

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociálních studií

**Proces resocializace osob závislých na návykových látkách pohledem
pracovníků K - centra**

Bakalářská práce

Autor: Michaela Weissová

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických
zařízeních

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová Ph.D.

Hradec Králové

Duben 2021



Zadání bakalářské práce

Autor: Michaela Weissová

Studium: P17P0686

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Proces resocializace osob závislých na návykových látkách pohledem pracovníků K-centra**

Název bakalářské práce AJ: The proces of resocialization of drug users from the point of wiew employees of K-center

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Předmětem bakalářské práce je resocializace osob se závislostí z pohledu pracovníků K-centra. V teoretické části práce je popsána závislost, dále se text věnuje poslání K-center (okrajově se práce věnuje také rizikům spojeným s prací v tomto zařízení) a popisuje proces resocializace osob závislých na návykových látkách. V empirické části práce je realizováno výzkumné šetření kvalitativní povahy, a to formou rozhovoru s pracovníky K-center. Cílem práce je zjistit, jak respondent hodnotí proces resocializace klientů K-center.

Garantující pracoviště: Katedra sociální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Petra Ambrožová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Tereza Raszková

Datum zadání závěrečné práce: 6.11.2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

V Hradci Králové dne 21.11.2021

Michaela Weissová

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr Petře Ambrožové za metodické vedení práce a cenné rady při jejím zpracování.

Anotace

WEISSOVÁ, Michaela. *Proces resocializace osob závislých na návykových látkách pohledem pracovníků K – centra*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 82 s. Bakalářská práce.

Tématem bakalářské práce je resocializace osob se závislostí z pohledu pracovníků K-centra. Teoretická část práce se dělí na šest částí. V první kapitole jsou stručně popsány skupiny drog a jejich účinky. Jaká jsou nebezpečí, když člověk užívá drogy a onemocnění, která se pojí s užíváním drog. V druhé kapitole je popsána léčba závislostí. Ve třetí kapitole jsou popsány služby pro drogově závislé. Čtvrtá kapitola se věnuje kontaktním centrům. V páté kapitole je popsána resocializace. Šestá kapitola se věnuje pracovníkovi K - centra. V empirické části práce je realizováno výzkumné šetření kvalitativní povahy, a to formou polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky K - center. Cílem práce je zjistit, jak respondent hodnotí resocializaci klientů K - center. Respondenti na resocializaci nahlížejí značně skepticky. Jedná se, dle jejich názoru, spíše o socializaci a osvojování návyků, které klienti předtím neměli. V K - centru může resocializace začít, ale hlavní resocializace probíhá až v pozdější léčbě. Největší motivací k resocializaci je dle pracovníků rodinné zázemí. Velkou důležitostí v procesu resocializace přikládají provázanosti služeb.

Klíčová slova: resocializace, drogová závislost, klient, pracovník, K - centrum

Annotation

WEISSOVÁ, Michaela. *The proces of resocialization of drug users from the point of view employees of K-center*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 82 pp. Bachelor Degree Thesis

Bachelor thesis deals with topic of resocialization of drug addicted people from a point of view of employees of K - center.

Theoretical part is focused on basic characteristics of drugs, addiction therapy, options of therapies in Czech Republic, K – centers and its employees, resocialization.

Empirical investigation is carried out of qualitative method – semi structured interview.

The sample of respondent is made up of three K – center employees. The result is the point of view of the workers. The resocialization is specific process especially in K - center. Process of resocialization can start in K – center but it is just a beginning.

The main part continues in therapies. The biggest motivation for them is family.

Key words: resocialization, drug addiction, client, worker, K - center

Obsah

Úvod	6
1 Drogy	8
1.1 Vznik závislosti.....	10
1.2 Rozdělení návykových látek	11
1.3 Nebezpečí při užívání drog	15
1.4 Onemocnění spojená s užíváním drog	16
2 Léčba závislosti	18
2.1 Terapeutický vztah.....	21
2.2 Substituční programy	22
3 Služby pro drogově závislé klienty	24
4 Nízkoprahová kontaktní centra.....	30
4.1 Streetwork	32
4.2 Harm Reduction	33
5 Resocializace klienta	35
5.1 Motivační rozhovor.....	37
5.2 Kolo změny	39
5.3 Prevence.....	41
6 Pracovník K - centra	43
6.1 Klíčový pracovník.....	44
6.2 Kontaktní práce v danou chvíli	45
6.3 Hranice	46
6.4 Typy práce	46
7 Výzkumné šetření	48
7.1 Teoretická východiska výzkumu a cíl výzkumného šetření	48
7.2 Výzkumná strategie	48

7.3	Výzkumný vzorek a kritéria volby respondentů	50
7.4	Výzkumné otázky	50
7.5	Průběh sběru dat.....	52
8	Analýza získaných dat	53
8.1	Diskuze výsledků	60
	Závěr	65
	Seznam použité literatury	67
	Příloha.....	73

Úvod

Užívání návykových látek je dlouhodobý problém. Ať už se jedná o společensky přijatelný alkohol, nebo i jiné, společensky nepřijatelné drogy. Dle odpovědí respondentů klientela K - center stárne. Avšak věk první zkušenosti s drogou se snižuje. Do K - center však chodí převážně uživatelé, kteří užívají drogy již delší dobu. Někteří klienti chtějí na svém dosavadním životě něco změnit, někteří naopak nechtějí měnit nic.

Bakalářská práce se zabývá resocializací drogově závislých osob pohledem pracovníků K - centra. Teoretická část práce se dělí na šest oddílů. V první kapitole jsou stručně popsány skupiny drog a jejich účinky. Jaká jsou nebezpečí, když člověk užívá drogy a onemocnění, která se pojí s užíváním drog. Druhá kapitola se zabývá léčbou závislostí. Ve třetí kapitole jsou popsány služby pro drogově závislé. Čtvrtá kapitola se věnuje kontaktním centrům. V páté kapitole je popsána resocializace. Šestá kapitola se věnuje pracovníkovi K - centra.

Výzkumné šetření v praktické části vychází z teoretické části práce. Klade si za cíl zjistit, jak na resocializaci drogově závislých nahlíží pracovníci K - center. Co podle nich hraje největší roli v procesu resocializace klienta. Zda se již setkali s klientem, který se plně resocializoval. A jestli přišli na nějaké metody, které v procesu resocializace spolehlivě fungují. Pro získání co nejvíce informací o názoru pracovníků byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který se na konci ukázal jako vhodná metoda. Přínosem práce je pohled pracovníků, kterým se nezabývá mnoho publikací.

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak na resocializaci klientů nahlíží pracovníci K - center. Co podle nich hraje největší roli v procesu resocializace klienta. Zda se již setkali s klientem, který se plně resocializoval. A jestli přišli na nějaké metody, které spolehlivě fungují.

Při výběru tématu pro mě byl rozhodující fakt a inspirace, že v rodině máme bývalou klientku K - centra, která se plně resocializovala. Proto mi přišlo zajímavé zjistit, jak na resocializaci nahlíží pracovníci, kteří stojí u počátku resocializace klientů. Hlavním důvodem však byl obor studia – etopedie. Etopedie je jedním z oborů speciální pedagogiky. Zabývá se výchovou, vzděláváním a výzkumem sociálně narušené mládeže, jejíž primární defekt je v sociální sféře. Snaží se vyhledat a aplikovat co

možná nejlepší formy působení. Cílem působení je socializace, resocializace, reedukace, rehabilitace a prevence. (Sovák 2000, s. 95 – 96) Jedním z témat etopedie jsou i návykové látky.

Socializace a resocializace jsou velmi úzce spojeny. Socializace je proces, při kterém si člověk osvojuje pravidla společnosti a začleňuje se tak do ní. Resocializace je pak proces, při kterém dochází k nápravě a znovu osvojení norem společenského chování. Cílem resocializace je vrátit klienta do běžných činností neúživatelského života. V K - centru můžeme mluvit o Harm Reduction. Harm Reduction se snaží o to, aby se klient, který užívá drogy, snažil o co nejmenší poškození sebe i okolí. Jedná se hlavně o výměnu materiálu, který je potřeba pro nitrožilní užívání.

1 Drogy

Drogy jsou látky, které vyvolávají závislost. Ovlivňují psychiku člověka, jeho náladu, vnímání a prožívání. Člověk, který drogu užívá, touží po této změně stavu. Nemůže však ovlivnit její nežádoucí účinky. (Skála 1986, s. 41)

V následující kapitole budou stručně popsány typy drog. Ve společnosti byly od určité chvíle vždy, proto nemůžeme předpokládat, že by najednou vymizely. Můžeme vidět, že ani zákazy, soudní postihy nebo prohibice nemá účinek na užívání návykových látek. Dostatek informací však může jedince přimět k zamýšlení, jestli drogu vůbec zkusit. Drogy můžeme rozdělit například podle toho, jestli jsou legální nebo ne, či podle účinku na organismus apod. V této kapitole budou stručně popsány skupiny drog a jejich účinky.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí se píše, že závislý člověk dává přednost užití látky před jiným jednáním. Často se jedná o věc, kterou dříve hodně oceňoval. Jedinec má touhu užít nějakou psychoaktivní látku. Touhu si uživatel uvědomuje, i když si ji nemusí přiznávat. Snaží se nějakým způsobem korigovat užívání, nebo s ním úplně přestat. Většinou se mu to však nedaří. Závislého člověka můžeme poznat například podle jeho touhy a nutkání užívat danou látku. U takového člověka nastává problém s kontrolou užívání látky. Užívá jí jako prostředek k odstranění abstinčních příznaků (ať už fyzických či psychických). Jedinec také musí stále zvyšovat dávky k dosažení stavu, který požaduje. Zanedbává své zájmy a jeho život se začne točit jen kolem drog. Nepřestává s užíváním, i přes jasné známky škodlivých účinků, ať už se jedná o nemoci spojené s užíváním drog nebo o nepříznivou životní situaci, která se váže k rizikovému užívání. (Sananim, s. 18 – 19) Při vzniku závislosti vstupuje do života klienta mnoho faktorů a okolností, při kterých má klient větší pravděpodobnost, že závislost vůbec vznikne. Nejvíce záleží na tom, v jakém stavu (fyzickém i duševním) člověk je. Dle Mahdalíčkové je důležitým faktorem především první zkušenost a věk, ve kterém s drogami začal experimentovat. Při dřívějších zkušenostech je vznik závislosti pravděpodobnější. (Mahdalíčková 2014, s. 31)

Rozvoj problému s drogami může nastat již při první zkušenosti. Někteří si uvědomí, že jedna zkušenost s drogami stačila. Někdo začne látky užívat jen občas a po nějaké době si uvědomí, že mu to již nic nepřináší a sám od sebe přestane. U některých však užívání přetrvává. Problém je hlavně s látkami s velkým rizikem vzniku závislosti. Příčiny

vzniku závislosti jsou různé. Například fyzické a psychické dispozice, prostředí, ve kterém potencionální uživatel vyrůstal, ve kterém nyní žije a podobně. Můžeme však říci, že jsou situace, kdy je riziko daleko větší než jindy (Sananim, s. 17 – 18).

Závislost můžeme rozdělit na fyzickou a psychickou. Fyzická závislost znamená, že si tělo klienta již zvyklo na drogu, kterou užívá. Začíná mít k droze daleko větší toleranci než na začátku. Když si klient aplikuje menší dávku, nebo si drogu vůbec nevezme, objeví se abstinenční příznaky. Psychická závislost se projevuje potřebou a touhou po látce. Klient ji potřebuje k vyvolání dobré nálady a k překonávání těžkých situací. (Fischer, Škoda 2009, s. 94) Dle Rogerse můžeme závislost rozdělit do čtyř dimenzí – biologická, psychologická, sociální a spirituální. (Rogers 1999, s. 18)

Kromě vzniku závislosti, můžeme pozorovat i řadu jiných rizik. Největším je to, že jsou návykové velmi nevyzpytatelné. Záleží na mnoha faktorech, jak na člověka zapůsobí. Vliv může mít psychický a fyzický stav, prostředí, množství látky, způsob aplikace a podobně. Dalším rizikem je například míchání drog. Účinky a rizika jsou v případě požití více látek najednou daleko větší. Problém může vzniknout, i když smícháte dvě zdánlivě nevinné látky. S tím souvisí i předávkování. Předávkovat se člověk může i neúmyslně a je to snadné. Následky však mohou být fatální. V neposlední řadě je problémem střet se zákonem. Trestný je nejen prodej a koupě drog, ale také jejich přechovávání. Drogy jsou také velmi drahé. Proto závislí lidé často obstarávají finance i nelegální cestou. (Ganeri, s. 60 – 61)

Drogy můžeme rozdělit do dvou skupin, například podle psychotropního efektu a potencionální závislosti. U prvního případu zkoumáme, jak daná látka modifikuje prožívání uživatele. V případě druhém, jak velký má látka potenciál závislosti. To znamená, jak velká je pravděpodobnost vzniku závislosti a ztráta kontroly nad užíváním při dlouhodobém aplikování. (Kalina 2015, s. 49) Dále také dle míry rizika na měkké a tvrdé drogy. Rizika můžeme mít například: psychická, somatická, vzestup tolerance a podobně. (Kalina 2015, s. 50)

Rozdělovat drogy můžeme také podle toho, jaký má účinek látka obsažená v droze a to na – tlumivé látky, psychomotorická stimulantia a halucinogeny.

Tlumivé látky, takzvaná narkotika, zpomalují psychomotorické tempo a zklidňují. Ve větších dávkách navozují spánek. Při předávkování můžou způsobit kóma nebo až zastavení životně důležitých funkcí, jako je například dýchání.

Psychomotorická stimulancia zbavují člověka únavy. Při jejich užití se výrazně zvyšuje tempo myšlení. *Halucinogeny* vyvolávají změnu vnímání. Od zostření vnímání může dojít až ke stavům podobných schizofrenii. (Kalina 2015, s. 49) Podrobněji jsou skupiny návykových látek popsány v kapitole 1.2.

1.1 Vznik závislosti

Závislost, na jakékoliv droze, nevzniká z ničeho nic. Dle Fischera a Škody můžeme mluvit o čtyřech fázích, které na sebe navazují. Prvním stádiem je stádium *experimentální*. V této fázi klient drogu užívá jen občas. Její účinky jsou pro něj příjemné. Droga mu pomáhá utéct nebo se vypořádat s problémy i realitou. Když si klient uvědomí rizika už v této fázi, je vysoká pravděpodobnost, že se mu podaří s užíváním přestat hned ve fázi první. Druhá fáze se nazývá fáze *příležitostného užívání*. Klient již bere drogu proto, protože mu zdánlivě pomáhá řešit problémové situace. Při druhé fázi ještě nemůžeme mluvit o závislosti, ke vzniku to má však již hodně blízko. Klient drogu užívá většinou tak, aby o tom nikdo nevěděl. Uvědomuje si, jak nebezpečné jeho chování je. Třetí fázi je fáze *pravidelného užívání*. Klient užívá drogu často. Již si neuvědomuje rizika, která souvisí s užíváním. Klient v této fázi ztrácí své zájmy, práci a často přichází i o rodinu. Poslední fáze je již *návyk a závislost*. Jedinec je zaměřen pouze na drogu. Ztrácí zájem o vše okolo. Přichází o kontakty s běžným světem, stýká se pouze s jinými narkomany. Změny můžeme vidět již od pohledu. Klient si neuvědomuje rizika, která plynou ze závislosti. V této fázi je velmi často poškozeno zdraví. Může to být způsobeno životním stylem, působením drog, nebo špatnou aplikací drogy (infekční choroby – nejčastěji HIV a žloutenka typu C). (Fischer, Škoda 2014, s. 95 – 96)

Závislost můžeme rozdělit na somatickou a psychickou. Somatická nebo také fyzická závislost je to, když si tělo přivyká na danou látku. Nemůže bez něj již fungovat. Zvyšuje se také množství látky, kterou tělo potřebuje, aby bylo spokojené. Tomu se říká zvyšování tolerance. Když tělo látku nedostane, přichází abstinenční syndrom. Průběh abstinenčního syndromu záleží na užívané látce. Ale zpravidla se dostaví neklid, pocení, stres a tak dále. Psychická závislost se projevuje tak zvaným cravingem. Craving neboli bažení, je stav, kdy má člověk hroznou touhu drogu užít a nemůže si pomoci. (Vágnerová 2012, s. 549)

1.2 Rozdělení návykových látek

Alkohol

Alkohol je droga, která je v České republice od osmnácti let volně prodejná. Můžeme se však setkat i s tím, že se k alkoholu dostane i člověk, kterému osmnáct ještě nebylo. Alkohol zpomaluje reakce. Člověk pod vlivem alkoholu může jednat tak, jak by bez něj nejednal – může být agresivní, nebo naopak velmi přátelský. Může mít poruchy rovnováhy. Když se do těla dostane příliš alkoholu, tělo se brání zvracením.

Dlouhodobé účinky můžeme pozorovat hlavně na těle závislého. Požíváním alkoholu uživatel riskuje poškození trávicí soustavy, poškození jednotlivých orgánů nebo například poškození mozku. Pokud se závislý rozhodne abstinovat, abstinenci příznaky obvykle odezní během jednoho týdne. (Kalina 2015, s. 52 – 54)

Problém s užíváním alkoholu je také ten, že člověk, který alkohol užije, ztrácí soudnost. Může pak udělat něco, co by bez alkoholu neudělal. Tyto aktivity mohou být velmi rizikové. Je také velmi nebezpečné alkohol kombinovat s jinými drogami. Člověk nemůže odhadnout, co s ním kombinace udělá. Kombinování drog může vést až k smrti. (Goodyer 2001, s. 104 – 106)

Lidé však často v kombinaci jiných látek s alkoholem problém nevidí. Myslí si, že alkohol je běžná a volně prodejná věc, tak proč by si k tomu „nedali“ ještě nějakou další látku.

Když uživatel zkombinuje alkohol s marihuanou, dochází ke zvyšování hladiny THC v krvi – zvyšuje se efekt konopí. Kombinace těchto látek může vést k úzkostem nebo psychotickým stavům. Velké riziko také vzniká ve chvíli, kdy je uživatel velmi intoxikován alkoholem. Marihuana potlačuje dáivý reflex, proto existuje riziko, že se udusí vlastními zvrátky. (Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 28.11.2020]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>.)

Při kombinaci alkoholu s extází je velké riziko dehydratace. Alkohol podporuje odvodnění organismu. Při užití extáze člověk přestane vnímat potřebu pít. Proto se doporučuje, aby člověk, který užije extázi, vypil půl litru vody za hodinu a dával si pravidelné pauzy od tance. Extáze se totiž často užívá na tanečních zábavách. Velké nebezpečí hrozí také lidem, kteří mají problémy se srdcem. Může totiž dojít

k poruchám srdečního rytmu. (Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 28.11.2020]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>.)

Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty jsou tlumivé látky, které mají euforický efekt. Můžeme je rozdělit na přírodní a polosyntetické. Mezi *přírodními* jsou nejčastějšími zástupci alkaloidy, morfiu nebo kodein. Mezi *polosyntetickými* můžeme najít například heroin, metadon nebo buprenorfin. V obou možnostech se látky nejčastěji užívají injekčně nebo perorálně. Jako další možnost je ale uživatel může třeba nahřát na alobalu. Látky přinášejí uživateli uklidnění a euforii. Zklidnění může být až tak velké, že může dojít k zástavě dechu a dalších životně důležitých funkcí. Po některých látkách nastává i typické škrabání. To pokračuje i ve chvíli, kdy je intoxikovaný člověk v kómatu. (Kalina 2015, s. 55 – 57)

K vzniku závislosti na těchto látkách dochází velmi brzy. Tělo uživatele si zvykne na přísun dávky, kterou potřebuje pro běžné fungování. Velmi rychle také dochází ke zvyšování tolerance. Uživatel tak potřebuje stále větší dávku k tomu, aby měl z drogy požitek. (Tyler 2000, s. 145)

Odvykání může vypadat jako těžší chřipka. Člověk je neklidný, může mít průjem nebo mu například slzí oči. Největším rizikem těchto látek je množství. Je velmi malý rozdíl mezi dávkou, která na závislého působí a dávkou, která je smrtelná. Problém nastává také, když člověk abstínuje. (Janík 1990, s. 80)

Člověk závislý na opiátech by nikdy neměl zkoušet abstinentovat sám. Detox by měl vždy probíhat pod dohledem lékaře, který dávky látky postupně snižuje a pečlivě sleduje pacientův stav. Přejít z velkého množství látky na úplnou abstinenci by mohl vést až ke smrti. Při léčbě závislosti na opiátech lékaři předepisují takzvanou substituční léčbu. Mezi substitucí patří například metadon nebo buprenorfin. Cílem této léčby je, snižovat množství užívané látky až k úplné abstinenci. Výhodou je, že lékař přesně ví, jakou přesně látku podává a může určit přesné množství.

