

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
Katolická teologická fakulta

Alžbeta Fialová

**PASTORAČNÍ POMOC V ZÁVISLOSTECH**

Diplomová práce

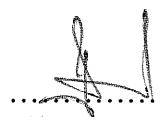
Vedoucí diplomové práce : Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.

PRAHA 2006

Děkuji Mons. Aleši Opatrnému za vedení této diplomové práce, za jeho pomoc a cenné rady a připomínky.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a v seznamu pramenů a literatury uvedla veškeré informační zdroje, které jsem použila.

V Praze dne 20.9. 2006

  
.....  
vlastnoruční podpis

# ÚVOD

„Lékaře nepotřebují zdraví, ale nemocní.“ (Mt 9,12)

„Ideální by byl svět bez drog, ale nežijeme v ideálním světě. V naší realitě je potřeba pomáhat těm, kteří drogy berou, aby se dožili okamžiku, kdy se své závislosti budou moci zbavit.“

Thomas Larkin

Problematika závislosti patří mezi nejdiskutovanější témata dnešní doby. Díky své aktuálnosti a hrozbě, se ve větší nebo menší míře dotýká nás všech, ať chceme nebo ne, ať jsme v roli nezasvěcených pozorovatelů, rodičů, pomocníků, potencionálních uživatelů anebo uživatelů samotných. Sklon k závislosti je různými způsoby blízký a přirozený každému člověku. Lidé se od pradávna snaží vyhledávat prostředky a konat věci, které jim pomůžou překonat starosti a všednosti každodenního života, i když tato pomoc může být jen zdánlivá anebo může dokonce škodit.

Téma své diplomové práce jsem dlouhou dobu zvažovala. Dospěla jsem k přesvědčení, že chci psát o praktické oblasti života, která má v dnešní době vypovídající hodnotu pro široký okruh lidí. Téma pomoci v závislostech tento můj požadavek bohužel „ideálně“ splňuje. Přestože píši o této problematice z pozice laika, uvědomuji si, že jako křesťan nesmím zavírat oči a chovat se, jakoby se mě tato problematika netýkala. Dotýká se nás všech bez rozdílu víry, pohledu na svět, stylu života, věku a zdraví. Mimo jiná zjištění uvádím i výsledky výzkumu uskutečněného v roce 1987 ve Spojených Státech, který porovnal míru zkušenosti mladých lidí z církevního a mimocírkevního prostředí s drogou. Tento výzkum dokazuje, že my, ani naše děti, nejsme ochráněni před hrozbou závislosti jen díky tomu, že jsme věřící. Obávám se, že výsledky tohoto výzkumu můžou být pro velkou část věřících překvapivé až šokující. Ukazují totiž, že bohužel každý z nás má šanci upadnout do kolotoče problémů spojených se závislostí. Při hře se závislostí opravdu platí do slova a do písmene kruté heslo „nejslabší máte padáka.“

V této práci jsem si za cíl stanovila nalézt střediska pomoci závislým v České republice a to se zaměřením na společenství s nějakým stupněm návaznosti na oblast víry. Mezi dílčí úkoly patří i následující okruhy: definice a specifikace závislostí, zmapování oficiálního přístupu společnosti k ochraně proti závislostem, srovnání situace v České republice se situací

v Evropě. V autorské části se pokusím charakterizovat a porovnat jednotlivá střediska, popsat postupy a formy jejich práce, najít dostupné výsledky a úspěchy jejich činnosti. Ve své práci vycházím z publikací zkušených odborníků, převážně z českého prostředí. Při vyhledávání středisek pomoci čerpám v maximální možné míře z informací dostupných na internetu, jakožto jednoho z nejmodernějších prostředků komunikace, za účelem zmapování dostupnosti informací, ke kterým se může veřejnost v této oblasti dostat.

# 1. ZÁVISLOST

Problematika závislosti je v dnešní společnosti stále více diskutovaným problémem. Člověk od počátku hledá možnosti, jak zintenzivnit a prodloužit zážitek radosti a slasti, jak zmírnit nebo odstranit bolest a uniknout samotě a depresi, pocíťuje potřebu transcendence, sebezpřekročení, jednoty s Bohem, s druhými, se sebou samým. Za určitých okolností může tato naprosto přirozená touha přejít v nutkavost a dát tak příčinu vzniku závislosti na zdrojích, které by člověku tu nebo onu událost, prožitek umožnily. Nutkavost provází ztráta kontroly a změny v chování a často i stylu života postiženého člověka. Může se jednat o různé druhy závislosti (na alkoholu, drogách, jídle). Je nesporné, že jakákoli závislost má na člověka negativní účinek. Zdroje závislosti působí různě intenzivně a individuálně. Za nejnebezpečnější se obecně považují drogy. Jsou nebezpečné tím, že silně ovlivňují prožitek. Působí rychle a jejich účinek je často nepředvídatelný. O to silněji se vytváří zpětná vazba a touha tento zážitek opakovat. Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života konzumentů drog a jejich nejbližších. Velká část zdravotního rizika je spojena s přenosem infekčních chorob, které souvisí zejména s používáním nesterilních pomůcek při aplikaci, vzájemném půjčování jehel a stříkaček, nízkou životní a hygienickou úrovní postižených, vysokou promiskuitou a prostitutí provozovanou za účelem zisku prostředků na koupi drogy. Užívání drog skutečně představuje závažné riziko: uživatel mění své základní životní postoje a hodnoty, jeho vůle je oslabena, dochází k narušování mezilidských vztahů, k rozpadům rodin, k ohrožení bezpečnosti a pořádku ve městech.

Rozvoj závislosti většinou u postiženého není reflektovaný proces. Od určitého okamžiku závislý považuje změnu prožívání za skutečnou změnu reality. S tím se mění i jeho myšlení, jednání a schopnost rozhodovat se. Úměrně s hloubkou změny se snaží závislý svoje jednání omluvit a zdůvodnit i sám před sebou. Tyto zdůvodnění však postrádají logiku a „zdravý rozum“. Závislý si jimi chrání svoji vytvořenou realitu, která mu vyhovuje. Uniká před skutečnou realitou, ve které by se musel podívat sám na sebe v pravém světle. Obává se pocitu studu, slabosti, bezmoci, samoty a odcizení. Příkladem můžou sloužit následující omluvná sobězdůvodnění:<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kamil KALINA a spol.: *Drogy a drogové závislosti, Psychopatologie závislosti a kodependence*; Úřad vlády ČR 2003

- velikášství u alkoholika: „ve svém postavení si nemůžu dovolit odmítnout obvyklou sklenku s obchodním partnerem na oslavu uzavření důležitého kontraktu“
  - racionalizace: nejde o racionální důvody, ale o hledání pseudo-důvodů, proč se napít nebo aplikovat drogu, „kdybych neměl problémy s xy, nepil bych“, „prožívám stresové období v práci, musím se uklidnit“ a mnoho podobných důvodů, jakoby závislý zapomněl, že problémy a starosti k životu patří
  - projekce viny: závislý hledá aktéry, kteří způsobují jeho konzumaci, „nepříjemný šéf, nespravedlivá učitelka, nevěrná manželka“
  - popření: je to soubor racionalizací, nalhávání sobě i ostatním; je charakteristické výroky typu „mohu přestat, když budu chtít, vše mám pod kontrolou“, „kdo by si v létě nedal pivo“, ale často i podpořeno názory jiných „kdyby ses opil jednou za čas, nic neřeknu“, „k jídlu pár piv neškodí“ apod.
  - bagatelizace: rozsah problému je zmenšován „tak zlé to se mnou ještě není“, „tu skleničku večer si dopřeje každý normální pracující člověk“
  - únik: je typický pro chorobné hráčství, jedná se o únik do fantazírování o tom, jaké by to bylo kdyby, „kdybych měl štěstí, mohlo by být všechno jinak“
- Tyto obrany se zvyšují přímo úměrně traumatizaci z nepochopení, předsudků společnosti, z důvodu studu, klesajícího sebevědomí a sebehodnocení. Závislí se uzavírají do své reality, působí zmateně a okolí jim nerozumí, rozčiluje se nad jejich výmluvami, lhaním a neschopností dodržet přísliby. Konflikty vedou k prohlubování traumatizace a vše se pořád opakuje jako bludný kruh (alkoholik postupně pije už jen proto, že je alkoholik).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, která je u nás v platnosti, je syndrom závislosti charakterizován šesti jevy, přičemž už přítomnost tří v posledním roce stačí, aby se jednalo o diagnózu závislosti:

1. „Craving“ aneb silná touha nebo pocit nepřekonatelného puzení, bažení užívat látku. Bažení může být fyzické (vzniká při odeznívání účinku drogy) a psychické (je přítomno i po delší době abstinence). Zvládat craving pomáhají některé léky, ale významnější se jeví psychologické strategie například vyhýbaní se situacím, které touhu vyvolávaly; odvedení pozornosti (četba, hudba, sprcha, koupel, cvičení, procházka, práce atd.); uvědomění si negativních důsledků; modlitba; spánek nebo odpočinek; relaxační techniky; sex; využívání pomůcek, talismanů a symbolů; sebemonitorování; sám někomu nabídnout pomoc apod. K bezprostřednímu zvládnutí krize je účinné si uvědomit negativní důsledky recidivy a minulé nepříjemné zážitky související s konzumací alkoholu nebo drogy. Překonat psychickou závislost je

mnohem těžší než se zbavit závislosti fyzické. Té se člověk může zbavit již krátkodobým detoxifikačním pobytem v léčebně. V případě psychické závislosti je nutná dlouhodobá léčba.

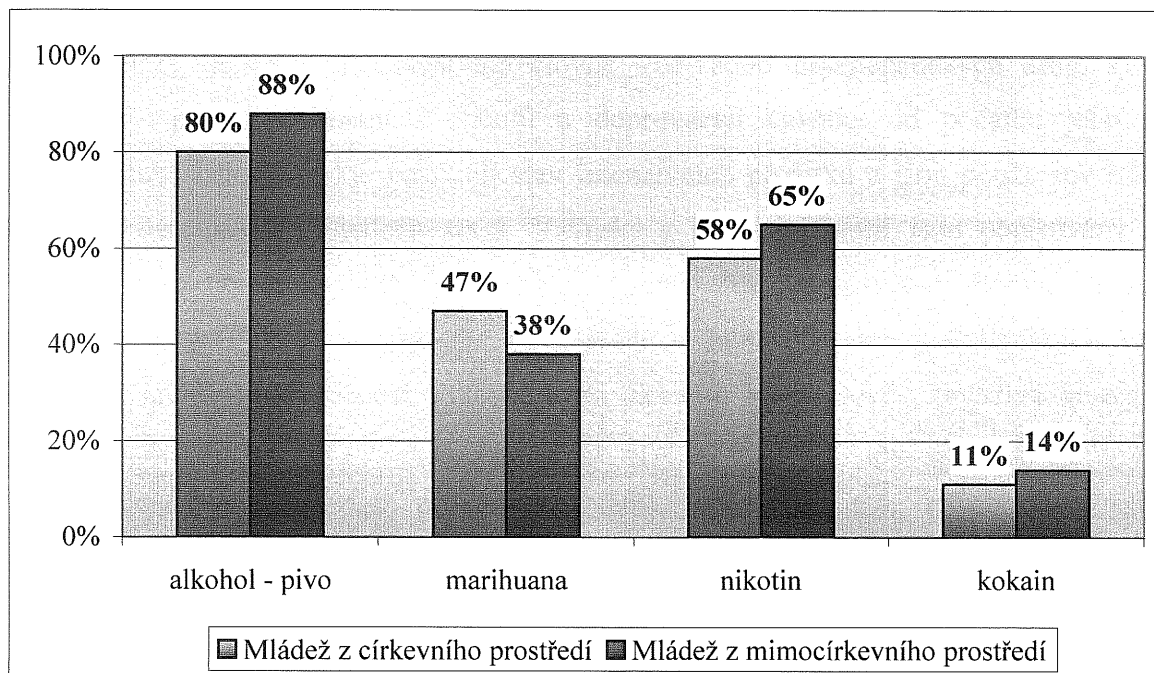
2. Nekontrolovatelnost anebo potíže v kontrole užívání látky, co se týče množství látky, začátku a konce užívání.
3. Přítomnost tělesného odvykacího stavu v případě, že je látka užívaná v menších dávkách s úmyslem odvykací stav zmírnit.
4. Průkazná tolerance na danou látku tj. postupné zvyšování dávek za účelem zajištění rozpoložení, ke kterému původně stačily nižší dávky.
5. Postupné zanedbávání původních zájmů a potěšení. Zvyšování času věnovaného k získání látky, k jejímu užívání nebo zotavování se z účinků.
6. Pokračování v užívání i přes znatelné a průkazné negativní účinky na závislého a jeho okolí.

Závislost tedy považujeme za chronickou poruchu, která roste s touhou člověka po změně prožívání. Podobné psychologické faktory jako drogová závislost má i gambling, poruchy přijímání potravy a workoholismus. Všechny mají společnou nutkavou naléhavost k jednání, která vede ke krátkodobému uspokojení i za cenu závažných důsledků na zdraví, jednotě rodiny, udržení si zaměstnání a celého sociálního zázemí. Díky negativním vlivům v oblasti zdravotní, sociální a ekonomické je ohrožen i zdravý vývoj celé společnosti. Ohroženy jsou hlavně děti a mladí lidé. Bohužel statistiky ukazují, že velký rozdíl mezi dětmi, které vyrůstají v církevním prostředí a nevěřícími, není. Mladý člověk není v bezpečí jen proto, že žije aktivním křesťanským životem. Níže uvedená studie je toho důkazem. Výzkum, který proběhl ve Spojených Státech v roce 1987 ukazuje poměr zkušenosti s drogami mladých z církevního a mimocírkevního prostředí. Rozdíl je jen nepatrný:<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Stephen ARTERBURN a Jim BURNS, *Drogy klepou na dveře, Alcohol Use and Abuse in America*, str. 12, Nová naděje Brno 2001

Graf č. 1 Zkušenosti s drogami u mladých z církevního a mimocírkevního prostředí





## 2. NEJBĚŽNĚJŠÍ ROZDĚLENÍ DROG

Historicky nejstarší zkušenost má člověk s užíváním psychedelických drog, které se používaly v průběhu rituálních obřadů a doprovázejí člověka od počátku jeho dějin. Psychedelické látky obvykle navozují stav intenzivních prožitků a jsou používány k léčení, věštění, v šamanských rituálech apod. V čínské a indické historii jsou popisovány různé rostliny, které tyto látky produkují a jsou považovány za posvátné. Bohaté zkušenosti s psychedelickými drogami najdeme ve Střední a Jižní Americe u indiánských kmenů. Podstatně mladší je zkušenost s návykovými látkami, které člověk zneužívá konzumním způsobem.

Všeobecně je za drogu považována látka, která má tzv. psychotropní účinek, t.zn. v menší nebo větší míře ovlivňuje vnímání a chování člověka. V praxi se ujal několik uspořádání drog do kategorií podle možné míry působení na konzumenty. Mezi „neškodné“ drogy můžeme zařadit například kofein. Do další třídy počítáme „průchozí“ drogy. Všeobecně se předpokládá, že průchozí drogy vedou k těm dalším, které patří do nebezpečnější třídy a to mezi tzv. tvrdé drogy. Pojem „tvrdé drogy“ není mezi odborníky zabývajícími se drogovou problematikou velmi oblíben, ale ve společnosti se ujal.<sup>3</sup> Řadíme mezi ně hlavně kokain, heroin a pervitin. Jako průchozí drogy se nejčastěji označují: tabák, alkohol, tlumivé léky, konopní drogy - marihuana a hašiš, těkavé látky a tzv. taneční drogy - zejména MDMA (slangově extáze). Rizikové a ochranné činitele jsou v jejich případě v poměru 50:50. Průchozí drogy jsou nebezpečné, zejména pro děti a mladistvé. Zpráva sdělovacím prostředkům autorů PhDr. Csémyho a MUDr. Nešpora z roku 2002 potvrzuje, že zkušenost s alkoholem, tabákem a marihuanou výrazně zvyšují riziko experimentování s heroinem a pervitinem. U dospívajících, kteří měli zkušenost s alkoholem poslední měsíc roste 3,4x. U těch, kteří byli v posledním roce opakovaně opilí se zvyšuje 4,2x. U pravidelných kuřáků tabáku 9,7x a konopí 28x. Autoři se pokusili o analýzu u vzorku české mládeže – viz následující přehled informací o výskytu zkušenosti s danou látkou a nejčastěji uváděný věk první zkušenosti:

<sup>3</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Opioidy a opiáty*, Úřad vlády ČR 2003

Tab. č. 1 Zkušenosti s alkoholem a drogami, věk první zkušenosti

	% dotázaných	Modální věk první zkušenosti
<b>Pití v posledních 30 dnech</b>	77,4%	11 let a dříve
<b>Opakovaná opilost v posledním roce (3x a častěji)</b>	36,2%	15 let
<b>Kouření (současný pravidelný kuřák)</b>	35,6%	11 let a dříve
<b>Zkušenost s marihuanou</b>	34,6%	15 let
<b>Zkušenost s opiáty nebo amfetaminy</b>	7,5%	15 let

U odborníků je tento proces nazýván „gateway teorií“. Říká, že existuje určitá posloupnost v užívání drog. První návykovou látkou bývá většinou tabák a alkohol, poté marihuana a následují další drogy. Pouze zkušenost s některou návykovou látkou však není jedinou rozhodující podmínkou pro přechod k druhé. Záleží na vzájemném působení různých faktorů – psychologických, sociálních a ekologických. Výše uvedení lékaři ve své studii uvádějí relativní riziko konzumace alkoholu, cigaret a marihuany ve vztahu ke zkušenosti s jinou drogou. Z tabulky č. 2 je zřejmé, že mezi kuřáky a konzumenty alkoholu je vyšší výskyt zkušenosti s marihuanou a tvrdými drogami.

Tab. č. 2 Gateway teorie

		Zkušenost s marihuanou	Relativní riziko	Zkušenost s opiáty nebo amfetaminy	Relativní riziko
<b>Pití alkoholu v posledním měsíci</b>	ANO	41%	3,4	8,9%	3,4
	NE	12%		2,6%	
<b>Opakovaná opilost v posledním roce (3x a častěji)</b>	ANO	65,2%	3,6	14,7%	4,2
	NE	17,9%		3,5%	
<b>Pravidelné kouření</b>	ANO	69%	4,3	17,7%	9,7
	NE	16%		1,8%	
<b>Zkušenost s marihuanou</b>	ANO			20,1%	28

## Nikotin

Nikotin v tabáku je další hojně rozšířenou společenskou drogou. Tabák byl pro Evropany objeven až v roce 1492. Je svým původem rostlinou amerického kontinentu, kde je kouření jeho listů známo zřejmě celá tisíciletí. Indiáni tabák nejen kouřili, ale i žvýkali, šňupali a používali v kombinaci s jinými látkami. O rozšíření v Evropě se zasloužil Jean Nicot. Jeho jméno dodnes nese alkaloid obsažený v tabáku a objevený v roce 1828. Postupně se pěstování tabáku rozšířilo do všech částí světa a stalo se oblíbenou i módní záležitostí. V současnosti se spotřeba zvyšuje v rozvojových zemích. Ve vyspělých zemích naopak kouření stagnuje nebo klesá. Počet kuřáků se podle odborného časopisu *European Respiratory Journal* v Evropě za posledních deset let snížil o patnáct procent. Ještě více než aktivních kuřáků ubylo pasivních – nyní je jich až o čtyřicet procent méně.<sup>4</sup> Odborníci to přičítají legislativním omezením kouření na veřejnosti. Rovněž k tomu přispělo silnější povědomí o škodlivosti cigaretového kouře. V ČR kouří nyní přibližně asi jedna čtvrtina obyvatel. Obecně je za závislého na nikotinu považován člověk, který kouří více než patnáct cigaret denně a zapálí si do šedesáti minut po probuzení. U nás kouří přibližně třicet procent obyvatel ve věku nad patnáct let. Alarmující je však spotřeba cigaret u mladých lidí ve věku 15 – 18 let. Mezi touto skupinou obyvatel je 40 – 50 % pravidelných kuřáků.<sup>5</sup>

Závislost na nikotinu začíná psychosociální závislostí a v krátké době přechází v závislost fyzickou. Vzniká množением receptorů, citlivých na nikotin, v mozku. Jejich počet se v průběhu života již nezmenší, proto není možné, aby se ze závislého na nikotinu stal příležitostný kuřák. Nikotin sám o sobě může mít povzbuzující účinky, člověk se po něm cítí bdělejší a aktivnější. Odvykací stav provází nejméně dva z těchto příznaků: nespavost, kašel, úzkost, nesoustředěnost, rozladěnost, podrážděnost, zvýšená chuť k jídlu, neklid, pocit slabosti, změny nálady a samozřejmě silná touha po nikotinu. Kouření, díky látkám obsaženým v tabákovém kouři (dehet, kysličník uhelnatý, formaldehyd a další), způsobuje řadu onemocnění – různé typy rakoviny, srdeční a cévní onemocnění a nemoci dýchacích ústrojů. V České republice způsobí tabák denně více než šedesát předčasných úmrtí a lze ho tedy považovat za hlavního „zabijáka“.<sup>6</sup> Celosvětově kvůli kouření umírají ročně čtyři

<sup>4</sup> [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz), 23. února 2006, *Za deset let kouří v Evropě o 15 procent méně lidí*

<sup>5</sup> Kamil Kalina a spol.: *Drogy a drogové závislosti, Tabák a závislost na tabáku*; Úřad vlády ČR 2003

<sup>6</sup> Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, „Průchozí“ drogy, kpt. Tabák, SZÚ Fortuna Praha 2002

miliony kuřáků. Tabák těžce poškozuje nejen dospělé ve středním věku, ale i dospívající a děti. Dítě trpí již v prenatálním stádiu, když jeho matka kouří. Kouření v těhotenství se považuje kromě jiných za jednu z příčin syndromu náhlého úmrtí dítěte. Kouření vyvolává u dětí záněty průdušek, zhoršuje astma. Odhaduje se, že dítě, kterého rodič neohleduplně kouří, zatěžuje své tělo, díky pasivnímu kouření, dávkou dvou cigaret denně.

## Alkohol

Alkohol je snad nejrozšířenější legální společenskou drogou. Je znám lidstvu zřejmě od počátku dějin a ve starých bájích a pověstech se označuje za dar bohů. Původně byl používán při náboženských obřadech. Později stále častěji jako medicína a nápoj. Již od té doby provází konzumaci alkoholu negativní následky. U nás byl první protialkoholní zákon, se silně prohibičními tendencemi a přísnými tresty pro opilce a krčmáře, vyhlášen Břetislavem I. roku 1039. Česká republika patří dlouhodobě na vrchol celosvětového žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholických nápojů. V přepočtu na 100% alkohol činí průměrná spotřeba téměř deset litrů na jednoho obyvatele za rok. Ve spotřebě piva je ČR s průměrnou spotřebou 160 litrů na jednotlivce na prvním místě světových tabulek.<sup>7</sup> Alarmující je hlavně dostupnost a spotřeba alkoholu u dětí. Zkušenost s alkoholem má u nás až 98 % šestnáctiletých dětí. 78,5 % z nich uvádí, že se někdy v životě opilo. Pravidelně pije 54 % chlapců a 40 % dívek ve věku 16 let.<sup>8</sup>

Evropa jako taková je kontinentem s nejvyšší spotřebou alkoholu na hlavu. Alkoholové opojení stojí Evropu každoročně zhruba 125 miliard eur ročně. Vyplývá to ze zprávy zveřejněné v mezinárodním časopise *Globe*, který se zabývá problematikou alkoholu a drog. Podle této zprávy stojí alkohol za každou třetí smrtelnou nehodou a za každou čtvrtou vraždou na území Evropské unie.<sup>9</sup>

Nadměrná konzumace alkoholu je označována jako „alkoholismus“. Název byl použit poprvé roku 1849 švédským lékařem Magnussem Hussem. O sto let později začal být alkoholismus považován oficiálně za medicínský problém. Podle MKN se jedná o skupinu fyziologických, kognitivních a behaviorálních jevů, v nichž má u jedince přijímání alkoholu mnohem větší přednost, než jiné jednání, které si předtím i více vážil. Podstatnou charakteristikou závislosti na alkoholu je přijímání alkoholu a silná touha po jeho přijímání. Závislost na alkoholu přichází většinou nenápadně, dochází k postupným změnám

<sup>7</sup> Kamil KALINA a spol.: *Drogy a drogové závislosti, Alkohol*; Úřad vlády ČR 2003

<sup>8</sup> [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz), 7. března 2006, *Ve čtrnácti alkoholičkou? Takových dětí přibývá. Zdroj dat: ESPAD*

<sup>9</sup> Ondřej ŠTASTNÝ, *Alkoholové opojení stojí Evropu biliony ročně*, MF Dnes 10. února 2006

– zvyšování tolerance vůči alkoholu, postupná ztráta kontroly v pití a současně nezáměr o dosavadní koníčky a potěšení, změny v chování a myšlení. Tolerance se vyvíjí nejdříve navyšováním dávek alkoholu. Postupně dochází ke snížení schopnosti metabolismu zpracovat alkohol a tím se tolerance výrazně snižuje. I nízká dávka alkoholu způsobuje u uživatele stav opilosti. Základní podmínkou efektivní léčby alkoholismu je úplná abstinence. Tento typ nemoci je totiž charakteristický úplnou ztrátou schopnosti kontrolovaně pít. Většina lidí dokáže svoji spotřebu alkoholu kontrolovat, jsou to tzv. příležitostní konzumenti, jenže v mnoha zemích je stále vážnějším problémem nadměrná spotřeba alkoholu, která bývá často spojena s nehodovostí na silnicích, vraždami, sebevraždami, násilím a sexuálními delikty. Ve vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických léčeben.

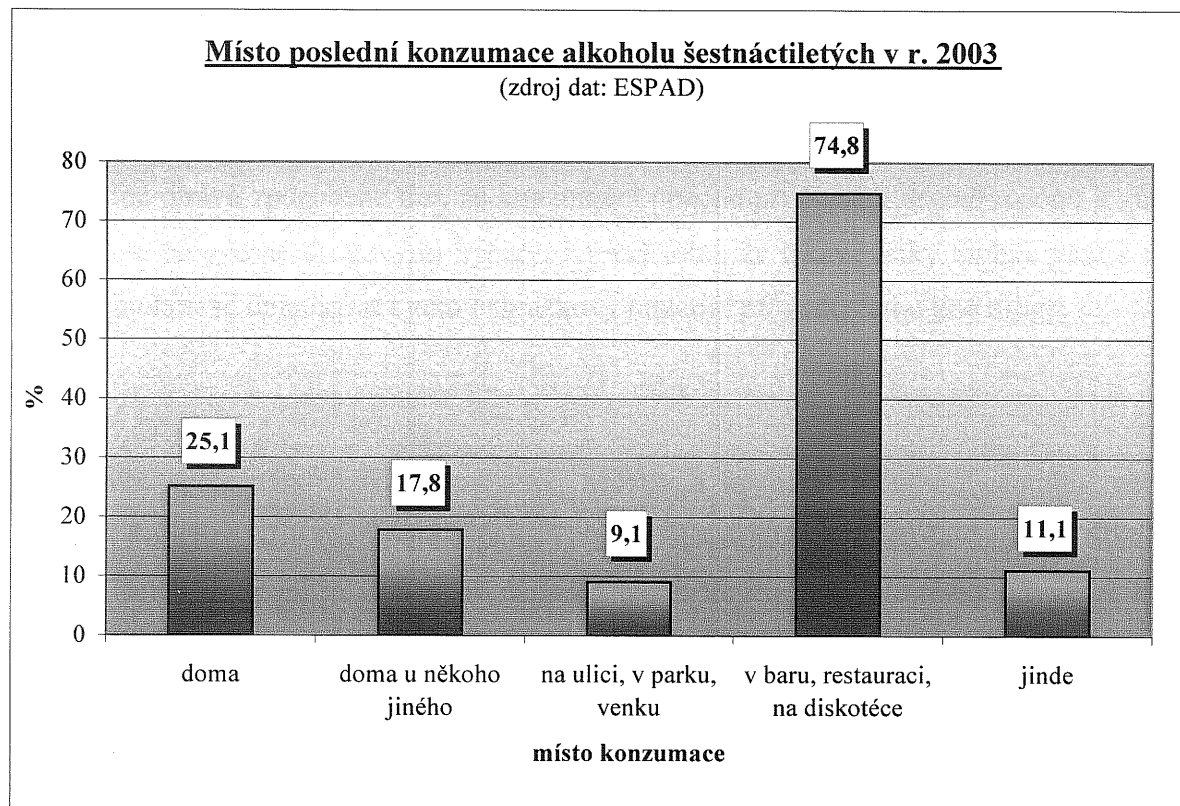
Odborníci rozlišují pět kategorií závislosti na alkoholu podle tzv. Jellinekovy typologie:

- Alfa alkoholik: jedná se o „problémové“ pití, alkohol je požíván k navození psychické pohody, odstranění depresí, úzkosti, osamělosti, k překonání stresových situací, časté pití o samotě; konzument je závislý na alkoholu pouze psychicky, neztrácí sebekontrolu
- Beta alkoholik: alkoholismus označován za „společenské“ pití; vyskytuje se v kulturách, kde se ve velké míře pije a kde je špatná výživa; v důsledku pití má uživatel zdravotní potíže jako je například cirhóza jater, ale není fyzicky ani psychicky závislý
- Gama alkoholik: tento typ je označován jako anglosaský eventuelně americký, upřednostňuje konzumaci piva a destilátů; je charakterizován poruchami kontroly pití, zvyšováním tolerance a psychickou závislostí, abstinečním syndromem a postupnému přechodu od psychické k fyzické závislosti
- Delta alkoholik: je označován za románský s převahou konzumace vína; je velmi podobný typu gama, ale nedochází ke ztrátě kontroly; typická je denní spotřeba alkoholu bez výraznějších projevů opilosti, spíše jde o udržování hladiny alkoholu v krvi
- Typ epsilon: není častým druhem pití; období částečné nebo úplné abstinence střídá období pití – „periodické flámování“

Podle Světové zdravotnické organizace je alkohol největším „zlodějem“ lidského života, jelikož připraví lidstvo o nejvíce let života. V evropském měřítku tvoří úmrť v důsledku konzumace alkoholu, ve věku 15 – 29 let života, čtvrtinu všech úmrtí. Ve střední a východní

Evropě je to dokonce třetina úmrtí.<sup>10</sup> V České republice je situace kritická zejména pro snadnou dostupnost alkoholu dětem, ať už v rodině (většina dospělých u nás pije alkohol víceméně pravidelně) anebo pro jednoduchost při nákupu (s kontrolou věku u dospívajících si málokterý prodejce „láme hlavu“). Dostupnost alkoholu a tabáku je u nás takřka bez omezení. Mladí konzumují alkohol nejčastěji na diskotékách a v restauracích (viz graf č. 2).

Graf č. 2



Všudypřítomná reklama působí také ve velké míře. Současná konzumace tabáku, alkoholu a jiných návykových látek je běžná. Současná závislost na další návykové látce je běžná u přibližně 10 % pacientů závislých na alkoholu. Zvláště dospívající často kombinují alkohol s marihuanou nebo s tanečními drogami. Mladiství si zvyknou řešit své problémy anebo ovlivňovat svoje psychické rozpoložení alkoholem, časem však zjistí, že alkohol jako záchranná droga má svoje omezení a nezdídka přechází k dalším návykovým látkám. Síla návykovosti na alkohol je vidět na závislém člověku, který se rozhodne s konzumací skončit.

