

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Hana Obrová

**Možnosti pomoci osobám závislým na
nealkoholových látkách v okrese Šumperk**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Knausová, Ph. D.

2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

.....
Podpis autora práce

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Ivaně Knausové, Ph. D. za vedení, inspiraci a konzultaci při tvorbě práce. Dále děkuji kolegyni Mgr. Alici Válkové za podporu, motivaci a cenné rady.

Obsah

Úvod	5
Teoretická část.....	7
1. Charakteristika okresu Šumperk	7
1.1. Slabé stránky okresu z hlediska zaměstnanosti.....	7
1.2. Charakteristika drogové scény v okrese Šumperk	8
2. Pojmy vztahující se k problematice závislosti	9
2.1. Návyková látka nebo droga.....	9
2.1.1. Druhy návykových látek	10
2.1.2. Způsoby aplikace drog a jejich rizika	11
2.2. Drogová závislost.....	12
2.2.1. Příčiny vzniku drogové závislosti	13
2.2.2. Vývoj závislosti.....	15
2.2.3. Závislost jako diagnóza	16
2.3. Dopady drogové závislosti	17
2.3.1. Dopady užívání drog na zdraví jedince.....	17
2.3.2. Sociální dopady	18
3. Prevence	19
3.1. Primární prevence	19
3.2. Sekundární prevence	22
3.3. Terciární prevence	24
4. Základní přístupy k drogově závislým osobám.....	26
5. Metody sociální práce s osobami závislými na drogách	27
5.2. Motivační rozhovor vedený s uživatelem drog	28
5.3. Kognitivně behaviorální terapie	30
5.4. Přístup orientovaný na úkoly.....	31
5.5. Case-management	31
5.6. Komunitní práce	32
5.7. Týmová práce	33
6. Národní strategie protidrogové politiky ČR.....	34
6.1. Drogová situace v České republice	34
6.2. Protidrogová politika státu	35
6.3. Nízkoprahové služby pro uživatele drog na Šumpersku	36
Praktická část.....	40
7. Pojem kazuistika a její využití	40
7.1. Rozhovor	41
7.2. Pozorování.....	42
8. Individuální plánování.....	42
9. Anamnéza.....	43
10. Postup při tvorbě kazuistiky	43
11. Zdroje informací.....	44
12. Kazuistiky osob závislých na nealkoholových látkách v okrese Šumperk	45
Kazuistika klienta č. 1	45
Kazuistika klienta č. 2	53
Kazuistika klienta č. 3	59
13. Shrnutí Kazuistik.....	66
Závěr	67
Seznam literatury.....	69
Přílohy	76

Úvod

Problematika závislosti na nealkoholových látkách patří v naší společnosti mezi závažná a společensky ožehavá témata, která se netýkají pouze České republiky, ale i ostatních vyspělých zemí světa. Naše společnost reaguje na problémy spojené s užíváním drog vytvořením sítě adiktologických služeb, které se specializují na pomoc osobám v různých fázích rozvoje závislosti.

V souvislosti s otázkami spojenými s užíváním drog se hovoří o tzv. multifaktoriální povaze příčin. Pro vznik závislosti na drogách hraje roli celá řada faktorů. Jedná se o neuspokojivé rodinné zázemí, sociální a ekonomické poměry, psychická onemocnění, rozpory v představách a očekáváních mladých lidí, ztráta zaměstnání a mnohé další. Úskalí, kterými jedinec prochází, jsou často nastavena samotnou společností.

K volbě tématu bakalářské práce mě inspirovala několikaletá zkušenost v přímé péči se závislými jedinci v rámci terénního programu Streetwork. Při každodenní praxi jsem řešila rozmanité potřeby klientů, které vyžadovaly individuální přístup. V souladu s cílem a posláním služby bylo možné některé řešit přímo, v jiných případech se nabízela nutnost zprostředkovat či odkázat klienta na jinou službu v rámci existující sítě služeb v daném regionu. Ve snaze poskytnout kvalitní pomoc lidem závislým na nealkoholových látkách, jsem se setkávala s absencí návazných služeb a institucí, jež se řešením důsledků drogové závislosti zabývají. Toto zjištění mě vedlo k rozhodnutí zmapovat pro potřeby pracovníků služby Streetwork síť sociálních a zdravotních služeb v šumperském regionu.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou přiblíženy slabé stránky z hlediska zaměstnanosti a drogová scéna okresu Šumperk, objasněny pojmy používané v souvislosti s drogovou problematikou, popsány příčiny a fáze vývoje závislosti, uvedeny rizika a důsledky spojené s užíváním drog, charakterizovány stupně prevence, představeny současné přístupy i metody práce s uživateli. Tuto část práce zakončují kapitoly pojednávající o Národní strategii protidrogové politiky a o nízkoprahových službách pro uživatele drog na Šumpersku.

Praktickou část bakalářské práce tvoří případové studie vybraných klientů terénního programu Streetwork v okrese Šumperk. Prostřednictvím metody strukturovaného rozhovoru uskutečňuji sondu malého rozsahu. Na základě vypracovaných anamnéz byly stanoveny sociální diagnózy a následně popsány postupy pomoci. Cílem bakalářské práce je charakterizovat problematiku závislosti na návykových látkách a popsat způsoby sociální práce s uživateli nealkoholových drog teoreticky i prakticky na základě poznatků z konkrétních sociálních organizací okresu Šumperk. Cílem teoretické části práce je popsat jak

samotnou problematiku závislosti, tak možné způsoby práce s osobami závislými na drogách.

Cílem praktické části je popsat kazuistiku vybraných klientů nízkoprahových zařízení působících v okrese Šumperk a na základě zkušenosti v přímé pomoci těmto osobám vypracovat seznam spolupracujících organizací v daném regionu. Smyslem celé práce je zmapovat možnosti pomoci osobám závislým na nealkoholových látkách v okrese Šumperk.

Teoretická část

1. Charakteristika okresu Šumperk

Okres Šumperk se řadí na druhé místo z pěti okresů Olomouckého kraje a rozléhá se v jeho severní části. Sousedí s městy Zábřeh a Mohelnice, bývá nazýván vstupní branou pohoří Jeseníky. Šumperský okres tvoří 78 obcí, z toho 8 měst (Hanušovice, Loštice, Mohelnice, Staré Město, Štítý, Šumperk, Úsov, Zábřeh). Pro účely státní správy se území dělí na správní obvody obcí s rozšířenou působností (Mohelnice, Šumperk, Zábřeh), ty dále na správní obvody obcí s pověřeným obecním úřadem (Hanušovice, Mohelnice, Šumperk, Zábřeh). V 78 obcích okresu Šumperk žije 124 246 tisíc obyvatel (Český statistický úřad [on-line]).¹

1.1. Slabé stránky okresu z hlediska zaměstnanosti

Území okresu je poměrně členité, tvořené jak horskými oblastmi na severu, tak rovinatými na jihu. Zaměstnavatelé se soustřeďují do osídlených oblastí, popř. průmyslových zón, tím vzniká postupem času, společně s vlivy světové hospodářské krize, propast mezi většími územními celky a mezi okrajovými oblastmi, převážně v severní části. Dopravní dostupnost není v těchto odlehlých oblastech nijak modernizována, naopak spíše redukována (MAS Šumperský venkov [on-line]).²

Co se týká zaměstnanosti, je zasažen celý trh práce okresu. Nejvíce sever (Hanušovicko), kde nedávno ukončili činnost dva významní zaměstnavatelé, což mělo za následek nárůst počtu nezaměstnaných osob v regionu. Ani střední část okresu (Šumpersko a Zábřežsko) v uplynulém roce nezaznamenala žádné pozitivní jevy v zaměstnanosti, snad jedině na jihu (Mohelnicko) je situace o něco lepší, protože tam sídlí největší zaměstnavatelé okresu, jejichž předmět činnosti úzce souvisí se strojírenskou a elektrotechnickou výrobou. Infrastruktura okresu není dostačující právě vzhledem k jeho členitosti.

Problém nezaměstnanosti se odráží v rozmachu sociálně patologických jevů. Jedním

¹ Český statistický úřad (2012): Charakteristika okresu Šumperk [on line]. Dostupné 20.8.2012 z [http://www.czso.cz/xm/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/89c52bc40c6ab256c1256f08002e9b2e/\\$FILE/okres%20%C5%A0umperk.pdf](http://www.czso.cz/xm/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/89c52bc40c6ab256c1256f08002e9b2e/$FILE/okres%20%C5%A0umperk.pdf).

² MAS (2012): Šumperský venkov [on-line]. Dostupné 20.8.2012 z http://sumperskyvenkov.cz/index.php?sekce=stranka&id_stranky=20.

z nich je i nárůst počtu osob závislých na nealkoholových látkách, s čímž úzce souvisí primární i sekundární drogová kriminalita³, která vzhledem k neuspokojivé sociální situaci většiny uživatelů drog je velmi vysoká.

Mezi další kriminální jednání závislých osob patří drobné krádeže a úvěrové podvody. Na „šedou ekonomiku“ má významný vliv fakt, že okres Šumperk patří mezi regiony s vysokou nezaměstnaností v České republice (Konceptce prevence kriminality města Šumperka na léta 2009 – 2011, s. 19).

1.2. Charakteristika drogové scény⁴ v okrese Šumperk

Dle prevalenční studie⁵ je považováno 0, 5 % populace za tzv. problémové uživatele drog, což pro okres Šumperk představuje přibližně 620 potenciálních uživatelů drog. Z výsledků lokálních studií, realizovaných organizací RES-SEF, o. s., které přímo navázalo na studii započatou v předchozích letech Kontaktním centrem Krédo, Pontis Šumperk, o.p.s., je patrné, že převažující část problémových uživatelů drog v okrese preferuje injekční užívání pervitinu.⁶ Druhou, z hlediska četnosti zastoupenou skupinou, jsou osoby trpící polymorfní závislostí⁷, tedy užívající střídavě pervitin, medikamenty a těkavé látky. Jde o sociálně slabší skupinu obyvatel, která nemá pravidelný přísun pervitinu. Další, podstatně méně zastoupenou skupinou osob, jsou sezónní uživatelé surového opia a experimentátoři s ostatními návykovými látkami.

Okres Šumperk lze označit za tranzitní území, přes které se dováží prekurzory k výrobě drog.⁸ S tím je spojena vyšší četnost zapojení do obstarávání prekurzorů a poskytování si vzájemných výhod mezi uživateli drog, např. zajištění bezplatného přísunu pervitinu.

³ V rámci klasifikace v případě primární drogové kriminality se jedná o tzv. trestné činy proti drogové legislativě. Primární drogová kriminalita ovšem nezahrnuje kriminalitu, kterou pachatelé páchají pod vlivem drog nebo kriminalitu související se získáváním drog. V tomto případě se jedná o drogovou kriminalitu sekundární (Gabrhelíková Müllerová, P. In Kalina a kol. 2008. s. 275).

⁴ Místo či místa, kde se shromažďují uživatelé nezákonných drog a kde obvykle probíhá konečný článek obchodu a distribuce (dealing). Rozlišuje se drogová scéna otevřená (veřejné či veřejně dostupné prostory jako parky, ulice, náměstí, nádraží, průchody), polootevřená (restaurace, kluby a jiné zábavní místnosti) a uzavřená (byty, soukromé kluby a akce) (Bém, P., Kalina, K., Radimecký, J. In Kalina a kol. 2003a. s. 33).

⁵ Drog-info.cz (2005): Informační portál o ilegálních a legálních drogách [on-line]. Dostupné 20.8.2012 z http://www.drog-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/prevalencni_odhady_1/odhady_prevalence_prob_lemovych_uzivatelu_drog_priklady_a_anotace_celostatni_studie.

⁶ Manuál terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

⁷ Užívání více než jedné psychoaktivní látky.

⁸ Vzhledem k faktu, že prodej léků na výrobu pervitinu je státem kontrolovaný, dováží se tyto prekurzory k výrobě drog z Polska a ze Slovenska.

2. Pojmy vztahující se k problematice závislosti

Problematika závislosti zahrnuje spektrum odborných termínů a definic převzatých z jiných vědních oborů. Vývoj prevence a odborné péče v této oblasti lze registrovat počátkem 90. let minulého století, kdy se drogy staly oficiálně přiznanou součástí života v české společnosti (Presl, 1995, s. 8). Uplynulo více než 20 let a tato doba se bezpochyby odráží v propracované odborné terminologii problematiky drogové závislosti a následně i v oblasti prevence. Nauka o závislosti se stala samostatným vědním oborem pod názvem Adiktologie. V následující kapitole uvedu termíny, které se vztahují k dané problematice.

2.1. Návyková látka nebo droga

V odborné literatuře lze dohledat mnoho definic, co je to návyková látka či droga. Všechny se ale shodují na tom, že jde o „látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání“ (Kalina, 2001 s. 70).

Slovo droga pravděpodobně pochází z arabského „durana“ s původním významem léčivo. V užším slova smyslu je droga látka, která se užívá (zneužívá) ke změně duševního stavu (nálady), prožívání stavu v bdělosti či útlumu a chování. Tyto změny jsou způsobeny vlivem drogy na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti (Maříková, H., Petrušek, M., Vodáková, A. 1996)

Definice odborníků v otázce návykových látek jsou si podobné. „Návykovými látkami či drogami obecně označujeme látky přírodní (rostlinné) a synteticky (chemickou cestou) připravené, které působí na psychiku člověka a ovlivňují jeho prožívání i chování“ uvádí, Maradová (2006, s. 5). Droga, ať už přírodní či syntetická, „splňuje dva základní požadavky“, uvádí Presl (s. 9):

- Látka ovlivňuje naše prožívání okolní reality, přičemž mění „vnitřní“ naladění člověka;
- Může vyvolat závislost, obsahuje tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“ (Presl, 1995, s. 9).

2.1.1. Druhy návykových látek

Existuje celá řada přírodních i syntetických produktů, s nimiž lidé experimentují nebo je zneužívají. Trend oblíbenosti drog souvisí s řadou okolností a změn ve společnosti. Svůj podíl na celém procesu mají např. společenské změny, změny v osobnosti lidí, ve struktuře rodiny, životních jistotách a perspektivách. Z výzkumu šetření o užívání drog v populaci v roce 2010 vyplynulo, že nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou tradičně konopné látky, následuje extáze, amfetaminy, kokain, heroin, LSD a halucinogenní houby (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010, s. 24-29). Nejznámější dělení drog je na „měkké“ a „tvrdé“. Toto dělení se vztahuje k riziku, které souvisí s jejich užíváním. Odborníci věnující se problematice závislostního chování, uvádí, že toto dělení by se nemělo používat. Komplikace ve všech oblastech života způsobují všechny návykové látky a veškeré tyto látky jsou rizikové (Hřivnová a kol. 2010).

Jiné dělení je dle „převažujícího účinku“ na stimulantia, tlumivé látky, halucinogeny a hypnotika.

Tlumivé drogy

Obecně jde o látky, které utlumují činnost mozku a jiné částí centrální nervové soustavy (CNS). Tlumivé drogy se rozdělují na dvě hlavní skupiny - sedativa a trankvilizéry. Svým působením vyvolávají řadu účinků od mírného útlumu a uvolnění až po kóma a smrt. Mezi hlavní zástupce této skupiny patří zejména alkohol, barbituráty, trankvilizéry, těkavé látky a rozpouštědla (Bayer, D. In Kalina a kol. 2003a. 180-183).

Opiáty

Opiátová čili narkotická analgetika se využívají pro tlášení bolesti. Vyrábí se z přírodních produktů – z opiového máku nebo ze syntetických surovin. Drogy z přírodního máku patří mezi nejúčinnější analgetika vůbec. Kromě tlumení bolesti mají také inhibiční (tlumivé) účinky na CNS (ospalost, spánek). Opiáty jsou obecně spolu s těkavými látkami vnímány jako nejnebezpečnější skupina drog vůbec. Nejznámějšími zástupci je opium, heroin a metadon (Minařík, J. In Kalina a kol. 2003a. 159-162).

Stimulancia

Jsou to přírodní či syntetické látky, které působí na centrální nervový systém a jedinci vyvolávají pocity pohody, síly, energie a sebevědomí. Stimulační drogy jsou používány zejména k navození pocitu euforie. K hlavním zástupcům této skupiny patří: amfetamin, metamfetamin, kokain, crack, extáze, anabolické steroidy (Minařík, J. In Kalina a kol. 2003a. 164-167).

Halucinogeny (psychedelika)

Halucinogeny jsou skupinou psychoaktivních drog, které se obecně rozdělují do tří základních kategorií: přírodní halucinogenní látky rostlinného původu, přírodní halucinogenní látky živočišného původu a syntetické látky chemického původu. Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Velkou pozornost vědců i laiků přitahují nejen jejich velmi neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, tajemnost, možná až mystičnost spojovaná s těmito účinky a využívaná lidskou kulturou od nepaměti. To, jak člověk na tyto drogy reaguje, závisí na jeho psychickém rozpoložení, na prostředí a také na droze samotné. Nejvýznamnějšími zástupci jsou LSD, lysohlávky, meskalin, marihuana, hašiš (Miovský, M. In Kalina a kol. 2003a. s. 169-172).

2.1.2. Způsoby aplikace drog a jejich rizika

Možností a způsobů, jak si jedinec může vpravit drogu do svého organismu, je několik. Vzhledem k tomu, že žijeme v demokratickém státě, můžeme se dobrovolně rozhodnout pro užívání drog i pro způsob jejich aplikace.

Perorální užití

Perorální užití je jeden z alternativních způsobů, jak drogu užít méně rizikově, než injekční cestou. Doporučuje se kombinovat perorální užívání s injekčním, aby si žíly mohly tzv. odpočnout.

Injekční (intravenózní) užití

Injekční užití patří mezi velmi rizikové cesty v souvislosti s přenosem krví přenosných onemocnění jako HIV a virové hepatitidy. Kromě krví přenosných chorob může docházet k zánětům žil, tvorbě abscesů a flegmón, které mohou vést v krajním případě až k amputaci končetiny. Velké riziko je spojené i s neodborným zásahem do lidského organismu, může dojít

k vpravení nečistot do organismu. U tohoto způsobu aplikace hrozí největší riziko předávkování.

Kouření

Kouření patří mezi preferované způsoby užití zejména u konopných drog, ale i u sezónního užívání surového opia z máku. U takového užívání hrozí respirační problémy. Tkáň je vystavena vlivu kouře mnohem více než při kouření tabáku, s čímž souvisí výskyt kašle u kuřáků konopí. Dlouhodobé kouření může vést mimo jiné k chronickému zánětu průdušek nebo rozedmě plic.

Šňupání (Sniff)

Šňupání je považováno za jeden z alternativních způsobů, kterým se nahrazuje injekční užívání. Uživatelé návykových látek tento způsob příliš nepreferují kvůli pomalému nástupu účinku drogy. V současnosti se ale u mladých teenagerů dostává do popředí před injekčním užíváním drog. Rizikem u tohoto způsobu užívání drog je postupné rozleptávání sliznic, jejichž důsledkem je časté krvácení z nosu a postupná ztráta čichu.

Inhalování

Inhalování je považováno za nejnebezpečnější způsob užití drogy vůbec. Ze zkušeností pracovníků nízkoprahových služeb vyplývá, že tento způsob užití přichází nejčastěji na řadu v období prvních experimentů s drogami či u dlouhodobých uživatelů amfetaminů, kteří rozpouštědla inhalují jako náhražku za amfetaminy. Nejčastěji se inhalují syntetická rozpouštědla a těkavé látky. Riziko, které tento způsob užití přináší, je naleptávání a rozpad mozkových buněk

2.2. Drogová závislost

Závislost je obecně charakterizována jako dlouhodobý či trvalý vztah k něčemu nebo k někomu. Takto definovaný vztah zpravidla vychází z pocitu silné potřeby, touhy až nezbytnosti tuto potřebu uspokojit a zároveň ovlivňuje naše jednání či naši svobodu tak, jak uvádí Vágnerová (2004, s. 547): „Lidé se vždycky snažili najít možnost uniknout svým problémům, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a mimořádných schopností, fantastických zážitků a inspirace.“ Člověk může být závislý na různých činnostech, předmětech či vztazích.

O závislosti na drogách hovoříme tehdy, jde-li o psychický nebo fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi drogou a lidským organismem. Průvodním jevem je změna chování a další reakce, které zahrnují touhu drogy užívat nebo být součástí společenství, které takovéto psychoaktivní látky produkuje (Nešpor, 2000, s. 14).

Závislosti je obecně přiřazována multifaktoriální povaha a to s ohledem na to, že se mohou na jejím vzniku podílet jak faktory vnější, tak i vnitřní. Působící faktory mohou být dědičné, vnitřně dané nebo vnější ovlivňované procesem socializace. Vliv působení faktorů, ať z jedné či druhé roviny, může způsobit negativní projevy podněcující vznik sociálně patologických jevů.

Presl (1994, s. 46) nahlíží na drogovou závislost jako na „onemocnění a jako takové je ho třeba chápat“ Z pohledu analytické psychologie souvisí závislost s procesem individuace, tedy procesem sebeuskutečnění.

Ve své podstatě jde o stav, v němž se uživatel bez drogy nedokáže obejít. Jedná se o tzv. craving⁹, který je udáván, jako silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. „Silná touha po droze“ je také příznakem některých odvykacích stavů (Kalina, 2001).

2.2.1. Příčiny vzniku drogové závislosti

Na vzniku závislosti na drogách se podílí celá řada faktorů. Zde se zaměřím zejména na ty, které mohou být v přímé souvislosti se samotným vznikem závislého chování. Obecně jde o širší kontext čtyř základních faktorů, které vznik drogové závislosti podmiňují.

Látka samotná

Prvním faktorem látky samotné je temperament člověka, který může ovlivňovat sklon k užívání určitého typu drog. Např. úzkostný člověk bude spíše vyhledávat látky, které ho uvolní. Jedinec, který touží po výkonu, bude vyhledávat ty látky, které mají stimulační účinek.

⁹ K subjektivním příznakům cravingu patří: (1) vzpomínky na pocity pod vlivem návykové látky nebo fantazie na toto téma, často nutkavého charakteru, (2) svírání na hrudí, bušení srdce, svírání žaludku, sucho v ústech, třesy, bolesti hlavy a v různých částech těla, pocení, (3) silná touha po návykové látce úzkost, stísněnost, únava, slabost, zhoršené vnímání okolí, neklid, vzrušení, podrážděnost (Kalina, 2001).

Osobnost

Druhým faktorem je osobnost. Jde o náchylnějšího jedince, který je primárně oslaben méně příznivými vlivy jako např. slabost, nerozhodnost, labilita, těkavost, strach, nedůvěřivost.

Sociální prostředí

Třetím faktorem je sociální prostředí, jež v přímé souvislosti s látkou samotnou – s drogou, může být tato ve vhodném okamžiku, vhodné situaci, za předpokladu oslabení člověka např. trápením, nemocí, nedostatkem vůle či nedostatkem vnitřní síly jistou kompenzační platformou.

Provokující a vyvolávající činitelé

Čtvrtým faktorem jsou provokující a vyvolávající činitelé, kteří iniciují situace, kdy osoba stojí před náročným rozhodnutím, bolestivou životní situací. Okamžik setkání se sebou samým, bez pomoci kohokoliv jiného. Neúspěšné zvládnání vede ke zklamání důvěry v sebe sama. Oproti tomu se může jednat o situaci, kdy si chce jedinec dopřát neobyčejné zážitky – opojení, což s sebou nese nebezpečné vybočení z cesty (Janík, Dušek, 1990, s. 119).