V některých státech se předepisování velmi hlídá. Velmi hlídané je také to, kdo drogy smí a nesmí předepisovat. (Kaelin, Nutting 2013, s. 5)

Cannaboidy

Cannaboidy jsou psychoaktivní látky, které se získávají z rostlin. Nejaktivnější látkou je THC (tetrahydrokanabinol). Vážou se v mozku na receptory, které za normálních okolností vážou látky, které způsobují uvolnění a euforii. Rostliny se používají i při léčbě některých nemocí. Vyskytují se především ve formě marihuany a hašiše. Typickým účinkem pro tyto látky je pocit hladu a chladu. Intoxikaci většinou doprovází pocit euforie a nezadržitelný smích. Tyto pocity se však nedostaví vždy, záleží na set a settingu. Na cannaboidech nevzniká fyzická závislost. Uživatelé mají užívání spíše spojené s nějakým rituálem. Není zde popisován ani vzestup tolerance. Marihuana byla považována za takzvanou vstupní drogu. To znamená, že uživatelé od ní snadno přejdou k tvrdým drogám. Od této teorie se však již ustoupilo. (Miovský in Kalina 2003 - 1, s. 174 – 179)

Cannaboidy se užívají především kouřením. Při kouření účinek nastupuje prakticky ihned. Můžeme se setkat ale také s užitím v jídle, kdy člověk látku sní společně s nějakým pokrmem. Nástup účinku při konzumaci je různý. Záleží na tom, jak má člověk plný žaludek, co předtím jedl, jaký má metabolismus a kolik látky užil. (Doležal 2010, s. 49 – 50)

Při kouření marihuany je riziko výskytu rakoviny daleko vyšší než při kouření normálních cigaret. (Ganeri 2001, s. 21) Největší rozmach konopí zažilo v šedesátých letech minulého století. Problém je ten, že v této době bylo konopí, které se kouřilo mnohem slabší (obsahovalo méně THC). Vysoké dávky silného konopí mohou mít na uživatele halucinogenní účinky. Umocňují prožívání pocitů. To znamená, že když člověk užije konopí, může se dostat do velmi radostného stavu, ale může mu to také přivést stav depresivní. Dlouhodobé užívání marihuany může mít také vliv na učení a koncentraci člověka. Je to dáno tím, že THC může v těle člověka vydržet velmi dlouhou dobu. (Goodyer 2001, s. 63 – 70)

Halucinogeny

Halucinogeny jsou látky, které u člověka vyvolávají změny v tom, jak vnímá okolí. Může dojít ke zkreslenému vnímání času i prostoru. Mezi halucinogeny patří například LSD, psylocybin a podobně. (Alberts 2002, s. 14)

Můžeme je rozdělit na přírodní rostlinného původu, přírodní živočišného původu a syntetické. Nejvíce rozšířeným zástupcem je LSD, které se užívá perorálně – rozpouští se pod jazykem. Pro intoxikaci halucinogeny je typické kaleidoskopické vidění. Někdy může přijít pocit euforie. Velmi nebezpečná je u těchto látek depersonalizace a derealizace. Celkový průběh intoxikace je velmi nepředvídatelný, protože je v látce často i příměs jiné látky. U LSD nebyl potvrzen případ předávkování. Jiné látky jako například lysohlávký nebo mochomůrky mohou způsobit nevratné poškození vnitřních orgánů. Nebezpečné jsou také pro lidi s onemocněním srdce. Způsobují totiž výkyvy tlaku. Halucinogenní látky mohou vyvolat velké psychické potíže. S uživateli halucinogenů se pracovníci běžných adiktologických center příliš nesetkávají. (Miovský in Kalina 2003 - 1, s. 169 – 172)

Stimulancia

Stimulancia jsou látky, které působí na centrální nervovou soustavu. Mezi zástupce patří například pervitin nebo kokain. Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, zrychlují myšlení, utlumují únavu, přichází s nimi euforie a další. (Janík 1990, s. 96)

Mezi rizika můžeme zařadit zvýšený tlak a aktivita srdce, úzkosti, rychlý úbytek váhy. Jedním z velkých rizik je také toxická psychóza. Tyto látky mají takzvaný dojezd. Stimulancia vytvářejí psychickou závislost, která se projevuje cravingem (bažením). Užívání se u různých látek liší. (Minařík in Kalina 2003 - 1, s. 164 – 167) V anglicky mluvících zemích se tyto látky nazývají Amphetamine. (Royal College of Psychiatrists, s. 5) Nejběžnějším zástupcem v České republice je pervitin. Koupit ho můžeme v podobě bílého prášku. Většinou v pytlících nebo papírcích. Vyrábí se nelegálně ve varnách. Pervitin se může užít například tak, že ho klient smíchá s vodou a vypije, nasaje nosem nebo aplikuje přímo do žíly. Nejčastěji se užívá pomocí injekční stříkačky. (Ganeri 2001, s. 18 – 19) Mezi další zástupce patří takzvané taneční drogy. Taneční drogy vyvolávají pocity euforie, odstraňují zábrany, člověk má pocit, že je plný energie a tak dále. Užívají se především na tanečních party, kde v uživatelích navozují pocit sounáležitosti. Může ale také vyvolat závratě, strach, paranoiu, bušení srdce a podobně. Velké nebezpečí je také to, že jedinec není schopen rozpoznat signály svého těla. Proto se lidem, kteří užijí tuto látku stává, že jsou dehydratováni nebo přehřátí. (Goodyer 2001, s. 87 – 92)

Těkavé látky

Těkavé látky můžeme označit také jako inhalační drogy. Působí na centrální nervovou soustavu. Navozují v prvním stádiu euforii. V dalších fázích můžou způsobit halucinace, poruchu vědomí až smrt. (Janík 1990, s. 115)

Těkavé látky mají tlumivé účinky. Patří mezi ně například toluen, benzin, aceton a další. Užívají se inhalačně buď přímo z lahve, z kusu tkaniny napuštěné látkou nebo například z igelitového sáčku. (Grohmannová in Radimecký 2007, s. 21 – 22)

Riziko u těkavých látek je to, že se nedá přesně určit dávkování. Způsobují hloupenutí, dochází k poruchám emocí, agresi, ztrátě zájmu a podobně. Špatný vliv mají také na vnitřní orgány – především na dýchací soustavu. Vyvolávají psychickou závislost. Největší problém je, že jsou tyto látky běžně dostupné například v drogerii. (Hampl in Kalina 2003 - 1, s. 193 – 195)

Psychofarmaka

Psychofarmaka jsou léky, které ovlivňují duševní činnost člověka. Vyvolávají závislost. Léky by měly být na předpis. Problém je, že ne všichni lidé je užívají tak, jak mají. Při užívání se velmi rychle zvyšuje tolerance. Jejich vysazení naráz může být pro člověka nebezpečné. (Raboch 2005, s. 13 – 15)

Patří sem mnoho druhů léků s různými účinky. Vyvolávají psychickou i fyzickou závislost. Ta vzniká i ve chvíli, kdy uživatel užívá množství předepsané lékařem. Léky můžeme rozdělit na opioidní a neopioindní. Podávají se perorálně. U některých léků se však můžeme setkat i s injekční aplikací do svalu nebo do žíly. Velké riziko vzniká při kombinaci s jinou látkou (nejčastěji s alkoholem). Léky, které obsahují ibuprofen a paracetamol, jsou volně dostupné v lékárnách a lidé nevědí o jejich rizicích. Léčba závislosti na lécích se značně podceňuje. Také proto, že závislost probíhá nejprve skrytě. (Bayer in Kalina 2003 - 1, s. 180 – 189)

1.3 Nebezpečí při užívání drog

Užívání drog je velmi nevyzpytatelné. Může vše probíhat dle klientových představ, ale i na poprvé se může všechno pokazit. Rizik existuje celá řada. Uživatel se může například předávkovat. U některých drog se množství požití látky velmi špatně

odhaduje. Užití větší dávky může vést ke špatnému zážitku, uživatel však může i zemřít. U některých látek může závislost přijít velmi rychle, uživatel si to často ani neuvědomí. Někteří uživatelé si myslí, že když drogu neberou každý den, závislost se jim vyhne. To ovšem pravda není. Při závislosti se také zvyšuje tolerance. To znamená, že k dosažení stejného účinku a stavu musí uživatel zvyšovat dávky. Tím dochází ke zvyšování nákladů na nákup drogy. Mnozí uživatelé jednájí ve sporu se zákonem, aby si sehnali dostatek peněz na svou dávku. Nikdy si však nemůže být jistý, co je v dané dávce obsaženo. S tím také souvisí fakt, že uživatel může dostat dávku, která obsahuje příměs něčeho, co ho může zabít. Další neméně důležitá nebezpečí jsou zdravotní rizika, která jsou blíže popsána v kapitole 1.4. (Ganeri 2001, s. 60 – 61)

V K - centrech je jedním z cílů to, aby klient, když už drogy užívá, aby je užíval bezpečněji. Nebezpečí je při užívání návykových látek vždy, uživatel ho však může zmírnit. Mezi rizika, která může klient nějakým způsobem ovlivnit je aplikace látky. Důležité je, aby vždy používal čisté pomůcky pro aplikaci a nesdílel je s ostatními.

1.4 Onemocnění spojená s užíváním drog

Onemocnění, která jsou spojena s užíváním drog je celá řada. Můžeme je rozdělit na dvě skupiny. První skupinou jsou zdravotní problémy, které s sebou nese samotné užívání drog. Druhou skupinou pak jsou komplikace, které si klient může přivodit nešetrnou aplikací látky. U první skupiny jsou komplikace spojené s tím, jakou látku si klient aplikuje. U druhé skupiny může jít například o abscesy, flegmony nebo infekce, které se přenášejí sdílením injekčního materiálu.

Nejběžnější choroby jsou: HIV, HCV a HBV. Všechny tyto infekce se přenášejí krví – sdílením injekčního materiálu a pohlavním stykem. Pro přenos záleží na koncentraci viru v organismu. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislost 2021, s. 17 – 18)

Od té doby, co v České republice začaly fungovat výměnné programy, začalo se snižovat riziko přenosu pro ty, kteří používají vždy čisté injekční stříkačky a Harm Reduction materiál. Důležité je, aby pracovník předával i informace, že rizikové je sdílení veškerého Harm Reduction materiálu, nejen injekčních stříkaček. Podle Mravčíka procento uživatelů, kteří nesdílí injekční materiál, roste. (Mravčík 2018)

Nevíme však, kolik uživatelů je na takzvané skryté scéně, kam pracovníci nemají přístup. Problém bývá také v diagnostice infekčních nemocí, protože klienti nechtějí navštěvovat lékaře. Ať už se jedná o primitivní vyšetření, nebo o vážnější chorobu. O test na infekční chorobu může klient požádat například v K - centru. Tyto testy jsou však jen orientační.

Při dlouhodobé aplikaci nitrožilně, ubývá míst, kam se droga dá aplikovat. Proto uživatelům nezbyvá nic jiného, než drogu aplikovat do velkých žil. Při porušení velké žíly se výrazně zvyšuje riziko trombózy. Tepny a žíly rozvádějí krev do celého těla, a pak zase zpět k srdci. Proto je důležité, když se uživatel trefí do tepny, aby krvácení řádně zastavil. (Tyler 2000, s. 147)

U závislých klientů hrozí také takzvaný *debakl*. Tento stav spočívá v tom, že je klientovi špatně s drogou, ale bez ní ještě hůř. (Vondrka 2004, s. 43)

Drogy mohou také vyvolat psychické nebo behaviorální poruchy. Záleží na tom, jakou dobu látka působila. Když klient užívá látku déle, hrozí větší a závažnější poruchy. Větší nebezpečí hrozí také ve chvíli, kdy jsou látky kombinovány. Mezi poruchy spojené s užíváním drog patří například bludy, halucinace, depresivní stavy, narušené vnímání. (Fischer, Škoda 2009, s. 90 – 95)

2 Léčba závislosti

Závislost je soubor fyzických, behaviorálních a kognitivních vzorců chování, ve kterých jedinec dává přednost látce a jejímu užití, před čímkoliv jiným. Hlavním charakteristickým znakem závislosti je touha užít psychoaktivní látku. Tato psychoaktivní látka může, ale také nemusí být předepsána lékařem. K diagnóze závislosti by mělo dojít až ve chvíli, kdy se u jedince v posledním roce objevily tři a více jevů: silná touha užívat látku, tělesný odvykací stav, zvyšování tolerance na dané dávce, zanedbávání povinností a zájmů ve prospěch užití látky nebo také pokračování v užívání, i když se ukáže, že jedinci látka prokazatelně škodí. Závislý může být člověk na jedné látce (například pervitin, alkohol...), na skupině látek (například opioidy), nebo na více různých látkách najednou. (Nešpor 2007, s. 10 – 11)

Jedním z hlavních znaků závislosti je craving neboli bažení. Bažení je silná touha po látce. Jedinec dává přednost látce a jejímu užití před jakoukoliv jinou aktivitou. Má například zvýšený tep, oslabuje se mu paměť, může také více slinit. Příznaky by se daly zaměnit i se stresem. Bažení může zvyšovat riziko recidivy. Ale může naopak abstinujícího jedince upozornit na to, že by si měl dávat větší pozor a vyhýbat se pro něj nebezpečným situacím a podnětům. (Nešpor 2007, s. 12)

Dalšími znaky může být například zhoršené sebeovládání, odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných zájmů, pokračování v užívání přes známky následků. (Nešpor 2007, s. 13 – 20)

V České republice máme poměrně širokou škálu zařízení, které člověk se závislostí může využít. Některé na sebe můžou navazovat nebo se využívat současně, některé však ne. Musí se také hlídat, která služba je pro klienta nejlepší a případně se kterou službou mu poskytne nejlepší výsledky. V případě, že by služby na sebe nenavazovaly, může být pravděpodobnost vyléčení oslabena. Služba také musí umět vyjít vstříc potřebám klienta. Proto se vždy hledá zařízení, které by se nejvíce shodovalo s potřebami klienta. Je však samozřejmé, že služby mnohdy nejsou schopny pokrýt všechny potřeby. Velmi nutné je, zjistit motivaci klienta. (Bayer, Miovský in Kalina 2003 - 2, s. 15 – 27)

Při léčbě závislosti je hlavním cílem snížení závislosti, nejlépe úplná abstinence. Mezi další cíle řadíme snížení počtu nemocí a úmrtí, spojených s užíváním nebo nadužíváním drog nebo podpora potenciálu klienta v bio – psycho – sociálním modelu. (Kalina 2003 - 2, s. 97)

Cílem bio – psycho – sociálního modelu v terciální prevenci je, aby se klient více staral o svoje zdraví – když už užívá návykové látky, tak bezpečně v rámci Harm Reduction, kterému se věnuje podkapitola 4.2. Klientovi je poskytováno poradenství a pracuje se s ním na jeho motivaci. Důležité také je, aby pracovník K - centra mapoval klientovu sociální situaci a byl schopný mu poradit v nejrůznějších situacích. Nebo v případě, že si neví rady, dát klientovi odkaz na službu, kde mu pro danou situaci poradí lépe. (Radimecký 2007. s. 28)

V životě klienta se při léčbě odehrává mnoho změn. Nejdůležitější změnou je abstinence. Abstinence, která trvá déle než 3 měsíce vytváří předpoklad pro delší nebo úplnou abstinenci. Pokud se však neodehrají změny i v klientově životě a vztazích, není to spolehlivý předpoklad dobré prognózy. Změnami myslíme prostředí, ve kterém žije – hledání bydlení, práce, aktivit, které ho baví a podobně. U vztahů mluvíme o rodinných, přátelských, ale i partnerských vztazích. Je ale také důležité, jestli klientova rodina, přátelé nebo partner jsou uživatelé drog nebo ne. Vztahy s uživateli drog nebo abstinenty se jeví jako velmi rizikové. (Kalina 2003 - 2, s. 98)

Při léčbě je také důležitá délka drogové kariéry. Záleží na tom, v kolika letech klient začal drogu užívat a jak dlouho jí užívá pravidelně. Můžeme se stále setkat s názorem, že klient musí mít „dobráno“ a ocitnout se v krizi, aby mohla být léčba úspěšná. Dalším důležitým faktorem je délka programu nebo léčby, který má klientovi pomoc. Léčba, která trvá kratší dobu než tři měsíce, se nepovažuje za příliš úspěšnou. Roční léčba se považuje za úspěšnější než šestiměsíční. Při delší léčbě, než je rok, léčba již nepřináší výrazné zlepšení. Hodně ovšem záleží na tom, jak je postaven program léčby. Za neúspěšnější se pokládá program, který je strukturovaný a obsahuje působení skupiny a trénink sociálních dovedností. Ani kvalitní léčba však nezaručí úspěšnost. Záleží také velmi na klientově motivaci, přizpůsobení se a následné socializaci. (Kalina 2003 - 2, s. 98 – 100)

Nešpor ve své knize popisuje třináct principů efektivní léčby. Cituje z amerických pramenů. Léčba u nás a v Americe se sice liší, ale tyto principy se považují za ideál, podle kterého by léčba měla co nejvíce řídit.

Prvním principem je jakási individualita. Říká, že klientovi by se měla určit taková léčba, která se k němu hodí a je příznivá k jeho podmínkám. *Druhým principem* je dostupnost léčby. Klient by ke službě měl mít co nejlepší přístup. Ať už sám,

nebo s dopomocí sociálních pracovníků. Nemluvíme tu však jen o místě, ale také o rychlosti, jakou klient může službu využít. *Třetí a čtvrtý bod* říká, že by se léčba měla dostatečně měnit podle potřeb klienta. Můžeme se na to podívat z dlouhodobého pohledu – sociální, právní, zdravotní a další situace. Nebo z krátkodobého pohledu, tím myslíme aktuální rozpoložení a potřeby klienta. *Pátým principem* je doba trvání. Doba léčby máme popsanou na předešlé straně. *Šestým principem* Nešpor popisuje léčbu, která by měla obsahovat individuální nebo skupinové poradenství. *Sedmý princip* říká, že u mnoha pacientů je důležité podávat medikaci. Ta musí být vhodně zvolena na základě vyšetření klienta. *Osmý princip* mluví o léčení všech neduhů, které klient má. Pokud má klient kromě závislosti ještě například duševní poruchu, mělo by se všechno léčit najednou. V *devátém principu* zmiňuje detoxikaci. Detoxikací klient překoná stav odvykání, ale jako léčba to rozhodně nestačí – sama bez další pomoci má velmi malý efekt. Je pouze prvním stádiem na cestě odvykání. V *desátém principu* Nešpor mluví o dobrovolnosti. Říká, že léčba nemusí být vždy nutně dobrovolná. Klient může přijmout léčbu až ve chvíli, kdy už ji podstupuje. Kladný vliv na něj může mít například působení rodiny, nadřízených a podobně. Stejně tak ale můžou mít vliv negativní a k přijetí léčby vůbec nemusí dojít. V *jedenáctém a dvanáctém principu* je popsáno, že by se na klienta mělo dohlížet. Je třeba se přesvědčit, zda klient abstinenci neporušuje. V případě že ano, musí následovat předem domluvený postih. Je třeba také zjistit, zda klient netrpí nějakou infekční chorobou, která se u závislých často vyskytuje (například HIV nebo hepatitidy – žloutenky). V posledním *třináctém principu* pak mluví o překonávání závislosti. Jedná se o dlouhodobý proces, který nemusí být plně úspěšný na poprvé. Může dojít k opakování léčby. Pomáhá také to, když i po ukončení léčby dále dochází k odborníkovi. (Nešpor 2001, s. 101 – 102)

Možnosti odborné pomoci jsou různé. Záleží na tom, v jaké fázi drog člověk je. Jestli je ve fázi experimentu, bere příležitostně nebo je závislý. Pokud je člověk ve fázi experimentu, je možné, že si tím řeší nějaké psychické potíže nebo například problémy v rodině. V tomto případě se ještě může využít pomoc psychoterapeuta či psychologa. S ním se pokusit najít jiný způsob řešení než uchýlování se k drogám. Když člověk (většinou teenager) experimentuje s drogami kvůli problémům v rodině, je dobré, aby proběhla takzvaná rodinná terapie. Rodina má pak prostor se lépe orientovat

v situaci, kdy například zjistí, co experimentátora k užívání přivádí. Může tak zaujmout, pokud možno co nejsprávnější přístup k celé situaci.

