



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Specifika krizové intervence s uživateli drog**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

Sociální práce

**Autor:** Marek Černo

**Vedoucí práce:** PhDr. Olga Shivairová, Ph.D.

České Budějovice 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Specifika krizové intervence s uživateli drog“, jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Marek Černo

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval vedoucí mé práce PhDr. Olze Shivairové Ph.D. za odborné vedení a užitečné rady v oblasti, jíž se práce věnuje. Děkuji také svým kolegům za poskytnutí zpětné vazby a všem informantům, kteří mi umožnili vypracovat výzkumnou část práce. Nakonec děkuji mé drahé ženě a synovi za trpělivost a ochotu poskytnout mi čas na studium a přípravu bakalářské práce.

# **Specifika krizové intervence s uživateli drog**

## **Abstrakt**

Téma, které práce mapuje, je poskytování krizové intervence v podmínkách terénních programů zaměřených na cílovou skupinu rizikových uživatelů drog. Práce definuje krizovou intervenci a její ukotvení v soc. práci. Dále cílovou skupinu a sociální službu, jež tato cílová skupina využívá. Sleduje podmínky krizové intervence poskytované zvolené cílové skupině s ohledem na specifika, která do KI uživatelé drog přinášejí.

Ve výzkumné části práce zaznamenává, v jakých podmínkách a za jakých okolností je krizová intervence klientům terénních programů poskytována a současně mapuje charakteristiky, které pro krizovou intervenci v této oblasti a s touto specifickou cílovou skupinou platí. Pro samotný výzkum byl zvolen kvalitativní typ výzkumu metodou dotazování. Dotazování technicky probíhalo formou polo-strukturovaných rozhovorů, které byly po svolení zaznamenány formou audio nahrávky a následně přepsány a převedeny do otevřeného kódování. Informanti všech rozhovorů jsou výhradně pracovníci terénních programů věnujících se cílové skupině uživatelů drog.

## **Klíčová slova:**

Krize, krizová intervence, rizikový uživatel drog, terénní programy, copingové mechanismy, maladaptivní strategie.



# **Specifics of crisis intervention with drug users**

## **Abstract**

The topic the bachelor thesis deals with is the provision of crisis intervention in the conditions of outreach programs focused on a target group of at-risk drug users. The thesis defines crisis intervention and its anchoring in social work. It also defines the target group and the social service used by this target group. It follows the conditions of crisis intervention provided to the selected target group with regard to the specifics that drug users bring to the crisis intervention.

In the research part of the thesis, it records the conditions and circumstances under which crisis intervention is provided to clients of outreach programmes, and at the same time maps the characteristics that apply to crisis intervention in this area and with this specific target group. For the research itself, a qualitative type of research was chosen using the interview method. The interviews were conducted in the form of semi-structured interviews, which were audio-recorded with permission and then transcribed and converted into open coding. The respondents of all interviews were exclusively staff of outreach programmes dedicated to the target group of drug users.

## **Keywords:**

Crisis, crisis intervention, at-risk drug user, outreach programs, coping mechanisms, maladaptive strategies.

## Obsah

Úvod .....	8
1 Teoretická část.....	10
1.1 Krize – pojem a projevy .....	10
1.1.1 Zátěžové situace .....	11
1.1.2 Baldwinova typologie krizí .....	14
1.2 Krizová intervence – formy, principy a vlastní obranné mechanismy.....	16
1.2.1 Formy krizové intervence .....	17
1.2.2 Principy.....	17
1.2.3 Copingové mechanismy a jejich význam v krizové intervenci .....	18
1.3 Krizotvorné momenty v životě uživatele drog .....	19
1.4 Terénní programy v sociálních službách .....	23
1.4.1 Terénní programy pro uživatele drog .....	23
1.4.2 Principy terénní práce s uživateli drog .....	24
1.4.3 Pracovní podmínky.....	24
1.4.4 Náplň terénní práce.....	25
1.5 Souhrn.....	25
2 Praktická část.....	26
2.1 Cíle práce.....	26
2.2 Výzkumné otázky .....	26
2.3 Metodika .....	27
2.4 Výzkumný soubor.....	28
2.5 Sběr dat .....	29
2.6 Etika výzkumu .....	29
2.7 Výzkum a získaná data .....	30
2.7.1 Prostředí.....	31
2.7.2 Témata .....	32

2.7.3	Další okolnosti.....	35
2.7.4	Souhrn výsledků .....	38
3	Diskuse .....	40
	Limity práce.....	42
	Závěr.....	43
	Seznam literatury .....	44
	Přílohy .....	48

## Úvod

Přesto, že někteří lidé hovoří o krizi jako o příležitosti, osobní setkání s krizí je vždy intenzivní a velmi nepříjemný zážitek. Ani zdaleka to také nebývá zážitek ojedinělý. Dalo by se říct, že téměř každý člověk alespoň jednou za život prožije nějaký typ krize na vlastní kůži. Jako kontaktní terénní pracovník, který se věnuje lidem potýkajícím se s obtížemi spojenými s nadměrným užíváním drog řadu let, se s krizí nezdávka setkávám. Každý, kdo někdy pocítil tento výjimečně tíživý stav anebo byl přítomen krizi někoho jiného ví, že v takové situaci je potřeba jednat. Poskytnout jakousi základní první pomoc. Ošetřit zranění, zabránit propadu krizí procházejícího člověka do ještě hlubších a déle trvajících psychických obtíží, a dále omezit možný sklon k unáhleným rozhodnutím, jež mohou vést k nezvratné tragédii. Nástrojem pro poskytnutí takové první psychické pomoci je krizová intervence – metoda rozhovoru vedeného s osobou zasaženou krizí.

Užívání drog a drogová závislost přináší řadě lidí do života intenzivní a náročná období, dramata, na něž jen velmi obtížně umějí reagovat nerizikově. Krize, jsou tak – alespoň z mé zkušenosti – mezi touto skupinou relativně časté. Poskytování krizové intervence specificky uživatelům drog je proto významnou součástí péče o drogově závislé.

Nicméně zatímco v tradičním krizovém centru je obvyklé zájemce o KI pod silným vlivem drog odmítat, pro pracovníky a krizové intervence v kontaktních centrech a terénních programech je kontakt s intoxikovanou osobou běžný a řada krizových intervencí se tak odehrává ve specifických podmínkách. Cílem práce je proto definovat podmínky a konkretizovat postupy, které se z pohledu pracovníků služby jeví jako nejvhodnější.

Pro teoretický kontext práce poskytne základní přehled projevů krize a jejich členění, definuje možnosti krizové intervence a roli krizového intervenanta a popíše význam krizové intervence v práci s rizikovými uživateli drog. Pracovní výstupy – s trochou štěstí – budou následně využity v přímé práci s danou cílovou skupinou. Plánuji tedy nastavit set metodických postupů, které je v krizových okamžicích života drogově závislého možné pro jejich zvládnutí využít. Tento set ovšem nebude součástí bakalářské práce. Práce poskytne pouze výzkumná data a podklady pro jeho vznik.

