	11027	alkohol	18	2	0	1
T21	M	svobodný	27	peruánská	1709	T21.mp3	12069	PBC	5	5	1	0
T22	M	svobodný	29	peruánská	1940	T22.m4a	17337	kokaín	9	6	1	2
T23	M	svobodný	25	francouzská	1249	T23.mp3	7658	alkohol	11	3	0	3
T24	M	svobodný	41	chilská	1633	T24.m4a	13431	alkohol	26	6	1	2
T25	M	svobodný	28	belgická	1550	T25.mp3	11102	alkohol	11	0	1	6
T26	M	svobodný	26	peruánská	1945	T26.mp3	18537	PBC	14	6	1	7
T27	M	svobodný	27	španělská	1868	T27.mp3	18012	benzodiazepin	14	4	1	0
celkem: 90	M: 77 F: 13	ženatý/vdáná: 10 rozvedený/-á: 5 svobodný/-á: 75	min.: 14 max.: 72 medián: 27 směrodatná odchylka: 9,5	nikaraguiská: 31 česká: 30 peruánská: 10 francouzská: 5 ostatní: 14	celkem: 140418, tj. 39 hod. medián: 25 min. směrodatná odchylka: 8 min.	celkem: 1376211, tj. 765 NS medián: 8 NS směrodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 30 pervitin: 22 marhuana: 11 PBC: 7 crack: 5 heroin a jiné opiáty: 5 kokaín: 3 hazardní hry: 2 benzodiazepin: 1 designer drugs: 1 mefedron: 1 ritalin: 1 sex: 1	medián: 12 směrodatná odchylka: 10	medián: 2 směrodatná odchylka: 8	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 72 prvoléčba: 18	medián: 2 směrodatná odchylka: 3 minimum: 0 maximum: 13	

Obr. 69 Výzkumný vzorek – kumulativní data (pokrač.).

NI	ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záznam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
	A01	M	svobodný	18	nikaragujská	1134	A01.mp3	10377	marhuana	6	0	1	2
	A02	M	svobodný	20	nikaragujská	1715	A02.mp3	15677	ritalin	6	1	1	2
	A03	M	svobodný	19	nikaragujská	1323	A03.mp3	12249	crack	4	0	1	2
	A04	M	svobodný	24	nikaragujská	1183	A04.mp3	11783	marhuana	10	0	0	1
	A05	M	ženatý	41	nikaragujská	2115	A05.mp3	18558	alkohol	27	6	1	2
	A06	M	svobodný	14	nikaragujská	1235	A06.mp3	10321	crack	3	4	1	1
	A07	M	svobodný	45	nikaragujská	1675	A07.mp3	12275	alkohol	30	0	0	1
	CARA01	F	svobodná	18	nikaragujská	1310	CARA01.mp3	13217	marhuana	4	0	0	1
	CARA02	M	svobodný	26	nikaragujská	1884	CARA02.mp3	19277	marhuana	16	1.5	0	3
	CARA03	M	svobodný	34	nikaragujská	2758	CARA03.mp3	29161	alkohol	19	10	1	2
	CARA04	M	svobodný	55	nikaragujská	1990	CARA04.mp3	17972	alkohol	41	1	1	2
	CARA05	M	svobodný	24	nikaragujská	1656	CARA05.mp3	15567	crack	6	1	1	2
	CARA06	M	svobodný	32	nikaragujská	2684	CARA06.mp3	24039	alkohol	18	12	1	2
	CARA07	M	svobodný	20	nikaragujská	1125	CARA07.mp3	9184	crack	5	0	0	2
	CARA08	M	ženatý	42	nikaragujská	2227	CARA08.mp3	16595	alkohol	6	12	1	1
	CARA09	M	ženatý	42	nikaragujská	1779	CARA09.mp3	17337	alkohol	26	4	1	2
	CARA10	M	svobodný	23	nikaragujská	1811	CARA10.mp3	17671	marhuana	4	0	1	0
	C01	M	svobodný	21	nikaragujská	738	C01.mp3	8781	marhuana	7	0	1	1
	C02	M	svobodný	35	USA	1079	C02.mp3	12605	sex	22	0	0	2
	C03	M	ženatý	26	nikaragujská	1365	C03.mp3	12954	alkohol	11	0	1	0
	C04	M	svobodný	24	nikaragujská	975	C04.mp3	11441	marhuana	10	9	1	1
	C05	F	svobodná	31	nikaragujská	1643	C05.mp3	16306	crack	8	2	1	1
	C06	M	ženatý	28	nikaragujská	876	C06.mp3	8633	hazardní hry	16	4	0	0
	C07	M	rozvedený	43	nikaragujská	663	C07.mp3	6620	alkohol	14	3	0	1
	C08	M	svobodný	29	nikaragujská	992	C08.mp3	9326	alkohol	8	0	0	1
	C09	M	svobodný	29	USA	2508	C09.mp3	25979	heroin	9	26	1	0
	C10	F	vdaná	22	nikaragujská	552	C10.mp3	5682	alkohol	8	12	1	0
	C11	M	ženatý	33	nikaragujská	2224	CEA15_1.mp3	23412	alkohol	20	0	1	3
	C12	M	ženatý	72	nikaragujská	1289	CEA15_2.mp3	11551	alkohol	60	2	0	1
	C13	M	svobodný	19	nikaragujská	2161	CEA15_3.mp3	19653	alkohol	5	0	1	0
	C14	M	svobodná	23	nikaragujská	1295	CEA15_4.mp3	12484	alkohol	5	4	0	0
	C15	M	ženatý	34	nikaragujská	2975	CEA15_5.mp3	25195	alkohol	17	0	1	0
	C16	M	rozvedený	54	nikaragujská	1784	CEA15_6.mp3	13328	alkohol	40	0	0	0
celkem: 33		M:27 F:3	ženatý/vdán:9 svobodný:4:22 rozvedený:4:2	min.: 14 max.: 72 medián: 28 smerodatná odchylka: 13	nikaragujská: 31 USA: 2	celkem: 32723, tj. 15 hod. medián: 27 min. smerodatná odchylka: 10 min.	celkem: 495600, tj. 275 NS medián: 7 NS smerodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 17 marhuana: 7 crack: 5 hazardní hry: 1 heroin: 1 sex: 1 ritalin: 1	medián: 10 smerodatná odchylka: 13	medián: 1 smerodatná odchylka: 6	1 = ano 0 = ne Přechodí léčbu: 21 provoleba: 12	medián: 1 smerodatná odchylka: 1 minimum: 0 maximum: 3	

