

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Michaela Nantlová

*Faktory užívání nealkoholových návykových látek u
klientů vybraného K-centra*

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana ŠLECHTOVÁ, Ph.D.

2015

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 20. 6. 2015

Michaela Nantlová

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a připomínek. Děkuji rodině, příteli, týmu KC a všem blízkým za morální podporu po dobu studia.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 NEALKOHOLOVÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY A JEJICH ÚČINKY NA LIDSKÝ ORGANISMUS.....	10
1.1 Typologie návykových látek	10
1.1.1 Halucinogeny	10
1.1.2 Opioidy a opiáty.....	11
1.1.3 Psychostimulancia	12
1.1.4 Kanabinoidy.....	12
1.1.5 Těkavé látky.....	13
1.1.6 Taneční drogy	14
1.2 Užívání nealkoholových návykových látek u klientů navštěvující nízkoprahové programy v ČR.....	15
2 OBECNÉ POZNATKY O UŽÍVÁNÍ NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI A V JEJICH SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH.....	16
2.1 Definice syndromu závislosti	16
2.2 Znaký závislosti.....	17
2.3 Teorie vzniku závislosti na nealkoholových návykových látkách.....	19
2.3.1 Sociální okolnosti a faktory vzniku závislosti	19
2.3.2 Bio-psycho-socio-spirituální úroveň závislosti	22
2.4 Motivace abusu drog	24
2.5 Důsledky drogové závislosti dopadající na uživatele a jeho sociální prostředí	25
3 PRÁCE SE ZÁVISLÝMI A JEJICH PROSTŘEDÍM V ČR.....	28
3.1 Léčebné programy.....	29
3.1.1 Detoxifikace.....	29
3.1.2 Terénní programy	30
3.1.3 Kontaktní a poradenské služby	31

3.1.4	Ambulantní léčba	31
3.1.5	Ambulantní stacionární péče	32
3.1.6	Krátkodobá a střednědobá lůžková péče	32
3.1.7	Rezidenční péče v terapeutických komunitách.....	33
3.1.8	Doléčovací programy.....	35
3.1.9	Substituční léčba	35
3.1.10	Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče.....	36
4	KONCEPCE PRÁCE VYBRANÉHO KONTAKTNÍHO CENTRA.....	38
4.1	Pojetí práce vybraného Kontaktního centra	38
4.2	Poslání vybraného Kontaktního centra	40
4.3	Cíle vybraného Kontaktního centra.....	40
4.4	Charakteristika cílové skupiny	41
4.5	Zásady poskytování služby	42
4.6	Poskytované služby vybraného Kontaktního centra	43
5	METODOLOGIE A ETICKÉ SOUVISLOSTI VÝZKUMU	48
5.1	Etická hlediska výzkumu	49
5.2	Cíl výzkumu a výzkumná otázka	49
5.3	Výzkumný soubor	50
5.4	Průběh výzkumu.....	50
5.5	Způsoby analýzy dat.....	51
6	PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1.....	53
6.1	Liborův profil	53
6.1.1	Osobní a rodinná anamnéza	53
6.1.2	Sociální anamnéza	54
6.1.3	Drogová kariéra	54
6.1.4	Současná životní situace	54
6.2	Analýza zjištěných údajů	55

6.2.1	Nedostatečně ukotvující rodinné vztahy.....	55
6.2.2	Tvrdý přístup rodičů k dítěti a jeho dopad na chování dítěte	56
6.2.3	Otázka závislosti v rodině jako možného faktoru pozdější Liborovy závislosti	57
6.2.4	Hledání vlastního sociální prostředí a jeho souvislost s užíváním drog	57
6.2.5	Snaha o lepší společenský výkon jako faktor užívání drogy	58
7	PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2.....	59
7.1	Eliščin profil.....	59
7.1.1	Osobní a rodinná anamnéza	59
7.1.2	Sociální anamnéza	60
7.1.3	Drogová kariéra	60
7.1.4	Současná životní situace	61
7.2	Analýza zjištěných údajů	61
7.2.1	Narušené citové vazby v rodině.....	61
7.2.2	Nejasná pravidla vzhledem k věku dítěte	62
7.2.3	Hledání vlastního sociálního prostředí a jeho souvislost s užíváním drog	62
7.2.4	Rozvoj duševního onemocnění a jeho souvislost s následným užíváním drog	63
8	PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3.....	64
8.1	Jirkův profil.....	64
8.1.1	Osobní a rodinná anamnéza	64
8.1.2	Sociální anamnéza	65
8.1.3	Drogová kariéra	65
8.1.4	Současná životní situace	66
8.2	Analýza zjištěných údajů	66
8.2.1	Nejasné rodinné vztahy.....	66
8.2.2	Rozdílné výchovné přístupy k dítěti a jejich dopad na chování dítěte	67

8.2.3	Závislost v rodině jako možný faktor závislosti v životě Jirky	67
8.2.4	Ztráta blízké osoby jako možný faktor pozdější Jirkovy závislosti.....	68
8.2.5	Snaha o lepší pracovní výkon jako faktor užívání drogy.....	68
ZÁVĚR		69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:		71
SEZNAM PŘÍLOH.....		75
SEZNAM TABULEK.....		76

ÚVOD

Drogová závislost je v dnešní době častý problém, a to nejen u mladých lidí a pouze ve velkých městech. Užívání drog ohrožuje téměř každou generaci a místo, ve kterém vyrůstáme. Pohled na nealkoholové návykové látky je bezpochyby spjatý s vývojem společnosti. Řešení současných problémů spojených s užíváním drog můžeme spatřit v nízkoprahových zařízeních či preventivních programech na školách.

Každý člověk se může stát závislým na droze. Neexistuje předem rozpoznatelná osobnost, která se závislou stane, nebo je k braní drog předurčena. Avšak existují určité faktory, které by k braní nealkoholových návykových látek mohly vést. Právě tímto směrem je vedena má diplomová práce s tématem- Faktory užívání nealkoholových návykových látek u klientů vybraného K-centra.

Téma diplomové práce jsem zvolila na základě absolvování odborné praxe a následného přijetí na pracovní pozici sociálního pracovníka do Kontaktního centra, nízkoprahové služby poskytující činnosti pro uživatele nealkoholových látek. Zmíněné K-centrum navštěvuje především cílová skupina uživatelů psychotropních látek.

Cílem diplomové práce bylo odhalení faktorů, které se podílejí na užívání nealkoholových návykových látek u klientů vybraného K-centra. Znalosti faktorů, které se podílejí na užívání drog, jsou dle mého pohledu důležité a žádoucí. Výsledky předložené diplomové práce mohou přispět k rozšíření znalosti faktorů, které se účastní na užívání nealkoholových návykových látek. Tyto skutečnosti mohou přispět k dalšímu propracování preventivních programů, které by byly orientovány na danou problematiku. Jako sociální pracovníci bychom měli větší přehled o daném problému, mohli mu tak předejít a lépe ho uchopit.

V práci nejprve provádím analýzu poznatků z odborné literatury, abych tak připravila východiska pro hlavní metodu k naplnění cíle, kterým je kvalitativní výzkum. Konceptuální část práce jsem rozdělila do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá typologií nealkoholových návykových látek a jejich účinků na lidský organismus. Zde nalezneme informace o podílu uživatelů nealkoholových návykových látek, kteří navštěvují nízkoprahové programy a o tom které z typů drog jsou v České republice nejčastěji užívány. Druhá kapitola je zaměřena na obecné poznatky o užívání nealkoholových návykových látek v současné společnosti a jejich sociálních souvislostech. Tato kapitola

konkrétně popisuje syndrom závislosti, znaky závislosti, faktory vzniku závislosti, bio-psycho-socio-spirituální úroveň závislosti, motivaci abusu drog a důsledky drogové závislosti dopadající na uživatele a jeho sociální prostředí. Třetí kapitola zahrnuje představení práce se závislými a jejich prostředím v ČR. Nedílnou součástí kapitoly je popis jednotlivých drogových služeb. Čtvrtá kapitola je věnována vybranému K-centru a to jeho zásadám, posláním, cílům, charakteristice cílové skupiny a jednotlivým poskytovaným službám.

Volbou a přípravou metody výzkumu jsem navazovala na konceptuální část, ve které jsem čerpala z odborné literatury a jiných odborných zdrojů. Výzkum byl uskutečněn pomocí kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů s uživateli nealkoholových návykových látek klientů vybraného K-centra. Na základě rozhovorů a mých poznatků z dlouhodobého nesystematického pozorování v prostředí K-centra byly vytvořeny případové studie, které odhalily u jednotlivých uživatelů konkrétní faktory užívání nealkoholových návykových látek.

1 NEALKOHOLOVÉ NÁVYKOVÉ LÁTKY A JEJICH ÚČINKY NA LIDSKÝ ORGANISMUS

Užívání nealkoholových návykových látek (omamných a psychotropních látek) provází lidskou společnost od jejich počátků. Drogový problém, s nímž se zvláště v posledních letech stále obtížněji setkáváme, k nám nepřišel z neznáma. Má své hluboké historické, sociální a geopolitické kořeny (Šejvl, 2007, str. 13). Nalézáme mnoho překvapivých souvislostí, které pevně propojují naši minulost se současností. Jedním z hlavních úskalí, které ovšem dnes ztěžuje účinné řešení drogové problematiky, je jeho mnohovrstevnatost. Je znakem dnešní doby, poznamenané prudkým vědeckotechnickým rozvojem, ekologickými problémy, populační explozí, hektickým stylem života, rozpadem rodinných a sociálních vazeb atd. Drogy se staly průvodním katalyzátorem celé řady negativních ekonomických, politických, sociálních a zdravotních jevů, které hluboce poznamenávají životy lidí (Nožina, 1997, str. 7).

1.1 Typologie návykových látek

Od počátku 20. století společenské povědomí rozlišuje návykové látky na legální (alkohol, nikotin) a nelegální (kokain, heroin, pervitin aj.). Výroba nelegálních drog je zakázána a trestána a ohledně důležitých léčiv v lékařství jsou na tyto látky kladena přísná pravidla zacházení s nimi (Fišerová, 2000, str. 288).

V této práci se budu zabývat pouze nealkoholovými návykovými látkami, převážně drogami nelegálními. Tedy takovými drogami, které jsou definovány v zákoně o návykových látkách (Zákon č. 167/ 1998 Sb.).

1.1.1 Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní a syntetické látky, které u zdravého člověka vyvolávají psychické změny. Způsobují poruchy vnímání, myšlení, zasahují citění, pud sebezáchovy a náladu (Kubánek, Polívka, 2010, str. 81).

Mezi ně patří lysohlávky, mezkalin, durman, muchomůrky i LSD. Pro tyto látky jsou typické kvalitativní změny vědomí. Po požití halucinogenů dochází k významným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání. Zvyšuje se vnímavost a jasnost sensorických vjemů. Navozují stav vybuzení centrálního nervového systému projevující se

změnou nálady, obvykle ke stavu euforickému, ale také těžce depresivnímu (Nožina, 1997, str. 37). Intoxikace se vyznačuje zrakovými a sluchovými halucinacemi, deformacemi času a prostoru. Velmi typické jsou iluze a halucinace v podobě barevných mozaik, plamenů, květů, točících se barevných terčů a podobně. Intoxikované osoby mají často pocit, že to, co se děje, je pouhá iluze a jejich tělo jakoby jim nepatřilo, mají pocit, že oni vše sledují v pozici diváka. Intoxikace může vyvolat tzv. bad trip, to je velmi nepříjemný stav charakterizovaný halucinacemi paranoidního charakteru, dezorientací a zmateností. Při vysokých dávkách může dojít k úmrtí v důsledku narušení funkcí dechového centra. U predisponovaných osob vzniká velmi velké riziko rozvoje psychiatrických onemocnění na základě požívání halucinogenních látek (Radimecký a kol., 2007, str. 24).

Dle Kaliny (2003, str. 102) vzniká na halucinogenních látkách slabá psychická i fyzická závislost. Abstinenční příznaky jsou nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, které nebývá tak časté, aby se vyvinula „fyzická závislost“.

1.1.2 Opioidy a opiáty

Opium je získáváno z odrůdy máku *Papaver somniferum album*. Z nařezaných makových hlavic získáváme bílou šťávu, která na vzduchu tmavne a houstne. V této podobě je sbírána a zpracovává se k přímé konzumaci nebo k dalšímu zpracování (Nožina, 1997, str. 16). Opiáty mají obecně tlumivý účinek, působí proti bolesti, navozují pocit euforie, zklidnění a ospalost. Mohou však vyvolat i negativní účinek, jako nevolnost, zvracení a neschopnost koncentrace (Radimecký a kol., 2007, str. 23). Mezi přírodní deriváty opia patří morfin a kodein. Heroin společně s braunem je polysyntetickým derivátem.

Tato skupina látek vyvolává pocity nadřazenosti, euforie, síly a radosti. Vedlejší účinky oslabují CNS a způsobují útlum dýchání a stavy střídající se euforie s letargií, ospalostí, vyvolávají zmatenost, ztrátu citlivosti na bolest, neschopnost soustředit se, později způsobují nevolnost, zvracení a pocení. Největším nebezpečím je rozšíření heroínu, jehož zneužívání je také spojeno s trestnou činností (Vykopalová, 2001, str. 66). Paradoxní je, že heroin byl zpočátku považován za lék pro závislost na morfinu s nulovým rizikem závislosti.¹ Dnes je heroin považován za typ drogy s neakceptovatelným rizikem.

¹ V roce 1874 byl heroin syntetizován a v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný“ (Kalina a kol., 2003, str. 161).

Závislost na heroinu vzniká velmi rychle, prvních symptomů odvykacího stavu si můžeme všimnout už po měsíci denního užívání. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci (Kalina a kol. 2003, str. 161).

Opiáty jsou vnímány jako nejnebezpečnější skupina nealkoholových návykových látek vůbec. Proti jiným drogám vzniká velmi rychle psychická i fyzická závislost. Užívání opiátů je pravděpodobně nejhůře slučitelné s běžným životem. Uživatel opiátů při užití, ale i v „dojezdu“ bývá zmatený v čase i v prostoru, je malátný, lehce euforický, nevýrazně artikuluje, nezodpovědný (Drogy-info, 2003).

1.1.3 Psychostimulancia

„Psychostimulancia jsou psychotropní látky s nefyziologickým budivým účinkem na centrální nervový systém“ (Švestka, 1995, str. 35). Typickými zástupci jsou metamfetamin-pervitin, amfetamin, kokain a MDMA- extáze, která je méně typickým zástupcem, neboť stojí na hranici mezi stimulancii a halucinogeny (Radimecký a kol., 2007, str. 23). Psychostimulancia zvyšují bdělost vědomí, urychlují psychomotorické tempo, zrychlují myšlení, vybavenost paměti, zvyšují nabídku představ, zahánějí únavu, spánek, snižují chuť k jídlu, ovlivňují náladu člověka směrem k euforii. Psychostimulancia účinkují již po požití první dávky a jejich účinek působí několik hodin, poté je vystřídán fáze útlumu, únavy, ospalosti, poklesu nálady, apatií a dochází k poklesu výkonnosti. Dlouhodobé užívání psychostimulancií způsobuje změny ve struktuře osobnosti. Člověk může být mrzutý, objevuje se u něj agresivita, trpí nervózními náladami, dochází u něho ke snižování morálních zábran. V důsledku toho se dopouští trestné činnosti, podobně jako u zneužívání opiátů a opioidů. Mimoto dlouhodobé užívání psychostimulancií (pervitin, amfetamin, kokain) může vést k toxické psychóze², může ji však vyvolat i jednorázová dávka.

1.1.4 Kanabinoidy

Kanabinoidy neboli konopné látky, které u nás patří mezi nejčastěji užívané nelegální nealkoholové návykové látky. Zdrojem konopných látek je rostlina s názvem

² Psychotická porucha vyvolaná zneužíváním psychotropních látek, nejčastěji se objevuje po užití psychostimulancií a halucinogenech. Jde především o paranoidní syndrom. Uživatel má pocit, že mu chce někdo ublížit, může mít zrakové, sluchové a taktilní halucinace (Kalina a kol. 2003, str. 164).

konopí seté a konopí indické. Účinnou látkou představuje THC. Na černém trhu můžeme nalézt dvě formy této drogy, marihuanu nebo hašiš (Radimecký a kol., 2007, str. 22).

Nejcharakterističtějšími účinky konopných drog jsou sucho v ústech, jemný pocit hladu a chlad. Vzniká deformace ve vnímání času, čas se jakoby vleče, krátký okamžik může působit na člověka jako velmi dlouhá chvíle. Mohou se objevit zrakové, sluchové, i hmatové iluze. Intoxikace může být doprovázena stavem euforie a dobré nálady. Po užití konopných látek se může objevit tzv. bad trip (již výše zmíněný), kdy intoxikaci doprovází deprese, agresivní stavy, panické a úzkostné stavy. Ne zcela ojediněle se může vyskytnout nevolnost a zvracení. Někdy se může od účinků „žádoucích“ plynule přejít na účinky nežádoucí. Tento výčet účinků konopných látek nemusí být úplný, protože nelze s naprostou jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat (Kalina a kol. 2003, str. 174- 176).

Při dlouhodobém a velmi častém užívání se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí. Jedná se zejména o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředit se. Také se mohou objevit tzv. flashbacky. Jedná se o záblesk v minulosti, při kterém se člověk chová tak, jako by se v minulosti prožila situace či událost znovu opakovala. U osob s vrozenou dispozicí může dojít k rozvoji intenzivních a hlubokých depresivních stavů nebo stavů úzkosti a napětí. Velmi zřídka může dojít při dlouhodobém užívání k stavu zmatenosti, dezorientace, poruch myšlení, emocí, autoagresi či agresi k okolí (Kalina a kol. 2003, str. 177).

1.1.5 Těkavé látky

Těkavé látky můžeme uvádět jako inhalační drogy. Jsou nejčastěji vyráběny z nafty či zemního plynu. Patří mezi ně některá rozpouštědla, ředidla, lepidla, i plynné látky: benzín, aceton, rajský plyn a toluen, který je v současné době nejrozšířenějším zástupcem skupiny inhalačních drog u nás. Společným znakem pro těkavé látky je ovlivnění CNS³, které se projevuje euforií. Dochází většinou k útlumu, ale mohou se projevit i zrakové či sluchové halucinace (Kalina a kol. 2003, str. 193).

Dalšími znaky jsou nekoordinovanost pohybů, nezřetelná řeč a svalová ochablost. Experimentování s těkavými látkami bychom neměli podceňovat, protože čichání těchto látek je jednoznačně nejrizikovější. Na rozdíl od všech ostatních drog totiž při „čichání“

³ Centrální nervová soustava

nelze odměřit přesnou dávku (Nožina, 1997, str. 42) a velmi snadno může dojít k bezvědomí, které přechází v kóma (dochází k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo udušení zvratky).

Toluen vyvolává silnou psychickou závislost. Někteří uživatelé inhalují prakticky denně, z igelitových sáčků nebo z namočených kusů látky. Účinek se dostavuje během několika minut. Je krátkodobý, odeznívá během několika desítek minut. Pokud inhalace neprobíhá dál, účinek se neopakuje. V konečném důsledku dochází k postupné degradaci osobnosti. Uživatelé nejsou schopni vykonávat žádné zaměstnání.

Legislativní opatření jsou ještě zatím nedostatečná. Avšak některé těkavé látky jsou v zákonu 167/98 Sb. uvedeny (Kalina a kol. 2003, str. 193-195).