Krátké shrnutí pro přehlednost: Teoretická část práce je, jak bylo řečeno, rozdělena do tří oblastí, v nichž vymezuji základní pojmy související s výzkumem. V první oblasti čtenáře práce seznámím s pojmem krize v kontextu psychosociální pomoci, a dále krizovou intervencí a jejími principy. Ve druhé oblasti se zaměřím na definici cílové skupiny a problematiku užívání

drog s ohledem na psych. zdraví a propojení s krizí. Ve třetí oblasti se budu věnovat službám, v nichž je krizová intervence cílové skupině uživatelů drog poskytována – tedy kontaktním centřům a terénním programům pro tzv. rizikové uživatele drog.

Praktická, a tedy výzkumná část, se bude věnovat podmínkám krizových intervencí s ohledem na její poskytování v rámci terénních programů a jejich tématům u stanovené cílové skupiny. Popíše tak typické podmínky poskytování KI uživatelům drog a současně využije odpovědi informantů k vymezení nejefektivnějších postupů využívaných v daných typech krizí.

V závěrečné diskusní části budou výstupy výzkumu zhodnoceny a provázány s poznatky představenými v teoretické části.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Krize – pojem a projevy

Má osobní a letitá definice krize je jakýsi *zlomový, rozhodný okamžik*. Jakési krátké období, které je finální scénou prožívaného dramatu. Chvilí, s často nesnesitelně silným nábojem, jež silou zemětřesení rozkolísá základy, na nichž stojí naše jistota. V takové chvíli nástroje, které jsme se celý život učili používat, aby nám pomáhaly zvládat obtížné situace, jednoduše nestačí a proto selhávají. Otevírá se tak propast bezmocnosti a zmatení, a zatím co není vidět na dno, zjišťujeme, že ztrácíme z dohledu také vše, co nám doposud dávalo smysl.

Mnohem prozaičtější a pro účely práce jistě srozumitelnější základní definici však uvádí Daniela Vodáčková (2012), česká psycholožka a terapeutka s více než 20 lety profesních zkušeností ve známé knize *Krizová Intervence*, kterou vydalo nakladatelství Portál. (Tato kniha bude pro oblast krizové intervence nejčastějším citovaným zdrojem. A to především pro její srozumitelnost a nestárnoucí kvalitu.) Společně s kolektivem autorů zde hovoří o krizi jako životní události nebo situaci, kdy běžné strategie vyrovnávání se s problémy jednoduše přestávají fungovat. Osoba v takové chvíli prožívá zvýšené obavy, nadměrnou míru stresu a především nevidí ze složité situace východisko. Jinak řečeno, neumí si pomoci sama – ocitá se v krizi. (Vodáčková a kol., 2012)

Uvedme ale i další definice. Jan Vymětal (1995) formuluje krizi jako výsledek kontaktu s překážkou, jíž člověk není schopný překonat vlastními silami, případně ani za využití vlastních sociálních zdrojů, obvyklým způsobem v bezpečném čase pro psychické zdraví, a to je podle něj pro psychické zdraví klíčové (Vymětal, 1995)

Nezmínit Oldřicha Matouška, autora řady knih věnujících se sociální práci, by nás připravilo o další zajímavou definici a tedy lepší porozumění fenoménu krize. Matoušek (2003) o krizi říká: „*Krizi se rozumí situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života, a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií jedince. Přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů. Psychickou krizi zná každý člověk jak z vlastní zkušenosti, tak ze zkušenosti blízkých i vzdálenějších lidí. Patří k osobnímu růstu a zrání. Na psychickou krizi jako pozitivní mezník ve vývoji člověka se dá pohlížet v případě, že krize je včas rozpoznána a překonána, jestliže se jedinci dostane adekvátní podpory, příp. pomoci. V opačném případě může krize ústít*

*v psychickou labilitu, poruchu zdraví, sociální dezorganizaci, což výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života a ohrožuje základní jistoty a hodnoty.*“ (Matoušek, 2003, str.119)

Na základě těchto definic je zřejmé, že můžeme říct, že krize je stav, který se objevuje při zátěžové situaci, jíž provází stres, napětí, očekávání a obavy, a pro níž nejsou vybudované nebo aktuálně dostupné (případně nejsou dostatečné) funkční vyrovnávací mechanismy. (viz. kapitola 1.2.3. *Copingové mechanismy*) Tyto situace výrazně ohrožují psychické i fyzické zdraví a jejich nedostatečná, neobdobná, nebo absentující integrace obvykle vede k rozvoji dalších závažnějších obtíží. Jejich překonání se následně může stát zdrojem síly pro další životní výzvy.

### **1.1.1 Zátěžové situace**

Vzhledem k vágnosti a nejasnosti pojmu *zátěžová situace* uvádím ještě pro účely této práce zvolenou definici Marie Vágnerové (2004): *Zátěžovou situaci lze definovat, jako takovou, která u daného jedince vyvolává stav nadměrného zatížení nebo ohrožení. Spojeného s úbytkem uspokojení, ohrožující jeho celkovou tělesnou i duševní pohodu.* (Vágnerová, 2004, s.265)

Krize je tedy projevem zátěžové situace. V jiném úhlu pohledu můžeme také říct, že krize je zátěžovou situací. Pro přehlednost nabízím další dělení zátěžových situací od Marty Jeklové a Evy Reitmayerové (2006).

### **Stres**

Stres chápeme jako určité vnitřní napětí podněcující lidský organismus k nějaké reakci. (Plamínek, 2013). Doplnění nabízí Atkinson (2003). Stres chápe jako jev, který se objevuje tehdy, jsou-li lidé vystaveni situacím ohrožujícím jejich tělesnou nebo mentální pohodu. (Atkinson, 2003). Stres je tedy vnější nebo vnitřní tlak, pod nímž se láme a hroučí naše duševní stabilita.

Jak říká Hartl a Hartlová (2015), výraz stres byl dlouhé období vnímán spíše negativně. Z klasických definic vyvozujeme, že stres ohrožuje vnitřní pohodu i fyzické a mentální zdraví. Považujeme jej také za součást problémů, které přináší moderní civilizace. Současné poznatky v této oblasti ovšem nabízejí i jiný pohled na stres a pólují stres na tzv. distres a eustres. Tedy stres podněcující reakce nepříznivé i reakce pro lidské zdraví a přežití nezbytné. Pro detailnější porozumění odkazují na tyto dva autory a jejich knihu *Psychologický slovník* z roku 2015.

### **Frustrace**

Jednotlivých definic frustrace bychom v odborné literatuře našli spoustu. Pro základní seznámení s pojmem nám postačí chápání Vymětala (2004), který říká, že frustrace je proces, resp. k ní dochází tehdy, nedojde-li k uskutečnění nebo uspokojení vybrané potřeby nebo záměru. Projevuje se např. agresí, regresí, projekcí a jin.

### ***Konflikt***

Z psychologického hlediska, které je pro účely práce klíčové, hovoříme nejčastěji o konfliktu vnitřním. Konflikt dle Jeklové a Reitmayerové (2006) znamená střet dvou a více vnitřních procesů, které se vzájemně vylučují a současně působí stejnou silou. Narušují tak pocit celkové mentální pohody a ohrožují vnitřní stabilitu.