Tabulka č. 1 Čtyři dimenze příčin vzniku závislosti

<i>Oblast</i>	<i>Dispozice</i>	<i>Spouštěcí mechanismus</i>
BIOLOGICKÁ	Dědičnost Aktuální fyzický stav	Nemoc, úraz, léky
PSYCHOLOGICKÁ	Osobnost – temperament, charakter, snížený intelekt, poruchy komunikace, nenaplnění základních potřeb	Deprese Citové zranění Stres
SOCIÁLNÍ	Rodina, vrstevnická skupina, vzdělání, životní styl, společenské instituce, celkový stav společnosti	Krize nebo konflikt v rodině, ve skupině, ztráta zaměstnání, jiný neúspěch, selhání institucí (škola, ústav, vězení)

SPIRITUÁLNÍ	Nezakotvenost, naivní víra, fundamentalismus, fanatismus	Krizе víry, Konflikt ideálů s realitou, Konflikt ve svědomí Sekta
-------------	---	--

Mezi uvedenými dimenzemi, souvisejícími s příčinami vzniku drogové závislosti, je patrna jistá paralela, která „přibližuje ucelené komplexní pojetí, které vytváří systém vzájemně se podmiňujících vnitřních a vnějších vlivů. Skupina vnitřních faktorů promítá a předurčuje vnější faktory lidského jedince a naopak“ (Dočkal, 2000, s. 41).

2.2.2. Vývoj závislosti

Závislost nevzniká náhle, ale zpravidla prochází řadou fází, které postupně k závislosti směřují. Jedná se o fázi experimentu, občasného či víkendového užívání, každodenní užívání, užívání k dosažení normálu, v níž je zpravidla naplněno třemi a více kritérii charakteristiky závislosti (Kalina, K. a kol. In Kalina a kol. 2003a. s. 17). Vývoj a vznik závislosti je zcela individuální a lze ho považovat za proces, na němž se podílí mnoho faktorů. V této souvislosti bývá vzniku drogové závislosti přiřazována multifaktoriální povaha.

Fáze drogové závislosti¹⁰

I. Fáze experimentální

Tato fáze je charakteristická občasným užitím drogy, které přináší příjemné a nepoznané prožitky. Droga umožňuje uniknout od reálného života a nabízí snazší řešení problému doma, ve škole či v práci. Jedinec netrpí negativními účinky z užívání drog.

K prvnímu kontaktu s drogou dochází zpravidla v období dospívání. Pro většinu dětí a mladistvých osobní zkušenost s touto drogou po ojedinělém experimentu skončí. Pro jinou část mladistvých jsou první zkušenosti spojeny s pozitivními prožitky, které jsou důvodem zájmu vyzkoušet jinou či stejnou drogu při jiné příležitosti. Jde o tzv. experimentování s drogou. Cílem je hledání prožitků s určitou skupinou nebo kulturou, a tím ověření výhod, které droga nabízí.

¹⁰ Maradová, 2006. S 6 – 7.

II. Fáze užívání

Typickým projevem této fáze je pravidelnější užívání drog, které se stávají součástí života jedince. Dochází k zanedbávání dřívějších zájmů a denní program se začíná přizpůsobovat touze po droze. Častěji se objevuje absence ve škole nebo zaměstnání, pozdější příchody domů, odpoutání se od starých kamarádů a nalezení nových mezi drogově závislími. Někteří autoři tuto fázi označují jako tzv. rekreační užívání.

III. Fáze problémového užívání

Příznaky vlastní závislosti jsou ztráta kontroly nad užíváním drogy, tendence zvyšování dávky, fyzická a psychická závislost na účincích drogy, droga se stává vším, což se projevuje ztrátou žebříčku hodnot, zájmů, nezájem o školu a zaměstnání, pokles pracovní aktivity, časté absence ve škole, což většinou končí vyloučením, časté konflikty v rodině, přetrhání vazeb s rodinou a upnutí se na společnost drogově závislých. Peníze na drogy závislý jedinec získává i nelegálním způsobem, např. krádežemi, loupeží, prostitucí, dealerstvím apod.

IV. Fáze závislosti

Droga se stává součástí života jedince a neuspokojuje tak jako dříve. Dochází ke ztrátě schopnosti reálně uvažovat a jedinec se nachází ve stavu, kdy bez drogy nedokáže normálně fungovat. Charakteristická je ztráta důstojnosti a jedinec se ocitá v bludném kruhu a ztrácí chuť do života. Dospívající, který má opakované zkušenosti s drogou, většinou ve stavu emocionální krize, sáhne po určité „jistotě“, kterou pro něho v danou chvíli droga je (Maradová, 2006, s. 6).

„Závislost znamená celkovou ztrátu svobody a ztrátu kontroly nad vlastním životem. Závislý člověk je hnán touhou navodit příjemný stav, který prožíval na začátku drogové kariéry. Závislost se projevuje zvyšováním dávek a návyková látka jedinci již nic nového nepřináší“ (Kalina a kol. In Kalina a kol., 2003a. s. 17). Někdy bývá tato fáze nazývána jako „pokročilé užívání drogy“, které přináší jisté problémy (Maradová, 2006, s. 6).

2.2.3. Závislost jako diagnóza

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (10. Revize) je závislost považována za nemoc. Jde o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání

nějaké látky má u daného jedince větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. O diagnóze závislosti hovoříme tehdy, jestliže během posledního roku došlo minimálně ke třem z následujících projevů:

- Silná touha užívat návykovou látku;
- Potíže v sebeovládání při užívání návykové látky;
- Návyková látka užívaná s úmyslem zmenšit příznaky tělesného odvykacího stavu;
- Vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- Postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky;
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků;

Základní východisko pro léčbu závislosti je v odvykacím procesu, který je nekončící etapou.

Je to boj o abstinenci na celý další život. Úspěch léčby se odvíjí od motivace, ochoty, osobního nasazení a respektování omylu, kterým droga na samém začátku byla. Vyžaduje velkou sociální podporu (Maradová, 2006, s. 8).

2.3. Dopady drogové závislosti

Ze skutečností výše vyplývá, že drogová závislost ovlivňuje člověka komplexně. Po stránce somatické poškozují nenávratně tolik důležité zdraví, z pohledu psychologického dochází k postupnému rozpadu osobnosti jedince. Rozpadá se sociální sféra člověka, respektive jsou narušeny jeho sociální role a postavení ve společnosti. Při samotném pohledu na problematiku závislosti je velmi vhodné vycházet z bio-psycho-sociálního modelu, který nám umožní na tento jev nahlížet holisticky. Komplexní pohled je důležitý jak pro samotný proces prevence a nápomocný při sociální práci, tak léčbě závislého jedince.

2.3.1. Dopady užívání drog na zdraví jedince

V důsledku akutní intoxikace nebo dlouhodobého užívání drog dochází k vratným i nevratným změnám na zdraví jedince. Mezi následky nejčastěji patří: nechut' k jídlu, nespavost, různé druhy poruch např. ledvin, jater, mozku, sluchu, ztráta orientace, strach apod. Zpravidla od třetí nebo čtvrté fáze závislosti vznikají psychické či somatické změny. K závažným zdravotním důsledkům patří i nemoci, způsobené nečistým či použitým

injekčním materiálem. Tito uživatelé patří mezi nejohroženější co do akutního i dlouhodobého ohrožení organismu (intoxikace, žloutenka, HIV). Akutní nebezpečí předávkování hrozí po užití opiátů, srdeční zástava může nastat po užití kokainu, užívání stimulačních látek způsobuje psychózy, onemocnění plic se vyskytuje u dlouhodobých kuřáků konopí. Osoby s vytvořenou vrozenou dispozicí mají předpoklad k rozvoji hlubokých depresivních stavů či jiných psychických poruch, které mohou být nevratného charakteru.

2.3.2. Sociální dopady

Mezi nejvýznamnější sociální dopady patří rodinné problémy, dosažená nízká úroveň vzdělání a s tím spojené špatné uplatnění se na trhu práce, problémy v mezilidské komunikaci, postupná ztráta partnerských vztahů a kontaktů s lidmi, kteří drogy neužívají. Potřeba finančních prostředků závislého jedince vede k zadlužování se a kriminálnímu jednání. Vlivem takového počínání se jedinec ocitá na okraji společnosti a je ohrožen sociálním vyloučením.

3. Prevence

Prevence je prvotní nástroj pro předcházení užívání drog a obtíží s tím spojených. Spolu s přístupem na snižování rizik (harm reduction), represí, léčbou a resocializací tvoří pilíře strategie protidrogové politiky, která je popsána v samostatné kapitole. Každý pilíř má svoji vlastní koncepci, která zahrnuje specifické přístupy, metody a strategie užívané v sociální práci s uživatelem drog vycházející z jeho individuálních potřeb. Samotná prevence se skládá ze tří vzájemně provázaných stupňů, které jsou označovány jako primární, sekundární a terciární.

3.1. Primární prevence

Primární prevence si klade za cíl co nejvíce snížit poptávku po drogách. Předpokladem efektivního fungování primárně preventivních programů je spolupráce odborníků z nejrůznějších společensko-vědních oborů (Miovský, M. In Kalina, K. a kol. 2003b. s. 15-16). Metody primární prevence se opírají o přesvědčení, že tématu drog je potřeba věnovat dostatečnou pozornost jak ve školním, tak i v rodinném prostředí.

Jedinci pomáhají formovat postoj k drogám vrstevnické skupiny, authority, informace, média, společenské normy, školní prostředí, způsoby trávení volného času a další. Primární prevence se člení na dvě části, a to specifickou a nespecifickou primární prevencí.

Specifická primární prevence

„Soubor aktivit a služeb, které se zabývají prací s osobami, u níž hrozí negativní vývoj. U této skupiny osob je třeba pomocí specifických preventivních programů předcházet nebo zmírňovat výskyt společensky nežádoucího chování. Jasná profilace těchto programů (snaha působit selektivně, specificky) na určitou formu rizikového chování odlišuje tyto programy od programů nespecifických“ (Maradová, 2006, s. 22).

Nespecifická primární prevence

Systém aktivit a služeb, jejichž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující „zdravý“ rozvoj osobnosti, včetně možnosti rozvoje nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Zaměřuje se na posílení osobnosti nebo schopností člověka zvládat a řešit problémy. Vychází z podstaty člověka naplňovat vlastní potřeby, nadání a vede k přirozenému poznání,

při kterém jedinec nalézá poučení v běžných situacích ze života za podmínky, že je současně poskytnuta pravdivá informace. Takto předaná zkušenost včas a přiměřenou formou dle věku jedince je základem nespécifické, ale později i specifické prevence (Maradová, 2006, s. 22).

V rámci školských i mimoškolských preventivních aktivit může škola pomocí prostřednictvím metodiků prevence zajistit či odkazovat na subjekty zajišťující odbornou péči (Matoušek, 2007, s. 86.). Např. pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum a střediska výchovné péče. Preventivní výchovné a vzdělávací působení je neoddelitelnou složkou výuky škol a školských zařízení (součástí školního vzdělávacího plánu). Je organizováno v podobě preventivních programů, které poskytují jak jednotlivci, tak instituce a svým působením se snaží žákům předat informace o rizicích plynoucích z užívání drog. Prevence by měla být vnášena do co nejvíce vyučovaných předmětů a realizována také nad rámec jednotlivých vyučovacích hodin a napříč skrze ně. Preventivní programy si každé školské zařízení realizuje samo a má i určitou volnost při volbě priorit a zaměření programu. Podle pokynů ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy je povinností každé školy vypracovat tzv. Minimální preventivní program.¹¹

Preventivní charakter nízkoprahových¹² zařízení pro děti a mládež

Smysl nízkoprahových zařízení spočívá v odpoutávání pozornosti od rizikového prostředí k efektivnějšímu trávení volného času. To se může realizovat např. pomocí alternativních volnočasových, či outdoorových aktivit. Součástí nabídky těchto zařízení je doučování či řešení otázek spojených se školou, nebo pomoc při řešení osobních problémů.

Veškeré aktivity daných zařízení jsou postavené na důvěře a striktnosti pravidel jejich fungování (Matoušek, 2007, s. 87).

¹¹ Konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj jejich sociálně komunikativních dovedností. Minimální preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci žáků školy a je zpracován na jeden školní rok metodikem prevence MŠMT (2005): Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení [on-line]. Dostupné 10.9.2012 z http://www.msmt.cz/file/7347_1_1/.

¹² Zařízení dostupné klientům bez nutnosti se objednávat, případně i bez nutnosti udávat vlastní totožnost. Zařízení tohoto druhu mají v ČR podobu komunitních center pro mládež, pro matky s dětmi, pro seniory a pro uživatele drog.

Preventivní charakter vrstevnických programů (peer programy)

Vrstevnické programy jsou významné v období časně adolescence. Jejich poslání je postaveno na vrstevnických vztazích (peership), které umožňují adolescentům vzájemnou výměnu názorů, pocitů, vzorců chování. Pro zvyšování povědomí o primárně preventivních informacích existují přímo vyškolení „peeři“ - osoby stejného věku jako vrstevníci, zároveň také ze stejného sociokulturního prostředí či zázemí. Pomocí peer skupin dochází k vědomému či nevědomému sdílení stejné zkušenosti, životní pozice, problémů, nejistoty nebo nejasností. Ty jsou pak prostředkem k hledání a ujasňování ve vztahu k sobě samému (Skácelová, L. In Kalina a kol. 2003b. s. 307 – 309).

Kurátor pro mládež

Na závěr této podkapitoly uvádím kurátora pro mládež, neboť do procesu primární prevence v souvislosti s problematikou drog patří. Kurátor pro mládež pracuje s dětmi a mladistvými s poruchami chování a výchovnými problémy nejen v oblasti návykových látek. Činnost kurátora spočívá v poskytování odborného (sociálně-právního, psychologického) poradenství dětem a rodičům v řešení rodinných, sociálních a osobních problémů. Součástí náplně práce je i podávání informací orgánům činným v trestním řízení, spolupráce se školskými zařízeními atp. O. Matoušek (2003, s. 99) ve Slovníku sociální práce pod heslem „kurátor pro mládež“ uvádí, že se jedná o odborného pracovníka státní sociální pomoci, který se zabývá prací s dětmi a mladistvými, obtížně vychovatelnými a mladistvými pachateli trestných činů a jejich rodinami. Poskytuje jim poradenskou a socioterapeutickou pomoc.

Zákon 359/1999 Sb. vymezuje okruh činností, které kurátor pro mládež zastává. Jde především o sledování, jakým způsobem děti využívají volný čas, s kým se stýkají, zabývá se také projevy nesnášenlivosti a násilí u mládeže. Má jí nabízet kvalitní volnočasové programy a spolupracovat se školami a dalšími subjekty, které s dětmi pracují. Snahou kurátora pro mládež je i zabraňovat pronikání nepříznivých vlivů na děti, které jsou dosud těmito nezasážené. Věnuje zvláštní pozornost dětem z rodin s nízkou sociální úrovní apod. Účastní se trestních řízení vedených proti mladistvým. Je v osobním styku s dítětem a osobami odpovědnými za jeho výchovu a má pokud možno řešit problémy dítěte v prostředí, ve kterém vznikly.

3.2. Sekundární prevence

Sekundární drogová prevence navazuje na primární prevenci, ale zároveň tvoří samostatnou ucelenou koncepci programů a služeb, v nichž jde o eliminaci problémových situací, které již nastaly. V této oblasti jde zpravidla o princip „harm – reduction“ (snižování rizik) a specializaci na sociální práci s uživateli drog. Zde je potřeba si uvědomit potřebnost a důležitost těchto programů, které jsou ze strany laické veřejnosti často odmítané a vnímané jako podpora v samotném užívání drog. Systém odborné pomoci pro uživatele drog je koncipován tak, aby dokázal reagovat na určité ukazatele – např. fáze závislosti, míra motivace ke změně, ochoty spolupráce.

Sekundární drogová prevence zahrnuje ambulantní a terénní programy, ambulantní péči a substituční léčbu.

Ambulantní a terénní programy na snižování rizik

Programy respektují anonymitu a možnost volby pro život s užíváním drog, nebo bez nich. Specifickou nabídkou je strukturované poradenství a motivační trénink, jež je zaměřen na posílení motivace směrem k abstinenci od drog, vedení uživatele, zhodnocení jeho psychosociálního stavu a stanovení individuálního plánu péče a cílů. Mohou být poskytovány prostřednictvím terénního programu nebo kontaktního centra (Libra, J. In Kalina a kol. 2003b. s. 165-170).

Kontaktní centrum a streetwork jsou Ambulantní a terénní programy, jsou nízkoprahové a spadající pod „harm-reduction“, které sice problém přímo neřeší, ale brání uživateli v jeho prohlubování. Tyto programy zpravidla stojí na počátku sociální práce a zprostředkovávají uživateli kontakt s ostatními institucemi, jež na procesu změny participují.

Cílem těchto služeb je motivovat uživatele ke změně, kterou může být právě jen stabilizace stávajícího životního stylu. Smyslem je navázat mezi uživatelem a službou kontakt a vybudovat si důvěrný vztah (Libra, J. In Kalina a kol. 2003b. s. 165-170). „Nejde tedy o moralizování, napomínání a aplikování autoritativních výchovných metod, nýbrž o nedirektivní sociální práci vedoucí k začleňování jedinců žijících rizikovým způsobem života do společnosti a k jejich stabilní seberealizaci“ (Bednářová, Pelech, 2003, s. 8).

Terénní práce oproti činnosti kontaktního centra „je více zaměřena na redukci škod, které v důsledku otevřenosti, kdy nenutí uživatele ke změně v podobě abstinence, ale nabízejí sociální stabilizaci, otevírají cestu uživatelům, kteří by nikdy nešli do léčebného zařízení.“ Jak uvádí Vobořil (2007, s. 6).

Ambulantní péče

Významnou složkou sekundární prevence je ambulantní péče, která zahrnuje zdravotnická zařízení, jež zpravidla navazují na činnost kontaktních center a terénních programů. Ambulantní oddělení poskytují zdravotní péči, která nabízí uživatelům návykových látek poradenství a léčbu. Součástí léčebného procesu je farmakoterapie, sociální práce, psychoterapie (Hampl, K. In Kalina a kol. 2003b. s. 172).

Substituční léčba

Další možností sekundární prevence je substituční léčba prostřednictvím psychoaktivních substancí v čisté podobě. Používá se nejčastěji při závislosti na opiátech a spočívá v podávání chemicky příbuzných látek, které se stejným úspěchem zabraňují vzniku odvykacího syndromu. Ty mají zároveň zmírňující účinky na prožívání a chování jedince (Zaostřeno na drogy. 2003. s. 1-4). U drog na bázi amfetaminů doposud není znám substituent. V současnosti se testuje účinnost medikamentu Ritalin, který je pedopsychiatry předepisován na léčbu poruch hyperkinetické poruchy (ADHD) u dětí a dospělých. Složení tohoto léku je na bázi čistého amfetaminu¹³ a do budoucna se nabízí jako potencionální substituent amfetaminů (Zkušenosti s metyphenidátem v substituční léčbě závislosti na metamfetaminu [on line]).¹⁴

¹³ Amfetamin – jeden ze skupiny sympatikomimetických aminů se silnými stimulačními účinky na centrální nervový systém. Příznaky a obtíže svědčící pro intoxikaci amfetaminy a podobně působícími sympatikomimetiky jsou tachykardie, rozšíření zornic, zvýšení krevního tlaku, hyperreflexie, pocení, mrazení, nechutenství, nauzea nebo zvracení, nespavost a abnormální chování jako agresivita, velíkášství, zvýšená bdělost, agitovanost a snížená soudnost (Palčová, 2000, s. 21-22).

¹⁴ Sananim, o. s. (2012): Výroční zpráva 2010 [on line]. Dostupné 12.3.2012 z <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>.

3.3. Terciární prevence

Posledním stupněm prevence jsou opatření a komplex služeb označovaný jako terciární prevence. Cílem je co nejvíce zmírnit důsledky způsobené užíváním drog. Patří sem resocializace, sociální rehabilitace osob, které prošly léčebným programem a nadále se snaží od drog abstinovat. Dále do tohoto okruhu služeb spadá práce s uživateli, kteří prozatím nemíní na svém životním stylu cokoli měnit. Velký význam v této oblasti má i výměnný program použitých injekčních stříkaček, jehož smysluplnost spočívá ve zmírnění rizika nákazy nebezpečnými infekcemi (HIV a žloutenek) a eliminuje se riziko nakažení zdravé populace. Terciární prevence se prolíná se sekundární s ohledem na fázi problému, v níž se jedinec nachází, vybrané formy jsou popsány v následujícím textu.

Detoxifikační jednotka

Detoxifikační jednotka spadá pod zdravotnické služby a je nápomocna ve zvládnání akutních odvykacích stavů a intoxikace drogou. Poskytuje komplexní péči pomocí farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce. Detoxifikace zpravidla trvá po dobu řádově dnů až týdnů a sama o sobě není pro uživatele návykových látek dostačující intervencí pro dosažení trvalejší změny. Jde o počáteční fázi a zahájení léčebného procesu. Podle Nešpora existuje řada důvodů pro detoxifikaci: pacient je nebezpečný sobě nebo okolí z důvodu intoxikace, příprava na návaznou léčebnou péči, diferenciální diagnostika, snížení tolerance vůči droze, sociální důvody (Nešpor, K. In Kalina a kol. 2003b. 190-192).

Oddělení pro závislé psychiatrických léčeben - Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je nabízena závislým uživatelům návykových látek prostřednictvím psychiatrických léčeben. Léčebný proces trvá zpravidla 3 – 6 měsíců. Tyto léčebné jednotky mají formu léčebné komunity. Cíl spočívá v dlouhodobé a úplné abstinenci. Charakteristické jsou tyto znaky: strukturovaná léčba a režim, podpůrné a důvěrné prostředí, kde se dbá na pravidelné skupinové a komunitní psychoterapie. Doplnujícím prvkem bývá individuální terapie (Dvořáček, J. In Kalina a kol., 2003b. s. 195-199).

Terapeutická komunita

Terapeutickou komunitou neboli rezidenční léčbou jsou nazývána specializovaná pobytová zařízení, zaměřená na léčbu směrem k abstinenci a sociální rehabilitaci. Poskytují krátkodobý, střednědobý a dlouhodobý typ léčby. Cílovou skupinu tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti. Nabízí bezpečné a podnětné prostředí a tím vytváří prostor pro růst a zrání osobnosti klientů za předpokladu jasně vymezených a srozumitelných pravidel. (Adameček, M., Richterová-Těminová, M., Kalina, K. In Kalina a kol. 2003b. s. 201-206).

Doléčovací program

Doléčovací program zahrnuje následnou péči v procesu udržení změn navozených v předchozí léčbě. Zařízení jsou určena absolventům ambulantní nebo rezidenční léčby s celkovou dobou abstinence min. 3 měsíce. Doléčovací programy jsou přechodným můstkem mezi léčbou a běžným životem. Uživatelům jsou nápomocny při integraci do rodinného, školního, pracovního či společenského života. (Kuda, A. In Kalina a kol. 2003b. s. 208-212).