Správná diagnóza je pro určení práce s klientem klíčová. Musíme určit, zda se jedná jen o intoxikaci nebo psychické problémy způsobené drogami. Při intoxikaci je třeba zvládnout fyzické následky intoxikace. Diagnostikovaná by však mohla být například toxická psychóza, při které je třeba klienta hospitalizovat na psychiatrii. (Nešpor in Kalina 2003 - 1. s. 213)

2.1 Terapeutický vztah

Terapeutický vztah je vztah, který si vytváří pracovník s klientem. Je důležitý pro navázání důvěry. Zajišťuje přijetí, porozumění a podporu. Klient začíná pracovníkovi věřit a ví, že se pracovníkovi může se vším svěřit, aniž by ho odsoudil. Hlavním nástrojem je v tomto případě osobnost pracovníka. Klient potřebuje cítit, že ho pracovník přijímá takového, jaký je. Rozumí mu v jeho situaci a umí mu poradit. Mnohdy rada ani není to, co klient potřebuje. Stačí mu přítomnost pracovníka a pocit, že mu není na obtíž. Klientům občas chybí jen bazální kontakt a pocit, že se o ně někdo zajímá, mít pocit bezpečí a cítit, že ho někdo přijímá. Důležité je, aby se pracovník o klienty zajímal a byl ve své práci angažovaný. (Kopřiva 1997, s. 14 – 17)

Vztah mezi pracovníkem a klientem by měl být rovný. Pracovník by neměl vystupovat jako nadřizený. Může se něco naučit od klienta stejně tak, jako se klient může něco naučit od něj. Pracovník má informace o drogách a bezpečnějším užívání. Ale klient má naopak zkušenosti s užíváním, prožíváním, abstinenčními příznaky a podobně. (Kopřiva 1997, s. 42)

Klient by měl získat k pracovníkovi důvěru. Neměl by mít pocit, že mu pracovník chce něco vnutit. Terapeutický vztah může mít pracovník s jedním klientem, nebo například s celou skupinou, když se jedná o skupinovou terapii. Vztahy můžeme dělit i podle délky na krátkodobé a dlouhodobé. Terapeutický vztah se leckdy může podobat přátelskému vztahu, ale podstata je jiná. Klienta si terapeut nevybírání, ani od něj nečeká naplňování potřeb. Naopak klient by se měl cítit dobře, volně a měl by mít v terapeuta důvěru. Vztah je ovšem časově limitovaný a vždy má svá pravidla. (Bartošíková, Miovský in Kalina 2003 - 2, s. 30)

U klientů, kteří jsou závislí na drogách, se však přístup trochu liší. Kromě empatie a důvěry, kterou si terapeut musí u klienta získat, by měl také obsahovat prvky určité pedagogické práce a výchovy, vedení klienta a poradenství. Vše ovšem závisí na vztahu mezi pracovníkem a klientem. Když se klient bude cítit, že ho pracovník neakceptuje, bude pomoc pravděpodobně odmítat. Vytvoření správného vztahu s klientem je velmi náročné. Klient nesmí cítit, že na něj pracovník příliš tlačí nebo je moc direktivní. Naopak při přílišné benevolenci klient může mít pocit, že mu pracovník nepomáhá dostatečně. Proto je celý vztah velmi důležitý. Nalezení rovnováhy a nastavení hranic je však velmi obtížné. Je také velmi důležité, aby si pracovník zachoval pozitivní postoj, do kterého můžeme zahrnout například: empatii, důvěru v možnost rozvoje, věcné nahlížení na problémy, neodsuzování a podobně. Pracovník však také může zaujmout negativní postoj, který pro vztah není dobrý. Mezi prvky můžeme zahrnout například: předsudky, nadměrná očekávání od klientů, velká emoční angažovanost, záměna výchovy a pomoci, vlastní nevyřešený postoj k drogám, nízká frustrační tolerance. (Bartošíková, Miovský in Kalina 2003 - 2, s. 32 – 34)

Pracovník může v přístupu ke klientovi zvolit buď direktivní, nebo nedirektivní přístup. Musí to zvážit dle situace, ve které se klient zrovna nachází. Nedirektivní přístup je dobré zvolit, když pracovník chce u klienta dosáhnout trvalé a kvalitní změny. Direktivní přístup je zase dobrý ve chvíli, kdy je klient v akutní krizi nebo hrozí nebezpečí, že když řešení situace odloží, bude z toho mít nějaké další problémy. (Kopřiva 1997, s. 45)

Důležitá je také práce s klientovou rodinou a blízkými, pokud nějaké má. Problémem bývá neinformovanost blízkých. Je potřeba je informovat o léčbě, aby klientovi neškodili. Ať už vědomě, nebo nevědomě. Také aby věděli, jak mu mohou pomoci. Informování by měli být o typických vzorcích chování člověka závislého na drogách. Měli by si také vytvořit určité rituály, které s klientem dělají. Pokud je to nutné, můžou společně pracovat na nápravě vztahů. (Frouzová in Kalina 2003 - 2, s. 77)

2.2 Substituční programy

Substituční programy jsou programy, ve kterých se užívaná látka (opiát) nahradí opiátem na lékařský předpis. Výhodou u předepsaných opiátů je, že lékař přesně ví, co a v jakém množství lék obsahuje. Mezi předepisované léky patří například: matadon,

subutex a další. Substituční látka vždy nahradí původně užívanou drogu. Cílem substituční léčby je postupně snižovat dávky léků, aby došlo k úplné abstinenci. (Kastelic 2010, s. 25)

Léčbu můžeme rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Krátkodobá se používá většinou na detoxifikaci. Střednědobá se používá při prodloužené detoxifikaci, během ústavní léčby. Trvá několik týdnů až měsíců. Vhodná je pro použití u klientů, kteří jsou závislí na více látkách, či mají vysokou toleranci. Dlouhodobá léčba se provádí ambulantní formou. Podává se klientům, kteří jsou závislí na opioidech. Může probíhat v řádu měsíců až let. (Popov in Kalina 2003 - 2, s. 221 – 224)

3 Služby pro drogově závislé klienty

Služeb pro drogově závislé klienty je celá řada. Záleží na místě, kde člověk pomoc potřebuje a jak velký práh je schopen překročit k tomu, aby se dostal do kontaktu se službou.

Jednou z prvních možností, kterou službu navštívit, je pro drogově závislé K - centrum a terénní programy. Tento druh služby využívají především drogově závislí nebo ti, co se dostali do vážnějších problémů. (Sananim, s. 20 – 21) Jak tato zařízení fungují, bude popsáno v kapitole 4.

Pracovník, který s klientem pracuje (ať už je to například sociální pracovník nebo terapeut), by měl s klientem navázat jakýsi vztah. Klient by měl cítit od začátku rozhovoru, že ho člověk, se kterým mluví, respektuje a váží si ho. Přestože se neztotožňuje s jeho postoji a jednáním. Velmi důležitá je také neverbální komunikace. Měl by klientovi předat veškeré informace, které potřebuje k tomu, aby mohl využít službu. Informace by měli být podány srozumitelně a s ohledem na klientův stav. Pracovník by měl co nejšetrnějším způsobem získat informace, které potřebuje vědět. (Nešpor in Kalina 2003 - 1, s. 249 – 250)

První pracoviště specializované na klienty se závislostí na alkoholu vzniklo na území České republiky již v roce 1948 a to v Praze u Apolináře. Postupem času se začalo přizpůsobovat potřebám. Stále přibývalo klientů a to nejen s alkoholovou závislostí. Proto v roce 1978 vzniklo první ambulantní pracoviště pro klienty, kteří trpí jinou než alkoholovou závislostí. Po roce 1989 se začíná rozvíjet neziskový a nestátní sektor. V 90. letech se systém péče začal rozšiřovat. Instituce více začaly přihlížet na reálné potřeby klienta, vznikala první nízkoprahová centra, terénní programy a další. Postupně se také formovala kritéria, podle kterých byly služby poskytovány. Kritéria můžeme rozdělit na kvalitativní a kvantitativní. Mezi kvalitativní kritéria můžeme zahrnout například: komplexnost, provázanost a efektivitu péče. Měla by tedy zajistit péči dle potřeb klienta. Systém péče se stále vyvíjí, proto je důležité, aby na sebe všechny složky stále navazovaly. Celý systém upravují standardy odborné péče a akreditační podmínky. Mezi kvantitativní například: rozsah péče a její dostupnost. O dostupnost se starají krajská zastupitelstva. Záleží na tom, kolik je v regionu závislých. Systém služeb pro drogově závislé musí navazovat, pokud chceme, aby byl úspěšný. Prvním je

navázání prvního kontaktu a kontakt by měl pokračovat až do ukončení programu doléčovací služby. (Bém in Kalina 2003 - 2, s. 155 – 156) Mezi služby pro drogově závislé patří i nízkoprahová kontaktní centra, kterým je věnována samostatná kapitola 4. Součástí této kapitoly je i podkapitola o terénní práci.

Svépomocné programy

Svépomocný program je takový program, kde si navzájem pomáhají lidé se stejným nebo podobným osudem. V našem případě osoby, které mají zkušenost se závislostí. V této oblasti se svépomocný program považuje za jeden z nejúčinnějších. Mezi takové skupiny můžeme zařadit například Anonymní alkoholiky (AA) nebo Anonymní narkomany (AN). Po celé Evropě se můžeme setkat s různými zařízeními, která se řadí pod tuto skupinu pomoci. V České republice je již i program sekundární výměny (výměna materiálu v rámci Harm Reduction programu) považován za svépomocný program. (Vobořil in Kalina 2003 - 2, s. 84 – 87)

Programy využívají sociálního učení. Záleží na dobré komunikaci mezi účastníky. Jejich chování bezprostředně působí na celou komunitu a dostávají hned zpětnou odezvu, jak jejich chování na ostatní působí. (Nešpor 2000, s. 93)

Ambulantní péče o závislé

Ambulantní centra jsou zdravotnická zařízení, která nejsou státní. Nabízí lékařské vyšetření. Vzhledem k tomu, že v ambulancích může být přítomen lékař, může se zde nasadit substituční léčba. Ambulantní centra mají zpravidla velmi širokou cílovou skupinu. Klientem mohou být experimentátoři, uživatelé, rodinní příslušníci, ale i lidí, kterým byla soudem nařízena léčba. (Grohmannová in Radimecký 2007, s. 38)

Ambulantní léčba probíhá, aniž by klient musel opustit svoje přirozené prostředí. Klient dochází do ambulance. Frekvence a délka návštěv je určována individuálně, dle potřeb klienta. Oboje se pak může měnit dle aktuální potřeby. (Vetešník 2011, s. 105)

Tento typ služby však není vhodný pro všechny klienty. Ambulantní léčbu může využít klient, který má malou pravděpodobnost relapsu. Využívají ho také klienti, kteří mají fungující sociální zázemí a velkou motivaci ke změně.

Ve třetím čísle z roku 2019 časopisu Adiktologie vyšel návrh, jak spojit síť ambulantních péčí tak, aby služby pro klienty byly co nejdostupnější. Chce pro to využít

již existující ambulance, jen je přetransformovat. Výsledkem by měla být větší provázanost služeb a lepší přístupnost pro klienty. (Miovský 2019)

Denní stacionář

Dále mohou klienti využít služeb denního stacionáře. Ty zajišťují nepobytovou službu z pravidla ve všední dny. Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nepotřebují opustit své dosavadní prostředí. Stacionář se může kombinovat s pobytovou léčbou – může jí předcházet nebo naopak na ni navazovat. (www.drogy-info.cz 2015, [online] [cit. 2020-03-02])

Program pro klienta je strukturovaný. Jde o střednědobou léčbu (3 – 6 měsíců). Program by měl probíhat v rozsahu dvaceti hodin týdně. Toto zařízení dbá na práci s rodinou. Hodně se také věnuje prevenci relapsu. Cílem stacionářů je podpora abstinence od drogy, ale také od drogy spouštěcí. Podpora klienta při zlepšování vtaů, zlepšení sociální situace, nácvik základních dovedností, situací a tak dále. Vždy musíme hovořit o celistvosti programu. Abstinence je nutnou, nikoliv jedinou podmínkou. Problémem však je, že klient stále zůstává v kontaktu s prostředím. Klienti se pro tento program pečlivě vybírají. Musí například bydlet v dojezdové vzdálenosti od stacionáře. Centrum na něj dává velkou dávku zodpovědnosti, protože musí přijít vždy ve smlouvenou dobu. Před ukončením programu se vždy sestavuje plán následné péče. Přerušení programu nemusí vždy nutně znamenat konec. Když klient pozná, že tato forma léčby není pro něj, může se rozhodnout nastoupit na ústavní léčbu. (Kalina 2003 - 2, s. 179 – 184)

Ve stacionáři se pro klienty sestavuje program, který musí mít jasně danou strukturu. Má daný časový rozvrh, který klient musí dodržovat. Stanovená jsou pro klienta pravidla a sankce, kterými jsou upraveny podmínky léčby. Program je poskládaný dle individuálního plánu klienta tak, aby mu co nejvíce vyhovoval. Součástí jsou i skupinové, pracovní nebo sportovní terapie a podobně. (Grohmannová in Radimecký 2007, s. 38)

Detoxifikační jednotky

Detoxifikační zařízení je pro klienty, u kterých je potřeba zvládnout akutní odvykací stav. Cílem detoxikace je zbavit tělo látky, na které je závislé. Na detoxifikaci klient

může přijít intoxikovaný. Samostatná abstinence před nástupem by mohla procesu uškodit a klienta demotivovat.

Detoxifikace je pro většinu klientů málo. Záleží proto na tom, jak klient bude v léčebném systému pokračovat. Důležitou součástí hraje také takzvané aktivní předání. Jedná se o přechod klienta do dalšího zařízení. Klient musí přijít na předem určené místo včas. Vhodné je také zařídit doprovod. Doprovod může být například rodinný příslušník, kamarád, sociální pracovník, ale třeba i terapeut ze zařízení, kam klient přechází. V zařízení je vždy přítomen lékař, zdravotní pracovníci, sociální pracovníci, terapeuti a další. (Kalina 2003 – 2, s. 190 – 192)

Cílem je zbavit klientovo tělo návykové látky a pomoci mu překonat příznaky, které jsou spojeny s odvykacím stavem. Detoxifikace připravuje pacienta na další léčbu. Důvodem může také být také stav, kterým si klient může být nebezpečný. Může ohrožovat sám sebe nebo může představovat nebezpečí pro své okolí. Detoxifikace může probíhat různě. Nejčastěji probíhá na odděleních pro léčbu závislostí, nebo na jednotkách k tomu určených v nemocničním komplexu. Detoxifikace může také probíhat v ambulantním režimu nebo v domácím prostředí. Tato forma je možná pouze u lehčích forem závislosti. Liší se podle toho, na jaké látce je klient závislý. (Nešpor 1996, s. 39)

Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá léčba je léčba, která je většinou na tři až šest měsíců. Probíhá ve zdravotnických zařízeních, jako jsou třeba psychiatrické léčebny. Hlavním cílem je abstinence, která má klientovi pomoci s dosažením lepší kvality života. Cílovou skupinou jsou uživatelé, kteří užívají drogy dlouhodobě a rizikově. Pro nástup na léčbu musí mít alespoň malou motivaci ke změně, nebo nařízení od soudu. Pacienti se podílejí na chodu oddělení. Léčba probíhá v rámci skupin, kde v jedné skupině je 20 - 30 lidí. Průběh léčby je většinou strukturovaná do 4 částí. První částí je úvodní fáze, kde dochází ke stabilizaci a detoxifikaci pacienta. Ve druhé fázi se pacient adaptuje na prostředí léčebny. Ve třetí fázi probíhá aktivní léčba. Pro aktivní léčbu je vyžadována velká spolupráce pacienta. Poslední fázi je fáze, kdy se pacient připravuje na propuštění a návrat do původního prostředí. Většinou má zařízení přísný režim, který pacient musí

dodržovat. Při nedodržení mohou přijít sankce. (Grohmannová in Radimecký 2007, s. 39)

Jednou z velkých výhod ústavní péče je, že klient má nepřetržitě k dispozici péči odborníků. Nemá zde v podstatě přístup k návykovým látkám. Není ve svém přirozeném prostředí, proto se dá předpokládat, že má okolo sebe méně spouštěčů. Při pobytové léčbě má klient intenzivnější péči než při ambulantní léčbě. Nevýhodou však je to, že se klient na nějakou dobu vzdálí ze svého bydliště. Nemůže proto vykonávat své zaměstnání. (Nešpor 1996, s. 144)

Následná péče a doléčovací programy

Následná péče následuje po předchozí léčbě. Cílem je udržet změnu, ke které již došlo, posilovat abstinenci a předcházet relapsu. Klienty takových zařízení jsou lidé, kteří z pravidla alespoň tři měsíce abstínují. Můžou to být lidé kteří přicházejí z léčby, ale i ti, kteří abstínují sami a pomoc ještě nevyhledali. Kromě posilování abstinence a relapsu, mohou pracovníci pomoci s hledáním zaměstnání, rekvalifikací a tak dále. Můžou také pracovat na vztahu s rodinou, který může mít klient porušený. Některá centra nabízejí také chráněné bydlení. (Grohmannová in Radimecký 2007, s. 39 – 40)

Forem následné péče je více. Klient může podstoupit takzvanou opakovací léčbu, nebo docházet na pravidelné schůzky do ambulance. Forma a četnost je individuální a odvíjí se od potřeb klienta.

Bydlení a práce

Pro klienty se vytváří takzvané chráněné prostředí. To znamená, že mu s běžným způsobem života může pomoci někdo jiný. Jsou však vedeni k tomu, aby byli v co největší míře samostatní. Podílí se na chodu zařízení, uklízí, vaří, starají se o zahradu a podobně. V případě potřeby může klient využít pomoc od odborníků. Součástí jsou terapie, nácviky dovedností, dílny a tak dále. Což je velmi důležité k tomu, aby klient abstinenci udržel. Dále je důležité, aby si klient našel zaměstnání. Když nemá vzdělání, tak si může zařídit rekvalifikační kurz. Přihlíží se na schopnosti a zájmy jedince. (Matoušek 2013, s. 419)

Jako velmi důležité se ukazuje dokončení programu. Ať už se jedná o kterýkoliv typ léčby. Klienti, kteří léčbu dokončí, mají větší šanci, že předejdou relapsu. Samotná délka léčby ovšem nezaručuje úspěch. Je nutné, aby klient prošel kognitivními a behaviorálními změnami. Je důležité s klientem pracovat na prevenci relapsu. Připomínat mu, že kdykoliv by měl pocit, že se něco horší, je důležité vyhledat pomoc. (Gossop 2009, 55 – 57)

4 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra jsou centra, která nabízejí své služby drogovým uživatelům, ale mohou je využít i osoby jim blízké. Nízkoprahové znamená, že se snaží minimalizovat překážky, které by mohly odradit klienta od využití služby. Mezi principy nízkoprahovosti patří například bezplatnost a anonymita. Služby, které může klient v K - centru využít, směřují k minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek. (Radimecký 2007, s. 37)

Pro mnoho klientů jsou K - centra jedinou službou, se kterou jsou klienti v kontaktu. Specializují se na klienty, kteří přijímají jen nízkoprahové aktivity. Bariéra v přijímání služby může být na straně klienta, ale i na straně služby. Na straně klienta můžeme mluvit například o neznalosti. Klient může být rezignovaný a pasivní – nesnaží se vyhledat službu, která by mu mohla pomoci. Dále nemusí být schopný nebo ochotný plnit podmínky, které jsou spojené s čerpáním ostatních služeb. Nemusí vědět, kde a jak službu vyhledat. Nebo se například bojí stigmatizace. Mezi bariéry na straně služby můžeme zařadit například neznalost funkčních řešení, jak klientovu situaci řešit. Dále třeba neochota měnit postupy ke zlepšení práce s klientem a podobně. Kontaktní centra jsou určena pro intervence, krizové intervence, pomoc lidem s malou motivací k léčbě. (Herzog in Kontaktní práce 2007, s. 177)

Nízkoprahové služby se snaží zmírnit rizika spojená s rizikovým chováním. Na službu by měl dosáhnout každý, kdo ji potřebuje. Pracovník ale musí respektovat, že ne každý se může stát klientem. Může se stát, že klient přijde, ale po rozhovoru s pracovníkem zjistí, že služby K - centra pro něj nejsou vhodné. Nebo naopak chce využívat jen nějaké služby. Pracovník musí respektovat, že jen klient si může sám říci, co potřebuje. (Klíma in Kontaktní práce 2007, s. 14 – 15)

Klient může služeb nízkoprahového centra využít, i když neabstínuje. Klienty center jsou ve většině případů uživatelé tvrdých drog. Ať už užívají injekční nebo neinjekční cestou. Služby jsou anonymní a klienti za využití služeb nemusí platit. Služby se však v různých centrech mohou lišit. Klienti jsou vedeni pod kódem. Pracovník zajišťuje kontakt s klientem, snaží se získat jeho důvěru a dozvědět se více o jeho problémech a potřebách. První kontakt probíhá v samostatné místnosti. Další práce pak může již probíhat v místnosti kontaktní mezi ostatními klienty. Pracovník musí klienta informovat o tom, jaké služby může zařízení poskytnout a za jakých podmínek. Dále ho

také musí informovat o výměnném programu, když je to pro klienta vhodné. Také klientovi může udělat orientační testy na HIV, hepatitidy B a C nebo syfilis. Může mu také poskytnout poradenství. O radu si uživatel může říct, nebo pracovník předá informaci během hovoru. Vše však musí být podáno tak, aby tomu klient porozuměl. Klient má také možnost požádat o sociální pomoc jako například: pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, zařizování dokladů, doprovod na úřady a další. V případě, že se klient rozhodne pro léčení, pracovník mu může pomoc najít a kontaktovat vhodné zařízení. Důležitým faktorem je dostupnost. K - centrum musí být přístupné pro všechny typy klientů. Klient musí pochopit to, že když pracovník s braním drog nesouhlasí, ale neznamená to, že ho bude diskriminovat. Konečné rozhodnutí je vždy na klientovi. (Libra in Kalina 2003 - 2, s. 165 – 170)

Ke kontaktní práci patří také monitoring drogové scény. Pracovník se snaží zjistit, zda má klient v okolí nějakého dalšího uživatele, který není v kontaktu se službou, ale pomoc by se mu mohla v nějaké podobě hodit. (Matoušek 2013, s. 197)

Klient se na centrum může obrátit kdykoliv v otevírací době, bez doporučení. Doba pobytu klienta je většinou omezena na určitý čas. Pracovník může však klienta vykázat ze zařízení i dříve, pokud nedodržuje pravidla. Služba může být poskytována i neanonymně, když si to klient přeje (například potřebuje nahlásit doručovací adresu). Poradenství může být poskytováno i rodinným příslušníkům, nebo blízkým osobám. (Matoušek 2008, s. 94)

Z hlediska resocializace je dobré, když se na fungování centra podílejí sami klienti. Po domluvě s pracovníky se mohou například starat o nástěnky. Někteří klienti mohou být třeba i zaměstnání na úklid centra nebo samosprávu. Samospráva v K - centru obnáší například vydávání čistých ručníků, prodávání drobného občerstvení a podobně. Všechno toto může přispět k atraktivitě zařízení. (Bednářová 2000, s. 35)

Kontaktní centra můžou být stacionární nebo mobilní. Ve stacionárních zařízeních se vybavenost liší v závislosti na prostorech a financích. Jako K – centrum běžně slouží například stará garáž nebo sklep. Mobilní kontaktní centrum může být vybudováno například z předělaného autobusu, maringotky, dodávky a podobně. Takovéto kontaktní centrum je možno přemísťovat tam, kde je to zrovna potřeba. Pracovník ale musí dobře zvážit, zda je to vhodné. Jsou místa, kde to nevádí, ale například na malých městech

by mohlo velmi rychle dojít ke stigmatizaci, odhalení klientů, ztrátě důvěry a postupné ztráty všech, kteří jsou se službou v kontaktu. (Bednářová 2000, s. 35)

Uživatel musí být na začátku spolupráce se službou seznámen s pravidly, která musí dodržovat. Pracovník se například nesmí dozvědět o výrobě nebo distribuci drog, protože by to musel hlásit.