1.1.6 Taneční drogy

Nejrozšířenější drogou mezi mladými lidmi užívanou na tanečních parties je MDMA (extáze). Extáze svými účinky spadá do pomezí stimulancií a halucinogenů. Účinky této taneční drogy bývají charakterizovány jako pocit příjemného tělesného tepla, prohlubování vzájemného porozumění, schopnost vcítit se do problému druhého, pocit radosti a euforie, pocit štěstí a blaha. To všechno může být někdy doprovázeno halucinacemi. Somaticky bývá nástup účinku doprovázen nevolností někdy i zvracením, dostavuje se snížená chuť k jídlu⁴, snížená potřeba spánku, pocení a sucho v ústech. Z části je to subjektivní pocit uživatele. Objektivně můžeme nalézt zrychlení tepu, zvýšený krevní tlak a zvýšenou tělesnou teplotu. Při intoxikaci touto látkou bývají rozšířeny zornice, podobně jako u jiných látek této skupiny (Kalina a kol. 2003, str. 200-201). Mezi nejzávažnější komplikace užití MDMA patří hypertemie, přehřátí organismu zvláště po prožití celovečerní party. Nejčastěji se tyto komplikace objevují při zvýšení tělesné aktivity, při vyšší dávce a při nedostatečné konzumaci tekutin s minerály. Důležitým preventivním faktorem je dostatečný přísun tekutin, odpočinek a pobyt v chladnějším prostředí. V současnosti toto preventivní opatření přináší specifické intervence typu Harm Reduction.⁵ Jde například o místnosti pro ochlazení (cooling) s dostatkem studené nebo minerální vody. Toto opatření se zprostředkovává přímo na místech, kde je zvýšené

⁴ V roce 1912 byla MDMA patentována firmou Merk jako lék na hubnutí. Nikdy však jako lék na hubnutí nebyla vyráběna a ani prodávána (Kalina a kol. 2003, str. 200).

⁵ Jedná se o přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které drogy užívají a nejsou motivované k tomu, aby užívání v současné době zanechali (Drogy-info, 2003).

užívání MDMA (kluby, masové akce za doprovodu typické reprodukované hudby stylu techno, house, drum and bass a jiné), (Kalina a kol. 2003, str. 202).

1.2 Užívání nealkoholových návykových látek u klientů navštěvující nízkoprahové programy v ČR

Nízkoprahové programy v České republice tvoří kontaktní centra a terénní programy, které poskytují především služby snižování rizik prostřednictvím výměny injekčního materiálu a poskytování testování na infekční onemocnění, které je rizikové v rámci užívání drog. Cílovou skupinou těchto programů jsou uživatelé nealkoholových návykových látek a nízkoprahové programy pro ně bývají místem prvního kontaktu předtím než se rozhodnou podstoupit léčbu. V roce 2013 působilo v ČR celkem 111 nízkoprahových programů, z toho 57 kontaktních center a 54 terénních programů. Ve stejném roce bylo v kontaktu s těmito nízkoprahovými službami 38 315 uživatelů nealkoholových návykových látek. Nejčastěji šlo o uživatele pervitinu, dále uživatele opiátu a konopných látek. Dle tabulky č. 1 je patrné, že během posledních let došlo k většímu nárůstu injekčních uživatelů. Zvyšuje se průměrný věk klientů (od roku 2006 o čtyři roky), lze to interpretovat tak, že nových klientů ubývá nebo přichází do kontaktu s programem v pozdějším věku (Annual Report The Czech Republic 2013 Drug Situation, 2013).

Tabulka č. 1 Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v letech 2006-2013

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
pervitin	12 100	14 600	14 900	16 000	17 500	19 400	19 467	23 417
opiáty/opioidy	6 900	7 300	8 300	8 900	8 100	6 800	9 160	8 332
heroin	4 000	4 100	4 600	4 950	4 200	3 300	2 802	2 659
konopný látky	2 700	2 000	1 700	2 200	1 900	3 200	3 303	1 516
těkavý látky	450	390	300	250	300	250	159	238
injekční uživatelé	18 300	20 900	22 300	23 700	24 500	25 300	27 553	31 271
průměrný věk	25,3	26,1	26,4	27,4	27	28,1	28,5	29,3

2 OBECNÉ POZNATKY O UŽÍVÁNÍ NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK V SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI A V JEJICH SOCIÁLNÍCH SOUVISLOSTECH

Kdyby neexistovaly drogy, neexistovala by na ně závislost. Drogy ale existují, je po nich velká poptávka, nejdou odstranit mocí. Nejúčinnější v tomto případě je snížit poptávku po drogách. Tento úkol náleží celé společnosti, každému jedinci. Společnost a jedinci v tomto případě by měli dosáhnout toho, aby měli zdravé rodiny a měli by umět nést odpovědnost za vlastní jednání, dobře a objektivně informovat, mít dobré školy, vytvořit dobrou legislativu a mnoho dalších úkolů, které jsou pro zachování zdravé společnosti důležité.

2.1 Definice syndromu závislosti

Syndrom závislosti dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí „je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (Nešpor, 2007, str. 9).

Diagnóza závislosti by měla být stanovena pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha a pocit puzení užívat látku
- Potíže v sebeovládání při užití dávky, ať už se jedná o začátek, konec nebo množství látky
- Průkaz tolerance k účinku látky. Uživatel postupně zvyšuje dávky látky k tomu, aby dosáhl účinku vyvolaného nižšími dávkami.
- Jedinec postupně zanedbává jiné potěšení a zájmy, kterých si dříve cenil více ve prospěch psychoaktivní látky, protože potřebuje více času na její získání, užívání nebo zotavení se z jejího účinku.
- Pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (např. poškození jater, depresivní stavy vyplývající

z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení), (Nešpor, 2007, str. 10).

Diagnóza závislosti podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) se stanovuje následovně: pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků za období uplynulých 12 měsíců:

- růst tolerance
- odvykací příznaky po vysazení psychoaktivní látky
- přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk původně v úmyslu
- dlouhodobá snaha o jeden či více pokusů omezit užívání psychoaktivní látky, anebo ovládat přijímání látky
- trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků
- zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení
- pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látek (Nešpor, 2007, str. 21-22).

2.2 Znamky závislosti

Prvotní znak závislosti bychom označili slovem „craving“. Nejvýstižnější překlad dle Nešpora a Csémy (1999, str. 6) „cravingu“ je bažení. Jedná se o silnou touhu a pocit puzení užívat látku (Nešpor, 2007, str. 11). Anglický výkladový slovník definuje craving jako „velmi silnou touhu“ (Longman, 1982, str. 1307). Isbell (2007, podle Nešpor, 2007, str. 11) navrhl toto bažení rozlišovat na tělesné a psychické. Později se ukázalo, že tělesné bažení vzniká při odeznění účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm, zatím co psychické bažení se objevuje i po delší abstinenci. Některé objektivní příznaky při psychickém bažení jsou oslabení paměti, zhoršení postřehu, vyšší aktivita potních žláz, zvýšení tepové frekvence, zvýšení systolického tlaku. Všechny uvedené projevy se kryjí s příznaky stresu. Bažení také zhoršuje kognitivní funkce, tedy i schopnost se správně

rozhodovat. Nesmíme také opominout, že bažení zvyšuje riziko recidivy (relapsu).⁶ Tělesné bažení závisí na druhu užívané látky. Odvykací stav se u různých druhů psychotropních a omamných látek liší (Nešpor, 2007, str. 12).

Další znak závislosti, který Nešpor (2007, str. 13) uvádí, je zhoršené sebeovládání. Jedná se o potíže v sebeovládání při užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky. Existují však i lidé, kteří trpí silným bažením, ale jejich sebeovládání zůstává zachovalé. Avšak jsou i lidé, kteří si bažení plně uvědomují, avšak se mohou ve vztahu k návykové látce přestat ovládat. Můžeme říct, že bažení je příznakem spíše subjektivním, kdežto zhoršené sebeovládání se jasně týká chování.

Somatický odvykací stav je další známka závislosti. Projevuje se u různých typů drog víceméně odlišně. Diagnostickým kritériem pro opiáty a opioidy jsou slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže nebo opakované pocení, zrychlený tep, vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost, zvracení, rozšíření zornic, neklidný spánek, silná touha po opiátu. U opiátů a opioidů musíme určit alespoň tři příznaky z výše uvedených, abychom mohli diagnostikovat závislost. Pro kanabionidy nejsou definitivní kritéria stanovena. Může trvat i sedm dní, než se projeví například úzkost, podrážděnost, třes rukou, pocení nebo svalová slabost. Odvykací syndromy u psychostimulancí jsou letargie, únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky, neklid, silná touha po droze, nespavost nebo naopak nadměrná spavost. Abychom mohli u těchto látek odvykací syndrom diagnostikovat, musí splňovat alespoň dva příznaky z výše uvedených. Halucinogeny zpravidla odvykací stav nevyvolávají (Nešpor, 2007, str. 15-17).

Dalším znakem závislosti je růst tolerance. Jak už víme, tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek, nebo že stejné dávky mají nižší účinek. Nešpor (2007, str. 18) uvádí, že vznik tolerance není zcela jasný. Zmíním několik možností, jak zvýšená tolerance může vzniknout. Mezi ně patří zvýšení tolerance v důsledku nižší reaktivity centrálního nervového systému na návykovou látku, další možností je, že látka může být rychleji odbourávána. Uvažovalo se i o poklesu tolerance v důsledku imunologické reakce organismu na morfin, i když se takové vysvětlení nepovažuje za pravděpodobné.

⁶ Termín recidiva je definován takto: návrat k nemoci, která již byla vyléčena, nebo u ní vymizely příznaky. V poslední době se spíše používá termínu relaps, jde o vícero "uklouznutí" (lapsů). (Obecně o závislostech, 2011)

Jako důležitou a často se vyskytující známkou závislosti musíme zmínit zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku. Mnoho lidí závislých na psychoaktivní látce zmiňuje, že shánění látky, její aplikace, zotavení se atd. jim zabírá skoro veškerý čas a i v méně extrémních případech se jedná o řádově desítky hodin týdně. Je velmi důležité tento čas po skončení léčby vhodně vyplnit (Nešpor, 2007, str. 20).

Mnoho uživatelů nealkoholových návykových látek pokračuje v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivých následků, což diagnosticky také označujeme jako znak závislosti. Aby tento znak byl platný, musí být pacient o škodlivých následcích informován (Nešpor, 2007, str. 21).

2.3 Teorie vzniku závislosti na nealkoholových návykových látkách

Každý člověk se může stát závislým na nealkoholových návykových látkách. Neexistuje určitá zvláštní osobnost, předem rozpoznatelná, která by byla k užívání drog a případné závislosti předurčena. Mohou však existovat určité rizikové faktory, které významně zvyšují riziko vzniku závislosti.

2.3.1 Sociální okolnosti a faktory vzniku závislosti

Faktorů, které vedou k závislosti je celá řada. Nemůžeme se obracet pouze na jediný faktor ve více případech. K tomu, aby člověk začal brát drogy a stal se na nich závislým, je zapotřebí souhra mnoha okolností. Závislost je multifaktoriální jev. Mezi příčinami vzniku závislosti, lze rozlišit tři skupiny činitelů: droga, člověk a prostředí. Jednotlivé tyto faktory se vzájemně integrují a doplňují (Fišerová, 2000).

Drogy jsou látky s vysokým rizikem závislosti. Za určitých okolností může vzniknout závislost na každou látku, která ovlivňuje náš organismus a naše vědomí. Dokonce i na látku, která nemá žádný účinek, ale myslíme si, že nám pomáhá.⁷ Předpokládá se, že vyvolá u citlivého jedince craving neboli dychtění po droze, který vede k nutkavému opakování drogu znovu užít, to je ale založeno na schopnostech drogy. V tomto případě droga vyvolává silný psychický zážitek, musí být rozpoznána mezi jinými

⁷ Placebo efekt

látkami a po vynechání užití vyvolává nepříjemné pocity (Muhlpacher, 2015). Psychoaktivní látky plní některé funkce, které mohou být pro člověka zajímavé, v některých případech i nezbytné. Můžeme tomu rozumět tak, že se podíváme na drogu jako na vnější vliv, která díky své funkci podporuje obranný mechanismus. Jedná se o neuvědomovaný způsob, jakým si člověk chrání svou duševní rovnováhu, avšak obvykle se to děje na úkor něčeho jiného. Prostřednictvím užití psychoaktivní látky vzniká obrana před vnitřním napětím nebo třeba komplikovanými vztahovými situacemi. Tyto látky dočasně mění vnímání, myšlení a prožívání. Zapomenutím prostřednictvím drogy se můžeme zbavit nepříjemných myšlenek, avšak vede to k následným potížím a hromadění problémů odkládaných problémů. Z povahy psychoaktivních látek vyplývá i mechanismus zvaný externalizace. Závislý hledá v účincích drog řešení vnitřního problému a naplnění vnitřní prázdnoty. Jde o tendenci měnit svůj stav mysli. Zpočátku se to neděje jako vědomé a úmyslné hledání (Kalina, 2003, str. 140-145)

Kalina (2002, str. 96) hovoří o tom, že při výzkumech byly prokázány genetické predispozice k drogové závislosti. Z dosavadních výsledků výzkumu vyplývá, že podíl genetických faktorů v multifaktoriální etiologii závislosti je značný a pohybuje se v rozmezí 40-60%. Vzhledem k tomu, že osobnostní struktura je ovlivňována také geneticky. Je vhodné do jedné kategorie spojit dva druhy faktorů: faktory psychické a faktory biologické. Psychické faktory vycházejí z osobnostních struktur osob, které se stávají závislými na nealkoholových návykových látkách. U těchto osob lze sledovat nízkou toleranci vůči frustraci a bolesti, labilitu, komplex méněcennosti, sklony k depresím, úzkost, impulzivitu atd. Faktory biologické lze dělit na vnitřní a vnější. Vnější faktory zahrnují vliv nejrůznějších faktorů v období vývoje mozku a formování osobnosti. Velmi důležitým vývojem mozku je období prenatální, perinatální a postnatální. Zde se uplatňují tyto faktory: stres matky v období těhotenství, složení potravy matky v období těhotenství, zda matka užívá návykové látky v období těhotenství aj. Vnitřní faktory zahrnují interakci velkého množství genů. Každý člověk v sobě nosí asi 30 tisíc genů a velká část těchto genů se podílí na formování mozku a lidské psychiky v interakci s vnějšími podmínkami (Šerý, 2007, str. 1-2). Dle Kaliny (2003, str. 124) některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k závislostem u mužů a žen. Ženy bývají citlivější na drogy a jejich citlivost se zvyšuje během menstruačního cyklu. Závislost na nealkoholových návykových látkách u žen vzniká rychleji, a rychleji reagují na léčbu než muži. I k relapsům u mužů a žen dochází při odlišných situacích, zatímco ženy se k drogám

vracejí převážně v negativních emočních prožitcích, muži reagují po pozitivních emocích, samozřejmě to není pravidlo. Musíme brát v potaz, že každá osoba je jedinečná a může reagovat na emoční prožitky různě, ať už je to muž nebo žena. Je také prokázáno, že u dětí a mladistvých se závislost vyvíjí obecně rychleji, průběh závislosti je dramatičtější, mívá závažnější důsledky fyzické i psychické.

Závislost je pevně spjata s vlivem prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje a vyrůstá. Vlivy prostředí znamenají velmi širokou skupinu nejrůznějších jevů, které na nás působí a formují náš postoj ke světu. Můžeme zde zahrnout rodinu, školu, vrstevníky, masmédiá a životní prostředí. Primární otázka je dostupnost drogy v okolí jedince. Velmi důležitý faktor je také pohled společnosti na užívání dané drogy. Vznik závislosti také usnadňuje, prostředí fetující party. V posledních letech bylo prokázáno, že člověk reaguje na známé prostředí dříve spojené s aplikací drogy. Tímto „prostředím“ může být místnost, kamarád, injekční stříkačka aj. Pro psychickou závislost je prostředí a jednání s drogou pro závislého stejně důležité jako droga sama (Kalina, 2003, str. 124). Přesto všechno je zřejmé, že velmi důležitou úlohu pro vznik závislosti v této oblasti sehrává rodina. Rodina plní nejvýznamnější úlohu ve vývoji a výchově jedince (Mülpachr, 2009, s. 147). Langmeier a Matějček (2011) uvádějí, že rodina má ústřední význam pro duševní vývoj dítěte a hraje důležitou úlohu v jeho výchově. Zatím se nepotvrdila typická rodinná konstelace osoby závislé na nealkoholových návykových látkách, spíše než typickou rodinu závislého můžeme popsat některé opakující se znaky, které se na rozvoji a vzniku závislosti podílejí. Při výzkumech vztahů mezi závislými a jejich rodiči se objevily nadměrně angažované a přehnaně ochraňující tendence, ale také lhostejné a chladné postoje. Podle výzkumů má také mnoho závislých jedinců nezpracovanou zkušenost s opuštěním nebo náhlou smrtí rodiče, přičemž se většinou jedná o otce. Faktory charakterizující rodiny závislých jsou nedostatečná pozornost nebo problematická reakce ze strany rodičů na chování dítěte, narušené či zatížené vztahy mezi rodičem a dítětem, chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi, skrytá nebo nadměrně vyjadřovaná kritika v rodině dítěte, přílišná přetíženost rodičů v práci, v partnerském konfliktu, výskyt závislosti dalšího člena rodiny a codependence neboli spoluzávislost⁸ (Kalina, 2003, str. 140-143).

⁸ Jedná se o model, podle něž se členové rodiny chovají tak, že drogovou závislost umožňují. Jejich chování užívání drog usnadňuje, provokuje k němu nebo se vyhýbají strategiím, které by jej vedly k stanovení určitých hranic (Kalina, 2003, str. 140-143).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti dle provedeného výzkumu hovoří o tom, že drogová závislost je částečně geneticky podmíněna a je výsledkem interakce genů a prostředí. Ne každý, kdo si ve své genetické výbavě přináší do života sklony k závislosti, má to štěstí, že se narodí do prostředí, které nepřispívá k vzniku závislosti. Ne každý jedinec, který přijde do styku s drogami, má to štěstí, že nemá genetické dispozice ke vzniku závislosti na drogách, takže konečným důsledkem jeho experimentů s drogami bude absolutní nezájem o další experimentování. Geny nemůžeme změnit, ty jsou jasně dané, avšak prostředí, ve kterém žijeme, vědomě změnit můžeme. Tím můžeme přispět sobě i svým dětem k plnohodnotnému prožití života (Šerý, 2007, str. 7).

2.3.2 Bio-psycho-socio-spirituální úroveň závislosti

V této kapitole se pokusím nastínit vznik závislosti podle teorie bio-psycho-socio-spirituální úrovně závislosti, jak už je obsaženo v nadpisu.

Příčiny vzniku drogové závislosti jsou velmi komplexní a zatím nebyly prokázány jednoznačně predispozice pro vznik závislosti. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů, například určité fyziologické faktory, ty mohou být vrozené nebo získané a kombinují se s psychologickými nebo sociokulturními faktory při vytvoření závislosti. Návykové zneužívání drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebeposilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu (Kalina, 2003, str. 91).