4. Základní přístupy k drogově závislým osobám

V České republice na pomoc drogově závislým je vytvořena sociální síť. Jde o systém služeb, kterému „v důsledku systematické spolupráce neziskového sektoru sociálních služeb, zdravotních služeb a sociální správy jako koordinačního orgánu, se podařilo vytvořit funkční síť, a tím se stabilizovala i drogová problematika“ Vobořil (2007, s. 3). Oblast pomoci osobám závislým na nealkoholových látkách zahrnuje široké spektrum různých metod a přístupů, některé lze mezi sebou kombinovat, jiné nikoliv. Dle Miovského (In Kalina a kol., 2003b. 15) „pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Tedy korespondovat s opakovaně zdůrazňovanou skutečností, že tato komplexnost vyžaduje důslednou aplikaci mezioborového přístupu.“

Základní přístupy užívané při práci s uživateli drog lze rozdělit do dvou kategorií: první je výrazně proabstinenční, druhé, nazývané harm – reduction (redukce škod), je odezvou na abstinenci přístup (Vobořil 2007, s. 3).

Abstinenční přístup

Abstinenční přístup je postaven na léčebných programech směřujících k úplné abstinenci, což je jednání, které vede ke zdržení se užívání návykové látky z důvodu zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných (Kalina, 2001, s. 11).

Přístup harm – reduction

Název přístupu vychází z překladu anglických slov harm – reduction, tzn. zmírňování škod. Jde o dva přístupy, které původně vycházejí z amerických programů, které čerpaly ze zkušeností při práci s anonymními alkoholiky. Oba přístupy jsou dnes v organizacích zaměřujících se na sociální práci s uživateli drog využívány a vzájemně propojovány. V širokém slova smyslu jde o postupy, které brání prohlubování klientova problému, ale problém neřeší. V užším významu jedna z možných reakcí na zneužívání návykových látek, která je současně prevencí šíření viru HIV a hepatitidy typu B a C, kdy vhodným přístupem je možné rizikům spojeným s užíváním drog zabránit. „S tím je spojeno vzdělávání klientů, nikoliv ve smyslu abstinence, ale ve významu neubližovat sobě ani ostatním“ Vobořil (2007, s. 6). Jinými slovy lze tedy říci, že základním smyslem tohoto přístupu je nedávat si cíle, které nejsou reálné, tedy aby všichni uživatelé drog abstinovali. Snahou přístupu harm - reduction

v souvislosti s užíváním drog je v co nejvyšší míře zabránit šíření nežádoucích vlivů, které mohou mít nenávratný vliv na zdraví jedince. Prevence spočívá v šíření:

- Zdravotnického materiálu ve formě čistých injekčních stříkaček;
- Sterilního náčiní potřebného k aplikaci drog;
- Prezervativů;
- Osvětových materiálů (Kalina., 2001, s. 43).

„Výhodou tohoto přístupu je, že si neklade za cíl abstinenci klienta, tedy má šanci oslovit větší počet příslušníků cílové skupiny“ (Hošková, H., Lukáčová, M., Šíp, J. In Klíma a kol. 2009. 185).

Nízkoprahový přístup

„Nízkoprahovost“ je ustálený pojem používaný v adiktologických službách, který označuje vybrané sociální služby, jež svým klientům zaručují:

- anonymitu a diskrétnost;
- možnost využít službu kdykoliv během provozní doby;
- legitimace osob vyloučena;
- neposkytnutí informací o klientovi třetím osobám;
- přístup bez předsudků ze strany pracovníků;
- kontakt v přirozeném prostředí.

5. Metody sociální práce s osobami závislými na drogách

Metody práce s osobami závislými na drogách jsou od sebe rozdílné v přístupu ke klientovi v náhledu na vztah klient – pomáhající pracovník, v pohledu na samotný problém, v jaké fázi rozvoje problému začínají s klientem pracovat, ve vlastním způsobu práce s klientem (skupinová či individuální aktivita), ve vybavenosti prostředí pro práci s klientem apod.

Následující kapitoly popisují nejčastější metody práce s uživateli drog.

5.1. Psychoterapie

Psychoterapii Matoušek (2003, s. 174 - 175) charakterizuje jako soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních komunikačních technik užívaných psychoterapeutem směrem

ke zvýšení duševního zdraví klienta či pacienta nebo ke zlepšení vztahů uvnitř skupiny. Většina psychoterapeutických škol je založena na rozhovoru, ale využívají i další způsoby komunikace jako psaní, kreslení nebo komunikace dotekem.

Psychoterapie probíhá mezi psychoterapeutem a klientem (klienty), kteří mohou být z jeho rodiny nebo z nejbližšího společenského okolí. Mluví o svých tématech ve snaze dostat se k hlubším problémům a najít pro ně vhodná řešení.

V současnosti u nás patří k nejvíce rozšířeným a uznávaným přístupům (mimo Kognitivně behaviorální terapie):

- Hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie;
- Rodinná a systemická psychoterapie;
- Humanistická psychoterapie;
- Hypnotické a relaxační postupy;
- Integrativní přístup (Miovský, M., Bartošíková, I. In Kalina a kol. 2003b. s. 36-42).

5.2. Motivační rozhovor vedený s uživatelem drog

Motivační rozhovor je technika používaná v poradenství u osob, které přicházejí s otázkami na problematická témata, kterými jsou mimo jiné také užívání alkoholu a ostatních drog. Tato metoda upřednostňuje nekonfrontační přístup k těmto osobám a pomáhá jim se pozitivně rozhodnout omezit užívání návykových látek, nebo s ním zcela skončit. Základní filosofie tohoto přístupu je úzce svázána se stádiem změny chování klienta.

Změny chování uživatele drog

Autoři Procházka a Norcross, kteří se zabývali stádiem změny chování osob závislých na návykových látkách, sledují souvislosti v postavení a hierarchii postojů každého jedince, jež jsou významné pro uskutečnění změny celkového životního stylu. Fáze změny chování lze znázornit formou pomyslné spirály vymezující jednotlivé etapy, pro něž platí řada specifických úkolů v různých časových intervalech, které musí klient zvládnout (Prochaska, Norcross, 1999, s. 397). Důležitou součástí změny je prevence relapsu (selhání klienta), tedy zvyšování schopnosti mu předcházet. „Pokud závislý nemá dovednosti potřebné pro zvládnutí vysoce rizikové situace, popřípadě není schopen tuto situaci rozpoznat, není schopen ji zvládnout efektivně“, jak uvádí Kuda (In Kalina a kol., 2003b. 119).

Metoda motivačního rozhovoru zahrnuje okruh technik směřujících k podpoře

postupného provedení uživatele drog těmito stádii změn chování. Napomáhá k přesnému zmapování a zvážení kladů a záporů jeho chování v prostoru neodsuzujícího dialogu (Kalina, 2001, s. 67).

Průchodem klienta celým procesem změny od kontempace k přípravě, akci až po udržení, dochází k recidivě problému, což má za následek regresi na dřívější stádium. Tento okamžik jedinec často považuje za selhání provázené rozpaky a demoralizací, jejichž následkem je rezignace a návrat do stádia prekontempace (Prochaska, Norcross, 1999, s. 397-399).

V následujícím textu jsou podrobněji rozepsána jednotlivá stádía změn chování, jak je popisují Prochaska a Norcross: prekontempace, kontempace, příprava, akce, udržení a ukončení. Tato stádía na sebe navazují a nelze v daném procesu žádné z nich vynechat.

- *Stádium prekontempace* – klient si uvědomuje svůj problém, ale je neochotný ke změně dosavadního postoje často z důvodu vnějšího tlaku. V tomto stádiu je klient neaktivní. *Stádium kontempace* – klient si problém uvědomuje a přiznává jej, chce začít situaci řešit, ale neví jak, nebo trpí nerozhodností začít něco dělat, ještě není na změnu připraven. Propastí tohoto stádia je, že může trvat i několik let.
- *Stádium přípravy* – klient má záměr a představu o změně, chce začít nějakou akci, projevují se u něj jisté drobné změny chování, které spočívají v omezení mimo jiné i negativních postojů. Další dílčí změny přicházejí v úvahu v horizontu nejbližší budoucnosti.
- *Stádium akce* – klient aktivně usiluje o změnu směrem k překonání dosavadního závislostního chování, dostává se mu více uznání od okolí. Úspěch jej motivuje ve snaze ovládat podněty a manipulace, chce přerušit dosavadní navyklé způsoby chování.
- *Stádium udržení* – klient konsoliduje cíle dosažené v průběhu předchozí fáze. Charakteristickými znaky tohoto stádia jsou stabilizace změny chování a vyhýbání se recidivě, snaha o změnu či omezení negativních tendencí.
- *Stádium ukončení* – klient prožívá absenci pokušení vrátit se k problematickému chování, nemá již zapotřebí námahy pro zabránění recidivnímu chování (Prochaska, Norcross, 1999, s. 396-399).

Již řadu let se setkáváme s tvrzením, že „klienta na ulici, obzvláště jedná-li se o terénní práci s uživateli drog, není možné motivovat ke změně chování. Jedinou možností je nechat klienta klesnout až na dno.“ Zkušenosti ale ukazují, že to není tak docela pravda.

S klienty se dá na motivaci pracovat, řada klientů je ochotna o změně chování uvažovat a velká část klientů je schopna, s větší či menší podporou svého okolí, změny svého chování uskutečňovat (Větrovec M. In Klíma a kol. 2009. s. 189).

5.3. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je metoda, která vznikla v sedmdesátých letech minulého století a je kombinací dvou terapií - kognitivní a behaviorální. Na základě poznání sebe sama a skutečností kolem terapeut pomáhá klientovi, aby si uvědomil svůj způsob zkrusleného myšlení a dysfunkčního jednání. Následně pomocí systematického rozhovoru a strukturovaných behaviorálních úkolů vede klienta ke změnám jak myšlenek, tak dysfunkčního jednání. Důležité je systematické řešení problémů. Terapeutické postupy jsou klientovi jasně vysvětleny, časově omezeny a směřují k dosažení předem dohodnutých konkrétních cílů (Prochaska, Norcross, 1999, s. 236 – 237). „Behaviorální techniky jsou dobře zakotveny v propracovaných teoriích vzniku závislosti a navíc jejich výsledky lze poměrně dobře empiricky ověřovat. Jejich meze lze vnímat především v omezené míře hlubšího zpracování určitých témat, významných pro léčbu závislosti“ jak uvádí Miovský, Bartošiková (In Kalina a kol., 2003b. 40).

Mezi hlavní rysy kognitivně behaviorální terapie patří:

- Krátkost a časová omezenost (do dvaceti setkání);
- Otevřená aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem;
- Východisko v teoriích učení;
- Zaměření na přítomnost;
- Zaměření na konkrétní ohraničené problémy;
- Zaměření na to, co je pozorovatelné a měřitelné;
- Stanovení konkrétních funkčních cílů;
- Směřování k soběstačnosti klienta;
- Sbírají se konkrétní fakta, vytvářejí se hypotézy a ty se empiricky ověřují (Kratochvíl, 2006, s. 74).

5.4. Přístup orientovaný na úkoly

Přístup orientovaný na úkoly vznikl přímo v rámci metod sociální práce a snaží se poskytnout systematický rámec, který má pomoci lidem zodpovědět otázku, jak zvládnout různé praktické problémy. Úspěch tohoto přístupu spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu, a že se lidé více angažují v úkolech, které si sami zvolili (Navrátil, 2001, s. 107).

Základními hodnotami v tomto přístupu jsou partnerství a posilování. Partnerství v přístupu orientovaném na úkoly znamená, že se vychází z přesvědčení, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám. Ve smyslu standardů kvality v sociálních službách tento přístup koresponduje s vymezením a náplní standardu č. 5 - Individuální plánování, definované ve vyhlášce 505/2006 Sb. v platném znění.

Přístup orientovaný na úkoly se snaží ovlivňovat problémy na individuální úrovni. Pouze předpokládá, že v síti strukturálních tlaků musí každý jednat sám za sebe, a že je užitečnější zkušenost vlastního rozhodnutí, než pasivní očekávání jak se situace v budoucnu vyvine. Metoda se realizuje v šesti krocích, které směřují k dosažení klientových cílů (Navrátil, 2001, s. 107).

5.5. Case-management¹⁵

Metoda case-managementu (vedení případu) byla vyvinuta ve Velké Británii, a to při procesu deinstitucionalizace péče o duševní zdraví. Jedná se o metodu sociální práce, při níž pracovník („case-manager“) zabezpečuje a zároveň koordinuje služby zpravidla v zdravotní a sociální oblasti. V dnešním pojetí péče o klienty se jeví jako stále účinnější nástroj uplatňující se při pomoci drogově závislým. Metoda case-managementu v zájmu zajištění potřeb klienta zpravidla pracuje s těmito aktivitami:

- Vytvoření plánu péče;
- Propojení klienta s jednotlivými službami;
- Monitorování postupných kroků klienta v souladu s plánem péče;
- Zastupování klienta;

¹⁵ Pojem case-management se v české terminologii prozatím neustálil. Můžeme se setkat s překladem případové vedení, které však není zcela přesné. Neexistuje ani jasné vymezení, zda-li na case-management nahlížet jako na metodu či nástroj, protože má rysy obojího (Stuchlík, 2001).

Předpokladem efektivní spolupráce se všemi na problému zainteresovanými institucemi jsou multidisciplinární týmy (Zaostřeno na drogy 2006. s. 3). Metoda Case-managementu se jeví jako vhodná z hlediska kontinuity práce s klienty, neboť v samotném přístupu k závislým se v praxi využívá kombinací terapeutických intervencí a metod sociální práce (Škvařilová, s. 39).

5.6. Komunitní práce

Komunitní práce je metoda směřující k vyvolání a podporování změny chování v rámci místního společenství. Na komunitní práci můžeme pohlížet také jako na proces vědomého sociálního působení, které je zaměřeno na propojení potřeb a existujících zdrojů v komunitě, podporu skupinové solidarity, spolupráce a změn nežádoucích jevů v komunitě.

Cílem komunitní práce je usilovat o takovou sociální proměnu, která se uskutečňuje prostřednictvím analýzy sociální situace, utváření vztahů sociálního pracovníka s komunitou a vzájemných vztahů uvnitř komunity (Navrátil, 2001, s. 131).

Vymezení komunitní práce dle Poppla: „Účelem komunitní práce je posílit schopnost lidí zvládat znevýhodňující a obtížné situace tím, že získají větší míru kontroly nad těmi okolnostmi života, jimiž jsou společně vystaveni. Komunitní pracovník podněcuje a podporuje skupiny lidí, které usilují o zlepšení podmínek a příležitostí v místě bydliště“ (Gojová, 2006, s. 34). Cílem komunitní práce je podle Younghusbandové (1968) In Navrátil (2001, 132) „ovlivňování sociálních změn prostřednictvím analýzy sociálních situací a formování vztahů mezi rozličnými skupinami daného celku tak, aby tento celek sám dospěl k realizaci žádoucích změn.“

Podstatou komunitní práce je aktivizace lidí, kteří se mají stát subjekty aktivního jednání a mají přebírat kontrolu nad svými vlastními životy. K tomu používají kompetence získané prostřednictvím zkušeností z realizace společných akcí, jejichž cílem je řešení problémů v lokalitě. Komunitní práce je intervence usilující o taková řešení, která přesahují jednotlivce. Hledání východisek se děje skrze aktivizaci a participaci komunity. Komunita je tak to, co měníme a je zároveň nástrojem i kontextem změny.

Charakteristické znaky komunitní práce jsou:

- Navození změny;
- Individuální problém je konfrontován s možnostmi komunity;
- Zapojení uživatelů do života komunity a možnost ovlivňování jejího života;

- Odpovědnost a kompetence;
- Rozšíření možností s ohledem na individuální problém každého jedince.

Komunitní práce je všeobecně považována za univerzální metodu v sociální práci. Patří mezi osvědčené přístupy k sociálně vyloučeným osobám, jejichž problém tkví mimo jiné i v závislostním chování (Baumruková, 1997, s. 172-177). Flaks a Trapková (In Kalina a kol., 2003b, 326) uvádí, že „v České republice je hlavní překážkou naplnění cílů komunitní prevence nedostatek komunitního vědomí a zkušeností ze strany nestátních a státních organizací, místní a také státní správy, které v ní mají nezastupitelnou roli.“

5.7. Týmová práce

Týmová práce je metoda, která využívá multidisciplinární přístup. Pro práci s drogově závislými osobami je velmi vhodné využívat odbornosti pracovníků různého zaměření. Tato potřeba plyne z multifaktoriální povahy drogové závislosti, s čímž souvisí i zvládání problému s drogami v různých rovinách (Bartošíková, I., In Kalina a kol. 2003b. s. 125). Charakteristickým znakem multidisciplinární týmové práce je tedy spolupráce specialistů z různých oborů a vzájemná koordinace jejich postupů. Zástupci jednotlivých profesí do týmu přinášejí své specifické dovednosti, které ovlivňují schopnost klienta naplňovat své životní cíle a realizovat plány. Je kladen důraz na spolupráci s dalšími organizacemi, které do procesu léčby vstupují (Matoušek, 2005, s. 143). „Složení týmu se především odvíjí od toho, o kterou oblast v síti drogové péče se jedná – jinak složený tým bude efektivní při prevenci, jiný v kontaktním centru či při práci v terénu, v léčebném stacionáři či terapeutické nebo resocializační komunitě“, jak říká Bartošíková (In Kalina a kol. 2003b, 126).

6. Národní strategie protidrogové politiky ČR

Národní strategie protidrogové politiky patří mezi základní strategické dokumenty v České republice. Hlavním cílem této strategie je reflexe získaných zkušeností a současný stav vědeckého poznání o fenoménu užívání drog. Strategie je zpracována na období 2010 – 2018 a reflektuje požadavek dlouhodobé kontinuity protidrogové politiky vlády, základní východiska, směry řešení problému užívání drog, principy a přístupy, na kterých protidrogová politika v České republice staví.

Mezi priority protidrogové politiky patří:

- Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi;
- Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog;
- Snížit potencionální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost;
- Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi (Úřad vlády České republiky [on-line]).¹⁶

6.1. Drogová situace v České republice

Hlavní charakteristiky drogové situace v České republice vycházejí z Národní strategie protidrogové politiky pro léta 2005 – 2009. Ty jsou následně reflektovány novou strategií, která byla vládou schválena na delší časové období, tedy na léta 2010 – 2018. České republice „...v důsledku systematické spolupráce neziskového sektoru sociálních služeb, zdravotních služeb a státní správy jako koordinačního orgánu se podařilo vytvořit síť a tím se stabilizovala i drogová problematika,“ jak uvádí Vobořil (2007, s. 3).

Situace na poli užívání drog v České republice, zejména heroinu a pervitinu, je považována za stabilizovanou. Mladí lidé mají dostatečné a objektivní informace o rizicích užívání různých drog. Zastavil se pokles věku první zkušenosti s nelegálními drogami. Uživatelé heroinu a pervitinu stárnou, což svědčí o snižujícím se počtu jejich nových uživatelů. Experimentální a rekreační užívání konopných drog a extáze narůstá, ale v posledních letech se tento jev zpomalil. Výskyt HIV/AIDS u uživatelů drog je stabilizován na velmi nízké úrovni, hlášený výskyt virových hepatitid mezi injekčními uživateli drog

¹⁶ Úřad vlády České republiky (2010): Národní strategie protidrogové politiky 2010 – 2018 on-line. Dostupné 29.2.2012 z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/strategie_web_1.pdf.

klesá, prevalence virových hepatitid mezi uživateli drog je relativně nízká ve srovnání s průměrem v jiných zemích EU. Klesá počet úmrtí na předávkování drogami (Úřad vlády České republiky [on-line]).¹⁷

6.2. Protidrogová politika státu

Protidrogová politika České republiky vychází ze dvou základních konceptů, které se vzájemně doplňují. Jde o ochranu veřejného zdraví a ochranu bezpečnosti jednotlivců a společnosti.

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a místní úrovni. Jejím účelem je zabezpečit zdraví, ochranu a bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti, která je s drogami spojena. Protidrogová politika vlády byla založena na komplexním a vyváženém přístupu, který je tvořen čtyřmi základními pilíři:

- Primární prevence;
- Harm reduction;
- Léčba a resocializace;
- Represe.

Každý z těchto základních pilířů sehrává v protidrogové politice státu svoji nezastupitelnou a navzájem se ovlivňující roli. Přístup k jejich uplatňování proto musí být vyvážený. Pokud tomu tak nebude, může dojít k narušení systému a stability protidrogové politiky, a tím i k nárůstu negativních důsledků a dopadů užívání drog.

¹⁷ Úřad vlády České republiky (2005): Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009 [on-line]. Dostupné 29.9.2012 z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/Strategie_0509_CZ_w eb.pdf.

6.3. Nízkoprahové služby pro uživatele drog na Šumpersku

Nízkoprahové služby pro uživatele drog na Šumpersku jsou jejich cílové populaci nabízeny souběžně dvěma poskytovateli, a to organizací Pontis Šumperk o.p.s. a RES-SEF, o. s. Obě organizace navázali na činnost organizace Domus, o. s., která jako první služby pro uživatele drog na daném území poskytovalo.

Domus, o. s.

V roce 1993 vzniklo občanské sdružení Domus, které nabízelo služby harm-reduction pro drogově závislé. Na území okresu Šumperk byl pracovníky Domusu poskytován terénní program, který byl realizován samotnými pracovníky zařízení. Kontaktní a poradenské služby pro osoby závislé na návykových látkách Domus nabízel až do roku 2003. V tomto roce kvůli problematickému hospodaření s veřejnými prostředky svoji činnost ukončil.

K-centrum Krédo

V roce 2004 na činnost Domus, o. s. navázalo K-centrum Krédo, které bylo zřízeno pod městskou společností Pontis Šumperk o. p. s. a harm-reduction služby nabízelo a nyní i nabízí pouze v ambulantní podobě. V roce 2005 v návaznosti na meziroční nárůst počtu uživatelů drog rozšířilo služby o terénní formu, která byla od roku 2005 do r. 2007 poskytována pouze pro zábřežské a mohelnické občany. Terénní pracovník byl z řad exuserů¹⁸, který prošel léčbou v terapeutické komunitě. Vzhledem k tomu, že po terénním programu jak v Zábřehu, tak v Mohelnici, ale i jiných obcích stále rostla poptávka, bylo třeba tyto činnosti posílit. Potřeba vzniku nové služby se stala součástí výstupu z komunitních plánů měst a obcí Mikroregionu Zábřežsko a Mohelnice a pracovníci k-centra Krédo byli zároveň členy pracovních skupin komunitních plánů (Komunitní plán sociálních služeb Zábřežsko [on-line], Komunitní plán sociálních služeb na Mohelnicku [on-line]).¹⁹ V průběhu roku 2007 byl vedoucím K-centra Krédo v Šumperku podán podnět do správní rady Pontis Šumperk o.p.s., na rozšíření služeb pro uživatele drog. Tento ale byl správní radou zamítnut. S ohledem na tuto skutečnost byl podán návrh správní radě Pontis Šumperk o.p.s., na převedení harm – reduction služeb pod organizaci Podané ruce, o. s., ale tento návrh byl

¹⁸ Bývalý uživatel drog.

¹⁹ KPSS Zábřežsko (2007): Opatření IV pracovní skupiny - Osoby v krizi [on line]. Dostupné 27.10.2012 z http://www.kp_zabrezsko.cz/komunitni-planovani/opatreni; Komunitní plán sociálních služeb na Mohelnicku 2007 – 2009).