Obr. 70 Výzkumný vzorek – kumulativní data z Nikaraguy (zdroj: vlastní zpracování).

CZ	ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
	KD01	M	svobodný	22	česká	847	KD01.mp3	9127	pervitin	4	3	1	3
	KD02	M	svobodný	33	česká	1528	KD02.mp3	17119	pervitin	17	13	1	13
	KD03	M	svobodný	19	česká	1677	KD03.mp3	21706	marhuana	2	1	0	7
	KD04	M	svobodný	39	česká	1355	KD04.mp3	15451	alkohol	17	1	0	6
	KD05	F	svobodná	46	česká	1115	KD05.mp3	13200	alkohol	20	0	1	0
	KD06	F	rozvedená	51	česká	939	KD06.mp3	9952	alkohol	3	3	1	1
	KD07	M	svobodný	27	česká	2260	KD07.mp3	26436	marhuana	12	0	1	0
	KD08	M	svobodný	26	česká	983	KD08.mp3	12459	pervitin	6	9	1	0
	KD09	F	svobodná	41	česká	1103	KD09.mp3	13365	alkohol	27	0	1	10
	KD10	M	svobodný	25	česká	1185	KD10.mp3	13639	pervitin	13	3	1	6
	R01	M	rozvedený	32	česká	2058	R01.mp3	26384	pervitin	18	0	1	11
	R03	M	svobodný	22	česká	1469	R03.mp3	13593	pervitin	8	2	1	5
	R04	M	svobodný	33	česká	841	R04.mp3	9255	pervitin	13	12	1	1
	R05	M	svobodný	26	česká	1142	R05.mp3	12768	pervitin	-	0	1	10
	R06	F	svobodná	22	česká	1428	R06.mp3	19328	pervitin	8	2	1	4
	R07	M	svobodný	34	česká	1538	R07.mp3	12615	pervitin	17	1	1	0
	R09	M	svobodný	25	česká	1300	R09.mp3	14938	pervitin	12	2	1	1
	R10	M	svobodný	32	česká	1482	R10.mp3	13014	pervitin	18	4	1	2
	R11	M	svobodný	24	česká	1482	R11.mp3	15517	pervitin	10	0	1	11
	R12	F	svobodná	22	česká	1398	R12.mp3	17342	pervitin	8	0	1	0
	S01	M	svobodný	28	česká	1591	S01.mp3	18912	pervitin	13	2	1	5
	S02	M	svobodný	33	česká	1162	S02.mp3	15717	pervitin	17	2	1	3
	S03	M	svobodný	24	česká	1085	S03.mp3	11768	pervitin	9	6	1	8
	S04	M	svobodný	23	česká	1736	S04.mp3	21273	pervitin	11	3	1	4
	S05	F	svobodná	35	česká	1243	S05.mp3	21309	pervitin	20	12	1	6
	S06	F	svobodná	26	česká	1218	S06.mp3	15838	pervitin	13	6	1	2
	S07	F	svobodná	27	česká	996	S07.mp3	13772	pervitin	11	3	1	6
	S08	F	svobodná	20	česká	1466	S08.mp3	22299	pervitin	5	3	1	3
	S09	F	svobodná	27	česká	1515	S09.mp3	15411	heroin	14	8	1	6
	S10	M	svobodný	26	česká	1057	S10.mp3	8728	alkohol	7	1	1	3
celkem: 30	M: 20 F: 10		svobodný/-4; 28 rozvedený/-4; 2	min.: 19 max.: 51 medián: 27	česká: 30	celkem: 40199, tj. 11 hod. medián: 22 min. směrodatná odchylka: 5 min.	celkem: 47235, tj. 262 NS medián: 8 NS směrodatná odchylka: 3 NS	celkem: 22 alkohol: 5 heroin: 1 marhuana: 2	medián: 12 směrodatná odchylka: 6	medián: 2 směrodatná odchylka: 4	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 29 prvoléčba: 1	medián: 4 směrodatná odchylka: 4 minimum: 0 maximum: 13	