Vznik závislosti ovlivňuje v zásadě fakt, že jako živé bytosti se s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil našich životů. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom schopni se rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens, kdybychom ihned po narození neměli péči a blízkost dospělé bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších faktorů, které nedokážeme ovlivnit, například vzduch, voda, zemská přitažlivost, sluneční energie nebo dokonce mínění druhých. Tedy v počátečních fázích naší existence je naše vědomí vlastního já (Self) formováno prožitky jednoty, spjitosti, splynutí se vším kolem nás. Přestože svou existenci začínáme na absolutní závislosti, záhy však v okamžiku porodu začínáme svou neodbytnou cestu za samostatností, nebo možná zdánlivou cestu za samostatností. Tato cesta nabírá na intenzitě především v období puberty, kdy hledáme cestu od závislosti k nezávislosti. Napětí mezi

závislostí a nezávislostí je součástí vývoje nás všech a je jedním ze základních životních dilemat. Někdy nezávislost zůstává pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy probíhající nezávislost končí jinou závislostí, například na návykových látkách (Kalina, 2003, str. 145).

Na biologické úrovni můžeme závislosti přisuzovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky. Může jít o to, zda matka byla sama toxikomanka a plod se setkával ještě před narozením s účinky návykové látky. Také může jít o okolnosti v rámci porodu, zda byly užity psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu, který může ovlivnit neurobiologii jedince a také psychomotorický vývoj jedince v poporodním období, ale může jít také o přítomnost traumat, nemocí a dalších traumatizujících faktorů (Kalina 2003, str. 91). Obecně lze říct, že během gravidity závislé matky na nealkoholových návykových látkách se může narušit vývoj plodu a v období laktace některé drogy snižují produkci mléka, zhoršují schopnost matky se starat o dítě, k tomu všemu se drogy vylučují do mléka a poškozují zdraví kojence. Ve skupině toxikomanek zaznamenáváme třikrát až sedmkrát častější předčasný porod, nízkou porodní hmotnost, nezralost a úmrtnost novorozence než u běžné populace. Plod může být ohrožen vývojovými vadami a závislostí. Doposud nebylo zjištěno nic, co by mělo jednoznačný vliv na genetické souvislosti. Každý jedinec si do života přináší určité genetické dispozice, které se spolupodílejí na utváření osobnosti. Můžeme říci, že tyto souvislosti mají vliv na tvorbu závislosti, ale samy o sobě závislost nevytvářejí (Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci, 2013).

Na psychologické úrovni je zkoumán vliv takzvaných psychogenních faktorů pro rozvoj abusu⁹ návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme objevovat už v prenatálním období a v období porodu, nejde však o biologické faktory, ale o souvislosti v rámci psychických zážitků a prožívání toho, co eventuálně způsobilo nějaké biologické poškození. Jestliže žena v období gravidity zažívá stres a případně se jí podávají léky s tlumivými účinky, tato informace se přenesou na plod, kde se jakoby vytvoří kód o tom, že látky s tlumivým účinkem působí pozitivně na stres a tato pozitivní zpětná vazba může rychle způsobit vznik návyku. V rámci této úrovně jsou významnými faktory v oblasti postnatální péče o dítě, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci

⁹ V úmluvách OSN se abusus týká jakékoliv spotřeby kontrolované látky bez ohledu na její řídkost jejího užití. WHO nahrazuje termín abusus ekvivalentním termínem škodlivé užívání a to u látek vyvolávající závislost (Abusus, 2003).

jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím. Velmi důležitá je podpora v dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevujících se nejrůznějších duševních poruch a chorob. Jestliže tato pomoc není hned v začátcích poskytnuta, může dojít později k abusu a vzniku závislosti.

Sociální úroveň vzniku závislosti, se zaměřujeme na kontext, ve kterém se vše děje. Jedná se o vliv vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Mezi tento vliv můžeme zahrnout celou řadu faktorů jako společenský status rodiny, rasová příslušnost, prostředí, ve kterém jedinec žije, sociální zajištění. Velmi důležitou úlohu hraje rodina, která se podílí na procesu sociálního učení jedince. Vedle rodiny nezastupitelnou úlohu na procesu sociálního učení hraje skupina vrstevníků.

V rámci spirituální úrovně bych ráda nejdříve objasnila pojem spiritualita. Spiritualita je vztahem k tomu, co mě přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě. Jedná se o intimní oblast přímého prožitku, co je každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí a co dává smysl životu vůbec. Dle Kaliny (2003, str. 94) pozorujeme v poslední době větší potřebu spirituálního naplnění. Tuto potřebu vyvolává pravděpodobně celá řada jevů, mezi které může patřit: neuspokojování duchovních hodnot a potřeb na úkor konzumnímu způsobu života. Může se jednat o vnitřní proces, kdy vědomí jedince touží poznat samo sebe. Právě pro tyto neuspokojené duchovní potřeby se někteří jedinci snaží dosáhnout stimulace transcendence prostřednictvím drogy. Místo vnitřní svobody nachází původní experimentátor k droze fatální vazbu a stává se na ni závislý. Čím je větší potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení, tím nižší je její potenciál spirituální (Kalina, 2003, str. 94).

2.4 Motivace abusu drog

Podmínkou pro vznik a vývoj závislého chování jsou motivace k abúzu drog. Podle motivace se rozvíjí drogová kariéra i případná abstinence. Tyto motivace dělíme dle odborné literatury: (Svršek, Gonová, 2002, str. 5)

- motivace emocionální- pokus řešit osobní komplikace, snížení úzkosti, uvolnění od špatné nálady, řešení psychické bolesti
- motivace fyzická- řešení fyzických obtíží, uvolnění, přání získat více energie

- motivace senzorická-přání stimulovat chuť, zrak, sluch, hmat, potřeba stimulace sexuálního prožitku, touha po posílení vnímavosti
- motivace sociální- uniknout z obtížných podmínek svého prostředí, identifikovat se s nějakou subkulturou, měnit společné vědomí vrstevníků, potřeba prosadit sociální změny
- motivace interpersonální- získat uznání vrstevníků a komunikovat s nimi, posílení vazby s druhou osobou, umět odporovat autoritě, rozpustit závislost na jiných osobách, přání proniknout bariérami mezi lidmi
- motivace politická- porušovat společenská práva, změnit drogovou legislativu, identifikovat se se skupinami, které protestují proti vládě
- motivace filozofická- hledání smyslu života nalézt osobní identifikaci, objevovat nové pohledy na svět, objevovat významné hodnoty
- motivace intelektuální- zkoumat své vědomí a podvědomí, uniknout nudě, dosáhnout intelektuální výše, řešit neobvyklé a zajímavé problémy, produkovat originální a světové ideje
- motivace kreativně estetická- zvýšit prožitek z umění, rozšiřování představivosti, vylepšit uměleckou tvorbu
- motivace spirituálně mystická- získat boží vize, komunikovat s Bohem, vyznávat ortodoxní víru, získávat spirituální moc
- motivace specifická-získat ocenění určitých osob, osobní potřeba prožít dobrodružství a spousta dalších chtěných prožitků závislých na jedinci.

2.5 Důsledky drogové závislosti dopadající na uživatele a jeho sociální prostředí

Užívání nealkoholových návykových látek může člověka poškodit ve všech oblastech života, psychicky, fyzicky, sociálně. Některé nealkoholové návykové látky mohou člověka poškodit již po prvním užití, ale některé důsledky se mohou projevit až po dlouhodobějším užívání (Negativní důsledky drogové závislosti, 2011).

Drogy obecně zvyšují riziko nemocí a snižují imunitu. U osob, které užívají drogy, se často vyskytují chronická onemocnění (Nešpor, Csémy, 2008). Obvyklou příčinou zdravotních komplikací je uživatel závislý na aplikaci drog, přičemž nejrizikovější je injekční aplikace. Injekčním užíváním drog se přenášejí infekční choroby, především

virové hepatitidy typu B, C a infekce HIV. Vysoce rizikovým chováním je sdílení injekčních stříkaček, jehel a dalšího potřebného náčiní k aplikaci drogy. Kromě výše uvedených krví přenosných chorob patří mezi somatické potíže lokální záněty, poškození kardiovaskulárního systému, dýchacího systému, ledviny, centrálního nervového systému a významné problémy se zuby. Významně riziková je také prostituce, která může být součástí životního stylu některých uživatelů drog (Šefránek, 2014, str. 169). V důsledku užívání drog chátrá celý organismus, dochází k úbytku na váze, poškození jater a poškození zažívacího traktu.

V rámci psychické oblasti na úkor drog může dojít k poruše emocí, zvýšené dráždivosti či labilitě. Člověk, který užívá drogy, má sklony k extrémním citovým prožitkům (Negativní důsledky drogové závislosti, 2011). Bývá značně omezené svobodné rozhodování u lidí navyklých na drogu. Stálá potřeba drogy je odvádí od zálib, zábavy, studijních povinností nebo pracovních povinností. Postupem času člověk dá přednost droze před vším, čeho si dříve cenil více. Pro mnoho závislých lidí je život s drogou životem v nesvobodě, aniž by si to vůbec uvědomovali. Dochází k úpadku či rozpadu osobnosti a úbytku schopností. Taktéž dochází ke ztrátě vůle k překonání potíží i ke ztrátě sebeovládání, které je nutné k odepření dávky. Nealkoholové návykové látky ovlivňují funkce našeho mozku, tedy zhoršují paměť, soustředění a schopnost učit se. V důsledku užívání drog může u některých jedinců dojít halucinacím, bludům, psychomotorickým poruchám a nepřiměřeným emocím (Nešpor, Csémy, 2008).

Největší životní problémy si lidé užívající nealkoholové návykové látky nezpůsobují přímo aplikací drogy, ale svým chováním k okolí. Sociální dopady závislosti představují nejen pro ně samotné, ale i pro jejich nejbližší okolí opravdové utrpení. Jakmile je člověk závislý na nealkoholových návykových látkách, v drtivé většině přichází o zaměstnání. Závislý člověk má totiž sníženou schopnost soustředit se a nekontroluje své výstupy. Řada zaměstnavatelů testuje své zaměstnance na přítomnost drog, anebo uživatel psychotropních látek na úkor drogy do zaměstnání nedochází. Se ztrátou zaměstnání jde ruku v ruce omezený přísun peněz, přičemž všechny své peníze, které nejčastěji dostane jako dávku z úřadu práce, použije na obstarání drog a už nemá více peněz na zaplacení nájmu nebo jiné formy bydlení a dalších nezbytných potřeb pro život. Následují hádky v rodině. Vztahy se velmi často přetrhají nejen v rodině, ale i s přáteli a známými. Drogově závislý často v rodině krade a rozprodává rodinný majetek, aby měl finance na pořízení drogy. Velmi často rodinu rozbíjí. Vztah nedokáže udržet ani se svým stejně závislým

partnerem, jediným společným zájmem je droga. Za své chování si obvykle vyslouží negativní hodnocení od svých známých, dochází ke změně a ztrátě svých dosavadních vztahů. Přicházejí na řadu kamarádi z řad dalších uživatelů nealkoholových návykových látek. Hrozí velké riziko vtažení závislého hlouběji do problému (Negativní důsledky drogové závislosti, 2011).

V české společnosti je velká tendence člověka závislého na drogách odsoudit a odsunout na okraj společnosti. Takové chování společnosti spíše vede ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní už proto, že zde není odmítán. Samozřejmě to vede k ještě k rychlejší změně životního stylu a k přijetí společensky nežádoucích způsobů chování, např. prostituce a kriminalita (Negativní důsledky drogové závislosti, 2011).

3 PRÁCE SE ZÁVISLÝMI A JEJICH PROSTŘEDÍM V ČR

V České republice je v současné době relativně komplexní systém služeb jak pro osoby užívající drogy, tak pro jejich rodinu a okolí. Osoby, které jsou závislé na nealkoholových návykových látkách, které mají mnoho problémů způsobených užíváním návykových látek a jsou motivováni ke změně rizikového chování. Mohou využívat celé spektrum služeb od terénních programů, výměnných programů sterilního injekčního náčiní, ambulantní psychoterapeutické či farmakoterapeutické péče až po dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě nebo doléčovacím programu. Rodina uživatele nealkoholových návykových látek může využít různé rodinné terapie, které se provádí v rámci terénních programů, kontaktních center, terapeutických komunit, ale i doléčovacích programů v rámci rodičovských skupin (Kalina, 2003, str. 156).

Protidrogová léčba může být účinným prostředkem, který vede ke snížení užívání drog a dalšího problémovému chování. McLellan (2009, podle Gossop, str. 11) uvádí, že protidrogová léčba je účinná z hlediska snížení míry užívání drog, zlepšení sociálního fungování, zlepšení osobního zdraví. Taková léčba snižuje zdravotní a bezpečnostní rizika.

Protidrogová léčba může být koncipována z různých hledisek: z hlediska intervence, programů a modalit. Intervence jsou techniky, které se zaměřují na činnosti vedoucí ke změně a to k přímo k problému užívání drog. Mezi tyto intervence například zahrnujeme protidrogové poradenství, zvládání bažení a prevenci relapsu, drogové testy a jiné. Intervence se mohou zaměřovat i na jiné problémy, které jsou spojeny s užíváním drog, například rodinné poradenství, nácvik sociálních dovedností nebo primární lékařská péče. Uživatelé nealkoholových návykových látek vstupují do léčby s drogovým problémem, ale i směsicí různých jiných problémů, proto je důležité, aby léčebné intervence odpovídaly individuálním potřebám klienta (Gossop, 2009, str. 12). Systém péče pro klienta by měl být koordinovaný a měl by odpovídat jeho aktuálním potřebám. Jednotlivé stupně péče od prvního kontaktu až po doléčovací program a sociální reintegraci musejí být provázané. Péči pro osoby závislé na nealkoholových návykových látkách zajišťují státní a nestátní subjekty, zdravotnické i nezdravotnické organizace a neziskové a ziskové subjekty. Provázanost všech těchto sektorů léčby závislostí je velmi nezbytná a je předpokladem pro efektivní fungování systému péče o uživatele nealkoholových návykových látek (Kalina, 2003, str. 156).

3.1 Léčebné programy

Léčení závislosti omamných psychotropních látek využívá různých metod od farmakoterapie přes poradenství, sociální práci až po psychoterapii skupinovou nebo individuální. Léčebné programy můžeme rozlišovat podle typu a délky léčení. Podle typu léčení rozlišujeme ambulantní a rezidenční léčby. Podle délky to může být léčba krátkodobá, střednědobá nebo dlouhodobá. Jestliže chceme dosáhnout větší efektivity léčby, měla by na základní léčebný program navazovat následná péče, doléčování, které také pomůže klientovi obstát v životě po léčbě.

Seznam drogových služeb podle standardů odborné způsobilosti schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky:

- Detoxifikace
- Terénní programy
- Kontaktní a poradenské služby
- Ambulantní léčba
- Ambulantní stacionární péče
- Krátkodobá a střednědobá lůžková péče
- Rezidenční péče v terapeutických komunitách
- Doléčovací programy
- Substituční léčba
- Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče

3.1.1 Detoxifikace

Detoxifikační procedury se používají ke zmírnění při zbavování se drogové závislosti. Je to takzvaná přípravná etapa léčby zaměřená na abstinenci a představuje důležitý předpoklad pro další léčbu (Gossop, 2009, str. 43).

Cílem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat odvykací příznaky, jestliže nějaké má. Může se dít bez použití psychoaktivních léků, anebo za medikamentózní podpory. Nejčastějším cílem, jak už bylo výše řečeno je připravit pacienta na další léčbu. Léčba může být ambulantní, ústavní, v terapeutické komunitě aj. Další důvod pro podstoupení detoxifikace bývá nebezpečnost klienta nejen sebe samého, ale i okolí z důvodu duševní choroby, nejčastěji toxické psychózy.

Detoxifikace z jiných důvodů než lékařských může proběhnout v souvislosti s trestným činem u člověka závislého na nealkoholových návykových látkách, který je umístěn do vazby nebo výkonu trestu.

Oddělení detoxifikace bývá začleňováno do oddělení pro léčbu závislostí a umožňuje dobrou návaznost na další lůžkovou nebo případně i psychiatrickou péči. Bývá pravidlem, že v této organizační struktuře na jednom pracovišti probíhá detoxifikace závislých na alkoholu i závislých na nealkoholových návykových látkách. Detoxifikační oddělení je začleněno také do nemocničního komplexu jako samostatná jednotka, ale také bývá součástí ambulantní péče. Můžeme se setkat s detoxifikací v domácím prostředí u lehčích forem závislostí nebo intoxikací. V tomto případě by měla být zajištěna návštěvní služba. Podmínkou takovéto formy detoxifikace musí být relativně stabilní sociální situace, dobrý somatický stav, odvykací syndrom neohrožující na životě aj. Důležitá je také dobrá spolupráce rodiny, která udržuje se zdravotníky úzký kontakt a přebírá do značné míry zodpovědnost za dodržování lékařských doporučení. Tento model ovšem nemůžeme očekávat u rodin extrémně dysfunkčních. Detoxifikace v domácím prostředí nebývá vhodná ani tam, kde hrozí riziko akutních zdravotních a psychiatrických komplikací. V České republice bývá detoxifikace také zprostředkována prostřednictvím terapeutické komunity (Nožina, Hlavatý. 1995, str. 83-85).

3.1.2 Terénní programy

Terénní práce neboli streetwork je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Cílová klientela terénních programů je obtížně dosažitelná. Má minimální motivaci službu vyhledat a řešit své často závažné problémy, ať už sociální, zdravotní, psychologické či právní povahy. Hlavním cílem je navázat s potenciálními klienty vztah postavený na vzájemné důvěře. Následná je motivace ke změně rizikového chování například sdílení jehel a dalšího náčiní a udržení této změny. Terénní práce vychází z principů Public Health¹⁰ a pragmatického přístupu Harm Reduction. Cíle terénních programů tedy jsou: udržet nízký výskyt HIV pozitivitu, snížit výskyt hepatitidy C, B, navázat důvěru a motivovat klienty ve využívání služeb pro uživatele drog, udržovat otevřená veřejná místa na drogové scéně co nejvíce v čistotě-sběr injekčního materiálu, motivace uživatelů drog k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné

¹⁰ Ochrana zdraví veřejnosti

likvidaci, motivovat klienty ke změně životního stylu směrem k abstinenci, předcházet kriminalitě a snížit počet úmrtí v důsledku předávkování (Kalina, 2003, str. 159- 161).

3.1.3 Kontaktní a poradenské služby

Činnost Kontaktních a poradenských služeb neboli K-center, těsně navazuje na terénní programy. Oba tyto typy adiktologických sociálních služeb se od sebe však liší zásadním rozdílem. Zatímco terénní pracovníci vyráží za klienty do jejich přirozeného prostředí, K-centra fungují jako stacionární zařízení, kam uživatelé drog sami přicházejí s konkrétní zakázkou. Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, případně terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Nízkým prahem se rozumí minimum vstupních požadavků a nároků kladených na klienta. Cílem této služby je snižování zdravotních a sociálních rizik spojených se zneužíváním nealkoholových návykových látek (Odborný časopis sociální služby, 2013, str. 24). Více o činnosti K-center se dočteme v kapitole 4. Koncepte „vybraného“ Kontaktního centra.

3.1.4 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba představuje jakýsi vyšší stupeň. Ve srovnání s nízkoprahovými službami, ambulantní léčbu navštíví klienti, kteří jsou motivováni k abstinenci a jejichž osobním cílem je pracovat na změně životního stylu. V průběhu ambulantní léčby klient dobrovolně a pravidelně dochází do služby, přičemž délka léčby je dána individuálně dle charakteru klientových obtíží i jeho možností a cílů. Výhodou ambulantní péče je, že klient setrvává ve svém přirozeném prostředí ve fázi procesu léčby. Další výhodou spatřujeme v postupné realizaci cílů v průběhu ambulantní léčby, a tedy i možnost průběžného hodnocení úspěšnosti spolupráce. Nevýhodou oproti rezidenční formě léčby je větší zátěž, která souvisí s prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje (např. přetrvávající konflikty, dostupnost drog, kontakt s osobami, které drogy užívají). Proto musím v této formě léčby počítat s případnými lapsy.¹¹ Mohou být podnětem k hledání poučení a také mohou být cennou zkušeností pro další abstinenci (Odborný časopis sociální služby, 2013, str. 12).