Klienty K - center jsou především uživatelé drog. O pomoc můžou také poprosit i rodiny uživatelů drog. Začíná se pracovat také s mladými experimentátory. S těmito klienti pracují terénní pracovníci – streetworkeri.

4.1 Streetwork

Streetwork je metodou, se kterou se v K - centrech můžeme také setkat. Je to práce na ulici. Pracovník K - centra monitoruje prostředí, aktivně vyhledává a oslovuje uživatele drog v jejich přirozeném prostředí. Mnohdy je to první služba, se kterou se uživatel drog potká. Proto je velmi důležité, aby pracovník u klienta získal důvěru. Měl by se přizpůsobit jeho momentálnímu stavu a vše mu vysvětlit – jak služba funguje, co nabízí, jaké jsou možnosti a podobně. Je velmi důležité, aby klient pochopil, že se jednání pracovníka nerovná moralizaci, nechce ho napomínat, ale snaží se mu pomoci. Je na klientovi, v jaké míře pomoc přijme nebo jestli ji vůbec přijme. (Bednářová 2000, s. 8)

Posláním terénní práce je, aby klient, který je v nepříznivé sociální situaci, mohl zůstat členem běžné společnosti. Žít nezávisle a být v kontaktu se svým přirozeným prostředím. Streetwork je nestacionární služba. To znamená, že se pracovníci přesouvají dle potřeby. Působí tam, kde je to zrovna vhodné. (Goldmann 2006, s. 106 – 107)

Pracovníci nečekají, až je klient osloví a bude žádat o pomoc. Sami se aktivně nabízejí tam, kde si myslí, že je jejich pomoc potřeba. Snaží se porozumět dynamice prostředí, pochopit, jak funguje a přizpůsobit se chodu dané cílové skupiny. Pracovník musí klienta plně akceptovat, aby mu mohl pomáhat v různých obdobích. Ať už prožívá klidové období, nebo krizi. (Matoušek 2013, s. 109)

Streetwork se zaměřuje na osoby, které žijí rizikovým způsobem života. Nevztahuje se pouze na uživatele drog. Cílovými skupinami jsou například i děti a mladiství, kteří tráví hodně času na ulici, členové subkultur, lidé závislí na návykových látkách, bezdomovci a další. (Matoušek 2013, s. 192)

Pracovník by však měl poskytnout prostor k tomu, aby se klient rozhodl, jestli chce službu využít. Pracovník terénního programu je mnohdy první službou, se kterou se uživatel drogy setká. Klientela terénních pracovníků má minimální nebo žádnou motivaci pomoc vyhledat. Svoje problémy řešit nechtějí, i když jsou často závažné. Pro navázání kontaktu mnohdy slouží výměnný program, který pracovník provádí. Jinak by byl kontakt s klientelou velmi obtížný. Tato služba může využít také bývalé nebo stabilizované uživatele. Napomáhají tak šířit informace i v místech, kam by se sociální pracovník nedostal nebo by to pro něj bylo příliš nebezpečné. Součástí terénní práce jsou 4 složky: výměna injekčního materiálu, poskytování informací, poradenství sociální i zdravotní a krizová intervence. (Hrdina in Kalina 2003 - 2, s. 159 – 163)

Práce terénního pracovníka bude více popsána v kapitole číslo 7.

4.2 Harm Reduction

K - centra pracují s principy Harm Reduction. To znamená, že se snaží minimalizovat rizika spojená s užíváním drog. Ať už pro klienta nebo v rámci ochrany veřejného zdraví. Klient se primárně nevede k abstinenci, ale k bezpečnějšímu užívání a minimalizaci rizik spojených s užíváním drog. Abstinence by však byla ideální výsledek. Pracovník dává klientům informace například o tom, jak drogu užívat lépe. Může ho upozornit, které místo je pro aplikaci drogy rizikové a které je naopak rizikové méně. Důležité je připomínat, že je zapotřebí vždy použít čistou injekční stříkačku. Klienti často nevědí, že viry, které se přenášejí krví, mohou zůstat i na jiných pomůckách, nejen na použité injekční stříkačce. Dále pracovník podává informace o tom, na které infekční choroby se uživatel může nechat v centru otestovat. Mezi principy Harm Reduction můžeme zařadit například výměnu injekčního materiálu, informační servis, sběr použitého injekčního materiálu a podobně. (Martanová 2007, s. 126 – 127)

Důvodem pro zlepšení systematickosti byl stále zvětšující se výskyt infekčních chorob, které se přenášejí především krví. Tyto infekce se ve velké míře vyskytovaly a stále vyskytují u injekčních uživatelů drog. Proto se pracovník snaží přimět klienta, aby užíval bezpečněji, a tak se předcházelo šíření těchto chorob a zabránilo se tak negativnímu dopadu na celou společnost. (Zábranský 2003, s. 58 – 59)

V rámci prevence přenosu infekčních chorob – nejčastěji HIV a hepatitid, se klientům zdarma poskytuje: čisté injekční stříkačky, voda, dezinfekce, prezervativy a podobně. Dále mohou nabízet i jiný materiál, který slouží k neinjekčnímu užívání. Klienti často nevědí, že se mohou nakazit infekčními chorobami, i když užívají neinjekčně. Mezi alternativy patří kapsle, nebo něco, co je vhodnější ke šňupání. Jednou z výhod principu Harm Reduction je, že se může při dobré práci navázat s klientem dobrý terapeutický vztah. To může vést k postupné stabilizaci klienta. Později může být pak i připraven na nějakou formu léčby. (Nešpor 1996, s. 116)

Typy Harm Reduction můžeme rozdělit na individuální, komunitní a společenský. Individuální se zaměřuje na pomoc jedinci. Komunitní zase na pomoc komunitě, v níž se uživatel pohybuje nebo žije. Společenský se zaměřuje na dopady na společnost. Snaží se předejít dopadům na zdravotní, společenské a ekonomické faktory. (Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí. (konference) (2016: Hradec Králové, Česko, s. 478)

Princip Harm Reduction se snaží motivovat klienta k tomu, aby z rizikového chování přešel k méně rizikovému. Snaží se nepracovat s emocemi a kontroverzními názory na tuto problematiku. Pohlíží především na účinnost svých metod. Pragmatickým pohledem je totiž výhodnější a méně nákladné předcházení šíření infekčních chorob, než je následná léčba. Pro princip není nejdůležitější abstinence klienta. V danou chvíli třeba ani není možná, ale prosazuje to, že způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné. (Hrdina, Staníček in Kontaktní práce 2007, s. 224)

5 Resocializace klienta

Resocializace je socializace, která probíhá u lidí, kteří dříve již socializovaní byli. Chystá klienta pro vstup do nové role nebo do nového prostředí, které se liší od toho nynějšího. Resocializace může být záměrná, kdy se klient snaží změnit svoje chování a postoje, protože chce. Může také probíhat nevědomě. Změny probíhají bez jakéhokoliv zásahu klienta nebo pracovníka. Klient svým přístupem může resocializaci urychlit, nebo naopak zpomalit. Ovlivňování délky může také ovlivnit záměrně nebo bezděčně. Délka závisí na tom, jak rychle je jedinec schopný se změnám přizpůsobit. Velký vliv na to má také rozdílnost prostředí, na které se musí adaptovat od prostředí, ze kterého pochází. Velkou roli hrají také lidé v klientově okolí. (Reichel 2008, s. 173 – 175)

Problém nastává ve chvíli, kdy se naučené zvyky vylučují se zvyky jedinců v nové společnosti. V takovém případě je nutné klientovy normy, zvyky, postoje a další změnit tak, aby mohl být akceptován novou společností. Resocializace neprobíhá jen u jedinců s nějakým problémem (například se závislostí nebo po výkonu trestu odnětí svobody). (Průcha, Veteška 2012, s. 217)

Dle Matouška je cílem resocializace přimět klienty, kteří nežijí přijatelným způsobem života, aby se k přijatelnému způsobu vrátili. Tento návrat však vyžaduje, aby klienti změnili postoj k životu a často i hodnoty. Jestli se klient vrátí k běžnému způsobu života záleží na tom, jestli je vhodně zvolen program a jestli klient pomoc přijme. Je důležité klienta správně motivovat, protože ne vždy je klient v léčbě dobrovolně. Služby a aktivity s klienty na sebe musí vhodně navazovat, aby změna byla trvalá. (Matoušek 2008, s. 174)

Resocializace klienta je proces, při kterém se pracovníci snaží začlenit klienta zpět do běžného života. Mezi formy resocializace můžeme zařadit například terapie, poradenství, chráněné dílny, nácvik dovedností, rekvalifikační kurzy a další. Cílem resocializace je, aby klient získal co nejvíce sociálních dovedností. Dříve se resocializace považovala za službu, která je poskytována až ve chvíli, kdy klient abstinuje (po léčbě). V současné době se však přistoupilo k názoru, že resocializace může probíhat i u uživatelů nebo klientům, kteří docházejí na substituční nebo jinou léčbu. Resocializační aktivity můžeme najít již v nízkoprahových zařízeních. Je však

velmi důležité, aby aktivita byla zvolena správně podle možností a potřeb klienta. (www.drogy-info.cz 2015, [online] [cit. 2020-04-29])

Můžeme se také setkat s označením rehabilitace. Při rehabilitaci se klient snaží získat zpět dovednosti, které zapomněl, nebo získat úplně nové, které jsou v běžném životě potřebné. (www.drogy-info.cz 2015, [online] [cit. 2020-04-29])

Dle Jílka se resocializace často nazývá doléčováním a upřednostňují takový model, ve kterém by měl klient zůstat bez závislosti, ať už na alkoholu, hraní či drogách. Návrat do běžného života však nevidí pouze v abstinenci, ale hlavně v znovuosvojení si dovedností potřebných pro život. Abstinenci vidí jako základ, ale rozhodně ne konec. Klienti nemají problém abstinovat. Problém nastává ve chvíli, kdy se má vrátit do prostředí, ze kterého předtím odešel. (Jílek 2008, s. 185 – 189)

Závislost nemá jednu příčinu, proto nelze předpokládat, že je možné všechny klienty resocializovat stejným způsobem. Způsoby, jimiž se klientům pomáhá, se vyvíjejí postupně. Jako první si popíšeme posilování motivace. Pracovník učí klienta pracovat se strategiemi, které bude v běžném životě potřebovat. Mezi ně patří například: vyhýbání se sporu, empatie, sebedůvěra a další. S pracovníkem poté pracují na návratu situací, se kterými se klient může setkat. Přivádí rozhovor také na téma drog, aby si klient uvědomil, že se ho na toto téma může kdokoliv zeptat. Podporuje jeho soběstačnost a snaží se ho přivést k dosahování pozitivních cílů v životě. Pracovník by se nikdy neměl dostat do konfliktu s klientem, v opačném případě by to klientovi mohlo spíše uškodit. Nesouhlas může využít ke konfrontaci klienta. Ta musí být ovšem provedena velmi opatrně. (Nešpor 2000, s. 59 – 64) V knize je popsáno také mnoho postupů, které se dají na klienta aplikovat. Ať už v léčbě, po ní nebo jako nácvik pro běžné situace. Aktivitu by ale měl dělat vždy jen někdo, kdo je v práci s klienty zkušený.

Pro další resocializační postup můžeme považovat vnímání vnějšího světa a sebe, kdy si začne dotyčný uvědomovat hrozby. To může probíhat jak vnitřně (bažení), tak z vnějšku (například reklama nebo nabídka alkoholu). Dále to pomáhá například i k začlenění do běžných činností každodenního života. Klient na sobě pozná, co se s ním děje a může tak předcházet nepříjemným situacím. Způsobů, jak klient může dojít k lepšímu vnímání, je řada. Můžeme mezi ně zařadit například pohybové aktivity: jóga, meditace nebo jiné cvičení, které je klientovi pohodlné. Jako další aktivity můžeme zařadit

například psaní deníku, kresba, práce s pomůckami, terapie a další. Hlavním cílem dobrého vnímání sebe i okolí je, aby klient byl schopen rozpoznat spouštěče a rizikové faktory a dokázal se jim včas vyhnout. (Nešpor 2000, s. 64 – 66)

Dle Šotolové má hlavní vliv na resocializaci motivace klienta. Klient si musí uvědomit a přiznat, že je na jeho životě něco špatně a musí se změnit. Důležité je, aby si přiznal, že je na užívané droze závislý a potřebuje pomoc. Musí si uvědomit, že velká zodpovědnost na změně jeho života je přímo na něm. Měl by přijmout nabízenou pomoc. Nezáleží na tom, jestli bude preferovat pomoc rodiny, okolí, pracovníků některé ze služeb nebo všechno dohromady. Mnozí klienti se musí vypořádat s tím, že jim léčba ze začátku přijde moc tvrdá. (Šotolová, [online] [cit. 2020-04-30])

Metod resocializace může být celá řada. Můžeme mezi ně zařadit například: výchovné rady, přesvědčování, nácvik zvládání zátěžových situací, příklady, motivační trénink, samospráva a podobně. Vždy hraje velkou roli individuální přístup. Pracovník by měl klienta znát – v jaké situaci se nachází, jeho prostředí, zaměstnání a tak dále. Může pak zvolit nejvhodnější metodu, která by klientovi mohla pomoci. Můžeme však narazit na určité překážky, které by mohly proces resocializace znesnadnit, nebo překazit. Překážka může být na straně klienta. Klient si nemusí připouštět, že je na jeho chování něco špatně nebo svou situaci zlehčuje. Další překážka může být na straně pracovníka. Pracovník může pracovat se skupinou s jistými předsudky. Proto pak práci nevykonává tak, jak by měl. Další bariéra může být sociálně kulturní. Ta vychází z toho, jak se na danou skupinu dívá společnost. (Kraus 2010, s. 317 – 318)

5.1 Motivační rozhovor

K resocializaci klienta může pracovník přispět motivačním rozhovorem, kterým se snaží přimět klienta k méně rizikovému chování. Motivační rozhovor je technika, která se používá pro mapování situace klienta. Snaží se také podporovat jeho rozhodování směrem ke změně. Důležité je, aby pracovník klienta v rámci rozhovoru neodsuzoval a neměl k němu příliš direktivní přístup. Cílem je, aby si klient sám uvědomil, že je něco jinak, než by chtěl a měl motivaci s touto skutečností něco dělat. Na motivaci se však musí pracovat. Řada klientů je potom schopná nějakou změnu uskutečnit. Ať už s větší nebo menší podporou.

Je důležité, aby si pracovník s klientem kladli jen takové cíle, které je klient schopný splnit. Přehnaně vysoké cíle mohou celou snahu zničit a klienta naopak demotivovat. Klient je největší odborník na řešení svého problému, a to pracovník musí respektovat a ujišťovat o tom i klienta. (Větrovec in Kontaktní práce 2007, s. 189 – 190)

Při motivačním rozhovoru můžeme použít několik technik. První z nich je technika *otevřených a uzavřených otázek*. Uzavřené otázky jsou takové, na které klient může odpovědět jednoslovně – například ano, ne, číslicí a podobně. Otevřené otázky dávají klientovi větší možnost, aby se rozpovídal. Může téma rozhovoru navést na téma, o které zrovna chce mluvit a připadá mu podstatná.

Druhou možnou technikou je *reflektivní naslouchání*. Pro tuto techniku je, abychom pochopili sdělený obsah tak, jak klient skutečně myslí. Klient se může nepřesně vyjádřit, nebo pracovník může nesprávně pochopit, jak klient sdělení myslel. Role pracovníka v tomto případě je, aby reflektoval to, co klient řekl. Docílí tak toho, že si ověří, že informaci správně pochopil. Klient také uvidí, že mu pracovník skutečně naslouchá a rozumí mu. Kdyby došlo k nějaké nepřesnosti, tak má klient prostor doplnit nebo upřesnit informaci. Důležité je, jaký tón hlasu pracovník zvolí a jakým způsobem se ujišťuje, zda klientovi správně rozumí.

Další možnou technikou je *potvrzování a oceňování*. Potvrzování a oceňování patří k velmi důležitým prvkům při práci s klientovou motivací. Klienti se často nacházejí ve velmi těžké situaci a za ocenění stojí už to, že jsou ochotni se sejít a svěřit se často i s velmi osobními věcmi. Je dobré také klienta pochválit i za malé změny k lepšímu. Ať už je to spojeno s užíváním, nebo ne. Podstatné ne, že pracovník klientovo chování chápe a neodsuzuje jej, i když s ním nemusí souhlasit. Zodpovědnost za svůj život a jednání má vždy klient.

Třetí technikou je technika *shrnování*. Tato technika pomáhá při rozhovoru k udržování tématu a zaměření se na podstatu problému. Klienti mají tendence řešit všechny problémy najednou. Postupným probíráním se problémů, které ho trápí, se můžeme dostat k jednomu, který je nejpodstatnější. Poté je důležité s ním řešit, jak by měl postupovat, aby vyřešil onen nejpodstatnější problém. Následně ještě rekapitulujeme, co jsme se od něj dozvěděli.. Klient tak může slyšet problémy i jinak řečené a může na ně získat jiný pohled. Může si například uvědomit to, který z problémů je pro něj nejpodstatnější. Shrnout situaci může pracovník na začátku, kdy mu klient řekne nějaké

informace a potřebuje se v nich zorientovat nebo vybrat, o kterém tématu chce při schůzce mluvit. Shrnutí může pracovník udělat ale také na konci, aby klientovi zopakoval, o čem se bavili nebo na čem se domluvili.

Cílem všech technik by mělo být to, že si klient uvědomí, že mu něco nevyhovuje a chtěl by to změnit. Uvědomuje si, že změna nebude lehká a nemůže změnit všechno najednou. Měl by mít dostatek informací, které potřebuje k tomu, aby věděl, jaké kroky může podnikat, aby svou situaci změnil. Dodá mu to na pocitu kompetentnosti. Musí si však uvědomit, že změnu musí provést on a nikdo jiný ji za něj neudělá. (Větrovec in Kontaktní práce 2007, s.194 – 196)

5.2 Kolo změny

Kolo změny je model, který ukazuje fáze, které člověk prožívá při rozhodování o změně, samotné změně a jejím udržení. Může se aplikovat na jakýkoliv proces změny, ne jen v souvislosti s návykovými látkami.

V rámci modelu kola změny pozorujeme, v jaké fázi motivace ke změně klient je. Kolo má šest fází – před uvažováním o změně, uvažování o změně, rozhodnutí, akce, udržení změny a poslední fází je běžný život bez drog. Ideální je, když se klient posouvá od první až k poslední. Je důležité konečnou fázi udržet, jinak hrozí relaps. Běžně se však stává, že klient se na kole změny vrací zpět, nebo z něj úplně vypadne. Je důležité, aby pracovník věděl, v jaké fázi se zrovna klient nachází a volil podle toho vhodné postupy.