### ***Trauma***

I pro pojem trauma existuje široké množství různých definic. Pro krátké shrnutí vybírám pojetí, které zvolil Ján Praško (2003). Podle něj je trauma následkem hlubokého citového zranění, které se u většiny osob projeví silným stresem a intenzivní tísní. Dodává, že jde převážně o situace, v nichž jde o přímé nebo nepřímé ohrožení vlastní existence, zdraví a fyzické nebo mentální celistvosti, nebo základních osobních hodnot. Traumatickou se událost stane není-li naplněna možnost situaci emocionálně zvládnout, prožít a integrovat. (Praško, 2003)

### ***Deprivace***

Dalším typem zátěžové situace je podle autorek deprivace. Matějček (2011) popisuje deprivaci jako jakési strádání. Navazuje tak na pojem frustrace. Zatím co frustrace je jím ale chápána jako krátkodobé nenaplnění potřeb, deprivace podle něj vzniká, není-li nějaká potřeba naplňována dlouhodobě. Toto strádání pak může vést a vede k nezvratným změnám. (Matějček, 2011)

Poslední ze zátěžových situací, které Jeklová a Reitmayerová uvádějí, je krize. Z výše uvedeného můžeme proto chápat krizi v několik různých rovinách. Zprv je krizi vnímat jako důsledek těchto situací (např. v případě stresu). Dále potom jako jeden z projevů (např. v konfliktní situaci). A nakonec i jakýsi první stupeň nebo proces s možnými hlubšími dopady (například v souvislosti s traumatem).



Pro ucelený kontext a porozumění krizi je ještě nezbytné uvést také projevy, které ji provázejí. I zde se budu částečně opírat o základní literaturu, která je pro české čtenáře k dispozici – tedy *Krizovou intervenci* Daniely Vodáčkové (2012).

Vodáčková uvádí, že velmi častým a prvním znamením právě prožívající krize jsou reakce těla. Mezi ty patří:

- bolesti bez zjevné příčiny
- narušený spánek
- únava
- potíže se stabilitou
- třes
- nerovnováha dechu
- svalová ztuhlost
- žaludeční potíže
- případně zhoršení nějakého již probíhajícího onemocnění.
- a jin. (Vodáčková, 2012).

Dalším projevem jsou úzkostné stavy a obavy, případně strach. Zde je důležité zmínit, obvyklé neporozumění rozdílu mezi těmito stavy. Na rozdíl od strachu jsou totiž úzkostné stavy o to více matoucí, že nemají zjevnou příčinu. Vymětal (2003) uvádí, že hlavní rozdíl mezi úzkostí a strachem je právě v absenci jasných příčin. Úzkost, stejně jako strach, člověk zažívá v náročných a stresujících okamžicích, ale na rozdíl od strachu není vázána na nějaký objekt či pojmenovanou příčinu. Dodává také, že pokud přichází úzkostné stavy v náhlých návalech jedná se o tzv. panickou ataku (Vymětal, 2003).

Velmi častým a neopomenutelným zřetelným projevem právě probíhající krize jsou také stavy deprese. Ta se, jak známo, projevuje chorobným smutkem, únavou, pesimismem a ztrátou motivace. Tyto stavy mohou přejít k úvahám o ukončení života sebevraždou, případně se rozvinout v další, tzv. maladaptivní strategie (poruchy příjmu potravy, drogová či alkoholová závislost a jin.). (Mlčák, 2005)

Jak ale vypadají první typické reakce člověka na silnou stresovou zátěž, které se může překloubit v krizi?

Lidské reakce na stresovou zátěž můžeme podle Vodáčkové (2012) rozdělit do dvou výchozích kategorií.

**Typ A (útok nebo útek)** – s tímto typem reakce se nejčastěji váže fyzická aktivita, neklid, útočnost, agrese.

**Typ B (Mrtvý brouk)** – jde o reakci, kterou nejčastěji popisujeme jako zamrznutí nebo ustrnutí. Můžeme pozorovat bledost, snížení hybnosti, odpojení od emocí, a také omezenou reaktivitu (Vodáčková, 2012).

Známe tedy definici krizové situace a krize prožívané. Víme, jak krize působí a jakým způsobem na ni lidský organismus typicky reaguje. Pro ucelený obraz je ještě třeba doplnit, s jakými typy krizí se nejčastěji setkáváme.

### ***1.1.2 Baldwinova typologie krizí***

Pro přehled a definování krizí, s nimiž se nejčastěji může setkávat cílová skupina výzkumu, je nutné znát alespoň základní typologii krizí. Velmi přehlednou a pro účely práce dostačující tradiční typologii krizí nabízí Baldwin (Baldwin in Pasquali a kol., 1989), když rozděluje krize na tzv.:

- Situační krize
- Tranzitorní krize
- Traumatické krize – pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru
- Vývojové
- Psychopatologické a
- Neodkladné krizové stavy

Pro porozumění jednotlivým klasifikacím uvádím opět rozpracovanou Baldwinovu typologii Danielou Vodáčkovou a jejími kolegy.

#### **Situační krize**

Tuto krizi vyvolává nepředvídatelný stres zaviněný vlivem náhlé události. Typickým příkladem je hrozba ztráty blízké osoby či ztráta samotná. Další zneklidňující situací může být například ztráta zaměstnání nebo bydlení (Vodáčková, 2012).

### **Tranzitorní neboli přestupová krize**

Tyto krize kopírují předvídatelný průběh životních fází člověka, kdy se jedinec musí vyrovnat s obtížemi zrání a zvládnout úkol daný touto fází. Charakteristickým znakem pro přestupové okamžiky je jejich předvídatelnost a předpoklad příležitosti se na ně připravit. Tradičním příkladem může být období puberty, sňatek, plánovaná změna prostředí a jin. (Vodáčková, 2012).

### **Traumatická krize**

Krize traumatická je způsobena intenzivní mírou stresu, která se objeví náhle a bez možnosti korigování. Osoba zasažena tímto silným stresem se cítí paralyzována a zdrcena. Špaténková (2004) uvádí jako příklad této krize zážitek blízký smrti nebo osobní zkušenost se silou přírodní katastrofy. (Špaténková, 2004)

Traumatická krize a její nedostatečné ošetření může vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu neboli PTSD. PTSD je pak právem považováno za vážné neurotické onemocnění, které vyžaduje důkladnou psychiatrickou a mnohdy také psychoterapeutickou péči. Jako typické spouštěče jsou v dostupných zdrojích uváděny autonehody, sex. zneužívání, znásilnění, přepadení, únosy, válečné stavy apod. (Praško, 2022).

PTSD pak stejně jako reakce na krizi manifestuje v podobě poruchy spánku, podrážděnosti, lekavosti, pocitem bezmoci, strachem a úzkostí (Vágnerová, 2012).

### **Vývojová krize**

Tato krize vychází z psychodynamiky člověka, jenž stojí tváří v tvář základním vývojovým milníkům v kontextu vztahu k sobě a okolí. Výzvy, kterým při lidském zrání jedinec čelí při jejich nezvládnutí, ústí v možné silné psych. rozkolísání a selhávání v běžných mezilidských interakcích. Zde Špaténková (2004) uvádí jako příklad opakované volení nevhodných partnerů, častou nevěru apod.