V České republice je ambulantní léčba poskytována buď zdravotnickými či nezdravotnickými organizacemi. Předpokládá se, že v ČR evidováno 55 psychiatrických

¹¹ Lapsy jsou jednorázová sklouznutí k užití drog v průběhu abstinence.

ambulancí, které se soustřeďují na léčbu závislostí (Odborný časopis sociální služby, 2013, str. 13).

3.1.5 Ambulantní stacionární péče

Ambulantní stacionární péče se nachází na půli cesty mezi běžnou ambulancí a lůžkovou péčí. Tato služba je nelůžková, avšak klient zde může většinou ve všední dny trávit čas. Má význam tam, kde člověk s různými sociálními a zdravotními problémy má kde bydlet, avšak nemůže nebo neměl by být sám doma. Podstatou této denní péče je strukturovaný program, který se převzal z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné. Strukturované programy většinou zahrnují: dosažení a udržení abstinence, jak od drogy, tak od spouštěčů drogy, změna v sebepojetí a vztazích, podpora v osobním zrání a přiměřeného zvládnutí současného vývojového období, zlepšení sociálního fungování a osvojení se dovednosti každodenního života nezbytné k fungování v práci či ve škole (Kalina, 2003, str. 179-183). Součástí programu jsou také skupinové terapie, pohovory s terapeutem, poradenství a různé zájmové aktivity. Velmi důležitá je také partnerská a rodinná terapie, neboť osoby v okolí závislého člověka se jeho situace bezprostředně dotýká a spolupráce rodiny a přátel může ovlivnit úspěšnost léčby. Rodinný program neboli rodinná terapie má poskytnout orientaci v problému závislosti a v podmínkách a požadavcích léčby, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny.

3.1.6 Krátkodobá a střednědobá lůžková péče

Krátkodobá a střednědobá lůžková péče je podle koncepce sítě zdravotnických služeb oboru adiktologie definována jako léčba problémových uživatelů a závislých, ve zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie v obvyklém rozsahu týdnů až několik měsíců. Lůžková oddělení krátkodobé a střednědobé odvykací péče jsou poskytována v rámci psychiatrických léčeb jako oddělení pro léčbu závislostí, také v rámci nemocnic se objevují oddělení specializovaná na léčbu závislostí, ale může jít i o psychiatrickou léčebnu orientovanou na léčbu závislostí. Tato služba má několik cílů, mezi něž patří dosažení a udržení abstinence, práce na vytvoření motivace ke změně, stabilizace somatického a psychického stavu pacienta a směřování k resocializaci. Organizace programu krátkodobé a střednědobé lůžkové péče vychází z principů terapeutické komunity. Program obsahuje aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, resocializační,

výchovně-režimové, volnočasové aj. Základními nástroji postavené na povaze terapeutických komunit jsou psychoterapie individuální, skupinová a komunitní, rodinná terapie, sociální práce, farmakoterapie, celková rehabilitace, která směřuje ke zlepšení psychických, somatických a sociálních kapacit klientů. Hlavní náplní stejně jako u ostatních služeb se snažíme směřovat klienta k dosažení a udržení abstinence a k maximálně možné resocializaci (Mravčík, 2012, str. 27).

3.1.7 Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Kalina a kolektiv autorů (2003, str. 201) definuje terapeutickou komunitu (TK) jako specializované rezidenční zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V České republice mají terapeutické komunity již dlouhodobě nezastupitelné místo v síti adiktologických služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV uvádí 14 programů registrovaných jako terapeutická komunita, mezi něž například patří: TK Advaita, TK Krok, TK Pocestný mlýn, TK Renarkon, TK Sananim a jiné. Tyto terapeutické komunity poskytují střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v trvání zpravidla 5-12 měsíců. Samostatné terapeutické komunity jsou většinou zřizovány nestátními neziskovými organizacemi a jsou funkčně provázány s dalšími odbornými zařízeními v systému služeb o uživatele návykových látek. Cílovou skupinou jsou osoby primárně závislé na nealkoholových návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často tyto osoby mají kriminální anamnézu a těžké psychosociální, případně somatické poškození. V České republice se některé terapeutické komunity zaměřují přímo na specifické potřeby klientů, např. matky s malými dětmi (TK Sananim Karlov), dospívající a mladí dospělí (TK Sananim Karlov), dlouhodobí uživatelé drog s kriminální anamnézou (TK Sananim Němčice) a klienti s duální diagnózou (TK Sejřek). V ČR mají terapeutické komunity vysoce hodnocené postavení, jelikož jsou zpravidla umístěny ve venkovském prostředí, které samo o sobě vytváří řadu pracovních příležitostí. Klienti se v takovém prostředí mohou starat o zvířata, zahradu, kuchyň, topení, sezónní práce v lese, na poli a podobně.

Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu a osobní identity. Abstinence není cílem léčby v terapeutické komunitě, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost klienta nezbytným předpokladem pro dosažení zdraví. Další dílčí cíle léčby v terapeutické komunitě jsou: dodání síly a odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“, učení se zodpovědnosti za sebe, za

svá rozhodnutí, za druhé, za změny vzorců sebedestruktivního myšlení a chování, vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství, získání základních sociálních dovedností, komunikačních dovedností, dovedností řešit konflikt, osvojení si pracovních a hygienických návyků, změna negativního pojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama, poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebrat odpovědnost a rozvíjet sebe sama, uvědomovat si důležitost svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice (Šefránek, 2014, str. 44-79).

Unikátnost terapeutických komunit spatřujeme v tom, že neustálá interakce, mezi jednotlivcem a komunitou je považována za léčebný proces jako takový. Komunita sama o sobě má vysoký terapeutický potenciál, je tvořena sociálním prostředím, klienty a týmem pracovníků, kteří usnadňují sociální a psychologické změny jednotlivce a pro nováčky představují živoucí příklady možnosti změny. Terapeutická komunita nabízí prostředí, v němž se klienti učí poznávat sami sebe prostřednictvím každodenního života ve skupině svých vrstevníků. Léčebná práce se děje prostřednictvím vztahů. Členové komunity jsou podporováni k vytváření hlubokých a blízkých vztahů mezi sebou navzájem, k personálu a ke společenství jako celku. Tímto způsobem komunita zajišťuje korektivní emoční zkušenost začlenění se do společenství a sounáležitosti, což v minulosti klientů bylo téměř vždy vážným problémem (Šefránek, 2014, str. 44-79).

Léčba v terapeutické komunitě má několik fází, a proto komunita má odlišná očekávání od klienta, jeho chování a postoje vzhledem k tomu, v jaké fázi se klient nachází. Jak klient postupně postupuje fázemi, roste jeho odpovědnost a zároveň získává určitá privilegia. Terapeutická komunita má vymezenou jasnou strukturu, řád a pravidla. Každý člen komunity je neustále hodnocen, dostává zpětnou vazbu, nakolik splňuje či nesplňuje očekávání vzhledem ke své roli v komunitě. Zapojení do každodenních aktivit je základním měřítkem pro hodnocení pokroku klienta a pro poskytování zpětné vazby (Šefránek, 2014, str. 44-79).

V České republice terapeutické komunity vykazují značně příznivé, průběžné a výstupní ukazatele léčby. 27, 4 % klientů léčbu v terapeutické komunitě dokončí, průměrná doba léčení je 10, 3 měsíce a průměrná doba léčby všech klientů je 6, 2 měsíce. Bylo zjištěno, že 8 měsíců léčby v terapeutické komunitě je dostačující na to, aby klienti po léčbě dosáhli příznivých výsledků. Tato data jsou publikována ve výročních zprávách

o stavu ve věcech drog v ČR, které vydává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Šefránek, 2014, str. 44-79).

3.1.8 Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou určeny pro abstinující klienty, kteří se potýkali s drogovou závislostí a podstoupili rezidenční péči, nebo alespoň krátkodobou péči v léčebných programech, které jsou adiktologického zaměření. Setkáváme se zde však i s osobami, které neprošly odbornou péčí a lze u nich nalézt minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence od své primární drogy a potřebu podpory a pomoci znovunacházení svého vlastního místa ve světě neboli integrace do podmínek normálního života bez drog. Úkolem doléčovacích programů je pomoci klientovi k navrácení se do běžného života bez drog a pomoc vytvořit podmínky pro abstinenci. Efektivní na léčbě je právě to, že se stabilizuje životní styl osoby, která byla dříve závislá na omamných a psychotropních látkách. Hlavní složky doléčovacích programů jsou psychoterapie, sociální práce, prevence relapsu, práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit. Klient, který přichází do doléčovacího programu, má před sebou velmi těžký krok. Měl by si vytvořit podmínky pro abstinenci tak, aby nepodleh bažení a nedošlo k relapsu. Klient doposud byl, obrazně řečeno pod ochrannými křídly léčebného zařízení a nyní pro něj začíná období samostatné abstinence. Typický klient přichází do doléčovacích programů s jasnou představou o svém budoucím životě, realita však mnohdy neodpovídá jeho představě. To vše je mnohdy doprovázeno netrpělivostí ze strany klienta. Tomuto nepostačí pouhé posilování v abstinenci klienta, proto variabilita problematiky závislých přicházejících do toho typu zařízení je tedy velmi pestrá (Kalina, 2003, str. 208-211).

3.1.9 Substituční léčba

Substituční léčba je zprostředkovávána zpravidla ambulantně. Jde o nahrazení nelegálních návykových látek, látkou neboli lékem, který má dlouhodobější účinek a podává se perorálně, na rozdíl od nelegálních návykových látek, které bývají aplikovány nitrožilně a dochází tak často k vážným zdravotním komplikacím. Substituční látka je předepisována a podávána lékařem. Nejčastěji se podává buprenorfin (Subutex nebo Suboxone) nebo Metadon (tinktura). Podávané látky efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožní všestranně zlepšit kvalitu života. Substituční léčba je

standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction. Jde o udržovací, časově neohraničenou doprovodnou terapii, která odkládá splnění konečného cíle, což je trvalá a důsledná abstinence. Substituční léčba je metodou první volby klientů, kteří nejsou schopni přijmout terapeutické metody. V rámci substituční léčby dochází ke zlepšení a udržení lepšího psychického a somatického stavu, zastaví se injekční aplikace, snižuje se užívání nezákonných návykových látek, snižuje se kriminalita, snižuje se rizikové chování v rámci užívání nezákonných návykových látek, dochází k zlepšení partnerských a rodinných vztahů, dochází k přípravě pro zavedení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a trvalé abstinenci (Standard substituční léčby, 2015). Substituční léčba je navíc provázena psychoterapií, sociálním poradenstvím, které pomáhá k navrácení klienta do běžného života, řešit osobní potíže a sociální situaci. I přes všechno tento předchozí výčet důsledků této léčby je nutné si uvědomit, že substituční léčba není v konečném důsledku nějak velká výhra. Omezení dané každodenním docházením či docházením několikrát týdně pro dávku substituční látky vzbuzuje v klientovi nesvobodu, ovlivňuje pochopitelně klientův život. Pro klienta to může přestat být dříve nebo později vytoužené řešení jeho situace (Substituční léčba, 2009).

3.1.10 Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče

Do systému péče o uživatele drog, patří i programy určené uživatelům, kteří se ocitli ve vězení. Tyto programy zajišťují ve vězení nestátní neziskové organizace a zatím tyto drogové služby nejsou pro vězně zcela tak rozšířené, jako pro běžnou společnost. Hlavním cílem je podchytit problémové uživatele drog ve vězení, reagovat na jejich aktuální sociální situaci, vytvářet kontinuální návaznosti na následnou péči, a tím předcházet dalším kriminálním činům, které jsou často páčány pod vlivem drogové závislosti (Kalina, 2003, str. 255). Nejčastěji tyto služby využívají klienti ve vězení, kteří chtějí nějakou změnu. Uvědomují si, že takhle by svůj život strávit nechtěli a vidí závislost na drogách jako problém, který je potřeba změnit. Další užívání drog by byla opět snadná cesta do vězení. Drogové služby ve vězení řeší nejrůznější témata, jak zvládnout pobyt ve vězení, jak odolávat nástrahám, které na ně mohou číhat i ve vězení a jak se připravit na výstup z vězení. Klienty se služba snaží směřovat k nástupu na léčbu po výstupu z vězení, neboť abstinence ve vězení nestačí. Pravdou je, že pokud se klientovi daří ve vězení abstinovat, do léčby se mu mnohdy nastoupit nechce a raději volí služby, které nejsou tak

omezující. To může být ambulantní léčba, doléčování nebo program s chráněným bydlením.

V oblasti sociálních a adiktologických služeb, které jsou určeny uživatelům nealkoholových návykových látek, se nachází stále spousta kritiků a pracovníkům v oblasti této problematiky je jasné, že by se dalo pracovat daleko více, kdyby bylo za co. I přes mnohokrát dokázaný fakt, že každá koruna investovaná do prevence ušetří naši společnost šest jiných, které se musí následně investovat do nápravy problémů způsobených užíváním drog, se do těchto služeb dostává stále méně financí. Ekonomické hledisko k prevenci sociálních služeb mluví jasně, čím více prevence, tím méně uživatelů drog, „drogové“ kriminality, zdravotních problémů, nákladů na léčbu a zároveň ekonomicky aktivních lidí (Odborný časopis sociální služby, 2013, str. 25).

Po výčtu všech drogových služeb, které tvoří určitou mozaiku systému péče o osoby závislé na návykových látkách se bohužel pořád musíme zabývat názorem většinové společnosti, kde převládá mínění, že „tito lidé si za svůj problém můžou sami“. Často se setkáváme s otázkami, co je vlastně smyslem této práce, případně zda má tato práce vůbec nějaký smysl. Z pohledu pracovníků spolupracujícími s osobami užívající nealkoholové návykové látky je smyslem a podstatou společně s klientem dojít k přijetí stanoviska, že závislost je výzva k růstu, nikoliv nemoc, která je stahuje dolů. Jakmile klient akceptuje tuto výzvu, lépe snáší případná klopýtnutí na cestě k uzdravení a zároveň přijímá odpovědnost za jakékoliv změny ve svém životě. Na závěr si pokládáme otázku: Jaké by to bylo žít ve světě, kde by takových významných postojových změn byli schopni i lidé, kteří takové otázky kladou? (časopis sociální služby, 2013, str. 13).

4 KONCEPCE PRÁCE VYBRANÉHO KONTAKTNÍHO CENTRA

V této kapitole diplomové práce bych ráda přiblížila vybrané kontaktní centrum a jeho pojetí, poslání, cíle, charakteristiku cílové skupiny, zásady poskytované služby, a ráda bych popsala jednotlivé služby, které kontaktní centrum poskytuje.

4.1 Pojetí práce vybraného Kontaktního centra

Základním principem Kontaktního centra je nízkoprahovost a uplatňování principu Harm Reduction. Braní drog není u uživatelů služeb Kontaktního centra chápáno jako okolnost snižující přirozenou hodnotu člověka. Základní pojetí je ochrana veřejného zdraví. Tento program zahrnuje aktivity směřující k prevenci šíření infekčních chorob, drogové epidemie ve společnosti a slouží ke snížení zdravotního a psychického poškození a sociálního propadu drogově závislých.

Služby jsou poskytovány všem bez ohledu na pohlaví, rasu, politické, náboženské, právní a společenské postavení, psychický či fyzický stav (včetně HIV a HCV positivity) a socioekonomické možnosti. Služby jsou přístupny bez ohledu na typ užívané látky, historii užívání, způsobu aplikace a jsou přístupné bez zbytečných odkladů. Snaha o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog vychází z předpokladu, že vhodným přístupem je možné rizikům spojeným s užíváním drog zabránit nebo je alespoň výrazně redukovat.

Základním principem kontaktní práce je respekt k osobnosti uživatele služeb. Uživatel služeb sám rozhoduje o svém životě a nese za něj zodpovědnost. Práce K-centra staví na jeho motivaci ke změně, navazuje na pozitivní změny v chování uživatele služeb a nabízí další alternativy a cíle, které jsou pro uživatele služeb přijatelnější.

Kontaktní centrum se řídí obecnými zásadami, mezi které patří Harm Reduction, Public Health a Bio-psycho-sociálně spirituální model.

Termín Harm Reduction znamená minimalizace škod. Jedná se o minimalizaci negativních bio-psycho-sociálních dopadů, které vznikají v důsledku užívání drog. Bere na vědomí, že užívání legálních a nelegálních drog je součástí našeho světa, a proto volí spíše přístup minimalizace škodlivých účinků drog, než jejich pouhé ignorování nebo jejich

zavržení. Zaručuje uživatelům drog a těm, kteří drogy užívali uplatnit svůj hlas při tvorbě programů a služeb, které jsou pro ně určeny. Tyto služby by měly utvrzovat snahu uživatelů minimalizovat poškození spojená s užíváním drog. Pojmeme, užívání drog se rozumí jako komplexu multifaktoriálního fenoménu, který obsahuje kontinuální chování od pravidelného denního užívání, až po úplnou abstinenci. Chápe, že některé způsoby užívání jsou bezpečnější než ostatní. Pouhé vybudování kvalitního a slušného života nemůže být kritériem úspěšných intervencí a přístupů, protože nutně nevede k abstinenci. Prosazuje neodsuzující, nenátlakový přístup a poskytování služeb uživatelům i komunitám, v nichž uživatelé žijí. Dále prosazuje poskytování služeb s cílem minimalizovat vzniklá poškození. Uznává, že skutečnost chudoby, rasismu, sociální izolace, prožitá traumata, pohlavní diskriminace a ostatní sociální nepoměry činí lidi zranitelnými a snižují jejich schopnosti efektivně se zabývat minimalizováním poškození způsobených drogami. Nesnaží se bagatelizovat nebo ignorovat tragická poškození a reálná nebezpečí vyplývající z užívání legálních a nelegálních drog.

Přístup Public Health je zaměřený na ochranu a podporu zdraví společnosti. Svými aktivitami sleduje zejména ochranu populace jako celku, jedná se o specifickou podobu minimalizace škod. V oblasti zneužívání drog se zaměřuje především na prevenci šíření HIV/AIDS a hepatitid A, B a C. Soustřeďuje se na problematiku sdílení injekčních jehel při nitrožilním užívání drog a rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimiž se infekce šíří.

Na situaci uživatele služby se pohlíží v souvislostech bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Bio-psycho-sociálně-spirituální model se opírá o koncept zdraví prosazovaný WHO (Světovou zdravotnickou organizací), který definuje zdraví jako stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Vznikl rozšířením biomedicínského přístupu, podle kterého je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu, tedy v zásadě poruchou mozkových funkcí způsobenou do jisté míry dědičnými dispozicemi daného jedince.

Postupně se ovšem ukázalo, že užívání návykových látek a závislost na nich je mnohem komplexnějším jevem, než pouze záležitostí biologické struktury člověka.

Biomedicínský přístup byl tedy rozšířen o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů a duchovních potřeb jedince, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Z tohoto pohledu je užívání návykových látek a závislost na

nich jevem, který vzniká v průběhu vývoje jedince ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových a duchovních faktorů (Operační manuál, 2015).