Období před uvažováním o změně – v této fázi se nacházejí většinou klienti, kteří neužívají drogy dlouho nebo experimentátoři. Tato skupina klientů si často ani neuvědomuje, že by jejich užívání mohl být problém. Může to být způsobeno i tím, že mají málo informací nebo si je nechťejí připustit. Pracovník by takovému klientovi měl podat co nejvíce objektivních informací o rizicích, které plynou z klientova jednání. Neměl by mu však vyhrožovat tím, co všechno se může stát. Klient si na problém, který vzniká užíváním, musí přijít sám. Nejprve vidí na užívání jen to dobré, ale postupem času se začnou objevovat i negativa. K odhalení negativ může pracovník pomoci. Tento stav, kdy klient ještě ani neuvažuje o změně, může trvat velmi dlouho. Někteří klienti se do další fáze nemusí dostat vůbec.

Období uvažování o změně – klienty v této fázi potkáme nejčastěji. Klient je již schopný si uvědomit, že s jeho chováním není něco dobře a že užívání nemá jen světlé stránky. Dává si dohromady pro a proti, která mu užívání přináší. Je si vědom toho, že nějaká změna by nastat měla, ale neví, čeho je schopný se vzdát a jaká konkrétní změna by to měla být. Pracovník může poukazovat na to, jaké argumenty klient má a přimět klienta o nich více uvažovat. Měl by také klientovi dodávat odvalu. Je ovšem důležité, aby klient všechno nechtěl změnit hned. Změna pro něj musí být dosažitelná.

Rozhodnutí – pokud klient dojde k rozhodnutí, že chce něco změnit, musí mít představu, jak by to šlo udělat. Proto mu pracovník nejdříve pomůže uvědomit si, jak by vlastně měla změna vypadat. Pracovník pak přichází s nabídkou, jaké reálné možnosti připadají v úvahu. Klienti mají často zkreslené představy, jak by takové změny mohly vypadat. Je důležité, aby klient věděl, že se můžou objevit určité překážky. Je tedy podstatné s ním o nich mluvit a přijít na to, jak by je mohl řešit. Zde nastává čas, kdy se pracovník snaží klienta navázat na další zařízení, která by pro něj mohla být nejužitečnější a nejvíce se blíží jeho představám.

Akce – pro fázi akce je rozhodující rychlost. Měla by následovat co nejdříve potom, co se klient rozhodl změnu učinit. Pracovník například může klientovi dát kontakt na zařízení, které si předtím vybral. V ideálním případě, aby zařízení ihned kontaktoval a domluvil se na dalším postupu. Když klient koná hned, nemá tak čas na odkládání akce na neurčito. Může to pracovníkovi ukázat, zda má klient ke změně skutečně motivaci. Změna však nastává ve chvíli, kdy klient do zařízení přijde nebo změní své chování. Může se ale také stát, že klient se k akci vůbec neodváží nebo v procesu z jakéhokoliv důvodu skončí. Proto je důležité, aby pracovník opakoval, že se nic neděje a klient může znovu přijít, jelikož se klienti za svůj neúspěch často stydí. V každém případě je ale nutné klienta podporovat. Pomoci mu uvěřit, že má dostatek schopností na to, aby akci provedl a chválit ho za každý krok správným směrem. Byť se krok může zdát sebemenší, pro klienta to vždy znamená alespoň nějaký posun.

Udržení změny – s klientem se v této fázi pracuje jen tehdy, pokud cílem nebyla úplná abstinence. Kdyby byla cílem úplná abstinence, klient se pak s pracovníkem již nepotkává, protože to není vhodné. Pracovník se pohybuje v prostředí, které je pro klienta velmi rizikové (například další klienti a místa, která má spojená s užíváním návykových látek). Pokud klient přijde, pracovník musí zjistit, zda se klientovi

jeho změna povedla. O udržení změny se pracovník snaží ve chvíli, kdy se jedná o změnu, která se týká Harm Reduction.

Relaps – relaps nastává ve chvíli, kdy se klient vrací k nežádoucímu chování. Pracovník musí v průběhu změn klienta upozorňovat na to, že by tento stav mohl přijít a pomoci mu najít strategie, jak relapsu předcházet, popřípadě se s ním vyrovnat. V případě, že klient zrelapsuje, je dobré, aby se ho pracovník snažil podržet a podpořit ho, aby nespádl zpět do počátečních fází kola. (Větrovec in Kontaktní práce 2007, s. 190 – 194)

5.3 Prevence

Prevence jsou opatření, která vedou k předcházení, ochraně a zachování zdraví. (Hejda 2004, s. 10)

V oblasti užívání drog můžeme prevenci rozdělit na: primární, sekundární a terciální. Při práci s drogově závislými klienty mluvíme o terciální prevenci. Cílem terciální prevence je, aby se klientův stav nezhoršoval. Dále se snaží napravit všechny škody, které klient za dobu užívání napáchal. V neposlední řadě se snaží také předejít recidivě. (Sawicki 2008, s. 84)

Dle Švece si terciální prevence klade za cíl snižování rizik spojených s užíváním drog a možným předávkováním. Pracuje také se škodami, které klientovi vznikly v době užívání drog a snaží se, aby jich nevznikalo více. Připouští, že ne vždy musí být cílem abstinence. Občas se přechází k cíli bezpečného užívání - Harm Reduction. Princip Harm Reduction je popsán v kapitole 4.2. V co největší možné míře by cílem však měla být abstinence a prevence relapsu. (Švec 2007, s. 17)

Relapsem označujeme stav, kdy se klient po nějaké době abstinence vrátí zpět k drogám (je jedno, po jak dlouhé době). Největším cílem prevence je změnit klientův přístup a postoj k drogám. Učí ho překonávat překážky tak, aby je zvládal i bez úniku k drogám. Příchod možného relapsu můžeme pozorovat. Předchází mu totiž bažení po droze. Negativním znamením může být i vnější událost. Záleží, jak na ni klient zareaguje. Gossop uvádí, že u uživatelů heroinu se ve větší míře osvědčila metoda odvádění pozornosti. Říká také, že prevence relapsu je u některých klientů méně vhodná než u jiných. Ukazuje se, že je vhodná spíše pro závažnější případy. Pro klienty,

kteří užívají více, déle, nebo mají nedostatečné dovednosti v běžném životě. Takoví klienti mají pak daleko lepší výsledky. (Gossop 2009, s. 31 – 33)

U klienta je potřeba zvýšit kontrolu, kterou nad sebou on sám má. Nejde jen o to, aby se klient vyhýbal momentům, které by mohly vést k relapsu, ale také o to, aby byl schopen je zvládat. Nelze předpokládat, že se jim vyvaruje úplně, ale je nutné, aby věděl, jak se má zachovat, aby předešel případnému relapsu. Musí vědět, jak se v takové situaci cítí a také jak má reagovat na různé možné scénáře nastalých problémů. K tomu slouží nácvik dovedností. Za hranicí možností, které dotyčný musí dokázat ustát, může být například negativní emoční stav, jako je vztek, úzkost, frustrace, deprese, nuda, spory s osobami v okolí (s rodiči, kamarády, kolegy a tak dále). Rizikové může být také setkání s někým, koho má klient spojeného se svou drogovou minulostí. Musí být připraven na to, že se může objevit jedna ze situací nebo také více situací najednou. Je také důležité připravit klienta na to, co se může stát, když drogu znovu užije. Když se to stane, může mít klient pocity viny z toho, že selhal. Může cítit hněv, protože vynaložil tolik úsilí a nevydržel abstinovat. Může být zklamaný ať už z drogy nebo z léčby. Je důležité klienta ujistit, že se může na někoho znovu obrátit. Klienti se často bojí, že je pracovníci odsoudí nebo na ně budou naštvání, protože nedokázali odolat a drogu znovu užili. (Kalina 2013, s. 339 – 341)

Prevence relapsu probíhá různě. Podle Kaliny může probíhat například takto: V první fázi se klient seznamuje s tím, jak relaps probíhá. Snaží se mapovat to, jak by se asi v určité situaci zachoval. Ve druhé fázi se učí rozpoznat, jaké situace jsou pro něj nebezpečné. Snaží se objevit nějaký rituál, kterým by odvedl svou pozornost od podnětu, který ho nutí myslet na drogu. Dalším krokem je, aby se klient naučil reagovat na situaci, kdy by si drogu vzal. Může tím zabránit plnému relapsu. Toho může dosáhnout například nácvikem situací, relaxace, plánováním a tak dále. (Kalina 2013, s. 341 – 342)

6 Pracovník K - centra

Pracovníkem K - centra může být každý, kdo má na to, dle zákona, potřebné vzdělání nebo si udělá kurz pracovníka v sociálních službách.

Pracovníci v K - centru jsou rozděleni podle vzdělání. Jsou vedeni jako pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, popřípadě vedoucí. Pracovník v sociálních službách zahrnuje všechny, ať už se jedná přímo o pracovníky center, manažery nebo ekonomy. Každý z nich by měl mít alespoň minimum znalostí a dovedností v sociální oblasti. Sociální pracovník je potom ten, který vystudoval příslušný obor na úrovni alespoň VOŠ.

Každý pracovník se stýká s klienty, proto by měl být, ať již pracuje na jakékoliv pozici, ke klientům laskavý, mít pro ně pochopení, dbát na jejich bezpečí a podobně. Musí znát informace, které se vztahují ke klientele, se kterou pracují. V K - centru se informace týkají drog, bezpečného užívání, rizikových aktivit, infekčních chorob a podobně. Pracovníci mají k dispozici letáčky, které můžou klientovi dát, aby si mohl informace připomenout. Pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí. To znamená, že nesmí podávat informace, které by mohly vést k identifikaci klienta. (Havrdová 2001, s. 30 – 31)

Pracovník K - centra by měl s klientem udržovat takový vztah, aby byl schopný odhalit všechny překážky, které by mohly vést k nezvládnutí své situace. Mezi překážky můžeme řadit například komplice se zdravím, psychikou či sociální situací, ekonomické problémy a podobně. Práce s klienty je zaměřena velmi široce, proto se pracovním nesmí bát klientovi přiznat, že něčemu nerozumí. Zároveň by mu ale měl nabídnout, jak situaci řešit: například informace vyhledat, nebo předat kontakt na člověka nebo instituci, kde mu s jeho situací mohou pomoci. Je potřeba také pracovat s tím, že situaci klienta ovlivňují i jiní lidé nebo instituce. Proto je nutné zjistit celou situaci a podle toho jednat. Pracovník však musí počítat s tím, že mu klient nemusí říkat úplně všechno, nebo si situaci může dle své potřeby upravovat a vymýšlet.

Měl by být jakýmsi prostředníkem mezi společností a klientem. Pracuje na tom, aby se klient snažil v co největší možné míře alespoň přiblížit společenským normám. Na druhou stranu se ale také snaží přiblížit svět klientů neuzivatelské populaci, aby nedocházelo ke stigmatizaci klientů. (Janebová in Kontaktní práce 2007, s. 75 – 78)

Velmi důležitým aspektem při práci sociálního pracovníka je zázemí. Klient do kontaktního centra přichází na návštěvu. V případě, že nerespektuje pravidla,

kteřá jsou nastavena, může ho pracovník odmítnout. Mezi pravidla center patří například zákaz manipulace, aplikace, nebo prodej nelegálních látek. Dále klienti nesmějí manipulovat se zbraněmi, napadat ostatní klienty a podobně. Když klient nerespektuje pravidla, může být vykázán z centra a může mu být udělena sankce, a to například zákaz vstupu po určitou dobu. (Kalousek in Kontaktní práce 2007, s. 129)

Pracovník v terénu ztrácí výhodu zázemí. Svou práci vykonává přímo na ulici, kde si nemůže nastavit pravidla jako v kontaktním centru. Terénní pracovník by měl být nějak označen. Toto označení by mělo být čitelné pro cílovou skupinu klientů. Pro veřejnost by toto znamení však nemělo být výrazné na tolik, aby byl pracovník rozpoznán. Klientům tento symbol pomáhá také například rozpoznat, zda je pracovník v práci, nebo zda ho potkal, když v práci není. (Kalousek in Kontaktní práce 2007, s. 130)

Kontakty s klienty jsou v obou případech zaznamenávány. Záznamy se dělají anonymně. Zaznamenávají se pouze informace, které jsou nutné k poskytování služeb. Pracovník může některou z informací, kterou mu klient poskytl, použít, když jedná ve prospěch klienta. Například když ho potřebuje objednat k lékaři, protože mu vyšel reaktivní test na infekční chorobu nebo kvůli informacím ohledně léčby a podobně. V takovém případě je ovšem nutné, aby klient podepsal souhlas o tom, že pracovník může s jeho osobními údaji nakládat. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2007, s. 24)

6.1 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník je ten, který má na starosti určité klienty. Stará se o to, aby byla správně vedena jejich dokumentace. Když je potřeba, tak za ně může komunikovat s dalšími institucemi. S klientem může pracovat i jiný pracovník, ale závažnější situace řeší se svým klíčovým pracovníkem.

Každý klient má přiděleného svého klíčového pracovníka. Klíčový pracovník dělá individuální plánování pro daného klienta, dohlíží na průběh práce s klientem a hodnotí naplňování cílů. Klíčovým pracovníkem by měl být pracovník, který se s klienty setkává. Pomáhá jim si uvědomit, jaké mají cíle a jak jich mohou dosáhnout pomocí vlastních dovedností, popřípadě se je pokouší zkompetentnit. Individuální plánování vždy probíhá pomocí domluvy mezi pracovníkem a klientem. Cílem je, aby využívání služeb bylo co nejefektivnější a aby klient čerpal vše, co potřebuje. A naopak nechtěl

čerpat něco, co nepotřebuje. Pracovník se s klientem o jeho potřebách baví, protože klient nemusí hned vědět, co všechno by mohl od služby potřebovat nebo při prvním kontaktu nemusí zachytit vše, co daná služba nabízí. Klíčový pracovník, může hrát velkou roli, při práci s klientem. Pracovník musí být pro klienta důvěryhodný, musí se s ním cítit bezpečně a mít pocit, že se mu může vždy s každým problémem svěřit. Pracovník musí jednat se všemi klienty stejně, nehledě na to, zda je mu klient více či méně sympatický. Projevení nesympatie by mohlo vést k ovlivnění spolupráce ve špatném slova smyslu. (Bicková 2011, s. 115 – 118)

6.2 Kontaktní práce v danou chvíli

Kontaktní práce v danou chvíli znamená, že pracovník okamžitě reaguje na situaci a rozpoložení klienta. Měl by co nejvíce využít dané podmínky, které daný kontakt nabízí.

Nízkoprahové programy nemají daný pevný čas, kdy, kde a na jak dlouho musí klient přijít. Proto musí pracovník pracovat se situací, ve které se zrovna nachází. Nikdy neví, jestli klient příště přijde a jestli bude mít chuť nebo odvalu se o daném tématu znovu bavit. Může se stát, že klient už nikdy nepřijde nebo již nebude v tématu tolik otevřený. Proto je důležité, aby se pracovník soustředil na to, jak se s klientem dá v současné chvíli pracovat. Je však nutné zvážit, jaké informace klientovi dává. Může se stát, že informací sdělí příliš mnoho a klient si nebude nic pamatovat nebo se mu vše poplete dohromady. Proto je dobré informace předat ústně a poskytnout i letáček, aby si všechno mohl v klidu znovu přečíst a k informacím se vrátit, když je bude potřebovat. V ideálním případě se snažíme klienta namotivovat k dalšímu setkání. Pracovník musí také brát v potaz to, v jakém stavu klient přišel. Klient může přijít intoxikovaný, ve fázi cravingu nebo s abstinenčními příznaky. Jeho stav však můžou ovlivnit i věci, které s drogou nesouvisí, jako například rodinná nebo pracovní situace a podobně. (Herzog in Kontaktní práce 2007, s. 179 – 180)

Při prvním kontaktu s člověkem je nutné zjistit, zda je vhodný pro to, aby se stal klientem. Když pracovník zjistí, že je daný člověk vhodný, udělá z něj klienta. Služby je sice anonymní, ale přesto pracovník potřebuje vědět alespoň nezbytně nutné informace. Nezbytně nutná informace je například křesní jméno nebo přezdívka, jakou drogu a jak klient užívá. A také informace, ze kterých se sestavuje kód. Dále se může

pracovník dozvědět informace, které k vykonávání služby nejsou podstatné. Dozvídá se je při běžném kontaktním hovoru například: jestli klient pije radši kávu nebo čaj, jaké je počasí, nebo jaký má rád sport a podobně. Nutné je také to, aby pracovník klienta informoval o tom, o kterých tématech se naopak zmiňovat nesmí. Mezi ně patří taková témata, která podléhají ohlašovací povinnosti. (Herzog in Kontaktní práce 2007, s. 187)

6.3 Hranice

Pro vztah mezi pracovníkem a klienty jsou velmi důležité hranice. Určují, co jsou práva a povinnosti jednoho či druhého. Klienti přirozeně zkoušejí, kam až je pracovník ochotný zajít. Úkolem pracovníka je, aby se nenechal přesvědčit, aby hranice překračoval. Jejich překračování může mít vliv na vztah s klientem, s ostatními klienty, ale i na fungování celého týmu. Problémem může také být, když pracovník přijímá klientovi problémy za své. Trpí tím nejen pracovník, ale také celý proces pomáhání. Hranice musí být pevně nastaveny pro všechny klienty. Důležité však je stále hledět na individualitu klienta. Což však neznamená, že by měl mít každý jiné podmínky. (Kopřiva 1997, s. 74 – 78)

Hranice jsou potřeba kvůli ochraně klientů i pracovníků. Pomáhají udržet bezpečný, otevřený, stabilní a transparentní vztah, který je definovaný klientovou potřebou. Hranice ohraničují to, jak se jeden ke druhému může chovat. Nedodržování hranic může vést k velkým problémům. V takovém případě je možné, že dojde k narušení vztahu, nebo ohrožení služby jako takové. (Cooper 2012, s. 30)

Klienti jsou často zvyklí hranice vůbec nedodržovat, proto je velmi důležité, aby pracovník hranice držel pevně. Musí si být taky vědom toho, že pevné držení hranic může vést k tomu, že klient již nebude docházet. Nedodržení hranic by však mohlo narušit pracovníkův vztah s ostatními klienty. (Radimecký 2007, s. 60 – 61)

6.4 Typy práce

Práce v K – centrech je různorodá. Ale můžeme ji rozdělit do tří kategorií – přímá práce, nepřímá práce a přesahující práce.

Při přímé práci se činnost vykonává přímo s klienty. Jedná se o streetwork i práci v zařízeních nebo individuální pomoc klientům. K individuální pomoci řadíme

například doprovod k lékaři, na úřad a podobně. Pomoc může být individuální nebo skupinová.

Nepřímá práce zahrnuje činnosti, které pracovník vykonává bez klientů, ale jsou velmi důležité pro chod centra. Můžeme sem zařadit například jednání s institucemi, administrativa, zajišťování potřebného materiálu a podobně. Přímá a nepřímá práce by v ideálním případě měla být časově vyvážena.

Přesahující práce v sobě částečně zahrnuje obě dvě předešlé formy. Touto formou jsou řešeny problémy, které vznikají při přímé práci s klienty. Patří sem například intervize, supervize, metodické vedení a podobně. Pracovník tak může přednést problém, který má. Může se jednat o klientův problém, problém s klientem nebo pracovníkův problém. Pracovníci pak společně s intervizorem a supervizorem hledají efektivní řešení problémů. (Bednářová 2000, s. 23 – 26)

7 Výzkumné šetření

Téma závislostí je ve výzkumném šetření posuzováno v kontextu kontaktních center jakožto pracovišť, která jsou součástí sociálních služeb nízkoprahového typu. Jejich specifikem je především práce v rovině terciální prevence. Zásadním nástrojem je zde mnohdy samotný pracovník. Záleží na jeho osobnostní a profesní stránce.

7.1 Teoretická východiska výzkumu a cíl výzkumného šetření

Z odborných pramenů citovaných v úvodních kapitolách i z praxe vyplývá, že závislost na drogách změnil život závislému, ale i jeho rodině a okolí. Takový člověk se může dostat do problémů ve všech oblastech svého života. Jednat se může například o finanční problémy, problémy v práci, střet se zákonem nebo mnoho dalších. Někteří klienti se z této situace chtějí dostat, někteří naopak ne. Od motivace se mimo jiné odvíjí i možnost zdárné resocializace. Kontaktní centrum je místo, kde mohou problémoví uživatelé drog sdílet svoje témata spolu s pracovníkem, který jim dokáže v lecčem poradit a hledat cesty k tomu, aby se znovu zařadili do společnosti, rodiny, pracovního života a tak dále.

Cílem výzkumu je proto zjistit pohled pracovníků kontaktních center na resocializaci klientů těchto zařízení. Dílčími cíli je zjistit obecně hodnotící pohled pracovníků kontaktních center na resocializaci klientů K - center, zjistit z pohledu pracovníků motivaci klientů k resocializaci. A v neposlední řadě zjistit, které faktory dle pracovníků proces resocializace klientů ovlivňují.