Obr. 71 Výzkumný vzorek – kumulativní data z Česka (zdroj: vlastní zpracování).

Takiwasi		Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záznam	Délka transkriptů (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
T01	M	M	rozvedený	31	argentinská	1532	T01.mp3	14960	designer drugs	17	0	1	7
T02	M	M	svobodný	29	francouzská	1884	T02.mp3	13386	marhuana	10	0	0	7
T03	M	M	svobodný	23	peruánská	1595	T03.mp3	15942	PBC	7	12	0	6
T04	M	M	svobodný	27	argentinská	1712	T04.mp3	15503	kokain	10	0	1	4
T05	M	M	svobodný	30	peruánská	1329	T05.mp3	14545	PBC	16	36	1	3
T06	M	M	ženatý	27	brazílská	2836	T06.mp3	27582	mefedron	13	11	1	8
T07	M	M	svobodný	29	španělská	1015	T07.mp3	13451	kokain	11	18	1	3
T08	M	M	svobodný	30	chilská	1086	T08.mp3	12222	PBC	17	0	1	3
T09	M	M	svobodný	29	francouzská	2162	T09.mp3	21644	heroin	15	0	1	1
T10	M	M	svobodný	26	francouzská	2246	T10.mp3	22421	heroin	13	0	1	3
T11	M	M	svobodný	28	kolumbijská	1810	T11.mp3	12879	opiáty	15	48	1	5
T12	M	M	svobodný	49	ekvádorská	2167	T12.m4a	14924	alkohol	33	4	1	2
T13	M	M	svobodný	26	peruánská	2026	T13.m4a	19414	marhuana	5	2	1	6
T14	M	M	svobodný	26	peruánská	1176	T14.m4a	7882	alkohol	11	8	1	10
T15	M	M	svobodný	21	peruánská	1383	T15.m4a	8967	hazardní hry	2	0	0	4
T16	M	M	svobodný	43	španělská	2413	T16.m4a	19972	alkohol	30	2	1	10
T17	M	M	svobodný	39	peruánská	1677	T17.m4a	11776	PBC	24	12	1	0
T18	M	M	svobodný	43	mexická	2184	T18a.m4a, T18b.m4a	19187	alkohol	23	9	1	0
T19	M	M	svobodný	19	peruánská	1632	T19.m4a	12546	PBC	3	24	1	2
T20	M	M	svobodný	34	francouzská	1737	T20.m4a	11027	alkohol	18	2	0	1
T21	M	M	svobodný	27	peruánská	1709	T21.mp3	12069	PBC	5	5	1	0
T22	M	M	svobodný	29	peruánská	1940	T22.m4a	17337	kokain	9	6	1	2
T23	M	M	svobodný	25	francouzská	1249	T23.mp3	7658	alkohol	11	3	0	3
T24	M	M	svobodný	41	chilská	1633	T24.mp3	13431	alkohol	26	6	1	2
T25	M	M	svobodný	28	belgická	1550	T25.mp3	11102	alkohol	11	0	1	6
T26	M	M	svobodný	26	peruánská	1945	T26.mp3	18537	PBC	14	6	1	7
T27	M	M	svobodný	27	španělská	1868	T27.mp3	18012	benzodiazepin	14	4	1	0
celkem: 27	M: 27	svobodný: 25 ženatý: 1 rozvedený: 1	min.: 19 max.: 49 medián: 28 směrodatná odchylka: 7	peruánská: 10 francouzská: 5 španělská: 3 ostatní: 9	celkem: 47/996; tj. 13 hod. medián: 29 min. směrodatná odchylka: 7 min.	Takiwasi	celkem: 408376; tj. 227 NS medián: 8 NS směrodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 8 PBC 7 heroin a jiné opiáty: 3 kokain: 3 marhuana: 2 mefedron: 1 benzodiazepin: 1 designer drugs: 1 hazardní hry: 1	medián: 13 směrodatná odchylka: 8	medián: 4 směrodatná odchylka: 11	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 22 prvoléba: 5	medián: 3 směrodatná odchylka: 3 minimum: 0 maximum: 10	

Obr. 72 Výzkumný vzorek z TK Takiwasi (zdroj: vlastní zpracování).