4.2 Poslání vybraného Kontaktního centra

Posláním služby je snižovat důsledky rizikového užívání drog u uživatelů nelegálních návykových látek prostřednictvím sociálně terapeutických a preventivních činností, sociálního poradenství. Hlavním cílem je zlepšení kvality života uživatele služeb po stránce psychické, zdravotní a sociální, které by umožňovalo jejich smysluplné zapojení do společnosti. Dalším cílem K-centra je motivace uživatele služeb ke změně jeho situace a zprostředkování kontaktu s dalšími odborníky a institucemi. Nedílnou součástí sociální služby je ochrana veřejného zdraví a zvýšení informovanosti veřejnosti o užívání drog (Operační manuál, 2015).

4.3 Cíle vybraného Kontaktního centra

Cílem služby je poskytování kvalitních a efektivních služeb na základě standardů kvality RVKPP, standardů kvality MPSV a dalších bodů zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky 505/2006 Sb. tohoto zákona.

Cíle vycházejí z poslání, ze zásad poskytování služby, z individuální práce s uživateli služby, hodnocení kvality sociální služby, vzdělávacích plánů pracovníků apod.

Mezi zásadní dlouhodobé cíle vybraného Kontaktního centra patří: poskytování poradenství a krizové intervence v náročných životních situacích uživatele služeb, odstranění opakovaného používání náčiní k aplikaci drog (u intravenózních uživatelů) používání méně rizikových způsobů aplikace drog, informovanost uživatele nealkoholových drog služeb o rizicích spojených s užíváním, informovanost uživatele služeb o bezpečnějším sexu, změna rizikového chování uživatelů drog směrem k méně rizikovému, minimalizace rizika somatického poškození, jeho odstranění či redukce, informovanost o systému fungování orgánu státní správy a orgánů činných v trestním řízení, upevnění či znovuvytvoření základních hygienických návyků, navázání uživatele služeb ke kontaktu s odborným zařízením, minimalizace sociálních rizik souvisejících s užíváním drog a stabilizace sociálních podmínek uživatele služeb pro jeho následnou abstinenci (v ideálním případě) např. v oblasti bydlení, zaměstnání, rodinné zázemí (Operační manuál, 2015).

4.4 Charakteristika cílové skupiny

Cílovou skupinu vybraného Kontaktního centra představují osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách a osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy ve věku: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 -26 let) a dospělí (27 - 64 let), včetně příležitostných uživatelů, kteří žijí rizikovým způsobem života, jsou drogově závislí nebo problémoví uživatelé drog. Kontaktní centrum poskytuje služby lidem s projevy návykového (závislostního) chování a jejich blízkým, kteří se v této souvislosti ocitli v tíživé životní situaci (psychické, zdravotní, sociální, finanční, ...).¹² Do okruhu osob spadají lidé s projevy návykového chování s rozdílnou motivací ke změně dosavadního životního stylu a motivací k léčbě či s různými fázemi, typy závislosti.

Věkové rozpětí uživatelů služby K-centra se většinou pohybuje od 18 - 45 let s průměrem kolem 29 let. Klienti služby vybraného Kontaktního centra jsou nejčastěji (kromě marihuany a alkoholu) uživatelé pervitinu, dále uživatelé nelegálních léků, sezónního opia a halucinogenních hub. Ve velké míře případů se jedná o polymorfní užívání několika druhů drog, střídavě či najednou.

Podrobná charakteristika primární cílové skupiny, okruhu osob z hlediska zákona o sociálních službách jsou rizikovní (intravenózní) uživatelé nelegálních nealkoholových drog, problémoví rizikovní uživatelé nelegálních nealkoholových drog, problémoví uživatelé nelegálních nealkoholových drog, kteří používají šetrnější způsoby aplikace drog, osoby s kombinovanou závislostí na drogách, uživatelé drog ve výkonu trestu, dívky, těhotné ženy a matky ohroženy drogovou závislostí, experimentální či rekreační uživatelé nealkoholových drog, kteří cítí potřebu odborné péče.

Sekundární cílové skupiny, okruhu osob z hlediska zákona o sociálních službách jsou rodiče, přátelé a blízcí příbuzní osob ohrožených návykovým chováním.

¹² Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nepříznivá sociální situace definována jako oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Do terciární cílové skupiny, která nespadá do okruhu osob z hlediska zákona o sociálních službách, patří žáci a studenti místních a okolních základních a středních škol, pedagogové a výchovní poradci na základních a středních školách a exkurze v K-centru a informace o službě (Operační manuál, 2015).

4.5 Zásady poskytování služby

Pracovníci Kontaktního centra se řídí Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR a zákonnými normami ČR a jinými mezinárodními smlouvami (Úmluva o lidských právech).

Služba je plánovaná a realizována na základě zásad nízkoprahovosti a anonymity, bezplatnosti, individuálního přístupu pracovníků k uživatelům služby a respektování individuálních potřeb uživatelů, aktivizace a motivace uživatele sociální služby, podpory uživatelů služeb v odpovědnosti za sebe sama, v jeho samostatnosti, dodržování práv uživatelů služeb, flexibility poskytování služby, podpory nezávislosti na poskytované službě a posilování sociálního začleňování.

Zařízení umožňuje uživateli služeb přístup k nabízeným službám bez překonávání jakéhokoliv pomyslného prahu, jakým může být nutnost objednání se, sdělení osobních údajů, apod.

Anonymita může být však za jistých okolností prolomena. Jedná se o situace, které se týkají oznamovací povinnosti pracovníků (příchod nezletilého uživatele, závažná trestná činnost apod.). O těchto podmínkách je však zájemce o službu předem informován právě při jednání se zájemcem o službu. V případě doručování úřední korespondence na adresu K-centra, nebo při vyřizování léčby podepisuje uživatel služeb souhlas s poskytnutím a evidencí osobních údajů pouze v rozsahu a pro účely jaká je jeho zakázka.

Za žádnou ze základních poskytovaných služeb (činností) nemusí uživatel služeb platit, čímž se maximalizuje efekt v okamžitém poskytnutí a účinku služby. Zpoplatněná je pouze jedna doplňková služba K-centra, to je vyprání a vysušení prádla. Nejedná se o cenu v plné výši, ale o motivační poplatek dle aktuálního ceníku. Chceme, aby měli uživatelé zájem o změnu své situace. S tímto je uživatel služby seznámen již při jednání se zájemcem o službu, dále při uzavírání smlouvy a sjednávání služeb.

Služba je poskytována na základě dohody s uživatelem služby. Ctí se jedinečnost každého uživatele a jeho vlastní vůle při rozhodování. Na základě toho mu je nabízena a poskytovaná služba dle jeho aktuálních potřeb a možností. Každý uživatel služeb K-centra má svého klíčového pracovníka, na kterého se dle potřeby může obrátit a řešit s ním potřebné záležitosti. S každým uživatelem se individuálně plánuje. Pracovníci oslovují uživatele, motivují je k řešení nepříznivé situace, ve které se uživatelé služeb ocitli, a to prostřednictvím rozhovorů, dobré praxe, osobního příkladu apod.

Poskytování sociální služby je koncipováno tak, aby uživatel služeb řešil svou obtížnou životní situaci sám, případně s adekvátní podporou pracovníků. K tomu je efektivně využíván systém individuálního plánování.

Pracovníci K-centra jsou si vědomi práv každého člověka, při své práci respektují práva uživatelů na svobodnou volbu, dobrovolnost, rovný přístup, svobodné vyjadřování názorů a důstojnost.

Pravidla a celkové nastavení služby vede k tomu, aby uživatelé služeb prostřednictvím konfrontace s realitou, vedením k respektování společenských norem, návyků spojených se správnou životosprávou, „návěškům“ kroků potřebných k co největší samostatnosti (dle individuálních potřeb a přání uživatelů služeb), získali kompetence a dovednosti k co největší samostatnosti a tím i nezávislosti na naší službě.

K-centrum se snaží posilovat sociální začlenění uživatelů služeb a to zejména prostřednictvím vedení k dodržování společenských norem, přijetí společnosti jako součásti života, podpora k získávání informací a motivace ohledně zaměstnání, vyřizování na úřadech, získávání kontaktů na „lidi zvenčí“, návazností na jiné služby a využívání běžně dostupných zdrojů apod. (Operační manuál, 2015).

4.6 Poskytované služby vybraného Kontaktního centra

K - centrum poskytuje základní a doplňkové nízkoprahové služby a služby z oblasti strukturované odborné péče:

Základní činnosti (vyplývající z § 59 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky 505/2006 Sb. tohoto zákona) jsou sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Poskytování socioterapeutické činnosti vede

k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob, poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod. Pomoc při vyřizování běžných záležitostí spadá převážně do oblasti sociální práce. Jedná se o asistenci při oslovování úřadů, podporu při zajištění léčby, doprovod na léčbu apod. Služba také zajišťuje pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou nebo pomoc a podporu při dalších aktivitách podporujících sociální začlenění.

Vybrané kontaktní centrum vykonává tyto služby: výměnný program, testování, hygienický servis, praní prádla, asistenční služba, informační servis, kontaktní práce, krizová intervence, práci s uživateli ve výkonu trestu a vazbě, odkazy a zprostředkování, základní poradenství, potravinový a vitamínový servis, případová individuální práce, sociální práce, služby pro rodiče, přátele a další blízké uživatelů drog, základní zdravotní ošetření, první pomoc, zprostředkování léčby a detoxifikace, internet pro klienty, sociálně-terapeutické činnosti, realizace socio-terapeutických činností, volnočasové a aktivizační činnosti a následná péče.

V rámci výměnného programu se jedná o vydávání injekčního materiálu spolu s dalším zdravotnickým materiálem (dezinfekce, voda, filtry, želatinové kapsle, kondomy) zdarma. Bezpečná likvidace použitého injekčního materiálu, balíčky HR materiálu pro prvokontakty doplněné o informační letáky bezpečného braní, nabídka informačních letáků o nemocech HIV, HCV a HBV, letáků o bezpečném braní, poskytování kvalitních informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod. Tým K-centra má vyčleněného pracovníka, který je zodpovědný za získávání a předávání aktualit z oblasti HR. V rámci dne otevřených dveří bývá veřejnosti promítána prezentace s informací Harm Reduction doplněna ilustracemi a povídáním pracovníků.

Kontaktní centrum provádí testy na přítomnost drog, těhotenské testy a testování na HIV, HCV, HBV a testování syfilis. Součástí služby je předtestové poradenství, zmapování rizikového chování uživatele vzhledem k přenosu infekčních onemocnění, předání informací o infekčních nemocech, o průběhu testování a potestové poradenství. Nedílnou součástí je také pravidelné čtvrtletní hlášení na KHS v rámci registrů uživatelů drog a informace krajskému protidrogovému koordinátorovi.

K-centrum zajišťuje podmínky pro běžné úkony osobní hygieny – sprcha a podmínky pro celkovou hygienu těla. Vykonává asistenční službu, která spočívá v podpoře uživatele při oslovování úřadů, podpoře při zajištění léčby a doprovodu na léčbu.

Mezi služby kontaktního centra také patří předávání informací dle zájmu uživatele služeb jak ústní, tak písemnou formou. Jedná se o informace v oblasti bezpečného užívání drog, bezpečného sexu, zdravotní a sociálně-právní oblasti. V rámci potřeby předává kontakt na pomáhající instituce a spolupracující organizace a jiné specifické informace.

Kontaktní práce je nedílnou součástí vykonávaných služeb. Kontakt je návštěva, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem. Na základě tohoto kontaktu dochází k rozhovoru s uživatelem, zhodnocení stavu uživatele nebo k individuálnímu či rodinnému poradenství.

Krizová intervence je služba neodkladného jednorázového poskytnutí krizového poradenství v aktuální náročné životní situaci uživatele. Cílem je stabilizovat uživatele tak, aby po ukončení krizové intervence odcházel v lepším psychickém stavu, než ve kterém službu vyhledal.

K-centrum zprostředkovává návazné služby v zařízeních návazné péče ve prospěch uživatele služeb. Tato služba může být doplněna o asistenční službu. Jedná se o fyzický doprovod do těchto zařízení a asistence při jednání v těchto zařízeních.

Pracovníci Kontaktního centra pracují s uživateli ve výkonu trestu a vazbě, což je na základě korespondenční práce. Jde o písemný kontakt s uživatelem služby, který se nachází ve vazební věznici nebo výkonu trestu odnětí svobody v rámci jeho podpory, udržení kontaktu, domluvení kontaktu/návštěvy uživatele služeb ve VTOS či vazební věznici, sociální práce, podání informací, odkazu či zprostředkování kontaktu na jinou instituci, zprostředkování léčby po odchodu z VTOS. Dále se jedná o návštěvy uživatelů ve výkonu trestu odnětí svobody či ve vazební věznici, jejich podpora popř. zajištění další péče.

Jak uživatelům služeb tak i pro rodiče a blízké uživatelů služeb. Je poskytováno základní poradenství. Pracovníci mají rozdělené oblasti spojené s poskytovanou službou (Gender problematika, Rodinné poradenství, Mladiství a drogy, Sociálně-právní poradenství, Léčba, Zdravotní ošetření, Vězeňství, Duševní onemocnění, Drogy a jiné

závislosti) a v těchto oblastech se blíže specializují, prohlubují si kvalifikace a kompetence. Z těchto oblastí získávají aktuální informace a pravidelně přinášejí tyto aktuality, novinky a trendy na organizační porady týmu. Pracovníci se dále v těchto oblastech vzdělávají, absolvují kurzy, aby mohli poskytovat efektivní poradenství. Pracovníci K-centra tak tvoří mezioborový tým.

K-centrum poskytuje potravinový servis a vitamínový servis. Tento servis zahrnuje nabídku občerstvení, kávy, čaje, šťávy, instantní polévky, vitamínu C a hořčiku zdarma. Program je zaměřen na celkovou zdravotní a také částečně sociální pomoc a rehabilitaci. Nabídkou základních nápojů a potravin je částečně sníženo zdravotní a sociální poškození klientů. Potravinový servis je vnímám také jako nástroj pro navazování kontaktů a nácvik určitých sociálních dovedností (uživatel si po sobě uklidí nádoby).

Řešení problémů a nepříznivých životních situací uživatelů služeb je náplní případové individuální práce. Pracovníci se snaží o zvýšení kompetencí uživatele tyto problémy řešit, pomoc uživateli efektivněji jednat a dosahovat svých cílů na základě individuálního plánu uživatele, pomoc při upevnění nebo obnovení kontaktu s rodinou, pomoc a podporu při dalších aktivitách podporujících sociální začlenění a rozvoj dalších schopností a dovedností uživatele

Kontaktní centrum nabízí také poradenství pro rodiče, přátele a další blízké uživatelů drog.

Sociální práce je nedílnou součástí služeb K- centra. Jde o pomoc při vyřizování běžných záležitostí spadající do oblasti sociální práce, aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace uživatele a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy.

Další službou, kterou K- centrum poskytuje je základní zdravotní ošetření či první pomoc. Ošetření v případech onemocnění či poranění bez závislosti na tom, jestli se jednalo o následek injekční aplikace drog, včetně neodkladné první pomoci. Dále nabídka mastí a dalšího zdravotnického materiálu k ošetření popř. výdej volně dostupných léků. Cílem je také přimět uživatele, aby v případě potřeby či nutnosti využil odbornou pomoc lékaře. Jeden pracovník K- centra se na tuto oblast blíže specializuje.

Pracovníci K-centra zprostředkovávají léčbu a detoxifikaci, nejčastěji v psychiatrické léčebně či terapeutické komunitě.

Klienti mohou využít internet sloužící převážně pro účely hledání zaměstnání, psaní životopisů a dalších dokumentů, i pro kontakt se společenským prostředím.

Do sociálně-terapeutické činnosti a realizace socio-terapeutických činností spadá filmový klub, turnaj ve stolním fotbale, opékání s klienty, klientské porady, vánoční nebo velikonoční večírek, arteaktivity s klienty. Jedná se o strukturované programy, směřující k aktivnímu zlepšování a kultivaci komunikačních a sociálních dovedností uživatele. Rozvoj aktivit má směřovat k většímu spolupodílu klientů na službě, poskytnout jim příležitost zažívat „normální“ situace a aktivity sdílené s lidmi bez drogové závislosti. Jedná se o aktivity, které mají daná pravidla (nedějí se náhodně v průběhu poskytované služby), uživatelé služeb jsou do nich zapojeni jako spoluorganizátoři a jsou o nich včas informováni. Nejedná se o aktivity, které by vedly k tomu, aby uživatelé služeb K-centrum využívali k odpočinku a jakémusi vlastnímu pohodlí, ale o aktivity, které s nimi provádějí pracovníci jako prostředek k navázání „terapeutického“ vztahu – uživatel x pracovník.

Pokud uživatel služeb potřebuje jiný druh služeb, poskytneme mu v této oblasti poradenství, popř. mu službu dopomůžeme zprostředkovat. Jestliže se služba zprostředkovává na jiné odborné pracoviště, vždy je nutné se předem s uživatelem dohodnout, zda bude jednat sám za sebe. Uživateli jsou nabídnuta telefonní čísla, pracovník v případě zájmu pomůže formulovat zakázku, tehdy když se s pracovníkem dohodnou (podle důležitosti, rozvahy pracovníků), jedná za uživatele pracovník K-centra (objednání, konzultace potíží aj.) - v tomto případě předem od uživatele získat písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji.

V rámci služeb Kontaktního centra se s uživateli také řeší léčba infekčních onemocnění. Uživatelé jsou odesláni k lékaři, který vystaví potvrzení na Infekční oddělení v Opavě na další přetestování a následnou péči (Operační manuál, 2015).

5 METODOLOGIE A ETICKÉ SOUVISLOSTI VÝZKUMU

V této kapitole se budu zabývat nejprve etickými souvislostmi výzkumu a posléze představením metodologie výzkumu: cíle výzkumu a výzkumné otázky, charakteristiky výzkumného souboru a v neposlední řadě průběhu výzkumu a způsobu analýzy dat.

Výzkum má kvalitativní charakter. Kvalitativní výzkumná metoda je taková, v jejímž rámci data nejsou analyzována pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Tento výzkumný proces může bádát v životech osob, v chování, postojích a chodech organizací. Kvalitativní výzkum je metoda zaměřující se na shromažďování dat pomocí rozhovoru a pozorování, ale je možné použít i dokumenty, knihy, různé nahrávky, ale dokonce i údaje, které byly kvantifikovány pro jiné účely (Švaříček a Šedová, 2007, str. 13).

Informace využité pro kvalitativní výzkum byly získány na základě rozhovorů formou polostrukturovaného rozhovoru a pozorování. Zich (2004, str. 93) definuje rozhovor jako „systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. Prostřednictvím rozhovoru zkoumáme mínění, názory a postoje lidí.“ Pro sběr informací jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor je typ rozhovoru, který umožňuje jít více do hloubky a odkrývá nová, nepředpokládaná témata. Výzkumník si předem stanoví pouze základní osnovu rozhovoru, pořadí otázek není neměnné a zajišťuje výzkumníkovi větší flexibilitu (Hendl, 2005, str. 166).

Polostrukturovaný rozhovor jsem rozdělila do čtyř anamnestických okruhů, které obsahují osobní a rodinnou anamnézu, sociální anamnézu, drogovou kariéru a současnou životní situaci. K jednotlivým okruhům jsem respondentům pokládala předem připravené otázky a dle potřeby jsem dále otázky rozvíjela a doplňovala. Schéma jednotlivých okruhů a otázek nalezneme v přílohách této diplomové práce. Respondenty jsem prezentovala po jednotlivých případech a dále jsem data analyzovala pomocí případové studie. Případovou studii jsem si vybrala z toho důvodu, že dokáže detailně zachytit případ jedince. Díky tomu můžeme dobře porozumět jednotlivým případům. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahu v jejich celistvosti. Předpokládá se, že porozuměním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. Na konci studie se případ vřazuje do širších souvislostí. Může se srovnat s jinými případy (Hendl, 2005, str. 104).