Dřívější výzkumy se zaměřovaly na resocializaci klientů, ale výzkum z pohledu pracovníka K - centra autorka nenašla. Resocializací se ve své bakalářské práci zabývá například Freitagová nebo Míková. Tato práce přináší nový vhled do problematiky. Gavora toto nazývá prediktibilitou. Autor si vytvoří jiný úhel pohledu, než byl dosud popsán, aby mohl teorii popsat i z jiné stránky a nadále ji rozvíjet. (Gavora 2010, s. 15)

7.2 Výzkumná strategie

Pro výzkumné šetření byla s ohledem na cíl výzkumu zvolena **kvalitativní** výzkumná strategie. Její předností je možnost získat detailní data, zjistit podrobnosti například v podobě individuálních zkušeností postojů atd. Popisuje vnitřní a vnější realitu.

Zkoumá fenomény, které jsou neopakovatelné a jedinečné. Lidé je mohou vnímat velmi odlišně. Záleží na kontextu, podmínkách a času. Zkoumaný fenomén vznikl a vyvíjí se. Proto je důležité na to při výzkumu hledět. (Miovský 2006, s. 17 – 18)

Metodou sběru dat se stal polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla zvolena, kvůli svému potenciálu pro získání hlubších informací o zkoumané problematice a podrobnějších názorů pracovníků. Díky kvalitativnímu přístupu a metodě polostrukturovaného rozhovoru můžeme pomocí indukce přijít na informace, které jsme v původním východisku nečekali. Když používáme indukci, můžeme odvodit z výpovědí respondentů nějaké obecné tvrzení. Tvrzení ovšem nemají všechny možnosti, proto mají pouze pravděpodobnostní povahu. (Švaříček, Šedová 2007, s. 14)

V **polostrukturovaném rozhovoru** má výzkumník připravené otázky, na které by se během rozhovoru chtěl zeptat. Nemusí však otázky pokládat přesně v pořadí. Většinou přihlíží k tomu, jak plyne rozhovor a podle toho pokládá otázky, které má již připravené nebo klade doplňující otázky k tématu. Při rozhovoru rovněž působí takzvaná formulační volnost. Díky formulační volnosti je rozhovor více spontánní a to může vést k větší spolupráci mezi tazatelem a respondentem. (Jedlička a kol. 2018, s. 385) Důležité také je, aby výzkumník nezačal s otázkami ihned po setkání s respondentem. Je dobré, aby výzkumník navodil příjemnou atmosféru a tak se respondent uvolnil a řekl mu co nejvíce informací. Gavora (2010, s. 202) toto označuje jako raport.

Při vedení rozhovoru je vhodné, aby se výzkumník zaměřil na označení, které ve svých otázkách použije. Je důležité, aby respondent otázky chápal. Neměl by proto používat odborné termíny, kterým by respondent nemusel rozumět. V opačném případě hrozí, že respondent začne termíny používat, protože si bude myslet, že to od něj výzkumník chce. S termíny by však mohl převzít i názor výzkumníka a odpověď by neodpovídala realitě. (Gavora 2010, s. 201)

Jako metoda analýzy dat byla využita zakotvená teorie. Vzhledem k dosavadním, spíše menším zkušenostem s výzkumy, zvolila autorka první fázi – otevřené kódování a kategorizaci

Otevřené kódování je metoda, kdy výzkumník sestavuje kódy a kategorie podle toho, co se v textu opakuje. Kódovat lze slova, odstavce, nebo celý text. Cílem je rozkrytí textu. Nejdříve se určují kategorie. K těmto kategoriím se poté určují kódy. (Hendl 2005, s. 247 – 248)

7.3 Výzkumný vzorek a kritéria volby respondentů

Výzkumný soubor sestával z pracovníků kontaktních center. Výzkumný vzorek pak vznikl záměrným výběrem a tvoří je tři pracovníci K – centra. Dle výzkumného záměru autorka oslovila pracovníky z různých měst, aby zjistila, zda se jejich pohled nějak liší. Kritériem byla doba, jakou pracovník v K - centru působí. Proto byli osloveni pracovníci, kteří s touto klientelou pracují již alespoň pět let. Respondenty tvořili dvě ženy a jeden muž (kvůli výzkumné etice záměrně neuvádím věk a pracoviště respondenta). Byli osloveni pomocí emailu, kde bylo popsáno, k čemu je rozhovor potřeba a čeho se bude týkat. Pracovníci byli ochotni rozhovor poskytnout, i když se nejdříve pozastavili nad tématem bakalářské práce, protože resocializace neprobíhá primárně v K - centru. Respondent muž mě požádal o zaslání otázek předem.

Respondenti, účastníci výzkumu, jsou označováni: Pracovník 1 (P1), Pracovník 2 (P2), Pracovník 3 (P3).

Pracovník 1 - K - centrum, kde respondent číslo jedna působí, se nachází ve městě, které má přibližně 31 000 obyvatel. Respondentem číslo jedna je žena. V K - centru pracovala šest let, nyní je na mateřské dovolené. Má vystudovanou vysokou školu.

Pracovník 2 - K - centrum, kde působí respondent číslo dvě se nachází ve městě, které má přibližně 93 000 obyvatel. Respondentem je muž. Kromě práce v K - centru má zkušenosti i s prací v terénu. Má vystudovanou vyšší odbornou školu.

Pracovník 3 – třetím respondentem je žena, která působí ve městě, které má zhruba 30 000 obyvatel. V K - centru pracuje pět let. Má vystudovanou vysokou školu.

7.4 Výzkumné otázky

V souladu s cílem šetření, kdy je zjišťován pohled pracovníků kontaktních center na resocializaci klientů těchto zařízení, byla formulována **hlavní výzkumná otázka** ve znění: Jak nahlíží pracovníci K - center na resocializaci jejich klientů?

Byl formulován také **vědecko – výzkumný problém** kterým je: Resocializace klientů K - center.

Dále byly formulovány **dílčí výzkumné cíle**:

1. Zjistit hodnocení možnosti resocializace klientů K - center pracovníky.
2. Zjistit z pohledu pracovníků K - center motivaci klientů k resocializaci.

3. Zjistit faktory, které dle pracovníků K - center ovlivňují proces resocializace klientů.

Dílčí výzkumné otázky naplňují HVO a souvisí také s dílčími cíli výzkumu. Jejich formulace je proto následující:

DVO1: Jak hodnotí pracovníci kontaktních center resocializaci klientů K - center jako takovou?

DVO2: Jaký je pohled pracovníků kontaktních center na motivaci klientů k resocializaci?

DVO3: Které faktory dle pracovníků kontaktních center ovlivňují proces resocializace klientů?

Tazatelské okruhy

Resocializovaný klient

Motivace klienta k resocializaci

Pohled na resocializaci

Tazatelský okruh - Resocializovaný klient

DVO 1: Jak hodnotí pracovníci kontaktních center resocializaci klientů K - center jako takovou?

TO 1: Jaký myslíte, že má vzdělání vliv na resocializaci klienta?

TO 2: Do jaké míry podle Vás záleží na zaměstnání klienta (ve smyslu toho, jestli je nebo není zaměstnaný)?

TO 3: Co myslíte o vlivu věku a pohlaví na resocializaci klientů?

TO 4: Jak podle Vás/Vaši zkušenosti resocializaci ovlivňuje délka drogové kariéry?

TO 5: Do jaké míry podle Vás záleží při resocializaci na užívané látce a způsobu užívání?

Tazatelský okruh - Motivace klienta k resocializaci

DVO 2: Jaký je pohled pracovníků kontaktních center na motivaci klientů k resocializaci?

TO 6: Co je podle Vás hlavní motivace klientů k resocializaci?

TO 7: Jakou mají dle Vaší zkušenosti klienti nejčastější motivaci k životu bez návykových látek?

TO 8: Kolik klientů podle Vás z praxe svou cestu k resocializaci dokončí a kolik jich to vzdá? A čím myslíte, že je to způsobeno?

Tazatelský okruh - **Pohled na resocializaci**

DVO 3: Které faktory dle pracovníků kontaktních center ovlivňují proces resocializace klientů?

TO 9: Jak podle vás vypadá vhodná resocializace?

TO 10: Pokud jste se potkal někdy s klientem, který se plně vrátil do života, jak tento proces vidíte?

TO 11: Pokud víte/máte zkušenost s metodou nebo přístupem, které jsou pro resocializaci efektivní, které to podle Vás jsou?

TO 12: Jaké metody a přístupy se Vám zdají v procesu resocializace jako neefektivní nebo málo účinné?

7.5 Průběh sběru dat

Rozhovory s respondenty byly domluveny v rámci jejich časových možností v rámci jednoho týdne. Vzhledem k opatřením spojeným s epidemií Covid - 19 proběhly všechny rozhovory formou videohovoru.

Každý respondent byl před začátkem rozhovoru seznámen s tím, k čemu bude využit. Byli také krátce seznámeni s obsahem předchozích kapitol, aby věděli, na co se práce zaměřuje.

Seznámení s prací mělo za cíl navození příjemné atmosféry, protože tyto informace pochopitelně znali. Navození přátelské atmosféry nebylo problém, jelikož díky praxi autorka respondenty již znala z dřívějších let.

Rozhovory proběhly ve velmi přátelském duchu. Respondenti odpovídali velmi otevřeně, i když jeden respondent na prvních pár otázkách odpovídal velmi stroze. Po pár otázkách se ovšem rozpovídal a začal své odpovědi také rozvádět.

Získaná data nebylo nutné nijak anonymizovat. Pracovníci K - center jsou vázáni mlčenlivostí a nesmí říct nic, co by mohlo vést k identifikaci konkrétního klienta. Proto v rozhovoru žádná jména ani vodítka ke konkrétním klientům obsažena nebyla.

8 Analýza získaných dat

Na začátek porovnávání je potřeba napsat, že před začátkem rozhovoru se každý z respondentů pozastavil nad tím, do jaké míry se v K - centru jedná o resocializaci. Všichni respondenti na ni nahlíží podobně. K - centrum může klienta začít učit jakési základní návyky, které se mohou zdát jako běžná věc. Mluvit se dá o socializaci, která je s resocializací provázaná. V K - centrech může resocializace začít, ale hlavní proces probíhá až v léčbě.

Doložit si to můžeme na citaci respondentů: P2: *„Hlavní resocializace je určitě až v léčbě. My jim pomáháme s věcmi, který jsou pro neuživatele běžný. Někteří se měnit nechtěj a některý na to prostě nemaj. My mu řekneme, že potřebuje občanku, pomůžeme mu ji zařídit a on ji za chvíli ztratí. Když tohle kolečko absolvuje vícekrát, tak je schopnej si tam pak dojít si to zařídit sám. Ale pak tu občanku zase ztratí. Dá se tomu vůbec říkat resocializace? K nějaké resocializaci dochází, protože klient si na ten úřad pak už dojde sám.“*

P1: *„My klientům můžeme pomoc pomocí různých technik, které ho můžou motivovat k tomu, aby o nějaké resocializaci vůbec začal přemýšlet. I když tomu resocializace neříká. Pro mnoho z nich je vysokým prahem už jen to, že musí třeba zvednout telefon a do léčby zavolat.“*

Z výsledků výzkumu v této souvislosti vyplývá, že kontaktní centra nejsou prvořadými pracovišti pro realizaci samotné resocializace. Mohou plnit významnou roli v posilování motivace klienta, tento proces započínat a podporovat ho v setrvání, případně klienta vhodně delegovat do zařízení, které plní roli průvodce procesem resocializace.

Níže je představena analýza získaných dat. Pro přehlednost je nejprve uvedena dílčí výzkumná otázka, následuje krátké shrnutí, formulace názvu kategorie a kódy a text, ze kterého vzešla.

DVO1: Jak hodnotí pracovníci kontaktních center resocializaci klientů K - center jako takovou?

Respondenti se shodli na tom, že popsat resocializaci z pohledu někoho, kdo pracuje v K - centru je velmi těžké. Mají realistický pohled na své klienty a vědí, že není mnoho klientů, kteří se zařadí do běžného života. Problém je také v tom, kdy je resocializace

dokončena a jestli vůbec. V K - centru můžou s klienty pracovat na motivaci a položit „základní kámen“ k resocializaci.

Ze zjištění vyšly tyto kategorie: **Kategorie 1: V K - centru je možné začít resocializaci.**

Kódy: Začátek resocializace, Nedirektivní přístup

Pro tuto kategorii svědčí odpovědi respondentů.

P1: „*To nemůžu posoudit. U nás to může začít. Snažíme se téma léčby nadhazovat v rozhovorech, když je k tomu správná příležitost. Nesmíme na ně ale tlačit, to by se na nás mohli naštvat a nepřijít už nikdy. (...) Když budu mluvit o resocializaci, tak je to fakt hodně individuální a u nás je to fakt začátek. Pro někoho je problém se třeba osprchovat pravidelně. To my se snažíme s nimi řešit, že je to potřeba, nebo si čistit zuby.*“

V K - centrech se klienti učí získat dovednosti, které jsou pro neuživatelskou populaci běžné. Klienti často ztrácejí povědomí o normách a zvycích společnosti. Proto je potřeba, aby si je znovu osvojili, když se chtějí zařadit zpět do společnosti.

P2: „*Tyjo nevim.. Bavíme se s nima o naprosto běžných věcech. Například o hygieně, kterou né všichni maj úplně tip top. Řešíme, jak bydlí, nebo jestli jsou nahlášený na úřadu práce, když nemají práci. Tohle my řešíme. Určitým způsobem to změna je. A jestli to trvá i po léčbě to nevim. Za náma už pak nejdou. A je to lepší, aspoň se vyhýbají prostředí a lidem, se kterýma mají spojené brání. Občas někoho potkám, protože se třeba vrátil do města. Ale buď se jen pozdravíme, nebo prohodíme pár slov a dál.*“

P3: „*No resocializace... K nám chodí i klienti, kteří jsou plně socializovaní. Mají práci, rodinu, bydlení a tak. U ostatních je to začátek. Působit v pozitivním slova smyslu se snažíme na všechny klienty a máme radost, když je třeba naučíme něco, co je zdánlivě samozřejmé. Stalo se nám třeba to, že jsme klienta učili s počítačem, pak si zařídil léčbu. Po nějakém čase přišel email, že nám děkuje za to, co jsme pro něj udělali, a že se má dobře. Ale většinou o těch klientech už nevíme.*“

U druhé a třetí odpovědi si můžeme všimnout, jak je těžké říct, kolik klientů se resocializuje. Když už se to někomu povede, do K - centra již nepřijde. V rámci jeho terapie je to lepší, protože by si jen připomněl, co zažil. V horším případě by potkal nějakého známého z řad uživatelů.

Sekundárně se zde také objevil pohled pracovníků kontaktních center na resocializaci jako na něco křehkého. Vyžaduje podle nich nedirektivní, velmi individuální přístup, empatii, schopnost správného načasování a dobrý vztah mezi klientem a pracovníkem.

DVO2: Jaký je pohled pracovníků kontaktních center na motivaci klientů k resocializaci?

V otázkách týkajících se motivace klientů jsem již jednoznačnou odpověď nedostala. U všech respondentů se v odpovědích objevily zprávy o klientových touhách po rodině, partnerovi, dětech. Ostatní body se však lišily, jak ukazují odpovědi pracovníků.

Z výpovědí respondentů byla vygenerována **kategorie 2: Různé motivace klientů a dominance touhy po změně.**

Kódy: Rodinné zázemí, Partner, Změna, dostupný systém péče a jeho návaznost, vztah a důvěra k pracovníkovi

Motivace klienta bychom mohli rozdělit na vnitřní a vnější. Do vnitřní motivace bychom mohli zařadit pocit, že klienti chtějí změnu sami v sobě. Například že by chtěli žít zase bez drog, najít si partnera a vybudovat rodinu. Mezi vnější motivace můžeme zařadit to, jak s klientem pracuje pracovník a jak na sebe navazuje systém péče.

Klienty prvotně motivuje to, že chtějí „něco“ změnit. Na začátku procesu změny mají všeobecné představy o tom, co tou samotnou změnou je. Obvykle si přejí hezčí budoucnost, hovoří o rodině a tak dále. Pracovníci v této fázi využívají pro podporu změny motivační rozhovory. Používají je mimo jiné proto, aby obecnější motivace klientů nabrala jasnější představy cílů.

P1: „Klienti často chtějí změnit to, jak žijí. Nemusí mít třeba ani konkrétní představu, protože spousta z nich tak žije velmi dlouho. Chtěli by však partnera, mít kde bydlet a možná i děti. Ale tak to taky není vždycky. Někdy se chtějí zbavit jen jedné drogy, přesto že jich užívají víc. Myslí si, že jim to pomůže život stabilizovat. Je však důležité, kdy se o tom s klientem bavíte. Musíme vychytat tu nejlepší dobu, aby to k něčemu bylo. Když klient nechce, tak s ním nehne nic.“

Z této ukázky můžeme vidět, že je hodně důležitá práce s klientem a její načasování. Když klient ještě do určité fáze nedošel, může se pracovník snažit, jak chce, ale bude to stejně bez výsledku.

P2: „Kdybyste chtěla znát pravou motivaci, tak byste se musela ptát v léčbě. U nás se to dá těžko odhadnout. Většinou se to točí okolo zázemí, partnera, rodiny, nebo že chtějí

prostě změnit to, jak žijí. Ale stává se, že na ten pravý důvod přijdou až v léčbě a to my se už většinou nedozvíme. “

P3: „Motivace jsou stejně individuální, jako všechno ostatní u našich klientů. Každý má jiné potřeby, proto i tohle je jiné. Všechno tohle musíme zjistit při předléčebném poradenství. Jaká motivace je a jestli je opravdová. Do jakého zařízení by klient chtěl a tak dále. Musíme také zjistit, jestli se chce klient opravdu léčit, nebo jestli nechce například trávit zimu venku. Potom by nám mohli říct něco, co by si mysleli, že bude fungovat, aby je vzali do léčby. “

Z odpovědí respondentů P2 a P3 je patrné, že určit motivaci klienta v K - centru není jednoduché. Kdybychom chtěli zjistit pravou motivaci, museli bychom se ptát v jiných zařízeních, do kterých klienti chodí později. Problém je také s účelovým chováním klientů.

Jako důležitou součástí motivace klientů se ukázala být návaznost služeb. Pomoc pracovníků všech zařízení v procesu hraje velkou roli. Když se klient rozhodne, že by chtěl abstinovat a začít žít běžným životem, je důležité, aby si našel vhodný způsob léčby a aby na sebe služby navazovaly. Pracovník může klientovi poradit, jaké zařízení pro něj je vhodné. Pomáhá mu však i po léčbě. Opuštěním léčebny nebo komunity totiž proces zdaleka nekončí.

Opět si to můžeme ukázat na odpovědích. V systému péče a v tématu motivace k resocializaci hraje nezastupitelnou roli systém, ve kterém se klient resocializuje.

P2: „Spíš si myslím, že záleží na tom, jak na sebe navazují služby. To můžeme do jisté míry ovlivnit tím, kam klientovi pomůžeme vybrat nástup. Většinou se nejdřív vybere, kam chce jít klient do léčby, poté se vyjednává detox. Musí to na sebe navazovat, jinak je šance, že to klient nevydrží. Před odchodem z léčby je důležité, aby klient věděl, co bude potom. Hlavně je důležité, aby měl kde bydlet. Stalo se nám, že měl klient třeba dluh na ubytovně a už byl problém. Proto je důležité, to řešit dopředu. “

P3: „Obecně je důležité mapovat situaci celou dobu. My mu můžeme pomoci například s tím, aby se přihlásil na pracák, aby dostával aspoň nějaké dávky. Nebo se to řeší v léčbě. Dál můžou řešit třeba dluhy, zajistit insolvenční, splátkový kalendář a podobně. Prostě aby bylo vidět, že na to klient úplně nekašle a chce s tím něco dělat. “

Z těchto dvou odpovědí vidíme, že je systém opravdu důležitý. Pomáhá klientovi nejen k abstinenci, ale také k zařazení se zpět do života. Podle výpovědi P2 však vidíme,

že situace není vždy ideální. Proto je důležité mapování situace, o které mluví respondent P3: *„Důležitý je, že ten člověk pak ví, co všechno na něj kde čeká a nevylezou žádný strašáci například v podobě příchodu exekutora. V léčbě nebo na doléčování mu s tím pak můžou pomoci. Aspoň se o tom mají s kým pobavit a vědět, co přesně řešit.“*

Na těchto třech výpovědích vidíme, jak moc je důležitý systém a jeho návaznost. Mapování situace klienta je zásadní pro jeho fungování i mimo léčbu. V případě, že je propuštěn z léčby a nemá nic zařízené je pravděpodobné, že se vrátí zpět tam, odkud do léčby nastoupil. Původní prostředí je velmi nebezpečné z hlediska relapsu.

Pro resocializaci a práci s klientovou motivací je také velmi důležité, aby mu pracovník naslouchal a vytvořil si s klientem takzvaný terapeutický vztah. Důležitost terapeutického vztahu zmiňuje Bartošíková a Miovský (2003 viz kapitola 2, podkapitola Terapeutický vztah): *„Vytvoření správného vztahu s klientem je velmi náročné. Klient nesmí cítit, že na něj pracovník příliš tlačí, nebo je moc direktivní. Naopak při přílišné benevolenci klient může mít pocit, že mu pracovník nepomáhá dostatečně. Proto je celý vztah velmi důležitý. Nalezení rovnováhy a nastavení hranic je však velmi obtížné.“* Klient musí cítit, že mu chce pracovník skutečně pomoci. Ne ho dostat někam, kam klient nechce.