### **Psychopatologická krize**

K těmto krizím dochází u osob, které trpí (nebo mají předpoklady pro rozvoj) duševní nemocí. Náchylnost ke vzniku krize je způsobena méně stabilní a v životě daného jedince špatně ukotvenou výbavou pro zvládnání silné zátěže. Typicky se jedná o osoby, pro něž je nutná

psychiatrická péče. Spouštěčem krizí u těchto osob může být např. náročná volba, vztahové problémy, vývojové nároky nebo nečekaná změna. (Vodáčková, 2012)

### **Neodkladný krizový stav**

Jedná se o stavy vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc. Tyto stavy jsou vnímány jako nejobtížnější ze všech dříve uvedených. Osoba zasažena neodkladným krizovým stavem je velmi často ohrožena na životě a ztrácí odpovědnost za své chování. Příkladem těchto stavů může být akutní psychotický stav, panická úzkost, drogová nebo alkoholová intoxikace a agresivní jednání namířené proti sobě (sebepoškozovací a sebevražedné jednání) či svému okolí. (Vodáčková, 2012)

Tato kapitola popsala pojem krize, srovnala krizi s dalšími zátěžovými situacemi a poskytla základní dělení. V další kapitole se zaměřím na metodu krizové intervence, jejímž cílem je tyto stavy zvládnout za pomoci druhé osoby

### ***1.2 Krizová intervence – formy, principy a vlastní obranné mechanismy***

Mou oblíbenou definicí krizové intervence je prosté a trefné shrnutí Bohumily Baštecké (2005), která označuje KI jako jakýsi „zásah v krizi“. Tento zásah je zprostředkován metodou rozhovoru, která má svá teoretická východiska, zásady, své fáze a cíle, a nazýváme jí Krizovou intervencí. (Baštecká, 2005)

Upřesnění může nabídnout opět Vodáčková (2012), když říká, že krizová intervence pomáhá klientovi se zorientovat ve vlastním prožívání a zpřístupnit tak zdravé náhledy a vnitřní zdroje, a zamezit progresi krize a rizikovému a život ohrožujícímu jednání. (Vodáčková, 2012)

Kenneth Yeager, autor knihy *Crisis intervention handbook* (2015), uvádí, že KI může a měla by vést k brzkému řešení akutních stresových reakcí nebo krizových epizod a zároveň poskytnout bod obratu tak, aby byl jedinec prožitou zkušeností posílen. (Yeager, 2015)

Jinými slovy, krizová intervence představuje jakousi první psychologickou pomoc poskytovanou lidem, kteří jsou zasaženi akutní stresovou reakcí nebo krizovou epizodou. Cílem krizové intervence je pak těmto lidem zpřístupnit náhled na jejich osobní zdroje mentální podpory a zajistit, že se psychický stav nebude nadále zhoršovat. V neposlední řadě má také za cíl prožitou zkušenost zakotvit v životě člověka jako posilující a adaptivní zážitek.

### **1.2.1 Formy krizové intervence**

Jak uvádí Špaténková (2004) Krizová intervence může být v závislosti na způsobu vedení řešena třemi různými formami:

- tváří v tvář
- telefonicky
- elektronicky

Charakteristické rysy těchto tří forem je možné nalézt například v její knize *Krizová intervence pro praxi*, kterou vydalo nakladatelství Grada. V této práci není nutné formy poskytování KI více definovat.

### **1.2.2 Principy**

Zde opět vycházím z rozdělení podle Vodáčkové (2012). Pět základních principů odborné krizové pomoci definuje z dostupné literatury pro účely této práce nejsrozumitelněji.

Uvádí:

- 1) dostupnost – nerozlišujeme věk, pohlaví, postavení ve společnosti, náboženské vyznání nebo sexuální preferenci, rasu a další. Krizovou intervenci poskytujeme bez rozdílu všem těm, kterým poskytnou lze.
- 2) individualita – krizový intervent nehodnotí, jak je krize závažná. Nepotřebuje pro poskytnutí KI žádné ujištění jiným odborníkem, že jde o krizi. Na své prožívání je odborníkem především sám krizí zasažený člověk.
- 3) komplexnost – krizová intervence vnímá člověka ve všech jeho 4 dimenzích. Tedy z pohledu bio-psycho-socio-spirituálních rovin.
- 4) bezbariérovost – zde hovoříme především o místní, časové i praktické (tedy vnitřní) dostupnosti a uspořádanosti. Krizový intervent například nenosí bílý plášť, který by vzbuzoval dojem silné autority. Stejně tak je zařízeno vnitřní prostředí, které by mělo obsahovat minimum rušivých prvků a mělo by především poskytovat pocit pohodlí, bezpečí a vřelosti.
- 5) návaznost – každý krizový intervent by měl dobře znát hranice KI a proto by měl být schopen poskytnout informace o možné návazné pomoci v nejbližším okolí klienta. (Vodáčková, 2012)

### ***1.2.3 Copingové mechanismy a jejich význam v krizové intervenci***

Jedním z nutných předpokladů pro posílení psychické odolnosti a zvládnání náročných životních výzev je osvojení si tzv. copingových neboli vyrovnávacích mechanismů či strategií, jenž působí jako zdroj mentální energie, odpočinku, psychohygieny a jako vlastní obrana před namáhavými situacemi a stresem.

Karel Paulík (2017) v knize *Psychologie lidské odolnosti* popisuje coping jako: *aktivní děj, který probíhá na základě vědomého zvládnání stresových či náročných situací. A dále jako: reakci na chování a chápání s cílem zneškodnit, akceptovat či zvládat tlaky, které přicházejí z vnějšího i vnitřního prostředí, ale také z osobní interakce jedince.* (Paulík, 2017, str. 118)

Jde tedy o soubor vlastních sebezáchovných a posilujících strategií, které používáme, jsme-li v životě pod tlakem.

Z pohledu krize a krizové intervence jsou copingové mechanismy klienta jedním ze základních zdrojů pomoci a jako takové, je třeba je znát a společně je procházet. Jak již bylo řečeno v kapitole 1.1. *Krize – pojem a projevy*, o krizi hovoříme ve chvíli, kdy tyto vyrovnávací mechanismy selhávají, nebo nejsou dostupné, případně jsou ukryté pod jakousi těžkou dekou stresu a klient zapomíná, že tyto pomocné mechanismy zná a má. Úkolem krizového intervenanta je tak mimo jiné tyto nástroje najít a pokusit se je znovu propojit s klientovým prožíváním. V této práci ovšem představuji základní set obranných mechanismů ještě z jiného důvodu. Dá se na něm totiž velmi dobře demonstrovat, jaké mechanismy uživatelé drog obecně využívají a jaké naopak postrádají. Začněme ale tím, jaké obranné mechanismy obecně u lidí sledujeme.

Podle Vodáčkové (2012) můžeme tyto přirozené obrany před fyzickou a psychickou bolestí rozdělit do dvou kategorií, přičemž první sice zajistí potřebnou obranu, nicméně nevede ke zdravému vývoji. Patří mezi ně tzv.:

**Regrese** – čili návrat do nižšího vývojového stupně mentálního vývoje

**Disociace** – oddělení od vlastního konkrétního prožívání a probíhajících procesů

**Skotomizace** – neboli záměrné ochranné popírání reálných faktů, vztahů a událostí

Oproti těmto patrně nevýhodným vyrovnávacím strategiím můžeme postavit například:

**Přístup k vlastním emocím** – čili porozumění pocitům, které zažíváme a upřímnou ochotu si je připustit

**Schopnost sdílení** – jako dovednost přizvat druhé osoby k tomu, co právě prožíváme. Schopnost požádat o pomoc. Schopnost pozitivně využívat navázané mezilidské vztahy.