U abstinenčních příznaků po alkoholu jsou přítomny nejméně tři z následujících potíží: bolesti hlavy, pocení, vyšší tlak a tepová frekvence, epileptické záchvaty, nevolnost, třesavka, halucinace, neklid, slabost, nespavost. Závažnost těchto stavů kolísá od nepatrného třesu až po život ohrožující stavy epileptických záchvatů a deliria. Rozsah zdravotních komplikací je

<sup>10</sup> Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, „Průchozí“ drogy, kpt. Alkohol, SZÚ Fortuna Praha 2002

široký, může se prakticky týkat všech částí lidského organismu. Zvyšuje se riziko karcinomu jater, žaludku, jícnu a tenkého střeva. Alkoholismus se podílí na vzniku diabetu, poruchách krvetvorby, poškození oběhového systému, poruchám sexuální funkce, poškození plodu u těhotných alkoholiček.

### Těkavé látky

Do kategorie těkavých drog patří ředidla, rozpustidla, lepidla a plynné látky jako jsou éter a rajský plyn. Společným znakem při užití je ovlivnění centrální nervové soustavy, což se projevuje euforií provázenou útlumem, zrakovými a sluchovými halucinacemi. Tyto drogy nepatří k nejrozšířenějším, což však nesnižuje riziko při jejich užívání. Často dochází ke smrtelné otravě způsobené tím, že konzument upadne při čichání do bezvědomí a zůstane v atmosféře prosycené drogovými výpary. Kromě toho, že těkavé látky mohou vézt k jiným drogám, mohou se uplatňovat i jako náhražkový materiál při nedostatku jiné drogy.

### Tlumivé léky

Hlavním společným znakem analgetik, sedativ a hypnotik je útlum centrální nervové soustavy. Po jejich užití nastupuje ospalost, otupělost a celkový útlum. Závislost na tlumivých lécích a lécích na spaní je sice méně nápadná než u jiných drog, ale těžký odvykací stav je hlavně z hlediska ohrožení života a zdraví mnohem nebezpečnější. Jsou přítomny nejméně tři z následujících stavů: bolesti hlavy, vyšší tepová frekvence, nespavost, třes jazyka, víček nebo prstů, epileptické záchvaty, halucinace, svalové napětí, neklid, nevolnost nebo zvracení, pocit slabosti a pronásledování. Vysazení některých léků, zejména z řad benzodiazepinů, například Rohypnol, Lexaurin, Diazepam, je nesnadné, zvláště při dlouhodobém užívání. V ČR se v roce 2001 spotřeba analgetik pohybovala kolem čtyřicetimiliónů balení a devatenáctmiliónů balení protizánětlivých a antirevmatických léků.<sup>11</sup> Zneužívání a závislostí na tlumivých lécích jsou, podle průzkumu provedeného v roce 2001 v ČR, postiženi hlavně lidé středního věku:

---

<sup>11</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Léky vyvolávající závislost*; Úřad vlády ČR 2003

Tab. č. 3 Věková struktura uživatelů vybraných návykových látek podle výzkumu ÚZIS 2001<sup>12</sup>

Skupina látek	Věková kategorie v letech				
	Do 14 let	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 a více
<b>Alkohol</b>	31	502	4 726	9 272	14 051
<b>Tlumivé léky</b>	3	98	418	507	761
<b>Kanabinoidy</b>	43	563	534	94	14
<b>Heroin</b>	4	463	2 427	474	96
<b>Těkavé látky</b>	24	88	166	23	9

### Konopné drogy

Jednou z nejstarších známých drog jsou produkty indického konopí, které je známé více než pět tisíciletí. Bylo používáno pro posvátné, rituální a léčebné účely. Původ konopí najdeme s největší pravděpodobností v centrální Asii. V Evropě je podle odborníků známo od 5. stol. po Kr., ale vyskytují se i studie, které tvrdí, že to bylo mnohem dříve. Ve 12. stol. ho označovala za důležitou medicínu i mystička sv. Hildegarda. V současnosti je postoj společnosti ke drogám z konopí rozporuplný. Na jednu stranu se marihuana a hašiš považují za ilegální drogy a na druhou stranu vycházejí podrobné návody, jak konopí pěstovat a jak z něj připravovat drogy. Konopí roste prakticky na celém světě. U nás se mu daří hlavně v oblastech severní a jižní Moravy, kde dosahuje vysoké kvality vzhledem k obsahu účinných látek.

Na trhu se vyskytují dvě základní formy drogy – marihuana a hašiš. Hašiš je neředěná konopní pryskyřice a obsah účinných látek v hašiši může dosahovat až čtyřicet procent, což může být až desetinásobně větší ve srovnání s marihuanou, kterou se označuje směs sušeného květenství a horních lístků ze samičí rostliny. Nejčastější způsob konzumace marihuany a hašiše je kouření, ale je možná i přidáním do nápojů nebo jídla, kdy se účinek drogy výrazně zvyšuje a nedá se odhadnout síla působení na organismus uživatele, zvláště u citlivých osob. Účinnou látkou v konopí je tetrahydrocannabinol (THC), který působí na kanabinoidní receptory mozku. Oba produkty patří mezi látky ovlivňující kvalitu psychické činnosti. Účinky konopných drog, podobně jako je tomu u halucinogenů, závisí od individuálního rozpoložení jedince, od únavy, očekávání, citlivosti a prostředí, ve kterém ke konzumaci dochází. Většinou se člověk po užití cítí uvolněný, klidný, lehce euforický,

<sup>12</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Léky vyvolávající závislost*; Úřad vlády ČR 2003



příjemně naladěný, zvýrazňuje se citlivost vjemů. Pociťuje výrazné sucho v ústech, chlad, velký hlad a chuť na sladké. Objevují se deformace ve vnímání času a prostoru. Celkové rozpoložení navozuje stav hloubání ve svých myšlenkách a pocitech. Ojediněle u citlivých osob může droga působit opačně a způsobovat depresivní náladu, úzkost a pocity pronásledování. V porovnání s narkotiky oficiálně považovanými za přijatelnější (tabák, alkohol, léky) je marihuana a hašiš efektivnější a „relativně bezpečná“ látka. Předávkování je nemožné, přestože závislost na těchto látkách při dlouhodobé konzumaci vzniká. Každopádně však pomaleji než například na pervitinu a heroinu. Psychicky nevyrovnaným lidem s duševními problémy může být konopí značně nebezpečné a jejich potíže může podobně jako alkohol ještě zhoršit. Většina odborníků se shoduje v tom, že ve srovnání s jinými nelegálními drogami nejsou konopné drogy silně návykové. Nevyvolávají fyzickou závislost. Psychická se vyskytuje u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Mezinárodní kritéria však nevyžadují pro diagnózu závislosti přítomnost odvykacího stavu. Postačí přítomnost nejméně tří z hlavních znaků závislosti, což v praxi znamená, že konzument konopných drog je závislý, když například pociťuje ve vztahu k marihuaně silnou touhu ( tzv.craving ), špatně se ve vztahu k ní ovládá a pokračuje i navzdory dlouhodobě negativním účinkům, které jsou mu známy, i když nemá s vysazením drogy problém. Po vysazení marihuany se neobjevují odvykací potíže nebo jsou jen velmi slabé. Když se projevují, jedná se o stavy úzkosti, podrážděnosti, nervozitu, bolesti hlavy, třesy rukou, pocení a svalovou slabost. Účinná látka z konopí se usazuje v tukových tkáních a z nich se při abstinenci postupně vyplavuje, takže nedochází k náhlému vymizení z těla. Je tedy také snadno prokazatelná v těle i mnoho dní po konzumaci. Poškození mozku je dnes už vědecky vyvráceno. Při dlouhodobém a intenzivním kouření marihuany je však narušena obranyschopnost organismu. Marihuanový kouř způsobuje stejné choroby jako kouření cigaret. Podobně jako alkohol vyžaduje organismus delší spánek, aby jeho aktivita nebyla i nadále utlumená.

Rizika užívání můžeme shrnout následovně:

- úzkostné stavy, poruchy nálady a pocity pronásledování po požití drogy
- závislost, která se vytváří pomaleji než u pervitinu nebo heroinu
- poruchy paměti a zhoršená schopnost se učit během intoxikace drogou (není však jasné, nakolik poruchy přetrvávají i po vysazení drogy)
- oslabení imunity (menší odolnost vůči infekcím a nádorům)
- vliv rakovinotvorných látek v marihuanovém kouři

- vyšší tepová frekvence, což může způsobovat problém zejména u osob s onemocněním srdce

- zhoršená schopnost řídit motorové vozidlo apod.

Zdravotní škody, které drogy působí, se často projevují až po letech, při nahodilé konzumaci se nemusí projevit vůbec.

Dnes je požívání drog z konopí velmi rozšířené. Vytvořila se kolem nich silná skupina, která je obhájcem konzumace, ať už z komerčních nebo fandovských pohnutek. Mezi zažité, pro odborníky ne příliš akceptovatelné, argumenty pro konzumaci konopí jsou řazeny například tyto:

- konopí není návykové (o tomto tématu viz výše)

- nikomu se z konopí nic nestalo (na to se dá stěžít říct něco jiného, než že na světě jsou kaskadéři, kterým se při výkonu jejich povolání také nic nestalo; působení konopí se projevuje často až po letech)

- je přírodní (kokain ostatně také)

- není nebezpečnější než alkohol (to je pravda, ale konzumace alkoholu také často končí závislostí)

Odhaduje se, že v současné době požívá drog z konopí víc než půl miliardy lidí. U nás je považováno za nejrozšířenější ilegální drogu. Zatím však nebyl v ČR proveden kvalitní a přesnější odhad uživatelů. V devadesátých letech byl zaznamenán nárůst ve spotřebě. V roce 1994 mělo zkušenost s konopními drogami 15 – 20 % středoškoláků, v roce 2000 to bylo již 35 – 50 %. Další odhad říká, že mezi studenty a učiteli s ní v roce 1999 měla zkušenost zhruba jedna třetina osob.<sup>13</sup> Podle průzkumu, které zveřejnilo Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v listopadu 2005, je ČR v konzumaci konopných drog v popředí evropského žebříčku (bohužel i v konzumaci dalších narkotik, jako jsou taneční droga, lysohlávky a pervitin). Zatímco v roce 2004 užívalo konopné drogy v průměru dvanáct procent Evropanů, mezi Čechy to bylo dvacet tři procent, u Francouzů a Britů devatenáct.

Konopí jako takové bylo již v minulosti považováno za jednu z nejužitečnějších rostlin. Mělo své využití nejen v lékařství například při léčbě epilepsie, zeleného očního zákalu, křečí, ale dělali se z něj i průmyslové produkty jako různé druhy vláken, olejů apod. V současnosti se o využití konopí začínají zajímat nejen známé oděvní společnosti jako Adidas, Levi's, ale i výrobci automobilů, potravin, papíru, stavebních materiálů a kosmetiky. Výtažek

<sup>13</sup> Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, „Průchozí“ drogy, kpt. Konopí, SZÚ Fortuna Praha 2002

z konopí se používá v některých zemích ve zdravotnictví při zvládnání obtíží u onemocnění AIDS a k tlumení bolesti u zhoubných rakovinových nádorů. Perspektivní se jeví jejich využití při léčbě roztroušené sklerózy, Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby.

## Opiáty

Opium se získává z nezralých makovic máku setého, který pochází z oblasti Malé Asie a je znám asi šest tisíciletí. Rozšířilo se hlavně do oblasti dálného východu, Indie a Číny. V 19. století proniklo do Evropy, zejména do velkých měst a přístavů. V současnosti je největším dodavatelem opia Afganistan – devadesát procent celosvětové produkce. Rolníci zde zatím nemají možnost výhodnějšího stylu obživy než je pěstování opiového máku. Oficiálně je sice pěstování opia zakázáno, ale infrastruktura a administrativa není v této zemi zatím vyvinuta natolik, aby docházelo k pravidelným kontrolám. Cena surového opia v poslední době značně klesla a pohybuje se kolem 100 USD za kilogram. Většina suroviny se tu před distribucí rovnou zpracuje. Droga je potom k uživatelům na západ transportována přes Pákistán, Irán a střední Asii.

Opium obsahuje řadu alkaloidů. První, který se na počátku 19. století podařilo izolovat, byl morfium. Používalo se ve zdravotnictví jako významný lék pro utišení nesnesitelných bolestí. Až později se ukázalo velké nebezpečí návykovosti. Kromě morfia se v roce 1874 podařilo vyrobit heroin, který od roku 1898 začala prodávat německá firma Bayer. Byl považován za účinný lék bez rizika návykovosti. Využíval se při léčbě závislosti na morfiu. Později se také prokázala závislost a potřeba zvyšování dávek pro vysokou toleranci organismu.

Psychická i fyzická závislost vzniká poměrně rychle, již po několika týdnech. Nejčastější formou aplikace je nitrožilní – v Praze 80 – 90 % uživatelů.<sup>14</sup> Za méně rizikové se považuje kouření, šňupání a inhalace. Na trhu se objevuje heroin různé koncentrace, takže dochází k velkému riziku záměny silnější drogy za slabší. Navíc existuje jen velmi malý rozdíl mezi dávkou, která způsobuje intoxikaci a dávkou, která je smrtelná. Po aplikaci uživatel cítí uvolnění, zklidnění a příjemnou euforii. Akutní intoxikaci provází nevolnost, bušení v uších, svědění a povrchní dýchání. Při chronickém stádiu jsou postiženy i charakterové vlastnosti. Uživatel je líný, neprojevuje se, ztrácí libido a potenci, může prožívat depresivní stavy. Postupně dochází k celkovému vyčerpání organismu. Abstinenční příznaky jsou značně nepříjemné. Můžou být přítomny tyto symptomy: silná touha po droze, zimnice, slzení, svalové bolesti a křeče, husí kůže, pocení, zvýšená tepová frekvence nebo tlak, nevolnost a zvracení, neklidný spánek, průjmy, nechutenství, pocení, nezvladatelný třes. Tělesné potíže

<sup>14</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Opioidy a opiáty*; Úřad vlády ČR 2003

jsou trýznivé, ale naštěstí neohrožují život. Po nižších dávkách je odvykací stav podobný příznakům chřipky, u těžších odvykacích stavů se závislý nevyhne křečím, zvracení a průjmům. Odvykání se zpravidla musí provádět pod lékařským dohledem. Překonání odvykacího stavu usnadňuje podávání vhodných léků. Po detoxifikaci by mělo následovat dlouhodobé a systematické léčení.

## Halucinogeny

Používaly se od pradávna při náboženských rituálech. Kvůli jejich účinkům na psychiku člověka jsou jedny z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Česká republika patřila ve výzkumu ke světovým jedničkám. S halucinogenními látkami se v minulém století experimentovalo také v psychiatrii při poruchách osobnosti, těžkých neurózách a v psychoterapii umírajících. Do třídy halucinogenů patří několik stovek různých látek. Rozdělují se do třech základních skupin: přírodní halucinogeny rostlinného (psilocybin, meskalin) nebo živočišného (bufetenin) původu, poloumělé a umělé halucinogenní drogy (LSD). LSD se na trhu objevuje ve formě krystalů nebo tripů, které se užívají perorálně (nechají se postupně rozpustit pod jazykem). Tato látka je oblíbená, podobně jako extáze, v tanečním prostředí. Mezi dospívajícími má s jejím užitím zkušenost 8 – 14 %.<sup>15</sup> Další z oblíbených halucinogenních látek je Psilocybin, který je aktivní látkou v houbách Lysohlávkách. Ty jsou u nás díky dostupnosti hojně užívané (houba roste na většině území ČR), přesto se jedná spíše o sezónní záležitost. Zkušenost s ní má 5 – 9 % středoškoláků.<sup>16</sup> Kontrola intoxikace je v podstatě nemožná, jelikož množství aktivní látky v houbě nelze odhadnout. Halucinogenní drogy působí silně na vědomí, smysly a způsob, jakým uživatel vnímá svět. Účinek je nevyzpytatelný, záleží na množství přijaté látky a individuální citlivosti. Uživatel vnímá po požití chvění, neschopnost ovládat pohyby, pocity závratě nebo nevolnosti. U nižších dávek je znatelný výskyt iluzí, pseudohalucinací a výraznějšího vnímání prostoru a barev. Provází je mírná euforie a dobrá veselá nálada. U citlivých osob se však můžou objevit úzkosti a depresivní pocity. U vyšších dávek nastupují halucinace s nemožností ovládat vůli a vnímání. Někdy se objevují stavy odcizení vlastního těla a ztráty citlivosti na těle. Vždy záleží na individuálním rozpoložení uživatele (výchozí nálada, očekávání, únava, důvody ke konzumaci apod.). U většiny těchto látek není velké nebezpečí fyzické závislosti a z dlouhodobého hlediska se zdá, že nezpůsobují ani vážnou psychickou závislost. Vytvářejí však problém tolerance a uživatel může pod jejich vlivem umřít díky

---

<sup>15</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Halucinogenní drogy*; Úřad vlády ČR 2003

<sup>16</sup> *tamtéž*

tomu, že není schopen rozlišit skutečnost od představ (sebevražda). Vysoké dávky způsobují vážné poškození jater, ledvin nebo zhoršení srdečních nemocí.

## Amfetaminy

Do skupiny amfetaminů patří hlavně pervitin, kokain a extáze, která má kromě stimulačních účinků také psychedelický účinek. Amfetaminy našly své uplatnění v medicíně v mezních situacích například u spavé nemoci, při potřebě místního znecitlivění. Obecně platí, že jsou to povzbuzující látky, které urychlují v těle probíhající chemické reakce, uvolňují zábrany, stoupá při nich aktivita, myšlení se zrychluje, snižuje se potřeba spánku a přijímání potravy. Člověk má pocit větší fyzické i psychické výkonnosti a pocitu euforii. Tyto pocity jsou střídány pocitem úzkosti, smutku, únavy, celkového vyčerpání a deprese. Po opakovaném užití není vyjímečný několikadenní spánek přerušovaný krátkým bděním se záchvaty hladu a s tím spojené konzumace velkého množství jídla. Po odeznění účinků se stav projevuje podobně jako „kocovina“ po alkoholu. Závislost na těchto látkách je pouze psychická a projevuje se silným „cravigem“ po droze. Odvykací syndrom probíhá v několika fázích:

- záhy po vysazení přichází únava a již zmiňovaná možnost několikadenního spánku, dostavuje se deprese a sebevražedné myšlenky také nejsou výjimkou
- v další fázi se dostavuje silná touha po droze, přetrvávají depresivní stavy a nastupuje podrážděnost; tato fáze může trvat několik dnů až týdnů
- touha po aplikaci drogy slábne, deprese odeznívají, obtíže se mírní; trvá obvykle několik týdnů až měsíců

MDMA se podařilo poprvé syntetizovat v roce 1912 firmě Merck. Komerčně však nebyla vyráběna nikdy. Její použití se omezovalo na pokusy a možné využití v psychoterapii (u léčby stresových poruch, při partnerských terapiích a v péči o smrtelně nemocné). Poté, co se prokázala její neurotoxicita, legální použití bylo zakázáno. Od sedmdesátých let minulého století se její zneužívání na černém trhu začalo objevovat ve Spojených státech, odkud se postupně rozšířilo do Velké Británie a posléze do celé Evropy. V současnosti MDMA známe pod názvem „extáze“. Je označovaná také za tzv. taneční drogu, jelikož se vyskytuje hlavně na akcích typu technoparty, raveparty apod. Stala se pro mládež jedním z fenoménů současnosti. Následující tabulka ukazuje míru užívání jednotlivých typů drog na „technoparties“ v několika evropských velkoměstech:<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> H.P. TOSSMANN, S. BOLDT, M.D. TENSIL, *Drug affinity amongst youth within the Techno party scene in European metropolises. Final report.* SPI Forschung, Berlin

Tab. č. 4 Užívání drog během posledních 30 dnů před dotazováním (%)

	<b>Amsterdam</b>	<b>Berlin</b>	<b>Madrid</b>	<b>Praha</b>	<b>Řím</b>	<b>Vídeň</b>	<b>Curych</b>
<b>Konopí</b>	66,5	54,9	66,0	<b>69,5</b>	44,4	45,3	63,6
<b>Extáze</b>	<b>57,1</b>	<b>22,6</b>	<b>33,4</b>	<b>19,2</b>	<b>16,3</b>	<b>12,1</b>	<b>27,8</b>
<b>Amfetaminy</b>	19,0	23,6	16,4	<b>19,8</b>	9,9	16,2	17,6
<b>Jiné halucinogeny</b>	16,5	13,2	15,8	<b>21,6</b>	8,1	12,1	18,6
<b>Kokain</b>	27,0	10,2	46,6	<b>6,1</b>	17,7	9,7	12,0
<b>Opiáty</b>	0,6	0,8	1,2	<b>5,7</b>	1,0	3,0	2,2

Člověk po užití extáze většinou intenzivně tančí, někdy až do úplného vyčerpání, protože únavu buď vůbec nepocítuje nebo ji přehluší příjemné pocity. To může mít za následek tělesné poškození. Mezi další rizika MDMA patří zejména nepředvídatelné jednání pod vlivem drogy, nepředvídatelnost účinků drogy, přehřátí organismu, výrazný vzestup tlaku a tepové frekvence, což může vést k mozkové příhodě anebo nebezpečí kvůli selhání srdce a krevního oběhu. Předávkování se projevuje také prudkou ztrátou tekutin a minerálů. Z dlouhodobého hlediska může dojít také k poškození a selhání jater a ledvin. Poté, co účinky látky vyprchají, hlásí se ke slovu deprese a sebevražedné tendence. Po určité době se objevují příznaky duševního poškození – halucinace, strach, paranoia; zhoršení paměti a schopnosti se učit. Nebezpečnost drogy roste s kombinací s dalšími látkami (alkohol, konopní drogy, kokain).

Pervitin a kokain mají podobné účinky. Kokain je obsažen v listech jihoamerické rostliny Erythroxylon coca. Droga byla známá v oblasti dnešního Equadoru již před 5 000 lety. Indiáni považovali tuto rostlinu za dar bohů, která navracela sílu a zaháněla hlad. Základ obchodu s kokainem byl položen právě v oblastech Jižní Ameriky, kdy se kolonizátoři rozhodli pěstění koky zdanit a současně zničit náboženství Inků. Tyto kroky vedly k zneužívání drogy na jiné než rituální účely. V současnosti probíhá neutichající boj s mafií o vymýcení pěstování koky. Zneužíváním kokainu je ohrožena hlavně Amerika a Kanada. U nás a v ostatních zemích střední Evropy nebyl kokain dosud velmi rozšířenou drogou. Zřejmě z toho důvodu, že si ji mohou „dovolit“ spíše finančně lépe situované osoby. Každopádně jeho konzumace rok od roku roste i v Evropě. Unijní agentura EMCDDA odhadla k listopadu minulého roku počet uživatelů na devět miliónů. Nejvyšší míra rozšíření

se týká Británie a Španělska. Oblíbenost však roste i v Dánsku, Itálii, Maďarsku, Nizozemsku a Rakousku.

Tradičním způsobem konzumace je žvýkání listů koky. V našich podmínkách je droga kvůli dostupnosti aplikována nejčastěji sňupáním. Účinek se projevuje vzestupem krevního tlaku, bledostí, pocením a nevolností. Euforie a příjemné halucinace přicházejí až po několikátém užití. Užití kokainu znamená vysokou zátěž pro kardiovaskulární systém, s čímž je spojené velké riziko srdečních a mozkových příhod. Při akutní otravě závislý v důsledku ochrnutí dýchacího centra umírá. Na rozdíl od kokainu působí pervitin déle, je levnější a u nás častěji užíván. Obě drogy způsobují silnou závislost ve velmi krátkém čase. Rychle se projevuje zchátralost těla a dochází k závažným duševním poruchám. Myšlení bývá zrychlené a zmatené, zrychluje se tep. Můžou se také objevit halucinace a pocity pronásledování. Po odeznění účinků přichází útlum, ospalost a deprese. Při dlouhodobém užívání se u konzumentů vyskytují vyrážky, bolesti hlavy, nízká imunita vůči nemocem, poruchy vidění, srdeční poruchy a někdy také poškození mozku. Účinné látky snadno způsobují předávkování a těžkou, někdy i smrtelnou, otravu. Když se tyto drogy podávají nitrožilně, riziko infekce žloutenky nebo AIDS a možnost předávkování roste. Při předávkování pervitinem hrozí smrt díky selhání srdce a krevního oběhu, otoku plic, selhání ledvin a jater.

Tab. č. 5 Porovnání některých příznaků a komplikací skupin návykových látek.<sup>18</sup>

	<b>Alkohol</b>	<b>Opiáty</b>	<b>Konopí</b>	<b>Tlumivé látky</b>	<b>Budivé látky</b>	<b>Halucinogeny</b>
<b>Tělesný odvykací stav</b>	Často ano	Většinou ano	Slabý či žádný	Většinou ano	Většinou ne	Ne
<b>Život ohrožující odvykací stav</b>	Někdy ano	Většinou ne	Ne	Někdy ano	Ne	Ne
<b>Nebezpečné jednání v intoxikaci</b>	Často	Ne	Většinou ne	Ne	Často	Někdy ano
<b>Rizika pro tělesné zdraví</b>	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
<b>Psychotické</b>	Ano	Ne	Ano	Ne	Často	Často

<sup>18</sup> Karel NEŠPOR, *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami*, Praha 1999

<b>stavy</b>						
<b>Težké otravy</b>	Ano	Ano	Po požití ústy	Ano	Ano	Dle látky
<b>Úrazy a dopravní nehody</b>	Často	Spíše ne	Relativně často	Někdy	Někdy	Někdy

## 2.1 Patologické hráčství

S tématem závislosti je úzce spojen fenomén zvaný „gambling“. Jedná se o patologický návyk na různé formy hazardních her – výherní i nevýherní automaty, kasina, sportovní sázky a karetní hry. Někdy se označuje, společně se závislostí na počítačích, práci, jídle a nakupování, také jako závislost bez návykových látek. Podle MKN se nejedná o syndrom závislosti, ale o návykovou a impulsivní poruchu. Podobně jako problémy s alkoholem ani patologické hráčství není vrozené. Ohrožení jsou především mladí lidé, hyperaktivní děti, muži, profesionální hráči a povolání jako například číšníci a majitelé restaurací. Jak jsem již zmínila výše, mají tyto poruchy ve skutečnosti se závislostí mnoho společného. U patologického hráčství postižení pociťují silné puzení ke hře spojené s představou hry a okolností, které hru doprovázejí. Časté jsou představy o velké výhře. Poté, když hráč skutečně vyhraje, nespokojí se z výši výhry a touží mít ještě více. Zvyšuje sázky a hraje pořád častěji. S každou výhrou se nebezpečí pro patologického hráče zvyšuje. Postižený myslí v první řadě na hraní a nedokáže s hrou přestat. Období hráčství můžou být střídána s obdobím pokusů hru omezit nebo úplně přestat. Hráč má často pro nepostiženého člověka až nepředstavitelné představy o výhodách hry. Nejtypičtější představy shrnuje následující přehled.<sup>19</sup>

Tab. č. 6 Představy patologického hráče o výhodách hry

Očekávání od hazardní hry	Typická skutečnost
Bohatství	Nouze a dluhy
Zmírnění nervozity a úzkosti	Dlouhodobě se naopak tyto stavy zhoršují a prohlubují.

<sup>19</sup> Karel NEŠPOR, *Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou*, Sportpropag Praha 1999



Mírnění smutku a depresí	Účinek je podobný jako u nervozity a úzkosti
Touha po štěstí a příjemných pocitech	Míra utrpení a bolesti roste i přes krátkodobé zaujetí hrou.
Společenskost	Samota, vzdalování se normálnímu životu a blízkým.
Odreagování se	Patologické hráčství vede k únavnému a chudému životnímu stylu. Vznikají problémy v různých oblastech života.
Zesílení příjemného stavu	Zbytečné problémy, krize a utrpení
Zvědavost, hledání nových podnětů, únik před nudou	Jednotvárný život točící se kolem hazardní hry
Únik před rodinnými problémy	Zhoršení situace, klesá prestiž a autorita
Únik před samotou	Problémy s okolím a větší samota
Vynahradiť si domnělá nebo skutečná příkoří. Hraní jako pomsta.	Člověk si tak zbytečně sám ubližuje. Působí si další problémy v různých oblastech života.

Patologické hráčství tedy spočívá v opakovaném a častém hráčství, přičemž trpí především rodinné a pracovní prostředí postiženého. S tím je spojená postupná nefunkčnost a ztráta sociálních a materiálních odpovědností a vazeb. Hráč se často zadluží, riskuje své zaměstnání, ohrožuje funkčnost rodiny a svými skutky může porušovat zákon. Má tendenci obviňovat za své neštěstí druhé. Propadá depresi a beznaději. Hráč nedokáže přijmout skutečnost a utíká do světa snů. Zjišťuje, že při hře se cítí nejlépe, je ve zdánlivé citové pohodě. Typická pro postižené je osobnostní nevyzrálost (přání mít všechny dobré věci bez větší námahy). Mnoho hráčů má také silnou vnitřní potřebu být důležití.

Lékaři přirovnávají patologické hráčství k závislosti na kokainu. V obou případech dochází k vybičování tělesných funkcí a následně ke stavům velkého vyčerpání. Při léčbě této poruchy se využívají podobné postupy jako při léčbě závislostí na drogách a alkoholu. Rozhodující je úplná abstinence. Hráč totiž podobně jako alkoholik není schopen svoji hru regulovat a ovládat. Strukturu léčby je možné rozdělit do několika fází: inventura, informace, iniciativa a idea.<sup>20</sup> Inventurou se rozumí zmapování opravdové životní situace pacienta, hlavně situaci v práci, rodině, v otázce zdraví a samozřejmě financí. Je potřeba pracovat

<sup>20</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti II., Gambleři a gambling*; Úřad vlády ČR 2003

na tom, aby si závislý na základě výsledků uvědomil svůj problém s hrou. Na základě jeho rozhodnutí by se měla sepsat smlouva o úzdavě. V další fázi nemocný získává potřebné informace, které potřebuje pro změnu svého života. Obvykle se terapeut v této části léčby potýká s negativním pohledem klienta, který rozhodně neulehčuje zpracování výše zmíněných informací. Může pomoci nácvik uvolnění, zvládání stresových situací a deprese. Ve fázi iniciativy již pacient pochopil základní procesy charakterizující toto onemocnění. Uvědomuje si, že je to hlavně jeho osobní problém, tudíž je k jeho vyřešení nutná spolupráce z jeho strany. V této části je důležitý nácvik sociálních dovedností jako je asertivita, komunikace a zvládání krizových situací. V poslední části léčby pracuje klient na zkvalitňování svého nového životního stylu a na znovunalezení důvěry v mezilidských vztazích, hlavně v rodině.

U nás se patologické hráčství rozvinulo díky zvyšující se dostupnosti po roce 1989. Celkový přehled o počtu patologických hráčů v ČR však chybí. Určitý odhad prováděl v roce 1999 Ladislav Csémy a to o výskytu patologického hráčství u dospívajících:

- 6 % chlapců a 1 % dívek ve věku 15 – 19 let
- 8 % chlapců a 1,5 % dívek ve věkové skupině 17 let a výš

Podle evropského projektu ESPAD byla zkušenost u šestnáctiletých v roce 1995 s hraním na hracích automatech následující:

Tab. č. 7 Zkušenost šestnáctiletých s hraním na hracích automatech v roce 1995

	Celkem v %		Chlapci (%)		Dívky (%)	
	Nejméně 1x	Častěji než 5x	Nejméně 1x	Častěji než 5x	Nejméně 1x	Častěji než 5x
Za celý život	63,4	18,9	73,5	29,7	51,3	7,1
Za posledních 12 měsíců	28,3	7,6	37,4	11,9	17,3	2,2
Za posledních 30 měsíců	12,7	2,5	18,5	4,2	5,5	0,6

### 3. DROGY JAKO GLOBÁLNÍ PROBLÉM

Drogy se staly v průběhu 20. století globálním problémem a to ve třech obdobích:

- Do roku 1960 jsou drogy brány jako odborný problém ve specializované vědecké a kriminální sféře.
- Mezi lety 1960 – 1990 se stávají společenským problémem hlavně ve vyspělých zemích.
- Od roku 1990 je OSN označilo za globální problém (Globální akční plán VS OSN 1991).