P1: *„Hodně důležitý je vztah. Dále práce s motivací, kterou děláme pomocí motivačních rozhovorů. Pracovník se může snažit klienta někam navést, ale je důležité, aby mu to nevnucoval. Klient si na to „musí přijít sám“. Takovým tím učitelkováním, jako dělej tohle, dělej támhleto, se nikdo nikam nedostane. Spíš se klient zasekne a nehne s ním už tím spíš vůbec nic. Nějaká konfrontace je možná, ale to ten vztah už musí být opravdu vybudovaný, aby to mohlo fungovat. Je to na dlouho a chce to velkou trpělivost.“*

Respondent číslo jedna zdůrazňoval vztah klienta s pracovníkem. Když klient pracovníkovi věří, začne se mu otevírat. Pracovník klientovi pak může naslouchat a snažit se intervenovat. Zmiňuje také to, že podle něj na klienty v K - centru nefunguje direktivní přístup. Na tom se shodli všichni tři respondenti.

P2: *„Metoda se asi určit nedá. Při práci s lidmi obecně je všechno hodně individuální a u našich klientů to platí taky. Na každého platí něco jiného. Záleží na spoustě aspektech. K jednomu klientovi můžeme také ale přistupovat pokaždé s trochu jiným*

přístupem, podle toho, jakou má náladu. Problém je, když někdo je hodně direktivní, to většinou nefunguje na nikoho. Spíš to nadělá víc škody než užitku.“

P3: *„Fakt záleží na důvěře. Klient by se neměl bát nám něco říct. Občas se stane, že něco zamlčí, nebo neřekne úplně, protože se bojí, ale to není dobře. K těmhle obavám může dojít třeba když na to jde někdo moc zhurta. Fakt je důležitý klientovi hodně naslouchat a intervence dělat tak, aby mu to prospělo. Když pracovník klienta bude direktivně tlačit někam, kam nechce, tak to nedopadá dobře.“*

P1: *„Hodně záleží na vztahu s pracovníkem. Vytváří se důvěra, o kterou se pak může všechno opřít. Nejdříve jsou klienti hodně ostražiti, protože nevědí, co mají čekat, ale pak se začínou otevírat a můžou se řešit nejrůznější věci. Důležité však je, aby klient taky věděl, že ne vždy je možné, aby se viděl s tím samým pracovníkem, a že stejně může věřit i ostatním.“*

Z odpovědí můžeme poznat, že je vztah mezi klientem a pracovníkem velmi důležitý. Píše o tom Bartošiková s Miovským (2003 viz kapitola 2, podkapitola terapeutický vztah): *„Vše ovšem závisí na vztahu mezi pracovníkem a klientem. Když se klient bude cítit, že ho pracovník neakceptuje, bude pomoc pravděpodobně odmítat.“* Když si pracovník u klienta získá důvěru, má to spoustu výhod. Klient se nebojí se pracovníkovi více otevřít. Můžou tak spolu řešit věci, o kterých by například neměl s kým mluvit.

Musíme si však uvědomit, že když se ztratí motivace klienta k abstinenci, může sklouznout zpět k drogám. Tyto případy často končí tragicky. P1: *„Klienti pak přijdou zpět. Často dávno po tom, co začali znovu brát, protože se stydí, že to nedokázali a bojí se, že nás to zklame. Proto jim to i říkáme, že se nemusí bát, kdyby něco, tak se znovu ozvat. Ale znám i případy, kdy se klient vrátil k drogám a během pár měsíců zemřel, protože to prostě nezvládl.“*

Proto je důležité, aby klient pracovníkovi důvěřoval. Nejdříve v nízkoprahových službách, jakou je K - centrum nebo terénní program. Později v léčbě a poté v následné péči.

DVO3: Které faktory dle pracovníků kontaktních center ovlivňují proces resocializace klientů?

Dle odpovědí respondentů lze říct, že některé faktory hrají v procesu resocializace významnější roli než jiné. Respondenti ovšem vidí mírné odlišnosti v tom, co roli hraje

a co ne. Shodli se však, že existují faktory, které na resocializaci dobrý vliv mají, zároveň lze nalézt i takové, které již tak pozitivní nejsou, naopak mohou celý proces resocializace zkomplikovat.

Kategorie 3 nese název: Podporující a rizikové faktory

Kódy: Vzdělání, Zaměstnání, Věk, Drogová kariéra

Vzdělání a zaměstnání má na resocializaci podporující vliv. To lze doložit na citacích pracovníků. P1: *„Vzdělání vliv má. I když třeba není dokončené, tak je větší pravděpodobnost, že má nějaké návyky. Nebo si na ně alespoň může vzpomenout a obnovit je. Když klient do školy nechodil, tak ho musíme všechno učit.“*

Z pracovníkovy odpovědi je patrné, že dle něj je vzdělání určitě důležité. Především proto, že přináší jakýsi základ pro jeho chování, ale také pro socializaci a resocializaci. Dle Reichela (2008 – viz kapitola 5) má okolí na resocializaci velký vliv.

P2: *„Určitě v tom hraje roli vzdělání a zaměstnání. Záleží ale co a kdy. Některý klienti mají práci na černo. Návyky se tam sice naučit můžou, ale do životopisu si to pak nedají. Z toho tam můžou vzniknout díry, kdy nemůže dokázat, že něco dělal. Pro zaměstnavatele pak není věrohodný. U školy záleží, jakou má a jestli ji dodělal. To, že tam chodil chvíli, a pak s tím seknul? To je každému pak jedno.“*

P3: *„Záleží podle mě na obojím. Když má vzdělání, tak je větší pravděpodobnost, že dostane dobře placenou práci. Práci potřebují kvůli penězům. Pamatuju si na klienta, který podědil velké peníze, ale moc rychle mu to nevydrželo. (...) Když si pak peníze shánějí jinak než prací, tak už to pak není resocializace.“*

Z této citace je patrné, že spolu tyto okolnosti úzce souvisí. Je však důležité, aby klient také dokázal zacházet s tím, co má. Jestliže klienti prošli vzdělávacím systémem, případně zda již byli zaměstnání, označují to respondenti za významné faktory pro možnost započít a zdárně pokračovat v resocializaci.

Dalšími důležitými faktory jsou dle respondentů délka drogové kariéry a věk klientů. Tyto faktory můžou být pro resocializaci rizikové.

P1: *„Na věku podle mě záleží. Mladší klient má větší šanci něco změnit. I co se třeba zaměstnání týče. Zaměstnavatel radši zaměstná někoho, komu je čtyřicet, než komu je šedesát. K nám chodí spíš starší klienti. Problém je, když berou fakt dlouho, třeba i dvacet nebo třicet let. Těm by se něco měnilo fakt těžko, ale oni většinou ani nechtějí. U ostatních třeba není ten správný čas a nemají odjetováno.“*

O nutnosti „dobrání, odvetování“ píše ve své knize Kalina (2003, viz kapitola 2): „Záleží na tom, v kolika letech klient začal drogu užívat a jak dlouho ji užívá pravidelně. Můžeme se stále setkat s názorem, že klient musí mít „dobráno“, ocitnout se v krizi, aby mohla být léčba úspěšná.“

U pracovníka číslo dvě je patrné, že si uvědomuje, jaký vliv věk a délka drogové kariéry působí na resocializaci. P2: „Na věku asi záleží. Spíš si na nový režim a pravidla zvykne mladší klient. Když bere fakt dlouho, tím hůř se mu pak vrací, nebo přichází. Pro některé klienty je norma to, jak žijí teď. Jestli má vliv pohlaví to nevím, ale naši klienti jsou spíš muži.“

P3: „Věk určitě vliv má. Obecně k nám ale chodí spíš starší klienti. Časem, kdy berou se může změnit jejich motivace, ale není to něco, co se stane vždycky. Spousta z nich ani neví, jak život bez drog vypadá, protože berou tak dlouho, nebo nic jiného vlastně nezažili. U pohlaví těžko říct. Spíš si myslím, že záleží na osobnosti než na pohlaví. Ženy se občas dají snáze ovlivnit, ale není to pravidlo. Je to hodně individuální. Klient musí hlavně chtít.“

Okolností, které na resocializaci mají vliv je spousta. U každého klienta to může být jiná okolnost nebo souhra okolností, které se sejdou najednou. O této problematice píše ve své knize i Nešpor (2000, viz kapitola 5): „Závislost nemá jednu příčinu, proto nelze předpokládat, že je možné všechny klienty resocializovat stejným způsobem. Způsoby, kterými se klientům pomáhá se vyvíjely postupně.“

8.1 Diskuze výsledků

Dle výše uvedených odpovědí můžeme na DVO1: „Jak hodnotí pracovníci kontaktních center resocializaci klientů K – center jako takovou?“ můžeme odpovědět následovně: Respondenti se shodli na tom, že je velmi těžké posoudit resocializaci v K – centrech. Zda se zde dá vůbec o resocializaci mluvit, když klient udělá nějaký krok, ale vzápětí se zase vrátí zpět. Resocializace v K - centru může začít, ale jedná se o běžné věci. I ty jsou však pro klienta mnohdy až nedosažitelné. Nejdůležitější je klientovi naslouchat. Poznat ho, aby se mohlo včas a vhodně intervenovat. Poznat také, který způsob intervence je pro klienta vhodný. Respondenti se shodli na tom, že individuální přístup je velmi důležitý. Jako naprosto nevhodný se ukázal direktivní přístup, kdy se klientovi přesně říká, co má dělat.

Dle výše uvedených odpovědí, můžeme na DVO2 – „Jaký je pohled pracovníků kontaktních center na motivaci klientů k resocializaci?“ odpovědět následovně: Hlavní motivační složkou je pro klienty rodinné zázemí. Klienti jsou unaveni ze života, který žijí a chtěli by žít neuzivatelským životem. Najít si partnera, domov a třeba mít i rodinu. Musíme však odlišit, kdy klient mluví otevřeně a opravdu to myslí vážně, a kdy jedná účelově, aby se dostal do léčení. Proto je lepší motivaci zkoumat až ve chvíli, kdy klient v léčení je. Důležitou roli hraje také pracovník, který může klientovi pomoc nějakou motivaci najít. Pracovník však musí vycítit, kdy je správná chvíle a klient jeho intervenci přijme. Je potřeba si uvědomit, že všichni klienti pomoc a motivaci nehledají. Pracovník K – centra stojí na začátku systému péče, který by měl klienta podpořit a v případě pochyb ho podržet. Kvůli tomu je velmi důležité, aby si s klientem vytvořil určitý vztah. Dále je podstatné, aby na sebe navazovaly služby, které klient chce využít. Je dobré předem zjistit, jaké má možnosti. Pracovník s tím může klientovi pomoci, když potřebuje. Pracovník může pomoci klientovi s vyhledáním vhodného zařízení pro léčbu, ale stává se, že se klient ozve, i když je v léčbě, že by něco potřeboval. S tím mu také může pomoci.

Dle výše uvedených citací můžeme na výzkumnou otázku DVO3 – „Které faktory dle pracovníků kontaktních center ovlivňují resocializaci klientů?“ odpovědět tak, že hlavními okolnostmi, které ovlivňují resocializaci klienta jsou: vzdělání, zaměstnání, věk a délka drogové kariéry. Největší vliv má dle respondentů vzdělání a zaměstnanost. U vzdělání záleží na stupni a na tom, zda studium klient dokončil. Mají ze školy naučené návyky, ke kterým se můžou vracet, když chtějí. Zaměstnání je také jedním z předních faktorů, které napomáhají k úspěšnému postupování resocializace. Proměnnými, jež ovlivňují úspěch začlenění mohou být délka drogové kariéry či věk klienta. Dále dle respondentů záleží na věku, kdy klient s užíváním začal. Větší šanci na resocializaci mají klienti, kteří užívají kratší dobu a jsou mladší. Další faktor, na který jsem se dotazovala bylo pohlaví. Klienty K - center jsou dle respondentů spíše muži, ale žen uživatelůk přibývá. Jsou ale snáz ovlivnitelné okolím, proto je resocializace u žen zřejmě snazší.

Výzkumem bylo zjištěno, že resocializace v K - centrech příliš neprobíhá. Velmi záleží na tom, co již lze za resocializaci považovat a co ne. Hlavní proces nastává až při léčení.

Pracovník se snaží klienta motivovat ke změnám. Záleží však na klientovi, jak s touto pomocí naloží. Pro některé klienty je úspěch to, že se naučí používat při každé aplikaci čistou injekční stříkačku. Pro jiné klienty to může být, že začnou řešit svou dluhovou situaci. Pro některé to může být léčba a abstinence. Někteří klienti také nechtějí změnit vůbec nic. Pracovník vždy musí individuálně pracovat s klientovými aktuálními potřebami. Proces se často několikrát opakuje, než si klient dovednost, o kterou s pracovníkem usilují, osvojí. Může se jednat o různé dovednosti, dle možností a důležitosti pro klienta. V opačném případě si řekne, že to nemá cenu a všechny pokusy o jakýkoliv i sebemenší návrat do společnosti vzdá. Pracovník však může na klienta působit i tak, aby si toho klient nevšiml – nevědomě. Záměrnou a nevědomou resocializaci ve své knize popisuje Reichel (2008, viz kapitola 5): *„Resocializace může být záměrná, kdy se klient snaží změnit svoje chování a postoje, protože chce. Může také probíhat nevědomě. Změny probíhají bez jakéhokoliv zásahu klienta nebo pracovníka.“*

Hlavní okolnosti, které dle pracovníků K - center ovlivňují resocializaci, jsou zázemí, vzdělání, zaměstnání, příjem, věk, pohlaví a délka drogové kariéry. Okolností, které ovlivňují resocializaci je celá řada, ale tyto jsem z rozhovorů vyhodnotila jako nejpodstatnější. Důležité však je si uvědomit, že každý člověk je individuální, proto jeho léčbu může ovlivnit mnoho věcí, které ani nemusí být na první pohled patrné. Dle názoru respondentů se motivace u jednotlivých klientů liší. Postupem času se může i vyvíjet a měnit. Hlavní motivací, která se opakovala u všech respondentů bylo vytvoření si vlastního rodinného zázemí. Tím je myšleno, aby měl kde bydlet a nemusel být na ulici. Klienti by často chtěli žít s někým – s partnerem nebo mít i děti. Zázemí je důležité nejen jako motivace, ale také jako určitá podpora při resocializaci. Klient, který se po léčbě má kam vrátit a najde podporu v rodině nebo kamarádech z neživatelského prostředí má větší šanci se resocializovat. V odpovědích se však objevil i názor, že klienti mohou jednat účelově a říkat tyto věci jen pro to, aby se dostali do léčby. Bylo mi doporučeno, že jestli chci více znát motivaci klientů, měla bych se ptát až v léčbě, kde na to klienti často přicházejí. Jako další faktor motivace zmínili respondenti pomoc pracovníka. V kapitole 3 je již terapeutický vztah popsán. Je důležité, aby si klient vytvořil důvěru k pracovníkovi, který mu pak může ve spoustě věcech pomoci. Může se pokusit zajistit návaznost služeb, aby byl systém ke klientovi

co nejpřívětivější a pomohl mu s abstinencí. Na začátku může pracovník s klientem vést rozhovory, které mu pomůžou dojít k tomu, že by chtěl žít neuzivatelským životem.

Proto je odpověď na hlavní výzkumnou otázku tato: pohled pracovníků na resocializaci je značně skeptických, jak jsem již psala na začátku sedmé kapitoly. Problém nastává hned ve chvíli, kdy budeme zkoumat, co pracovníci vnímají jako resocializaci. Které změny u klientů můžou považovat za resocializaci a které změny jsou socializací, protože klient tento návyk nikdy neměl. Může se jednat o socializaci, která resocializaci předchází. Z pohledu pracovníků se s resocializací v K - centru začít může, ale je to jakýsi základní kámen. Pomáhají jim s nácvičkami činností, které jsou pro neuzivatelskou populaci běžné. Dle Jílka je osvojování dovedností pro resocializaci velmi důležité (viz kapitola 5): *„Dle Jílka se resocializace často nazývá doléčováním a upřednostňují takový model, ve kterém by měl klient zůstat bez závislosti, ať už na alkoholu, hraní či drogách. Návrat do běžného života však nevidí pouze v abstinenci, ale hlavně v znovu osvojení si dovedností potřebných pro život. Abstinenci vidí jako základ, ale rozhodně ne konec. Klienti nemají problém abstinovat. Problém nastává ve chvíli, kdy se má vrátit do prostředí, ze kterého předtím odešel.“*

Pracovníci se snaží s klientem pracovat tak, aby klientovi pomohli. V nejlepším případě ho motivovali k léčbě a abstinenci. Práce v K - centru je ovšem velmi specifická. Hlavní proces resocializace probíhá až v léčbě. Pracovníci v K - centru se snaží klientům pomoci, ale mnohdy to klienti ani nechtějí slyšet. Proto jde o to, že když už klient drogu užívá, aby ji užíval bezpečně. Proto pracovník klientovi pomáhá vybrat program, který pro něj bude vhodný. Tento aspekt je dle Matouška velmi důležitý (viz kapitola 5): *„Dle Matouška je cílem resocializace přimět klienty, kteří nežijí přijatelným způsobem života, aby se k přijatelnému způsobu vrátili. Tento návrat však vyžaduje, aby klienti změnili postoj k životu a často i hodnoty. Jestli se klient vrátí k běžnému způsobu života záleží na tom, jestli je vhodně zvolen program a jestli klient pomoc přijme.“*

Dle všech respondentů je velmi důležitý individuální přístup. Každý klient je jiný, má jiné zkušenosti, jiné dovednosti a tak dále. Proto nelze předpokládat, že bude nějaký jeden způsob, jak resocializovat všechny klienty. Dle Nešpora by se pracovník neměl dostat do konfliktu s klientem. I když ho v určité situaci může využít k práci s klientem: *„Pracovník by se nikdy neměl dostat do konfliktu s klientem, v opačném případě by to*

klientovi mohlo spíše uškodit. Nesouhlas může využít ke konfrontaci klienta. Ta musí být ovšem provedena velmi opatrně.“

Jeden z respondentů také odpověděl, že konflikt se může využít ve prospěch klienta. Musí to být ale ve chvíli, kdy mezi sebou mají již vytvořený nějaký vztah a klient má k pracovníkovi důvěru.

Závěr

Drog jako takové jsou velmi ožehavým tématem. Klientela je velmi často odsuzována. Negativně se však nahlíží i na pracovníky, kteří se snaží uživatelům drog pomoci. Otázkou je, zda je možné z jim vůbec pomoci již při aktivním užívání k abstinenci. Proto jako respondenti byli vybráni pracovníci K - center, kteří stojí při klientech v začátcích resocializace.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak na resocializaci nahlíží pracovníci K - center. Prvním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit hodnocení resocializace klientů K - center samotnými pracovníky. Druhým dílčím výzkumným cílem bylo popsat motivace klientů K - center dle pracovníků. Třetím cílem bylo objasnit faktory, které dle pracovníků mají vliv na resocializaci klientů K - center. Tyto cíle byly splněny.

Ze získaných dat byl zjištěn názor pracovníků K - center na resocializaci drogově závislých. Pracovníci na resocializaci v K - centrech nahlíží velmi skepticky. Dle jejich názoru se jedná spíše o socializaci a osvojení si návyků, které klienti často nikdy neměli. V K - centrech může resocializace postupně začít, ale hlavní resocializace a cesta k běžnému neuzivatelskému životu probíhá až v dalších institucích. Proto můžeme říct, že zde probíhá velmi specifická resocializace. Mohli bychom to nazvat jakýmsi „rozcestníkem“, který klienta k procesu resocializace nasměruje. Určitým způsobem je již resocializace i to, že klient je schopný komunikovat se službou, která „má práh“. S klientem je pracovníkem K – centra proveden nenápadný motivační rozhovor, kterým pracovník zjišťuje klientovi motivace k léčbě. Poté mu případně píše doporučující dopis. Klient musí do instituce, kterou si pro léčbu vybral zavolat a zjistit, co všechno k nástupu potřebuje a jestli je vůbec nástup možný. Dále si musí zajistit všechny věci potřebné k nástupu (jako třeba kartičku pojištěnce, vyřídít si v práci dovolenou, nástup nahlásit na pracovním úřadě a podobně). S tím vším klientovi může pomoci pracovník. Mluví s ním také o tom, jaké zařízení by pro něj bylo vhodné a co ho tam čeká, protože klienti mají často zkreslené představy.

S klienty, kteří nejsou ve fázi, že by chtěli abstinovat, se pracuje na motivacích. Abstinence a resocializace je ideální výsledek, není však možný u zdaleka všech klientů.

Největší vliv na resocializaci dle pracovníků má zázemí a vzdělání klienta. Dalšími faktory, které v procesu resocializace mají vliv je zaměstnání, věk a délka drogové kariéry. U každého klienta může mít každý aspekt jinak velký vliv.