**Propojení s vlastním tělem** – a tedy vnímání toho, jak naše tělo reaguje na stres. Co mu pro uvolnění pomáhá (např. sport, protahování, dýchání, opora, fyzický kontakt a jin.)

**Náhled na předchozí zkušenosti** – neboli schopnost vybavit si podobně obtížné situace jimiž jsme prošli a pozitivní zkušenost s jejich vyřešením

**Orientace v dostupnosti prostředků pomoci** – čili znalost podpůrných služeb, zdrojů informací, možností, kam se obrátit

**Vědomí vlastních limitů** – například umět rozpoznat, jaké situace jsou pro nás ohrožující a vědomě se jim vyhýbat a odmítat je. (Vodáčková, 2012)

Mechanismy pomáhající lidem vyrovnat se se zátěží patří mezi nutnou výbavu zajišťující dlouhodobé psychické zdraví. U osob závislých na drogách ovšem můžeme zahlédnout absenci dobře etablovaných copingů a zdá se, že to s užíváním drog a drogovou závislostí přímo souvisí. Podle Matého (2020) dokonce užívání drog naplňuje (případně přebírá) roli těchto mechanismů. Ty se pak stávají nejenom snahou duševní zdraví uchovat, ale současně také zdrojem zátěže.

### ***1.3 Krizotvorné momenty v životě uživatele drog***

Ať už jde o experimentování, kontrolované užívání, užívání ohraničené terapeutickým procesem, nebo počínající, případně hlubokou závislost, užívání drog působí na řadu oblastí lidského života. Mohli bychom dokonce říci, že v holistickém pojetí neexistuje oblast, jíž by užívání drog nebylo schopno zasáhnout. Obecně přijímaný názor, že drogová závislost a zneužívání návykových látek má své bio-psycho-socio-spirituální kořeny nabízí vysvětlení toho, proč se v životě člověka užívajícího drogy krizové resp. krizotvorné momenty mohou tak často objevovat.

## **Biologické respv. tělesné dopady**

Zdravotních rizik při užívání drog je celá řada a ta nejznámější jsou velmi dobře známa. Ať už jde o nákazu virem HIV nebo hepatitidou typu C, oslabení organismu v závislosti na nízkém příjmu nutrientů, bolestivé záněty a poranění po špatné injekční aplikaci, je obecně přijímáno, že nejvážnějším zdravotním rizikem při užívání je smrt v důsledku předávkování nebo při ztrátě sebekontroly a následném rizikovém chování (například řízení automobilu).

Kvasničková (2019) ve své diplomové práci uvádí i další typické důsledky dlouhodobého užívání drog. Mezi ně patří například:

- Zhoršená ústní hygiena a kvalita zubů
- Kožní problémy
- Nespavost
- Fyziologické projevy abstinčního syndromu (Kvasničková, 2019)

Za nejčastější a velmi typické onemocnění spojené s užíváním drog je považována nákaza virovou hepatitidou typu C. Kalina (2015) uvádí, že většinu hlášených případů onemocnění VHC představují právě injekční uživatelé drog.

## **Psychické dopady**

Užívání drog má nezanedbatelný vliv na vlastní psychiku. Po užití psychoaktivní látky může v závislosti na podání docházet k halucinacím, bludům, psychomotorickým poruchám a nepřiměřeným emocím.

Nejčastěji uváděné závažné dopady na vlastní psychiku užívání drog uvádí Jindrová (2020).

Ve své práci hovoří o poruchách osobnosti, depresích, úzkostných stavech, i bipolárně afektivních poruchách.

## ***Deprese***

Kalina (2015) uvádí, že u uživatelů drog vzniká až 2x větší riziko, že se u nich depresivní stavy objeví. Tyto stavy nezřídka provází suicidální myšlenky. (Kalina, 2015)



## ***Úzkostné stavy***

Stejně tak jako deprese jsou podle Kaliny i úzkostné stavy. Tyto stavy jsou pak doprovázeny záchvaty paniky a různými typy fobií. Kalina také dodává, že stavy úzkosti trpí obvykle spíše ženy než muži. (Kalina, 2015)

## ***Poruchy osobnosti***

I u těchto obtíží je výskyt u uživatelů drog velmi vysoký. Podle Kaliny jde až o 90 %. (resp. 90% výskyt nějakých poruch osobnosti u zkoumaného vzorku z řad uživatelů drog). Jako typickou uvádí disociální poruchu osobnosti, která se projevuje např. sebestředností, neschopností navázání a udržení zdravých mezilidských vztahů či násilností. (Kalina, 2015)

## ***Bipolárně afektivní porucha (BPO)***

Studie, které uvádí například Torrens ukazují, že užívání drog koreluje s BPO až v 60 % případů. Uvádí také, že obě fáze se vyznačují zvýšeným užíváním oblíbené látky resp. objektu závislosti. (Torrens, Maestre-Pintó, Salvany, 2017)

Dalšími uváděnými dopady jsou ***Toxické psychózy*** – tedy stavy při nichž dochází k halucinacím, bludům a paranoie, a tzv. ***Flashbacky***. Flashbacky jsou krátkodobé návraty do stavu intoxikace i dlouho poté, co uživatel drogu užil. Tyto stavy provází nepříjemné změny v percepci a psych. rozpoložení. (Kalina, 2015)

## **Sociální dopady**

Typickými, resp. často uváděnými dopady dlouhodobého užívání drog na sociální prostředí uživatele jsou podle Dvořáka (2003):

- Narušená nebo neexistující síť blízkých vztahů a naopak dlouhodobá nebo závislostí blokováná schopnost blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet
- Nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a adekvátního sebeprosazení
- Nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- Právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut
- Životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění (Dvořák in Kalina, 2015)

S tím souhlasí také doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D., vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) když říká, že: *Sociální dopady a souvislosti užívání drog představuje široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost po problémy ve vztazích s blízkými.* (Mravčík et al., 2017, s.192)

Uvádí také, že přibližně 95 % klientů adiktologických služeb je v dlužích, což představuje významnou překážku ve snaze vrátit se do běžné nedrogové společnosti. (Mravčík et. al., 2017)

### **Spirituální**

Z výzkumu Koláčné vyplývá, že až 5,5 % dotázaných uvedlo, že důvodem pro užití drogy byl nějaký spirituální přesah, či jakési očekávání transcendentního a probouzejícího zážitku (Koláčná, 2021).

O užívání drog, především těch s vysokým závislostním potenciálem jako je Pervitin nebo Heroin ve spojení se spirituálními zážitky ale Kalina hovoří takto: „...význam pro duchovní rozvoj je však pochybný. Neotevívá cestu nikam „vzhůru a kupředu“, jak by řekl Teilhard de Chardin, naopak upevňuje bludný kruh závislosti. Totéž platí o některých sebepřesahujících zážitcích v alkoholové intoxikaci. Závislost vede k rozvratu duchovní dimenze člověka, ale oživení a rozšíření této dimenze je od léčby neodmyslitelné“ (Kalina, 2008, s. 244)

Připomeneme-li si spouštěče a typy krizí z kapitoly 1.1. *Krize – pojem a projevy* je zřejmé, že užívání drog ve všech oblastech svých dopadů tvoří situace s potenciálně krizi vyvolávajícím nábojem. Sociální služby, které se uživatelům drog věnují, využívají různých metod sociální práce. Pro uživatele, kteří nechtějí docházet do „kamenných institucí“ nabízejí terénní programy, jejichž cílem je tyto osoby vyhledat a poskytovat službu přímo v mimo institucionalizovaném prostředí.