Na otázku proč oblast drog považovat za globální problém se nabízí hned několik odpovědí:

- problém ovlivňuje všechny země světa
- nelze ho řešit lokálním přístupem
- dotýká se každého jednotlivce
- každá země má v této oblasti svoji úlohu, jelikož rozlišujeme země producentské, transitní a spotřebitelské

Mezinárodní společenství a instituce se proto snaží přijímat vhodná opatření a reagovat průběžně na aktuální vývoj v oblasti drogové scény. Názvem „drogový problém“ bylo označeno primární i sekundární poškození a negativní jevy spojené s užíváním legálních i nelegálních drog. Patří sem například závislost, zranění, nemoci, úmrtnost, rozpad rodiny, prostituce a kriminalita. Pro společnost je navíc rozšíření trhu s drogami do celosvětového měřítko nebezpečné i z několika jiných oblastí. Například zisky z černého trhu s drogami pronikají do ekonomické sféry zemí, mohou vést k hospodářskému i politickému vlivu; produkce drog se v některých zemích stala normální obživou obyvatel atd. Trh s drogami má samozřejmě svoji oblast poptávky a nabídky. Podle toho se rozlišují hlavní přístupy drogové politiky a to se zaměřením na „snižování nabídky drog“ a „snižování poptávky po drogách“. U snižování nabídky jde o aktivity vytvořené pro zastavení nebo omezení výroby a distribuce drog. Činné orgány v této sféře jsou zejména orgány státní správy: policie, justice, celní orgány, kontrolní a správní úřady (v ČR Inspektorát omamných a psychotropních látek na Ministerstvu zdravotnictví). Snižování poptávky po drogách se týká konzumentů i potencionálních zákazníků. Projevuje se zejména formou preventivních, vzdělávacích, poradenských a léčebných programů. Nejdůležitějším pojmem v této oblasti je „prevence“. Podle Světové zdravotnické organizace ji rozdělujeme následovně:

1. primární prevence – úkolem je předcházení užití drogy u těch, kteří s ní dosud nebyli v kontaktu. Má podporovat zrání člověka, aby co nejbezpečněji prošel obdobím hledání vlastní identity. Patří sem starost o výživu, zdraví, prevence úrazů, učení vytvářet efektivní program trávení volného času, starost o sociální integritu, rozvoj prosociálního chování, dobročinnosti, soucítění s druhými, učení k pokoře a vedení k duchovním hodnotám.
2. sekundární – úlohou sekundární prevence je předcházení vzniku, rozvoji a trvání závislosti u osob, které již drogu konzumovali nebo jsou závislími. Léčba se vždy zaměřuje na komplexnost biologických, psychologických, sociálních a spirituálních předpokladů.
3. terciární – rozumíme tím předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog cestou resocializace klientů a přístupy harm reduction.

Aktéry snižování poptávky jsou zejména mnohé poradenské, výchovné, zdravotní a sociální služby. Cílové skupiny tvoří různé stupně návaznosti na drogu; od obecné populace přes rizikové jednotlivce, experimentátory, příležitostné konzumenty až po pravidelné a problémové uživatele; v neposlední řadě do cílové skupiny patří také rodina uživatelů. U velkého množství přístupů není rozhodující, zda jde o nelegální nebo legální drogy, přestože je užívání legálních drog ve společnosti akceptováno a to hlavně z důvodu katastrofálního vlivu užívání nelegálních drog pro společnost například na rozdíl od konzumace alkoholu a tabáku, jde u konzumace nezákonných drog o šíření infekčních chorob a kriminalizaci konzumentů.

Světovou strategii boje proti drogám reprezentují úmluvy OSN (Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961; Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 a Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988) a již zmiňovaný Globální akční plán VS OSN z roku 1991. Akční plán má za cíl „vyvážený přístup“ mezi represí a prevencí. Problémy tohoto přístupu jsou například v následujících oblastech:

- likvidace otevřené drogové scény, kdy se policie snaží vytlačit dealery a uživatele z veřejných prostranství, způsobuje přesun do ilegality bytů a domů
- postih za držení drogy pro vlastní spotřebu, který může vést k pozdnímu vyhledání pomoci a strachu uživatele z trestu

- přístupy „harm reduction“ slouží konzumentům, kteří nechtějí s užíváním drog přestat. Jedná se o různé programy zdravotní a sociální pomoci (street workers, výměna jehel, distribuce kondomů apod.). Odpůrci harm reduction přístupů argumentují tím, že jde o uznání drog a přístup vedoucí k legalizaci drog.

Pro realizaci racionální a smysluplné drogové politiky je důležitý společenský souhlas, vědecký přístup a znalost rozsahu užívání drog ve společnosti. Minimalizace poškození drogami, ochrana veřejného zdraví a prostředí, vzdělávání a osvěta v oblasti drog jsou hlavním proudem ve většině zemí. Kromě vyváženého přístupu k otázce drog registrujeme extrémní přístupy patrné i v České republice. Jedná se na jedné straně o radikální zastánce „společnosti bez drog“, kteří opomíjejí nebo považují za okrajovou oblast prevence a považují za nejdůležitější represí. Tento přístup má zastánce například v řadách krajně pravicových politických sil (nacionalisté, kteří staví na rasových a xenofobiích předsudcích – za šíření drog jsou odpovědni přistěhovalci a nežádoucí cizinci). Na straně druhé jsou zastánci legalizace. Požadují částečnou nebo úplnou legalizaci. Částečnou legalizací se rozumí uvolnění trhu s produkty cannabisu. Úplná zahrnuje i uvolnění trhu s heroinem a kokainem. Tento proud zastávají zejména reprezentanti krajní evropské levice. Argumentují lidskými právy a ekonomickou svobodou. Zároveň kritizují objem vynakládaných financí na represí bez zjevného účinku – zákazy samy o sobě způsobují rozvoj černého trhu. Další přístup je tzv. selektivní. Jeho podstatou je beztrestnost podávání drogy za určitých kontrolovatelných podmínek. Mezi nejznámější patří:

- prodej produktů z cannabisu v licencovaných provozovnách (jsou známé v Nizozemí a Švýcarsku)
- podávání heroinu závislým pod lékařským dohledem
- kontrolované podávání drog při různých tělesných a duševních chorobách

K desátému výročí podepsání Jednotné úmluvy o omamných a psychotropních látkách se konalo zasedání Valného shromáždění OSN (r.1998). Zasedání se zabývalo celosvětovou problematikou drog a strategií v boji proti drogám pro následující 21. století. Nepřineslo sice zásadní převrat, ale potvrdilo priority v oblasti potlačování nezákonného trhu s amfetaminy; vymýcení pěstování opia a koky; zvýšený boj proti praní špinavých peněz a posílení mezinárodní spolupráce. VS OSN na zasedání přijalo důležitou Deklaraci o základních principech snižování poptávky po ilegálních drogách. Upozorňuje v ní státy zapojené do Úmluvy o nutnosti dodržovat odsouhlasené závazky. V některých člancích opatrně potvrzuje přístup harm reduction.

Jednoznačnější, vzhledem k drogové politice a přístupu harm reduction, je politika Evropské unie. Za nejdůležitější považuje i nadále vyvážený a komplexní přístup. Následující tabulka představuje čtyři základní strategie drogové politiky dle přístupu v EU:<sup>21</sup>

Tab. č. 8 Základní strategie drogové politiky EU

Represe a kontrola	Primární prevence	Léčba a sociální rehabilitace
	<b>DROGY</b>	
	Harm reduction	

Politika EU uvádí, že pouze kombinací těchto přístupů je možné zahrnout všechny oblasti; od prevence zneužívání drog, přes experimentování až po omezení negativních zdravotních a sociálních důsledků. Nejvyšší prioritu klade na oblast prevence, zdraví, vzdělávání a výzkumu. Program platný v EU také říká, jak potvrzuje i níže uvedená Evropská charta o alkoholu, že kromě zakázaných drog je potřeba se zaměřit také na kouření tabákových výrobků a konzumaci alkoholických nápojů, jelikož zdravotní a sociální poškození jsou srovnatelná.

### Exkurs: Evropská charta o alkoholu / Deklarace Mládež a alkohol

Základním právem člověka je právo na zdraví a kvalitní život. Ochrana a podpora zdraví a kvality života jsou základním principem Úmluvy OSN o právech dítěte a součástí programu HEALTH 21 Světové zdravotnické organizace a aktivit UNICEF. Evropský akční plán o alkoholu na období r. 2000 - 2005 vydaný WHO zdůrazňuje nutnost prohlubovat povědomí a znalosti o veřejných zdravotnických programech pro prevenci škod způsobených konzumací alkoholu, dále potřebu podporovat zdravé rodinné prostředí, pracoviště a obce k ochraně mládeže před tlaky a příležitostmi k užívání alkoholu, zároveň k omezení a snížení škod spojených s konzumací alkoholu. Evropská charta o alkoholu přijatá v roce 1995 v Paříži stanovila základní principy v oblasti podpory a ochrany zdraví. Žádá všechny členské země, aby připravily všestranné politické kroky a uskutečňovaly programy prevence a pomoci. Další z dokumentů přijatých v Evropě jako závazný je Deklarace Mládež a alkohol z roku 2001. Byla přijata konferencí ministrů Evropských zemí ve Stockholmu. Cílem této deklarace je ochrana dětí a mládeže před užíváním alkoholu a omezení škod

<sup>21</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Úvod do drogové politiky*; Úřad vlády ČR 2003

způsobených konzumací alkoholu. Kombinace účinných proti alkoholových opatření je postavena na čtyřech základních oblastech, a to poskytnutí ochrany, podpora vzdělávání, podpora prostředí a omezení negativních vlivů.

Zároveň opět potvrzuje pět principů již obsažených ve zmíněné chartě o alkoholu:

1. Všichni lidé mají právo žít v rámci rodiny, obce a na pracovišti chráněni před nehodami a jinými negativními důsledky konzumu alkoholu.
2. Všichni lidé mají právo na objektivní informace a vzdělání, počínaje od raného věku, o důsledcích konzumu alkoholu na zdraví, rodinu a společnost.
3. Všechny děti a mladiství mají právo vyrůstat v prostředí chráněném před negativními důsledky konzumu alkoholu a v maximální možné míře také před reklamou na alkoholické nápoje.
4. Všichni lidé se zvýšenou nebo škodlivou mírou pití alkoholu a členové jejich rodin mají právo na všeobecně dostupnou péči a ošetření.
5. Všichni lidé, kteří si nepřejí pít alkohol, nebo kteří ho pít nemohou ze zdravotních anebo jiných důvodů, mají právo být chráněni před tlaky okolí k užití alkoholu a právo být podporováni ve své vůli nepít alkohol.

V deklaraci jsou stanoveny mimo jiné následující cíle, které by měly být dosaženy do konce roku 2006:

- Snížit počet mladých lidí začínajících s konzumací alkoholu
- Zvýšit věk, kdy začínají pít alkohol
- Nabízet a rozšiřovat nabídku alternativ sloužících namísto alkoholu a drog
- Zkvalitnit vzdělání těch, kteří s mládeží pracují
- Zkvalitnit vzdělání mladých, co se týče důsledků užívání alkoholu
- Minimalizovat tlaky k pití alkoholu v souvislosti s distribucí, dostupností alkoholu a reklamou
- Zajistit a zkvalitnit přístup k zdravotním a poradenským službám v oblasti boje proti konzumaci alkoholu
- Snížit škodlivé důsledky konzumu, hlavně nehody, násilí a agresivitu mezi mládeží

### 3.1 Situace v České republice versus ostatní evropské země

Ve všech zemích střední a východní Evropy se drogová scéna začala ve velké míře šířit po roce 1990. Tento proces způsobil pád komunistických režimů a s tím spojené změny politické, ekonomické a sociální. Podle již zmiňovaného průzkumu EMCDDA zveřejněného v listopadu minulého roku se počet problémových uživatelů drog v EU pohybuje kolem 1,2 až 2,1 miliónu obyvatel. Počty rostou hlavně v Dánsku, Rakousku, Finsku, Švédsku a Norsku, zatímco v ČR, Německu, Irsku a Řecku počet klesá anebo se alespoň stabilizuje. V České republice byl významným rokem v protidrogové politice rok 2001, kdy se podařilo zmapovat a zanalyzovat drogovou situaci v ČR (užívání nezákoných drog i realizovaná protidrogová opatření). Tento výzkum proběhl v naší zemi poprvé od založení poradního orgánu vlády, Meziresortní protidrogové komise v roce 1993. Na základě požadavku Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti bylo sledováno těchto pět klíčových ukazatelů: užívání nelegálních drog ve společnosti; odhady počtu problémových uživatelů; zájem o léčbu v souvislosti s užíváním drog; úmrtí a infekční nemoci se souvislostí s konzumací těchto látek. V ČR se povedlo vyčíslit i společenské náklady na zneužívání nelegálních drog.

Detaily o rozsahu užívání drog v naší zemi byly vyčísleny následovně:<sup>22</sup>

- vzrostla experimentální a rekreační konzumace konopných látek u mladých lidí, zejména ve věku 15 - 25 let (*vývoj obdobný v rámci celé Evropy*)
- vzestup pravidelných uživatelů konopných drog; pravidelně užívá marihuanu přibližně patnáct procent mládeže ve věku 15 – 19 let; alespoň jednu zkušenost má v tomto věkovém rozmezí asi čtyřicetšest procent lidí (*týká se celé EU, kde mladí dospělí považují cannabinoidy za kulturní záležitost, trend, který je „in“ eventuelně za účinnou obdobu alkoholu*)
- šíření heroinu kromě větších měst i na venkov (*protiklad ve srovnání s vývojem v ostatních zemích EU*)
- zmenšování pervitinových minitrhů a skupin u nás a naopak hledání potencionálních zákazníků v zahraničí díky organizované síti; na úkor pervitinu u nás přibývá uživatelů heroinu

<sup>22</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Přehled drogové situace v ČR v roce 2001*; Úřad vlády ČR 2003

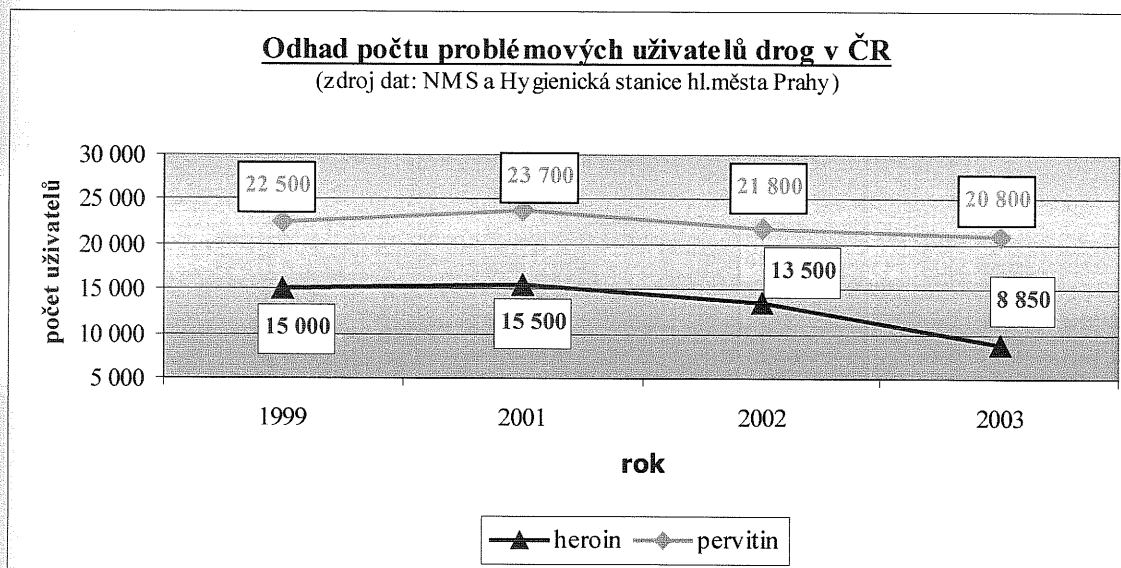


- popularizace a komercializace trávení volného času mládeže na techno a tanečních parties a s tím spojená konzumace MDMA (*celosvětový vývoj je podobný*)
- počet problémových uživatelů je stabilní, pohybuje se kolem 40-tisíce osob; dochází spíše k přelévání uživatelů od jednoho druhu drogy k druhému (již zmiňovaný pervitin versus heroin)
- alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou má přibližně šestnáct procent obyvatel (*v EU je to cca 20 – 25 %*); pro většinu uvedených obyvatel se jedná o konzumaci marihuany nebo hašiše
- s extází měla zkušenost čtyři procenta obyvatel a s jinými drogami (heroin, kokain, pervitin atd.) méně než jedno procento
- v roce 2001 se léčilo v souvislosti s nelegálními drogami přibližně 12 000 osob; poprvé pomoc vyhledalo cca 4 000 osob s průměrným věkem zhruba 21 let
- v témž roce u nás na předávkování psychotropními látkami zemřelo 167 obyvatel; z toho 83 na předávkování léky (nejvíce úmrtí díky Rohypnolu); z nelegálních drog mají nejvíce úmrtí na „svědomí“ opiáty (53 zmařených životů) a heroin (30 lidí); počet úmrtí v ČR ve srovnání s evropským průměrem je velmi nízký
- v České republice se ročně spotřebují drogy v hodnotě 15 miliard Kč (uvedeno podle cen na černém trhu); společenské náklady vynaložené na prevenci, léčbu a represí činí nejméně 2,8 miliardy korun ročně; ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo 245 miliónu Kč na specifickou primární prevenci, léčbu a opatření harm reduction

Podle zprávy Národního monitorovacího střediska z roku 2002 a zprávy Národního protidrogového centra z roku 2004 byla drogová situace v České republice podobná jako ve výsledcích výše uvedeného průzkumu. Příležitostné a experimentální užívání drog (především konopných drog a extáze) má rostoucí trend u mladých lidí. Konzumace konopných drog se stává stále větším společenským problémem. Zvyšuje se počet odhalených hydroponních pěstíren tzv. scunku (marihuana s vysokým obsahem účinné látky THC). Experimenty s heroinem a pervitinem klesají. Naštěstí se také zastavil trend snižování věku první zkušenosti s nelegálními drogami. Zvýrazňují se větší rozdíly v kvalitě prodávaných drog v závislosti na úrovni distribuční sítě. Nejnížší kvalita je prokazována u poskytovatelů z řad romského etnika a vietnamské menšiny. Distribuce metamfetaminu je organizována různými skupinami, jak české národnosti, tak i skupinami ruskojazyčnými, bulharskými, arabskými a občany bývalé Jugoslávie. Hlavní postavení v rámci ČR si v obchodu s heroinem

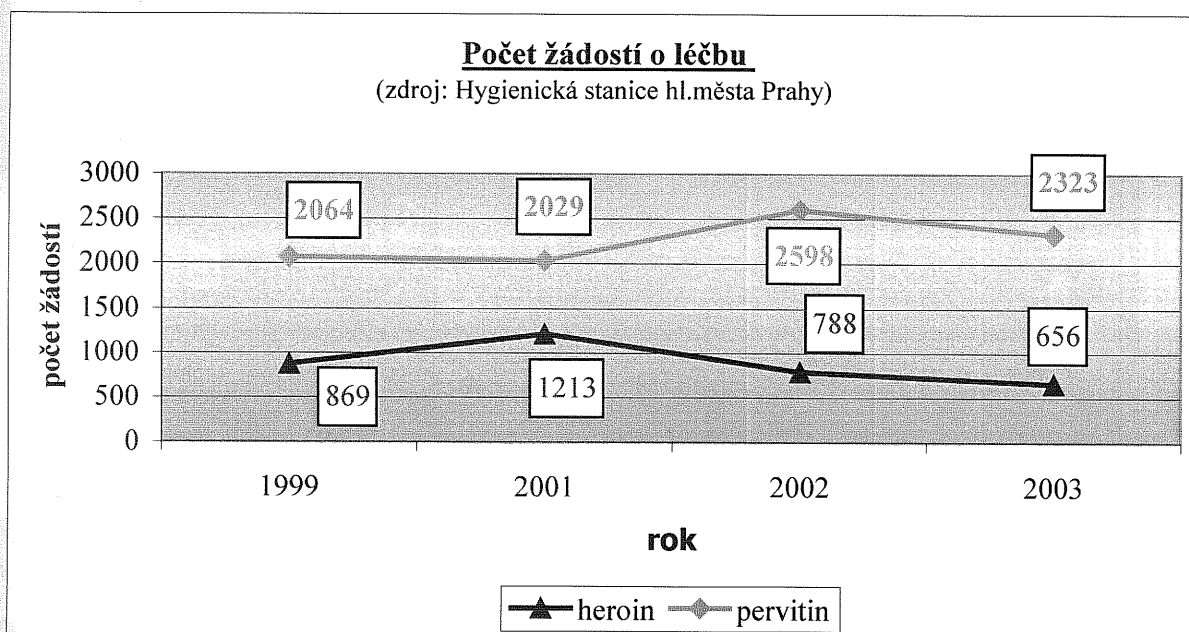
udržuje kosovskoalbánská komunita. Naše země je využívána nejen jako tranzitní země, ale i jako země, kde se větší zásilky dělí na menší, které následně putují do cílové země. Přesto se problémové užívání drog v posledních letech stabilizovalo (viz graf č. 3).

Graf č. 3

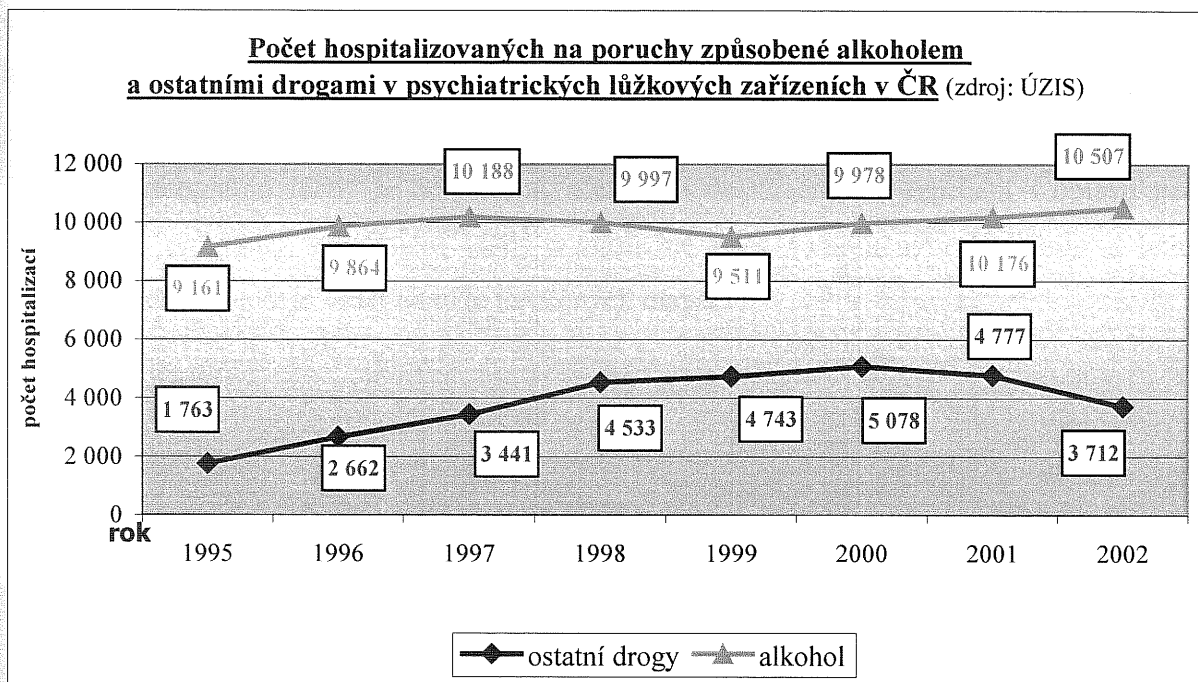


Počet žadatelů o léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog v roce 2003 klesl (viz graf č. 4), ale naopak počet léčených ze závislostí na alkoholu roste (viz graf č. 5).

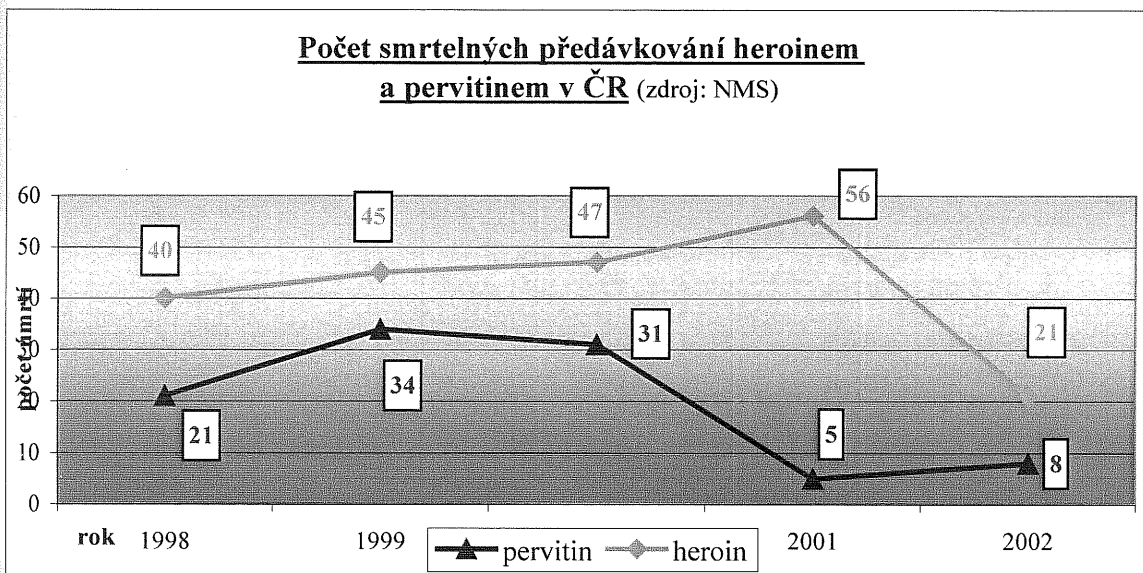
Graf č. 4



Graf č. 5



Graf č. 6

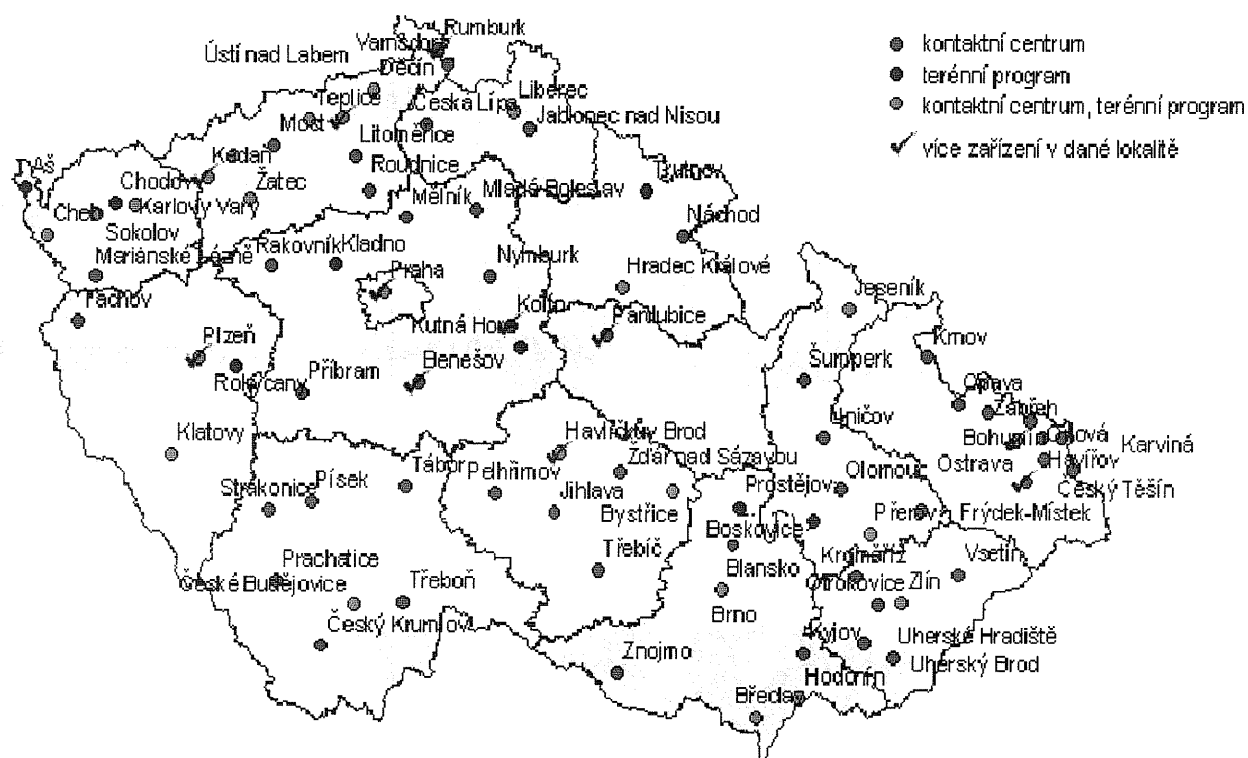


V roce 2000 proběhla „Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR“. Cílem výzkumu bylo zmapovat síť programů, služeb, míry spolupráce a návaznosti mezi jednotlivými programy. Výzkum potvrdil, že primární prevence užívání drog není v ČR zanedbávanou součástí protidrogové politiky. Bohužel je nejslabší částí v oblasti snižování poptávky po drogách, zejména kvůli nejednotnému pohledu na primární prevenci,

nedostatečnému financování a často nefungující komunikaci mezi jednotlivými aktéry (mezi poskytovateli služeb, poskytovateli finančních prostředků a příjemci služeb) na celostátní, regionální i místní úrovni.