5.1 Etická hlediska výzkumu

Jestliže se pouštíme do empirického výzkumu v sociální práci, musíme mít na zřeteli etické souvislosti svého počínání a zohlednit je, neboť výzkum v sociální práci zasahuje prakticky vždy do života lidí (Bugel, Šlechtová, 2012, str. 184).

Pro vytváření výzkumu musíme dbát na důležité zásady etického jednání, mezi níž řadíme získání poučeného souhlasu od osoby, se kterou výzkum provádíme. Tato osoba musí být informovaná o průběhu a okolnostech výzkumu a musí nám dát k této akci souhlas. Poučený souhlas může být aktivní či pasivní, aktivní znamená, že respondent nám podepíše příslušný dokument o souhlasu a pasivní souhlas tento podpis nevyžaduje, může jít pouze o ústní dohodu. Účastník má právo kdykoliv ukončit svoji účast ve výzkumu. V ideálním případě je zachována anonymita účastníků, jestliže není možné zajistit anonymitu, identita nesmí být odhalena nikomu dalšímu. Přesto pouhá anonymita není dokonalým řešením, je také důležité zachovat soukromí účastníků. Při samotném rozhovoru s účastníkem výzkumu je důležité zachovat emoční bezpečí. Mnohdy se účastník při rozhovoru dostává do životní oblasti, která pro něj nebyla příjemná a dostává se k emočně citlivé záležitosti. Proto nesmíme otázky klást bez přechodu a přípravy. Důležité je, aby výzkumník dal účastníkovi prostor k uvolnění a vyjádření svých pocitů. Kvalitní výzkum by měl znamenat pro všechny účastníky dlouhodobější vztah. Někdy sociální pracovníci vytvářejí tuto akci pro zlepšení podmínek účastníků. Samozřejmě výzkum nesmí ohrozit jak tělesné tak psychické zdraví účastníků (Hendl, 2005, str. 155-156).

5.2 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem diplomové práce je odhalení faktorů, které se podílejí na užívání nealkoholových návykových látek u klientů vybraného Kontaktního centra. S cílem diplomové práce souvisí stanovení si výzkumné otázky. Tato otázka zněla: „Jaké faktory se podílejí na užívání a následné závislosti na nealkoholových návykových látkách?“

Téma v oblasti drogové problematiky jsem si vybrala proto, jelikož pracuji jako sociální pracovník na K-centru, tudíž mám k této problematice blízký vztah. Ráda bych odhalila faktory, které ovlivňují užívání a následnou závislost na nealkoholových drogách, jelikož by nám to jako pracovníkům na kontaktních centrech mohlo usnadnit aplikaci

prevence a také předcházení relapsu u abstinujících klientů. Smyslem diplomové práce bude uvědomění si faktorů, které vedou klienty k užívání nealkoholových drog.

5.3 Výzkumný soubor

Výzkumný proces probíhal v prostředí vybraného Kontaktního centra. Mým záměrem bylo získat rozhovory s klienty užívající nealkoholové návykové látky navštěvující vybrané Kontaktní centrum a na základě dlouhodobého pozorování a rozhovorů odhalit faktory užívání nealkoholových návykových látek. Hlavním kritériem bylo získat výzkumný soubor respondentů užívající nealkoholové návykové látky, ať už aktivně užívající, tak abstinující klienty. Bylo osloveno šest uživatelů pervitinu, se všemi byl proveden polostrukturovaný rozhovor, avšak v této práci jsou použity pouze tři rozhovory, z důvodu nevyhovujících odpovědí u zbylých tří klientů. Výzkum byl doplněn dlouhodobým nesystematickým pozorováním z mé strany. Jelikož služba Kontaktního centra je anonymní a pro mnoho klientů je užívání pervitinu citlivou záležitostí, výběr respondentů jsem volila na základě dobrovolnosti a ochoty zúčastnit se výzkumu.

Primární drogou respondentů je pervitin. Dva ze tří respondentů, pervitin aplikují nitrožilně a jeden respondent drogu užívá šňupáním. Délka jejich užívání pervitinu se pohybuje v rozpětí od 11 do 20 let. Kontaktní centrum využívají několik let, avšak ani u jednoho z nich k výraznému posunu ohledně užívání drog nedošlo. Jedná se o dva muže a jednu ženu ve věkovém rozptylu od 29 do 35 let.

Od dotazovaných respondentů jsem se snažila získat všechny potřebné informace, které jsou důležité k zjištění faktorů užívání nealkoholových návykových látek. Výhodou výzkumu bylo dlouhodobé pozorování klientů na Kontaktním centru. Po dobu průběhu výzkumu jsem si na úrovni profesionála vytvořila s klienty blízký vztah založený na důvěře, proto rozhovory nebyly pro ně nijak nepříjemné a stresující. Se všemi třemi respondenty byla dobrá spolupráce a neměli problém mi odpovědět na otázky týkající se jejich soukromí.

5.4 Průběh výzkumu

Na výzkumný proces jsem se připravovala od podzimu roku 2014. Od této doby probíhalo pozorování komunikačních partnerů a některé informace byly získány na základě předchozí spolupráce při individuálním poradenství. Dále jsem si stanovila významné

okruhy témat rozhovoru, které jsou důležité pro cíl samotné diplomové práce a zajistila funkční diktafon.

Výzkum v podobě rozhovorů proběhl na vybraném Kontaktním centru. Jelikož se ve výzkumu vyskytovala citlivá témata, snažila jsem se zajistit maximální soukromí pro samotnou realizaci rozhovoru. Rozhovory probíhaly v poradenské místnosti bez přítomnosti dalších osob.

Před zahájením rozhovorů byli komunikační partneři seznámeni s celým výzkumným procesem, s mou diplomovou prací a jejím účelem. Zároveň byli požádáni o souhlas s nahráváním celého rozhovoru na diktafon. Byli srozuměni s tím, že výzkum je anonymní, proto jejich jméno zde nebude uvedeno. Jména, která v diplomové práci nalezneme, jsou fiktivní, pravdivý je jen údaj o roku narození. Komunikační partneři byli také obeznámeni o možnosti odmítnout zodpovědět otázku nebo rozhovor přerušit. Každý rozhovor trval přibližně jednu hodinu. Podle zvyklostí Kontaktního centra bylo během celého výzkumu nabídnuto tykání, které bylo od komunikačních partnerů přijato. Všichni respondenti byli velmi otevření v rámci svého osobního života a nestalo se, že by někdo z nich odmítl na danou otázku odpovědět.

5.5 Způsoby analýzy dat

V první řadě po realizaci všech rozhovorů jsem provedla doslovnou transkripci. Transkripce je proces, kdy se mluvený projev z rozhovoru převede do textové podoby. To pak umožňuje zpracování výzkumu. Jedná se o časově náročnou proceduru. Po provedení transkripce je možné si důležitá místa podtrhávat, oddělit, využít komentáře, srovnávat jednotlivé pasáže textu nebo vytvářet seznamy (Hendl, 2005, str. 208).

Následně jsem data analyzovala jako případové studie. Analýza dat případové studie nemusí nutně vycházet z nějakého zvláštního přístupu, mohou být využity přístupy ze zakotvené teorie nebo z etnografického přístupu. Hledání dat v analýze je často hledání pravidelností. Podle Staka (2005, podle Hendl, str. 226) jsme někdy schopni odhalit význam již podle jedné události, častěji však je podstatné, že instance jako zástupci určitého významu se opakují v několika událostech nebo případech. Některé pravidelnosti předpokládáme předem a některé se objevují až během výzkumu. Výzkumník se snaží dát smysl nashromážděným datům z případové studie. Může se postupovat dvěma způsoby, a to více holisticky nebo více analyticky, kódováním. Holistická analýza neusiluje

o rozdělení dat na jednotlivé části, ale závěry dělá z posouzení celku. Kódování má smysl ve významu prohledání dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části. Na tuto fázi výzkumu navazuje snaha výsledky analýzy interpretovat jako celek, aby bylo možné o nich vyprávět určitý příběh (Hendl, 2005, str. 226). V samotném výzkumu této práce byly zpracovány případové studie. Jednotlivé případové studie byly analyticky zpracovány.

6 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1

První případová studie je věnována Liborovi. V rámci první kapitoly obecně představím Liborův profil, který poslouží pro lepší orientaci při sledování hlavních faktorů Liborovy závislosti na návykových látkách, čemuž je věnována podkapitola 6.2.

6.1 Liborův profil

Libor se narodil roku 1983 ve městě. Má tedy 32 let, Je svobodný, bez závazků a bez zaměstnání. Již delší dobu je závislý na dávkách státní sociální podpory a navíc nemá stálé bydlení. V této podkapitole nejprve v základních obrysech představím Liborovu osobní a rodinnou anamnézu, dále jeho sociální anamnézu a drogovou kariéru. Nakonec zmíním, jaká je jeho současná životní situace.

6.1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Libor se narodil do neúplné rodiny. Po třech letech si matka našla přítele, který v rodině zastával roli náhradního otce. Libor vyrůstal jako jedináček. Matka pobírala částečný invalidní důchod a nevlastní otec, který Libora vychovával, se živil jako policista. Chlapec vyrůstal v činžáku, kde nejvíce času trávil se svými vrstevníky, jak se spolužáky, tak s dětmi ze sousedních bytů. Sousedé zajišťovali Liborovi citové zázemí, kterého se mu doma nedostávalo. Tam panoval tvrdý režim, tresty, přísná pravidla, zákazy, které dle Liborových slov především plynuly z povolání otce. Tento přísný tvrdý styl výchovy zavládl v rodině příchodem nevlastního otce a brzy se s ním ztotožnila i Liborova matka. Také ona se začala k chlapci chovat přísněji. Fyzické tresty byly na denním pořádku, od facek přecházeli rodiče k použití hadice či prodlužovačky od trouby. Libor měl vždy pocit, že je v rodině navíc, rodičům pouze na obtíž a necítil se v zázemí domova přijat. Vnímal, že opětované citové reakce a mateřské lásky se mu dostává pouze v rodinách jeho spolužáků a sousedů. Oba rodiče často a rádi požívali alkohol, avšak k nealkoholovým návykovým látkám nikdy neinklinovali.

Libor se charakterizuje jako společenský, komunikativní člověk. Problémy si navenek nepřipouští, životem jen tak proplouvá a stále hledá, kam by mohl zapadnout. Prošel si několika partnerskými vztahy, které neměly dlouhého trvání. Celý život postrádá pocit zázemí a domova.

6.1.2 Sociální anamnéza

Základní školu Libor prošel s uspokojivým prospěchem bez kázeňských problémů. Během základní školy trávil svůj čas návštěvami volnočasových kroužků, mezi něž patřilo letectví, modelářství a chovatelství. Ve studiu dále pokračoval na učebním oboru malíř - lakýrník. Dojížděl na internát, kde začaly kázeňské problémy, jelikož jak sám uvádí, nad sebou přestal mít pevnou ruku svých rodičů. Následně začal experimentovat s drogami. Po vyučení působil jako výrobní dělník a kvůli práci se často stěhoval. Jeho pracovní kariéra postupně skončila společně s tím, jak se rozjela kariéra drogová. Již několik let je závislý pouze na dávkách státní sociální podpory a bydliště často střídá od ubytoven až po squaty.

6.1.3 Drogová kariéra

Marihuanu kouří od třinácti let, kdy prvotním účelem užívání bylo vmísit se do party a vzepřít se obecně uznávaným pravidlům. V osmnácti letech měl poprvé pervitin. Primární motiv k užití pervitinu byl podobný jako u marihuany. Chtěl se dostat do party, která ho dřív nepřijímala. V užívání pervitinu nadále pokračoval, avšak jeho důvod již byl jiný. Zažíval v tomto období obrovský tlak od zaměstnavatele a za normálních okolností by nebyl schopen plnit práci v daných termínech. Pervitin mu pomáhal dělat si svojí práci rychleji, bez vyčerpání. Po šesti měsících se situace jak v pracovní sféře, tak v osobním životě změnila a pervitin ustupoval do pozadí. Libor změnil zaměstnání, kde nebyla práce tolik náročná, a našel si přítelkyni. Pět let žil uspokojivý život v abstinenci. Ovšem po pěti letech nastal zlom, přišel o přítelkyni, o práci, o bydlení a také o iluze. Ocitl se na ulici, seznámil se s lidmi, kteří byli závislí na pervitinu a peníze na něj získávali krádežemi. Aby Libor na ulici přežil, postupně se s nimi naučil krást a stále častěji užívat drogy. Z důvodu nedostatku peněz a potřebě zvyšovat dávku, začal Libor i přes svůj odpor k injekčním stříkačkám, pervitin užívat nitrožilně, čímž začal největší kolotoč honby za drogou. V tomto duchu se jeho život táhne dodnes, avšak svoji závislost si doposud jak se to přinejmenším navenek jeví, nepřipustil, přestože život bez drogy si nedovede představit.

6.1.4 Současná životní situace

Libor je již několik let závislý na pervitinu. Ve věku 32 let se potlouká na ulici se svým psem, který mu nejspíše z jeho subjektivního hlediska nahrazuje někoho, kdo by mu mohl porozumět. Vystřídal téměř všechny ubytovny v nejbližším okolí, avšak vždy je

opustil s pocitem, že mu bylo ublíženo. Nejčastěji bylo důvodem nezaplacení měsíčního poplatku. Žije z peněz státní sociální podpory, která mu vždy vydrží pár dní a zbytek měsíce nachází útočiště v kontaktním centru, kde využívá především potravinový a hygienický servis. Kontaktní centrum je místo, kam ho přivádí pocit přijetí a pochopení. Tuto skutečnost si však přiznává velmi nerad, stejně jako svoji závislost.

6.2 Analýza zjištěných údajů

V této podkapitole se budu snažit zachytit faktory, které vedly k užívání drog u Libora.

6.2.1 Nedostatečně ukotvující rodinné vztahy

Vztahy v Liborově rodině vidím jako důležitý faktor k postupnému experimentování s drogami a následné závislosti na pervitinu. Libor se narodil do neúplné rodiny. Od tří let jej vychovával nevlastní otec, kterého matka dovedla do rodiny jako svého životního partnera. Libor díky neúměrným fyzickým trestům, chybějícímu citovému zázemí a pocitu nepřijetí nemá na rodiče dobré vzpomínky a od dětství se spíše od rodiny distancuje. Zajímavá je skutečnost odpovědi, kterou jsem dostala na otázku kde a s kým vyrůstal. „...*Vyrůstal jsem v činžáku se svými sousedy, spolužáky, kamarády z bohatších vrstev...*“. Po této odpovědi jsem zaváhala, zda jsem otázku položila správně, zda dotyčný pochopil smysl. Následně jsem pochopila, že tato odpověď byla záměrně zvolená. Libor mě na tuto skutečnost posléze upozornil. Chtěl již ze začátku poukázat na to, že oporu a „domov“ nenacházel u rodičů, ale u ostatních lidí „...*u svých spolužáků doma jsem se cítil více jako doma, protože u nás se mi k opětovným citovým vztahům nikdy nedostávalo, nedostával jsem takovou tu mateřskou lásku...*“. Jelikož všechny informace mám pouze ze subjektivního vnímání Libora, mohu jenom hypoteticky uvažovat, co vlastně rodiče vedlo k tomu, že nebyli schopni, anebo nechtěli lásku zpět opětovat. Mohlo jít o nenaplněná očekávání. „...*S matkou všechno špatně, pro ni jsem byl v rodině navíc a nebyl jsem takový, jak by si představovala. Dávala mi za chybu úplně všechno, že můžu za všechno. Vždycky, když se s otcem nepohodli, tak jsem za to mohl já...*“. Dle mého mínění matce více záleželo na vztahu, který nejspíše nevycházel podle jejích představ. Je velmi pravděpodobné, že na základě této situace inklinovala k alkoholu.

Cancrini (1985, podle Kalina, 2003, str. 143) dává do souvislosti typ závislosti a rodinné vztahové klima. Toto pojetí je vhodné v rámci Liborova případu zmínit, jelikož se mi zdá být tato teorie platná právě na případovou studii Libora. Cancrini (1985, podle Kalina, 2003, str. 143) se ve výčtu závislostí ve vztahu k rodinnému prostředí zmiňuje o sociopatické závislosti. Je charakteristická tím, že závislý obvykle prošel rodinou, kde fungovala lhostejnost a násilí. Závislý vykazuje vysokou míru asociálního jednání a nemá jasné chvíle, kdy by připouštěl vlastní vinu nebo odpovědnost. Užívání drog není primárním zdrojem jeho obtíží. (Kalina, 2003, str. 143). Ve výše zmíněném profilu respondenta, bylo uvedeno, že Libor si problémy nepřipouští, jen tak proplovává životem. Nepřipouští si vlastní vinu či odpovědnost. Vždy má pocit, že mu je ublíženo. Tato hypotéza vyplývá z vlastní práce s klientem a z dlouhodobého pozorování.

6.2.2 Tvrdý přístup rodičů k dítěti a jeho dopad na chování dítěte

Doma panoval tvrdý režim, tresty, přísná pravidla, zákazy, které, jak Libor uvádí, především plynuly z povolání otce; ve skutečnosti je takové zdůvodnění velmi nedostačující, jelikož ani samotnou přísnost otce, natož pak jeho tvrdost přecházející v týrání, nelze automaticky spojovat s profesí policisty. Liborovo sdělení spíše nasvědčuje tomu, že sám neví, odkud se tato tvrdost v přístupu k němu brala.

Také matka se pod vlivem partnera začala k chlapci chovat přísněji a především tvrději. Fyzické tresty byly na denním pořádku, od facků přecházeli rodiče k použití hadice či prodlužovačky od trouby. Libor popsal jejich výchovný přístup. „...*Tvrdej režim, pravidla, zarachy, žádná volnost, žádní kamarádi a všechno co jsem chtěl, nic takového. Otec nastavil tento režim a matka posléze chytla jeho moresy. Začala být na mě, více přísnější a tvrdší...*“ Ptala jsem se ho, zda byli tyto tresty na něj až moc tvrdé. „...*Nejvíce mě štvalo, to že jsem nemohl jít ven, to že jsem občas dostal, nebylo tak zlý...*“

Lze si všimnout, že Libor nepřiměřené „tresty“ nespojuje přímo s případným vlastním chováním. Týrání dítěte nelze zcela jistě omlouvat jeho neposlušností, byť by byla sebevážnější; mnohé děti však takové spojení činí, což ale není Liborův případ. Zůstává otázkou, zda Libor v rozhovoru všechny své pocity verbalizuje, nebo zda případně nějaký pocit vlastní viny nesehrál roli právě v braní drog. Této teorii by totiž odpovídalo sdělení, že na internátě s problémovým chováním začal, jelikož tam mu chyběla „pevná ruka“ rodičů.

6.2.3 Otázka závislosti v rodině jako možného faktoru pozdější Liborovy závislosti

Oba rodiče často a rádi požívali alkohol, avšak k nealkoholovým návykovým látkám nikdy neinklinovali. „...*Alkohol byl u rodičů na denním pořádku, vlastně měli takovej alkoholickéj vztah. Prostě oba chlastali...*“ Ptala jsem se Libora na ostatní rodinné příslušníky, zda někdo z nich užíval nealkoholové drogy a jeho odpověď zněla, že ne. „...*Nikdo u nás nefetoval, pouze se chlastalo, a to nejvíc na rodinných oslavách, které jsem úplně nesnášel...*“. Následně jsem se ptala, jaký měl k tomu důvod. „...*Nikdo tam nebyl v mém věku a neměl jsem s kým mluvit, necítil jsem se tam dobře...*“ Zde je tedy opět zřejmá absence zázemí, sdílení ale také ztotožnění. Libor nebyl schopen se se svou rodinou ani jakýmkoliv způsobem ztotožnit.