Největší motivací je z pohledu pracovníků již zmíněné rodinné zázemí. Většina klientů si chce najít partnera, mít kde bydlet a třeba si i založit rodinu. Když toto zázemí již mají, může jim to výrazně pomoci při resocializaci. V tomto ohledu je však důležitá podpora rodiny.

Pracovníci K - center mohou s klienty pracovat pomocí motivačního rozhovoru. Když však klient nechce nic změnit, snahy jsou marné.

Klíčové pro resocializaci klienta je podle odpovědí provázanost služeb. To však dle odpovědí respondentů ne vždy funguje. Záleží na situaci ve městě, ale nikde to není ideální. Bylo by dobré, aby spolu služby, které klienti využívají, více komunikovaly a snažily se klientům co nejvíce pomoci. Jedná se například o K - centra, léčebny, komunity a podobně. Ale také služby, které klient může využít, když léčbu dokončí a chce se vrátit do města, ze kterého pochází. Patří sem například centra, kde si klient může domluvit následnou léčbu nebo ubytovna, aby klient věděl, kde bude, až ho z léčby propustí.

Téma resocializace již v publikacích popsáno bylo. Za inovativní můžeme považovat pohled na tuto problematiku ze strany zaměstnance. Výsledky práce mohou sloužit pracovníkům K - center, ale také pracovníkům jiných služeb například: léčebnám, ambulancím a podobně. Může totiž docházet k chybám v komunikaci. Například si pracovníci v léčebnách mohou myslet, že klienti, kteří k nim z K – center chodí, nejsou dostatečně motivovaní. Neví však, že do léčby jdou klienti po rozhovorech, ve kterých se pracovníci K – center snaží přijít na to, zda jsou klienti motivovaní a jestli je vůbec správný čas na to, aby do léčby nastoupili. Práce může přinést náhled na to, jak složité je klienta motivovat a dovést ho ke změně.

Seznam použité literatury

1. ALBERTS, Andreas. MULLEN, Peter. *Psychoaktivní rostliny, houby a živočichové*. Praha: Svojtka & Co., 2002. ISBN 80-7237-448-6
2. BEDNÁŘOVÁ, Zdena. *Sociální práce na ulici – streetwork*. Brno: Doplněk. 2000. ISBN 80-7239-048-1
3. BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
4. COOPER, Frank. *Professional Boundaries in Social Work and Social Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012
5. DOLEŽAL, Jiří X.. *Marihuana: užitečné rady*. Praha: Levné knihy, 2010. ISBN 978-80-7309-894-0
6. FISCHER, Slavomil. ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3
7. FISCHER, Slavomil. ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: závažné, sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení. 2. rozšířen a aktualizované vydání*. Grada, 2014. ISBN 9788024750460
8. GANERI, Anita. *Drogy – od extáze k agonii*. Amulet, 2001. ISBN 80-8299-70-8
9. GAVORA, Peter, JÚVA Vladimír, HLAVATÁ, Vendula. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0
10. GOLDMANN, Radoslav a Pedagogická fakulta. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1454-6
11. GOODYER, Paula. *Drogy + teenager*. Praha: Slovanský dům, 2001. ISBN 80-864-21-44-9
12. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9
13. HAVRDOVÁ, Zuzana a ZAMYKALOVÁ, Lenka. *Profesní struktura a kvalifikační předpoklady pracovníků v sociálních službách*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2001

14. HEJDA, Jan a KRAJNÍK, Václav. *Drugs: the social phenomenon of today*. Prague: Police academy of the Czech Republic, 2004. s. 32. ISBN 80-7251-156-4
15. JANÍK, Alojz a DUŠEK, Karel. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3
16. JEDLIČKA, Richard, KOŤA, Jaroslav a SLAVÍK, Jan. *Pedagogická psychologie pro učitele: Psychologie ve výchově a vzdělávání*. Grada, 2018. ISBN 80-271-216-39
17. JÍLEK, Jan. *Ze závislosti do nezávislosti: (spoluzávislí a nešťastní)*. Praha: Jan Jílek ve spolupráci s Janou Krupičkovou v nakl. Roční období, 2008. ISBN 978-80-85524-03-1
18. KAELIN, Christopher J., NUTIING Meredith. *Prescription drug monitoring*. Nova Science Pub Inc, 2013. ISBN 978-1622579150
19. KALINA, Kamil, a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-06
20. KALINA, Kamil, a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
21. KALINA, Kamil, a kol. *Klinická adiktologie*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8
22. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5
23. KASTELIC, Andrej, PONT, Jörg, STÖVER, Heino a United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. *Substituční léčba opioidy ve věznicích: praktický průvodce*. Tišnov: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2010. ISBN 978-80-86620-23-7
24. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9
25. KRAUS, Blahoslav, HRONCOVÁ, Jolana a Pedagogická fakulta. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1
26. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Wolters Kluwer, 2014. ISBN 9788074785894

27. MARTANOVÁ, Veronika, JANÍKOVÁ, Barbara a DANĚČKOVÁ, Tereza. *Učební texty ke specializačnímu studiu pro školní metodiky prevence*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-254-0525-3
28. MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7
29. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4
30. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
31. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4
32. MIOVSKÝ, Michal. *Návrh základní sítě zdravotních adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacient a klienty v kontextu reformy psychiatrické péče*. Adiktol, 2019
33. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Praha, 2007.
34. MRAVČÍK, Viktor, a kol. *HIV/AIDS Epidemic in the Czech Republic and Related Factors: Comparison of Key Populations of People who Inject Drugs and Men who Have Sex with Men*. Adiktologie 18(2), 2018
35. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost a European Centre for Disease Prevention and Control. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2012. ISBN 978-80-7440-064-3
36. NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2
37. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.
38. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-908-8

39. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X
40. Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí (konference) (2016 : Hradec Králové, Česko) et al. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí: sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 23. až 24. září 2016*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. ISBN 978-80-7421-121-8
41. PRŮCHA, Jan. VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1
42. RABOCH, Jiří, JIRÁK, Roman a PACLT, Ivo. *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-602-3
43. RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ, Barbara a DANĚČKOVÁ, Tereza. *Prevence a adiktologie pro odborníky pracující v ústavní výchově a preventivně výchovné péči: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-239-9961-7
44. RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ, Barbara a PISKÁČKOVÁ, Petra. *Úvod do adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-239-9960-0
45. REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2594-9
46. ROGERS, Frederik. *Léčba drogových závislostí*. Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9
47. Royal College of Psychiatrists. *Drugs: Dilemmas and Choices*. Gaskell, 2000. ISBN 978-1901242447
48. SANANIM, kolektiv sdružení autorů. *Drogy – otázky a odpovědi*. Potrál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2
49. SAWICKI, Silvester, WEDLICOVÁ, Iva, FLEISCHMANN, Otakar a Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. *Osobnost jedince a náročné životní situace*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7414-068-6

50. SKÁLA, Jaroslav a BLAHOŠ, Jaroslav. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy : abusus a závislost*. Praha: Avicenum, 1986.
51. SOVÁK, Miloš a EDELSBERGER, Ludvík. *Defektologický slovník*. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
52. ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
53. ŠVEC, Jakub, JEŘÁBKOVÁ, Simona, TESAŘOVÁ, Veronika. *Jak se bránit drogám a předcházet závislostem: kurz osobnostní a sociální výchovy pro žáky 2. stupně ZŠ*. Praha: Projekt Odyssea, 2007. ISBN 978-80-87145-26-5
54. TYLER, Andrew a MLÍKOVSKÁ, Katuše. *Drogy v ulicích: mýty, fakta, rady*. Praha: Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X
55. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7
56. VETEŠNÍK, Pavel, JEMELKA, Luboš a Česko. *Ochrana před škodlivými vlivy tabáku, alkoholu a návykových látek: komentář*. V Praze: C.H. Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-399-8.
57. VONDRKA, Josef. *Smrt jménem závislost*. Portál, 2004. ISBN 80-7178-884-8
58. ZÁBRANSKÝ, Tomáš a Lékařská fakulta. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4
59. ŽIŽLAVSKÝ, Martin. *Metodologie pro sociální politiku a sociální práci*. Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3110-7

Internetové zdroje

60. ŠOTOLOVÁ, Eva. *Resocializace osob závislých na návykových látkách*. [online]. [cit. 2020-04-30]. dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/1135/041-043.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. Úřad vlády ČR. *Rehabilitace*. 2015 [online]. [cit. 2020-04-29] dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=256#center_column
62. Úřad vlády ČR. *Resocializace*. 2015 [online]. [cit. 2020-04-29] dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=263>

63. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020 [cit. 28.11.2020]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>
64. Úřad vlády ČR. *Denní stacionář*. 2015 [online]. [cit. 2021-03-02] dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=59#center_column

Příloha – přepis rozhovoru s respondentem

Tazatel: Jaký myslíte, že má vzdělání vliv na resocializaci klienta?

Respondent: Vzdělání vliv má. I když třeba není dokončené, tak je větší pravděpodobnost, že má nějaké návyky. Nebo si na ně alespoň může vzpomenout a obnovit je. Když klient do školy nechodil, tak ho musíme všechno učit. Všechno se pak musí přizpůsobit tomu, jak na tom ten klient je. Tím myslím cíle a to, na čem s ním pracujeme. Musíme si vždycky vytyčit takový cíl, aby pro něj byl dosažitelný. Kdyby byl moc daleko, tak by se mohlo stát, že se na to klient vykašle.

Tazatel: Jaký si myslíte, že má vzdělání vliv na resocializaci klienta? A do jaké míry podle Vás záleží na zaměstnání klienta (ve smyslu toho, jestli je nebo není zaměstnaný)?

Respondent: Zaměstnání si myslím, že má velký vliv. Pomáhá to klientům se udržet na nějaké úrovni. Protože musí být dochvilní, nějak vypadat a být ve stavu, ve kterém dokáží pracovat. Lidé, kteří neužívají, si často myslí, že uživatel přeci pracovat nemůže, tak to tím můžou maskovat. Ale je určitá pravděpodobnost, že si toho v práci někdo všimne. I když přímo neužijou, tak můžou být náladoví. Když zaměstnání nemá, tak to většinou problém je, protože nemá peníze a nemá kde bydlet. Když teda nebydlí s rodiči, nebo nemá nějaké dávky třeba. Dostat se do běžného života z ulice je pak daleko těžší. Na těch klientech to pak většinou začíná být vidět. I když si k nám chodí prát a sprchovat se. Je to problém, když chtějí žádat o zaměstnání. Ale tam je pak daleko více problémů.

Tazatel: Jakých třeba problémů?

Respondent: Krom toho, jak vypadají, tak například pauza v zaměstnání. Když jim pomáháme psát životopis, tak oni třeba pracovali, ale na černo, tak to nemají jak dokázat. To jim na důvěryhodnosti nepřidá. Na ulici se taky rychle zapomínají návyky. O to hůř se klient do práce vrací. A pak tu je vzdělání. To spousta klientů nemá ani dokončené.

Tazatel: Co si myslíte o vlivu věku a pohlaví na resocializaci klientů?

Respondent: Na věku podle mě záleží. Mladší klient má větší šanci něco změnit. I co se třeba zaměstnání týče. Zaměstnavatel radši zaměstná někoho, komu je čtyřicet, než komu je šedesát. K nám chodí spíš starší klienti. Problém je, když berou fakt dlouho, třeba i dvacet nebo třicet let. Těm by se něco měnilo fakt těžko, ale oni většinou ani nechtějí. U ostatních třeba není ten správný čas a nemají odfetováno. Oni třeba i vidí, že je něco špatně. Nebo ani to nemusí být špatně, ale tak, jak oni nechtějí. Ale nemají správnou motivaci. Bojí se, že by to zkusili a selhali. Myslí si, že nemají dostatečnou vůli na to, aby přestali užívat.

U pohlaví to přesně říct nemůžu. Nevím. K nám chodí spíše muži. Ženě spíš bude záležet na tom, jak vypadá a co si o ní okolí myslí, Ale může stále užívat, jen více dbát na to, jak vypadá. Mužům to je často fuk, co si o nich okolí myslí. Naším úkolem je toto téma otevírat a zkoušet hledat motivaci. Čas od času se nás i někdo zeptá, zda je to na něm vidět a my mu musíme popravdě odpovědět.

Tazatel: Jak podle Vaší zkušenosti resocializaci ovlivňuje délka drogové kariéry?

Respondent: To, jak dlouho klient bere, určitě vliv má. S časem se ztrácí návyky, které mají. O to horší je se pak dostat zpět a něco změnit. Jde také o to, jak užívá, jak často, kde žije. Těch aspektů je spousta. Když užívají delší dobu, tak je také větší pravděpodobnost, že nasekají dluhy, někdo je začne nálepkovat a tak. Z toho se taky těžko utíká. Několikrát jsem se setkala s tím, že ten poslední impuls, který vedl klienta k léčbě byla nějaká událost. Pak si řekl a dost a řešili jsme léčbu.

Tazatel: Do jaké míry podle Vás záleží při resocializaci na užívané látce a způsobu užívání?

Respondent: Na obojím určitě záleží, ale je to zase velmi individuální. Abstinence je u každé látky jiná, od toho se to asi odvíjí. Na způsobu také záleží. Jak bere, jestli v tom je nějaká kultura, jestli si dává pozor a nesdílí. Může se stát, že klient je ale závislý i na jehle. To znamená, že když už abstínuje, tak mu chybí i samotná aplikace. Ty kdo berou na žílu berou taky většinou déle, o to je to pak horší. Je to třeba jako pro kuřáka cigareta. Ale také to není podmínkou. Obecně závislost na opiátech je horší, protože se

musí vyabstinovat postupně a klienti mají velkou fyzickou závislost. Co se nás týče, tak s klienty pracujeme dost podobně a rozdíly v tom neděláme. To je pak zase otázka spíš na léčbu. Ten přístup musí být fakt hodně individuální.

Tazatel: Jaká je podle Vás hlavní motivace klientů k resocializaci.

Respondent: Hodně záleží na vztahu s pracovníkem. Vytváří se důvěra, o kterou se pak může všechno opřít. Nejdříve jsou klienti hodně ostražití, protože nevědí, co mají čekat, ale pak se začnou otevírat a můžou se řešit nejrůznější věci. Důležité však je, aby klient taky věděl, že ne vždy je možné, aby se viděl s tím samým pracovníkem, a že stejně může věřit i ostatním. Pracovník by po nějaké době měl už vyzpozorovat, kdy a jak je vhodné s klientem mluvit a co na něj platí. Vhodnými otázkami klienta můžeme dovést k tomu, aby nad situací přemýšlel a třeba došel k závěru, že chce něco změnit. Pro řadu z nich, jsme jediní, kteří neužívají, proto je důležité, abychom jim reflektovali realitu.

Tazatel: Jakou mají dle Vaší zkušenosti klienti nejčastější motivaci k životu bez návykových látek?

Respondent: Klienti často chtějí změnit to, jak žijí. Nemusí mít třeba ani konkrétní představu, protože spousta z nich tak žije velmi dlouho. Chtěli by však partnera, mít kde bydlet a možná i děti. Ale tak to taky není vždycky. Někdy se chtějí zbavit jen jedné drogy, přesto že jich užívají víc. Myslí si, že jim to pomůže život stabilizovat. Je však důležité, kdy se o tom s klientem bavíte. Musíme vychytat tu nejlepší dobu, aby to k něčemu bylo. Když klient nechce, tak s ním nehne nic. Pro nás je úspěch už to, že si klient dá pokaždé čistou stříkačkou a použije k tomu náčiní, které je k tomu určené. Spousta klientů pro rozředění drogy používá vodu, která rozhodně do žíly nepatří. Proto se snažíme, aby došlo k posunu alespoň tímto směrem. Někdo to pochopí hned, ale u někoho to je opravdu na spoustu kontaktů, než to pochopí a začne dělat. Někdo to třeba nezačne dělat vůbec, i když ví, že to není dobře. Riziko si uvědomují, ale nechťejí, nebo k tomu dojdou časem. My se radujeme i z malých změn.

Tazatel: Kolik klientů podle Vašich zkušeností z praxe svou cestu k resocializaci dokončí a kolik jich to vzdá? A čím si myslíte, že je toto způsobeno?

Respondent: To nemůžu posoudit. U nás to může začít. Snažíme se téma léčby nadhazovat v rozhovorech, když je k tomu správná příležitost. Nesmíme na ně ale tlačit, to by se na nás mohli naštvat a nepřijít už nikdy. Kolega to takhle jednou neodhadl a klient skutečně nějakou dobu nepřišel a na výměnu za sebe posílal kamaráda. Není to jejich povinnost sem chodit, my to naopak potřebujeme. Proto je velmi důležité, jak s klienty mluvit. Když budu mluvit o resocializaci, tak je to fakt hodně individuální a u nás je to fakt začátek. Pro někoho je problém se třeba osprchovat pravidelně. To my se snažíme s nimi řešit, že je to potřeba, nebo si čistit zuby. Klienti často úplně ztrácí kontakt s běžným životem. U některých z nich to ale může být tak, že ty návyky nikdy neměli a musíme je všechno učit. Už tím, že je s námi v kontaktu se určitým způsobem učí. Vidí u nás, že jsou nějaká pravidla, která se musí dodržovat.

Opravdu je těžké říct, kdy je proces dokončen. Myslím, že nikdy. Protože klient, který dokončí léčbu, tak bude určitým způsobem ohrožen. Může zrelapsovat i po letech. My se s klienty po léčbě většinou už nesetkáváme. Často potřebují začít jinde a k nám se nevrací a je to pro ně v rámci prevence relapsu lepší. Kdyby přišli z léčby zpět do města, ze kterého odešli, tak by to na ně mohlo všechno spadnout. Spousta lidí, který je znají. Ať už to jsou uživatelé nebo ne. Můžou mít nějakou nálepku nebo jiné problémy, proto je lepší, když začnou jinde. Nikdo nezná je a zároveň oni neznají nikoho z uživatelů v tom novém městě. Pak je to nesvádí.

Tazatel: Jak podle vás vypadá vhodná resocializace?

Respondent: To je těžké říct. Napadá mě k tomu otázka, kdy je proces dokončen. Je velmi obtížný a dlouhý proces. Člověk se celý život něco učí a mění se. Každý má něco svého, v čem by se mohl napravovat, ať už je to klient, nebo někdo z neuživatelské populace. My klientům můžeme pomoc pomocí různých technik, které ho můžou motivovat k tomu, aby o nějaké resocializaci vůbec začal přemýšlet. I když tomu resocializace neříká. Pro mnoho z nich je vysokým prahem už jen to, že musí třeba zvednout telefon a do léčby zavolat. Je potřeba s nimi jednat individuálně. Neumím říct, co je vhodné. Pro každého to je něco jiného, může se to měnit a hodně to závisí na aktuální situaci klienta.

Tazatel: Pokud jste se setkal někdy s klientem, který se plně vrátil do života, jak tento proces vidíte?

Respondent: Proces je to velmi složitý. Moc lidí to nezvládne, nebo my o tom nevíme. Nebo třeba absolvují léčbu, ale poté zrelapsují. Klienti pak přijdou zpět. Často dávno po tom, co začali znovu brát, protože se stydí, že to nedokázali a bojí se, že nás to zklame. Proto jim to i říkáme, že se nemusí bát, kdyby něco, tak se znovu ozvat. Ale znám i případy, kdy se klient vrátil k drogám a během pár měsíců zemřel, protože to prostě nezvládnul. Proto je dobré, aby když klient cítí, že by mohl být průšvih, tak aby kontaktoval například ambulanci a s někým to řešil. Vždycky je lepší, když jim s potížemi někdo pomůže. Můžou být ale i lidé, kteří nikoho nevyhledají a zvládnou to všechno sami.

Tazatel: Pokud máte zkušenost s metodou nebo přístupem, které jsou pro resocializaci efektivní, které to podle Vás jsou?

Respondent: Hodně důležitý je vztah. Dále práce s motivací, kterou děláme pomocí motivačních rozhovorů. Pracovník se může snažit klienta někam navést, ale je důležité, aby mu to nevnucoval. Klient si na to „musí přijít sám“. Takovým tím učitelkováním jako dělej tohle dělej támhleto se nikdo nikam nedostane. Spíš se klient zasekne a nehne s ním už tím spíš vůbec nic. Nějaká konfrontace je možná, ale to ten vztah už musí být opravdu vybudovaný, aby to mohlo fungovat. Je to na dlouho a chce to velkou trpělivost. Na někoho trošku „tvrdší“ režim působit může, protože potřebuje trošku větší vedení. Ale to si může dovolit fakt jen někdo, kdo má hodně zkušeností a toho klienta fakt hodně zná.

Tazatel: Jaké metody a přístupy se Vám zdají v procesu resocializace jako neefektivní nebo málo účinné?

Respondent: Na to už jsem předtím trochu narazila. Myslím, že velmi direktivní přístup. Ale je to zase hodně individuální. S některými klienty máme vztah, že bych si je i konfrontovat dovolila, ale některé opravdu ne a čekám, s čím na kontakt přijdou. Poté hovor rozvíjím. Každý má ale svůj určitý způsob, kterým s klientem jedná –

Příloha č. 1

samozřejmě v rámci hranic a pravidel. Takže těžko říct, za mě to je moc direktivní přístup.