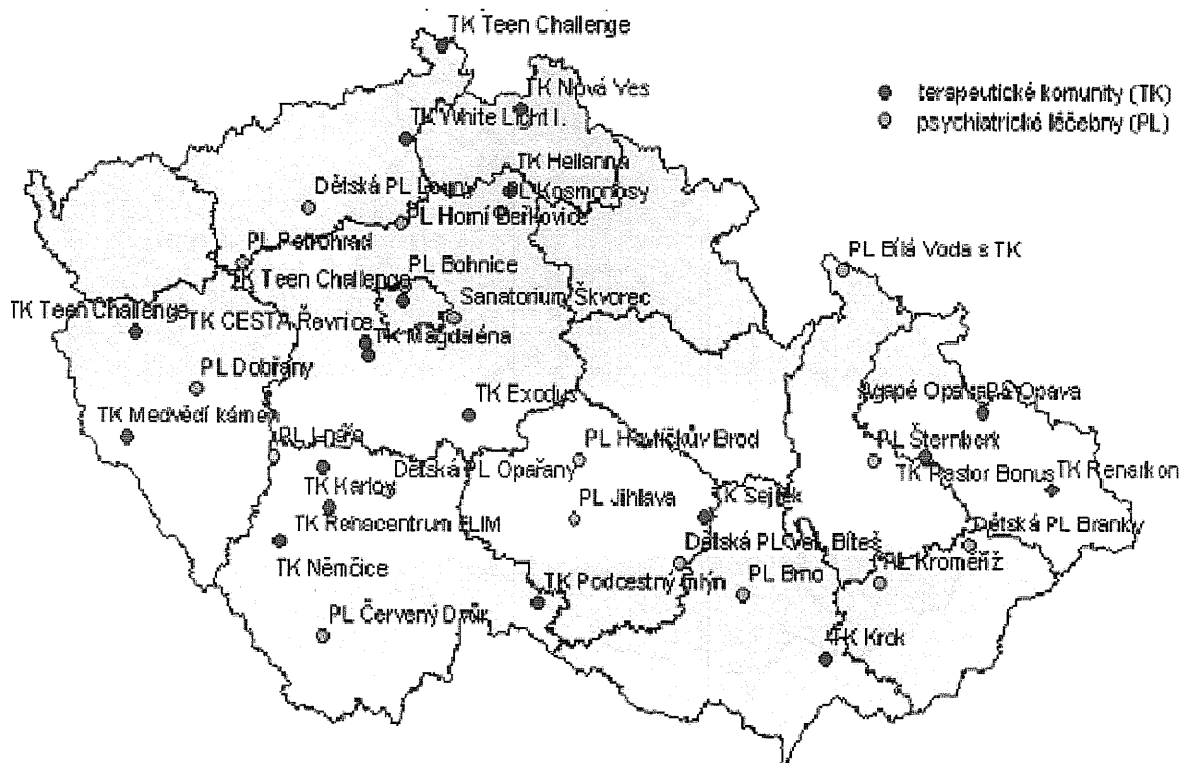
Bohužel ani současná strategie vlády pro další období (2005 – 2009) neposkytuje řešení pro tyto letité problémy, zejména otázku financování daných služeb. Celková síť a regionální dostupnost programů léčby je dostatečná, ale chybí dostatečné zabezpečení v oblasti péče o nezletilé, programy substituční léčby a následné péče s chráněným bydlením a prací. Regionální dostupnost je vidět na níže uvedených mapách.<sup>23</sup>

Obr. č. 1 Nízkoprahová zařízení v ČR (zdroj dat NMS):

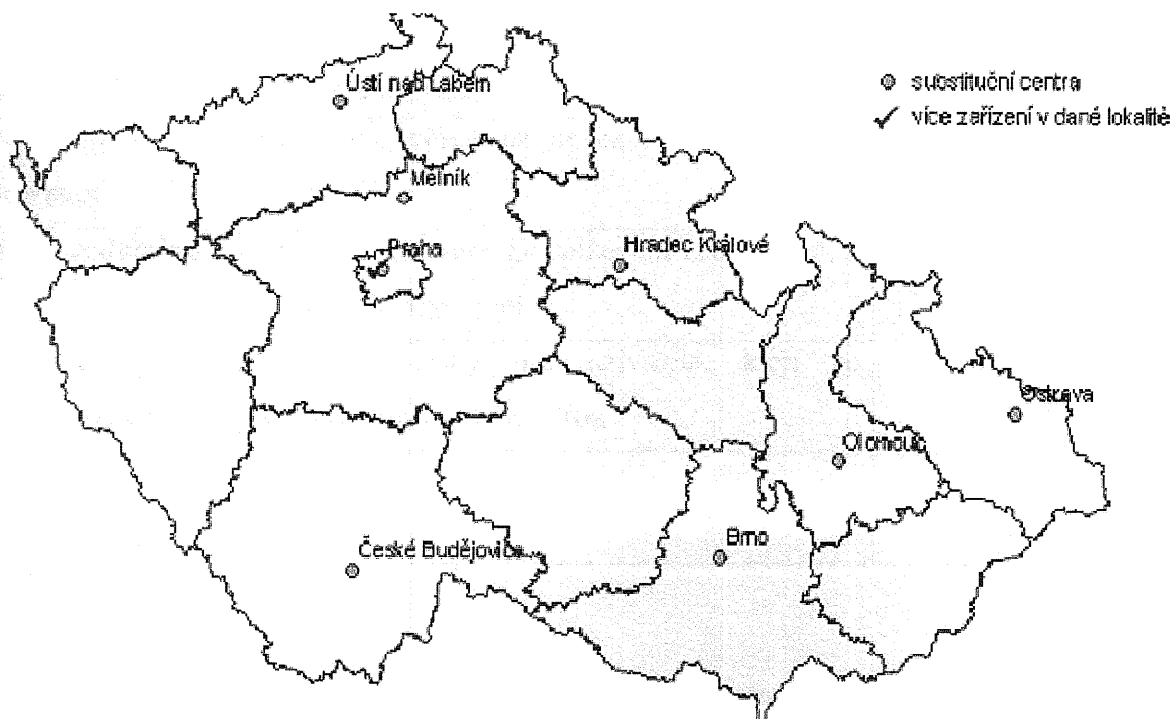


<sup>23</sup> Výroční zpráva o stavu drog v ČR v roce 2002, NMS

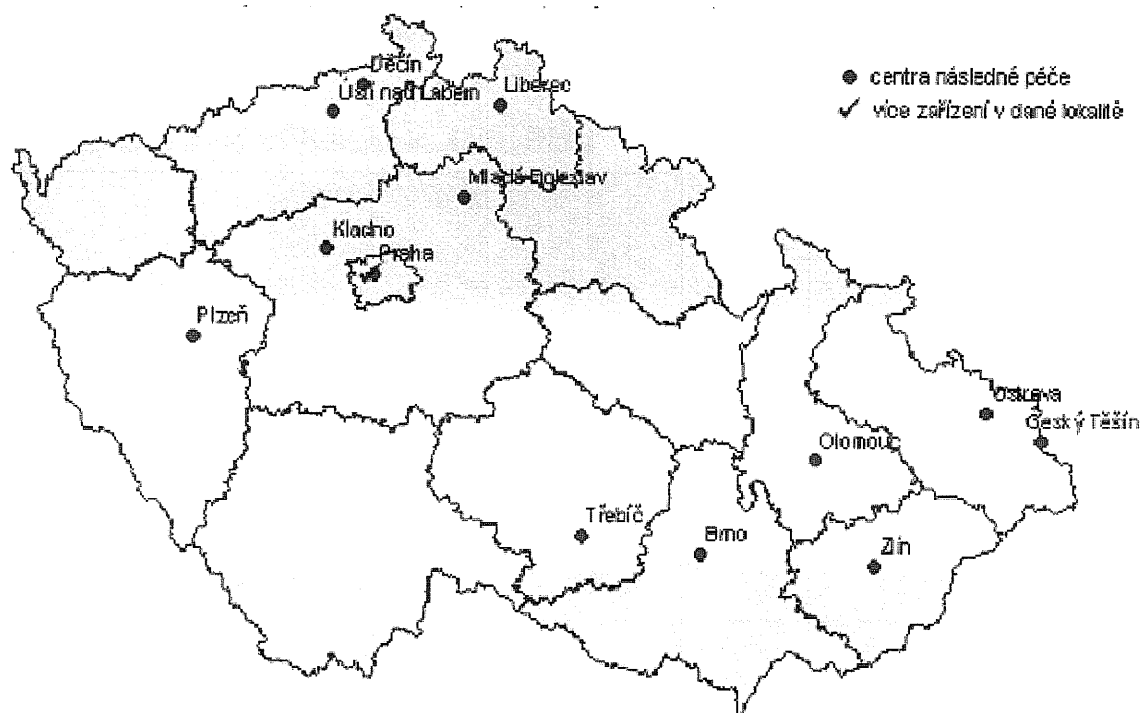
Obr. č. 2 Rezidenční léčba v ČR (zdroj dat NMS):



Obr. č. 3 Metadonová centra v ČR (zdroj dat NMS):



Obr. č. 4 Následná péče v ČR (zdroj dat NMS):



Hlavní protidrogová strategie v ČR má stejné pilíře jako v ostatních zemích EU: základní pohled na primární prevenci, léčbu a resocializaci, legislativu a potlačování nabídky (viz Tabulka č. 9). Ve všech oblastech péče se však projevují problémy s financováním programů. Tyto problémy jsou systémové a můžou je změnit pouze potřebné kroky od vlády.

Tab. č. 9 Pilíře protidrogové politiky ČR:<sup>24</sup>

<b>Primární prevence</b>	Aktivity zaměřené na prevenci a užívání drog	Prevence (snižování poptávky)
<b>Harm reduction</b>	Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních poškození	
<b>Léčba a resocializace</b>	Programy léčby pro uživatele, kteří se rozhodli pro život bez drog	
<b>Represe</b>	Zákonná opatření a aktivity k potlačování nabídky drog	Represe (potlačování nabídky)

Zákonná protidrogová opatření v ČR jsou zaměřena hlavně na ochranu a potlačování nabídky drog u dětí a mládeže. Svedčí o tom podstatně vyšší trestní sazby

<sup>24</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Vývoj drogové scény a drogové politiky v ČR*; Úřad vlády ČR 2003

za prodej a šíření drog (samozřejmě při přítomnosti přitěžujících okolností, například organizovaná skupina, velký rozsah, újma na zdraví nebo smrt, jsou sazby ještě vyšší).<sup>25</sup>

Tab. č. 10 Trestní sazby v ČR za prodej a šíření drog

	Nejvyšší trestní sazba vůči dospělému	Nejvyšší trestní sazba vůči osobě pod 18 let	Nejvyšší trestní sazba vůči osobě pod 15 let
Prodej drog nebo látky k její přípravě	5 let	10 let	12 let
Předmět k nedovolené výrobě	5 let	10 let	10 let
Šíření toxikománie	3 roky	5 let	10 let

<sup>25</sup> Karel NEŠPOR, *Jak přestat brát drogy*, Sportpropag Praha 2004

## 4. MODELY POMOCI UŽIVATELŮM

Oblast léčby a následná pomoc klientům v začlenění se do společnosti má široké spektrum různých přístupů a metod. Některé lze navzájem kombinovat, jiné nikoliv. Často je těžké identifikovat, které z nich jsou pro určitou skupinu postižených vhodnější a efektivnější. Podmínkou efektivity programu je jeho schopnost vyjít vstříc skutečným potřebám klienta. Žádný program však není naprosto kompletní a nemůžeme od něj čekat stoprocentní splnění našich požadavků. V průběhu léčby totiž prochází postižený různými fázemi a změnami osobních postojů k léčbě. Jednotlivé fáze (viz obrázek č. 5)<sup>26</sup> si musí terapeut uvědomovat a přistupovat ke klientovi podle toho, ve které se právě nachází. Vždy musí projevit respekt, naslouchání a zájem o klienta, jeho plány a perspektivy. Respekt ještě nemusí znamenat to, že s klientem souhlasí. Terapeut by měl poskytovat klientovi pozitivní zpětnou vazbu, oceňovat pokroky v léčbě, pomáhat překonat rozpor mezi tím, co klient dělá a jak by chtěl a měl jednat. Vztah klient – terapeut má svoje specifika. Je vyjimečný tím, že vzniká ve stavu nouze. Jedna strana pomoc hledá a druhá ji nabízí. Aby spolu mohli pracovat, je důležitá alespoň minimální dávka osobní sympatie. Tento specifický vztah se dá srovnat se vztahem rodiče k dítěti. Vztah se v průběhu terapie rozvíjí a má různé podoby. Je důležité nejdříve správně diagnostikovat a poté zvolit správný model pomoci.

Jedním z hlavních úkolů při pomoci v závislostech je posilování motivace u závislých. Nezbytnou složkou terapie je empatie a znalost vývojových stádií závislosti. Hlavním kritériem při léčbě závislosti na návykových látkách je podmínka aktivního, přímého, didaktického přístupu s jasným cílem.<sup>27</sup> Problémy klientů v léčbě jsou velmi podobné a můžeme je shrnout do následujícího přehledu.

Tab. č. 11 Problémy klientů v průběhu léčby:

### 1. Problémy související s drogami a léčbou

- craving
- pochybnosti o smyslu života bez drog, pochybnosti o jeho dosažení a celkový pesimismus ve vztahu k léčbě
- nízká schopnost vyhnout se nebezpečným situacím tj. situacím, kde klient snadno získá drogu

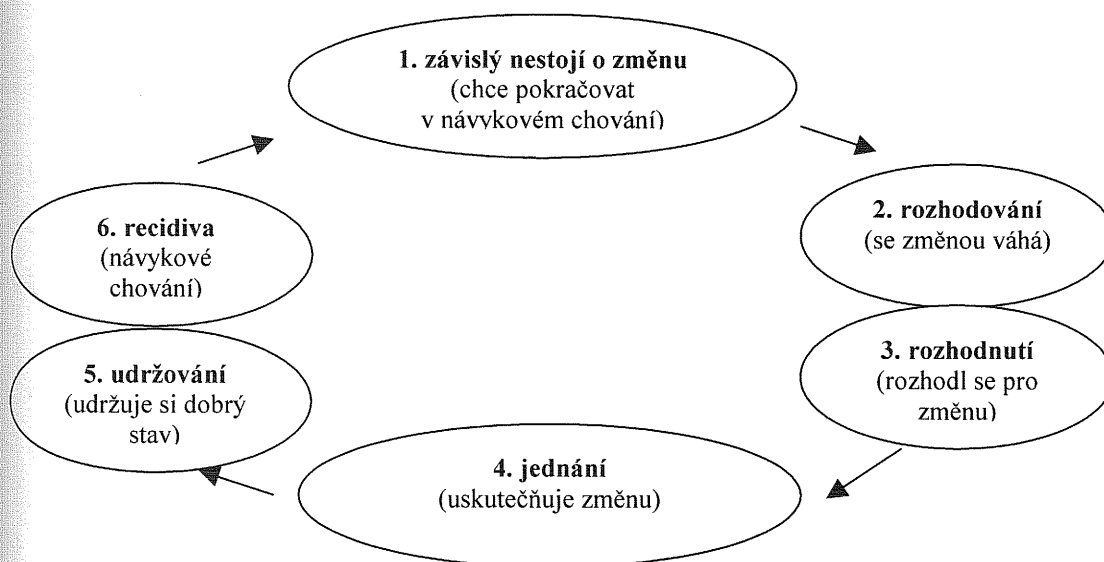
<sup>26</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Diagnostický rozhovor a posilování motivace*; Úřad vlády ČR 2003

<sup>27</sup> D.D.PITA, *Nezdravá závislost*; Karmelitánské nakladatelství Kostelní Vydří 2000



- dlouhodobá nerozhodnost
<b>2. Problémy v sebepřijetí</b>
- nízká sebeúcta a sebedůvěra - neschopnost vcítit se do vlastních emocí - nízké vědomí totožnosti se svým tělem
<b>3. Problémy se vztahy</b>
- zranitelnost a snadná urážlivost - povrchnost, překotné jednání - uzavřenost a osamělost - problémy se sexem mající původ v psychice - manipulace a účelové jednání
<b>4. Problémy v sociálních schopnostech</b>
- nezodpovědnost a neschopnost plánovat - komunikační a dovednostní problémy - nedostatek kulturních a pracovních návyků

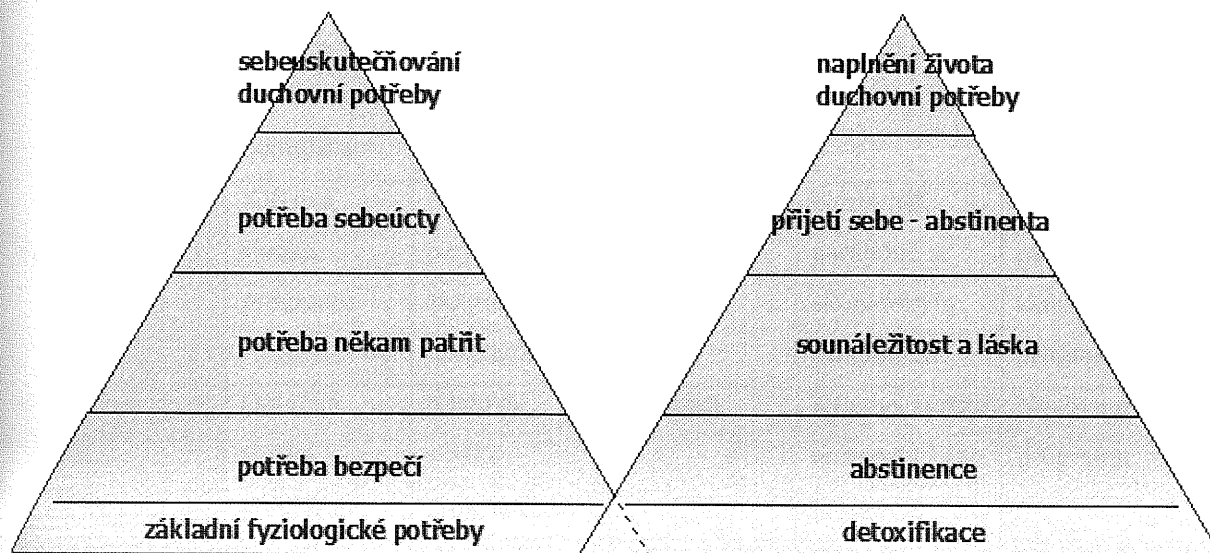
Obr. č. 5 Fáze léčby u závislého klienta:



Co se týče časového harmonogramu léčby, líbilo se mi sjednocení Maslowovi hierarchie lidských potřeb s hierarchií terapeutických prostředků (viz Obr. č. 6), které ve své knize Nezdravá závislost použila autorka D.D.Pita. Maslowovo schéma ukazuje, že nižší potřeby

musejí být naplněny dříve než je člověk schopen si uvědomit potřeby vyššího stupně a být jimi motivován. Pro terapii to znamená, že se nebude pacientovi nabízet seberealizace, když on nemá, kde bydlet a co jíst anebo že nebudeme řešit jeho problémy z dětství, když on má momentálně problém vůbec přežít působení návykové látky.

Obr. č. 6 Maslowova hierarchie lidských potřeb versus hierarchie terapeutických kroků.<sup>28</sup>



Jednotlivé programy a služby pomoci se mohou lišit zejména v těchto směrech:

- v typu: ambulantní nebo lůžkové (a další rozdělení na léčbu v nemocnici, léčebně, komunitě, v chráněném bydlení)
- v délce: krátkodobé, střednědobé nebo dlouhodobé (záleží na počtu týdnů až měsíců, které klient stráví v programu)
- v přístupu: svépomoc, odborné služby apod.
- v léčebné filozofii: terapeutická komunita nebo klinika, léčba metadonem, farmakoterapie nebo bez medikace
- v metodách léčby: individuální anebo skupinová terapie

<sup>28</sup> D.D. PITA, *Nezdravá závislost*, Praha

Následující tabulka nám ukazuje vhodnost jednotlivých forem a metod v léčbě drogových závislostí.<sup>29</sup>

Tab. č. 12 Formy a metody v léčbě drogových závislostí

Metody/Formy	Ambulantní léčba	Léčba v denním stacionáři	Ústavní detoxifikace	Krátko až střednědobá léčba	Středně až dlouhodobá léčba
<b>Farmakoterapie</b>	Pro zvládnutí odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládnutí odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládnutí odvykacího syndromu	Pro zvládnutí komplikací	Zřídka při komplikacích
<b>Individuální terapie</b>	Klíčová složka programu	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Nezbytná, intenzivní	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Důležitá, paralelně se skupinovým programem
<b>Skupinová terapie</b>	Důležitá složka programu	Klíčová složka programu	Žádoucí	Klíčová složka terapeutického programu	Nezbytná složka programu
<b>Rehabilitace, výchova, volnočasové aktivity</b>	Doplňkové, žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Nezbytná složka programu, včetně práce
<b>Léčebný program</b>	Dodržování docházky a základních pravidel	Kontrolovaný režim v době programu, monitorování mimo program	Přísný léčebný režim na uzavřeném oddělení 24 hodin denně	Kontrolovaný léčebný režim 24 hodin denně	Režim s odstupňovanou kontrolou dle fází 24 hodin denně
<b>Terapeutické komunity</b>	Neuplatňují se	Žádoucí v době programu	Obvykle se neuplatňují	Základní rámec programu	Podstata programu
<b>Práce s rodinou</b>	Nezbytná, soustavná	Nezbytná, soustavná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Důležitá minimálně základní spolupráce
<b>Sociální práce</b>	Nezbytná	Nezbytná	Žádoucí pro	Nezbytná	Nezbytná na

<sup>29</sup> Kamil KALINA a spol., *Drogy a drogové závislosti, Diagnostické závěry a indikace k léčbě*; Úřad vlády ČR 2003

			aktuální problémy		počátku a konci léčby
<b>Testování drog</b>	Důležité, průběžně	Důležité, průběžně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně

V průběhu desetiletí protidrogového boje se k řešení otázky pomoci závislým přistupovalo z různých úhlů pohledu na závislost. K nejčastějším pohledům na přístup k pomoci závislým patří tyto:

### Biomedicínský přístup

Své hlavní uplatnění našel v době, kdy byly drogy považovány za odborný problém, který řešili lékaři z oboru psychiatrie. V tomto modelu je drogová závislost považována za nemoc srovnávanou s cukrovkou tj. chronickou, těžce léčitelnou s častými recidivami (nemocný nepřestane být nikdy závislý). Podle tohoto modelu závislost postihuje jen určitou skupinu lidí, kteří k ní mají předem biologicky dané dispozice. Ke stabilnímu stavu může dojít jen za podmínky trvalé abstinence. Léčebné metody používané v tomto modelu odpovídaly názoru na závislost – detoxikace, ústavní izolace.

### Bio-psycho-sociální přístup

Začal se prosazovat v období, kdy se drogy začaly považovat za společenský problém. Do dnešní doby je hlavním přístupem v léčbě závislosti. Jedná se o model biomedicínský rozšířený o pohled mezilidských vztahů a psychické stránky. Drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti, za vzájemného působení psychologických, biologických a sociálních prvků. Léčení nemoci musí zahrnovat všechny prvky. Do léčebné péče se často zapojuje také nejbližší okolí klienta, hlavně rodina. Cílem tohoto přístupu je kromě odstranění chorobných příznaků také resocializace, reedukace, restrukturalizace a rozvoj klientovi osobnosti. Tento přístup najdeme na všech úrovních základních modelů péče – nízkoprahová zařízení, streetwork, substituční programy, terapie individuální, skupinové apod.

Jednou z oblastí využití komplexního bio-psycho-sociálního přístupu jsou terapeutické komunity. Ty mají svůj původ v náboženských společenstvích (ať už budeme brát starověkou komunitu v Kumránů, křesťanské řeholné a řádové společenství vznikající od středověku anebo novodobé komunity). Cílovou skupinou jsou závislé osoby ve středním až těžkém

stupni závislosti. Věk klientů se zpravidla pohybuje v rozmezí 18 – 35 let. Většina komunit přijímá muže i ženy, ale už ne partnerské dvojice. Léčba v TK je označována za léčbu vedoucí k abstinenci. Je nutno podotknout, že samotná abstinence není cílem léčby. Naopak je jejím prostředkem, cestou do normálního života. Klient musí přijmout abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života. Cílem léčby je změna způsobu života, přičemž se vychází z toho, že trvalá změna životního stylu je možná jen díky osobnostnímu růstu. Terapie v komunitě se tedy zaměřuje na vývoj osobnosti, emocí a chování, na duchovní rozměr, etiku a životní hodnoty a ve finále na schopnosti přežít a být schopen se uživit. Je postavena na motivovanosti klienta. Život v komunitě se maximálně přibližuje normálnímu životu. Závislý člověk rozhoduje o svém životě, proto je vstup i odchod z TK naprosto dobrovolný. Terapeutický tým je v roli průvodce a poradce, ne expertem na život klienta.

Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislostí lze shrnout takto:

- v prostředí komunity je vytvořeno bezpečné prostředí pro osobní růst klienta
- TK musí mít jednotnou filozofii která má být snadno pochopitelná, vysvětlitelná a přijata všemi členy komunity
- struktura organizace a léčebného programu je jasná a jednoduchá
- vládne rovnováha mezi terapií, demokracií a samostatností jednotlivce
- sociální učení se provádí pomocí sociální interakce, klient nesmí být izolován
- učení prostřednictvím krizí
- všechny aktivity mají terapeutický dopad na komunitu
- zodpovědnost klientů za jejich chování: klient je brán jako člověk, který potřebuje pomoc, ale zároveň jako člověk, který může pomoci ostatním členům komunity
- zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění: klient se krok za krokem zbavuje strachu z neúspěchu a nezvládnutí své závislosti
- změna negativního přístupu k životu a přijetí pozitivního žebříčku hodnot
- pozitivní tlak vrstevníků a konfrontace s okolím: vliv vrstevníků může způsobit závislost, ale naopak také může přivést k rozhodnutí s drogami přestat
- učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce
- zlepšení vztahů s původní rodinou

### Přístup ochrany veřejného zdraví

Vychází z veřejné politiky, sociologie a epidemiologie. Zajímá se hlavně o ochranu populace, v případě kožumace drog o ochranu před přenosem infekcí hepatitidy a AIDS. Vznikl jako odpověď na šíření viru HIV. V současnosti se jedná o postupy jako je

výměna stříkaček a jehel, očkování proti hepatitidám, distribuce kondomů, testy na HIV, šíření vzdělávacích materiálů.

### Harm reduction

Byl definován v 80. letech minulého století. V Evropě ho začaly uplatňovat nejdříve Velká Británie a Nizozemí, posléze Německo, Švýcarsko a Rakousko. Přestože i v tomto přístupu jde také o ochranu veřejného zdraví, neopomíná se pohled na individuální potřeby závislého. Harm reduction je alternativou k tradičním modelům boje proti závislosti. Základní charakteristikou tohoto modelu je pragmatičnost. Také považuje abstinenci za ideální výsledek, ale nepovažuje okamžitou abstinenci za primární. Akceptuje se, že klient v dané situaci nechce nebo nemůže přestat brát drogy. Snaží se postiženého uchovat při životě a možném zdraví s tím, že klient možná změní názor a bude souhlasit s léčbou. Zaměřuje se především na stabilizaci životního stylu klienta. Programy harm reduction jsou samozřejmě poskytovány omezenému okruhu klientů, kterým jsou díky jejich stavu určeny. Model zahrnuje vzdělávací a poradenské akce a materiály, které obsahují instrukce jak „bezpečně“ brát drogu, ale také programy typu „aplikační místnosti“, testování tanečních drog a následně upozorňování účastníků party o možné nevhodnosti. Provádí se tedy buď přímo v terénu v ulicích (streetwork, terénní práce) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Do působnosti harm reduction patří i podávání drogy pod lékařským dohledem (metadonová léčba).

Streetwork a terénní práce stojí na pomyslném začátku v systému péče o drogově závislé. Tyto programy jsou zaměřeny na rizikové klienty, kteří nejsou motivováni ke změně chování a životního stylu. Částečně regulují následky rizikového způsobu užívání drog injekční aplikací. Vedle tohoto základního cíle se snaží i o navázání kontaktu a komunikace s lidmi, kteří odmítají jakýkoliv kontakt se společenskou institucí. Terénní program může řešit také zdravotní problémy závislých, které jsou způsobeny špatným životním stylem a to například dodávkou vitamínů, poradenstvím v oblasti hygieny, o možnostech vyšetření, vykonávání orientačních testů ze slin na přítomnost protilátek viru HIV, apod. V oblasti prevence kriminality se snaží informovat o oblasti legislativy, o právech a povinnostech uživatelů v případě zadržení.

Nízkoprahová centra jsou místa prvního kontaktu při potřebách pomoci se závislostí na nealkoholových drogách. Ne každý člověk může nebo je ochoten kontaktovat standardní zdravotnická a sociální zařízení. Často ani neví, na koho se má obrátit anebo se jednoduše

obává je kontaktovat. Nízkoprahová centra jsou svojí podstatou dosažitelnější, proto i název „nízkoprahová“. Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž se odbourává nepříjemný pocit stigmatizace z návštěvy odborného centra, kam se musí klient dopředu objednat a uvádět své iniciály. Pracovníci těchto středisek poskytují konzultace a poradenství, činnosti harm reduction a další služby jako pomoc při nalezení ubytování, při hledání brigády, drobná zdravotní vyšetření.

Substituční (metadonová) léčba je standardní uznávanou metodou léčby závislosti využívaná zejména k léčbě závislostí na heroinu a braunu. Tento způsob léčby je účinný jen pro určitou indikovanou skupinu. Přednost při přijímání do centra substituční léčby mají klienti s „bohatou drogovou kariérou“, klienti HIV pozitivní, klienti s hepatitidou a gravidní ženy. Nejčastěji jsou do programu zařazeni klienti s prokazatelnou závislostí delší než čtyři roky. Při přijetí je, jako u ostatních typů léčby, důležitá motivace klienta. Každé středisko metadonové léčby má svoje pravidla, které musí klient dodržovat.

### Sociální a sociálně-pedagogický přístup

Tento přístup je zaměřen na vnější faktory například nevhodná výchova a sociální prostředí, ztráta možnosti začlenit se do společnosti apod. V tomto modelu je největší přínos dobrovolné práce a charity. Závislý musí ještě dlouho po absolvování základní léčby bojovat s cravingem. Je tedy potřebné naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím a jak je bezpečně zvládat. Používanými metodami jsou poradenství, asistence, motivační tréninky, individuální terapie, resocializace, rehabilitace, vzdělávání a rekvalifikace, vedení k samostatnosti, sociální komunikace, pracovní dovednosti a poskytování lékařské péče. Probíhá nejčastěji v centrech následné péče, v chráněném bydlení a chráněných dílnách.

### Holistický model

Vychází z bio-psycho-sociálního modelu a je zaměřen na využití alternativních terapií, jako je akupunktura, aromaterapie, akupresura, masáže apod.

### Morální přístupy

V praxi se jedná o aplikaci sociálního a sociálně-psychologického přístupu spojeného s náboženskou morálkou a věroukou. Už psycholog C.C. Jung dával do souvislosti alkohol a neuspokojenou touhu po duchovních hodnotách. Benediktinský mnich a filozof D. Steid Rost hovoří o tom, že alkohol a drogy přinášejí něco jako nekvalitní náhražku mystického zážitku. Poté co se vytvoří závislost, postižený vyhledává jenom drogy a ochuzuje se

o možnosti duchovního rozvoje – osobních hlubokých vztahů, nesobeckého jednání, duchovních cvičení apod. Duchovní oblast v léčbě by neměla být podceňována. Svědčí o tom dobré zkušenosti s léčebnými programy vycházejících z různých duchovních hodnot například v Itálii, Německu, Thajsku. Nedostatek hlubších hodnot působí negativně a způsobuje prázdnotu a odcizení. Právě pastorační práce ve formě výchovné pomoci patří k službě církve směrem ke společnosti (viz Tab. č. 13).

Tab. č. 13 Přehled pastorační práce mládeže podle Martina Lechnera<sup>30</sup>

<b>Práce s mládeží</b>	<b>Sociální práce</b>	<b>Výchovná pomoc</b>
mládežnické spolky, nabídky řádů a hnutí, farní práce s mládeží: - různé skupinky - otevřené nabídky - letní tábory - práce s ministranty - mládežnické mše - katecheze	internáty péče o pracující příprava na zaměstnání pastorační práce v podnicích péče o problémovou mládež: - cizinci a přistěhovalci - nezaměstnaní - práce s ohroženými dívkami	poradenství pomoc rodičům pastorační práce na sídlištích terapeutická zařízení domovy problémové mládeže
<b>Škola</b>	<b>Média</b>	<b>Zvláštní služby</b>
účast ve státních školách: - vyučování náboženství - školní pastorační práce - poradenství - školní bohoslužby církvní školství školní družiny internáty ve školách	časopisy rozhlas televize internet	nemocnice pastorační práce vojáků pastorační práce civilní služby pastorační práce ve zřetelích domovy pro postižené příprava ke sňatku sportovní kluby křesť. cestovní kanceláře

V některých programech není nutnou podmínkou nábožensky založený život klienta. Jinde jsou duchovní aktivity, například modlitba, součástí léčebního programu. Dobře vedená komunita nebo společenství založené na duchovních hodnotách může být velkou oporou pro člověka závislého na drogách a alkoholu i pro jeho rodinu.