CEA	ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Přetchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
	C01	M	svobodný	21	nikaragujská	738	C01.mp3	8781	marhuana	7	0	1	1
	C02	M	svobodný	35	USA	1079	C02.mp3	12605	sex	22	0	0	2
	C03	M	ženatý	26	nikaragujská	1365	C03.mp3	12954	alkohol	11	0	1	0
	C04	M	svobodný	24	nikaragujská	975	C04.mp3	11441	marhuana	10	9	1	1
	C05	F	svobodná	31	nikaragujská	1643	C05.mp3	16306	crack	8	2	1	1
	C06	M	ženatý	28	nikaragujská	876	C06.mp3	8633	hazardní hry	16	4	0	0
	C07	M	svobodný	43	nikaragujská	663	C07.mp3	6620	alkohol	14	3	0	1
	C08	M	rozvedený	29	nikaragujská	992	C08.mp3	9326	alkohol	8	0	0	1
	C09	M	svobodný	29	USA	2508	C09.mp3	25879	heroin	9	26	1	0
	C10	F	vdaná	22	nikaragujská	552	C10.mp3	5682	alkohol	8	12	1	0
	C11	M	ženatý	33	nikaragujská	2224	CEA15_1.mp3	23412	alkohol	20	0	1	3
	C12	M	ženatý	72	nikaragujská	1289	CEA15_2.mp3	11551	alkohol	60	2	0	1
	C13	M	svobodný	19	nikaragujská	2161	CEA15_3.mp3	19653	alkohol	5	0	1	0
	C14	M	svobodná	23	nikaragujská	1295	CEA15_4.mp3	12484	alkohol	5	4	0	0
	C15	M	ženatý	34	nikaragujská	2975	CEA15_5.mp3	25135	alkohol	17	0	1	0
	C16	M	rozvedený	54	nikaragujská	1784	CEA15_6.mp3	13228	alkohol	40	0	0	0
celkem: 16		M: 14 F: 2	ženatý/vdaná: 6 svobodný/-á: 8 rozvedený/-á: 2	min.: 19 max.: 72 medián: 29 směrodatná odchylka: 13	nikaragujská: 14 USA: 2	celkem: 23119; tj. 6 hod. medián: 22 min. směrodatná odchylka: 12 min.		celkem: 23790, tj. 124 NS medián: 7 NS směrodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 10 marhuana: 2 crack: 1 hazardní hry: 1 heroin: 1 sex: 1	medián: 11 směrodatná odchylka: 14	medián: 1 směrodatná odchylka: 7	1 = ano 0 = ne přetchozí léčba: 9 provoleba: 7	medián: 1 směrodatná odchylka: 1 minimum: 0 maximum: 3

Obr. 73 Výzkumný vzorek z TK CEA (zdroj: vlastní zpracování).

CARA												
ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
CAR001	F	svobodná	18	nikaragujská	1310	CAR001.mp3	13217	marhuana	4	0	0	1
CAR002	M	svobodný	26	nikaragujská	1884	CAR002.mp3	19727	marhuana	16	1.5	0	3
CAR003	M	svobodný	34	nikaragujská	2758	CAR003.mp3	29161	alkohol	19	10	1	2
CAR004	M	svobodný	55	nikaragujská	1990	CAR004.mp3	17972	alkohol	41	1	1	2
CAR005	M	svobodný	24	nikaragujská	1656	CAR005.mp3	15567	crack	6	1	1	2
CAR006	M	svobodný	32	nikaragujská	2684	CAR006.mp3	24039	alkohol	18	12	1	2
CAR007	M	svobodný	20	nikaragujská	1125	CAR007.mp3	9184	crack	5	0	0	2
CAR008	M	ženatý	42	nikaragujská	2227	CAR008.mp3	16595	alkohol	6	12	1	1
CAR009	M	ženatý	42	nikaragujská	1779	CAR009.mp3	17337	alkohol	26	4	1	2
CAR010	M	svobodný	23	nikaragujská	1811	CAR010.mp3	17671	marhuana	4	0	1	0
celkem: 10	M: 9 F: 1	ženatý: 1 svobodný: 6	min.: 18 max.: 55 medián: 29 směrodatná odchylka: 11	nikaragujská: 10	celkem: 19224, tj. 5 hod. medián: 31 min. směrodatná odchylka: 8 min.		celkem: 180470 medián: 10 NS směrodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 5 marhuana: 3 crack: 2	medián: 11 směrodatná odchylka: 12	medián: 1 směrodatná odchylka: 5	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 7 prvoléčba: 3	medián: 2 směrodatná odchylka: 1 minimum: 0 maximum: 3

Obr. 74 Výzkumný vzorek z TK CARA (zdroj: vlastní zpracování).