To, že se necítil dobře v situacích, kdy rodiče konzumovali alkohol, však neznamená, že se nemohl inspirovat jejich konzumací návykové látky jakožto jistým doprovodným životním způsobem.

6.2.4 Hledání vlastního sociálního prostředí a jeho souvislost s užíváním drog

Libor marihuanu kouří od třinácti let, kdy prvotním účelem užívání bylo „vmísit se“ do party a vzepřít se pravidlům. V osmnácti letech měl poprvé pervitin. Primární motiv k užití pervitinu byl podobný jako u marihuany. Chtěl se dostat do party, která ho dřív nepřijímala. V užívání pervitinu nadále pokračoval, avšak jeho důvod již byl jiný. Zažíval v tomto období obrovský tlak od zaměstnavatele a za normálních okolností by nebyl schopen plnit práci v daných termínech.

Již z výše zmíněných informací je zřejmé, že Libor měl vždy problém včlenit se do jakéhokoliv kolektivu, ať už školního, pracovního nebo do kolektivu v rámci svého volného času. Jeho vstupenkou zapadnutí do kolektivu bylo prostřednictvím drog. Položila jsem mu otázku, zda si pamatuje, jaký byl jeho prvotní impuls k užití drogy. Tuto skutečnost popisuje: „...*Ano pamatuju, to bylo, abych se vmísil mezi mé kamarády, kteří byli s mými kamarády...*“ A v užívání pervitinu pokračuje dál: „...*no a podruhé jsem užil zase do nosu, ale to už bylo v práci a to už jsem se držel toho workoholismu, abych stíhal hodiny a termíny, droga mi pomáhala...*“

Z jeho reakce můžeme usoudit, že samotná droga mu napomáhala nejen ve zvýšení aktivity v práci, ale i ve zvýšení sebevědomí a tím odbourala problém v komunikaci

mezi ním a ostatními lidmi. V tu chvíli cítil sounáležitost, která mu vždy v životě chyběla. Na závěr doplnil: „...*konečně jsem někam patřil...*“

6.2.5 Snaha o lepší společenský výkon jako faktor užívání drogy

Libor se popisuje jako společenský a komunikativní: „...*mám dobré komunikativní schopnosti a to jsem získal díky perníku. Prostě jsem se na něm nějak rozkecal. Ted' nemám problém se bavit s kýmkoliv a o čemkoliv...*“ Z této odpovědi, lze usoudit, že droga mu odbourala problém v komunikaci a schopnosti začlenit se. A další otázka zněla, zda je takový pouze pod vlivem návykové látky nebo i v období abstinence. „...*to víš, že mi to líp kecá na perníku, ale dokážu komunikovat i bez něj. A celkem dobře...*“

7 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Druhá případová studie je věnována Elišce. V rámci první kapitoly obecně představím Eliščin profil, který poslouží pro lepší orientaci při sledování hlavních faktorů Eliščiny závislosti na návykových látkách, čemuž je věnována podkapitola 7.2.

7.1 Eliščin profil

Eliška se narodila roku 1986 a je jí 29 let. Své dětství prožila na vesnici. Je svobodná, bez závazku. Pobírá invalidní důchod a k tomu si přivydělává jako prostitutka v soukromých privátech pro pány, kde také bydlí. V současnosti je léčena u psychiatra s duševním onemocněním paranoidní schizofrenie. V této podkapitole nejprve v základních obrysech představím Eliščinu osobní a rodinnou anamnézu, dále její sociální anamnézu a drogovou kariéru. Nakonec zmíním, jaká je její současná životní situace.

7.1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Eliška vyrůstala v úplné rodině na vesnici se svými rodiči a o pět let mladším bratrem. Rodina byla finančně velmi dobře zajištěná, tudíž oproti svým vrstevníkům dostávala Eliška vše, na co si vzpomněla. Spousta drahých hraček, značkového oblečení a každoroční dovolené v zahraničí byl standard, který byl pro Elišku samozřejmostí. Matka pracovala jako zdravotní sestra a otec byl řidičem autobusu mezinárodních linek. V rodině převládala volnější výchova, kde nebyla nastavena jasná pravidla. Tresty byly uplatňovány ve smyslu odnětí materiálních věcí a kapesného. Rodina ve svých přístupech vykazovala k Elišce nedůslednost, omezenou soudružnost, nedostatečný kontakt a slabou kontrolu se sníženým zájmem. Rodiče, převážně matka, zaujímala vůči své dceři chladný postoj, citové projevy nebyly opětovány. Eliška měla vždy pocit, že pravou mateřskou lásku nezažila a citové rodinné zázemí je jí také cizí. Před třemi lety se rodiče rozvedli, s matkou není v kontaktu vůbec a otec momentálně již podruhé prochází výkonem trestu ve vazební věznici za podvody. Rodinu opustila v devatenácti letech. Tehdy se odstěhovala k příteli, který jí poprvé nabídl pervitin. Od té doby si prošla ještě dalším vztahem, který také nevydržel. Již delší dobu se sama protlouká životem jako prostitutka.

Eliška byla vždy spíše samotářka a je tomu tak doposud. Je velmi srdečná, citlivá a důvěřivá. Její důvěřivosti bývá často využíváno, tudíž se velmi často stává, že bývá

obelhána, okradena, přivedena do situací, které nejsou společensky přijímány, a následně za to nese následky. Před jedenácti lety jí byla diagnostikována paranoidní schizofrenie, která u ní podle rozhovoru propukla na základě užívání pervitinu.

7.1.2 Sociální anamnéza

Základní školu Eliška prošla s uspokojivým prospěchem. Souběžně se věnovala mnoha mimoškolním aktivitám od divadelních kroužků až po sportovní oddíly. Toto období Elišce velmi chybí. Po ukončení docházky na základní škole nastoupila na střední zdravotnickou školu s maturitou. Těsně před ukončením studium přerušila kvůli tehdejšímu příteli, který jí ukázal nový pohled na svět z perspektivy pervitinu a jak už to u drogově závislých osob bývá, vše ostatní šlo stranou. Nějakou dobu pracovala jako servírka, posléze jako prodavačka a nyní už sedmý rok provozuje prostituci v privátech pro pány. Trvalé bydliště se jí nedaří zajistit a střídavě bydlí v privátech, kde vykonává zaměstnání nebo v ubytovnách různého druhu. Pobírá invalidní důchod - na základě diagnostikované paranoidní schizofrenie - a navíc má relativně vysoký přivýdělek za práci prostitutky. Avšak nedaří se jí s penězi vyjít, když je neutratí za dávku pervitinu, koupí si spoustu zbytečných věcí, které jí nakonec ostatní prostitutky na privátech odcizí. Již několik let má v plánu odcestovat za prací do ciziny, avšak narůstající dluhy, duševní onemocnění a bludný kruh užívání drog jí to nedovolí uskutečnit.

7.1.3 Drogová kariéra

S omamnými psychotropními látkami začala experimentovat v šestnácti letech. Začalo to zkušeností s marihuanou a extází. V sedmnácti letech zkusila poprvé pervitin společně se svým tehdejším přítelem, který jí drogu nabídl. Pervitin užila třikrát, dvakrát to byl příjemný prožitek. Po třetí dávce však upadla do toxické psychózy a skončila na tři měsíce v psychiatrické léčebně. Bohužel se jí vlivem aplikace této drogy rozvinula latentní schizofrenie, se kterou se klientka léčí dodnes a zásadně jí ovlivňuje život. Může existovat jistá pravděpodobnost, že latentní schizofrenie u Elišky vznikla na základě genetické dispozice, avšak z rozhovoru, který jsem provedla, to nelze s jistotou zjistit. Měla i krátkodobou zkušenost s heroinem, ale do závislosti na tomto opiátu nikdy nedospěla.

Její často se měnící stavy ji vedou k opakovanému užívání pervitinu. Neužívá denně, spíše po vícedenních přestávkách. Již delší dobu usiluje o trvalou abstinenci, ale

díky její duševní nemoci se jí to nedaří. Nejdelší období abstinence trvalo půl roku. Měla také období, kdy užívala intravenózně, což vedlo k velkému zhoršení jejího duševního stavu.

Jedenáctileté období na pervitinu je často přerušováno Eliščinou tříměsíční pobytovou léčbou duševní nemoci v psychiatrické léčebně, kam nastupuje sice dobrovolně, ale po výstupu z léčby se k pervitinu obvykle brzy vrací. Protitoxikomanickou léčbu neabsolvovala nikdy, ačkoliv o ní již mnohokrát uvažovala.

7.1.4 Současná životní situace

V současné době je Eliška víceméně stabilizovaná díky medikaci psychofarmak, dochází pravidelně k psychiatrovi. Má přiznaný invalidní důchod na své duševní potíže. Vlivem nepravidelného užívání pervitinu jsou její stavy často proměnlivé. Bydlí na privatě pro pány, kde přes noc pracuje a zbylý volný čas spí nebo využívá ke shánění pervitinu a aktivitám jdoucí ruku v ruce s užíváním drog.

7.2 Analýza zjištěných údajů

Mou snahou v této podkapitole bude poukázat na faktory užívání drog u Elišky.

7.2.1 Narušené citové vazby v rodině

Eliška vyrůstala v úplné rodině s rodiči a mladším bratrem, finančně se měli velmi dobře a dostávala vše, na co si vzpomněla. „...*Měla jsem pěkné dětství, ale jenom po dobu, když jsem byla malá holka. Když jsem byla starší, mamka začala být vůči mně chladnější a lásku mi vynahrzovala penězmi. Tatka byl hodnej, měla jsem s ním lepší vztah než s mamkou, ta měla vždycky radši bráchu a kdykoliv se něco stalo, vina padla na mě...*“ Z tohoto pohledu jde vyvodit, že po finanční stránce Eliška nestrádala, nic jí nechybělo. Když však byla starší, začala jí chybět především mateřská láska. Rodiče převážně matka zastávala chladný postoj vůči ní a citové projevy nebyly opětovány. Po narození mladšího bratra matka už nesměřovala celou svoji pozornost na Elišku a více se věnovala bratrovi. Tato rodinná konstelace mohla být jedním z faktorů, která vedla Elišku k experimentování s drogami. Další otázka směřovala ke vztahu s mladším bratrem. „...*S bráchou jsem vycházela dobře, když jsem ale začala brát, neměli jsme si, co říct a už jsme se tolik nevidali...*“ Dále jsem položila Elišce otázku, zda její užívání drog ovlivnilo nějaký

způsobem vztahy v rodině. „...*Myslím si, že hodně, jak to zjistili, chtěli mě strčit do léčebny. Řekli, že když tam nenastoupím, tak už za nimi nemám chodit. Že je moje problémy už nezajímají...*“

7.2.2 Nejasná pravidla vzhledem k věku dítěte

V této rodině převládala volnější výchova s nejasnými pravidly. „...*měla jsem volnější výchovu, mohla jsem si dělat, co jsem chtěla...*“. Jak už jsem výše zmínila, rodina byla dobře finančně zajištěná. Z toho se odvíjely výchovné metody. Ptala jsem se Elišky, jakým způsobem byla pochválena a potrestána. „...*pochvalu nám dávali spíš peněžně, dávali nám peníze. Zákazem mi naši nekoupili, co jsem chtěla, nebo mi vzali moji oblíbenou věc...*“ Z toho vyplývá, že pochvala byla formou materiálních věcí nebo financí. Trest byl uplatňován ve smyslu odnětí těchto věcí. Ve výchově chyběla jasná pravidla a sdílení běžných radostí v životě Elišky. Daný přístup vedl k chaosu ve výchově, a proto Eliška hledala jiné prostředí než vlastní rodinu, kde bude chtít tyto emoce uvolnit a kde bude přijímána.

7.2.3 Hledání vlastního sociálního prostředí a jeho souvislost s užíváním drog

Eliška nikdy neměla kolem sebe mnoho vrstevníků, se kterými by si rozuměla. Vždy ji ostatní brali jako „rozmazlenou holku“, která má vše. „...*nikdy jsem moc přátel neměla, byli závistiví. Pořád mi říkali, že jsem rozmazlený děcko...*“ Vzhledem k tomu, že neměla dobré vztahy s vrstevníky, začala více trávit čas s osobami staršími než ona. V této partě přátel si našla i svého tehdejšího přítele, který však užíval pervitin a který ji do užívání drog také zasvětil. „...*konečně jsem měla pocit, že mi někdo rozumí a někam patřím...*“

Pozitivní přijetí, které vždy postrádala, jak v rodině, tak u svých spolužáků, našla v tehdejším příteli. Přítel mohl být důležitým činitelem v procesu jejího sebepoznání. Eliška se do této doby cítila být izolovaná a mělo to vliv na její sebedůvěru. „...*nikdy jsem si moc nevěřila...*“. Eliška v tento moment mohla mít pocit, že když přítele v braní drog napodobí, získá si u něj pozornost, a konečně získá pocit, že někam patří.

7.2.4 Rozvoj duševního onemocnění a jeho souvislost s následným užíváním drog

Eliška se popisuje jako samotářka, a to už od dětství. S prvním užíváním drog se jí rozvinulo duševní onemocnění- paranoidní schizofrenie. Tato nemoc jí hodně ovlivnila život. S touto nemocí neustále bojuje a útekem od jejích paranoidních představ jsou právě drogy. „...*je těžký přestat, když vím, že mi drogy pomáhají k tomu, abych se zbavila představ, že mě chce někdo zabít, znásilnit nebo ublížit...*“ Na základě této odpovědi jsem Elišce položila otázku ve smyslu, že užíváním pervitinu se může tento stav zhoršit. „...*nevím, jak to mají ostatní, ale já v tu chvíli zapomínám na moje strachy a v tu dobu je mi prostě dobře. Horší je to potom, to si musím dát hned prášky, které mi napsal psychiatr. Prostě to tak střídám, aby mi bylo dobře...*“ Podle této skutečnosti můžeme usuzovat, že užívání pervitinu může také vyplývat z podstaty schizofrenního onemocnění. Paranoidní schizofrenie jí způsobuje strach z pronásledování, a proto se Eliška, prostřednictvím drog snaží uniknout do jiné reality, která je pro ni méně stresující. Eliška užívá psychofarmaka, která ji pomáhají lépe nemoc zvládat. Na základě tohoto faktu vyplývá otázka vzájemného působení drog a léků. Interakce psychofarmak a drog nejsou v mnoha případech dostatečně prozkoumány, avšak co víme je, že psychotropní látky mohou významně zhoršit samotnou nemoc, s níž mají tyto léky bojovat. (Fairnymph, Polák, 2010, str. 1).

8 PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 3

Třetí případová studie je věnována Jirkovi. V rámci první kapitoly obecně představím Jirkův profil, který poslouží pro lepší orientaci při sledování hlavních faktorů Jirkovy závislosti na návykových látkách, čemuž je věnována podkapitola 7.2.

8.1 Jirkův profil

Jirka se narodil roku 1980 a má 35 let. Je svobodný a má pět dětí, z toho dvě děti jsou nevlastní. Děti vyrůstají v dětských domovech. Nejvyššího vzdělání dosáhl na základní škole. V současné době čeká na nástup do výkonu trestu odnětí svobody, byl odsouzen na šest let do věznice s ostrahou.

V této podkapitole nejprve v základních obrysech představím Jirkovu osobní a rodinnou anamnézu, dále jeho sociální anamnézu a drogovou kariéru. Nakonec zmíním, jaká je jeho současná životní situace.

8.1.1 Osobní a rodinná anamnéza

Jirka vyrůstal jako jedináček v úplné rodině. Otec, který ho od narození vychovával, byl nevlastní. Vlastního otce nepoznal a ani nebyla možnost, jelikož o Jirku nikdy neprojevil zájem.

Jirkova matka byla závislá na hracích automatech, z toho důvodu často doma nebyla k zastížení a o Jirku se nestarala. Nevlastní otec hodně pracoval a doma se objevil jednou za čas. Proto se chlapce ujali babička s dědečkem, adoptivní rodiče Jirkovy matky. Jirka u nich trávil celé dny, ale k rodičům chodil na noc spát. Matka ho často a nepřiměřeně trestala. Uplatňovala fyzické tresty, vařečkou, rákoskou, okovaným páskem. V rodině měla vždy hlavní slovo matka, která určovala pravidla. Často se stávalo, že matka Jirku jako malé dítě brala v noci do barů a už jako čtyřletý mačkal na hracích automatech tlačítka. Atmosféra doma byla napjatá, mezi rodiči probíhaly neustálé hádky, fyzické napadání a slovní urážky, které často schytil i Jirka. Jakmile dovršil třinácti let, odstěhoval se k babičce a dědečkovi a jeho rodiče se rozvedli. V této době začal experimentovat s automaty, alkoholem a nelegálními drogami. Když už se rodinná situace pro Jirku zdála stabilní, dědeček umřel. Záhy na to babička utrpěla úraz a půl roku zůstala v nemocnici. Jirka se v této době ocitl na ulici. Po půl roce se společně s babičkou nastěhoval do domu

s pečovatelskou službou a právě v tomto období začal experimentovat s pervitinem. V sedmnácti letech mu umřela i babička a Jirka se ocitl zpět na ulici. O rok později se seznámil se svou ženou, se kterou má pět dětí, z toho dvě děti jsou nevlastní. Během těch několika let už pětkrát dostal trest odnětí svobody, který splnil. Momentálně čeká už pošesté na nástup do věznice za těžké ublížení na zdraví.

Jirka má velké srdce, avšak pro veřejnost je nebezpečný. Po dlouholeté drogové kariéře má agresivní sklony a jeho osobnost je nevyzpytatelná. Avšak nikdy by nedal dopustit na své děti a osoby, které kdy miloval.

8.1.2 Sociální anamnéza

První výchovné problémy se začaly u Jirky projevovat již v prvních měsících povinné školní docházky. Druhý stupeň z chování si chlapec odnášel na vysvědčení již ve druhé třídě. V následujících ročnících se objevovaly výchovné problémy stále častěji, přesto Jirka základní školu dokončil a nastoupil na střední školu s maturitou. Vzápětí byl z prvního ročníku vyloučen, v této době již užíval často alkohol a marihuanu. Zkusil učňovskou školu, obor kuchař-číšník, avšak ani zde se mu nedařilo dostudovat. Během několika let jezdil na montáže, pracoval jako kuchař, občas si přivydělával na černo a také vařil pervitin, který dealoval. Jeho životní cesta byla velmi rozmanitá. Jirka velmi rád maluje. „Školu“ kreslení dostal od svého dědečka, který byl akademický malíř. Čas strávený ve vězení si vždy krátí malováním obrazů. Momentálně má vymyšleno několik předloh, které během šesti let ve věznici, která ho co nevidět čeká, nakreslí.

8.1.3 Drogová kariéra

Po rozvodu rodičů žil klient u babičky a dědy. Ti na něj moc nestačili a dávali mu hodně volnosti. Od dědečka dokonce dostával po obědě lahvové pivo, které mu zachutnalo a které začal popíjet pravidelně. Ve třinácti letech poprvé okusil marihuanu. Tuto kombinaci s oblibou užíval do patnácti let, kdy poprvé okusil pervitin a taky heroin.

Obě drogy si vzal hned napoprvé intravenosně. Pervitin ho zaujal mnohem víc, a tak v jeho užívání pokračoval. V podstatě si na tuto drogu vytvořil návyk, který jej provází dodnes.