Městem Šumperk také zamítnut. „Naším cílem je soustředit drogové služby v okrese Šumperk pod jednoho poskytovatele, aby mohl být zachován princip vícezdrojového financování, který pod hlavičkou o.p.s. nebylo možné aplikovat“²⁰

STREETWORK v okrese Šumperk

Terénní program STREETWORK v okrese Šumperk je nízkoprahová služba, která se zaměřuje na snižování rizik spojených s užíváním drog

Služba STREETWORK v okrese Šumperk vznikla, jak již bylo uvedeno výše, z výstupu komunitních plánů mikroregionu, měst a obcí na území okresu Šumperk a zahájila činnost ke dni 1.1.2008 (MPSV [on-line])²¹. Terénní program tak přímo navazuje na činnost K-centra Krédo v Šumperku, které do té doby jako jediné nabízelo služby pro uživatele návykových látek ve městě Šumperk a jeho blízkém okolí. „Na začátku realizace programu STREETWORK v okrese Šumperk jsme vycházeli zejména z metod komunitní práce jako osvědčené metody při práci se sociálně vyloučenými osobami.“²² Při samotné práci s cílovou skupinou uživatelů drog pracovníci vycházeli ze znalostí místních poměrů a specifík jednotlivých měst a obcí na okrese Šumperk a údajů ze sociálně demografické analýzy prováděné v roce 2007. (Komunitní plánování sociálních služeb ve městě Šumperk na období let 2007 – 2015). Terénní program se postupně rozšířil do okrajových částí regionu a nyní své služby nabízí jako „Jediná služba na snižování rizik v okrese Šumperk, která jde za potencionálními uživateli do terénu. Vychází z předpokladu, že vhodným přístupem je možné sociálním, zdravotním a společenským rizikům užívání drog zabránit, nebo je alespoň výrazně redukovat.“ (RES-SEF [on-line]).²³

Každá z obou nízkoprahových služeb má dle zákona o 108/2006 Sb. definovaný veřejný závazek. Společným jmenovatelem obou služeb je okruh osob, jímž je služba nabízena a obě služby, služby jsou vzájemně propojené a na sebe navazující a to i přesto, že je každá z nich poskytována jiným zastřešujícím subjektem.

Cílová skupina:

Cílovou skupinu tvoří osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách a osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy ve

²⁰ Informace z Výroční zprávy RES-SEF, o. s. z r. 2007.

²¹ MPSV (2008): Registr poskytovatelů sociálních služeb [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/detailsluzby/12779>.

²² viz kapitola 5.6.

²³ RES-SEF, o. s. (2010): Streetwork [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.res-sef.cz/streetwork>.

věku: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 -26 let) a dospělí (27 - 64 let), včetně příležitostných uživatelů, kteří žijí rizikovým způsobem života, jsou drogově závislí nebo problémoví uživatelé drog.

Charakteristika cílové skupiny, okruhu osob z hlediska zákona o sociálních službách

- Rizikovní (intravenózní) uživatelé nelegálních nealkoholových drog;
- Problémoví, rizikovní uživatelé nelegálních nealkoholových drog;
- Problémoví uživatelé nelegálních nealkoholových drog, kteří používají šetrnější způsoby aplikace drog;
- Osoby s kombinovanou závislostí na drogách;

Popis poskytovaných služeb nízkoprahových služeb pro uživatele drog na Šumpersku
Služby jsou poskytovány v souladu s ustanovením zákona o sociálních službách § 49 a § 59 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb. tohoto zákona)

Sociálně terapeutické činnosti:

- Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;
- Poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod;

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- Pomoc při vyřizování běžných záležitostí spadající převážně do oblasti sociální práce – asistence při oslovování úřadů, podpora při zajištění léčby, doprovod na léčbu apod.;
- Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou;
- Šíření informací o všech rizicích spojených s užíváním drog;
- Výměnný program injekčních setů + vitamínový servis;
- Poskytování materiálu potřebného k aplikaci drog bezpečnější formou (dezinfekční alkoholové tampony, voda pro injekční aplikaci, filtry, želatinové kapsle, aj.);
- Základní zdravotní ošetření, testování na HIV, HCV, HBV z kapilární krve;
- Zprostředkování detoxu a léčby;
- Krizová intervence;
- Zprostředkování kontaktů se sítí dalších sociálních a zdravotnických zařízení;

- Poskytnutí telefonického a internetového poradenství;
- Poskytnutí brožur a letáků upozorňujících na existenci terénních a jiných sociálních služeb;
- Asistenční služba;
- Potravinový servis;
- Případová individuální práce;
- Služby pro rodiče, přátele a další blízké osoby uživatelů drog;
- Sociální práce;
- Základní zdravotní ošetření, první pomoc;
- Sociálně terapeutické činnosti;
- Internet pro klienty (RES-SEF [on-line]).²⁴

Tyto činnosti jsou nabízeny shodně všem občanům na území okresu Šumperk, a to prostřednictvím terénního programu STREETWORK. K-centrum Krédo, co by spádové ambulantní zařízení na území okresu Šumperk, navíc poskytuje hygienický servis, volnočasové aktivity a stabilní zázemí, jež je pevně dané ambulantní formou nabídky služeb.

Personální zabezpečení služeb pro uživatele drog

Streetwork, terénní program poskytuje své služby na území okresu Šumperk a pravidelně zajíždí do měst Mohelnice, Šumperk, Zábřeh, Hanušovice a jejich okolních obcí. Vymezené trasy – viz příloha č. 1. Terénní program Streetwork je stabilně zajištěn dvěma pracovníky, kteří na území okresu Šumperk terénní program zajišťují. K-centrum Krédo poskytuje své služby ve městě Šumperk. Služba je poskytována ambulantní formou třemi pracovníky v přímé péči (dva kontaktní a jeden sociální pracovník). Všichni pracovníci splňují osobnostní a kvalifikační předpoklady pro pracovníka v přímé péči dle §110 a §115 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

²⁴ RES-SEF, o. s. (2010): Streetwork [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.res-sef.cz/streetwork>.

Praktická část

V praktické části bakalářské práce uvádím případové studie vybraných klientů terénního programu Streetwork v okrese Šumperk. Vycházím z osobní zkušenosti terénního pracovníka a podklady, které jsem použila, vychází z přímé práce s klienty závislými na nealkoholových látkách, jež jsou nasbírané v průběhu dvou let. Čerpala jsem z osobní složky klientů a knihy služeb Terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

V úvodu praktické části představuji nízkoprahová zařízení pro uživatele návykových látek působících na území okresu Šumperk a následně popisuji pojmy - kazuistika, metody a postupy, individuální plánování, anamnéza. Dále následují případové studie jednotlivých klientů, u nichž jsem zpracovala anamnestické údaje a stanovila sociální diagnózu. Do kazuistik vybraných klientů jsem zahrнула mimo osobní a rodinnou anamnézu také školní a profesní anamnézu, zdravotní anamnézu a anamnézu současného problému klienta, tedy jeho tzv. „drogovou kariéru“. Pro získání informací jsem zvolila metodu pozorování a strukturovaného rozhovoru. V některých případech byly získány údaje od odborníků ze sítě sociálních služeb. Na základě získaných dat byly vypracovány individuální plány klientů, které byly následně vyhodnoceny. Spolu s procesem realizace individuálních plánů klientů se odvíjel postup práce terénního sociálního pracovníka a jeho zjištění možností v pomoci uživatelům nealkoholových drog na Šumpersku. Omezení eventualit pomoci klientům mě vedlo k vytvoření přehledu spolupracujících organizací, které poskytují služby lidem závislým na nealkoholových látkách v okrese Šumperk.

7. Pojem kazuistika a její využití

„Pojem kazuistika²⁵ (lat. Castus = případ) je známý již od antických počátků naší civilizace. Původně se vztahoval k filozofickému, teologickému a právnímu výkladu obecných morálních zákonů. Současně je termín definován jako „systematické zkoumání jednotlivce prostřednictvím pozorování a rozhovoru, umožňující detailní poznání chování, vývoje a rozvoje jeho osobnosti“ (Musilová, 2003, s. 9 - 10). Kazuistika se v současnosti používá např. v medicíně, psychologii, pedagogice, sociologii, sociální práci, k popisu jednotlivých (zajímavých, neobvyklých) případů. Její součástí může být stanovení individuálního plánu a zhodnocení zdařilosti jeho realizace.

²⁵ V textu se používá označení kazuistika. Jedná se o případové studie vybraných klientů nízkoprahových služeb pro uživatele drog na Šumpersku. Je to z důvodu úspory a srozumitelnosti textu.

Metody a postupy pro tvorbu kazuistik

Kazuistika se řadí do skupiny neexperimentálních metod jako výzkumná metoda jednotlivých případů, či života jednotlivce. Pomocí kazuistik se vyhodnocují anamnestické údaje a využívá metoda rozhovoru, který vede pracovník s klientem osobně v terénu nebo poradenské místnosti. Pozorování je metoda, kdy pracovník pozoruje chování klienta, jeho verbální či neverbální projevy při rozhovoru, náhodném setkání v terénu.

7.1 Rozhovor

Rozhovor je považován za základní techniku systematického poznávání. V pomáhající profesi se využívá jako nástroj poznání šetřeného jedince. Rozhovor pracovníka s klientem je zpravidla rozdělen do dvou fází. Jde o fázi přípravnou, v níž se pracovník seznamuje s potřebnými informacemi, na základě toho si připraví otázky. V druhé fázi rozhovoru se doporučuje vyjednat s klientem kontrakt definující problém, na kterém se bude pracovat, stanoví se počet schůzek, očekávaný výsledek, vedení záznamu a důvěrnosti informací, které klient pracovníkovi sdělí (Matoušek, 2003, s. 192).

Postup při vedení rozhovoru:

- Příprava rozhovoru, seznámení se situačními podmínkami;
- Uzpůsobení a volba srozumitelného jazyka, aby respondent porozuměl stanoveným otázkám;
- Schopnost trpělivého, pozorného a aktivního naslouchání;
- Předpoklad tazatele ke snadnému navazování kontaktu, získání důvěry;
- Schopnost tazatele pozorně reagovat na situaci, vést a udržet směr, kterým se rozhovor ubírá;
- Schopnost vytvořit a udržet přátelskou atmosféru;
- Dodržení stanoveného časového rozsahu;
- Podoba záznamu je předem uvážena tak, aby co nejméně zatěžovala respondenta.

(Musilová, 2003, s. 18)

7.2 Pozorování

Ve Slovníku sociální práce je pozorování uváděno jako diagnostická a výzkumná metoda, při níž výzkumník podle předem připraveného schématu pozoruje určité dění nebo prostředí, které studuje. Přitom do dění buď nevstupuje, nebo se dění zúčastňuje (Matoušek, 2003, s. 158). Vlastního a zjevného pozorování využívá pracovník už při vedení rozhovoru s klientem. Pozorovanou situaci pracovník registruje systematicky, důsledně a přesně.

Náplň pozorování:

1. Věcná – pozorování verbální a neverbální komunikace, chování respondenta při rozhovoru a kontaktu v terénu při nahodilém setkání.
2. Intenzita – respondent byl pozorován při každém předem dohodnutém nebo nahodilém setkání a po dobu průběhu tohoto setkání (Musilová, 2003, s. 14).

8. Individuální plánování

Individuální plánování je významný proces v posunu klienta od pojmenování problému, přes snahu jej řešit až po naplnění cílů spojených s vyřešením problému. Smyslem je sociální službu přizpůsobit specifickým podmínkám a požadavkům uživatele. „Individuální plánování musí být transparentní, musí citlivě reagovat na potřeby uživatele a musí být také společně s uživatelem koncipováno a průběžně kontrolováno“ (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2009, s. 50).

S každým klientem má organizace sestavený individuální plán, který je upraven tak, aby kopíroval náležitosti vyhlášky 505/2006 Sb. V rámci individuálního plánování sociálních služeb sociální pracovník vychází z metod přístupu orientovaného na úkoly, jež je realizován pomocí 6 kroků (viz kapitola 5.4). Samotný proces individuálního plánování s vybranými uživateli, probíhal a probíhá buď přímo v terénu, nebo v poradenské místnosti, kam dochází na předem dohodnuté schůzky.

9. Anamnéza

Anamnéza značí rozpoznávání, vzpomínání si na údaje. Osobní anamnéza zpravidla shromažďuje psychosociální údaje o klientovi, zaměřuje se na prožitky, vztahy v dětství. Rodinná anamnéza zpracovává informace o rodině, do jaké situace se dítě narodilo, jak byly plněny role rodičů, počet sourozenců, kolikáté dítě. Školní a profesní kariéra obsahuje informace o průběhu studia, chování od mateřské školky až po nástup do zaměstnání, jaká byla profesionální orientace, kdo ji ovlivnil, vstup do prvního zaměstnání, vztahy na pracovišti, jaká je současná situace, zda se vzdělává, koníčky, trávení volného času. Zdravotní anamnéza zahrnuje opis ze zdravotní dokumentace, oblast zdravotního stavu (rizikové x nerizikové těhotenství, jaký byl porod, dětské nemoci, úrazy, postižení, hospitalizace, současný zdravotní stav – kdo klienta léčí a kde. Sociální anamnéza zahrnuje hodnocení sociální situace osoby, vztahy k druhým:

- a) Rodina – rodiče
- b) Sourozenci
- c) Partner
- d) Ostatní (spolužáci, kolegové, přátelé)

V anamnéze problému klienta se zpravidla zjišťuje historie problému, hledáme pravděpodobné příčiny, informujeme se, zda už byl problém řešen a s jakým výsledkem (Musilová, 2003, s. 20 – 21).

10. Postup při tvorbě kazuistiky

Postup při tvorbě kazuistiky zahrnuje dvě fáze, v nichž se využívají techniky a metody, které na sebe přímo navazují a zároveň se i prolínají.

I. Fáze

1. Pozorování chování klienta pracovníkem, zaměřené na projevy závislého chování v rámci sociální práce s klientem a potřeby minimalizace rizik spojených s užíváním drog.
2. Posouzení stavu jedince a jeho problému. Popis současného stavu na základě anamnestických údajů v in-come dotazníku²⁶, který vyplňuje pracovník s klientem,

²⁶ Anamnestický dotazník používaný v nízkoprahových službách specializujících se na práci s uživateli nealkoholových drog.

zjištění anamnestických údajů na základě rozhovoru pracovníka s klientem, záměrné pozorování klienta v přirozeném prostředí v rámci terénního programu a při rozhovoru.

3. Rozhovor sociálního pracovníka se supervizorem a stanovení sociální diagnózy.
4. Sestavení individuálního plánu s klientem.

II. Fáze

5. Individuální plánování s ohledem na stanovenou diagnózu.
6. Revize individuálního plánu, zhodnocení výsledků a formulace nové prognózy.

(Musilová, M., podle Sawreye, J. M., 1968, s. 16 s. 11)

11. Zdroje informací

Informace k sestavení anamnéz a stanovení diagnózy byly poskytnuty samotnými klienty při rozhovorech, jejich rodinami, odborníky z jiných institucí. Dále byly získány ze záznamů v individuálních složkách vedených organizací, z písemnosti od uživatelů (znalecký posudek, vyjádření psychiatra, propouštěcí zpráva z diagnostického ústavu, psychologické vyšetření). Získané údaje byly zpracovány na PC a do textu byly vloženy také přímé citace klientů. Zdroje informací u každé kazuistiky uvádím v přehledné tabulce.

12. Kazuistiky osob závislých na nealkoholových látkách v okrese Šumperk

V této části jsem se zaměřila na popis tří kazuistik uživatelů drog, klientů terénního programu Streetwork v okrese Šumperk, s nimiž jsem jako terénní pracovník dlouhodobě v kontaktu.

Kazuistika klienta č. 1

I. Identifikační údaje

Klient: Petr

Věk: 24 let

Doba užívání: 6 roků

Zdravotní stav: dobrý

Národnost: česká

Vzdělání: základní

Stav: svobodný

II. Charakteristika clientského dojmu

Klient přišel na předem dohodnutou schůzku, která se uskutečnila na detašovaném pracovišti terénního programu Streetwork. Přišel s předstihem bezmála 30 minut, dle jeho slov neměl zrovna co dělat. Zpočátku působil nervózně, neustále poposedával, hrál si se vším, co mu přišlo pod ruku. Oční kontakt udržoval ojedinele, komunikace probíhala bezproblémově. Klient je sportovní postavy, tomu odpovídalo i jeho oblečení. Jeho obličej byl mírně pohublý, polodlouhé vlasy mu padaly do očí.

III. Anamnéza klienta č. 1

1. Rodinná anamnéza

Klient pochází ze čtyřčlenné rodiny, má jednu mladší sestru (13 let). Otec byl již dvakrát ženatý, z jeho strany má klient ještě tři nevlastní sourozence, jednoho bratra a dvě sestry, z toho jedna sestra je na invalidním vozíčku. Sourozenci se občas navštěvují. Matka je učitelkou na ZŠ, otec je soukromý podnikatel.

Příjmení klienta není totožné s příjmením svých rodičů, zůstalo mu příjmení po prvním manželovi jeho matky, který je v matrice mylně uveden jako biologický otec. Dle slov klienta: „Jednalo se o spontánní záležitost mé matky na lyžařském výcviku ve svém prvním manželství“. Dva roky po narození klienta se matka rozvedla se svým prvním mužem a začala žít s otcem klienta. „Nevzali se, žili ve volném svazku, oddat se nechali teprve před šesti lety“, uvádí klient.

Nyní bydlí společně s rodiči v rodinném domě na vesnici, kam se přestěhovali před třemi lety z bývalého okresního města Šumperka. Není z této situace příliš šťastný, většina kamarádů zůstala ve městě, na vesnici skoro nikoho nezná.

Rodiče mají mezi sebou pěkný, harmonický vztah. V názorech na výchovu udává tón matka, otec v klidu přijímá její názory. Lépe si rozumí s matkou než s otcem. „Matka je komunikativnější, sdílnější, má více pochopení“, uvádí klient.

Rodiče se aktivně věnovali a věnují cyklistice, lyžování, a i jeho vedli od útlého dětství ke sportovním aktivitám. Začínal hokejem, poté basketem až skončil u závodního lyžování. V rodině z otcovy i matčiny strany se nevyskytly žádné psychické nemoci ani závislosti.

2. Osobní anamnéza

Do svých dvou let vyrůstal klient se svým nevlastním otcem, než se matka rozvedla. Ihned poté začal s nimi žít jeho vlastní otec. Vztahy mezi klientem a nevlastním otcem se však udržely až do současné doby, nevlastní otec si ho začal po rozvodu brávat jednou za čas na víkendy. Chodíval za ním rád. „Byl hrozně sám, choval se ke mně pěkně, jako k vlastnímu“ dodává klient.

3. Školní a profesní anamnéza

V první třídě na základní škole se začal aktivně věnovat sportu, a to zejména hokeji. Nevzpomíná na toto období zrovna nejraději, bylo to pro něj značně časově náročné. Ráno před vyučováním měl trénink a po vyučování následoval další. Po roce „přesedlal“ na jiný

sport, basketbal, který hrával závodně.

Ve škole patřil od počátku k „průšvihářům“, učitelé to s ním neměli lehké. Prospěchově však patřil k nadprůměru, nikdy se nemusel moc učit. Veškerý svůj volný čas trávil sportem, jiné záliby neměl. V 11 letech skončil s basketbalem a přestoupil do lyžařského oddílu SKI Club Šumperk. Byla to podle něj ta nejlepší volba, do lyžování se opravdu zamiloval. Zprvu jezdil klasické lyžování, poté přesedlal na „boule“, až skončil u akrobatického skákání. Často chyběl ve škole, protože jezdil na soustředění, což se mu značně líbilo. Přicházely první úspěchy, měl všechny předpoklady pro úspěšnou sportovní kariéru.

Po ukončení základní školy nastoupil na gymnázium. Škola ho nebavila, trávil více doby záškoláctvím, jeho volný čas patřil lyžím, kdy se věnoval „free stylu“ nebo in-line bruslím. Prodělal vážný úraz, kvůli kterému nakonec musel skoky na lyžích ukončit. Začaly se dostavovat pocity frustrace. Doma na něj byl vyvíjen tlak ze strany rodičů ohledně školy, docházky, prospěchu. Celou záležitost řešil útekem z domova. Ocítl se v Praze a zde měl první zkušenost s pervitinem.

Na konci prvního ročníku klient skončil na gymnáziu, nedostavil se k vykonání reparátu z psychologie. V příštím roce nastoupil na stavební školu, kde v té době učila jeho matka. Situace se opakovala a po čtyřech měsících skončil i na této škole. Doma zůstat nechtěl, tak si našel práci přes inzerát na pozici pečovatele v Německu. Téměř rok dojížděl za prací do Německa, kde se staral o postiženou ženu. Po návratu vystřídal vícero zaměstnání, ale žádné jej neuspokojovalo. „Jediné, co by mě uspokojovalo, je nějaký „psychosport“, adrenalinová záležitost, rád bych zůstal u lyží,“ uvádí, ale zároveň dodává, „že to není možné kvůli zdravotnímu stavu, tak musí vymyslet ještě něco „psychopatičtějšího“, než jsou jeho milované lyže.“ Doma se příliš nezdržuje, přespává u kamarádů. Pervitin celou tu dobu užívá víceméně víkendově, marihuanu každodenně. Vědom si svého nedostatečného vzdělání, rozhodl se v současné době podat přihlášku na střední sociální školu, zároveň začal pracovat jako dobrovolník v neziskové organizaci, kde se stará o mentálně postižené.

Matka se snaží klienta všemožně podporovat, otec je k tomu nečinný.

4. Zdravotní anamnéza

Klient byl narozen v plánovaném termínu, jeho porod byl protrahovaný. Kromě běžných dětských nemocí neprodělal žádné jiné onemocnění. V 15 letech utrpěl vážný úraz při sportu. Jednalo se o několikačetné zlomeniny spodní končetiny spojené a otřes mozku. Následkem pádu dočasně ochrnul na spodní končetiny a prodělal několikadenní hospitalizaci. Po tomto úraze se již ze zdravotních důvodů k vrcholovému lyžování vrátit

nemohl. Po několikaleté sportovní aktivitě mu zůstaly poškozené kotníky a meniskus. Psychická onemocnění se v rodině nevyskytují.

5. Sociální anamnéza

Klient už v mateřské škole patřil k neposedným, zlobivým dětem. S vrstevníky problém neměl, vždy se tam našlo pár podobných jeho „krevní skupině“. V kolektivu byl oblíben, rád na sebe upozorňoval. Ve škole se projevoval obdobně jako v mateřské škole. Vážné problémy s učiteli měl až v deváté třídě, když si byl vědom toho, že se dostal na gymnázium. Přestal se učit, byl hádavý s učiteli, učení ve škole mu připadalo už zbytečné. V „devítce“ byl jediný, kdo kouřil marihuanu, vadilo mu, že musel chodit kouřit sám. Svůj volný čas věnoval sportu, kde našel spoustu kamarádů i první kontakt s drogou. Do všech aktivit, pro které se rozhodnul, šel takřikajíc „po hlavě“. Cítí v sobě silné sociální citění, proto se později rozhodl pro sociální školu a pro práci dobrovolníka s mentálně postiženými dětmi. Děti ho mají rády. Klient je dlouhodobě bez partnerky, jak sám říká: „Stále jsem nepotkal tu pravou.“

6. Anamnéza problému klienta - Drogová kariéra:

První zkušenosti s nealkoholovými drogami byly s marihuanou, a to ve 14-ti letech při tréninku v lyžařském parku, kde užívání marihuany je nedílnou součástí subkultury „free stylistů“. Nyní kouří marihuanu obden. Stejně tak v té době začal kouřit cigarety a ty kouří dodnes. V prostředí sportu měl přístup k drogám a jako první zkusil marihuanu, kterou začal od této zkušenosti kouřit pravidelně, bylo mu 14 let. „Užívali jsme ji víceméně na bolest při trénincích,“ uvádí klient. V tomto období měl i první negativní zkušenost s tím, co dokáže sport. Při jednom skoku měl tak špatný dopad, že následkem pádu ochrnul na dolní končetiny. Nepohyblivost trvala dočasně. Kvůli zdravotním problémům musel zanedlouho poté skončit s aktivním skákáním a věnoval se tomu spíše rekreačně.