AMAR ID	Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záznam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
A01	M	svobodný	18	nikaragujská	1134	A01.mp3	10377	marifuana	6	0	1	2
A02	M	svobodný	20	nikaragujská	1715	A02.mp3	15677	ritalin	6	1	1	2
A03	M	svobodný	19	nikaragujská	1323	A03.mp3	12249	crack	4	0	1	2
A04	M	svobodný	24	nikaragujská	1183	A04.mp3	11783	marifuana	10	0	0	1
A05	M	ženatý	41	nikaragujská	2115	A05.mp3	18558	alkohol	27	6	1	2
A06	M	svobodný	14	nikaragujská	1235	A06.mp3	10321	crack	3	4	1	1
A07	M	svobodný	45	nikaragujská	1675	A07.mp3	12375	alkohol	30	0	0	1
celkem: 7	M: 10 F: 0	Ženatý: 1 svobodný: 6	min.: 14 max.: 45 medián: 20 směrodatná odchylka: 11	nikaragujská: 7	celkem: 10380; tj. 3 hod. medián: 22 min. směrodatná odchylka: 5 min.	celkem: 51340; tj. 51 NS medián: 7 NS směrodatná odchylka: 2 NS	alkohol: 2 crack: 2 marifuana: 2 ritalin: 1	medián: 6 směrodatná odchylka: 11	medián: 0 směrodatná odchylka: 2	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 5 prvoléba: 2	medián: 2 směrodatná odchylka: 1 minimum: 1 maximum: 2	

Obr. 75 Výzkumný vzorek z TK AMAR (zdroj: vlastní zpracování).

Renarkon		Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Záznam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
R01	M	rozvedený	32	česká	2058		R01.mp3	26384	peritín	18	0	1	11
R03	M	svobodný	22	česká	1469		R03.mp3	13593	peritín	8	2	1	5
R04	M	svobodný	33	česká	841		R04.mp3	9255	peritín	13	12	1	1
R05	M	svobodný	26	česká	1142		R05.mp3	12768	peritín	-	0	1	10
R06	F	svobodná	22	česká	1428		R06.mp3	19328	peritín	8	2	1	4
R07	M	svobodný	34	česká	1538		R07.mp3	12615	peritín	17	1	1	0
R09	M	svobodný	25	česká	1300		R09.mp3	14938	peritín	12	2	1	1
R10	M	svobodný	32	česká	1482		R10.mp3	13014	peritín	18	4	1	2
R11	M	svobodný	24	česká	1482		R11.mp3	15517	peritín	10	0	1	11
R12	F	svobodná	22	česká	1398		R12.mp3	17342	peritín	8	0	1	0
celkem: 10	M: 8 F: 2	svobodný/-á: 8 rozvedený/-á: 1	min.: 22 max.: 34 medián: 26 směrodatná odchylka: 5	česká: 10	celkem: 14138; tj. 4 hod. medián: 24 min. směrodatná odchylka: 5 min.	celkem: 154754; tj. 86 NS medián: 8 NS směrodatná odchylka: 3 NS		medián: 12 směrodatná odchylka: 4	medián: 2 směrodatná odchylka: 4	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 10 prvoléčba: 0	medián: 3 směrodatná odchylka: 4 minimum: 0 maximum: 11		

Obr. 76 Výzkumný vzorek z TK Renarkon (zdroj: vlastní zpracování).