<sup>30</sup> Michal KAPLÁNEK, *Pastorační práce mládeže, příloha I., str. 103*, Praha 1999



Nejběžnější působení je vidět v rámci misijního díla ve velkoměstských problémových komunitách. V Katolické Církvi je tento přístup hlavně odkazem Saleziánského řádu. Aktivně se zapojují také protestanské církve a společenství. Z těchto se vykrystalizovaly hnutí jako jsou Anonymní alkoholici. Jejich příkladu pak následovali společenství Anonymní narkomani, Anonymní hráči a další. Společným rysem těchto hnutí je velký podíl pacienta na léčení, kolektivnost a sociální učení s dodržováním určitých pevně daných pravidel.

## 5. STŘEDISKA POMOCI ZÁVISLÝM V ČR S URČITÝM STUPNĚM NÁVAZNOSTI NA OBLAST VÍRY

V charakteristice jednotlivých společenství jsem použila tuto strukturu:

- Vznik
- Současné působení ve světě a v ČR
- Způsob léčby a přístupu k pacientovi včetně duchovně-pastorační služby, je-li nabízena
- Dostupné výsledky léčby

### **5.1 Anonymní alkoholici**

Hnutí Anonymních alkoholiků (Alcoholics Anonymous) vzniklo ve třicátých letech minulého století v Ohio ve Spojených Státech. Jejich zakladatel Bill W. pro ně zformuloval základní dvanáctibodový program léčby. Hnutí je charakterizováno jako volně spojené společenství lidí, mužů i žen, které spojuje jeden velký cíl a společný zájem a to zůstat střízliví a taktéž pomoci i dalším alkoholikům, kteří se chtějí vypořádat se svým problémem. V hnutí AA jde také o nabídku náboženské konverze a na ni navazující nabídku alternativního životního stylu. Každopádně společenství není náboženskou skupinou. Náboženská víra není v žádném případě podmínkou členství. AA jsou v mnoha zemích akceptováni a podporováni různými církevními organizacemi, ale sami nejsou výhradně spojeni s žádnou z církví nebo náboženskou sektou. Dá se říci, že AA je z určitého úhlu pohledu ukázkovým obrázkem ekumenického hnutí. Spojuje totiž alkoholiky různých vyznání, ať už jsou to katolíci, protestanti, židé nebo lidé bez vyznání. V rámci celého společenství neexistují pevně dané předpisy a nařízení, které by říkali, že člen se musí zúčastnit přesného počtu setkání v určitém období. Samozřejmě určitá organizační a hierarchická pravidla, té které skupiny, musí být dodržována. Je pochopitelné, že někdo musí vykonávat organizační a vedoucí práce. Typická skupina tedy může mít vedoucího, programový výbor, mluvčího apod. Každopádně společnost se vydává za „demokratické hnutí, které nemá centrální vládu a jenom minimum formálního organizování“.<sup>31</sup>

<sup>31</sup> [www.sweb.cz/aacesko/](http://www.sweb.cz/aacesko/), Kdo řídí AA?

Ve svých 12 krocích k úzdavě zakladatel hnutí hovoří o vztahu k Bohu, což má za cíl obrátit nemocného, vrátit mu smysl života a obnovit zdraví. Hovoří o pocitech odcizení a ztrátě smyslu života a osobních cílů. Postižený začíná přijetím své závislosti a připuštěním své bezmoci. Pomocí sebepoznávání a sebeuvědomování závislý přijímá sebe sama, akceptuje odpovědnost za sebe. Přijímá Boha, jakožto pomoc z jeho stavu. Členové AA vědí, že jsou a budou alkoholicí. Rozpoznali však, že mají s alkoholem problém a že nejsou schopni ho zvládnout sami a bez úplné abstinence. Svůj problém sdílí s ostatními alkoholiky a toto sdílení zkušeností, zážitků, síly a naděje se zdá být jedno z ústředních prvků, které pomáhají postiženým žít bez alkoholu.

Pro lepší pochopení způsobu léčby uvádím popis programu dvanácti kroků AA (doslovné znění viz Příloha I.):

První tři kroky se zabývají uvědoměním si a přijetím bezmocnosti. Postižený si připustí svoji bezmocnost vůči alkoholu, to že svůj život nezvládá; dospěje k přesvědčení, že mu z této situace může pomoci Bůh a následně se rozhodne odevzdat svůj život do vůle Boží a vzdát se své vůle. Snaží se pochopit, že všechno se děje z nějakého důvodu, že všechno má svůj smysl. Další čtyři kroky se zabývají připuštěním a přijetím nedokonalosti člověka. Druhý vede k víře v Sílu, která je vyšší než my a ví, co je pro nás nejlepší. Závislý si připustí, že není středem vesmíru, a že nemůže ovládat průběh všeho dění, zvláště své jednání ve vztahu k alkoholu. Ve třetím kroku postižený podřídí svoji vůli Vyšší moci, Bohu. Třetí krok je proces, který může trvat dlouho. Velká část závislých je schopna odevzdat svůj život ve spojení s návykovou látkou, ale ne v jiných směrech, jako jsou vztahy s rodinou a přáteli apod. Absolvování těchto čtyř kroků znamená, že klient překoná své postoje tím, že je přenechá Bohu a otevře se, aby je Bůh vzal. Krok osmý až desátý zahrnuje do uzdravení také ostatní lidi, hovoří o chybách ve vztahu k druhým a o možnosti jich napravit. Člověk koná pokání vůči lidem, kterým svým konáním ublížil. Poslední dva kroky mají za úkol prohloubit vztah člověka k Bohu. Zabývají se rovněž šířením jeho poselství na další lidi, většinou účastníky programu. Nejde však o čistě altruistické pohnutky. Členové společenství, kteří se dostanou až na konec dvanáctibodového programu, si totiž dobře uvědomují, že jejich vlastní střízlivost je určitým způsobem závislá na dalším kontaktu s alkoholiky.

V současnosti je zastoupeno ve více než 140 zemích. U nás funguje hnutí AA od roku 1990, v posledních letech v rámci systému léčby alkoholismu jako doléčovací skupiny. V současné době je znám počet 32 skupin působících v různých městech (seznam a kontakty

viz Příloha II.). Klienti navštěvují program po absolvování ústavní léčby, aby zde čerpali podporu do další abstinence. U nás však byla víra v Boha, jakožto jedna z hlavních tezí programu, nahrazena formulací „víra ve Vyšší moc“ (je to zřejmě spojeno s typickým přístupem českého člověka k Bohu – když už existuje, zredukujeme ho na Někoho/Něco nad námi). Každý člen si duchovní hodnoty, které ve společenství přijímá, může vykládat po svém nebo o nich nemusí vůbec uvažovat. Pracovník z pražského ústředí AA Česko, Vít B., mi v osobním kontaktu potvrdil: “Pastorační pomoc v našem programu nepraktikujeme, protože nejsme spojeni s žádnou církví a ani jakoukoli jinou institucí. Tím dosahujeme naprostou nezávislost a můžeme se plně věnovat našemu již 75 let úspěšnému programu. Náš program je určen všem trpícím alkoholikům, kteří chtějí přestat pít, ať jsou příslušníky jakékoliv církve nebo náboženství, ale i nevěřícím.”<sup>32</sup>

Program AA nemusí zahrnovat kvalifikovanou odbornou pomoc, ale přesto je již několik desetiletí jedním z nejefektivnějších programů v boji se závislostí na alkoholu. Podle údajů uvedených v oficiálních materiálech AA, pomohl tento program už více než 2 miliónům lidí, kteří se potýkali s problémy kvůli konzumaci alkoholu. Zhruba jedna třetina současných členů jsou ženy a jejich poměr stále narůstá.

Účinné faktory přístupu AA se dají shrnout do následujících bodů:

- Přiznání ztráty kontroly
- Přijetí nemoci
- Abstinence
- Spiritualita
- Podpora společenství
- Uvědomění, sebepoznání a odpovědnost

Příznivé působení AA lze částečně vysvětlit také následujícími důkazy:

- Změnou, posílením a zlepšením sociálních vztahů
- Účast na setkáních AA může postiženému pomoci naučit se zvládat craving a emoční stavy; zároveň napomáhá snižování pocitu stigmatizace
- Styl AA usnadňuje překonávání popírání problémů s alkoholem
- Členové AA jsou soustavně motivováni k překonávání problémů se závislostí

<sup>32</sup> Rozhovor s pracovníkem AA Česko, Vítem B., dne 25. července 2006

## 5.1.1 Anonymní narkomani a anonymní hráči

Po vzoru AA vznikla v americkém Lexingtonu organizace Anonymních narkomanů (Narcotics Anonymous). V současnosti organizace funguje v desítkách zemí světa včetně České republiky. Činnost Anonymních narkomanů a Anonymních alkoholiků se často překrývá (tato situace je i u nás). Například, pokud někde nejsou obě skupiny, drogově závislí navštěvují setkání AA. Anonymní narkomané se totiž ztotožnili s programem dvanácti kroků AA. Zásada Anonymních narkomanů zní jednoduše „abstinovat právě dnes“. Dny abstinence se tak skládají jeden k druhému, až z nich jsou týdny, měsíce a roky.

Některé z dalších užitečných sloganů, kterých se sdružení snaží držet jsou:

- „Nejdůležitější nejdříve“ – ze všeho nejdříve je nutné dodržovat abstinenci.
- „I tohle přejde“ – věci, které ze začátku působí nevyřešitelně, se často vyřeší lépe, než člověk předpokládal. Navíc, čas dokáže vyléčit hodně bolesti.
- „Dívej se na věci z té lepší stránky.“
- „Snadno to jde“ – vybízí, aby závislý vedl rozumný životní styl a vyhýbal se velkému stresu.

Velmi podobný je vznik a filozofie Anonymních hráčů (Gamblers Anonymous). Sdružení vzniklo v roce 1957 ve Spojených státech. Zakladateli byli dva patologičtí hráči, kteří vzájemnou pomocí a setkáváním se dokázali boj s hrou vyhrát. Uvědomili si, že je důležité poselství naděje šířit dál a pomáhat dalším postiženým. Převzali principy dalších sdružení zabývajících se pomocí v závislostech, například od Anonymních alkoholiků a zakládali první svépomocné skupiny. U nás byla první skupina založena v roce 1994 v Psychiatrické léčebně v Bohnicích při Oddělení pro léčbu závislostí. Setkání se pořádají jednou týdně a počet účastníků se pohybuje přibližně od deseti do padesáti. Můžou se přidat i příbuzní a přátelé postižených. Na setkání je většinou přítomen lékař nebo psycholog, který je vázán mlčenlivostí. O diskrétnost je požádán každý z přítomných. Anonymní hráči jsou společenstvím lidí, kteří navzájem sdílejí zkušenosti, sílu a naději, za účelem vyřešit problém, který je spojuje. Prvotním cílem je přestat hrát a následně pomáhat dalším hráčům, aby také dokázali přestat. Program pomoci spočívá v připuštění si problému s hrou. Málokdo z postižených je ochoten akceptovat, že je jiný než ostatní, přiznat si, že je patologickým hráčem a že nedokáže svojí hru kontrolovat. Anonymní hráči vnímají gambling jako nemoc,

kteřá se bez léčení jen zhoršuje. Aby byli postižení schopni žít normální život, musí abstinovat a snažit se držet určitých zásad společenství – viz Příloha III. a IV.

Anonymní narkomani a Anonymní hráči podobně jako jejich výchozí společenství AA nejsou přímo spojeni s žádnou z církví ani náboženstvím. Z rozhovoru s již zmiňovaným Vítem B. z AA Česko vyplynulo, že se tím snaží demonstrovat rovnoprávnost všech pacientů a jejich rovné příležitosti k vyléčení.

## **5.2 Teen Challenge**

Organizaci Teen Challenge založil David Wilkerson v padesátých letech v Brooklynu ve Spojených Státech. Působit začala díky snaze pastora Wilkersona pomoci mladým gangsterům v soudním procesu. Posléze začal sám vyhledávat i další mladé lidi, kteří potřebují pomoc. „Challenge“ v překladu znamená výzva a Teen Challenge chce být výzvou pro mladé lidi, které jsou v zajetí drog anebo zločinu. Posláním a cílem této společnosti je vyhledávat a pomáhat mladým lidem, aby našli smysluplný způsob života bez závislostí na drogách a alkoholu, bez násilí a nenávisti. TC chce pomáhat mladým lidem stát se vyzrálými po duševní, citové i duchovní stránce. Zároveň usiluje o to, aby jejich klienti byli schopni začlenit se do společnosti, postarat se o sebe a žít zdravě. Vedlejším cílem je zároveň informovat veřejnost, v tomto případě hlavně rodiče o úskalích závislosti a konzumace drog.

Základní myšlenka, která udává směr působení Teen Challenge je ve světle křesťanské víry v nový začátek, v to, že jen srkze Ježíše Krista může člověk dosáhnout opravdové a trvalé svobody od závislostí:

“Kdo je v Kristu, je nové stvoření. Co je staré, pominulo, hle, je tu nové.“ (2 Kor 5,17)

Teen Challenge je označována za jeden z největších a nejúspěšnějších programů svého druhu na celém světě. Ucelené studie proběhly v rámci USA a prokazují, že úspěšnost programů TC je více než 80%.<sup>33</sup> V současné době je ve Spojených Státech registrováno 185 středisek. Od svého vzniku se tato organizace rozšířila do více než osmdesáti zemí světa. V Evropě byla první pobočka otevřena v roce 1967 v Nizozemí. Posléze se společnost rozšířila do dalších

---

<sup>33</sup> [www.teenchallenge.cz](http://www.teenchallenge.cz)

zemí – do Portugalska, Německa, Švýcarska, Velké Británie, Dánska, Belgie, Francie, Polska. Nyní v Evropě funguje v jednatřiceti zemích. V ČR působí od osmdesátých let minulého století, i když v té době ještě nebylo možné oficiální otevření resocializačního střediska s křesťanskými základy. V roce 1994 otevřela Apoštolská církev (TC je od svého vzniku propojeno s křesťanskými církvemi, především letničními) první středisko Teen Challenge v Beskydech. Kapacita byla tehdy omezena na sedm klientů. Po několika letech již nebyla dostačující a TC otevřela další střediska ve větších městech ČR (viz Obr. č. 7). V současnosti má v ČR osm středisek s rezidenční léčbou drogově závislých o kapacitě zhruba šedesáti míst. Zároveň v Praze, Ostravě a Šluknově fungují aktivity s neorganizovanou mládeží. Úspěšnost rezidenčních resocializačních programů v ČR je z hlediska abstinence na návykových látkách 60 – 65%.<sup>34</sup>

TC poskytuje různé formy pomoci (viz Příloha V.) . Ústředním prvkem, který provází celou léčbu je spojení s křesťanskou vírou - účast pacientů na bohoslužbách, vyuka náboženství, poradenství a pomoc v otázkách víry. Při návštěvě ve středisku TC v Praze jsem zjistila, že v České republice společnost nabízí:

- rehabilitační střediska s jednoletým rezidenčním programem pro závislé ve světle křesťanské nauky (např. středisko pro muže ve Šluknově a středisko pro ženy v Praze Bohnicích); jednou z podmínek pro přijetí je věk do čtyřiceti let, aby mezi klienty nebyly velké věkové rozdíly a spolupráce při léčbě probíhala bez větších komunikačních problémů, další z podmínek je absolvování detoxifikace popřípadě psychiatrické léčby; cílem tohoto programu je umožnit dozrávání a pomoci zvyknout si na nový způsob života; na program v rehabilitačním středisku navazuje následná péče zvaná „re-enter“ (nový začátek); příslušnost k církvi není podmínkou pro přijetí k pobytu, ale klient musí souhlasit s účastí na pravidelných bohoslužbách a jiných křesťansky laděných programech.
- přednášky ve školách o nebezpečí spojeném se zneužíváním drog
- práce s prostitutkami (pod záštitou Apoštolské Církve ve Šluknovském regionu)
- práci s neorganizovanou a nepřízpůsobivou mládeží, která se setkává v tzv. Dětských centrech TC jako je například Dětské centrum v Praze a ve Šluknově
- kromě pomoci a prevence závislostí také podpůrné skupiny s názvem „Bod obratu“ za účelem pomoci místním církvím založit malé zacílené skupiny, které poskytují biblické poradenství, a které na základě toho můžou lidem pomoci snášet

---

<sup>34</sup> tamtéž

a překonávat problémy běžného života; tyto skupiny fungují jak v rámci rehabilitačních center pro závislé, tak v církvích anebo vězeních

Obr. č. 7 Střediska působnosti Teen Challenge v ČR:



### **5.3 Sdružení Podané ruce**

Sdružení Podané ruce je v současnosti společností s nejkomplexnější nabídkou programů pomoci v závislostech na návykových látkách v ČR. Historie tohoto společenství začala v osmdesátých letech minulého století, kdy vznikla neformální skupina, která fungovala na principech svépomoci a scházela se střídavě v různých domech za účelem skupinových terapií. V té době bylo nutné utajení této skupiny, kvůli hrozícímu pronásledování se strany STB. Navíc skupina byla propojena a podporována se strany Katolické Církve. V roce 1991 členové skupiny zakládají Nadaci Podané ruce, která začala svoji spolupráci se Sdružením Holandských katolických nadací. V roce 1992 se na Moravě otevřelo první středisko pro dlouhodobě závislé a zároveň se otevřelo kontaktní centrum v Olomouci. Následující rok nadace založila kontaktní centrum v Brně. V roce 1995 uzavřelo smlouvu o spolupráci s Diecézní charitou Brno, kde napomáhalo vytvoření a vedení projektů pod záštitou Diecézní charity – Třebíč, Žďár nad Sázavou, Blansko, Břeclav, Jihlava a Kyjov. V dalším roce sdružení otevírá Terapeutickou komunitu Podcestný Mlýn v Kostelním Vydří a v následujících letech další programy pomoci jako je Psychoterapeutické sanatorium



Elysium v Brně, Péče o klienty v konfliktu se zákonem, Doléčovací centrum Jamtana v Brně, oddělení terénních programů, kontaktní centra v Uherském Hradišti, Znojmě, Prostějově. Jednou z nejdůležitějších událostí posledních let bylo otevření pobočky v zahraničí – Podané ruce UK v Londýně, jejímž úkolem je podporovat spolupráci mezi organizacemi na evropské úrovni, předávat znalosti a zkušenosti. V roce 2004 sdružení nadále optimalizovalo síť programů a rozvíjelo programy zaměřené na vzdělávání v centru I.E.S. Taktéž zahájilo mezinárodní projekt „Breaking the Circle“, projekt Evropské komise v Afgánistánu. Odborníci ze Sdružení Podané ruce pomáhali v této zemi změnit drogovou situaci. Jejich úkolem bylo sledovat a radit místním lékařům a terapeutům, jak v terénu pracovat s drogově závislými.

Oficiální vizí společenství Podané ruce je snaha o vytvoření komplexní sítě služeb, která poskytne pomoc člověku, ať už je v kterékoliv fázi drogové závislosti.<sup>35</sup> Zároveň se snaží působením na společnost vytvářet prostředí preventivní ochrany před zneužíváním návykových látek. Z těchto hlavních myšlenek se vytvořily jednoznačné cíle sdružení:<sup>36</sup>

- poskytovat kvalitní služby v oblasti prevence a léčby drogově závislých
- poskytovat aktuální informace z drogové scény a podílet se na jejich výzkumu
- chránit veřejné zdraví před možnými negativními dopady zneužívání drog
- rozvíjet spolupráci v lokálních komunitách zaměřenou na zvládnutí drogového problému

Sdružení PR ve své komplexní síti služeb nabízí tři abstinenceční programy (kompletní seznam poboček Sdružení PR viz Příloha VIII.):

#### Program A

- Centrum prevence / Drogové služby ve vězení / Terénní programy / K-centrum / Psychiatrická ambulance / Léčebný metadonový program / Denní psychoterapeutické sanatorium (DPS) / Terapeutická komunita / Doléčovací centrum

#### Program B

- Metadonová léčba

#### Program C

- Harm Reduction

---

<sup>35</sup> [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz)

<sup>36</sup> Výroční zpráva Sdružení podané ruce 2004

Další z programů

- Duchovně pastorační služba / Kontaktní centra v Brně, Olomouci, Prostějově, Uherském Hradišti, Znojmě / I.E.S. Institut vzdělávání v oblasti drogové problematiky / Občanská poradna / Klub Skleník / Středisko pro výrobu a prodej dřevěných ikon Eikon

## DUCHOVNĚ PASTORAČNÍ SLUŽBA

Duchovně pastorační služba je charakterizována jako duchovní pomoc pro klienty, kteří pociťují, že ji potřebují a zvolí si ji. Službu v současnosti vykonává v Brně katolický kněz, páter Jaromír Smejkal a sestra Immaculata Konvalinková OSF za podpory Brněnského biskupství. V osobním rozhovoru<sup>37</sup> mi otec Smejkal, jeden ze zakladatelů PR, řekl, že duchovně pastorační služba není ústředním prvkem v rámci léčebních programů PR. Nicméně je rovnocenným a důležitým prvkem s historickým podtextem, jelikož společenství PR vzniklo ve společenství víry a pouze další snahou o rozšíření profesionálních služeb se specifikovalo místo pastorační pomoci v rámci standardní nabídky. Duchovně pastorační pomoc je postavena na osobním kontaktu a vstupuje do procesů dalších služeb centra, podobně jako služba kněží v nemocnicích a ve věznicích. Zahrnuje poradenství a podporu (duchovní pomoc na cestě k Bohu, pomoc při hledání smyslu života a svého místa ve světě), dlouhodobou přípravu na přijetí svátostí, pořádání duchovních cvičení pro stálé klienty, ale také pořádání diskuzí o drogové problematice, návštěvy v léčebně, ve vězení anebo doma. Sestra Immaculata nad rámec pastorační služby pořádá volnočasové aktivity, například výtvarný kroužek, kroužek keramiky v K-centru a klubu Skleník v Brně. Páter Smejkal vede také vzdělávací program „Hodnoty v lidském životě“ v TK Podcestný Mlýn. Tento program je postaven na diskuzích o různých hodnotách života. Vždy se dopředu připraví téma na příště. V komunitě je program brán jako významná součást terapie, protože klientům pomáhá najít skutečné hodnoty do dalšího života.

Specifikum duchovně pastorační služby oproti dalším nabídkám PR je i ve financování působnosti. Tato služba nečerpá z dotací státu, ale je odkázaná na dary a na podporu ze strany Brněnské diecéze.

Počet klientů duchovně pastorační služby roste. V roce 2003 jich bylo registrováno 204, v roce 2004 už 266 plus 4 200 kontaktů<sup>38</sup>. Myslím však, že počty v této oblasti nejsou

<sup>37</sup> Rozhovor s otcem Smejkalem v Kontaktním centru v Brně dne 27. července 2006

<sup>38</sup> Výroční zpráva Sdružení Podané ruce 2004

směrodatným ukazatelem. V případě pomoci tohoto charakteru jde spíše o kvalitu než kvantitu. I podle slov otce Smejkal: „Největším potěšením je, když mě bývalí klienti navštěvují i po několika letech a můžu tak vidět jejich návrat do „normálního“ života, vývoj a růst ve víře a v duchovní oblasti. Duchovně pastorační služba totiž nikdy nekončí, je na celý život. Mnoho klientů chce navázat kontakt, ale ten se často neopakuje, jelikož nejsou schopni dodržet termín schůzky apod. Každopádně žádný z kontaktů není podceněn, protože ústřední rolí duchovně pastorační činnosti je pomáhat a dávat naději.“ V případě drogově závislých jde o různé typy přístupů. Klienti jsou mnohdy spoutáni svojí látkou a jedná se spíše o „výkřiky po Bohu“. Někteří mají sami zájem o spiritualitu, chtějí „filozofovat“, být zajímaví a všemožně hledají Boha. Jsou i případy, kdy lidé berou drogy a na druhé straně touží po Bohu a žijí s ním. Instinktivně hledají někoho, kdo je bude doprovázet a jejich život je poznamenán přechodem z jednoho extrému do druhého.

Na dotaz ohledně spolupráce s jinými společenstvími zaměřenými na duchovní a pastorační pomoc závislým, otec Smejkal uvedl, že se zatím nepodařilo navázat v rámci ČR kontakt pro sdílení „best practice“. O tento kontakt se sám příliš nepokouší z důvodu časového vytížení. Nicméně uvedl, že zná rozdíly v přístupu jednotlivých společností zaměřených na duchovně pastorační službu. Uvedl, že PR nejsou ve svém přístupu „extrémní“ jako například Cenacolo a Teen Challenge. PR nestaví jen na náboženství a duchovnu, ale na druhé straně tato složka není v pozadí nabídky, ale je brána jako důležitá dobrovolná součást terapie. Největší důraz klade na doprovázení a duchovní podporu s tím, že duchovní stránka každého člověka má svůj čas.

## KONTAKTNÍ CENTRA

Sdružení PR provozuje v ČR celkem pět kontaktních center, které vykonávají svoji činnost pro klienty z větší části bezplatně:

- ❖ K-centrum Charáč, Uherské Hradiště
- ❖ K-centrum Drug Azyl, Brno
- ❖ K-centrum Walhalla, Olomouc
- ❖ K-centrum Netopeer, Znojmo
- ❖ K-centrum Želva, Prostějov

Náplní jejich práce je aktivní vyhledávání klientů, kontaktní a poradenská činnost, činnosti harm reduction: základní zdravotní a sociální pomoc závislým v kontaktní místnosti, jako je

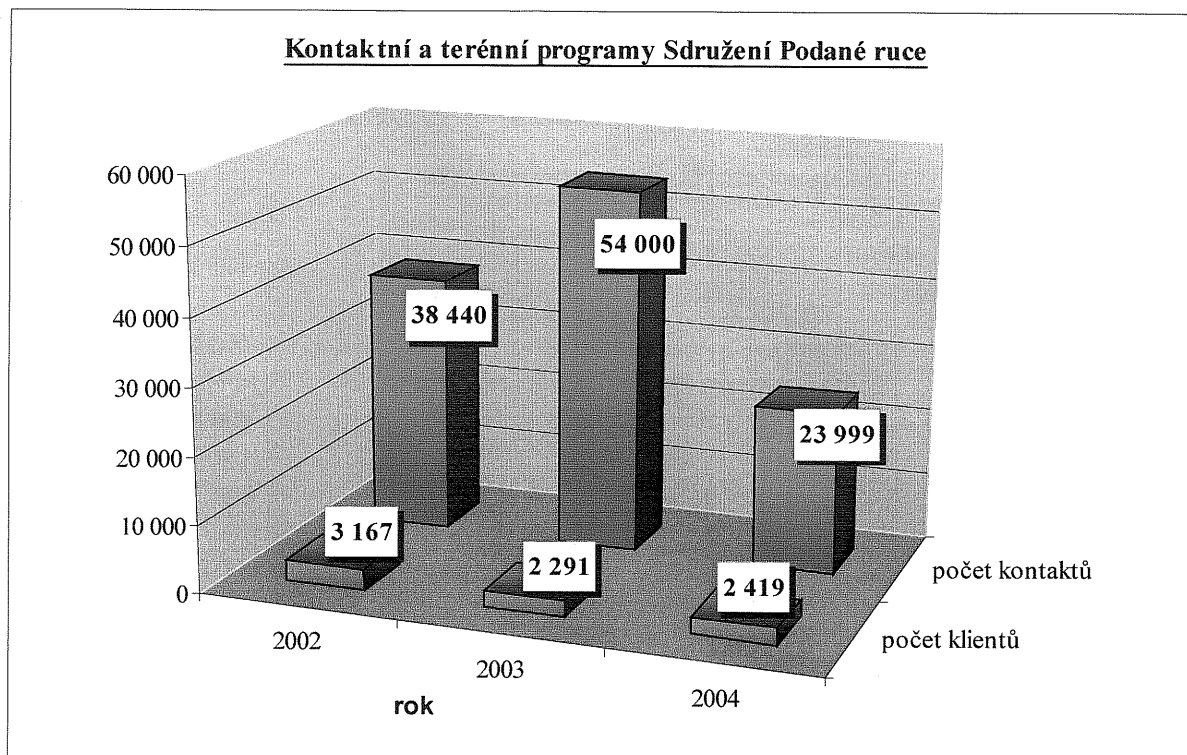
výměna injekčních setů, zdravotnické vyšetření, testování na hepatitidy a HIV, základní hygienický servis (sprcha, praní prádla) a potravinový servis, zprostředkování detoxifikace a léčby. Kontaktní centra se snaží o celkové zlepšení situace uživatelů, o ochranu společnosti díky prevenci infekčních onemocnění a jejich šíření, o prevenci zhoršení zdravotní a sociální situace závislých. Služba je určena všem uživatelům drog, kteří mají zdravotní a sociální problémy, nechťejí se léčit anebo jen začínají o léčbě uvažovat. Především se zaměřují na rizikové (injekční) uživatele drog. Kontaktní centra slouží také rodinným příslušníkům a blízkým závislého, současně také těm, kteří absolvovali léčbu a potřebují podporu a pomoc v zahájení běžného života. Kontaktní centra jsou pro svůj nízkoprahový způsob jednání a nediskriminující přístup vyhledávanou formou pomoci, klient se nemusí objednávat a může vystupovat zcela anonymně.

## TERÉNNÍ PROGRAMY

Terénní programy mají svoji základnu ve třech moravských městech: Brně, Olomouci (zajišťuje službu také pro okolí Olomouce, Litovele a Šternberka) a Blansku (taktéž obsluhuje celý region Blanska). TP jsou službou zaměřenou na aktivní vyhledávání klientů v jejich přirozeném prostředí – lidem užívajícím injekčně, mladistvým a rekreačním uživatelům, experimentátorům, rodinným příslušníkům postižených a taktéž pedagogům. Pracovníci jim v rámci možností na místě poskytují poradenství a pomoc, výměnu injekčního materiálu, mohou jim zprostředkovat kontakt s lékařem, kontaktním centrem, léčebným zařízením, anebo centrem následné péče. I tato služba je poskytována bezplatně a samozřejmě opět je plně respektována anonymita klienta.