V 16-ti letech vyzkoušel pervitin rovnou intravenózně po té, kdy ho oslovil neznámý muž v parku. Klient byl tehdy na útěku z domova. Vůbec nevěděl, do čeho jde, navíc to odsuzoval. Čekal od pervitinu spíše uvolnění, byl překvapený z návalu energie. Dále experimentoval s halucinogeny, ale podle jeho slov: „...Je to moc velké psycho..“. Pervitin užívá víkendově, někdy i ve vícedenních „tazích“. Užívá jej pro zábavu, cítí tam určitou spojitost s adrenalinovými sporty, kterým se před časem aktivně věnoval. Před rokem měl první negativní zkušenost s užitím této drogy. Dostal vysoce kvalitní materiál a neodhadl

správné dávkování. Následkem byla 6-ti hodinová „pauza“, při které o sobě vůbec nevěděl, probral se stříkačkou v promodralé ruce. Připadal si tehdy jako troska. Vlivem tohoto zážitku měsíc nic neužíval, poté se vrátil do „starých kolejí.“

Obdobný zážitek prožil před nedávnem, kdy si dal dávku takzvaně „s kopečkem“. „Docela mi hráblo, měl jsem paranoidní stavy, stihy a nemohl jsem se vůbec hýbat, zkrátka výmaz,“ uvádí klient. Po této příhodě našla matka u klienta veškeré náčiní potřebné k aplikaci drog a proběhla konfrontační výměna názorů. Klient sám si je vědom, že se mu to trochu „vymyká z rukou“.

Před půl rokem začal využívat služeb terénního programu STREETWORK. Jeho prvotní zakázka byl čistě jen výměnný program, za účelem výměny jehel až následně začal poptávat poradenství.

IV. Sociální diagnóza klienta č. 1

Svůj problém s drogami vnímá jako nedostatek více vnějších podnětů, na které byl zvyklý během své sportovní kariéry. „Potřebuji ke svému uspokojení adrenalin, extrém, riziko, to mi částečně nahrazují drogy“, uvádí klient. Rizika si uvědomuje, spoléhá na svou varovnou „záklopku“. Snaží se přijít na to, který sport by mohl provozovat a také splňoval jeho kritéria. Svůj život hodnotí jako nudu, když nemá adrenalin. Nedávný negativní drogový zážitek vnímá jako podnět pro to začít se sebou něco dělat, cítí, že jeho situace je neudržitelná. Požádal streetworkera o pomoc a poradenství, aby se naučil od drog abstinovat. Reálně uvažuje i o možnosti podstoupit léčbu. O adekvátnosti a vhodnosti typu léčby se chce poradit s terénním sociálním pracovníkem, se kterým už má domluvenou pevnou schůzku. Před časem začal pracovat s mentálně postiženými dětmi jako dobrovolník, mezi nimi se cítí dobře a zároveň podal přihlášku na střední sociální školu. Má pocit, že v téhle oblasti může být užitečný a práce zde má pro něj smysl.

Fázi rozvoje závislosti u dotyčného lze označit za experimentování až problémové užívání drog.

V. Popis současného stavu klienta č. 1

Klient využívá služeb psychiatrické ambulance, občasně K-centrum. Tuto pomoc využívá velmi sporadicky, neboť se zde nechce setkávat s ostatními uživateli drog v kontaktní

místnosti. Využívá zejména terénního programu a to v četnosti 1x až 2x měsíčně, dle schůzek stanovených v individuálním plánu. Další klientem využívanou službou, je Integra-ce²⁷, kde mu bylo na základě diagnostiky Comdi²⁸ doporučeno nejvhodnější zaměstnání. Díky tomu nyní dobrovolně dochází do Pomměňky a zde vykonává dobrovolnickou činnost u mentálně postižených dětí. Klient patří mezi osoby obtížně umístitelné na trhu práce z důvodu nízkého vzdělání. Prostřednictvím služby Integra-ce se mu nabízí příležitost získání praxe, příp. získání zaměstnání jako pomocná pracovní síla.

VI. Individuální plán klienta č. 1

Klient působí dojem klidného a vyrovnaného člověka, který je schopen náhledu na svou situaci. Připouští, že mu drogy stále přinášejí zábavu, potěšení, ale pochybnosti o správnosti svého počínání v něm čím dál více narůstají. Klient je sportovně založený, avšak ze zdravotních důvodů musel ukončit slibně se rozvíjející sportovní kariéru. Následkem tohoto odnětí mohla vzniknout určitá prázdnota. Je zřejmá paralela mezi užíváním drog a extrémními sporty, proto se snažíme společně tyto souvislosti co nejvíce rozklíčovat. Byl sestaven individuální plán s klientem, kde jsou jasně stanovené konkrétní reálné cíle. Nadále se pokoušíme o zdůrazňování rozporů mezi svým chováním a osobními cíli klienta. Považujeme za nutné vhodným způsobem klienta motivovat a posilovat jeho sebevědomí ke změnám, ke kterým je pozitivně odhodlán. Klient přemýšlí o nástupu na léčení do terapeutické komunity pro osoby závislé na nealkoholových drogách v případě, že abstinenci v běžném prostředí nezvládne. Postup a jednotlivé kroky směřující k úspěšnému naplnění tohoto cíle zahrnují přípravu a strukturovaný režim, jehož akceptace je základním předpokladem pro trvalou abstinenci od drog.

²⁷ Služba poskytovaná na území bývalého šumperského okresu osobám ohroženým sociálním vyloučením nebo přímo osobám sociálně vyloučeným, které jsou ve věku 15-25 let bez kvalifikace nebo s nízkou úrovní kvalifikace. Cílem služby je odstranění nebo zmírnění bariér, které usnadní přístup, začlenění se a udržení se na trhu práce RES-SEF, o. s. (2010): INTEGRA-CE [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.res-sef.cz/integra>.

²⁸ Pracovní diagnostika COMDI je způsob zjištění doporučených pracovních pozic vhodných pro uplatnění klienta prostřednictvím počítačového programu. Výstupem diagnostiky jsou grafy, které zobrazují úroveň profesních předpokladů, schopností, vědomostí, dovedností a osobnostních vlastností, které poradce klientovi interpretuje. Klient tyto informace může využít pro budoucí uplatnění na trhu práce a ke směřování svého dalšího vzdělávání. COMDI (2010): Pracovní a profesní počítačová diagnostika Comdi [on line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://comdi.cz/o-produktu/>.

Stanovení individuálního plánu:

1. Posílit motivaci k omezení nitrožilního užívání a nahradit jej za perorální užívání formou želatinových kapslí.
2. Posilovat motivaci ke změně životního stylu a jeho udržení.
3. Kontaktovat zdravotní pojišťovnu s cílem zjistit aktuální výši dluhu na pojistném, dohodnout způsob a výši splátek,

Úkoly ke splnění individuálního plánu:

1. Na individuálních schůzkách budeme hovořit o motivaci ke snižování dávek a bezpečnějším braní (z nitrožilního užívání přejít na šňupání nebo želatinové kapsle).
2. Na schůzkách se budeme bavit o zdravotních a sociálních dopadech užívání drog, o možnostech abstinence v přirozeném prostředí, o předpokladech a eventualitách vedoucích k úspěšné abstinenci. Diskutovat o možnostech trávení volného času, které povedou ke změně životního stylu.
3. Klient zajde na pobočku pojišťovny a vyžádá si přehled o placení/neplacení pojištění, který přinese na setkání. Společně sepíšeme žádost o úhradu pojistného ve splátkách.

VII. Zhodnocení individuálního plánu klienta č. 1

Klient trpí ambivalentními sklony v přístupu k sobě samotnému, je patrný rozpor v sebeuvědomění. Na jednu stranu si je vědom svého problémového užívání, na druhou stranu si nepřipouští, že mu užívání drog působí jisté komplikace v běžných životních situacích.

1. Klient se snaží užívání drog omezovat, ale vliv okolí, které je tvořeno převážně uživateli drog, ho negativně ovlivňuje, a proto se mu nedaří od drog zcela abstinovat. Snaží se využívat méně škodlivých forem užívání drog, toto zvládá prozatím dodržovat.
2. Klient si již uvědomuje rizika, které s užíváním drog souvisí, a snaží se jim předcházet. Obecně je obtížné klienta motivovat ke změně životního stylu v běžném prostředí, neboť společenství osob, v němž se pohybuje, jsou zpravidla uživatelé drog. Klient nezná téměř nikoho, kdo drogy neužívá. To je také důvodem, proč se v běžném prostředí nedaří klienta motivovat ke změně. V tomto směru klient sám dochází k sebmotivujícímu prohlášení, že svépomocí abstinovat nezvládá.
3. Tento cíl se klientovi podařil zcela naplnit. Na základě písemné žádosti klient obdržel

vyrozumění o schválení splátkového kalendáře a možnosti splácení s ohledem na jeho současné finanční možnosti.

VIII. Závěr kazuistiky klienta č. 1

Klient je introvertní a má spíše nižší sebevědomí s tendencemi rezignovat na své schopnosti a dovednosti. Tyto situace je zvyklý řešit pomocí drog. Za klíčový a zároveň nejcitlivější stránku klientova problému je to, že se stále nedokáže smířit se svým zdravotním stavem, kvůli kterému nemůže provozovat sport. Klient nemá dostatek jiných zájmů a sám si přiznává, že mu chybí vidina smyslu. Z toho důvodu se taky často nudí. Rád by tento stav změnil, ale vlastními silami to není schopen zvládnout.

Při revizi individuálního plánu klient požádal o pomoc při vyřízení žádosti pro nástup na „detox“ a léčbu v Terapeutické komunitě, přičemž naznal, že svépomocí svoji situaci není schopný zvládnout. Významným okamžikem je v současnosti jeho uvědomění si své aktuální situace a rozhodnutí pro nástup do léčby.

Kazuistika klienta č. 2

I. Identifikační údaje

Klient: Pavel

Věk: 26 let

Doba užívání: 9 roků

Zdravotní stav: dobrý

Národnost: česká

Vzdělání: základní

Stav: svobodný

II. Charakteristika clientského dojmu

Klient přišel na předem dohodnutou schůzku, která se uskutečnila na detašovaném pracovišti organizace RES-SEF, o. s. Přišel asi o 15 min. později, než bylo dohodnuto. Působil klidným dojmem, hovořil plynule a snažil udržovat oční kontakt. Byl čistý a upravený, v jeho případě až nezvykle oblečen do společenského oděvu.

III. Anamnéza klienta č. 2

1. Rodinná anamnéza

Klient pochází z čtyřčlenné rodiny, má o 6 let staršího bratra, s nímž je v kontaktu minimálně. Vyrůstal nedaleko sídliště na okraji města v cihlové zástavbě, kde žily celkem čtyři rodiny. Otec Pavla je Rus a působil jako voják z povolání. Na území ČR žil od r. 1972 do roku 2000. V průběhu Pavlova dětství došlo ke státnímu převratu a otec přišel o zaměstnání, pak krátce pracoval v pojišťovnictví. Měl pozitivní vztah k alkoholu a pod jeho vlivem se choval k matce i oběma synům agresivně, vyvolával konflikty a často matku psychicky i fyzicky napadal. Když bylo Pavlovi 9 roků, otec rodinu opustil a vycestoval zpět do své rodné země, kde žije doposud. Matka je učitelka na Střední odborné škole v Šumperku. Otec se o výchovu klienta příliš nezajímal, a pokud ano, byl přísný a fyzicky trestal. „Matka se snažila být vůči mně i bratrovi spravedlivá, ale když mě a bratra otec dost často

nepriměřeně fyzicky trestal, tak nás bránila“ uvádí klient. Často to vyvrcholilo hádkou mezi otcem a matkou. Vztah s otcem klient hodnotí negativně. Nemá na něj dobré vzpomínky. Často se mu vrací frustrující pocity z toho, jak byl surový, hlavně vůči matce i bratrovi, který v konfliktních situacích matku bránil. Vztah s bratrem i matkou považuje za dobrý.

2. Osobní anamnéza

Mateřskou školu klient navštěvoval v Šumperku. Jako dítě se do školky těšil, stejně tak se těšil do školy. Klient byl veden ke sportu, chodil do zájmových kroužků, ale jak sám říká: „Nikdy u ničeho jsem nevydržel.“ Bavilo ho trávit čas v kolektivu kamarádů, kam se těšil mnohem více než domů. Měl velmi kladný vztah ke své babičce, kterou také jako dítě často navštěvoval a navštěvuje dodnes. Na své dětství vzpomíná rozporuplně. Když mu bylo 9 let, rodiče se rozvedli. Postupně se začaly objevovat problémy i ve škole. Klient začal mít problémy s kázní i s prospěchem, přičemž se zjistilo, že trpí hyperkinetickou poruchou. Krátce na to byl přeřazen do dyslektické třídy. V kolektivu ostatních dětí se cítil dobře, mnohem více mu také vyhovovalo pozvolnější tempo a přístup kantorů. Těžko nesl nárážky spolužáků z bývalé třídy, kteří ho hanlivě označovali za „elemďáka“. Vzhledem k tomu, že měl staršího bratra, byl v kontaktu s jeho staršími kamarády, kteří byli pro klienta vzorem. V osmé třídě poprvé kouřil marihuanu a vyzkoušel i pervitin. První zkušenost byla hned nitrožilní. K drogám měl i nadále přístup přes svého bratra a začal je pravidelně užívat. Po ukončení základní školy klient nastoupil na Střední odborné učiliště do oboru Obráběč kovů. Na učilišti si přivydělával tzv. „malodealingem“. Vzhledem k neuspokojivé docházce byl z učiliště vyloučen. Poté byl registrován na úřadě práce a živil se příležitostnou prací. Nyní je zaměstnán v továrně na výrobu elektrosoučástek jako operátor.

3. Školní a profesní anamnéza

Klient se do všech kolektivních zařízení, jež navštěvoval, těšil hlavně kvůli vrstevníkům. Přiznává, že se mezi nimi cítil mnohem lépe než doma. V období mladšího školního věku se jeho rodiče rozvedli. Klient to zpětně považuje za dobrý krok, že od nich otec odešel. Po přeřazení do dyslektické třídy ho výuka bavila, ale problém byl, že nikdy u ničeho dlouho nevydržel. Docházel také do pedagogicko-psychologické poradny v Šumperku, která měla největší podíl na jeho rozhodování při volbě povolání. Od útlého dětství měl pozitivní vztah k motorovým vozidlům a fascinovala ho rychlá jízda. Chtěl se věnovat oboru automechanik, ale tento obor mu nebyl právě na popud odborníků

z pedagogicko-psychologické poradny a výchovnou poradkyní na základní škole doporučen. Nastoupil tedy na Střední odborné učiliště do oboru Obráběč kovů. Na konci druhého ročníku byl z učení vyloučen. Poté byl několik let registrován na úřadě práce, pobíral sociální dávky a příležitostně se živil opravou automobilů pro své známé z prostředí uživatelů drog. Stále ho přitahují výkonnostně silná vozidla a dokonce patří mezi členy gangu „místních pirátů silnic“.

4. Zdravotní anamnéza

Těhotenství matky i okolnosti porodu probíhaly bez komplikací, porod byl přirozený. V průběhu dětství neprodělal žádné závažné onemocnění ani žádný úraz. V 9-ti letech nastaly problémy v emoční i psychické rovině. Příčiny byly přisuzovány okolnostem rozvodu rodičů, nakonec byla klientovi diagnostikována hyperkinetická porucha – syndrom ADHD. Byla mu předepsána léčba u pedopsychiatra, pravidelné návštěvy v pedagogicko-psychologické poradně, stanovená medikace: Ritalin. Není známo, že by se v rodině vyskytovala psychická onemocnění.

5. Sociální anamnéza

Pavel vyrůstal v disharmonické rodině, kde otec byl násilnické povahy. Po rozvodu se matka snažila řádně oba syny vychovávat. Mužský vzor klientovi nahrazoval jeho starší bratr, který po rozvodu převzal „otcovskou“ roli. Nakonec to byl právě bratr klienta, kdo jej přivedl k drogám až se na nich stal závislý. To byl také jeden z důvodů, pro který byl vyloučen z učiliště. Pavel je člověk, který má spíše průměrné sebevědomí a má problém s autoritami. Občas je roztěkaný a konflikty řeší fyzickým atakem. Snadno navazuje kontakty a v partě bývá spíše dominantnějším článkem. Vystupuje sebejistě a sebevědomě. Bývá často příliš důvěřivý. V současnosti má vážný partnerský vztah s dívkou. Partnerka drogy neužívá a snaží se klienta držet od drog zpátky. Klient v současné době styky s prostředím a okolím uživatelů drog přerušil a snaží se jim vyhýbat. Má první dlouhodobější zaměstnání, kde pracuje již sedmý měsíc.

6. Anamnéza problému klienta - Drogová kariéra:

První zkušenosti byly s marihuanou, kterou si ji poprvé zapálil s bratrem ve 13 letech. Ve stejném období mu byl nabídnut i pervitin, který ihned napoprvé užil nitrožilně. Jednorázovou zkušenost má i s extází, přírodními halucinogeny a medikamenty. Pervitin začal pravidelně užívat až na učilišti. S jeho obstaráváním problém nikdy neměl. Z počátku měl pravidelný přísun přes bratra, poté měl k této látce bezplatný přístup od ostatních uživatelů

drog z gangu „pirátů silnic“. Přísun pervitinu víceméně probíhal za různé protislužby a opravy aut, či dodej prekursorů na výrobu pervitinu. Na otázku, co klientovi pervitin dává, odpověděl: „Je to jakési zpestření všedního a toho nudného života, je to adrenalin, který je ve spojení s rychlou jízdou vrcholem rozkoše.“ Toto tvrzení však v současnosti přehodnocuje. Před rokem se mu jeden z těchto zážitků bez mála mohl stát osudným. Při jedné takové neopatrné jízdě seděl jako spolujezdec v automobilu, který řidič neubrzdil, naboural do jiného auta a spolujezdci způsobil těžké ublížení na zdraví. Sám klient utrpěl pouze lehká poranění a byl hospitalizován. Na základě této zkušenosti si klient uvědomil, že tento hazard opravdu mohl dopadnout tragicky a také se od tohoto okamžiku pokouší od pervitinu abstinovat.

IV. Sociální diagnóza klienta č. 2

Klient uvádí, že mu drogy doplňují životní energii. Fungují jako jakýsi „zpestřující element“, který je pro jeho život obohacující a dodává mu odvahu a adrenalin. Faktem je, že v jeho rodině se objevovaly závislosti (otec alkoholik). Fáze závislosti u klienta lze zařadit do problémového užívání drog. Odrazovým můstkem v Pavlově životě je autohavárie, v níž došlo k těžkému ublížení na zdraví jiné osoby. Od tohoto okamžiku se Pavel snaží o abstinenci od drog.

V. Popis současného stavu klienta č. 2

Od 9-ti let klient navštěvuje pedagogicko-psychologickou poradnu a do 18-ti let byl v péči pedopsychiatra. V 21-ti letech se o něj začal zajímat streetworker, neboť v tomto období patřil mezi „lídry“ v drogovém prostředí. Od stejného věku začal terénních služeb na snižování rizik ve spojitosti s užíváním drog občasně využívat. V cílové populaci uživatelů drog figuroval jako indigenní pracovník.²⁹

V současnosti klient od drog abstinuje a pravidelně dochází na individuální konzultace se sociálním pracovníkem a také využívá péče psychiatrické ambulance.

²⁹ Jedná se o pracovníka, který je součástí subkultury uživatelů drog a snáze může kontaktovat skrytou populaci uživatelů drog v jejím běžném prostředí.

VI. Individuální plán klienta č. 2

V současnosti považují za důležité s klientem udržet kontakt a podporovat pozitivní změny v jeho chování směřující k úspěšné abstinenci od drog.

Stanovení individuálního plánu:

1. Posílit motivaci k udržení abstinence od drog. Klient je přesvědčen, že abstinovat od drog zvládne vlastními silami, proto v danou chvíli o jiném způsobu řešení neuvažuje.
2. Předcházení a prevence relapsu, jak postupovat při relapsu.

Úkoly ke splnění individuálního plánu:

1. Na individuálních schůzkách se vždy zeptáme, zda nadále abstinuje a jak se vypořádává s cravingem. Budeme hledat způsoby, jak efektivněji zorganizovat a strukturovat způsob trávení volného času.
2. Budeme konzultovat rizika plynoucí z relapsu, jak postupovat v případě selhání. Klient se objedná k psychiatrovi, který mu pomůže s tzv. „domácím detoxem“.
3. Na každém setkání budeme provádět test na přítomnost drog v moči, který si je klient ochoten sám zakoupit a pokaždé přinést.

VII. Zhodnocení individuálního plánu klienta č. 2

Klient se usilovně snaží o udržení změny životního stylu a snaží se tomu co nejvíce přizpůsobit. Intenzivněji se u něj začaly výkyvy nálad, nervozita, neklid i občasná výbušnost, klient pocítuje frustraci, jejímž následkem jsou agresivní projevy.

1. Klient se snaží abstinovat a hledat strategii pro předcházení cravingových stavů. Účinným prostředkem v tomto směru je pravidelný pohyb a trénink v posilovně, jejíž četnost návštěv je od původní docházky 3x týdně (v době sestavení individuálního plánu) každodenní. Na tomto cíli je třeba ještě dále pracovat.
2. V tématech týkajících se relapsu se ze strany klienta často objevovala racionalizace a tendence k vyhýbání se tématu. Klient si případný relaps téměř nepřipouští. Návštěvu psychiatra domluvil dle stanoveného harmonogramu, osobně se však do ordinace lékaře nedostavil. Na tomto cíli je třeba dále pracovat.
3. S klientem proběhly celkem 4 schůzky, čemuž odpovídá počet provedených testů

z moči. Všechny diagnostické testy na přítomnost drog v moči se prokázaly negativním výsledkem.

VIII. Závěr kazuistiky klienta č. 2

Klientovi se daří spolupracovat ve smluveném harmonogramu. Je třeba mu stále zdůrazňovat smysluplnost struktury, dodržování a plánování času. Důležité je také pracovat na odstranění předsudků vůči odborné péči psychiatra, který mu může pomoci tzv. „domácí detox“ lépe zvládat. Klient pravidelně dochází na konzultace a stále abstinuje. Za nejrizikovější okamžik považuje vše, co souvisí s drogami. Přiznává, že se mu v průběhu dne objevují cravingové stavy cca 2 – 4x, někdy i více. Jako neúčinnější nástroj volí posilování a do posilovny chodí až 6x týdně. Posilování ho dle jeho slov „naplňuje“. Zde se objevuje riziko „výměny jedné závislosti za druhou“. U klienta bylo provedeno celkem 4 testy na drogy, které se prokázaly negativním výsledkem, což svědčí o tom, že klient opravdu abstinuje.