Sejřek		Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptu (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
S01	M	svobodný	28	česká	1591	S01.mp3	18912		pervitin	13	2	1	5
S02	M	svobodný	33	česká	1162	S02.mp3	15717		pervitin	17	2	1	3
S03	M	svobodný	24	česká	1085	S03.mp3	11768		pervitin	9	6	1	8
S04	M	svobodný	23	česká	1736	S04.mp3	21273		pervitin	11	3	1	4
S05	F	svobodná	35	česká	1243	S05.mp3	21309		pervitin	20	12	1	6
S06	F	svobodná	26	česká	1218	S06.mp3	15838		pervitin	13	6	1	2
S07	F	svobodná	27	česká	996	S07.mp3	13772		pervitin	11	3	1	6
S08	F	svobodná	20	česká	1466	S08.mp3	22299		pervitin	5	3	1	3
S09	F	svobodná	27	česká	1515	S09.mp3	15411		heroin	14	8	1	6
S10	M	svobodný	26	česká	1057	S10.mp3	8728		alkohol	7	1	1	3
celkem: 10	M: 5 F: 5	svobodný/-i: 10	min.: 20 max.: 35 medián: 27 směrodatná odchylka: 4	česká: 10	celkem: 13069; tj. 4 hod. medián: 20 min. směrodatná odchylka: 4 min.		celkem: 165027; tj. 92 NS medián: 9 NS směrodatná odchylka: 2 NS	pervitin: 8 alkohol: 1 heroin: 1	medián: 12 směrodatná odchylka: 4	medián: 3 směrodatná odchylka: 3	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 10 privolčba: 0	medián: 5 směrodatná odchylka: 2 minimum: 2 maximum: 8	

Obr. 77 Výzkumný vzorek z TK Sejřek (zdroj: vlastní zpracování).

Kladno-Dubí		Pohlaví	Rodinný stav	Věk	Národnost	Délka interview (v sek.)	Zánam	Délka transkriptů (počet znaků včetně mezer)	Primární droga	Doba užívání drog (v letech)	Délka abstinence (v měsících)	Předchozí léčba	Délka aktuální léčby (v měsících)
KD01	M	svobodný	22	česká	847	KD01.mp3	9127	pervitin	4	3	1	3	
KD02	M	svobodný	33	česká	1528	KD02.mp3	17119	pervitin	17	13	1	13	
KD03	M	svobodný	19	česká	1677	KD03.mp3	21706	marluana	2	1	0	7	
KD04	M	svobodný	39	česká	1355	KD04.mp3	15451	alkohol	17	1	1	6	
KD05	F	svobodná	46	česká	1115	KD05.mp3	13200	alkohol	20	0	1	0	
KD06	F	rozvedená	51	česká	939	KD06.mp3	9952	alkohol	3	3	1	1	
KD07	M	svobodný	27	česká	2260	KD07.mp3	26436	marluana	12	0	1	0	
KD08	M	svobodný	26	česká	983	KD08.mp3	12459	pervitin	6	9	1	0	
KD09	F	svobodná	41	česká	1103	KD09.mp3	13365	alkohol	27	0	1	10	
KD10	M	svobodný	25	česká	1185	KD10.mp3	13639	pervitin	13	3	1	6	
celkem: 10	M: 7 F: 3	svobodný/-á: 8 rozvedení/-á: 1	min.: 19 max.: 51 medián: 30 směrodatná odchylka: 10	česká: 10	celkem: 7292, tj. 4 hod. medián: 19 min. směrodatná odchylka: 7 min.		celkem: 152454, tj. 85 NS medián: 8 NS směrodatná odchylka: 3 NS	alkohol: 4 pervitin: 4 marluana: 2	medián: 13 směrodatná odchylka: 8	medián: 2 směrodatná odchylka: 4	1 = ano 0 = ne předchozí léčba: 9 prvoléčba: 1	medián: 5 směrodatná odchylka: 4 minimum: 0 maximum: 13	

Obr. 78 Výzkumný vzorek z TK Kladno-Dubí (zdroj: vlastní zpracování).