#### **1.4 Terénní programy v sociálních službách**

Terénní programy chápeme jako metodu sociální práce specificky zaměřenou na poskytování služeb osobám v těžké životní situaci nebo osobám žijícím v sociálně vyloučených lokalitách, a tedy také osobám ohroženým krizí.

Matoušek (2016) mluví o terénních programech jako o *službách sociální prevence, jež se snaží zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy buď krizovou sociální situací, svými životními návyky nebo způsobem života, který může vést ke konfliktu se společností.* (Matoušek 2016, s. 191).

Teoretická východiska, která dále uvádí, říkají, že principem terénní sociální práce je poskytování sociálních služeb v prostředí, které je možnému klientu vlastní. Terénní sociální pracovník má tedy kromě jiného za úkol možného klienta aktivně vyhledat, se službou seznámit a pokusit se mu ji nabídnout tak, aby byla co nejvíce přínosná a dostupná. (Matoušek 2016)

Cíl terénní práce lze chápat jako snahu o zabránění sociálnímu vyloučení, integrování klientů ve společnosti, snižování důsledků nepříznivých životních událostí a dále také posilování osobních kompetencí a dovedností nutných pro kvalitní pohyb ve společnosti a vlastním životě. (Nedělníková a kol., 2008)

Programy jsou tedy poskytovány i cílové skupině uživatelů drog.

##### **1.4.1 Terénní programy pro uživatele drog**

Terénní programy pro uživatele drog, obecně známé jako *Streetwork*, jsou formou sociální práce objevující se poprvé ve dvacátých letech dvacátého století v USA. Koncem šedesátých let pak také začínají objevovat v Evropě, a to především v Holandsku, Velké Británii a Francii. Několik let po revoluci, v roce 1994 vzniká první terénní program pod organizací Sananim i v České republice. (Hnízdilová, 2022)

V zákoně 108/2006 sb., o sociálních službách a §69 jsou tyto programy popsány jako: *„programy terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných a psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně“*

Poskytování služeb anonymně, jak zaznívá ve zmíněném zákoně, je jedním z typických rysů terénních služeb pro naši cílovou skupinu. Snížením vstupních podmínek, jakými může být například předkládání občanského průkazu a registrace osobních dat, se v principu nízkoprahovosti služby pokoušejí minimalizovat nároky, které jsou pro vstup do služby na klienta kladeny a zvýšit tak šanci na navázání spolupráce. (Hloušek in Nedělníková a kol., 2008)

Služby ne-nízkoprahových institucí mohou být z mnoha důvodů pro řadu lidí nedostupné. Nízkoprahová zařízení proto nekladou na klienty příliš velké nároky. Jak říká Hrdina (2003) nízkoprahová zařízení nabízejí hodně, ale požadují málo. (Hrdina, Korčíšová in Kalina, 2003)

#### **1.4.2 Principy terénní práce s uživateli drog**

Základní dělení uvádí např. Barboříková (2018). Rozděluje základy principy na 3 oblasti:

- **Public Health**, které můžeme chápat jako přístup zaměřený na ochranu veřejného zdraví. V souvislosti s cílovou skupinou rizikových uživatelů drog jde především o snahu snížit výskyt infekčních onemocnění jako je HIV, HCV a HBV. (Kalina, 2015)
- **Harm Reduction**, případně snižování rizik, tedy metodu zaměřenou na snižování negativních důsledků užívání drog u aktivních uživatelů.
- **Nízkoprahovost** již vysvětluje například Aleš Hezrog (2003) z organizace Sananim: *„Nízkoprahovostí rozumíme, že poskytovatel realizuje službu tak, aby byla umožněna maximální přístupnost. Realizovat službu nízkoprahově znamená snažit se odstraňovat technické, psychologické a sociální bariéry, které by bránily cílové skupině vstupu do prostoru zařízení či využití nabídky poskytovaných služeb.“* (Herzog, 2003, 82 - 83) Vagnerová (2014) trefně uvádí, že člověk, kterému se změní osobnost, v důsledku užívání psychotropních látek často nedokáže překonat bariéru nedůvěry a odmítání. Snížení vstupních podmínek pro využívání služby tak mimo jiné nabízí prostor pro obnovení důvěry v instituce.

#### **1.4.3 Pracovní podmínky**

Jak již bylo řečeno, terénní sociální práce probíhá v přirozeném prostředí cílové skupiny. Při práci s uživateli drog to pro Streetworkery znamená pohyb v prostředí, které je uživatelům drog blízké. Typicky se tak jedná např. o: kluby, herny, vlaková nádraží, zapadlá pouliční zákoutí i frekventovaná náměstí a jin. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Práce se tak poskytuje za každého počasí v denních i večerních hodinách.

Pro zachování bezpečnosti je proto standardní, že terénní pracovníci pracují ve dvojici. Nezřídka také bývají označeni oblečením s nápisem Terénní program. (Herzog, 2006)

#### **1.4.4 Náplň terénní práce**

Základními výkony terénní práce jsou:

- Výměna injekčního materiálu a pomůcek k aplikaci  
Injekční sety, sterilní voda, alkoholové tampony pro desinfekci, filtry a jin.
- Informační servis  
Pracovníci předávají informace o méně rizikových způsobech aplikace, účincích návykových látek, možnostech léčby, o síti dostupných sociálních služeb, o principech služby a možnostech jejího využívání a jin.
- Poradenství – základní obecné i odborné
- Základní zdravotní ošetření
- Asistence k jiným odborným službám – úřady, lékaři, jiné sociální sl.
- Testování na infekční onemocnění – typicky VHC, VHB, HIV, Syf.  
Krizová intervence – vedení rozhovoru s osobou zasaženou krizí (Magdaléna o.p.s. 2022)

#### **1.5 Souhrn**

V teoretické části byla představena základní východiska nutná pro porozumění oblasti výzkumu, jímž je krizová intervence ve vztahu k uživatelům drog a vlastní specifika. Byly představeny pojmy *krize*, *zátěžové situace*, *krizová intervence*, *copingové mechanismy* a pospány *krizotvorné situace objevující se v životech uživatelů drog*. Dále byla popsána forma sociální práce poskytovaná uživatelům drog (a osobám ohroženým jiným typem rizikového chování) známá pod označením tzv. *Streetwork* a její povaha. Následující část se věnuje výzkumným cílům práce, metodice výzkumu a představuje získané výsledky praktického výzkumu.

## 2 Praktická část

### 2.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je odhalit a popsat specifika krizové intervence poskytované uživatelům drog v rámci terénních programů na tuto cílovou skupinu zaměřených. Dílčím cílem pak bylo poskytnutí výchozího materiálu pracovníkům, kteří se s cílovou skupinou uživatelů drog setkávají a hledají přehledné shrnutí možných situací a podmínek, při nichž budou krizovou intervencí poskytovat.

Základní výzkumná otázka tedy zní následovně: Jaká jsou specifika krizové intervence poskytované uživatelům drog při realizaci terénního programu.