S klientem byla na několika schůzkách probírána témata týkající se rizik relapsu tak, aby byl informován a preventivně připraven na případné selhání. Klient k možnosti relapsu přistupuje s despektem a příliš si nepřipouští, že by taková situace v jeho případě nastala. Při samotném hodnocení individuálního plánu klient přiznal, že u sebe pozoruje zvýšenou agresivitu, která může mít přímou souvislost s absencí pervitinu.

Stanovený individuální plán se klientovi z větší části podařil naplnit. Pro následující období mu bude znovu doporučeno řešení a preventivní působení při práci s relapsem a s možnými řešeními vlastní agrese³⁰. Na tuto oblast bude třeba se více zaměřit a podrobněji ji rozklíčovat neboť zde se objevuje riziko v podobě výměny jedné závislosti za druhou. Klient na úkor řešení preferuje fyzický výkon, čímž uniká před hrozbou selhání.

³⁰ Možná řešení vlastní agrese: vybití prostřednictvím sportu, práce, předmětů apod.: rozpuštění emocí (relaxace, jóga, zpomalení dechu); prostřednictvím fantazie (řízená i neřízená představa); verbálním projevem (počítání do deseti, nadávání sám pro sebe, postěžování si); řešení (přímé sdělování pocitů tomu, koho se to týká, bez urážek, znakování a hledání viny).

Kazuistika klienta č. 3.

I. Identifikační údaje

Jméno : Veronika

Věk : 24 let

Délka závislosti na pervitinu : necelé 2 roky z toho 1,5 roku intravenózní aplikace

Tělesný stav : dobrý

Národnost : česká

Stav : svobodná

II. Charakteristika clientského dojmu:

Setkání s Veronikou za účelem poradenského rozhovoru bylo předem domluveno. Klientka mi dokonce sdělila, že je ráda, když svůj příběh může probrat od samého počátku, může využít možnost i prostor se podělit o své těžkosti a získat pocit porozumění. K této práci mi klientka s ochotou nabídla kopii soudního spisu obsahující posudek opatrovníka městského úřadu a diagnostického ústavu, abych zmíněnému případu lépe porozuměla.

Setkání se odehrálo v kanceláři kontaktního centra určené k individuálním pohovorům pro rodiče i klienty. Při rozhovoru v situacích, o nichž se jí nelehce hovořilo, byla nervózní, nadměrně gestikulovala a často měnila pozice sezení. Oční kontakt udržovala, snažila se jej sama vyhledávat.

Byla ošacena světlým oblečením řadící se ke stylu disko. Obličej i vlasy měla upravené. Při běžném pohledu její tělesný stav, zdraví a hygiena byly v normě.

III. Anamnéza klienta č. 3

1. Rodinná anamnéza

Klientka je adoptovaná od svých dvou let. Její adoptivní máma je učitelkou na základní škole v Šumperku. Otec je soukromý podnikatel. Vlastní biologické rodiče nezná. Zná pouze jméno své mámy a ví, že má dva sourozence, které taktéž nezná. Do budoucnosti má v plánu sourozence vyhledat a blíže poznat. Podobnou představu má i směrem k vlastní

mámě. Biologický otec je neznámý. U svých adoptivních rodičů vyrůstala jako jedináček. Náhradní rodina jí poskytovala stabilní rodinné zázemí a k oběma rodičům byla silně „citově fixována“, jak sama přiznala.

2. Osobní anamnéza

Do dvou let klientka vyrůstala v kojeneckém ústavu. Byla adoptována do rodiny, kde se k ní chovali jako k vlastnímu dítěti. Důvodem k adopci bylo nemožnost otěhotnění matky. Zpočátku s rodiči vyrůstala na Božím Daru, kde oba rodiče pracovali. Krátce na to se odtamtud odstěhovali do satelitní obce města Šumperka odkud pochází a bydlí rodina ze strany matky. Mateřskou školu začala navštěvovat v Šumperku. Od této chvíle si své dětství pamatuje a uvědomuje.

3. Školní a profesní anamnéza

Od 5-ti roků se klientka aktivně věnovala atletice a gymnastice. Dle jejích slov ji tento sport dosud velmi baví a je pro ni jediný způsob, při němž ze sebe „vybije přebytečnou energii“. Podávala v něm dobré výsledky, ale i přesto všechno říká, že se nedokázala unavit skrz nadměrnou hyperaktivitu. „Pokud jsem se nudila, měla jsem potřebu stále něco rozebírat, houpat se po nábytku apod“, sdělila klientka. Často se objevovaly problémy i s kázní a to vzhledem k tomu, že v hodinách často vyrušovala a upozorňovala na sebe. V posledním ročníku základní školy při rozhodování o svém budoucím povolání zvolila Střední zdravotnickou školu (dále jen SZŠ). Klientka líčí, že měla vztah k lidem a chtěla jim pomáhat. Její prospěch byl nadprůměrný. V prvním ročníku začala mít problémy se záškoláctvím. Díky své výstřední povaze a neustálým upozorňování na sebe sama směřovala k výraznému zhoršení prospěchu. Zanedlouho musela školu opustit. Znovu nastoupila do školy na učební obor prodavač / ka smíšeného zboží. Z podobných důvodů jako se SZŠ za krátký čas odchází.

4. Zdravotní anamnéza

Informace ohledně průběhu těhotenství a porodu matky klientce nejsou známy. V průběhu dětství neprodělala žádné závažné onemocnění ani úraz. Od útlého věku byla přítomná hyperaktivita, která se v 9-ti letech vysvětlila jako jeden z příznaků syndromu ADHD, jenž byl klientce diagnostikován. Byla jí předepsána léčba u pedopsychiatra a stanovená medikace: Ritalin. Klientka neví, zda-li se v rodině vyskytovala nějaká psychická onemocnění.

5. Sociální anamnéza

V období nástupu do školy rodiče klientce sdělili, že je adoptovaná a zároveň se jí snažili připravit na případné těžkosti, které to s sebou může nést. Zmíněnému faktu nevěřila, nestyděla se za to, její spolužáci to věděli a respektovali. Vztah mezi ní a adoptivními rodiči to nijak nepoznamenalo. Rodiče měli obavu, že bude chtít vyhledat svou vlastní mámu, ale Veronika, jak sama říká, své adoptivní rodiče měla ráda, takže neměla potřebu se o vlastní matku zajímat.

Do mateřské školy a později do školy chodila ráda, líbilo se jí tam kvůli kolektivu spolužáků. Klientka uvádí, že na prvním stupni základní školy trpěla narážkami a diskriminací ze strany učitelů, což dle ní souviselo s dobrým finančním zajištěním rodičů. Se spolužáky v této oblasti problémy nebyly. Matka později nastoupila do pracovního poměru na tuto školu, a tím se i změnil postoj učitelů k Veronice. Matka ji začala mít pod kontrolou, přičemž dbala na to, aby zde nevznikla jakákoliv protekce. V průběhu adolescentního věku, kdy už byla ve vyšších ročnících školy, se postupně stávala třídní rebelkou. Začala mít problémy s autoritami, které přestávala respektovat. Vše, co bylo zakázané, ji začalo přitahovat a ráda pokoušela své svědomí. Takové chování začala praktikovat i doma a z tohoto důvodu rodiče začali společně s Veronikou navštěvovat pedo-psychiatrickou ambulanci. Nedokázali najít společnou řeč. Veronika vysvětluje: „Matka vždy hledala k naší vzájemné komunikaci třetí osobu, která zde měla figurovat jako prostředník“. V té době (na druhém stupni základní školy) se začaly objevovat vážnější problémy v soužití s rodiči. Často se ze školy nevracela domů a to i přes noc, rodičům přitom o svém pobytu nic bližšího neřekla. Doma se příliš dlouho nezdržovala. Svůj volný čas trávila s partou kamarádů v místních restauracích, parcích a bytech.

V tento okamžik se začaly objevovat zkušenosti s drogami. Veronika také nachází partnerský vztah s uživatelem pervitinu. Rodiče si s výchovou Veroniky přestávali vědět rady a proto se obrátili na pedagogicko-psychologickou poradnu, ve spolupráci s kurátorem se snažili o nápravu jejího chování. Po neúspěšné spolupráci byla umístěna do péče Diagnostického ústavu pro mládež. Nástup do nápravného zařízení Veronika nezvládla, věděla, že jí to nepomůže, spíš ublíží po psychické stránce, což se později vlivem prostředí a okolnostmi i stalo. Po uplynutí dvou měsíců se vrátila zpět domů. Po krátkou dobu projevovala snahu po nápravě svého chování a soud došel k závěru, že jako výchovné opatření postačí nařízený dohled tak, aby měl možnost sledovat, zda snaha po její nápravě bude trvalá. S odstupem několika měsíců se opakovala stejná situace, která už byla natolik

neúnosná, že Veronika musela znovu podstoupit péči v ústavu a to do dovršení věku 18-ti let. Po dobu pobytu se 2x pokusila o útěk, přičemž při druhém pokusu se jí podařilo dostat na svobodu. Po celou dobu se ukrývala u svého přítele. Bylo po ní vyhlášeno celostátní pátrání, ale přesto se dokázala dostatečně skrývat až do dovršení 18-ti let. Poté bydlela u přítele a užívala návykové látky. Po čase nachází nový partnerský vztah. V to samé období se znovu setká s rodiči a ti jí znovu poskytli nabídku možnosti návratu domů za podmínky abstinence od drog. Veronika ji přijímá, ale po nějakém čase se rozhodne najít si jiné bydlení s novým přítelem. Protože je v té době vedena na Úřadu práce, spolu s mámou uzavře ústní dohodu o finanční podpoře na nájemné. Slíbila jí, že si najde zaměstnání a budou s partnerem žít spořádaným životem bez drog. Matka ji tedy naposledy vyhoví, avšak za krátkou dobu z jejich smluvené dohody sejde a matka za Veronikou „definitivně zavře dveře“. Následně Veronika zjistila, že otěhotněla. Vzhledem k tomu, že bydlela u svých známých a přátel z drogového prostředí, ihned po porodu jí bylo dítě na popud orgánu sociálně právní ochrany dětí a mládeže (dále jen OSPOD) odebráno a svěřeno do kojeneckého ústavu

6. Anamnéza problému klienta – Drogová kariéra:

První zkušenosti měla ve 14 letech s marihuanou, kterou si poprvé zapálila s kamarády v parku. Od té doby ji užívá téměř každý den a THC se tehdy stalo její primární drogou. Mezi další drogy, se kterými Veronika experimentovala, byly halucinogeny a to především LSD a houbičky (psilocibin). Jak sama uvedla, halucinace jí nedělali moc dobře, spíše ji uváděli do maniodepresivních stavů, což plně souviselo s její hyperaktivitou. V patnácti letech začala jezdit na hudební festivaly, diskotéky a další podobné akce, kde přišla do kontaktu s extází. Při prvním užití se jí účinky velmi zalíbily. Netrvalo dlouho a na další takové akci nastal kolaps, který se projevil ztrátou vědomí z úplného vyčerpání organismu. Od tohoto okamžiku Veronika extázi zcela přestala užívat. V 17-ti letech vyzkoušela pervitin a to šňupnutím, ke kterému se dostala v diagnostickém ústavu. Hned poprvé ji byla nabídnuta možnost intravenózní aplikace, ale té se bála. S pervitinem začala i nadále koketovat a to tehdy, když chodila právě na diskotéky a podobné akce. Jak sama udává, pervitin jí vyhovoval víc. Po necelém roce přešla k intravenózní aplikaci. Zpočátku své užívání považovala za experiment a hledala v něm vyšší poznání. Účinky pervitinu se jí velmi zamlouvaly. Říká, že ji ovládá mocná energie a to je to, co ji fascinuje. Klientka to popisuje takto: „Je to vlastně takový vyšší princip, kterému se člověk poddá a nechá se jím ovládat, což způsobuje silnou a za normálních okolností nepředstavitelnou rozkoš“. Vyhovovalo jí to i z toho důvodu, že tato stimulační látka kompenzovala a potlačovala její motorický neklid projevující se nadměrnou

činností (hyperaktivita), což je paradoxní. To, že by na této látce mohla být závislá, si sice uvědomuje, ale nepřipouští, protože má pocit, že ji ještě stále má „pod kontrolou“. V té době se začala pohybovat mezi výrobci pervitinu (vařiči), takže neměla o pervitin nouzi. Tím se i zvýšila intenzita a četnost užívání. Ve stejném období v místní lokalitě proběhl policejní zátah a policie zatkla jednoho výrobce, s nímž byla Veronika v užším kontaktu. To mělo za následek policejní vyslýchání jí i ostatních zúčastněných uživatelů. Dále proběhly potyčky mezi jednotlivými účastníky, kde byla Veronika vystavena hrubému násilí. V důsledku nadměrného užívání se projevila toxická psychóza a klientka téměř přestala chodit mezi lidi. Začaly se objevovat sebedestruktivní sklony, suicidální tendence. Klientka skončila v rukou psychiatrů.

IV. Sociální diagnóza klienta č. 3

Klientka uvádí, že drogy v jejím životě sehrávají roli „zakázaného ovoce“, což může souviset s tím, že jí byla od útlého věku většina věcí zakazována, ale také se cítí nedoceněna. Na otázku, zda-li vidí v drogách problém, odpověděla, že si jej částečně uvědomuje, ale ne zcela si jej připouští. Jak sama tvrdí: „Problém není ani tak v těch drogách, ale v těch lidech, co se kolem nich pohybují“. V současnosti se klientka nachází na pokraji problémového užívání a závislosti. Je závislá mimo jiné i proto, že jí drogy nabízejí jisté výhody, které jí umožňují zabezpečit minimálně své základní potřeby. Klientka by se chtěla pokusit o abstinenci a bojovat o svěření svého dítěte do vlastní péče. Hovoří o tom, že současný společenský statut ji nevyhovuje, a že „má na víc“.

V. Popis současného stavu klienta č. 3

Klientka je od 13-ti let v péči kurátora, pedo-psychiatra a v adolescentním věku dvakrát absolvovala pobyt v nápravném zařízení. Několikrát také navštívila spolu s matkou psychologa. Tvrdí, že si s ní matka nevěděla rady, tak jí pořád popotahovala po „nějakých odbornících“. K jakékoliv odborné péči trpí averzí. V současnosti jí vyhovují služby terénní sociální služby streetwork a nízkoprahový přístup, na němž je služba postavena. Klientka streetwork poprvé využila z důvodu testování na HIV a HCV, které byly negativní a to z důvodu, že byla obětí násilného sexu, jak později přiznala. Toto období klientka považuje za kritické. Po měsíci klientka začala využívat služeb na snižování rizik pravidelně, někdy i 4x

do týdne. Vyplnila IN-COME dotazník³¹ a také projevila zájem o pomoc při vyřizování náhradních dokladů, které ztratila. Nyní klientka znovu požádala o testování na krvi přenosné choroby, neboť trpí příznaky, které odpovídají charakteristice onemocnění hepatitidou. Po uplynutí inkubační doby byl diagnostický test proveden a prokázal se pozitivním výsledkem na hepatitidu C.

VI. Individuální plán klienta č. 3

V současnosti považuji za důležité s klientkou udržet a rozvíjet kontakt. Klíčovou osobou v individuálním plánu se mi jeví matka klientky, která několikrát využila poradenství pro blízké příbuzné uživatelů drog a nadále a je v kontaktu se službou nadále. „Neplníme roli prostředníka, snažíme se o vysvětlení konfliktních situací v souvislosti s nazíráním na drogovou kariéru klientky.“³² Pokud bude v budoucnu klientka ochotna svou situaci řešit vstupem do léčby z vlastního rozhodnutí, bude také dobré dále komunikovat s jejím současným přítelem (uživatelem pervitinu).

Stanovení individuálního plánu:

1. Posílit motivaci k ukončení užívání pervitinu nebo alespoň k omezení nitrožilního užívání.
2. Získat informace, zvážit a případně zprostředkovat léčbu hepatitidy C.
3. Získat kontakt se společenským prostředím osob, které nejsou uživateli drog.
4. Zvyknout si na pravidelný denní režim, jako předpoklad zodpovědného přístupu k péči o dítě.

Úkoly vedoucí ke splnění individuálního plánu:

1. Na individuálních schůzkách se vždy zeptáme, jak moc klientka drogy užívá, zda je omezuje či nikoliv. Budeme hovořit o motivaci ke snižování dávek a bezpečnějšímu braní.
2. Klientka obdrží informace o rizicích spojených s neléčením hepatitidy C a o tom, co léčba zahrnuje. Klientka si prostuduje informační brožuru a pro zjištění bližších informací se objedná se ke svému obvodnímu lékaři nebo hematologovi.

³¹ Anamnestický dotazník užívaný v nízkoprahových programech pro uživatele drog.

³² Informace podaná sociálním pracovníkem Terénního programu Streetwork.

3. Budeme konzultovat rizika užívání drog, a co představují v souvislosti s výchovou dítěte. Klientka si přečte brožuru.
4. Klientka bude jednou týdně docházet za dítětem do nápravného zařízení a požádá, aby jí v tento čas byl umožněn kontakt s dítětem, a o této iniciativě obeznámí pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže.

VII. Zhodnocení individuálního plánu klienta č. 3

1. Klientka na domluvené individuální konzultace docházela nepravidelně. Později přiznala, že v termínech kdy se nedostavila, byla intoxikována. Uvádí však, že se snaží o snížení četnosti užívání. Tento cíl se naplnit nepodařilo. Klientka obtížně zvládá kontakt s ostatními uživateli drog.
2. Klientka dostala penzum informací ohledně rizikového chování, úpravy životního stylu spojeného s infekčním onemocněním, výhod a nevýhod léčebného procesu, jehož podmínkou je abstinence. Brožuru si prostudovala jen částečně, k lékaři se neobjednala. Cíl byl splněn pouze z menší části.
3. Klientka si nastudovala doporučené materiály ohledně výchovy dítěte a sama si vyhledala informace i z dalších dostupných zdrojů. Vytýčený cíl byl naplněn zcela.
4. Na návštěvy za dítětem docházela pravidelně se zájmem a aktivně spolupracuje s pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí a mládeže. Tento cíl byl zcela naplněn.

VIII. Závěr kazuistiky klienta č. 3

Klientka si uvědomuje, co jí užívání drog způsobilo a působí. V současnosti nejvíce usiluje o svěřeni dítěte zpět do vlastní péče. Při hodnocení plánu spolu s klientkou došlo k výraznému posunu v tom, že klientka zvažuje i možnost využití strukturovaného léčebného programu v terapeutické komunitě pro matky s dětmi, což se jeví jako nejúčinnější varianta pro řešení celkové situace, neboť v běžném prostředí se jí řešit situaci nedaří.

Stěžuje na výkyvy nálad, pociťuje návaly zlosti, smutku a nervozity, které nedovede přesně popsat. Spolupráci klientka hodnotí rozporuplně. Vytýčené cíle se jí s úspěchem plnit nedaří. V současnosti nejvíce usiluje o svěřeni dítěte zpět do vlastní péče. Pokud klientka bude chtít dále spolupracovat, nejdůležitějším krokem pro změnu jejího životního stylu bude uvědomění si priorit, od nichž se bude odvíjet další případná spolupráce.

13. Shrnutí Kazuistik

Kazuistiky pojednávají o klientech, kteří jsou uživateli nealkoholových drog. Pochází ze Šumperska a chtějí nebo usilují o změnu svého dosavadního životního stylu. Výběr klientů byl proveden náhodně. Z kazuistik vyplynula, resp. se potvrdila vhodnost metod a technik sociální práce s cílovou skupinou uživatelů drog. U všech tří klientů se účinně uplatnily techniky motivačních rozhovorů, kognitivně behaviorální techniky, přístup orientovaný na úkoly a metoda Case-managementu.

Výběr případné metody práce se odvíjí od možností pracovníka s ohledem na osobnost a situaci klienta. Pro řešení vzniklých problémů klientů je důležitá spolupráce se sítí návazných služeb. Vzhledem k tomu, že na území okresu Šumperk absentují některé služby, které jsou zásadní pro řešení vzniklých problémů klientů, je třeba je odkazovat na zařízení, která jsou od místa poskytování služeb vzdálena až několik desítek kilometrů. Jedná se např. o infekční ambulanci, která je nezbytná pro řešení onemocnění virovými chorobami. Aby léčba mohla být zahájena, musí dojíždět do nejbližší ambulance, která je v Olomouci, nebo v Opavě. Jedná-li se o klienta, který je ze sociálně slabších poměrů, nebo je zaměstnán, je pro něj léčba téměř nemožná, ať z časových či finančních důvodů.

V souvislosti s chybějícími zdravotními, či sociálními službami v regionu často dochází prostřednictvím terénního programu Streetwork k suplování absentujících forem a typů služeb. Pracovníci Streetworku mají vyhrazenou kancelář (detašované pracoviště) v prostorách Nízkoprahového zařízení pro děti a mládež Nitka v Zábřehu a Mohelnici, kde poskytují své služby ambulancí formou, což je na hranici se Standardy odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ale také ve střetu zájmu obou zařízení s ohledem na práci s odlišnou klientelou.

Dalším zajímavým ukazatelem je zjištění, že u všech tří kazuistických případů byl diagnostikován syndrom ADHD, což vyplynulo v průběhu rozhovorů s jednotlivými klienty až po čase. Shodně byl klientům předepsán lék Ritalin, což je stimulant. V pozdějším věku tito klienti stimulační látku nahradili nelegálním stimulantem, tedy pervitinem. Této skutečnosti jsem si za svou několikaletou praxi s danou cílovou populací všimla i u několika dalších klientů. Toto téma by si jistě zasloužilo samostatnou studii.

Závěr

V této bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku drogové závislosti, její vývoj, příčiny, fáze či dopady a dále jaké jsou možnosti pomoci osobám závislým na nealkoholových látkách. V kazuistikách vybraných klientů nízkoprahových zařízení pro uživatele drog jsem popsala postupy a možné formy podpory těmto osobám, směřující ke zkvalitnění jejich života.

Teoretická část práce ucelenou formou uvádí samotnou problematiku závislosti, objasňuje pojmy a terminologii související s tímto tématem, seznamuje se slabými a silnými stránkami regionu, charakterizuje stupně prevence, popisuje možné způsoby práce s osobami závislými na drogách, a tím podává přehled o možnostech pomoci a sociální práci s danou cílovou skupinou na území okresu Šumperk. Tato část práce vytvořila pilíř, na který navazuje praktická část. Informace uvedené v teoretické části, jsem čerpala z odborné literatury, která je běžně dostupná a pro mě nezbytná i v praxi při práci s uživateli drog. Z mého pohledu byl cíl teoretické části naplněn.