12.4 Seznam obrazových příloh

Obr. 1	Loga zkoumaných TK	17
Obr. 2	Hlavní budova centra Takiwasi	22
Obr. 3	CEA – hlavní vstup	23
Obr. 4	CARA – pohled do areálu TK	24
Obr. 5	AMAR – hlavní hala	25
Obr. 6	Hlavní budova TK Renarkon	27
Obr. 7	Vstup do TK Sejřek	28
Obr. 8	TK Kladno-Dubí – pohled ze zahrady	29
Obr. 9	CEA – pracovna terapeutů	31
Obr. 10	CEA – pohled do areálu	33
Obr. 11	Kódy a jejich zakotvenost	34
Obr. 12	„Účinné faktory TK“ dle pacientů Takiwasi	36
Obr. 13	Yawar panga – <i>Aristolochia didyma</i>	37
Obr. 14	„Účinné faktory TK“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR	39
Obr. 15	Účinné faktory TK dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	40
Obr. 16	Terapeuti a klienti TK Renarkon na zátěžovém pobytu	41
Obr. 17	Klienti TK Renarkon na výpravě do TK Fides	42
Obr. 18	Klíčové motivy interních pacientů Takiwasi	43
Obr. 19	Takiwasi – příprava na detoxikační sezení	44
Obr. 20	Klíčové motivy interních pacientů CEA, CARA a AMAR	45
Obr. 21	CARA – posluchárna	46
Obr. 22	Klíčové motivy interních klientů z TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	47
Obr. 23	TK Renarkon – samotka	48
Obr. 24	Zakotvenost kódu „Rodina a drogy (DCI)“	50
Obr. 25	„Rodina a drogy (DCI)“ dle pacientů z Takiwasi	51
Obr. 26	„Rodina a drogy (DCI)“ dle pacientů z CEA, CARA a AMAR	54
Obr. 27	CEA – čekárna u hlavního vstupu	55
Obr. 28	Klíčové motivy interních klientů z TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	55
Obr. 29	TK Renarkon – otisky rukou absolventů v místnosti, kde se konají terapeutická sezení	56
Obr. 30	„Spiritualita a náboženství“ dle pacientů Takiwasi	59
Obr. 31	„Spiritualita a náboženství“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR	62
Obr. 32	„Spiritualita a náboženství“ dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	65
Obr. 33	Primární drogy informátorů	67
Obr. 34	Doba užívání drog (v letech)	68
Obr. 35	Předchozí léčba pacientů	70
Obr. 36	„Příčina závislosti“ dle pacientů Takiwasi	76
Obr. 37	„Příčina závislosti“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR	79
Obr. 38	„Příčina závislosti“ dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	82
Obr. 39	TK Kladno-Dubí – jídelna	82
Obr. 40	CARA – bytovací prostory	87
Obr. 41	TK Kladno-Dubí – pohled do zahrady	89
Obr. 42	„Pravidla léčby“ dle pacientů Takiwasi	91
Obr. 43	Takiwasi – interiér ubytovny pro pacienty	92

Obr. 44	„Pravidla léčby“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR	93
Obr. 45	CARA – posilovna	94
Obr. 46	„Pravidla léčby“ dle klientů TK Renarkon, Sejřek a Kladno-Dubí	95
Obr. 47	TK Sejřek – pohled do dvora	96
Obr. 48	Zakotvenost kódů „terapeutický efekt“ a „problémy“	98
Obr. 49	Exteriér ubytovny pro interní pacienty Takiwasi	100
Obr. 50	„Výběr TK“ dle pacientů Takiwasi	107
Obr. 51	Takiwasi – kuchyně s jídelnou	109
Obr. 52	„Výběr TK“ dle pacientů CEA, CARA a AMAR	111
Obr. 53	S Davidem Espinozou, ředitelem TK AMAR, během terénního výzkumu v roce 2015	112
Obr. 54	„Výběr TK“ dle klientů z Renarkonu, Sejřku a Kladna-Dubí	113
Obr. 55	Pohled do interiéru TK Kladno-Dubí	115
Obr. 56	Peru 2017: Prevalence užívání drog u mužů a žen	117
Obr. 57	AMAR – interiér ubytovny pro pacienty	121
Obr. 58	Počet nově diagnostikovaných případů HIV v EU dle roku	123
Obr. 59	Rozdělení HIV pozitivních případů v Česku podle způsobu přenosu v roce 2017 (v %)	123
Obr. 60	Zdravotní následky připisované užívání drog informátory	124
Obr. 61	Klient TK Kladno-Dubí při evaluaci léčby	132
Obr. 62	Délka abstinence (v měsících)	134
Obr. 63	Délka aktuální léčby (v měsících)	140
Obr. 64	Vliv věku pacientů/klientů na délku jejich aktuální léčby (v měsících)	141
Obr. 65	AMAR – ubytovna pro pacienty	144
Obr. 66	Model paradigmatu zakotvené teorie	146
Obr. 67	Výzkumný vzorek – kumulativní data	166
Obr. 68	Výzkumný vzorek – kumulativní data (pokrač.)	167
Obr. 69	Výzkumný vzorek – kumulativní data (pokrač.)	168
Obr. 70	Výzkumný vzorek – kumulativní data z Nikaraguy	169
Obr. 71	Výzkumný vzorek – kumulativní data z Česka	170
Obr. 72	Výzkumný vzorek z TK Takiwasi	171
Obr. 73	Výzkumný vzorek z TK CEA	172
Obr. 74	Výzkumný vzorek z TK CARA	173
Obr. 75	Výzkumný vzorek z TK AMAR	174
Obr. 76	Výzkumný vzorek z TK Renarkon	175
Obr. 77	Výzkumný vzorek z TK Sejřek	176
Obr. 78	Výzkumný vzorek z TK Kladno-Dubí	177