Graf č. 7 Počet účastníků Kontaktních a terénních programů Sdružení PR v letech 2002 – 2004:

- zdroj: Výroční zpráva Sdružení PR 2004

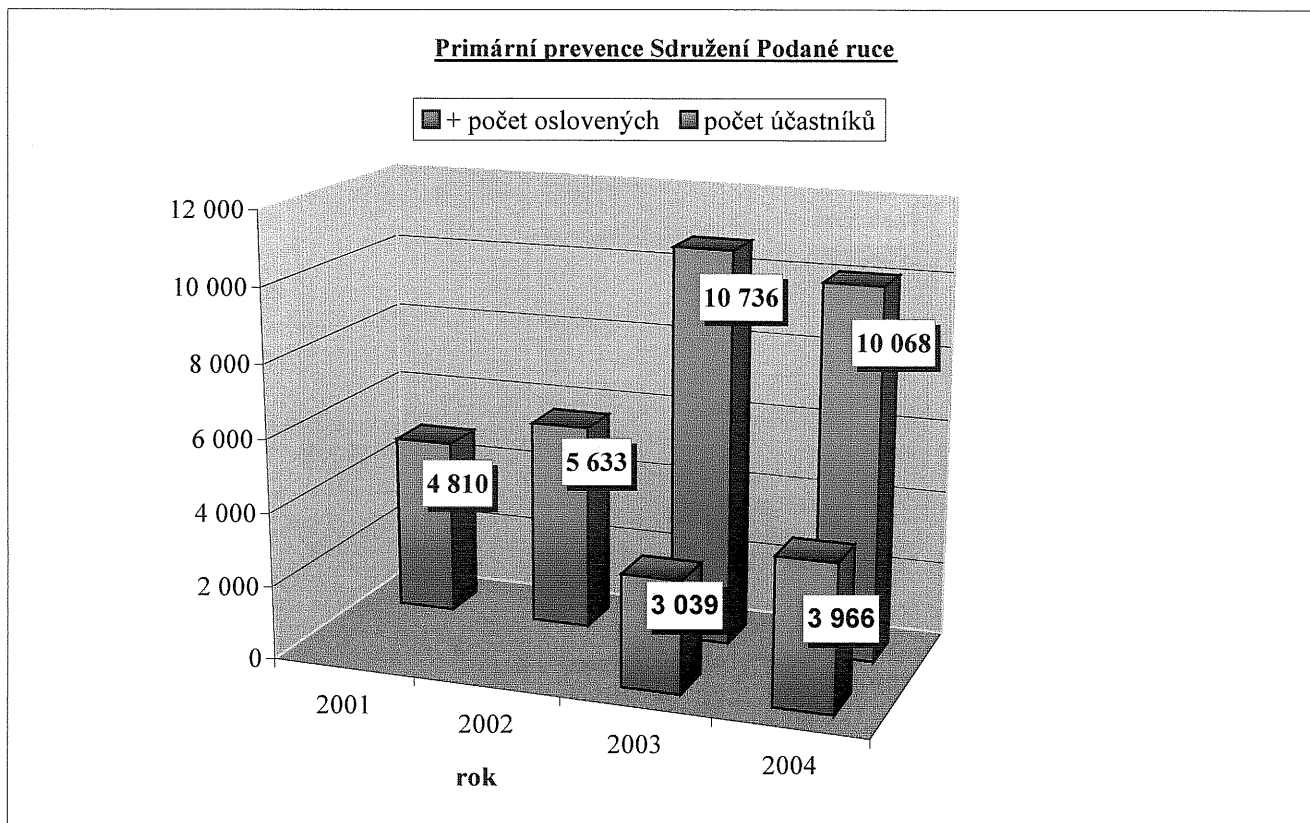


### CENTRA PRIMÁRNÍ PREVENCE

Centra primární péče působí na Jižní Moravě s hlavní kanceláří v Brně a v regionu Jindřichova Hradce s kanceláří v Dačicích. Zaměřují se na práci s dětmi a mládeží ve věku od dvanácti let do osmnácti let. Pracovníci center působí ve školách všech typů, kde pořádají přednášky a besedy s mladými o jejich znalostech, zkušenostech a problémech v oblasti drog. Zároveň pořádají další podpůrné akce: letní tábory, divadlo, tvořivou dílnu. Rovněž poskytují poradenství a přednášky pedagogům a rodičům, pořádají výcvik dobrovolníků a organizují jejich následnou činnost. Spolupracují s terénními programy na aktivním vyhledávání uživatelů návykových látek. Součástí center primární prevence jsou i volnočasové programy klubů pro děti a mládež.

**Graf. č. 8 Počet účastníků služeb Primární prevence PR v letech 2001 – 2004:**

- zdroj: Výroční zpráva Sdružení PR 2004

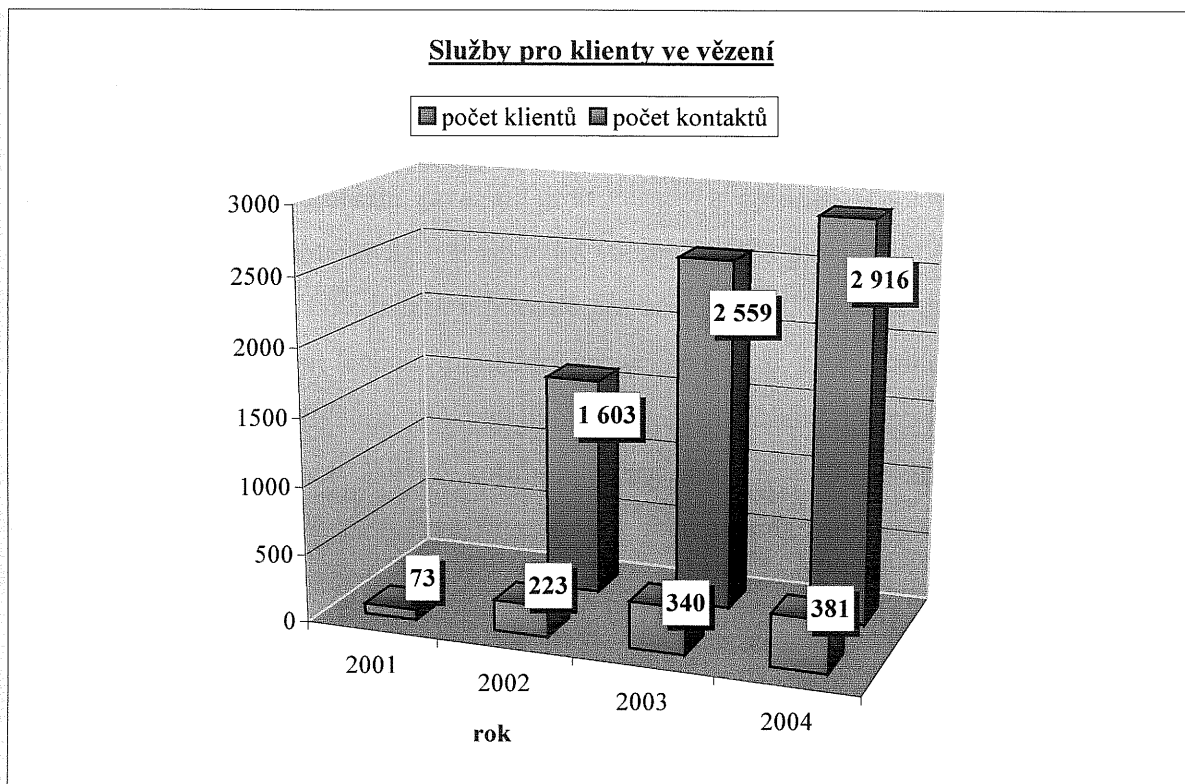


## DROGOVÉ SLUŽBY VE VĚZENÍ

Tyto služby jsou poskytovány ze dvou center, v Brně a Olomouci, klientům nacházejícím se ve Vazební věznici Brno, Věznici Kuřim, Ostrava – Heřmanice, Vazební věznici Olomouc a Mírov. Cílem je navštěvovat drogové uživatele ve vazbě anebo výkonu trestu odnětí svobody. Pracovníci drogové služby ve vězeních se snaží motivovat klienty k abstinenci v průběhu jejich pobytu ve vězení a snaží se je přesvědčit o potřebě změnit životní styl i po návratu na svobodu. Je určena klientům, kteří mají zájem udržovat kontakt, ať už osobní nebo písemný a chtějí své problémy řešit. Centra pomoci těmto klientům aktivně spolupracují s Vězeňskou službou ČR, se sociálními kurátory, právní poradnou atd. Poskytují svým klientům taktéž právní a informační poradenství, pomoc při jednání s úřady, asistenční službu a doprovod, finanční poradenství v případě pohledávek, nácvik komunikačních, asertivních a sociálních dovedností. Program zároveň poskytuje pomoc příbuzným a blízkým klientů.

Graf č. 9 Služby pro klienty ve vězení Sdružení PR v letech 2001 – 2004:

- zdroj: Výroční zpráva Sdružení PR 2004



### PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE

Ordinace v Brně poskytuje standardní ambulantní psychiatrické služby drogově závislým: detoxifikační a odvykací léčbu, léčbu poruch osobnosti a chování, léčbu poruch příjmu potravy, léčbu pro patologické hráče a odbornou pomoc rodinným příslušníkům. Všechny výkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, ale ve vyjímečných případech je ošetření poskytnuto i osobám bez zdravotního pojištění.

### TERAPEUTICKÁ KOMUNITA PODCESTNÝ MLÝN

TK Podcestný Mlýn byla založena v roce 1996 v Kostelním Vydří. Poskytuje rezidenční léčbu drogově závislým v prostředí hospodářské usedlosti. Současná kapacita je patnáct klientů (mužů i žen ve věku od osmnácti let), o které se stará celkem osm pracovníků. Prostředí komunity je nediskriminační, nezáleží na původu klienta, jeho rasy, národnosti, vyznání, sexuální orientaci, či politickém přesvědčení. Jedinou výjimkou je, že k léčbě nejsou přijímány páry, lidé s infekčním onemocněním a duševní poruchou vyžadující ústavní psychiatrickou léčbu. Podmínkou pro přijetí do komunity je absolvování detoxifikační léčby,

zdravotní vyšetření na přítomnost hepatitid a HIV, laboratorní testy, písemná žádost s životopisem. Délka pobytu se opět stanovuje podle individuálních potřeb klienta, standardní doba léčby je devět měsíců. Léčba zahrnuje práci s odpovědností za sebe i za druhé spoluklienty, učení se dovednostem potřebným pro přežití v běžném životě, pravidelný denní režim, možnost vzdělávání, rekvalifikace, sportovní a pastorační terapie. Obyvatelé se, tak jako v jiných komunitách, zavazují plnit zásady a předpisy TK: nebudou brát ani šířit drogy a alkohol, nebudou navazovat sexuální vztahy, budou plnit denní režim a dodržovat řád komunity. Klientovi je umožněno, v případě přerušení léčby, vrátit se do čtyřiaadvaceti hodin, případně znovu nastoupit léčbu, v rámci opakovaného přijetí, po půl roce.

V TK Podcestný Mlýn se vykrytalizoval program zvaný „Toxi Mortalita Tour“. Jde o vystoupení asi dvanácti klientů komunity. Program je zaměřený na prevenci drogových závislostí formou zhruba devadesátiminutového představení, které je určeno žákům osmých a devátých tříd základních škol, učňům a studentům středních škol, pedagogům a rodičům. Skládá se z pěti částí, které na sebe navazují: prezentace nabízených služeb, životní příběh některého z klientů, dokumentární film na téma rodina a drama vystoupení klientů TK, které prezentuje zážitky a zkušenosti ze života s drogou. Nakonec vystoupení je zařazena beseda s odborníky na téma závislostí.

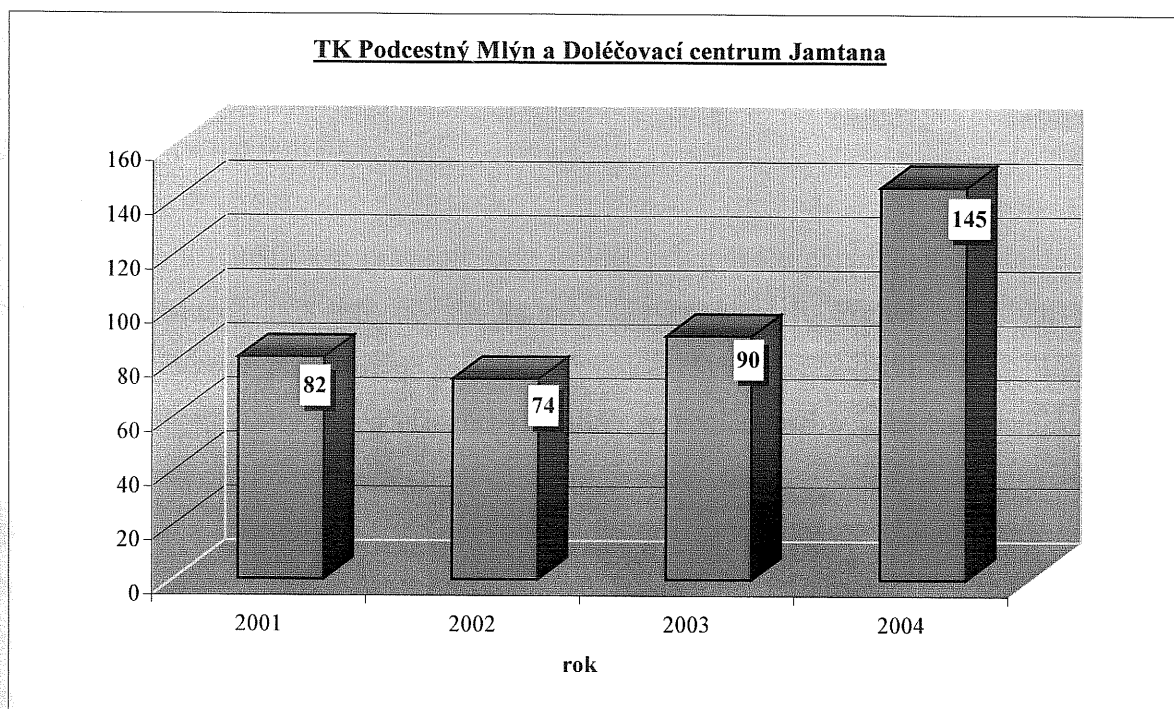
#### DOLÉČOVACÍ CENTRUM JAMTANA

Centrum Jamtana navazuje léčbou na program terapeutických komunit jako je TK Podcestný Mlýn. Podporuje klienty v dokončení léčebného procesu ambulantně anebo v chráněném bydlení. Pomáhá klientům při návratu do běžného života formou individuálních a skupinových terapií, volnočasových aktivit, právní pomoci, sociální pomoci například pomoc při hledání práce, vyřizování dokladů, poradenství a vzdělávání. Do programu můžou být přijímáni klienti po absolvování léčby eventuelně s prokazatelnou abstinencí minimálně čtyři měsíce. Měli by také mít doporučení ze zařízení, ve kterém se léčili. Ambulantně jsou přijímáni klienti starší patnácti let, na chráněné bydlení, pouze klienti starší osmnácti let. Program rovněž probíhá v několika fázích a klienti navštěvují program podle toho, ve které fázi se nacházejí a jaké mají individuální potřeby.



Graf č. 10 Počet klientů TK Podcestný Mlýn a Doléčovacího centram Jamtana:

- zdroj: Výroční zpráva Sdružení PR 2004



## **5.4 Sdružení Česká katolická charita**

Sdružení Česká katolická charita je v ČR největším nestátním společenstvím zabývajícím se poskytováním sociálně zdravotních služeb. Sdružuje síť diecezních (viz Příloha IX.), oblastních a farních charit a provozuje kolem 300 sociálních objektů. Zřizovatelem sdružení je Česká biskupská konference. Je tedy součástí Římskokatolické církve. Historie sdružení spadá do roku 1918, kdy byl v Praze založen Svaz katolické charity a následný vznik a sdružování dalších diecézních charit. V roce 1938 fungovalo v rámci charit 338 sociálních charitativních ústavů. Během druhé světové války a počas čtyřiceti let komunistické nadvlády byla pochopitelně činnost Charity značně omezována. Po revoluci v roce 1989 se znovu otevřel prostor pro obnovení původního poslání. V roce 1993 vznikly nové stanovy a Sdružení ČKCH se stalo účelovým zařízením pod správou Římskokatolické církve.

Hlavní činností ČKCH je pomoc těm, kteří to potřebují, nejen na území ČR, ale v současnosti i v zahraničí, v rámci humanitární pomoci. V logu ČKCH je znázorněn kříž v plamenech. Kříž jako symbol lidského utrpení a vzájemné pomoci. Plameny, které z něj vycházejí vyjadřují rychlost, pohotovost této pomoci a neustálé hledání nových cest, které

umožní zmírnit utrpení a přinést naději všem trpícím. Prezident ČKCH, pan Miloš Fiala, ve výroční zprávě za rok 2004 říká: „Všichni pracovníci sdružení se snaží v rámci svých možností o uskutečňování Boží lásky ke každému člověku bez výjimky, o praktické zvěstování evangelia a s ním spojené naděje a víry ve smysl lidského života ve chvílích problémů, utrpení a bolesti.“

Vzhledem k tématu své práce nebudu uvádět celou škálu nabídky, ale zaměřím se pouze na nabídku služeb pro lidi závislé na návykových látkách. Pomoc závislým je v rámci programu zařazena pod služby sociální prevence. Tyto služby jsou určeny lidem žijícím způsobem života, který může přinášet konflikty se společností a dokonce sociální vyloučení ze společnosti. Nabídka služeb sociální prevence zároveň vede k ochraně společnosti před vznikem a šířením výše uvedených konfliktů a vyloučení. Duchovně pastorační služba není přímo uvedena jako jedna z prvků terapie, jak je tomu ve sdružení Podané ruce. Nicméně možnost setkání s knězem tady je, ale jak jsem již uvedla oficiálně netvoří součást standardní nabídky. Spojení s náboženstvím a vírou je, jak vyplývá ze slov Miloš Fialy, prokázáno osobním přístupem pracovníků, kteří s klienty pracují, víru se snaží žít a tím praktickou cestou zvěstují evangelium.

Pomoc závislým klientům se odehrává v kontaktních centrech anebo terapeutických komunitách. Kontaktní centra slouží nízkoprahovým způsobem k navázání kontaktu se závislými osobami. Tyto klienti nejsou bráni jako lidé s nižší hodnotou pro svoji závislost. Cílem je šířit prevenci a eliminovat zdravotní a sociální rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Charita poskytuje tyto služby bezplatně a anonymně v jedenácti zařízeních, kde bylo v roce 2002 navázáno celkem 1 860 kontaktů:

- ❖ K-centrum Příbram
- ❖ Kontaktní a poradenské centrum Třeboň
- ❖ Centrum pro lidi ohrožené drogou Tábor
- ❖ Centrum prevence drogových závislostí Hodonín
- ❖ Kontaktní centrum Jihlava
- ❖ Centrum prevence drogových závislostí Třebíč
- ❖ Kontaktní centrum a terénní program Břeclav
- ❖ Kontaktní centrum Kyjov
- ❖ Kontaktní centrum Kroměříž
- ❖ Centrum prevence Havířov

- ❖ Kontaktní a poradenské místo pro drogově závislé Uničov

Terapeutické komunity nabízejí několikaměsíční pobyt pro klienty, kteří se chtějí naučit žít podle pravidel běžného života. Charita nabízí bydlení ve třech zařízeních tohoto typu, kde jsou klienti, pod dohledem psychologů, psychiatrů, pedagogů, sociálních pracovníků a duchovních, vedeni k změně způsobu života a k přípravě na návrat do svých rodin, práce nebo školy. Výsledky léčby bohužel nejsou k dispozici:

- ❖ TK Suché Lazce na Ostravsku
- ❖ Domov Agapé v Opavě - jedinečné středisko v ČR pro děti a mládež ve věku 12 – 15 let; kapacita zařízení je uzpůsobena pro patnáct klientů; doba pobytu jeden rok, kdy se pro tyto děti snaží tým odborníků nabídnout kromě standardních terapií také ničím nenahraditelnou hodnotu rodinného prostředí
- ❖ TK Koňákov – resocializační zařízení pro ženy, dívky a matky s dětmi; může se zde léčit deset drogově závislých žen a dívek; podmínkou pro přijetí je podobně jako jinde prokazatelná úspěšná detoxifikace

## **5.5 Občanské sdružení Exodus**

Občanské sdružení Exodus bylo založeno v roce 1992 ve Vlašimi pod záštitou Českobratrské církve evangelické v Benešově. Od začátku roku 2006 je začleněno do Diakonie ČCE, která vznikla v roce 1989. Navázala svým působením na Českou Diakonii působící v ČR v letech 1903 – 1952. Jedná se o charitativní organizaci, jejímž posláním je služba a pomoc člověku v nouzi. Organizačně je Diakonie rozčleněna na ústředí a střediska, která po většině poskytují několik druhů sociálních služeb současně.

Hlavním posláním sdružení Exodus je, od začátku existence společenství, podání pomocné ruky mladým, kteří to potřebují.<sup>39</sup> Jde o problémové mladé lidi, kteří se potýkají se závislostí na drogách, alkoholu anebo hracích automatech, mají problémy doma v rodině, nejsou schopni začlenit se a žít v dnešní společnosti apod. Součástí služeb je resocializační program, chráněné bydlení a poradenství. Podmínkou pro přijetí do resocializačního programu, probíhajícího v Exodu, je dobrovolnost, chuť změnit svůj současný život a věk mezi

---

<sup>39</sup> Emailová komunikace s pracovníkem společenství ze dne 12. dubna 2006

18 – 30 lety. U narkomanů je vyžadována předchozí úspěšná detoxifikace. Jak již napovídá samotný „kmoť“ sdružení Exodus, Českobratrská církev evangelická, výchova ve středisku je založena na křesťanských principech. Významnou hodnotou, která je klientům nabízena je čas, který jim vychovatelé věnují. V průměru se jedná o 12 – 15 hodin denně v pravidelném denním režimu (viz Příloha VI.). Společně je vedou k Bohu, který jediný může vyléčit a změnit člověka od základu. V rámci programu probíhá pastorační služba a to formou vyuky náboženství, kde se obyvatelé komunity seznamují se základními biblickými znalostmi a křesťanským pohledem na život a jeho smysl. Každopádně obrácení se k víře není podmínkou pro absolvování programu. Každý má svoji svobodnou vůli se rozhodnout. Cílem resocializačního programu je především oprostít klienty od původního škodlivého prostředí a postupně je naučit zvládat problémy a poskytnout jim maximální pomoc na začátku samostatného plnohodnotného života (pomoc při hledání práce, bydlení, vyřizování na úřadech atd.). Klienti se také učí základním sociálním a pracovním dovednostem. Možná se to bude zdát normálnímu člověku šokující, ale mnoho klientů se musí po vstupu do komunity seznámit i se základními hygienickými návyky. Průměrná délka pobytu v resocializačním středisku bývá zhruba čtrnáct měsíců na jednoho klienta.

Podle výsledků uvedených ve výroční zprávě Občanského sdružení Exodus za rok 2004 je dlouhodobý úspěch léčby 55% tzn. klienti změnili svůj život a dodržují ho i nadále (minimálně rok po odchodu ze střediska). Dalších jedenáct procent zůstalo problémových a o dalších dvacetipěti procentech nejsou k dispozici žádné informace. Zbýlých pět procent ukončilo svůj pobyt krátkou dobu před vyhodnocováním, tudíž nebyli do měření zahrnuti. Celkově bylo ve středisku v roce 2004 osmnáct klientů. Ve srovnání s výsledky dlouhodobé statistiky uveřejněné v roce 2003 je vidět patnáctiprocentní zlepšení (viz Tabulka č. 14).

Tab č. 14 Trend úspěšnosti léčby ve Středisku Exodus Vlašim (zdroj: [www.exodus.banet.cz](http://www.exodus.banet.cz))

	Trend do roku 2003	Trend do roku 2004
Úspěšně vyléčení	40 %	55 %
Problémových zůstalo	14 %	11 %
Informace nejsou dostupny	41 %	25 %
Příliš krátká doba pobytu ke dni vyhodnocování	5 %	5 %
Celkový počet klientů v daném roce	10	18

## 5.6 Pastor Bonus

Terapeutická komunita „Dobry pastyř“ vznikla v roce 1993 a to jako druhá komunita svého druhu v ČR. Námětem názvu komunity je Kristus jako obraz Dobrého Pastýře, který nenechá ani jednu svoji ovečku zatoulanou a neváhá opustit dalších devadesátdevět, aby zachránil jednu. Vedoucí psychoterapeuté, Mgr. Petr Opletal a Mgr. Ing. Pavlína Opletalová, jsou římskokatoličtí křesťané a podle jejich slov se v tomto duchu se snaží přistupovat ke svým klientům.<sup>40</sup> Na druhou stranu je plně respektována duchovní svoboda klientů, příslušnost k té či oné víře není podmínkou k přijetí do komunity. Klienti nejsou ani v průběhu pobytu nuceni zapojovat se do náboženských úkonů, pokud sami nechtějí.

Pastor Bonus nabízí léčbu lidem ve věku 15 – 40 let a výjiměností, v rámci ČR, je nabídka léčby pro drogově závislé páry. Léčba probíhá v bydlení typu hospodářských stavení. Podstatou léčby je neustálá komunikace terapeutů s klienty a mezi klienty navzájem. Určujícím prvkem léčby je odpověď na otázku, proč klienti začali zneužívat drogy. Podle vyjádření vedoucího TK prvotní impuls k vytvoření závislosti dala klientům Pastor Bonus jejich vlastní rodina, kde ve většině případů naprosto selhala komunikace.<sup>41</sup> V komunitě se tedy především snaží v maximální možné míře vytvářet zdravé rodinné prostředí, kde se klienti navzájem učí mezilidské komunikaci. Klientům je rovněž poskytován velký prostor pro seberealizaci a odpovědnost za chod komunity i za ostatní spoluklienty. Všichni se musí zavázat, že budou dodržovat pravidla života v TK, například závazek abstinence, poslušnosti vůči pokynům terapeutů, dodržování denního rozvrhu (viz Příloha VII.).

Samotný program léčby je rozdělen do několika fází. První fáze, zvaná supervizní, začíná prezentací klienta před ostatními, kdy seznamuje zbytek spoluklientů o důvodech, proč chce být součástí komunity. Stávající klienti hlasováním rozhodnou o možnosti přijetí či nepřijetí nováčka. Poté mu je přidělen tzv. supervizor, který ho po dobu první fáze léčby provází. Supervizní fáze trvá jeden měsíc. Po sžití s komunitou se klient dostává do fáze novus, kdy už přebírá odpovědnost sám za sebe. V této fázi je zapojen do běžného života komunity a taktéž aktivně participuje na řízení chodu komunity. Obyvatelé komunity vykonávají domácí práce, vaří, chovají domácí zvířata, pěstují ovoce a zeleninu. Současně probíhají individuální i skupinové terapie. Klientům je poskytována také doba

<sup>40</sup> [www.pastorbonus.webpark.cz](http://www.pastorbonus.webpark.cz)

<sup>41</sup> emailová komunikace ze dne 8.12.2005

volného času, kdy se můžou věnovat sportu anebo relaxaci. Doba trvání druhé fáze je individuální v délce tří až deseti měsíců. Klient se učí přijímat sám sebe, důvěřovat sobě i skupině a řešit své vnitřní problémy i konflikty vznikající ze společného života klientů. Ve třetím období léčby (fáze status) klient připojuje k odpovědnosti za sebe také odpovědnost za své spolubydlící. Uvědomuje si fakt, že se léčí především kvůli sobě samému. Při pozitivním vývoji má možnost absolvovat dovolenou mimo komunitu. Může si dokončit vzdělávání, navštěvovat rekvalifikační kurzy anebo začít chodit do zaměstnání. Fáze je opět individuální a trvá tři až osm měsíců. Poslední nepovinné období léčby je fáze verus založena na aktivitách chráněného bydlení. Klient chodí do zaměstnání anebo školy, snaží se zařídit si bydlení a plně se připravuje na samostatný život mimo komunitu. Zároveň může sloužit jako doprovod klientů, nacházejících se v předchozích fázích, při návštěvách lékaře, úřadů apod.

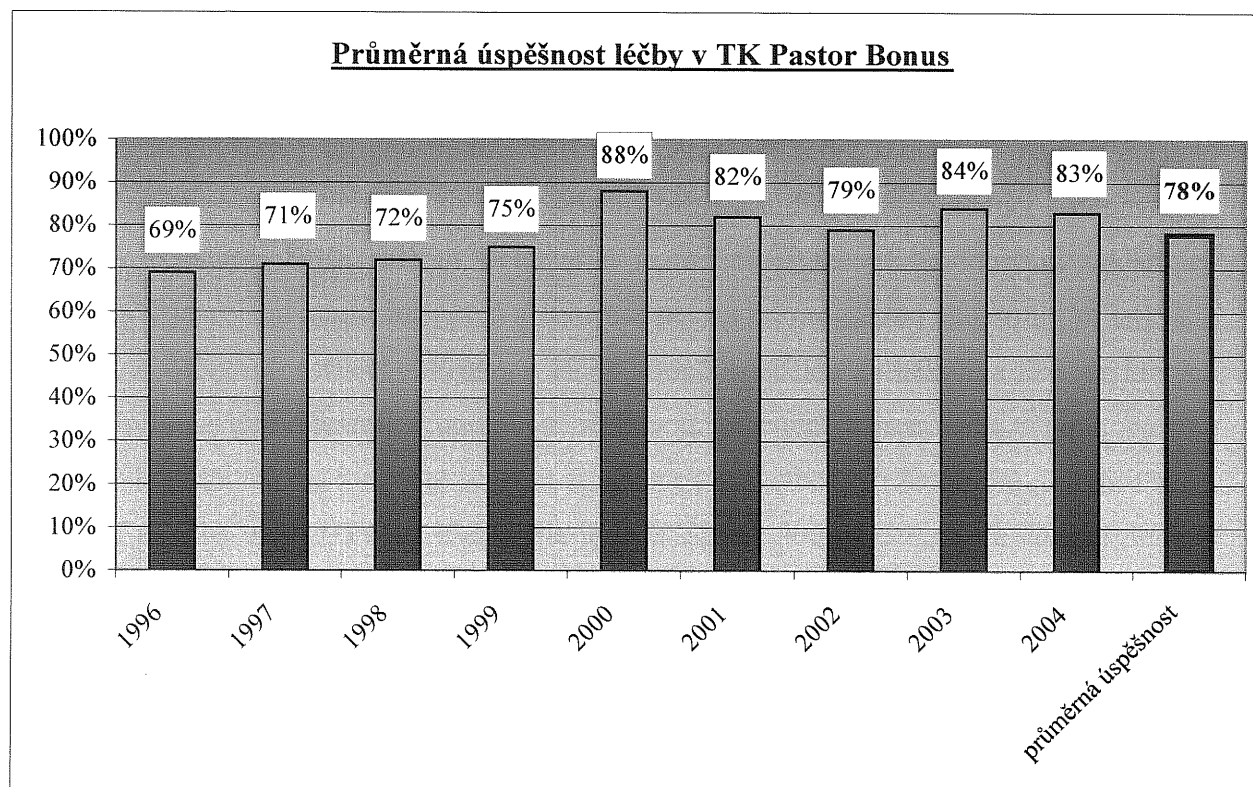
Léčba v terapeutické komunitě Pastor Bonus nezahrnuje pastorační službu v „řízení“ podobě. Pouze v případě, že klient má zájem o duchovní vedení a chce se dozvědět něco víc o víře, je možný kontakt s knězem místní farnosti. Léčba v komunitě je označována za jednu z nejúspěšnějších v rámci ČR (detailní výsledky dostupné do roku 2004 viz Tab č. 15 a Graf č. 7). Neobvyklým úspěchem je vytvoření internetových stránek bývalých absolventů léčby a jejich rodičů ([www.rodice.webpark.cz](http://www.rodice.webpark.cz)), kde navzájem sdílejí své zážitky a zkušenosti.

Tab č. 15 Počet léčených v TK Pastor Bonus (zdroj: [www.pastorbonus.webpark.cz](http://www.pastorbonus.webpark.cz))

rok	kapacita	přijato klientů	léčeno celkem	z toho			absolventi	vyléčeno	úspěšnost	recidiva
				M	Ž	Párů				
2004	40	17	40	22	18	9	12	10	83%	2
2003	35	19	35	18	17	8	19	16	84%	3
2002	35	14	35	19	16	7	14	11	79%	3
2001	31	11	30	17	13	4	11	9	82%	2
2000	30	17	30	19	11	5	17	15	88%	2
1999	30	16	26	15	11	3	16	12	75%	4
1998	30	17	27	16	11	3	18	13	72%	5
1997	30	16	26	16	10	3	17	12	71%	5
1996	20	13	16	8	8	2	13	9	69%	4

Graf č. 11 Průměrná úspěšnost léčby v TK Pastor Bonus v letech 1996 – 2004 (zdroj:

[www.pastorbonus.webpark.cz](http://www.pastorbonus.webpark.cz))



## **5.7 Magdaléna o.p.s.**

Obecně prospěšnou společnost Magdaléna založilo město Mníšek pod Brdy v roce 1997 díky inicializaci, bývalé katolické disidentky a poslankyně za parlament ČSFR, paní Marie Kaplanové. Koncem roku 1998 vznikla terapeutická komunita a následně další rok psychiatrická ambulance.