Praktická část je tvořena kazuistikami vybraných klientů, kteří nějakým způsobem usilují nebo se snaží o změnu rizikového chování a pochází z měst a obcí okresu Šumperk. Z poznatků ze zpracovaných kazuistik plynou možnosti pomoci těmto osobám na území daného regionu. Pro usnadnění a orientaci se v problematice drogových závislostí v konkrétním regionu jsem vypracovala seznam navazujících služeb a zařízení - viz příloha č. 5, na které pracovníci klienty odkazují. Z praktické části práce, resp. z kazuistik, také plynou jednotlivé potřeby klientů, na které je třeba jak z pozice terénního sociálního pracovníka, tak jiného odborníka flexibilně reagovat. Mezi způsoby a formy pomoci osobám závislým na nealkoholových drogách patří, jak bylo v bakalářské práci uvedeno, poradenství, terénní a ambulantní služby. Okres Šumperk je rozmanitý region a od jeho specifík se odvíjí způsoby práce v terénu s klienty závislými na nealkoholových drogách. Pokud by služba tyto situace neřešila, museli by klienti dojíždět do nejbližšího K-centra v Šumperku, což pro mnohé z nich, stejně jako v případě infekční ambulance a dalších zařízení, není reálné. Cílem praktické části bylo popsat kazuistiku vybraných klientů nízkoprahových zařízení působících v okrese Šumperk. Z kazuistik klientů je patrné, že síť služeb je řídká a na úkor toho se mnohdy mívá účinkem i samotná sociální práce s klienty závislými na drogách.

Tímto se domnívám, že se hlavní cíl práce, tedy charakterizovat problematiku závislosti na návykových látkách a popsat způsoby sociální práce s uživateli nealkoholových drog teoreticky i prakticky na základě poznatků z konkrétních sociálních organizací, podařilo

naplnit.

Veškeré informace uvedené v této bakalářské práci, mohou být užity k dalšímu výzkumu na poli problematiky osob závislých na nealkoholových látkách nebo ohrožených návykovým jednáním. Práce může být využita i jako studijní materiál.

Seznam literatury

MONOGRAFIE

Baumruková, P. (1997). *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Socioklub, 271 s. ISBN 80-902260-1-9.

Bednářová Z., Pelech L. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici*. Supervize streetwork financování. Brno: Doplněk Brno, 104 s. ISBN 1081-259-2003.

Dočkal, J. (2000). *Člověk a drogy*. Praha: Éthum. 84 s. ISBN neuvedeno.

Janík, A., Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 342 s. ISBN 80-201-0087-3.

Gojová, A. (2006). *Teorie a modely komunitní práce*. Ostrava: Ostravská univerzita – Zdravotně sociální fakulta, 115 s. ISBN 80-7368-154-4.

Hřivnová, M. (2010). *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 152 s. ISBN 978-80-244-2503-0.

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7367-122-0.

Kalina, K. et al. (2001). *Glosář pojmů*. Praha: o. s. FILIA NOVA, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

Krutilová, D. Čámský, P., Sembdner, J. (2008). *Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Praha: APSS ČR. ISBN 978-80-254-3427-7.

Maradová, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 25 s. ISBN 80-86991-70-9.

Maříková, H., Petrusek, M., Vodáková, A. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum Univerzita Karlova, 1627 s. ISBN 80-7184-311-3

Matoušek, O. et al. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

Matoušek O. et al. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

Musilová, M. (2003). *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 42 s. ISBN 80-244-0749-3.

Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 165 s. ISBN 80-903070-0-0.

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

Palčová, A. (2000). *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 80 s. ISBN 80-85121-08-5.

Presl, J. (1995). *Drogová závislost*. Může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha: Maxdorf, 88 s. ISBN 80-85800-25-X.

Prochaska, J. O., Norcross, J., C. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing, 480 s. ISBN 80-7169-766-4.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 872 s. ISBN 80 – 7178 – 802 – 3.

KAPITOLA Z EDITOVANÉ PUBLIKACE

Adameček, D. Richterová-Těminová, M., Kalina, K. (2003b). Rezidenční léčba v terapeutické komunitě. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Bartošíková, I. (2003 b). Práce v multidisciplinárním týmu. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti*. (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Bayer, E. (2003a). Analgetika, sedativa a trankvilizéry. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Bém, P., Kalina, K., Radimecký, J. (2003a). Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Dvořáček, J. (2003b). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti*. (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Flaks, P., Trapková, B. (2003b). Prevence v komunitě. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti*. (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Gabrhelíková Müllerová, Uživatelé drog v konfliktu se zákonem. In Kalina, K (Eds.) *Klinická adiktologie*. (392 s.). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

Hampl, K. (2003 b). Lékařská ambulantní péče o závislé. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti*. (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Hošková, H., Lukáčová, M., Šíp, J. (2008). Princip Harm reduction. In Klíma, P. (Eds.), *Kontaktní práce*. Antologie textů České asociace streetwork (360 s.) Praha: Národní vzdělávací fond o.p.s. ve spolupráci s Českou asociací streetwork, o. s. ISBN 978-80-254-4001-8.

Kalina, K. (2003a). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. (2003b). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (340 s.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ISBN 80-86734-05-6.

Kuda, A. (2003b). Následná léčba, doléčovací programy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Kuda, A. (2003b). Relaps a prevence relapsu. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Libra, J. (2003b). Nízkoprahová kontaktní centra. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.) Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Miovský, M. (2003b). Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Miovský, M., Bartošíková, I. (2003b). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Miovský, M. (2003a). Halucinogenní drogy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Minařík, J. (2003a). Opioidy a opiáty. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Minařík, J. (2003a). Stimulancia. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (320 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Nešpor, K. (2003b). Detoxifikační jednotky. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Skácelová, L. (2003b). Vrstevnické programy. In Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti* (344 s.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

Větrovec, M. (2008). Práce na motivaci ke změně chování s klienty na ulici. In Klíma, P. (Eds.), *Kontaktní práce*. Antologie textů České asociace streetwork (360 s.). Praha: Národní vzdělávací fond o.p.s. ve spolupráci s Českou asociací streetwork, o. s. ISBN 978-80-254-4001-8.

ČLÁNEK V ČASOPISU

Škvařilová, O. (2007). Účinnou metodou sociální práce se u vězněných osob s drogovými problémy jeví casemanagement. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, s. 37-40. ISSN 1213-6204.

Vobořil, J. (2007). Ze strany státu není jasno, na co se chce zaměřit v drogových službách... *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, s. 3-6. ISSN 1213-6204.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády České republiky. (2006). Drogové služby ve vězení. *Zaostřeno na drogy*. č. 4, s. 3. ISSN 1214-1089.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Úřad vlády České republiky. (2003) Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách. *Zaostřeno na drogy*. č. 2, s. 1 – 4. ISSN 1214-1089.

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

COMDI (2010): Pracovní a profesní počítačová diagnostika Comdi [on line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://comdi.cz/o-produktu/>.

Český statistický úřad (2011): Charakteristika okresu Šumperk [on-line]. Dostupné 20.8.2012 z [http://www.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/charakteristika_okresu_sumperk/\\$File/okres%20%C5%A0umperk.pdf](http://www.czso.cz/xm/redakce.nsf/i/charakteristika_okresu_sumperk/$File/okres%20%C5%A0umperk.pdf).

Drogy-info.cz (2005): Informační portál o ilegálních a legálních drogách [on-line]. Dostupné 20.8.2012 z http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/prevalencni_odhad

1/odhady prevalence problemovych uzivatelu drog priklady a anotace celostatni studie.

KPSS Zábřežsko (2007): Opatření IV pracovní skupiny - Osoby v krizi [on line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.kp.zabrezsko.cz/komunitni-planovani/opatreni>.

MAS (2012): Šumperský venkov [on-line]. Dostupné 20.8.2012 z http://sumperskyvenkov.cz/index.php?sekce=stranka&id_stranky=20.

MPSV (2008): Registr poskytovatelů sociálních služeb [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/detailsluzby/12779>.

MŠMT (2005): Školní preventivní program pro mateřské a základní školy a školská zařízení [on-line]. Dostupné 10.9.2012 z http://www.msmt.cz/file/7347_1_1/.

RES-SEF, o. s. *integra-ce* [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.res-sef.cz/integra>.

RES-SEF, o. s.: *streetwork* [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z <http://www.res-sef.cz/streetwork>

Stuchlík, J. (2001) *Asertivní komunitní léčba case-management*. Praha: Fokus Praha, sdružení pro péči o duševně nemocné. ISBN neuvedeno. Dostupné 10.3.2012 z <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/011-asertivni-komunitni-lecba.pdf>.

Šumperk (2009): Koncepce prevence kriminality města Šumperka na léta 2009 – 2011 [on-line]. Dostupné 27.10.2012 z www.sumperk.cz/filemanager/files/file.php?file=15050.

Úřad vlády České republiky (2005): Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009 [on-line]. Dostupné 9.9.2012 z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/publikace/Strategie_0509_CZ_web.pdf.

Úřad vlády České republiky (2010): Národní strategie protidrogové politiky 2010 - 2018 [on-line]. Dostupné 29.2.2012 z http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovapolitika/dokumenty/narodni-strategie/strategie_web_1.pdf.

Výroční zpráva Sananim, o. s., (2010): Výroční zpráva za rok 2010 [on line]. Dostupné 12. 3. 2012. z <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>.

OSTATNÍ DOKUMENTY

Komunitní plán sociálních služeb na Mohelnicku 2007 – 2009.

Komunitní plánování sociálních služeb ve městě Šumperk na období let 2007 – 2015.

Manuál terénního programu STREETWORK. Pravidla pátého řádu. RES-SEF, o. s.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.

Výroční zpráva RES-SEF, o. s. za rok 2007.

ZÁKONY

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1.1.2007.

Přílohy

Příloha č. 1

Trasy terénního programu

Trasy terénního programu STREETWORK



Trasa - Úterý, Čtvrtek



Trasa - Středa



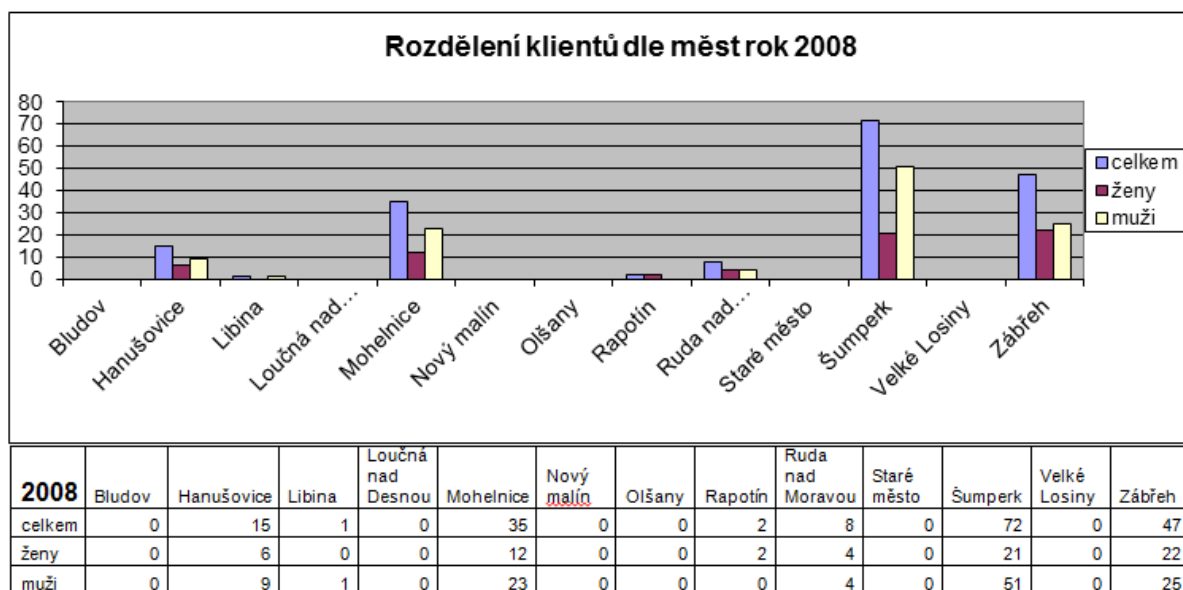
Trasa - Pátek



Příloha č. 2

Graf č. 1

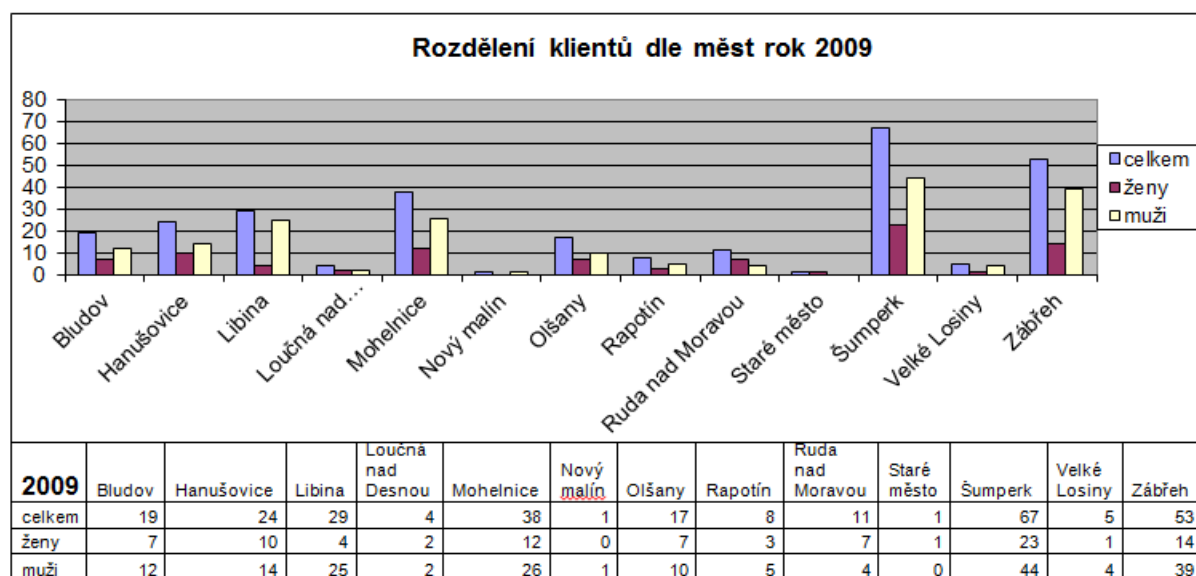
Statistický výstup – popis a hodnoty počtu klientů terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s. dle jednotlivých lokalit na okrese Šumperk.



Graf č. 1. Zdroj: Čerpáno z interních informací terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

Graf č. 2

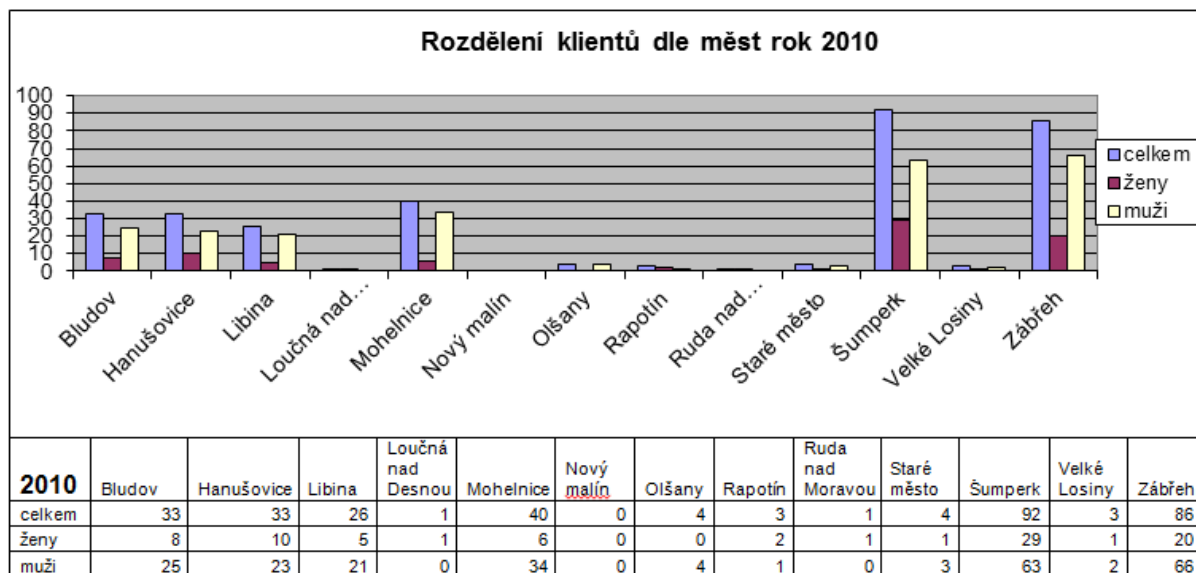
Statistický výstup – popis a hodnoty počtu klientů terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s. dle jednotlivých lokalit na okrese Šumperk.



Graf č. 2. Zdroj: Čerpáno z interních informací terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

Graf č. 3

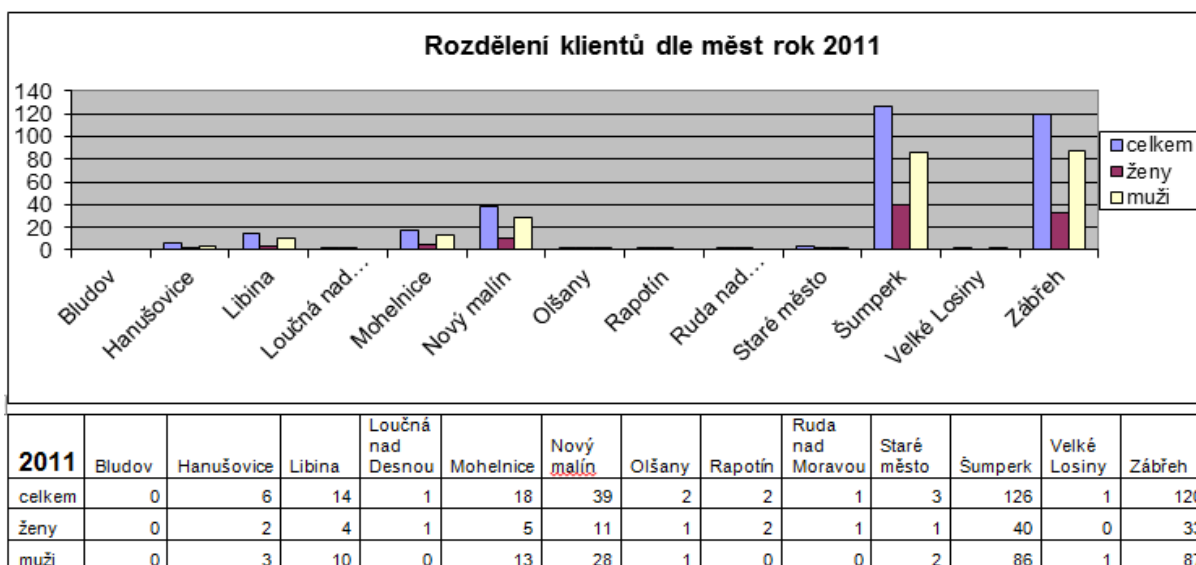
Statistický výstup – popis a hodnoty počtu klientů terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s. dle jednotlivých lokalit na okrese Šumperk.



Graf č. 3. Zdroj: Čerpáno z interních informací terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

Graf č. 4

Statistický výstup – popis a hodnoty počtu klientů terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s. dle jednotlivých lokalit na okrese Šumperk.



Graf č. 4. Zdroj: Čerpáno z interních informací terénního programu STREETWORK, RES-SEF, o. s.

Příloha č. 3

Tabulka č. 2 Zdroje informací - kazuistiky

Kazuistiky		č. 1		č. 2		č. 3	
		ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
1.	Klient sám	X		X		X	
2.	Rodina		X	X		X	
3.	Probační a mediační služba		X		X		X
4.	Sociální kurátor		X		X	X	
5.	Protidrogový kurátor		X		X	X	
6.	Lékař		X		X	X	
7.	Sociální pracovník	X		X		X	
8.	Pracovník OSPOD		X		X	X	
9.	Pracovník odboru pomoci v hmotné nouzi		X		X		X
10.	Pracovník státní sociální podpory		X		X	X	
11.	Supervizor		X		X	X	
12.	Pracovník k-centrum		X	X		X	
13.	Farář	X			X		X

Příloha č. 4

Statistiky nízkoprahových služeb v okrese Šumperk

Tabulka č. 3 Statistiky Streetwork RES-SEF, o. s. a K-centrum Krédo 2008 – 2011

Služba	SW	KC	SW	KC	SW	KC	SW	KC
Rok	2008	2008	2009	2009	2010	2010	2011	2011
Počet klientů – uživatelů služeb	142	204	240	187	288	188	219	180
Počet kontaktů s uživateli drog	821	2692	1372	2777	1769	2751	1860	2876
Výměnný program – vydané injekční jehly	18935	10276	15623	19119	20468	31037	25783	23056
Zdravotní ošetření	10	65	28	74	6	32	2	45
Individuální poradenství	149	26	115	21	37	228	30	501
Krizová intervence	19	18	16	0	6	12	2	14
Asistenční služba	0	9	8	6	0	6	7	14
Testy HIV	23	27	21	0	48	0	25	0
Testy hepatitidy	0	0	56	0	79	0	37	0

Příloha č. 5.

Seznam spolupracujících organizací

Šumperk a okolí

Azylová zařízení

**DŮM PRO OSAMĚLÉ RODIČE S
DĚTMI V TÍSNI**

Gagarinova 2364/5,
787 01 Šumperk
e-mail: dord@pontis.cz
www.pontis.cz
tel.: +420 583 550 230
+420 777 911 121

Cílová skupina klientů: oběti domácího násilí,
osoby bez přístřeší

DŮM NA PŮL CESTY

Sobotín 68,
788 16 Sobotín
e-mail: dpc.sobotin@gmail.com
e-mail: rezacova@diakonieccce-sobotin.cz
www.diakonieccce.cz
tel: +420 583 237 176

Cílová skupina klientů: mladí do 26 let

ARMÁDA SPÁSY

Vikýřovická 1495,
787 01 Šumperk
e-mail: ad_sumperk@armadaspasy.cz
www.armadaspasy.cz/sumperk
tel.: +420 583 224 634
Cílová skupina klientů: osoby bez přístřeší

Stacionární služby

**CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
NÍZKOPRAHOVÉ DENNÍ CENTRUM**
Jesenická 475/2,

787 01 Šumperk

e-mail: ad_sumperk@armadaspasy.cz

www.armadaspasy.cz

tel: +420 583 224 634

Cílová skupina klientů: osoby bez přístřeší
a ohrožené ztrátou bydlení

NZDM RACHOT

Gen. Krátkého 3a,
787 01 Šumperk
e-mail: rachot@pontis.cz
www.pontis.cz
tel.: +420 583 550 237
+420 777 716 031

Cílová skupina klientů: děti a mládež
ve věku 12-26 let v obtížných životních
situacích

DĚTSKÉ CENTRUM PAVUČINKA

Dr. E. Beneše 13
787 01 Šumperk
e-mail: pavucinka@pavucinka.cz
www.pavucinka.cz
tel.: +420 583 214 309
+420 739 720 052

Cílová skupina klientů: děti, rodina, matky
s dětmi v tísní

DĚTSKÉ CENTRUM PAVUČINKA

Šumperk, p.o.
Dětský Domov
Dolnomlýnská 1
787 01 Šumperk
e-mail: detsky.domov@pavucinka.cz
www.pavucinka.cz
tel.: +420 583 214 280

Cílová skupina klientů: děti do 5 let.