12.5 Seznam tabulek

Tab. 1	Výzkumný rámec	30
Tab. 2	Peruánské obyvatelstvo 12 let a starší podle typu náboženského vyznání 2007 a 2017	57
Tab. 3	Náboženské vyznání v Nikaragui, 1991–2012	58
Tab. 4	Struktura obyvatel České republiky podle náboženské víry (náboženského vyznání) v letech 1991–2011	58
Tab. 5	Prevalence epizodické intenzivní konzumace alkoholu u mužů a žen ve vybraných zemích	118

12.6 Seznam zkratk

AA	Anonymní alkoholici
ADHD	porucha pozornosti s hyperaktivitou <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
AEMPS	Španělská agentura pro léčivé přípravky a zdravotnické produkty <i>Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios</i>
ANOVA	Analýza rozptylu <i>Analysis of variance</i>
APA	Americká psychiatrická asociace <i>American Psychiatric Association</i>
ASC	změněný stav vědomí <i>Altered State of Consciousness</i>
ATOP	<i>Ayahuasca Treatment Outcome Project</i>
CDC	<i>Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades</i> (Peru)
CEDRO	<i>Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas</i> (PE)
CICAD-OAS	<i>Inter-American Drug Abuse Control Commission Organization of American States</i>
DEVIDA	<i>Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas</i> (PE)
DCI	škála Dimenze změny <i>Dimensions of Change Inventory</i>
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
FENICT	Nikaragujská federace terapeutických komunit <i>Federación Nicaragüense de Comunidades Terapéuticas</i>
HCV	hepatitida C <i>hepatitis C virus</i>
HIV/AIDS	virus lidského imunodeficitu/syndrom získaného selhání imunity <i>Human Immunodeficiency Virus/Aquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ICEERS	<i>International Centre for Ethnobotanical Education, Research & Service</i>
ID	identifikátor

ILO	Mezinárodní organizace práce International Labour Organization
INCB	<i>International Narcotics Control Board</i>
INEI	Národní statistický a informační úřad (PE) <i>Instituto Nacional de Estadística e Informática</i>
INSS	Nikaragujský úřad sociálního zabezpečení <i>Instituto Nicaragüense de Seguridad Social</i>
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí (ČR)
NA	Anonymní narkomani
NIDA	Národní ústav pro zneužívání drog (USA) <i>National Institute on Drug Abuse</i>
NNO	nevládní nezisková organizace
NS	normostrana
OPD	<i>Observatorio Peruano de Drogas</i>
OPS	<i>La Organización Panamericana de la Salud</i>
OSO	Odbor statistiky obyvatelstva Český statistický úřad
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PBC	kokainová pasta <i>Pasta básica de cocaína</i>
PN/PL	psychiatrická nemocnice/léčebna
PTSD	posttraumatická stresová porucha <i>Post-traumatic Stress disorder</i>
STK A.N.O.	Sekci terapeutických komunit Asociace nestátních organizací
TK	terapeutická komunita
UNAIDS	Program OSN pro boj proti HIV/AIDS <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UNODC	Úřad pro drogy a kriminalitu Organizace spojených národů <i>United Nations Office on Drug and Crime</i>
WHO	Světová zdravotnická organizace <i>World Health Organization</i>
ZSI Kladno	Zařízení sociální intervence Kladno

Název: Léčba drogové závislosti v terapeutických komunitách
Případová studie z Peru, Nikaraguy a Česka

Autor: RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D.

Vydala: Mendelova univerzita v Brně,
Zemědělská 1, 613 00 Brno

Tisk: Vydavatelství Mendelovy univerzity v Brně,
Zemědělská 1, 613 00 Brno

Vydání: první, 2020

Počet stran: 182



CC BY-NC-ND 3.0 CZ

ISBN 978-80-7509-707-1 (Print)

ISBN 978-80-7509-708-8 (On-line)

Tato kniha je koncipována jako případová studie. Primárním cílem studie bylo vytvořit zakotvenou teorii o léčbě drogové závislosti v terapeutických komunitách a zjistit, v čem se v peruánském, nikaragujském a českém kontextu shoduje a liší. Sekundárním cílem bylo objasnit, které účinné faktory mají vliv na efektivitu zkoumaných terapeutických komunit, vysvětlit, jakou roli v léčbě drogové závislosti hraje spiritualita a náboženství, a verifikovat výsledky předchozího výzkumu zaměřeného na retenci.



RNDr. Mgr. Miroslav Horák, Ph.D. působí jako odborný asistent na Ústavu jazykových a kulturních studií Fakulty regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně. Napsal několik knih, z nichž v souvislosti s touto publikací stojí za zmínku:

- *Dům, kde se zpívá* (2013).
- *Rehabilitace drogově závislých tradiční domorodou medicínou peruánské Amazonie* (2013).
- *Ayahuasca v České republice* (2017).