V současné době Magdaléna o.p.s. poskytuje komplexní služby pro drogově závislé klienty: terapeutickou komunitu, psychiatrickou ambulanci, následnou péči ve formě chráněného bydlení, nabídku chráněných pracovních míst, rekvalifikaci anebo zprostředkování zaměstnání v okolí TK. Úspěšnost léčby je podle přístupu pracovníků společnosti založen kromě motivace klienta k léčbě, také na tom, jak je celá komunita zajištěna, jakou následnou pomoc nabízí svým klientům. TK Magdaléna současně poskytuje

chráněné bydlení a možnost zaměstnání klientů. Duchovně-pastorační služba jako jeden z programů léčby však poskytována není.

Základní myšlenkou celého působení tohoto společenství je podobně jako u Teen Challenge víra v možnost změny. Dále pak víra ve svobodu řádu, sílu zdravého vztahu, úcta k životu a respekt k osobnosti člověka. Cílem celého programu je zdravý způsob životního stylu bez drog, rozvoj osobnosti, přijetí odpovědnosti za sebe, schopnost najít své místo ve společnosti a vézt vyrovnaný život prosvícený hledáním duchovních hodnot a odpověďmi na smysl existence. Dosažitelnost těchto cílů je možné pouze při dodržování základních pravidel TK jako jsou například úplná abstinence (nejen od drog, ale i alkoholu), přijetí řádu komunity a dobrovolnost léčby. Program léčby je opět rozdělen do několika fází, ve kterých klient absolvuje individuální, skupinovou, rodinnou, pracovní a pastorační terapii, pracuje ve službě komunitě a má možnost účastnit se různých nastavbových programů (kulturní akce, sportovní aktivity apod.). Léčba trvá podle individuálních potřeb klienta, ve většině případů zhruba patnáct měsíců. Délka pobytu závisí na míře poškození závislého a na jeho schopnosti individuálního růstu. Celá terapie je postavena na aktivním životě v komunitě. Po příchodu do komunity nastává nultá fáze, kdy má klient možnost uvědomit si, zda se chce opravdu léčit. V této fázi je úplně mimo vnější svět seznamuje se se způsobem života v TK. Trvá asi tři týdny. Poté přichází první fáze, ve které se pracuje na sebepoznávání a změně chování závislého. Klient už může přijímat návštěvy rodičů a telefonovat ven. Mimo komunitu se může vzdálit jen s doprovodem. Doba trvání se pohybuje v rozmezí dvou až pěti měsíců. Přestup do druhé fáze musí odsouhlasit všichni spolubydlíci v komunitě. To už může klient jezdit jednou za tři týdny ven nebo na návštěvy rodičů. Jsou jim svěřeny vedoucí pozice mezi spoluklienty a učí se nést zodpovědnost nejen za sebe, ale i za ostatní členy TK. Tato fáze trvá několik měsíců, zpravidla tři až čtyři. Třetí fáze je zaměřena na resocializaci a přípravu na cestu do normálního života. Klient je oficiálně zaměstnán v blízkosti komunity anebo v truhlářství, které o.p.s. provozuje. Zaměstnání v komunitě má svůj význam i z provozních důvodů. Klienti se spolupodílejí na financování provozu, což má i terapeutický význam. Díky této strategii pracující klienti přispívají na léčbu spoluklientů služebně mladších, což vede k prohloubení sociálního citění. Pobyt v komunitě je ukončen ve chvíli, když má klient zajištěné bydlení a stálou práci.



Počas niekoľikaletého pôsobení spoločnosti prešlo liečbou zhruba stovka klientů. Podle slov Petra Nevšimala, lékaře TK, v boji se závislostí dosahují 75% úspěšnost.<sup>42</sup> Detailní výsledky léčby a základní informace o profilu klientů jsou aktuálně k dispozici z roku 2001 (viz Tab. č. 16 a 17).

Tab. č. 16 Základní údaje o klientech TK a výsledky léčby v roce 2001 (zdroj: www.magdalena-ops.cz)

Celkový počet klientů v roce 2001	34
Kapacita zařízení	20
Věkový průměr klientů	22,4 roku
Doba užívání tvrdých drog	4,5 roku
Uživatelů opiátů	27 (79%)
Uživatelů amfetaminů	7 (21%)
Nitrožilní aplikace	31 (91%)
Léčbu úspěšně ukončilo v roce 2001	13
Z toho i nadále abstinuje a pracuje	12
Léčbu předčasně ukončilo celkem klientů	2

Tab. č. 17 Základní údaje o klientech následné péče v roce 2001 (zdroj: www.magdalena-ops.cz)

Celkový počet klientů v roce 2001	19
Kapacita zařízení	6
Věkový průměr klientů	22,3 roku
Doba užívání tvrdých drog	4,6 roku
Uživatelů opiátů	15 (79%)
Uživatelů amfetaminů	4 (21%)
Nitrožilní aplikace	89,5%
Resocializační pobyt úspěšně ukončilo	12
Z toho i nadále abstinuje a pracuje	12
Léčbu předčasně ukončilo celkem klientů	2

<sup>42</sup> Zprávy Rádia Praha ze dne 12.1. 2005

## 5.8 Cenacolo - Komunita svaté Zdislavy Žibřidice

„Vždy jsem si byla vědoma svých vlastních omezení. Kdyby to záleželo jen na mně, jistě bych netrávila dvacetčtyři hodin denně s drogově závislými. Ale Duch Svátý ve mně zažehl velký oheň. Mám drogově závislé, alkoholiky a vyhoštěnce ve svém srdci. Chtěla jsem jim otevřít dveře. A jako Bohu zasvěcená osoba jsem věděla, že je to možné, že Bůh působí skrze moji křehkost a neschopnost.“

(Sr. Elvíra)

Komunita Sv. Zdislavy pro léčbu drogově závislých byla založena v roce 1996 v Žibřidicích, díky úsilí pana Jiřího Jakla. Komunita funguje v prostorách hospodářských budov, ke kterým patří také fara, kostel a pozemky. Myšlenka pomáhat mladým lidem závislým na drogách a alkoholu se, podle informací dostupných na internetových stránkách komunity<sup>43</sup>, se zrodila u pana Jiřího Jakla po návštěvě a podle vzoru Komunity Cenacolo v Medžugorii. Komunita vychází z myšlenek a pracuje podle způsobu léčby sestry Elvíry Petrozzi z římskokatolického společenství Sester lásky z Itálie, která po značném úsilí v roce 1983 založila první dům pomoci drogově závislým ve městě Saluzzo. V současné době existuje více než čtyřicet takových domů na celém světě, kde se za dvacet let existence léčilo zhruba tisíc narkomanů.

Úspěšnost léčby je vysoká, pohybuje se kolem 70 – 80 % a v již zmiňovaném mariánském poutním místě, Medžugorji, dokonce 90 %. Zásadní odlišností léčby používané v domech Cenacolo od ostatních komunit podobného typu je naprosté a bezvýhradné odevzdání se do vůle Boží. Hlavním důvodem závislosti je totiž vzdálení se od Boha, tudíž jedině Bůh může pomoci vrátit se zpět a naučit se žít bez závislosti. Úspěch spočívá v nalezení harmonie mezi prací, modlitbou, půstem a účastí na mši svaté. Zajímavostí je, že komunita nedisponuje žádnými lékaři ani psychoterapeuty, nepřijímá oficiální finanční podporu ze strany veřejných institucí a státu. Veškeré financování je hrazeno z práce klientů a dobrovolných darů z kostelních sbírek. Komunita nabízí vykonávání stavebních prací a mimo to se zabývá chovem domácích zvířat, pěstováním zeleniny, ovoce a květin do farního kostela. Klient pracuje bez nároku na odměnu a i ve vedení komunity nepobírá nikdo za svoji práci plat. Délka pobytu se stanovuje individuálně podle potřeb klienta, minimálně však na jeden rok. Komunita v ČR je zatím výhradně mužská. Cílem léčby, která je bezplatná, je nejen osvobození od návykových látek, ale hlavně kompletní

---

<sup>43</sup> [www.cenacolo.cz](http://www.cenacolo.cz)

změna životního stylu a posílení vůle takto žít. Nejdůležitější činností je proměna vlastního nitra. Cíle léčby a vztahy uvnitř komunity se rozvíjejí a jsou posilovány silou modlitby. Víra v Boha však není nutnou podmínkou k přijetí do komunity. Každopádně každý klient se musí přizpůsobit životu v komunitě a zavázat se dodržovat řád a denní rozv. Léčený je zcela odříznut od vnějších vlivů, nemá k dispozici televizi ani noviny, aby nebyl ovlivněn v osobním boji se závislostí. Denní rozvrh je rozčleněn do času věnovaného práci, krátkému osobnímu volnu a modlitby třikrát denně (každý den se ve společenství pomodlí růženec: u ranní modlitby radostný, odpoledne bolestný a při večerní modlitbě slavnostní).

## **5.9 Srovnání jednotlivých společenství**

Ve své práci jsem popsala deset společenství působících na území ČR, věnujících se pomoci závislým (na alkoholu, drogách, gamblerství) a s určitým stupněm napojení na oblast víry. Zajímalo mě, zda je v léčbě, kromě běžných léčebných postupů, nabízena duchovně-pastorační služba. Ke srovnání jednotlivých společenství jsem použila následující strukturu:

- A. - společenství s mezinárodní základnou anebo napojením
  - působnost v rámci celé ČR
  - komunity fungující samostatně
- B. přístup k duchovně-pastorační službě:
  - ústřední prvek
  - standardní nabídka
  - není nabízena
- C. porovnání výsledků léčby jednotlivých komunit

Na území ČR působí společenství všech typů tj. komunity s mezinárodní základnou, česká společenství s působností v rámci celé ČR a také společenství samostatná působící na jednom místě. K prvním, tedy ke společnostem s mezinárodní základnou patří Anonymní Alkoholici, Anonymní Hráči a Anonymní Narkomani (v rámci ČR většinou spojeni s pobočkami AA), Teen Challenge a Cenacolo. Všechna tyto střediska byla v ČR založena po roce 1989, kdy se otevřením hranic naskytla zahraničním odborníkům možnost zakládat pobočky svých společenství, předávat „know-how“ a své bohaté zkušenosti. Výhodou těchto společenství je nesporně to, že mají pevné organizační zázemí (kromě Cenacola, které je specifické a o němž

se zmíním ještě později). Dají se označit za „nadmárodní společnosti“ a v zahraničí již potvrdily své úspěchy na poli pomoci závislým.

Fungují u nás i společenství česká, s působností v zahraničí, například Podané ruce mají pobočku v Londýně. Úkolem pobočky je navázat a podporovat spolupráci mezi organizacemi podobného zaměření na evropské úrovni, předávat zkušenosti a znalosti. K českým společenstvím působícím na území celé ČR patří, kromě již zmiňovaných PR, Sdružení Česká katolická charita. Ta, rovněž jako PR, poskytuje komplexní síť pomoci drogově závislým a mimo to provozuje, díky své organizační struktuře a možnostem, také největší síť pomoci sociálně slabým a potřebným.

Do poslední kategorie, tj. společnosti působící na jednom místě, jsou zařazeny Občanské sdružení Exodus ve Vlašimi, komunita Pastor Bonus v Podlesí na Bruntálsku, Magdaléna o.p.s. v Mníšku pod Brdy a Cenacolo - Komunita svaté Zdislavy v Žibřidicích. Jedná se o menší komunity, mezi kterými však najdeme vyjímečná společenství, co do přístupu a nabídky léčby. Například již zmiňovaná komunita svaté Zdislavy, u které je zásadní odlišností léčby od ostatních komunit naprosté a bezvýhradné odevzdání se do vůle Boží. Hlavním důvodem závislosti je totiž vzdání se od Boha, tudíž jedině Bůh může pomoci vrátit se zpět a naučit se žít bez závislosti. Další z těchto komunit, TK Pastor Bonus je vyjímečná tím, že jako jediná poskytuje své služby i pro drogově závislé páry. Vedení TK se snaží v každodenním životě komunity o vytvoření rodinného prostředí, protože prvotní impuls k závislosti dává ve velké míře rodina, ve které selhala komunikace.

Z pohledu poskytování duchovně – pastorační služby můžeme popsané komunity rozdělit následovně. Jako ústřední prvek v léčbě je duchovně pastorační služba braná v Cenacolu – Komunitě svaté Zdislavy a v komunitě Exodus. V programu obou společenství je zásadní víra v to, že jedině Bůh může vyléčit a změnit člověka od základu. Podobný názor vládne i v Teen Challenge, i když ne tak „krajní“. Exodus a Teen Challenge kromě duchovně pastorační služby a na rozdíl od Cenacola vykonávají také standardní léčebné postupy terapeutických komunit. Cenacolo nedisponuje žádnými lékaři ani psychoterapeuty.

Duchovně-pastorační služba ve formě standardní nabídky je poskytována ve sdružení Podané ruce, kde je charakteristická zejména osobním vztahem s klientem, nasloucháním k jeho osobnímu příběhu (potvrzení víry v jeho smysl), respektem k jedinečnosti každého člověka (hodnota osoby) a přijetím a doprovázením (nabídka naděje a přátelství). Nabídka je specifická duchovním doprovázením, tj. osobní a kvalifikovanou pomocí na cestě víry, dále diskuzí na otázky týkající se víry v Boha, člověka a hodnot křesťanství, pomocí v orientaci při hledání smyslu života, pomocí v orientaci ve svědomí, pomocí při návratu k Bohu

a ke společenství Církve, uvedením do křesťanské modlitby a meditace. V případě zájmu ze strany klienta můžou duchovně – pastorační službu domluvit a poskytnout také Česká katolická charita a Pastor Bonus. Naopak vůbec ji nenabízejí společenství Anonymních Alkoholiků, Anonymních Narkomanů a Anonymních Hráčů, které se tím snaží demonstrovat „naprostou“ nezávislost. Dávají tím najevo, že nejsou spojeni s žádnou církví ani institucí a tím jsou otevřeny opravdu pro všechny zájemce, z řad nevěřících i věřících. U sdružení Magdaléna o.p.s. není duchovně-pastorační služba standardně nabízena a bohužel se mi nepodařilo zjistit, zda je možný, v případě zájmu klienta, kontakt s knězem nebo katechetem.

Co se týče porovnání výsledků léčby jednotlivých komunit, bohužel není možné je celkově navzájem srovnávat a to z těchto důvodů:

- nejsou k dispozici data ze stejného časového období, anebo nejsou měřeny vůbec (viz charakteristika jednotlivých středisek)
- popsané komunity mají různou strukturu léčby a různou škálu nabídky (od komplexní sítě služeb po jednotlivé terapeutické komunitní domy)
- co se týče měření „efektivity“ samotné duchovně-pastorační služby, číselné vyjádření nemá vypovídající hodnotu, jelikož v případě této služby nejde o kvantitu, ale hlavně o kvalitu vztahu. Navíc duchovně-pastorační služba je pevně propojena s osobním vztahem daného člověka k Bohu.

## 6. ZÁVĚR

V době před rokem 1989 nebyla v ČR drogová scéna oficiálně označována za problematickou a v případě léčby závislých osob prakticky neopouštěla brány státních léčebných ústavů. Tato problematika se stala veřejně aktuální až s „otevřením hranic“. Konečně se tím také otevřel prostor pro oficiální působení organizací spojených s církvemi i v sociální sféře, tzn. mimo jiné, také rozvoj aktivit pomoci závislým na drogách, alkoholu a gamblerství. Samozřejmě se zároveň objevily mnohé otázky. Budou církve schopny navázat na svou dřívější činnost? Jak se k tomu postaví společnost po čtyřiceti letech komunistické ideologie? Budou v řadách věřících lidé schopni toto poslání vykonávat? Je možné v dnešní společnosti pracovat otevřeně na náboženské bázi? A mnoho dalších otázek. Každopádně první kroky (a nejen ty, když vezmeme do úvahy neustálé problémy v oblasti financování neziskových organizací) těchto středisek nebyly jednoduché. Musela překonávat negativní pohled těch, kteří zůstali na vlivných místech a stále viděli církev jako ideologického protivníka. Ze strany věřících bylo potřeba překonat stud a jakousi přehnanou skromnost. Na druhé straně se také museli vypořádat s počátečním, někdy až přehnaným nadšením a vyrovnat se s prvními prohrami anebo pozdější každodenní šedostí své služby. Odborníci z řad věřících z různých křesťanských církví přece jen neváhali reagovat na rychle se vyvíjející situaci v ČR a přizpůsobili se „poptávce trhu“. Buď zakládali úplně nová společenství (Pastor Bonus), navazovali kontakty s podobnými programy v zahraničí (AA, Teen Challenge), zveřejnili bývalé tajné spolky a začali působit oficiálně (Sdružení Podané ruce), anebo založením nových spolků se snažili navázat na předchozí, několik stovek let trvající, charitativní činnost církví u nás (Diakonie ČCE, Sdružení Česká katolická charita). Nyní, po sedmnácti letech otevřené scény pro pomoc závislým, jsou ze tří největších společenství poskytujících pomoc v sociální oblasti v ČR dvě ve spojení s Církví – Sdružení Česká katolická charita a Podané ruce.

S tématem pastorační pomoci v závislostech jsou spojeny dvě základní otázky. Co rozumíme pod pojmem pastorační péče a co je hnacím motorem, pojítkem mezi jednotlivými křesťanskými spolky, které pomoc nabízejí? Pastorační péči rozumím jako osobní péči, kterou nabízí věřící křesťan lidem kolem sebe. Péče, která spojuje osobní zájem a křesťanský pohled na důležité otázky života. Zároveň počítá s nenahraditelným, uzdravujícím a osvobozujícím účinkem evangelia. Pastorační pomoc současnosti nezahrnuje

jen duchovní péči ve farnostech, ale překračuje hranice farností a společenství. Orientuje se na problémy a nepříjemnosti lidí, kteří nemusí být v přímém kontaktu s církví, ať jde o pastorační nemocných, vojáků, vězňů, menšin, uprchlíků, skupin na okraji lidské společnosti – závislých, bezdomovců apod. Mohu říci, že hlavní myšlenka pastorační pomoci spojuje, je pevná víra v možnost změny, víra ve změnu životního stylu, vlastního nitra a schopnosti každého člověka získat hluboké duchovní hodnoty. To se děje prostřednictvím chtění klienta, osobním přístupem a neodloučitelné milosti Boží. Dalším pojátkem mezi jednotlivými sdruženími je schopnost přijímat a akceptovat člověka i tehdy, když on sám nad sebou „zlomil hůl“, když on sám sebe již nedokáže přijmout. Společné pochopení toho, co ho trápí anebo ničí. Následně také společný přístup k člověku jako celku, nezohledňování pouze materiálních oblastí, ale úpřímná snaha o poskytování duševních a duchovních hodnot. Patří tedy duchovně pastorační pomoc k léčbě závislostí? Dle mého názoru ano. Podobně, jako má pastorační pomoc své místo ve farnosti a u specifických skupin jako jsou nemocní, vězni, mladí lidé, má své místo i v oblasti pomoci závislým. Potvrzují to, mimo jiné, také prokazatelně pozitivní léčebné výsledky nábožensky založených společenství (Cenacolo, Podané ruce, Pastor Bonus). Vždyť kdo jiný by měl pomáhat nejnouznejším, ne-li křesťan? Křesťan má žít evangelium a tím dávat naději na lepší život. Duchovně pastorační služba je o naději. Poskytuje duchovní doprovázení, tzn. osobní a kvalifikovanou pomoc na cestě víry s důrazem na zkušenost lásky Boha a podporou růstu ke zralosti. Poskytuje diskuzi a odpověď na otázky týkající se víry v Boha, člověka a hodnot křesťanství, pomoci a orientaci při hledání smyslu života, utrpení, smrti, ztráty, závislostí, pomoci při návratu k Bohu a ke společenství církve (příprava ke svátostem), uvedení do modlitby a meditace, doprovázení na cestě k vnitřnímu osvobození.

Ve své diplomové práci jsem měla za úkol nalézt střediska pomoci závislým v České republice a to se zaměřením na společenství s určitým stupněm návaznosti na oblast víry. Popsala jsem deset společenství s různým stupněm návaznosti na oblast víry. Od společenství typu Anonymní alkoholici (to mělo ve svém původním programu nabídku náboženské konverze a z ní vycházející nabídku nového stylu života, ale v současnosti se od víry v Boha v podstatě distancuje a nahrazuje ho vírou ve vyšší moc, v sebe sama, ve společenství), po střediska typu Teen Challenge a Cenacolo, která se ve svém uzdravujícím programu naprosto spoléhají na milost Boží a na to, že jen v Kristu může člověk dosáhnout opravdové a trvalé svobody od závislostí. Použila jsem strukturu: vznik společenství, současné působení v ČR, způsob léčby a přístupu k pacientovi, včetně

duchovně pastorační služby, je-li nabízena a uvedení dostupných výsledků léčby. Ve finále jsem se pokusila jednotlivá střediska porovnat, k čemuž mi posloužila struktura uvádějící, v jaké míře působí v rámci ČR, zda poskytují duchovně pastorační službu, případně jaké místo v nabídce tato služba má. Původně jsem měla v úmyslu porovnat společenství i podle výsledků léčby, nicméně jsem zjistila, že tento cíl není možné splnit a to z několika důvodů. De facto, nejsou k dispozici srovnatelná data (jsou z různých časových období, anebo nejsou měřena vůbec) a jednotlivá sdružení mají různou velikost základny, strukturu léčby a škálu nabídky. Kromě Komunity svaté Zdislavy nabízejí standardní přístupy bio-psycho-sociálního modulu léčby obohacené o přístupy harm reduction. Některá ze společenství jsou na území ČR zcela vyjímečná, jako například již jednou v závěru zmiňovaná Komunita sv. Zdislavy a Komunita Pastor Bonus. Komunita sv. Zdislavy, díky svému jedinečnému způsobu léčby, který je založen na úplném odevzdání se do vůle Boží a komunita Pastor Bonus díky tomu, že jako jediná přijímá k léčbě drogově závislé páry.

K „neplánovanému“ zjištění patří to, že jednotlivá společenství spolu na profesionální úrovni v oblasti duchovně-pastorační služby nespolupracují, ani nedochází k odborné publikaci za účelem sdílení zkušeností (kromě brožury Drogy – rady pro služebníky Církve od autora Jaromíra Smejkal z Sdružení Podané ruce). K nejzávažnějším důvodům, proč ke spolupráci nedochází, patří velké časové vytížení stávajících pracovníků a nedostatek odborníků, kteří by měli možnost pracovat v oblasti duchovně pastorační péče závislých.

Díličními úkoly bylo definovat a specifikovat závislosti, zmapovat oficiální přístup společnosti k ochraně před závislostmi, srovnání situace v České republice se situací v Evropě. Tyto cíle jsem naplnila v teoretické části mé práce a to charakteristikou závislostí jako takové, popisem závislostí na drogách, alkoholu a gamblerství. Záměrně jsem se vyhla tématu, co závislost způsobuje a z čeho pramení, které považuji za příliš obsáhlé a stálo by za samostatnou práci. K popisu přístupu společnosti ke drogám a alkoholu, rovněž jako k informaci o situaci v ČR a Evropě, jsem použila samostatnou kapitolu.

Na závěr své práce si dovoluji citovat větu, která podle mého názoru, plně vystihuje smysl a snahu působení věřícího člověka vůči lidem, kteří pomoc potřebují:

„Amen, pravím vám, cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mně jste učinili.“ (Mt 25, 40)



## PŘEHLED POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AA – Anonymní alkoholici

AIDS – syndrom získaného selhání imunity

ČCE – Českobratrská církev evangelická

ČKCH – Sdružení Česká katolická charita

EU – Evropská unie

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

MDMA – methylen-dioxymethamfetamin, taneční droga, extáze

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

OSN – Organizace spojených národů

o.p.s. – obecně prospěšná společnost

PR – Sružení Podané ruce

TC – Teen Challenge

TK – Terapeutická komunita

TP – terénní program

UK – Spojené království

USA – Spojené Státy Americké

VS OSN – Valné shromáždění Organizace spojených národů

WHO – Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ

Svaté Písmo

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Aleš OPATRŇÝ, *Pastorace v postmoderní společnosti*, KN Kostelní Vydří 2001
- Aleš OPATRŇÝ, *Pastorace v méně obvyklých situacích*, Praha 2005
- Diana D. PITA, *Nezdravá závislost*, KN Kostelní Vydří 2000
- K. KALINA, *Léčba drogově závislých, Drogy ze všech stran II*, FILIA Praha 2000
- K. KALINA a kol., *Drogy a drogové závislosti I. a II.*, Úřad vlády ČR 2003
- Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, *Alkohol, drogy a vaše děti*, BESIP Praha 1997
- Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami, Důsledky pro prevenci a léčbu*, Praha 1999
- Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, „*Průchozí drogy*“, SZÚ Fortuna Praha 2002
- Karel NEŠPOR a Ladislav CSÉMY, *Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*, Praha 2003
- Karel NEŠPOR a spol., *Jak zůstat fit a předejít závislostem*, Portál Praha 1999
- Karel NEŠPOR, Marie MÜLLEROVÁ, *Jak přestat brát drogy*, Sportpropag Praha 2004
- K. NEŠPOR, *Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou*, Sportpropag Praha 1999
- K. NEŠPOR, *Moderní léčba návykových nemocí*, Praha 2002
- K. NEŠPOR, *Jak překonat problémy s alkoholem*, Sportpropag Praha 2004
- Michal KAPLÁNEK, *Pastorace mládeže*, Praha 1999
- Michal PULEC, *Internetová linka důvěry jako pomoc v kritických situacích*, Praha 2004
- Stephen ARTERBURN a Jim BURNS, *Drogy klepou na dveře*, Nová naděje Brno 2001
- H.P. TOSSMANN, S. BOLDT, M.D. TENSIL, *Drug affinity amongst youth within the Techno party scene in European metropolises*, SPI Forschung, Berlin
- Jaromír SMEJKAL, *Drogy – rady pro služebníky Církve*, Caritas 2003

## SEZNAM DALŠÍCH ZDROJŮ

[www.idnes.cz](http://www.idnes.cz)

[www.sweb.cz/aacesko/](http://www.sweb.cz/aacesko/)

[www.teenchallenge.cz](http://www.teenchallenge.cz)

[www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz)

[www.pastorbonus.webpark.cz](http://www.pastorbonus.webpark.cz)

[www.rodice.webpark.cz](http://www.rodice.webpark.cz)

[www.magdalena-ops.cz](http://www.magdalena-ops.cz)

[www.cenacolo.cz](http://www.cenacolo.cz)

[www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)

[www.exodus.banet.cz](http://www.exodus.banet.cz)

[www.charita.cz](http://www.charita.cz)

[www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

[www.caramba.cz](http://www.caramba.cz)

## ANNOTATION

Theses: PASTORAL HELP IN DEPENDENCE

The graduation theses “Pastoral help in dependence” deals a problem with a dependence (drug and alcohol dependence, gambling). The main objective rests in characteristic and comparison of Czech associations concerned with drug addicts, alcoholics or gamblers and their treatment. I targeted the associations connected with Christianity and offering pastoral help to their patients.

Main topics: - pastoral help  
- dependence  
- drug addicts  
- alcoholism  
- gambling

# SEZNAM PŘÍLOH

## PŘÍLOHA I.

Dvanáct kroků svépomocných skupin Anonymních alkoholiků

## PŘÍLOHA II.

Střediska a kontakty Anonymních alkoholiků v ČR

## PŘÍLOHA III.

Program úzdravy svépomocných skupin Anonymních hráčů

## PŘÍLOHA IV.

Program jednoty svépomocných skupin Anonymních hráčů

## PŘÍLOHA V.

Kontakty na pobočky Teen Challenge v ČR.

## PŘÍLOHA VI.

Denní řád ve středisku Exodus

## PŘÍLOHA VII.

Denní řád v terapeutické komunitě Pastor bonus

## PŘÍLOHA VIII.

Kontakty na centrálu a pobočky sdružení Podané ruce

## PŘÍLOHA IX.

Kontaktní adresy Sdružení Česká katolická charita

## PŘÍLOHA X.

Adresy a telefony zařízení zabývající se léčbou návykových nemocí

# PŘÍLOHA I.

## DVANÁCT KROKŮ SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ

- podle knihy D. D. Pita, Nezdravá závislost, Karmelitánské nakladatelství K. Vydří 2000

1. Připustili jsme, že jsme byli vůči alkoholu bezmocní – a že jsme svůj život nezvládali.
2. Uvěřili jsme, že síla mocnější než my nás může uzdravit.
3. Rozhodli jsme se podřídit svou vůli a svoje životy Bohu, tak jak jej chápeme.
4. Odvážně jsme prozkoumali stav své morálky a sestavili její inventář.
5. Přiznali jsme Bohu, sobě a ostatním lidem skutečnou podstatu svých špatností.
6. Odhodlali jsme se požádat Boha, aby nám odpustil všechny nalezené vady charakteru.
7. Pokorně jsme ho požádali, aby nás zbavil našich nedostatků.
8. Udělali jsme si seznam všech lidí, kterým jsme ublížili a chceme to napravit.
9. Napravili jsme to všude tam, kde to bylo možné, až na případy, kdy by to někomu ublížilo.
10. Pokračovali jsme ve své inventuře a když jsme chybovali, bez váhání jsme to připustili.
11. Pomocí modlitby a meditace se snažíme o zlepšení svého vědomého spojení s Bohem, tak jak jej chápeme, a modlíme se za to, abychom poznali, co s námi zamýšlí a abychom to unesli.
12. Poté, co jsme se díky těmto krokům duchovně probudili, pokusili jsme se přinést toto poselství jiným alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.