### 2.2 Výzkumné otázky

Dílčí výzkumné otázky sledují záměr poskytnout srozumitelnou odpověď na základní výzkumnou otázku uvedenou v kapitole 2.1. *Cíle práce*. Tyto otázky byly v práci rozděleny do tří oblastí a pro přehlednost byly dále označeny zkratkou DO (dílčí otázky). Každá z těchto otázek, alespoň jednou ve své konkrétní podobě (případně s lehkou obměnou při zachování obsahu), zazněla v polo-strukturovaných rozhovorech, které byly vedeny se skupinou informantů. Jejich souběh následně poskytl data pro hlavní cíl výzkumu.

Rozdělení je následovné:

- 1) Prostředí – tedy vnější podmínky, v nichž ke krizové intervenci dochází a jejich vliv na průběh KI.
- 2) Témata – náplň či tematická oblast krizového rozhovoru
- 3) Další okolnosti – okolnosti, které svou povahou nezapadají do standardního poskytování KI nedrogové populaci (např. klienti pod vlivem drog alkoholu).

Pro každou z oblastí byla vytvořena dílčí otázka s řadou pod-otázek.

Př:

#### **Prostředí**

DO1: V jakém prostředí je nejčastěji krizová intervence uživatelům drog poskytována?

#### **Témata**

DO2: S jakými krizovými tématy se pracovníci terénního programu nejčastěji setkávají?

### **Další okolnosti**

DO3: Jaké okolnosti jsou pro poskytování KI v terénu typické nebo opakující se?

### **2.3 Metodika**

Po stanovení výzkumného cíle, hlavní a dílčích výzkumných otázek byla zvolena metodika výzkumu, pomocí níž budou zajištěny podklady pro dosažení stanoveného výzkumného cíle. Hlavním výchozím nástrojem pro sběr dat byl rozhovor, tedy kvalitativní metoda výzkumu. Jak uvádí Jan Hendl (2006) rozhovory lze vést dvěma základními způsoby s ohledem na svou strukturu, a to *nestructurovaně* a *semi nebo polo-structurovaně*. Pro účely této práce byla vybrána polo-structurovaná forma rozhovoru. Hendl o nich dále říká: „*Semistructurovaný rozhovor se často provádí s cílem rozebrat podrobněji témata nalezená pomocí narativního interview.*“ (Hendl, 2006, str., 7)

Jako o interview hovoří o výzkumných rozhovorech také Michal Miovský (2006) a dodává, že jde o rozhovor s jasně stanoveným cílem a jako takový je veden nebo moderován k jeho naplnění. Takový rozhovor poskytuje na jednu stranu svobodu ve formulaci množství doplňujících otázek, současně se ale drží vytyčených hranic a zvolného narativu. Jakousi doplňkovou součástí těchto rozhovorů je také sledování nebo chcete-li pozorování informantů výzkumníkem a následný popis různých reakcí. (Miovský, 2006). Tato práce nicméně metodu pozorování nevyužívá a soustředí se na konkrétní slovní odpovědi informantů výzkumu.

Hendl (2016) hovoří také o nevýhodách kvalitativního výzkumu a je vhodné je zmínit. Vysvětluje například, že podobný druh výzkumu je časově náročnější a analýza dat složitější než prosté kategorizování odpovědí v dotaznících. Další zmiňovanou nevýhodou je například dle Švaříčka et. al. (2014) nemožnost zobecnění výsledků, když vysvětluje, že získaná data jsou relevantní pouze pro výzkumný vzorek.

Po uskutečnění rozhovorů došlo k analýze získaných odpovědí a formulaci dat. K tomuto účelu byla zvolena metoda otevřeného kódování. Kódováním se podle Mišoviče (2019) myslí způsob rozřazování tématicky i obsahově příbuzných odpovědí do obecnějších kategorií.

## 2.4 Výzkumný soubor

Pro výzkumný soubor byly zvoleni informanti, kteří odpovídali kritériím podle Gurkové (2019), tedy tak, aby s tematickým obsahem měli své osobní zkušenosti. Všichni účastníci tak byli vybíráni záměrně s ohledem na jejich zkušenost s cílovou skupinou uživatelů drog a také s vedením krizové intervence s touto skupinou. Dalším kritériem bylo, aby nabyté zkušenosti byly získány při práci v terénu v rámci terénních programů. Kritéria byly dále rozšířena o délku a množství zkušeností s obsahem tématu výzkumu. Byly proto kladeny nároky na:

- 1) zkušenost s prací s uživateli drog v terénu (alespoň 2 roky)
- 2) poskytování krizové intervence uživatelům drog v terénu (alespoň 5 KI)
- 3) místní a časovou dostupnost pro uskutečnění rozhovoru (Středočeský kraj)
- 4) uchování čerstvých vzpomínek (poslední KI v terénu max. 2 roky zpět)
- 5) kompetenci pro vykonávání krizové intervence (alespoň zák. 24 h. kurz.)
- 6) ochotu zúčastnit se výzkumu

Osloveno bylo celkem 23 osob z nichž 13 souhlasilo s rozhovorem. Rozhovor byl realizován s 11 informanty. Pro rozhovor byli využiti výhradně současní nebo bývalí terénní kontaktní pracovníci se zaměřením na cílovou skupinu tzv. rizikových uživatelů drog. Osloveni byli pracovníci z neziskových organizací Magdaléna o.p.s., Laxus z.ú., Semiramis z.ú., Prostor plus o.p.s.

Označení	Délka praxe v letech	Poslední vedená KI cca měs. (od data rozhovoru)	Kvalifikace k výkonu KI	Vzdělání
P1	4	1 měs.	Komplexní KI (256h)	Mgr.
P2	2	1 měs.	Základní KI (56h)	Mgr.
P3	11	6 měs.	Komplexní KI (256h)	Mgr.



P4	2	2 měs..	Základní KI (24h)	Bc.
P5	4	2 měs.	Základní KI (56h)	Bc.
P6	4	2 měs.	Základní KI (56h)	Mgr.
P7	3	12 měs.	Základní KI (24h)	SŠ
P8	7	1 měs.	Komplexní KI (256h)	Bc.
P9	5	8 měs.	Komplexní KI (256h)	Mgr.
P10	4	4 měs.	Základní KI (24h)	Mgr.
P11	6	3 měs.	Základní KI (56h)	Bc.

### **2.5 Sběr dat**

K prvnímu rozhovoru s informanty došlo v letních měsících roku 2022 v Příbrami, Berouně a Benešově. Další rozhovory probíhaly v Mladé Boleslavi na podzim téhož roku. Poslední rozhovor byl uskutečněn v únoru roku 2023 v Kolíně.

### **2.6 Etika výzkumu**

Naplnění výzkumného cíle není a nemůže být nadřazené základním etickým principům. Etika výzkumu je proto standardní a nutná součást každé vědecké práce. Na eticky rovném přístupu současně také stojí samotná kvalita získaných dat. Není-li totiž zajištěno vhodně přívětivé a bezpečné prostředí, odpovědi informantů nemusejí odpovídat jejich skutečné zkušenosti.

Hendl (2016) o vhodně nastaveném prostředí (bezpečí, pohodlí, soukromí) hovoří jako něčem co přináší informantům pocit uvolnění a ochotu sdílet své odpovědi. Zajištění těchto podmínek bylo realizováno následovně. Všichni oslovení informanti byli nejprve osloveni písemně s ponechanou možností účast na výzkumu odmítnout. Informanti, kteří svolili ke společné schůzi byli následně seznámeny s účelem práce, výzkumným cílem a metodou výzkumu, tedy o společném rozhovoru a jeho cíli. Součástí společné dohody také bylo, že obsah rozhovoru bude sledovat pouze výzkumné cíle a nepovede k odhalování zbytného soukromí.