V období mezi 19 až 22 rokem života se díky vztahu s přítelkyní, se kterou žil ve společné domácnosti na tři roky drog vzdal, ale po jejich rozchodu se k nim opět vrátil.

Pervitin, marihuanu a alkohol užíval pravidelně, měl i období, kdy užíval Tramal (syntetický opiát na úlevu od bolesti), takže lze říct, že u Jirky se jedná o kombinovanou závislost. Vždy měl období, kdy preferoval jednu z těchto látek pravidelněji.

Kvůli dlouholetému užívání alkoholu a omamných psychotropních látek se klient často dostával do střetu se zákonem, což způsobilo jeho pět krátkodobějších pobytů ve výkonu trestu (0,5 roku, 8 měsíců, 14 měsíců a dva roky). V současné době nastupuje šestý trest na šest let nepodmíněně. Ve vězení obvykle abstinovat, ale po výstupu se opět k návykovým látkám navrátil, což u něho způsobilo další sociálně-patologické chování a následný trest ve vězení s ostrahou.

Svou závislost na omamných psychotropních látkách měl Jirka několikrát tendence řešit pobytovou léčbou v psychiatrické léčebně, ale buď nenastoupil, anebo tam vydržel velmi krátkou dobu, cca 10 dní.

Jeho dlouhodobé užívání pervitinu mu přineslo i žloutenku typu C, ze které se dosud neléčí.

8.1.4 Současná životní situace

V současné době Jirka bydlí na squatu a čeká na nástup do výkonu trestu do vazební věznice s ostrahou. Dostal tento trest na šest let. Momentálně upřednostňuje spíše alkohol, ale ani dávku pervitinu neodmítne.

8.2 Analýza zjištěných údajů

Tato podkapitola bude věnovaná analýze na základě rozhovoru s Jirkou.

8.2.1 Nejasné rodinné vztahy

„...Mé dětství bylo takové rozmanitější. Asi od tří nebo čtyř měsíců jsem vyrůstal u babičky a dědečka, takže spíše byla pro mě mamka a taťka babička a dědeček...“ Jirka byl už od útlého dětství vychováván babičkou a dědečkem se kterými trávil veškerý svůj volný čas a domů chodil pouze přespávat. *„...děda s babičkou se o mně starali skrz to, že oni nemohli mít nikdy v životě děti. To že se o mě starali jako o vlastního a mým rodičům to tak vyhovovalo. Měli vlastní zájmy, táta pořád pracoval a máma hrála automaty...“* Rodiče Jirky předali veškerou svoji rodičovskou zodpovědnost na prarodiče. Tím narušili

transgenerační vztahy v rodině a v životě Jirky to způsobilo samotnou nedůvěru vůči rodičům.

8.2.2 Rozdílné výchovné přístupy k dítěti a jejich dopad na chování dítěte

To, že byl Jirka vychováván jak svými rodiči, tak prarodiči, bylo navíc komplikováno tím, že výchovné přístupy jedněch a druhých byly zcela odlišné.

U rodičů Jirky se objevovala vzájemná agrese- fyzické napadání a slovní urážky. „...*hárali se a mlátili se, občas jsem schytl i já...*“ Tato skutečnost mohla vést k tomu, že přejal tento přístup k řešení problémů v pozdějším věku za své. Rodiče měli nastavena svá „pravidla“, avšak jen v určitých oblastech. „...*když jsem přišel pozdě od babičky, dostal jsem rákoskou nebo vařečkou...*“ A v jiných oblastech výchovy byli nedůslední. „...*máma mě brala od malička k automatům a učila mě mačkat. Jako čtyřletý kluk jsem už stával u automatů...*“

Jirka nacházel větší citové zázemí u prarodičů, kteří mu nabízeli lásku a přijetí. „...*vždy si na mě udělali čas, na moje problémy a trápení. Měli mě moc rádi a já je...*“ Ve třinácti letech, po rozvodu rodičů, se natrvalo přestěhoval k prarodičům. Ti na něj moc nestačili a dávali mu hodně volnosti. Od dědečka dostával po obědě lahvové pivo, což mohlo být faktorem vzniku závislosti na nealkoholových návykových látkách.

Výchovné přístupy nebyly jednotné, a tak Jirka neměl představu o tom, co dělá či nedělá správně, co může či nemůže.

8.2.3 Závislost v rodině jako možný faktor závislosti v životě Jirky

Matka vykazovala známky sociálně patologických jevů a to konkrétně v oblasti gamblingu. „...*máma hrála automaty, karetní hry a ruletu. Všechno bylo úplně v háji. Máma se vracela kolem čtvrté, páté ráno z těch svých doupat...*“

Jak už bylo zmíněno v předešlé podkapitole, matka Jirku jako již malé dítě brávala do barů na výherní automaty. Na základě této skutečnosti neměl v sobě zakotvena společensky uznávaná pravidla, tudíž měl už od základní školy výchovné problémy a jeho chování bylo deviantní. „...*měl jsem často kázeňské postihy za rvačky, užívání alkoholu a kouření marihuany...*“ Jirka především nebyl veden k cvičení vůle.

8.2.4 Ztráta blízké osoby jako možný faktor pozdější Jirkovy závislosti

Jakmile Jirka dovršil patnácti let, zemřel mu dědeček. Tento okamžik vidím jako velký zlom v jeho životě, neboť v této době začínal experimentovat s pervitinem a následně si na něm vybuodoval za docela krátkou dobu závislost.

Ztráta blízké osoby pro něj byla velmi zraňující, už z toho důvodu, že dle Jirkových slov byl dědeček pro něj velký vzor. „...*děda byl akademický malíř. Od malička mě učil kreslit a míchat barvy. Baví mě to celý život. Byl pro mě velkým vzorem. Asi si dokážeš představit, jaký to pro mě bylo, když umřel...*“ Záhy na to babička utrpěla úraz a půl roku zůstala v nemocnici. Jirka se tak ocitl na ulici.

8.2.5 Snaha o lepší pracovní výkon jako faktor užívání drogy

Ptala jsem se Jirky, v kolika letech poprvé užil pervitin a co ho k tomu dovedlo. „...*v patnácti letech a rovnou jehlou. Dovedla mě k tomu zvědavost. Zkusil jsem to s kolegami v práci, v restauraci. Oni měli spoustu energie a já jsem ten pocit chtěl mít taky...*“ Z tohoto pohledu jde vyvodit, že chtěl být aktivnější v práci. Jelikož nedostudoval střední školu ani neabsolvoval odborné učiliště, bál se o ztrátu zaměstnání. „...*nechtěl jsem o práci přijít a ostatním jsem nestíhal. Kdybych ztratil tohle zaměstnání, těžko by mě někde vzali a peníze jsem potřeboval...*“ Z tohoto tvrzení vyvozují, že k užití drogy jej nevedla jen zvědavost, ale i zapadnutí do kolektivu a zvýšení pracovní výkonnosti.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na faktory užívání nealkoholových návykových látek u klientů vybraného K-centra.

Cílem diplomové práce bylo odhalení faktorů, které se podílejí na užívání nealkoholových návykových látek u klientů vybraného Kontaktního centra. Z cíle diplomové práce vycházela výzkumná otázka, která zněla: „Jaké faktory se podílejí na užívání a následné závislosti na nealkoholových návykových látkách?“ Výzkum práce byl proveden na výzkumném souboru, který obsahoval rozhovory s uživateli psychotropních látek vybraného K-centra.

Analýzou výsledků z poskytovaných rozhovorů bylo zjištění citlivých momentů z života uživatelů drog. Tyto momenty byly shledány ještě předtím, než jedinci začali užívat nealkoholové návykové látky a než u nich vznikla závislost.

Ve výzkumné části byly vytvořeny tři případové studie, které byly detailně rozebrány. Na základě těchto analýz výzkum přinesl následující závěry. Bylo nalezeno několik faktorů, které mohly přispět k rozvoji závislosti. Tyto faktory můžeme rozdělit do několika okruhů. Opakovaně se objevujícím okruhem faktorů ve vztahu k rodině byla slabá citová vazba mezi rodičem a dítětem, tvrdý přístup (zahrnující i fyzické týrání) a nejasná pravidla ve výchově, narušení transgeneračních vztahů či ztráta blízké osoby. Další okruh faktorů bychom mohli pojmut jako snahu o začlenění do sociálního prostředí. Jako významný faktor užívání návykových látek jsem identifikovala hledání vlastního sociálního prostředí a snahu o lepší sociální (kupř. pracovní) zakotvení. Návyková látka byla prostředkem, jehož užíváním chtěl dotyčný zvýšit či zlepšit sociální výkon. Vliv na užívání nealkoholových návykových látek jsem také našla v souvislosti s výskytem sociálně patologických jevů v rodině.

V rámci kontaktního centra je zjištění těchto faktů u klientů důležité. Z pohledu klientů vidím podstatu v tom, že jedinec najde důvěru v pracovníkovi, a má tu možnost si s ním promluvit o faktorech, které ho dovedly k závislosti. Z hlediska případové práce zjišťují pracovníci nejen faktory, průběh a dopad klientovy závislosti, ale také jeho psychický, zdravotní a sociální stav. Sociální pracovník, ať už kontaktního centra či jiné sociální služby, může klientovi napomocet ve znovunavázání rodinných a přátelských vztahů, podporovat ho v rámci pracovního uplatnění a provázet ho ve znovu začlenění se

do společnosti. Na základě těchto faktů je důležité, aby si pracovník uvědomil své kompetence a napomohl klientovi zprostředkovat i případnou další odbornou pomoc ať už v rámci ambulantní, či pobytové služby.

Tato diplomová práce by mohla přispět pracovníkům K-centra při sestavování nového preventivního programu pro základní školy, kam by byly zahrnuty mimo jiné faktory užívání, kde by byly prezentovány i případové studie z této diplomové práce. Odpovědi v ní mohou nalézt i ostatní pracovníci sociálních služeb, kteří se s touto problematikou u svých klientů setkávají. Odhalení faktorů vede k hlubšímu porozumění problému klienta a je snazší nalézt východisko z jejich nepříznivé životní situace. A to ať v rámci sociální práce, socioterapie či psychoterapie u odborníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- Bugel, E., Šlechtová, H. (2012). *Tvorba kvalifikačních prací pro studenty oborů sociální práce*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.
- Drogy-info.cz. (2003): „Harm Reduction“ [on-line]. Dostupné také z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/h/harm_reduction.
- Drogy-info.cz. (2003): Abusus (zneužívání) [on-line]. Dostupné také z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/a/abusus_zneuzivani.
- Drogy-info.cz. (2003). Opiáty-stručně [on-line]. Dostupné také z: http://www.drogy-info.cz/index.php/drogova_situace/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_strucne
- Fairnymph, Polák, J., A. (2010). Interakce antidepresiv a rekreačních drog. *iDNES*. Dostupné také z: <http://blog.idnes.cz/blog/15505/322976/interakce.pdf>.
- *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* (1995). Dostupné také z: <http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>.
- Fišerová, M. (2000): Historie, příčiny a léčení drogových závislostí[on-line]. Dostupné také z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm.
- Historical Outline of Legislative Arrangements Concerning Drug-Related Criminal Offences in the Historical Premises of Bohemia, Moravia and Silesia. (2002). *Journal for Prevention, Treatment and Research of Addictions*, č. 1.
- Gilányi, L. (2013). Adiktologické sociální služby. Kontaktní centra pro uživatele drog. *Odborný časopis sociální služby*, roč. 15, č. 7.
- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Londýn: NationalAddiction Centre.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Kostiuk, P. (2013). „Problematika návykových látek v těhotenství a laktaci“. *FarmiNews* 3/2013. Dostupné také z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory//farminews->

2013/3/06%20Kostiuk_Problematika_navykovych_latek_tehotenstvi_a%20laktaci_2013.pdf.

- Kubánek, V., Polívka, L. (2010). *Drogy a jejich účinky na lidský organismus*. Praha:Policejní akademie České Republiky.
- Longman, (1982).*Dictionary of Contemporary English*. London:Harlow.
- Matějček, Z., Langmeier, J. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
- Ministerstvo zdravotní a sociálních věcí (2009): Standardy kvality sociálních služeb [on-line]. Dostupné také z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.
- Mravčík, V. (2012). *Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie*. Praha:Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
- Mühlpacher, P. (2009). *Sociopatologie*. Praha: Masarykova universita.
- Mühlpacher, P. (2015). *Závislosti. Gabriel Angel*. Dostupné také z: <http://www.gabrielangel.estranky.cz/clanky/psychologie/muhlpacher--zavislosti.html>.
- National Monitoring Centre for Drugs and Addiction. (2013). *Annual Report The Czech Republic 2013 Drug Situation*. Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha:Portál, s. r. o.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999). *Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsob, zvládnání*. Praha:Sportpropag a.s.
- Nešpor, K., Csémy, L. (2008). *Deset dobrých důvodů proč žít*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press.
- Nožina, M, Hlavatý, L. (1995). *Česká republika ve světě drog*. Praha: Koniasch Latin Press.
- *Operační manuál Kontaktního a poradenského centra* (2015).
- Orlíková, B. (2009). *Substituční léčba. Drogová poradna*. Dostupné také z: <http://www.drogovapradna.cz/pomoc-a-lecba/substitucni-lecba.html>
- *Pomoc v závislosti* (2011): *Obecně o závislostech* [on-line]. Dostupné také z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/relaps--recidiva>.
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2015): *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče* [on-line]. Dostupné

také z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy-odborne-zpusobilosti-brezen-2015x_1.pdf.

- Radimecký, J. a kol. (2007). *Učební text ke kurzu: Úvod do Adiktologie*. Praha: Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty a VFN.
- Roubalová, A., Pešek, M. (2013). Adiktologické sociální služby. Ambulantní léčba pro uživatele drog. *Odborný časopis sociální služby*, roč. 15, č. 10.
- Standard substituční léčby [on-line]. Dostupné také z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fatt_231420_EN_CZ07_Standard%2520substitution%2520treatment%2520Ministry%2520of%2520health.doc&ei=9p9IVZLHCMfkUa6zgZAP&usg=AFQjCNHeU3nb_R_0mD2Zh2mbgnixbdoCeA&bvm=bv.92291466,d.bGg.
- Svršek, J., Gonová, I. (2002). *Drogy a mládež. Proč?*. Tachov: Intellectronics. Dostupné také z: <http://www.gymtc.cz/seminar/drogy.pdf>.
- Substituční-léčba.cz. (2015): Stacionární programy[on-line]. Dostupné také z: <http://www.substitutni-lecba.cz/stacionarni-programy>.
- Šefránek, M. (2014). *Evaluace výsledků léčby v terapeutických komunitách pro léčbu závislosti*. Praha: Úřad vlády České Republiky.
- Šejvl, J a kol. (2007). *Vybrané kapitoly z adiktologie: Fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. Praha: Karolinum.
- Šerý, O. (2007). Dědičnost látkových závislostí. *Zaostřeno na drogy 3*, roč. 5, č. 3.
- Švaříček, R., Šedřová, K. (2010). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portal.
- Švestka, J. (1995). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: GradaPublishing.
- *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod*. (1950). Dostupné také z: <http://www.ustrcr.cz/data/pdf/projekty/usmrceni-hranice/umluva.pdf>.
- *Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- Vykopalová, H. (2001). *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- *Zákon o návykových látkách*. Zákon č. 167/ 1998 Sb. o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů.

- *Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., v účinném znění ke dni 1. 1. 2007.*
- Zich, F. (2004). *Úvod do sociologického výzkumu.* Praha: Vysoká škola finanční a správní.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Schéma polostrukturovaného rozhovoru..... 77

.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Uživatelé návykových látek v kontaktu s nízkoprahovými programy v ČR v letech 2006-2013

Příloha č. 1: Schéma polostrukturovaného rozhovoru

- 1) okruh- anamnestické údaje
 - a) Kdy a kde jsi se narodil/a?
 - b) Jsi ženatý/vdaná, svobodný/svobodná?
 - i) Máš děti? Kolik?
 - c) Jsi zaměstnaný/á?
 - d) Kde bydlíš?

- 2) okruh- osobní a rodinná anamnéza
 - a) Kde a s kým jsi vyrůstal/a?
 - b) Můžeš mi říct, jaké bylo tvé dětství a dospívání?
 - c) Říkala ti někdy matka, jak s tebou prožívala mateřství? Jaký měla porod?
 - d) Máš sourozence? Kolik?
 - e) Čím se živili tvoji rodiče?
 - f) Jaké jsi měl/a vztah s rodiči? Ke komu jsi měl/a blíž k matce nebo otci? Jak ses v rodině cítil/a?
 - g) Jakou tví rodiče upřednostňovali výchovu? Existovali v rodině jasná pravidla? Jak rodiče řešili problémy? Měl/a jsi dostatek materiálního a citového zázemí v rodině? Trestali tě rodiče? Jakou formu trestů volili?
 - h) Stala se v rodině nějaká zásadní událost, která změnila život tobě i tvým nejbližším?
 - i) Trávili s tebou rodiče volný čas? Jak?
 - j) Jaké bylo manželství tvých rodičů? Jaké vztahy jsi měl/a se sourozenci? Upřednostňovali rodiče více tvého sourozence než tebe?
 - k) Jaké byly vztahy s širší rodinou?
 - l) Jaké jsou současné vztahy v rodině dnes?
 - m) Jak by ses charakterizoval/a?
 - n) Užíval někdo z tvé rodiny návykové látky?
 - o) Trpěl/a jsi někdy depresemi, citovou labilitou apod.?
 - p) V kolika letech jsi odešel/a z primární rodiny?
 - q) Měl/a jsi někdy partnerské vztahy? S kým? Jak dlouho? Bral partner drogy? Jestliže tento vztah skončil, proč skončil?

r) Máš děti? Kolik?

3) okruh- sociální anamnéza

- a) Jaké je tvé nejvyšší nevyšší vzdělání?
- b) Jaký byl průběh základní školy? Měl/a jsi problém se školní docházkou? Opakoval/a jsi někdy ročník? Měl/a jsi na základní škole kázeňské problémy?
- c) Pokračoval/a jsi po základní škole ve studiu dál? Jak to probíhalo na střední/učňovské škole? Dokončil/a jsi toto vzdělání?
- d) Měl/a jsi v dětství/dospívání nějaké zájmy? Jaké?
- e) S jakými lidmi jsi v této době trávil/a čas?
- f) Jsi zaměstnán/a? Jestliže nejsi zaměstnán, pobíráš nějaké dávky státní sociální podpory? Jakými zaměstnáními jsi si prošel/a?

4) okruh- drogová kariéra

- a) Můžeš mi povyprávět, jak probíhala tvoje drogová kariéra od prvního užití?
 - i) Kolik let ti bylo, když jsi užil/a první nelegální drogu? Jak jsi nelegální drogu získal/a? Kdo ti ji nabídl? Pamatuješ si, proč jsi drogu užil/a? Co tě vedlo k tomu užívat drogy/u dál?
 - ii) Jaká byla první užitá nelegální droga? Jakým způsobem jsi ji užil/a? Jaké další drogy jsi začal/a poté užívat?
- b) Užíváš nelegální drogy v současnosti? Jaká nelegální droga je pro tebe momentálně primární? A jakým způsobem ji užíváš?
- c) Chtěl/a bys skončit do budoucna s drogami? Jakým způsobem bys toho chtěl/a docílit?

5) okruh- současná životní situace

- a) Jaký je tvůj život v současné době?
 - i) Kde bydlíš? Chceš svoji situaci nějak změnit? Máš nějakého blízkého člověka? Jak vidíš svůj život do budoucna?