## PŘÍLOHA II.

### STŘEDISKA A KONTAKTY ANONYMNÍCH ALKOHOLIKŮ V ČR

- zdroj: [www.sweb.cz/acesko/](http://www.sweb.cz/acesko/)

Město	Skupina	Místo setkání	Čas setkání
BRNO	Skupina AA Fénix	Křenová 62a, 1.p. Brno	Pondělí 17:30
		Křenová 62a, 1.p. Brno	Středa 18:30
HAVÍŘOV	Skupina AA Spávný Směr	Úbytovna Armady spásy Pod svahem 1 Havířov-Šumbark	
JESENÍK	Skupina AA	Dukelská 456 (vchod ze střelnice)	Pátek 17:30
JIHLAVA	Skupina Pouze dnes	SOS sociální, Fibichova 67 Jihlava	Čtvrtek od 18:30 hodin
KARLOVY VARY	Skupina AA Hvězda	Denní centrum armády spásy Jugoslávská 16 360 01 Karlovy Vary	Úterý 18:30
LIBEREC	Skupina AA Suchou Nohou	Jazyková Škola Husova 1 Liberec	Středa 18:15
MĚLNÍK	Skupina AA Svít	Nemocnice Podolí – ordin. AT Bezručova 715 276 01 Mělník	Úterý 17:30
ORLOVÁ	Skupina AA Krok	K-centrum Energetiků 940 735 14 Orlová - Lutyně	Úterý 16:00
OSTRAVA	Skupina	Sokolská Třída 81 Ostrava 1	Pátek 18:00
	Skupina AA Antracit	Ul.17.listopadu 1790 708 00 Ostrava Poruba Domov sester 7.p.	Pondělí 16:30
	Skupina AA Naděje	Výstavní 10 709 00 Ostrava-Mariánské Hory	Středa 16:00
PACOV	Skupina Jak na to	Charita, Nám. Svobody 2 395 01 Pacov	Čtvrtek 17:00

<b>PELHŘIMOV</b>	Skupina AA Funguje to	Českokobratrská církev evangelická Růžová 82 393 01 Pelhřimov	Pondělí 17:00
<b>PÍSEK</b>	Skupina Našli jsme se	Fugnerovo nám 48 Písek	Pondělí 18:00
<b>PLZEŇ</b>	Společenství AA	Farní úřad Českokobratrské církvi Němejцова 2 Plzeň- Jižní předměstí	Čtvrtek 19 h.
<b>PRAHA</b>	"Život v duchu AA" - statě "Jak to vidí Bill"	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Pondělí 17:30
	Krokový	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Pondělí 19:00 každý třetí pondělí se nekoná
	Serenity	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Úterý 17:30
	Modrá Kniha	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Středa 17:30
	Ženy	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Středa 19:00
	Rotunda	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Čtvrtek 17:30
	12 Kroků	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Pátek 17:30
	Příběhy	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Sobota 17:30
	12 Tradicí AA	Na poříčí 16 Praha 1 - Nové Město	Neděle 19:00
	PRAHA - BARRANDOV	Kotevní 11, Praha 5 - Smíchov (nedaleko smíchovského nádraží - tramvajová zastávka "Plzeňka")	Středa 19:00 Čtvrtek 19:00
<b>SOBĚSLAV</b>	Skupina Lužnice	Kulturní dům Národ - Klubovna	Úterý 18:00
<b>TÁBOR</b>	Skupina AA Nová cesta	Žižkovo nám. 6 390 01 Tábor	Středa 17:30
<b>TEPLICE</b>	Skupina AA	Krizové Centrum U Nových lázní 10 Teplice	Úterý 18:15
<b>ZLÍN</b>	Skupina AA	Modlitebna Adventistů 7. dne Tyršova 1108	Středa 17:30



	Zlín-Malenovice	

## PŘÍLOHA III.

### PROGRAM ÚZDRAVY SVĚPOMOCNÝCH SKUPIN ANONYMNÍCH HRÁČŮ

- podle knihy K. Nešpora, Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou, Sportpropag Praha 1999

1. Přiznali jsme si, že ve vztahu k hazardní hře jsme bezmocní, že naše životy se staly nevládatelné.
2. Dospěli jsme k závěru, že Síla větší než my sami nás může vrátit normálnímu myšlení a životu.
3. Rozhodli jsme se svěřit svoji vůli a své životy péči této Síly, jak jí rozumíme.
4. Zkoumali jsme sebe a provedli jsme nebojácně vlastní morální a finanční inventuru.
5. Přiznali jsme sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme naprosto připraveni se těchto vad charakteru zbavit.
7. Pokorně jsme požádali Boha (jak mu rozumíme), aby naše nedostatky odstranil.
8. Udělali jsme seznam všech lidí, kterým jsem ublížili, a byli jsme svolní s tím všechny odškodnit.
9. Tyto lidi jsme přímo odškodnili, kde to bylo možné, s výjimkou situací, kde by to poškodilo je nebo jiné.
10. Pokračovali jsem v provádění osobní inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme to přiznali.
11. Prostřednictvím modlitby a meditace jsme usilovali o to, zlepšovat vědomý kontakt s Bohem, jak mu rozumíme, a modlili se pouze za to, abychom poznali jeho vůli a měli sílu ji provádět.
12. Ve všech záležitostech jsme usilovali tyto zásady uskutečňovat a toto poselství jsme se snažili předávat dalším nutkavým hráčům.

## PŘÍLOHA IV.

### PROGRAM JEDNOTY SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN ANONYMNÍCH HRÁČŮ

- podle knihy K. Nešpora, Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou, Sportpropag Praha 1999

1. Náš společný prospěch je na prvním místě, osobní úzdava záleží na jednotě skupiny.
2. Naši vedoucí nejsou než důvěryhodní služebníci, nevládnou.
3. Jedinou podmínkou členství v Anonymních hráčích je touha přestat hazardně hrát.
4. Každá skupina se řídí sama s výjimkou záležitostí týkajících se jiných skupin nebo Anonymních hráčů jako celku.
5. Smysl Anonymních hráčů je jediný - předávat toto poselství nutkavým hráčům, kteří dosud trpí.
6. Anonymní hráči nesmí propůjčovat své jméno žádnému vnějšímu podniku nebo zařízení, ani ho podporovat nebo financovat, aby nás problém peněz, vlastnictví nebo prestiže neodváděl od našeho prvotního účelu.
7. Každá skupina Anonymních hráčů má být plně soběstačná a odmítat příspěvky zvenčí.
8. Anonymní hráči mají navždy zůstat neprofesionální, ale naše střediska poskytující služby mohou zaměstnávat specializované pracovníky.
9. Anonymní hráči, jako takoví, nesmějí být organizováni, ale můžeme vytvářet rady nebo výbory přímo zodpovědné těm, jimž slouží.
10. Anonymní hráči nemají určitý názor na zevní záležitosti, proto organizace Anonymních hráčů nesmí být vtahovaná do veřejných sporů.
11. Naše vztahy k veřejnosti jsou spíše založeny na tom, že lidi přitahujeme než abychom je přesvědčovali. Vždy potřebujeme zachovávat osobní anonymitu, ať na úrovni tisku rozhlasu, filmu nebo televize.
12. Anonymita je duchovním základem Anonymních hráčů, který nám vždy připomíná, že principy je třeba stavět výše než osobnosti.

## PŘÍLOHA V.

### KONTAKTY NA POBOČKY TEEN CHALLENGE V ČR

- zdroj: [www.drog-info.cz](http://www.drog-info.cz)

**Teen Challenge Na Bendovce (resocializační středisko pro ženy)**

Terapeutická komunita, pobytový program

Teen challenge o.s.

Na Bendovce 24, Praha 8, 181 00

telefon: 233541627

**Teen Challenge Praha**

Primární prevence, Kontaktní centrum, Terénní práce, Linka pomoci

Teen Challenge o.s.

28. pluku 15, Praha 10, 100 00

telefon: 271743607

**Teen Challenge**

Primární prevence, Kontaktní centrum, Terénní práce,

Teen Challenge o.s.

Kopečná 37, Brno, 602 00

telefon: 602179363

**Teen Challenge**

Kontaktní centrum, Terénní práce,

Teen Challenge o.s.

Bulharská 29A, Karlovy Vary, 360 01

telefon: 777705166

**Teen Challenge (práce s neorganizovanými dětmi a mládeží)**

Primární prevence

Teen Challenge o.s.

Úprkova 25, Ostrava - Přívoz, 702 00

telefon: 596134893

**Teen Challenge**

Kontaktní centrum, Terénní práce

Teen Challenge o.s.

Selská 29, Havířov, 736 01

telefon: 777008639

**Teen Challenge Tyra (indukční centrum a resocializační středisko pro muže)**

Terapeutická komunita, pobytový program, telefon: 558348544

Teen Challenge o.s.

Tyra 32, Frýdek - Místek, 739 61

**Teen Challenge (streetwork, kontaktní centrum, prevence)**

Primární prevence, Kontaktní centrum, Terénní práce,  
Teen Challenge o.s.  
Úprkova 25, Moravská Ostrava, 702 00  
telefon: 596134893

**Teen Challenge (indukční centrum pro muže)**

Terapeutická komunita, pobytový program  
Teen Challenge o.s.  
1.Máje 20, Černošín, 349 58  
telefon: 374692029

**Re-entry House, Teen Challenge**

Následná péče a doléčování  
Teen Challenge Plzeň s.p.o.  
Sušická, 75, Plzeň, 301 00  
telefon: 777570658

**Středisko křesťanské pomoci ECM (indukční centrum pro muže)**

Terapeutická komunita, pobytový program  
Teen Challenge o.s.  
Husova 14, Plzeň, 301 24  
telefon: 377224320

**RE-entry - Dům napůl cesty**

Následná péče a doléčování  
Teen Challenge o.s.  
Sušická 75, Plzeň, 301 00  
telefon: 377442669  
fax: 377269616

**Teen Challenge Plzeň**

Terapeutická komunita, pobytový program  
Teen Challenge Plzeň s.p.o.  
1.Máje, Černošín, 349 58  
telefon: 374 692 029, 777 62 13 95

**Teen Challenge**

Kontaktní centrum  
Teen Challenge Plzeň s.p.o.  
Husova 14, Plzeň, 301 00  
telefon: 377 23 55 26

**Teen Challenge Císařský Šluknov (práce s neorganizovanými dětmi a mládeží)**

(resocializační středisko pro muže), telefon: 412386429  
Terapeutická komunita, pobytový program  
Teen Challenge o.s.  
Císařský 59, Šluknov, 407 77

## PŘÍLOHA VI.

### DENNÍ ŘÁD VE STŘEDISKU EXODUS

- zdroj: [www.exodus.banet.cz](http://www.exodus.banet.cz)

Celodenní program:

- 7,00 h Budíček - někteří klienti vstávají dříve, protože již chodí do zaměstnání mimo středisko
- Ranní hygiena
- 7,15 h Snídaně
- 7,45 h Ranní sezení
- 9,00 - 11.45 h Pracovní činnost pod vedení zaměstnance střediska
- 12,00 h Oběd
- 12,30 - 13,30 h Volno
- 13,30 - 17 h Pracovní činnost, arteterapie, psychoterapie
- 16,30 h Úklid rajonů
- 17,00 h Komunitní setkání
- 18,00 h Večeře, volno
- Po večeři volno s možností osobních rozhovorů, zájmové činnosti, sportu, vycházek.
- 21,30 h Večerní hygiena
- 22,00 h Klid na pokoji

V sobotu a v neděli je odpoledne místo pracovní činnosti organizován výlet, nebo sportovní akce.

## PŘÍLOHA VII.

### DENNÍ ŘÁD V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ PASTOR BONUS:

- zdroj: [www.pastorbonus.webpark.cz](http://www.pastorbonus.webpark.cz)

**Pondělí:** 7.00 **budíček, osobní hygiena, 7.30 snídaně, 8.00 práce, 10.00 svačina, 10.15 práce, 12.15 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 neřízená relaxace, každý na svém pokoji, 14.00 – 16.00 úklid domu + práce, 14.00 – 15.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina D, 16.00 – 19.00 čas pro páry, 18.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina A, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 23.00 – 7.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji**  
8.00 – 14.00 + 15.30 – 18.30 h **individuální a párové pohovory + terapie**

**Úterý:** 7.00 **budíček, osobní hygiena, 7.30 snídaně, 8.00 práce, 10.00 svačina, 10.15 práce, 12.15 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 neřízená relaxace, každý na svém pokoji, 14.00 – 16.00 úklid domu + práce, 14.00 – 15.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina E, 16.00 – 18.00 sport nebo samořídící terapie, 18.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina B, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 23.00 – 7.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji**  
8.00 – 14.00 + 15.30 – 18.30 h **individuální a párové pohovory + terapie**

**Středa:** 7.00 **budíček, osobní hygiena, 7.30 snídaně, 8.00 práce, 10.00 svačina, 10.15 práce, 12.15 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 neřízená relaxace, každý na svém pokoji, 14.00 – 16.00 úklid domu + práce, 14.00 – 15.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina D, 16.00 – 19.00 čas pro páry, 18.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina C, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 23.00 – 7.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji**  
8.00 – 14.00 + 15.30 – 18.30 h – **individuální a párové pohovory + terapie**  
14.00 – 23.00 – **1x měsíčně rituální oslava narozenin, svátků a výročí léčby**

**Čtvrtek:** 7.00 budíček, osobní hygiena, 7.30 snídaně, 8.00 – 10.00 úklid domu + práce, 8.00 – 9.30 skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina E, 10.00 svačina, 10.15 práce, 12.15 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 neřízená relaxace, každý na svém pokoji, 14.00 arteterapie nebo sport nebo samořídící terapie 16.00 osobní volno, 18.00 Řádná velká komunita, 20.00 večeře, 20.30 osobní volno, 23.00 – 7.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji

9.30 – 12.30 h – individuální a párové pohovory

**Pátek:** 7.00 budíček, osobní hygiena, 7.30 snídaně, 8.00 práce + skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina D, 9.30 práce + skupinová psychoanalytická psychoterapie – skupina E, 12.15 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 neřízená relaxace, každý na svém pokoji, 14.00 – 16.00 práce + úklid domu, 16.00 – 19.00 čas pro páry, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 23.00 – 8.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji

11.00 – 14.00 individuální a párové pohovory

**Sobota:** 8.00 budíček, osobní hygiena, 8.30 snídaně, 9.00 generální úklid domu a hospodářství, 12.00 přestávka, hygiena, 12.30 oběd, 13.00 osobní volno, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 24.00 – 8.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji

**Neděle:** 8.00 – 10.00 snídaně, 10.00 osobní volno, 12.30 oběd, 13.00 osobní volno, 14.00 – 18.00 odpolední společný zátěžový program, 19.00 večeře, 19.30 osobní volno, 24.00 – 7.00 noční klid klientů, každý na svém pokoji



## PŘÍLOHA VIII.

### KONTAKTY NA CENTRÁLU A POBOČKY SDRUŽENÍ PODANÉ RUCE

- zdroj: [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz)

Adresa centrály: Sdružení Podané ruce, Francouzská 36, 602 00 Brno  
tel. 545247535, email: [info@podaneruce.cz](mailto:info@podaneruce.cz)

KONTAKTNÍ CENTRA	<b>K-centrum Drug Azyl</b> Vídeňská 3, Brno Tel./Fax: +420 543 249 343 E-mail: <a href="mailto:drugazyl@podaneruce.cz">drugazyl@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Libor Šimků
	<b>K-centrum Charáč</b> Průmyslová 819, Uherské Hradiště Tel.: +420 572 540 616 E-mail: <a href="mailto:charac@podaneruce.cz">charac@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Pavla Šuranská, DiS.
	<b>K-centrum Walhalla</b> Sokolská 48, Olomouc Tel.: +420 58 52 200 34 E-mail: <a href="mailto:kcentrum.ol@podaneruce.cz">kcentrum.ol@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Mgr. Michaela Schaferová
	<b>K-centrum Netopeer</b> Horní Česká 4, Znojmo Tel.: +420 515 264 996 E-mail: <a href="mailto:netopeer@podaneruce.cz">netopeer@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Dagmar Škadrová, DiS
	<b>K-centrum Želva</b> Vrahovická 83, Prostějov Tel.: +420 582 361 401 E-mail: <a href="mailto:zelva@podaneruce.cz">zelva@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Kristýna Jurášová
TERÉNNÍ PROGRAMY	<b>Terénní programy</b> Vídeňská 3, Brno Tel./Fax: +420 543 210 802 E-mail: <a href="mailto:street@podaneruce.cz">street@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Jiří Valnoha
	<b>Terénní programy</b> Sokolská 48, Olomouc Tel.: +420 58 52 200 34 E-mail: <a href="mailto:street.ol@podaneruce.cz">street.ol@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Bc. Lukáš Carlos Hrubý
	<b>Terénní programy</b> Sadová 2, Blansko Tel.: 516 410 621 E-mail: <a href="mailto:blansko@podaneruce.cz">blansko@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Ing. Aleš Herzog

CENTRA PRIMÁRNÍ PREVENCE	<b>Centrum prevence</b> Hapalova 22, Brno - Řečkovice Tel.: +420 549 211 278 E-mail: <a href="mailto:prevcentrum@podaneruce.cz">prevcentrum@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Ing. Radovan Voříšek
	<b>Prevence Jindřichův Hradec</b> Bílkov 40, Dačice Tel.: +420 384 420 750 E-mail: <a href="mailto:prevcentrum.jh@podaneruce.cz">prevcentrum.jh@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Božena Havlová
DROGOVÉ SLUŽBY VE VĚZENÍ	<b>Drogové služby ve vězení</b> Francouzská 36, Brno Tel.: +420 545 247 542 Fax: +420 545 247 535 Vedoucí: Bc. Olga Škvařilová
	<b>Program práce s klientem v konfliktu se zákonem</b> Sokolská 41, Olomouc Tel.: +420 585154917, mob:+420777916279 E-mail: <a href="mailto:vezeni.ol@podaneruce.cz">vezeni.ol@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Bc. Irena Sedláčková
PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE	<b>Psychiatrická ambulance MUDr. J. Novotné</b> Vídeňská 3, Brno Tel.: +420 543 210 848 Vedoucí: MUDr. Jana Novotná
	<b>Psychiatrická ambulance</b> Hapalova 22, Brno Tel./Fax: +420 541 227 704 E-mail: <a href="mailto:psychiatricka.ambulance@podaneruce.cz">psychiatricka.ambulance@podaneruce.cz</a> Vedoucí: MUDr. Ronald Marek
DALŠÍ CENTRA	<b>Terapeutická komunita Podcestní Mlýn</b> Kostelní Vydří 64, Dačice Tel./Fax: +420 384 420 172 GSM: +420 777 916 273 E-mail: <a href="mailto:komunita@podaneruce.cz">komunita@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Ing. Jan Bartošek
	<b>Doléčovací centrum Jamtana</b> Francouzská 36, Brno Tel.: +420 545 246 690 Fax: +420 545 246 691 E-mail: <a href="mailto:jamtana@podaneruce.cz">jamtana@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Mgr. Tomáš Příkryl
	<b>Klub Skleník</b> Vídeňská 3, Brno Tel./Fax: +420 543 249 343 E-mail: <a href="mailto:sklenik@podaneruce.cz">sklenik@podaneruce.cz</a> Vedoucí: Tomáš Nevřkla
	<b>Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium</b> Hapalova 22, Brno - Řečkovice Tel./Fax: +420 541 227 704 GSM: +420 732 319 132 E-mail: <a href="mailto:elysium@podaneruce.cz">elysium@podaneruce.cz</a> Vedoucí: MUDr. Jiří Dolák

	<p><b>Duchovně pastorační služba</b>  Vídeňská 3, Brno  Tel./Fax: +420 543 249 343  E-mail: <a href="mailto:duchpast@podaneruce.cz">duchpast@podaneruce.cz</a>  Vedoucí: ThMgr. Jaromír Smejkal</p>
	<p><b>Toxi Mortalita Tour</b>  Hapalova 22, Brno  Tel.: 549211278, 777 916 276, 777 916 271  Fax: 549211278  E-mail: <a href="mailto:prevcentrum@podaneruce.cz">prevcentrum@podaneruce.cz</a>  Vedoucí: Mgr. Jan Veselý, Ing. Jan Bartošek</p>
	<p><b>Eikon – centrum pracovní rehabilitace a chráněné práce</b>  Francouzská 36, Brno  Tel.: 545247535  Vedoucí: Česlav Škvařil</p>
	<p><b>Breiking the circle</b>  Francouzská 36, Brno  Tel.: 545247535  E-mail: <a href="mailto:marisa_perello@yahoo.com">marisa_perello@yahoo.com</a>  Vedoucí: Marisa Perello</p>
	<p><b>Nízkoprahový klub a terénní práce s mládeží</b>  Sadová 2, Blansko  Tel.: 516 410 621  E-mail: <a href="mailto:blansko@podaneruce.cz">blansko@podaneruce.cz</a>  Vedoucí: Ing. Aleš Herzog</p>

## PŘÍLOHA IX.

### KONTAKTNÍ ADRESY SDRUŽENÍ ČESKÁ KATOLICKÁ CHARITA

- zdroj: [www.charita.cz](http://www.charita.cz)

**Sdružení Česká katolická charita**

Vladislavova 12  
110 00 Praha 1  
tel.: 296 243 330, fax: 296 243 333  
e-mail: [sekretariat@charita.cz](mailto:sekretariat@charita.cz)  
web: <http://www.charita.cz>

**Diecézní charita Brno**

Kapitána Jaroše 9, P. O. Box 635  
661 35 Brno  
tel.: 545 426 611, fax: 545 426 613  
e-mail: [dchbrno@caritas.cz](mailto:dchbrno@caritas.cz)  
web: <http://www.dchbrno.charita.cz>

**Diecézní charita České Budějovice**

Kanovnická 16  
370 01 České Budějovice  
tel.: 386 353 120, fax : 386 360 284  
e-mail: [info@charitacb.cz](mailto:info@charitacb.cz)  
web: <http://www.charitacb.cz>

**Diecézní charita Hradec Králové**

Velké náměstí 37  
500 01 Hradec Králové  
tel.: 495 063 135, tel./fax: 495 063 134  
email: [dchhk@hk.caritas.cz](mailto:dchhk@hk.caritas.cz)  
web: <http://www.hk.charita.cz>

**Diecézní charita Litoměřice**

Dómské náměstí 10  
412 01 Litoměřice  
tel.: 416 731 452, 416 735 606, fax: 416 731 452  
e-mail: [dchltm@dchltm.cz](mailto:dchltm@dchltm.cz)  
web: <http://www.dchltm.cz>

**Arcidiecézní charita Olomouc**

Křížkovského 6, P. O. Box 27  
771 11 Olomouc  
tel.: 585 229 380, 585 229 390  
e-mail: [acho@caritas.cz](mailto:acho@caritas.cz)  
www: <http://www.acho.charita.cz/>

**Diecézní charita ostravsko - opavská**

Kratochvílova 3  
702 00 Moravská Ostrava  
tel /fax: 596 127 262-4 mobil: 777 140 660

e-mail: [ludmila@charita.cz](mailto:ludmila@charita.cz)  
web: <http://www.dchoo.charita.cz>

**Diecézní charita Plzeň**

Hlavanova 16  
326 00 Plzeň  
tel.: 377 223 861, fax: 377 221 540  
e-mail: [dchp@dchp.cz](mailto:dchp@dchp.cz)  
web: <http://www.dchp.cz>

**Arcidiecézní charita Praha**

Londýnská 44  
120 00 Praha 2  
tel.: 224 246 519, 224 246 573, fax: 222 522 352  
e-mail: [paha@charita-adopce.cz](mailto:paha@charita-adopce.cz)  
web: <http://www.charita-adopce.cz>

\* diecézní charity se rozpadají do sítě tří stovek městských, oblastních a farních charit

## PŘÍLOHA X.

### ADRESY A TELEFONY ZAŘÍZENÍ ZABÝVAJÍCÍ SE LÉČBOU NÁVYKOVÝCH NEMOCÍ

- aktualizace 14.11.2005, zdroj Psychiatrická léčebna Bohnice Prim. Nešpor

#### Psychiatrická léčebna Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8

**Muži: pav. 33:** 284016 333, **pav. 35:** t. 284016 235, Prim. Nešpor: 284016249. **Doléčovací klub ELPA (pro muže):** V úterý 16:45-15:45, účastnit se mohou bývalí i současní pacienti i příbuzní. ELPA (vede pan Kökrt) pondělky v 18:30, U svobodárny 12, Praha 9. **Doléčovací skupina pro pacienty i příbuzné:** úterý 18:00-19:00 na stanici 31. **Anonymní hráči:** pondělí 18:30, pav.31. **Skupina pro patologické hráče:** středa od 16:30 na pav.31. **Skupina pro příbuzné:** Středy od 16:00, stanice 31 **Klub pav. 35:** 2. středa v měsíci od 17:00.

\* **ženy: pav. 8:** t. 284016655 (Prim. Dvořák) 284016208 (odd.). \* **Centrum krizové intervence (nepřetržitý provoz, telefonická i další pomoc):** 284016 666.

#### Ambulantní zařízení pro léčbu závislostí v Praze

**Praha 1 a Praha-východ,** OAT poliklinika Palackého ul. 5, t. 224947711 **Praha 2:** Gaudia, Perucká 23, Vinohrady (i hráči) \* **Praha 3:** Dr. J. Remr, Vinohradské psychocentrum, Praha 3, Slezská 101, t. 271735640, Dr. Blahutová, Olšanská 7, t. 271774854, jen alkohol) \* **Praha 4,** OAT, Rodvínovská 3, t. 261262831 (neléčí patolog. hráče), ESET, AT poradna, Donovanská 1862, Praha 4, t. 272922718\* **Praha 5:** Bieblova 6, tr. 251562224 (Dr. Sobotkiewiczová), Ke zdravotnímu středisku 447/9 Praha 13-Řeporyje, bere i mimo Prahu 5, tel.: 777565783 (dr. Strašrybková) \* **Praha 6,** OAT Pod Marjánkou 12 (Břevnov), t. 233351603\* **Praha 7,** OAT, Strossmayerovo nám. 6, Praha 7, t.220190667 \* **Praha 8,** OAT, U Pazderek 1417, t. 233557631\* **Praha 9,** OAT Kytlická 758, t. 286892964\* **Praha 10,** OAT, Vilová 16, t. 274812594 (ne patologičtí hráči)\* **SANANIM: Kontaktní centrum,** Osadní 2, Praha 7, t. 283872186, (pro ty, kdo zatím nechtějí přestat brát drogy) \* **Denní senatorium:** Janovského 26, Praha 7, t. 20803130 (po krátkodobé léčbě - kdo chtějí abstinovat od drog) \* **Doléčovací centrum:** Ovčí hájek 2549, Praha 5-Nové Butovice, t. 284826844 (po delší léčbě – kdo chtějí abstinovat) \* **DROP IN,** Karolíny Světlé 18, Praha 1, t. 224802603, metadon 224802603 \* **Denní stacionář** Nad Ondřejovem 32, Praha 4, t. 241444198,241442793 \* **Dr. Frouzová,** Vinohradská 14,Praha 2,t.224235597 (placené). \* **Kladno:** Centr. drogové prev. a krizové pomoci, Kročehlavská 48, t. 312682177. **OAT Mělník-**nemocnice, Bezručova 715, t. 315670511

**Pro příbuzné těch, kdo mají návykový problém: Skupina pro příbuzné PLB:** pondělí, od 1.10.02 středa 16:00, stanice 31, **pan Jílek:** Středa 17:30-19:30 (blíže na tel. 737847317) nebo Úvaly Zvláštní škola (vchod zprava), čtvrtek individuálně od 16:30 do 17:15, skupina 17:30-19:15 (zdarma) \* **Rodinná poradna Praha 7** U průhonu 52, Praha 7, t.266712317.

**Anonymní alkoholici, Anonymní narkomané a Anonymní hráči** t. 224818247 (zde i informace o mimopražských skupinách). **Česky:** Na Poříčí 16 Praha 1, pondělí až sobota vždy od 17:30, čtvrtek a neděle od 19:00 \* **Anglicky:** Úterý: 19:30, středa: 19:30, pátek: 12:30, neděle 17:30. \* **Anonymní narkomané:** středa a pátek od 17:30.

### Detoxifikační stanice:

**Dětská detoxifikační jednotka:** Vlašská 36, Praha 1, tel: 257197159, 257197124. \* **U Apolináře:** 224968203 \* **Detoxifikace Liberec,** Husova tř. 10, tel: 485 312 229 \* Detoxy jsou i v **Brně** (tel. 548 123 339) nebo v **Ústí n. L.** (tel. 475 683 126).

### Některá pobytová zařízení:

**Apolinář:** příjem 224 968 222, amb.224968214, metadon 224968216. \* **Léčebna návykových nemocí v Nechanicích,** koedukované, 503 12 Nechanice, t. 495800951, objednávání: 495833232 \* **PL Bílá Voda,** U Javorníka 1, 790 69 Bílá Voda, t. 584413208 \* **PL Červený Dvůr,** Český Krumlov, PSC 381 01, t.: 380 739131 \* **PL Kosmonosy,** protialkoholní odd., 293 06 M. Boleslav, t. 326715711 \* **PL Kroměříž,** protialkoholní odd., 767 01 Kroměříž, t.: 573314111 \* **PL Dobřany,** protialkoholní odd., 334 41 Dobřany, t. 377813111 \* **PL H. Beřkovice,** odd. závislostí 411 85 Horní Beřkovice, t. 416808111 \* **PL Opava,** Olomoucká 88, 746 33 Opava, t. 553695111 \* **PL Brno -Černovice,** protialkoholní odd., Húskova 2, 618 32 Brno, t. 548123111 (primář 319, 404) \* **PL Havlíčkův Brod** 569478111 \* **PL Šternberk,** AT oddělení, t. 587809111 \* **PL Jemnice,** Budějovická 625, t. 568450728 \* **PL Želiv,** t. 565581226 \* **Středisko pro mládež,** Čakovická 51, P-9, t.6846 275, 6846 276, 6846 277. **Pobočka Řevnice,** Sádecká 169, t. 257721795 \* **Psychiatrická klinika Plzeň,** Alej Svobody 80, 323 18 Plzeň, t. 377813111

### Terapeutické komunity pro závislé na drogách k dlouhodobému pobytu:

**Karlov** pošta 398 04 Čimelice, t. 382229655. \* **Sananim, Němčice** u Volyně, PSC 387 18, t.: 383396120 (přijímání přes K-centrum). \* **Nová Ves** 55, 46331 Chrastava, t. 485146988 \* **Teen Challenge,** pan Tom Lofton, Kodaňská 29, Praha 10, t.: 271743607 \* **TK Verneřice,** t. 416797069, 602-108454, 5 měsíců, koedukované, 3000 Kč měs. \* **ELIM,** Hladná, 397 01 Albrechtice n. V., o. Písek, 382288294. \* **TK Mukařov (Heliana):** t. 326786149, \* **Magdaléna,** 252 10 Mníšek pod Brdy, 318599124, 603-867384. \* **Podcestný Mlýn (Dačice):** 603-862519. \* **Žibřidice** 135, pošta 46353 Křížany (TK sv. Zdislavy), t. 244910601, 485178082. \* **TK Čeladná,** příjem přes K-centrum Ostrava, od

18let, 60 Kč denně. \* TK Medvědí Kámen, Rybník 77, t. 379496687,  
\* TK Sejřek, U Nedvědice 13, 592 62 Sejřek, t. 566566039

**Různé:**

**Armáda spásy**, Tusarova 60, Praha 7, t. 266710477. **Ubytovna pro muže**: Skloněná 521,  
Praha 9, tel. 6841317.



# OBSAH

ÚVOD .....	3
ZÁVISLOST .....	5
2. NEJBĚŽNĚJŠÍ ROZDĚLENÍ DROG .....	9
<u>2.1 Patologické hráčství</u> .....	24
3. DROGY JAKO GLOBÁLNÍ PROBLÉM .....	27
Exkurz: Evropská charta o alkoholu / Deklarace Mládež a alkohol .....	30
<u>3.1 Situace v České republice versus ostatní evropské země</u> .....	32
4. MODEL Y POMOCI UŽIVATELŮM .....	40
5. STŘEDISKA POMOCI ZÁVISLÝM V ČR S URČITÝM STUPNĚM NÁVAZNOSTI NA OBLAST VÍRY .....	50
<u>5.1 Anonymní alkoholici</u> .....	50
5.1.1 Anonymní narkomani a Anonymní hráči .....	53
<u>5.2 Teen Challenge</u> .....	54
<u>5.3 Sdružení Podané ruce</u> .....	56
<u>5.4 Sdružení Česká katolická charita</u> .....	65
<u>5.5 Občanské sdružení Exodus</u> .....	67
<u>5.6 Pastor bonus</u> .....	69
<u>5.7 Magdaléna o.p.s</u> .....	71
<u>5.8 Cenacolo – Komunita svaté Zdislavy Žibřidice</u> .....	74
<u>5.9 Srovnání jednotlivých společenství</u> .....	75
6. ZÁVĚR .....	78
PŘEHLED POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....	81
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ .....	82
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	82
SEZNAM DALŠÍCH ZDROJŮ .....	83
ANOTACE .....	84
PŘÍLOHY .....	85
OBSAH .....	105