Poradenské služby

K-CENTRUM KRÉDO

Temnická 1
787 01 Šumperk
e-mail: k-centrum@pontis.cz

www.pontis.cz
tel.: +420 583 550 235
+420 774 716 020

Cílová skupina klientů: uživatelé
návykových látek

PEDAGOGICKO- PSYCHOLOGICKÁ PORADNA

Husitská 12,
787 01 Šumperk
e-mail: ppp.sumperk@seznam.cz
www.ppp-olomouc.cz/sumperk.html
tel.: +420 583 215 279
Cílová skupina klientů: děti a mládež od 3
do 19 let

PORADNA PRO RODINU ŠUMPERK

M.R.Štefánika 20,
787 01 Šumperk
e-mail: ppr.sumperk@ssp-ol.cz
www.sumperk.poradnaprorodinu.cz
tel.: +420 583 213 141
+420 583 391 232
Cílová skupina klientů: osoby v nepříznivé
sociální
situaci, ohrožené v souvislosti s rodinnou,
manželskou,
partnerskou či jinou sociální a osobní
problematikou.

PORADNA PŘI FINANČNÍ TÍSNĚ

Jesenická 31,
787 01 Šumperk,
e-mail: poradna@financnitisen.cz
www.financnitisen.cz
tel.: +420 800 722 722
Zelená linka: (v provozu každé pracovní
pondělí
od 8.30h do 12h a od 13h do 17.30h)

PORADNA PRO ŽENY A DÍVKY

ŠUMPERK
Komenského 9,
787 01 Šumperk

e-mail: poradna.su@volny.cz
tel.: +420 603 213 845
Cílová skupina klientů: ženy a dívky

Právní poradenství

ADVOKÁTNÍ KANCELÁŘ

Mgr. Helena Kučerová
Hlavní třída 5,
787 01 Šumperk
e-mail: ak_dolkuc@quick.cz
tel.: +420 583 216 906
+420 602 705 448

ADVOKÁTNÍ KANCELÁŘ

Mgr. Michal Zákřavský
Langrova 7,
787 01 Šumperk
e-mail: michal.zakravscky@seznam.cz
tel.: +420 583 211 011
+420 604 651 936

Terénní programy

TERÉNNÍ PROGRAMY

Bc. Helena Vitásková
Město Šumperk
Lautnerova 1,
787 01 Šumperk 1
e-mail: helena.vitaskova@musumperk.cz
e-mail: posta@sumperk.cz
tel.: +420 583 388 111
www.sumperk.cz
Cílová skupina klientů: problémové
skupiny osob,
uživatelé návykových látek nebo
omamných
psychotropních látek, osoby bez přístřeší,
osoby žijící v sociálně vyloučených
komunitách
a jiné sociálně ohrožené skupiny

SPOLEČNĚ JEKHETAHNE o. s.

Bulharská 4,
787 01 Šumperk
e-mail: poradna@jekhetane.cz

www.jekhetane.cz
tel.: +420 725 101 815 (poradna)
+420 602 248 694 (terénní program)
Cílová skupina klientů: romská menšina

Probace a mediace

PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA

M.R. Štefánika 20,
787 01 Šumperk
e-mail: fklic@pms.justice.cz
www.pmscr.cz
tel.: +420 583 391 357
+420 737 247 465

Lékařská zařízení

NEMOCNICE ŠUMPERK

Nerudova 640/41,
787 52 Šumperk
e-mail: nemspk@nemspk.cz
www.nemspk.cz
tel.: +420 583 331 111
+420 583 214 441

ZDRAVOTNÍ ÚSTAV ŠUMPERK

Jeremenkova 7,
787 01 Šumperk
e-mail: petr.prokes@zuol.cz
www.zuol.cz
tel.: +420 583 215 228
+420 725 065 809

PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE

MUDr. Helena Kršňáková
Temenická 92,
787 01 Šumperk
e-mail: hekrs@atlas.cz
tel.: +420 583 250 085

LÉKAŘ PRO CHOROBY KOŽNÍ A POHLAVNÍ

MUDr. Stanislava Částková
Fialova 14,

787 01 Šumperk
tel.: +420 583 212 109

MUDr. IVANA GRYGAROVÁ

Praktický lékař
M. R. Štefánika 967/3,
787 01 Šumperk
tel.: +420 583 311 330

Psychologická péče

ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

PhDr. Petrželová Ivana
Slovanská 1
787 01 Šumperk
e-mail: ivana.petrzelova@email.cz
tel.: +420 583 223 502

ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

PhDr. Morávek Svatopluk
Radniční 4
787 01 Šumperk
e-mail: moravek@tiscali.cz
tel.: +420 583 217 410
tel.: +420 775 932 381

ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

PhDr. Totínová Marie
M. R. Štefánika 3
787 01 Šumperk
tel.: +420 583 331 320

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ – AT ambulance

MUDr. Miroslav Novotný
Domov důchodců,
budova B, U Sanatoria 25
787 01 Šumperk
e-mail: cdz.jesenik@seznam.cz
www.eeg-feedback.cz/html/kontakt.html
tel.: +420 583 223 973
+420 584 412 462.

Infekční choroby

TESTOVÁNÍ NA HIV

Nemocnice Šumperk

Nerudova 1195/34
787 01 Šumperk
mikrochem@michemsu.cz
www.michem.cz/pracoviste-sumperk.htm
tel.: +420 583 301 370

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE
Lidická 56,
787 01 Šumperk
e-mail: podatelna@su.khsolc.cz
www.khsolc.cz/kde.aspx#SU
tel.: +420 583 215 226
tel.: +420 583 215 121

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE
Jeremenkova 7
787 01 Šumperk
e-mail: ohs-sumperk@iol.cz
www.mzcr.cz
tel.: +420 583 215 226
+420 583 213 684

Úřady

MěU ŠUMPERK
Jesenická 31
Nám. Míru 1
787 01 Šumperk
e-mail: posta@musumperk.cz
www.sumperk.cz
tel.: +420 583 214 188
+420 583 388 111

ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ
Bc. Pavla Skálová - vedoucí
Lautnerova 1
787 01 Šumperk
e-mail: pavla.skalova@musumperk.cz
www.sumperk.cz
tel.: +420 583 388 920
+420 721 343 213

MÍSTNÍ PROTIDROGOVÝ
KOORDINÁTOR
Mgr. Kateřina Weiserová
Lautnerova 1
787 01 Šumperk

e-mail: katerina.weiserova@musumperk.cz
www.sumperk.cz
tel.: +420 583 388 956

SOCIÁLNÍ KURÁTOR
A DROGOVÝ KOORDINÁTOR
Kudláčková Eva, DiS
Lautnerova 1,
787 01 Šumperk
e-mail: lenka.frodlova@sumperk.cz
www.sumperk.cz
tel.: +420 583 388 815

KURÁTOR PRO MLADISTVÉ
Hanáková Lubica
Lautnerova 1,
787 01 Šumperk
e-mail: lubica.hanakova@sumperk.cz
www.sumperk.cz
tel.: +420 583 388 906
+420 728 335 841

ÚŘAD PRÁCE
Starobranská 19,
787 01 Šumperk
e-mail: su.uradprace.cz
e-mail: sumperk@su.mpsv.cz
e-mail: sumperk@up.mpsv.cz
www.upcr.cz/urad-prace-163000
tel.: +420 950 164 111
+420 583 216 151

OKRESNÍ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO
ZABEZPEČENÍ
17. listopadu 19
787 01 Šumperk
e-mail: posta.su@cssz.cz
e-mail: podatelna.su@cssz..cz
www.cssz.cz
tel.: +420 583 302 111
+420 583 214 170

Zásahové jednotky

POLICIE – OBVODNÍ ODDĚLENÍ
Havlíčková 8
787 01 Šumperk

www.mvcr.cz
tel.: +420 583 355 111

Ostatní služby

ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ
Nerudova 41,
787 01 Šumperk
e-mail: sumperk@cervenykriz.eu
www.cckspk.cz
tel.: +420 583 213 503
+420 739 017 376

BEZPEČNÝ ŠUMPERK, o.s.
A. Kašpara 90/1
787 01 Šumperk
e-mail: info@bezpecnysumperk.cz
www.bezpecnysumperk.cz

Zábřeh a okolí

Azylová zařízení

AZYLOVÝ DŮM PRO MUŽE A ŽENY
Tunklova 945/5,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: pavlina.zizkova@muzabreh.cz
www.muzabreh.cz
tel: +420 583 468 171
+420 583 468 172
+420 734 702 087
Cílová skupina klientů: osoby bez přístřeší,
osoby v krizi

DOMOV PRO MATKY S DĚTMI
Tunklova 896/1,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: vinklerova@dmd.zabreh.cz
e-mail: kocianova@ds.zabreh.cz
www.dmd.zabreh.cz
tel: +420 583 415 060
Cílová skupina klientů: oběti domácího
násilí, osoby bez přístřeší, osoby v krizi,
etnické menšiny

Poradenské služby

CHARITA ZÁBŘEH – OBČANSKÁ
PORADNA
Bc. Monika Hanušová DiS.
Farní 60/1,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: poradna@charitazabreh.cz
www.zabreh.caritas.cz/cs
tel.: +420 583 412 589
+420 736 509 436
Cílová skupina klientů: imigranti a
azylanti, osoby bez přístřeší, osoby v krizi,
etnické menšiny.

Lékařská zařízení

POLIKLINIKA ZÁBŘEH
Školská 15,
789 01 Zábřeh
tel.: +420 583 411 592

PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE
MUDr. Pavla Zechová
Ordinace duševního zdraví
Školská 15,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: p.zechova@seznam.cz
tel.: +420 583 411 600
+420 607 147 650

ORDINACE PRAKTICKÉ ZUBNÍ
LÉKAŘKY
MUDr. Dana Auješská
Bezručova 2037/1A,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: aujeska.d@volny.cz
tel.: +420 583 411 989

Poradenské služby

PORADNA PRO ŽENY A DÍVKY
Sušilova 40,
789 01 Zábřeh na Moravě

e-mail: zabreh@poradnaprozeny.eu
tel.: +420 731 749 774

PORADNA PRO RODINU
Masarykovo náměstí 41/1
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: kp.zabreh@pprok.cz
tel.: +420 583 736 472 169

**PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÁ
PORADNA**
Sušilova 40,
789 01 Zábřeh na Moravě
tel.: +420 583 215 279
e-mail: pppspk@seznam.cz

Úřady

ODBOR SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ
Bc. Jana Kaplová - vedoucí
Náměstí Osvobození 15,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: jana.kapplova@muzabreh.cz
www.meu.zabreh.cz
tel.: +420 583 468 120
+420 737 456 172

KURÁTOR PRO DĚTI A MLÁDEŽ
Nataša Horváthová
nám. Osvobození 15,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: horvathova@muzabreh.cz
www.meu.zabreh.cz
tel.: +420 583 468 130

KURÁTOR PRO DĚTI A MLÁDEŽ
Mgr. Michaela Paclíková
nám. Osvobození 15,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: michaela.paclikova@muzabreh.cz
www.meu.zabreh.cz
tel.: +420 583 468 129

**ODDĚLENÍ POMOCI V HMOTNÉ
NOUZI**

Mgr. Hana Hořčicová - vedoucí
Náměstí Osvobození 15,
789 01 Zábřeh na Moravě
lenka.ulrichova@muzabreh.cz
www.meu.zabreh.cz
tel.: +420 583 468 124

ÚRAD PRÁCE
vedoucí referátu zaměstnanosti
Spojovací 2,
789 01 Zábřeh na Moravě
tel.: +420 950 164 211
e-mail: helena.schubertova@su.mpsv.cz
www.upcr.cz/urad-prace-163001

Zásahové jednotky

MĚSTSKÁ POLICIE ZÁBŘEH
Tunklova 5,
789 01 Zábřeh
Tel:156
tel.: +420 737 518 492

**POLICIE ČR, OBVODNÍ ODDĚLENÍ
ZÁBŘEH**
Postřelmovská 7,
789 01 Zábřeh
Tel:158
tel.: +420 974 779 741

Psychologická péče

**KLINICKÝ PSYCHOLOG,
PSYCHOTERAPEUT**
KONEČNÁ DAGMAR PhDr. –
Žižkova 241/14,
789 01 Zábřeh na Moravě
e-mail: dagmar.konecna@atlas.cz
www.dakord.cz
tel.: +420 737 106 922
+420 583 456 858

ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE
PhDr. Milada Hoigrová

Sušilova 1285/38
789 01 Zábřeh na Moravě
tel.: +420 583 411 676

Mohelnice a okolí

Poradenské služby

**PEDAGOGICKO – PSYCHOLOGICKÁ
PORADNA**
Olomoucká 41
789 85 Mohelnice
e-mail: pppmohelnice@seznam.cz
tel.: +420 583 430 576

Probace a mediace

PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA
Zámecká 19 / 11,
e-mail: mohelnice@pms.justice.cz
789 85 Mohelnice
tel.: +420 583 456 383

Lékařská zařízení

PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE
MUDr. Vařeková Vilma
nám. Svobody 2,
789 85 Mohelnice
e-mail: info@medikus.cz
tel.: +420 583 431 462

MEDICLINIC a.s., PSYCHIATRIE
MUDr. Polášková Barbora
Nádražní 35
789 85 Mohelnice
barbora.polaskova@ordinace.mediclinic.cz
www.mediclinic.cz
tel.: +420 583 584 111

Psychologická péče

ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE

PhDr. Hoigrová Milada
Nádražní 35
789 85 Mohelnice
tel.: +420 583 411 676

PRAKTICKÉ ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ
MUDr. Alena Kaplunová
Nádražní 82/35,
789 85 Mohelnice
tel.: +420 583 430 229

Úřady

MÚ Mohelnice
Odbor sociálních věcí
U Brány 2
789 85 Mohelnice
tel.: +420 583 452 163
e-mail: fricarovae@mohelnice.cz

KURÁTOR PRO MLÁDEŽ
Bc. Iveta Šolcová, DiS.
U Brány 2
e-mail: solcovai@mohelnice.cz
www.mohelnice.cz
tel.: +420 583 452 181
e-mail: solcovai@mohelnice.cz

ÚŘAD PRÁCE
Olomoucká 83
789 85 Mohelnice
tel.: +420 950 164 411
e-mail: eva.pajchlova@su.mpsv.cz

Navazující Adiktologické služby

Psychiatrie

Šternberk

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
ŠTERNBERK**
Olomoucká 173,
785 01 Šternberk
e-mail: info@plstbk.cz
Léčba závislostí
tel.: +420 585 085 211 (Primář)

+420 585 085 213 (Vrchní sestra)
+420 585 085 213 (příjem muži)
+420 585 085 214 (příjem ženy)

Jeseník

VIDA CENTRUM

Dukelská 436
790 01 Jeseník
tel.: +420 732 575 083
email: jesenik@vidacentrum.cz
www.vidacentrum.cz/vida-centra/vida-centrum-jesenik
VIDA centrum je informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci.
VIDA centra jsou vedená uživateli psychiatrických služeb s podporou profesionála.

Bílá Voda

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA BÍLÁ VODA

790 69 Bílá Voda 1
e-mail: jerabek@olu.cz
tel.: +420 584 413 208 – 9
+420 722 110 395 (příjem)
e-mail: pl.bila.voda@ova.pvtnet.cz
www.pl.bila.voda.jesenicko.com

Olomouc

Psychiatrická léčebna
Olomoucká 88,
746 01 Opava - Předměstí
Léčba závislostí
tel.: +420 553 695 140(Primář)
+420 553 695 137(Vrchní sestra)
e-mail: plopa.hlb@coms.cz

Centrum krizové intervence
Dolní nám. 55/33
779 00 Olomouc
tel.: +420 585 223 737
Gronský Libor MUDr. - psychiatr
www.zlatestranky.cz/firmy/Olomouc/T1072257/CENTRUM+KRIZOV%C3%89+INTERVENCE/#ixzz1muOFQPqB

Následná péče

P-CENTRUM, DOLÉČOVACÍ CENTRUM

Lafayettova 9,
772 00 Olomouc,
tel.: +420 585 221 983
info@p-centrum.cz
www.p-centrum.cz
Mgr. Edmund Wittmann - vedoucí doléčovacího centra. Psycholog a terapeut.
e-mail: edmund.wittmann@p-centrum.cz
PhDr. Dagmar Krutilová - ředitelka, terapeutka
e-mail: dagmar.krutilova@p-centrum.cz
Mgr. Pavlína Prachařová - psychologka a terapeutka
e-mail: pavlina.pracharova@p-centrum.cz
Mgr. Michal Růžička, Ph.D. - speciální pedagog a terapeut
e-mail: michal.ruzicka@p-centrum.cz
PhDr. Roman Procházka, Ph.D. - psycholog a terapeut
Mgr. Renata Jakubcová - sociální pracovnice a zástupce vedoucího
e-mail: renata.jakubcova@p-centrum.cz

DOLÉČOVACÍ CENTRUM RESTART

Tyršova 242,
790 01 Jeseník
e-mail: Restart.restart@darmodej.cz
www.darmodej.cz
tel.: +420 774 424 502
Psychologická péče

Jeseník

CENTRUM PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ AT ambulance

MUDr. Miroslav Novotný
e-mail: cdz.jesenik@seznam.cz
Dukelská 456/13
790 01 Jeseník
tel.: +420 584 412 462

VIDA CENTRUM, AT ORDINACE
Dukelská 456/13,

790 01 Jeseník
tel.: +420 723 518 035
e-mail: kontakt@anonymnialkoholici.cz
www.anonymnialkoholici.cz
Cílová skupina klientů: Svépomocné hnutí mužů a žen pomáhá k odvykání závislosti na alkoholu.

Terapeutické komunity

TK ADVAITA NOVÁ VES (TKDZ)
Nová Ves 55
463 31 Nová Ves
pošta Chrastava
e-mail: komunita@advaitaliberec.cz
www.advaitaliberec.cz/advaita-o-s/kontakty/
tel.: +420 485 146 988

TK FIDES
790 69 Bílá Voda 1
e-mail: fides@olu.cz
www.pl.bila.voda.jesenicko.com
tel.: +420 584 414 156

TK FÉNIX,
Bílá Voda č. 24
790 69 Bílá Voda
e-mail: tkfenix@olu.cz
www.pl.bila.voda.jesenicko.com
tel.: +420 584 413 208-9,
+420 584 414 155

TK KROK,
Komenského 2124
697 01 Kyjov
e-mail: oskrok@oskrok.cz
www.oskrok.cz
tel.: +420 518 616 801

TK RENARKON
Mgr. Petr Hýl
Podolánky 383
739 12 Čeladná
e-mail: tk@renarkon.cz
e-mail: vedtk@renarkon.cz
www.renarkon.cz/cs/terapeuticka-komunita/

tel.: +420 775 272 543
+420 558 684 334

TK KARLOV
Karlovy Vary 3
398 04 Smetanova Lhota
Pošta Čimelice okr. Písek
e-mail: karlov@sananim.cz
www.sananim.cz/terapeuticka-komunita-karlovy-(tkk)/tym.html
tel.: +420 382 229 655
+420 382 229 692

TK MAGDALÉNA,
Včelník 1070
252 10 Mníšek pod Brdy
e-mail: info@magdalena-ops.cz
www.magdalena-ops.cz/index.php
tel.: +420 318 599 124,
TK NĚMČICE,
Zámek 1
Němčice u Volyně,
okres Strakonice,
e-mail: nemcice@sananim.cz.
www.sananim.cz
tel.: +420 342 396 120,

TK SEJŘEK
Sejřek 13
592 62 Nedvědice
www.tksejrek.kolping.cz
tel.: +420 566 566 039
+420 608 816 719

TK WHITE LIGHT I.
Mukařov 53
411 45 Ústěk
e-mail: tk@wl1.cz
www.whitelight1.cz
tel.: +420 416 797 069
+420 602 145 461

TK PODCESTNÝ MLÝN
Kostelní Vydří 64,
380 01 Dačice
e-mail: komunita@podaneruce.cz
www.podaneruce.cz
tel.: +420 777 916 273

Substituční léčba

SUBSTITUČNÍ LÉČBA FN OLOMOUC
I. P. Pavlova 12,
775 20 Olomouc
e-mail: smoldasj@fnol.cz
tel.: +420 588 444 618

Infekční nemoci

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
III. interní klinika - Léčba hepatitidy C
I.P.Pavlova 20,
779 00 Olomouc
e-mail: vlastimil.scudla@fnol.cz
www.fnol.cz
tel.: +420 588 442 203

Opava

INFEKTOLOGICKÁ AMBULANCE
Slezská nemocnice
Olomoucká 86,
746 00 Opava
e-mail: petr.kumpel@nemocnice.opava.cz
tel.: +420 553 766 353

Ostrava

AIDS Centrum
MUDr. J. Kolčáková
ul. 17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba
tel.: +420 596 984 252,
+420 596 983 480

KLINIKA INFEKČNÍHO LÉKAŘSTVÍ
při Fakultní nemocnici Ostrava Léčba
hepatitidy C
Třída 17. listopadu 1790,
708 52 Ostrava
e-mail: ludek.roznovsky@fno.cz
www.fno.cz
tel.: +420 597374278

Praha

A.N.O.

Asociace nestátních organizací zabývající
se prevencí a léčbou drogových závislostí
Karolíny Světlé 18,
110 00 Praha 1
e-mail: ano@asociace.org
tel.: +420 777 744 660

Právní poradna A.N.O.
Koněvova 95 130 00
130 00 Praha 3 - Žižkov
e-mail: ppano@asociace.org
tel.: +420 222 582 932
+420 736 760 701

ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN
Sabinova 3,
130 00 Praha 3.
e-mail: aop@obcanskeporadny.cz
www.obcanskeporadny.cz

Hradec Králové

LAXUS, o. s.
Říční 1252/3A
500 02 Hradec Králové 2
e-mail: laxus@laxus.cz
www.laxus.cz/
tel.: +420 495 401 565

Ostatní spolupracující

PROTIDROGOVÝ KOORDINÁTOR
OLOMOUCKÉHO KRAJE
Mgr. Zuzana Starostová
Jeremenkova 40a,
779 00 Olomouc
e-mail: z.starostova@kr-olomoucky.cz
tel.: +420 585 508 575

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE SE
SÍDLEM V OLOMOUCI
Wolkerova 6,
779 11 Olomouc
e-mail: podatelna@khsolc.cz
www.khsolc.cz
tel.: +420 585 719 111

BÍLÝ KRUH BEZPEČÍ

Švermova 1

772 00 Olomouc

e-mail: bkb.olomouc@bkb.cz

www.bkb.cz/

tel.: +420 585 423 857

Cílová skupina klientů: oběti trestných činů

tel.: 800 200 007

DONA -pomoc obětem domácího násilí

tel.: +420 251 511 313

**BEZPLATNÁ LINKA ZAMĚŘENÁ NA
HEPATITIDU C**

tel.: +420 800 333 365

LINKA DŮVĚRY OLOMOUC

tel.: +420 585 414 600

LINKA POMOCI

tel.: +420 800 155 555

RYCHLÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

tel.: 155

**NÁRODNÍ MONITOROVACÍ
STŘEDISKO PRO DROGY A
DROGOVÉ ZÁVISLOSTI**

Úřad vlády České republiky,

Nábřeží E. Beneše 4,

118 01 Praha 1,

e-mail: info@drogy-info.cz

www.drogy-info.cz/index.php/map/

HASIČSKÝ ZÁCHRANNÝ SBOR

tel.: 150

LINKA BEZPEČÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE

tel.: 800 155 555

LINKA PRO SENIORY