Informanti byli seznámeni s tím, že celý společný rozhovor bude nahráván pro pozdější zpracování a byli vyzváni k ústnímu souhlasu. Byli také ubezpečeni, že rozhovor mohou kdykoliv ukončit. Informanti také byli vyzváni k podepsání souhlasu s poskytnutím výzkumného rozhovoru (viz. Přílohy)

K realizaci rozhovorů byla dále vždy využita samostatná místnost a rozhovory probíhaly bez přerušení třetími osobami.

Pro zajištění anonymity v práci nezazní jména informantů. Všichni zúčastnění informanti budou v práci označeni jako P1, P2, P3 atd. (Pracovník 1, Pracovník 2, Pracovník 3...) podle toho, v jakém pořadí byly rozhovory provedeny.

Těmito kroky byly naplněny principy, které – hovoří-li o etice výzkumu – zmiňuje Hendl (viz. výše)

## **2.7 Výzkum a získaná data**

Tato kapitola přináší výstupy z realizovaných rozhovorů s informanty uvedenými v kapitole 2.4. *Výzkumný soubor*. Rozhovory, chcete-li interview, obsahovaly 12 základních otázek k nimž dle potřeb výzkumu přibývaly drobné doplňující dotazy. Seznam všech otázek je k dispozici mezi přílohami.

Za relevantní výsledky odpovídající na výzkumné otázky jsou považovány ty otázky, u nichž došlo k nasycení. Tedy ve chvíli, kdy se začaly odpovědi různých informantů na stejnou otázku opakovat.

Jak bylo řečeno v kapitole 2.2. *Výzkumné otázky*, sledovány byly především 3 základní oblasti. Tato kapitola je proto rozdělena do 4 částí pokrývajících zmíněné jednotlivé oblasti a celkový souhrnný výstup.

Pro doplnění získaných výstupů jsou u každé oblasti uvedeny reprezentace odpovědí informantů.

### **2.7.1 Prostředí**

V této kapitole byly sledovány odpovědi informantů, které souvisely s prostředím, v nichž je krizová intervence uživatelům drog poskytována. Nepříliš překvapivě všichni účastníci shodně odpověděli, že krizovou intervencí provádějí nejčastěji venku. Část z nich ale také uváděla byty klientů a opuštěné budovy, v nichž klienti přebývají. Po položení doplňující otázky odpověděli všichni shodně, že za klienty jezdí do bytů a domů resp. že to jejich služba nabízí. Ne všichni ale měli zkušenost s KI v domácím prostředí klienta.

*P1: Terénní práci poskytujeme našim klientům v prostředí, kde se cítí bezpečně. To znamená, že někdy jdeme i k nim domů. Protože jsou u sebe doma, dovolí si víc se otevřít a někdy i zhroutit.*

*P3: Jezdíme za klienty i na byty nebo prostě tam, kde zrovna přespávají. V Příbrami jsou to nejčastěji opuštěné garáže nebo vybydlený činžáky.*

*P8: Nabízení setkání u klienta doma tady považujeme za standard. S některými z klientů, bychom jinak ani nemohli být v kontaktu. Často zavolají až když se v nich nahromadí beznadějí a my k nim jedeme trochu jako rychlá záchranná služba. ...potkáváme se taky na squatech, kterých v poslední době dost přibývá.*

*P11: I když jsem tady dlouho, nevzpomínám si, že bych kdy jela na krizovku k někomu domu.*

Zajímavé bylo sledovat jakým způsobem podle pracovníků prostředí ovlivňuje průběh krizové intervence a subjektivní úroveň její obtížnosti. Ze získaných odpovědí vyplývá, že informanti připisují danému prostředí silný vliv. Většina informantů odpověděla na otázku, co jim nejvíce znesnadňuje výkon KI v terénu, že je to právě prostředí. Liší se ovšem v konkrétních okolnostech. Zatím co část z nich uvádí, že za nejvýraznější negativní vliv prostředí považují nízké soukromí a bezpečí klienta, zbytek zmíněných informantů uvádí na prvním místě povětrnostní podmínky resp. pohodlí.

*P3: Když sedíš s někým venku a on se zrovna hroutí, přitahuje to pozornost. O takovou pozornost v tu chvíli ale nikdo z nás nestojí.*

*P5: Mě dost vadí, že to prostředí prostě není bezpečný. Běhají tam psi (dodává, že typicky ve squatech), jsou tam někdy další klienti, anebo jste třeba někde u silnice, kde je hluk a ani se*

*neslyšíte. Taky se stává, že nám ten klient prostě uteče. Něco ho rozhodí, třeba zahlídne známýho a prostě zmizí a my nevíme, kde je a jestli si to někde nehodí.*

*P6: Navodit pocit bezpečí a klidu, když jsou kolem všude lidi je těžký. Vždycky hledám místo, kam by se dalo jít, ale nejde to pokaždý. Pokud to jde, tak když jsme autem, jdeme aspoň tam.*

*P8: Asi že nikdy nevíme, kdo nám do toho vlezte. Venku prostě nemáme dveře. (úsměv)*

*P11: Tak nejhorší je, když u toho moknete nebo mrznete. To je fakt šílený. Hrozný taky je, když to ukončíš a necháš toho člověka v tomhle počasí, protože prostě není kam jít.*

Další vlivy se týkaly domácího prostředí. Zde několik pracovníků uvedlo, že je jim nepříjemné provádět KI v cizím bytě, kde se cítí jako hosté a místo neznají. Nevímají to ale jako výraznou překážku a pro pocit bezpečí klienta, chápou jeho domácí prostředí jako výhodné.

*P8: Když jste u klienta doma, často vám nabízí jídlo a pití. Někdy dost neodbytně. Naše pravidla to ale zakazují. Já už jsem se to odmítat naučila, ale někdy to bylo dost nepříjemný. Někdy taky pravidla poruším a ten čaj si prostě dáme spolu no.*

*P4: To prostředí dobře neznáme, tak hrozí různý rizika. Někdo může do bytu nečekaně přijít. Klient/ka může být agresivní, může tam být rozrušený pes (s tím jsem se osobně setkal). Navíc, když je to toxi-byt, a jsou tam všude jehly, nejradši bych vždycky všechno nejdřív zklikvidoval.*

Je zřejmé že „terénní“ prostředí, v němž se krizová intervence uživatelům drog poskytuje vytváří řadu situací, které pracovníci vnímají jako specifické a současně (a především) negativní pro výkon KI. Kategorie, které se nejčastěji objevovaly, byly – jak demonstrují předepsané odpovědi – tři. Jednalo se o za 1) pocit bezpečí (klientů/pracovníků), za 2) soukromý pro obtížný rozhovor, sdílení a srozumitelnost, a za 3) pohodlí, které je třeba zajistit, aby se jak klient, tak intervent cítil dobře a nebyl rušen například špatným počasím nebo dalšími lidmi.

### **2.7.2 Témata**

Tato kapitola popisuje nejčastější specifická témata, jimiž uživatelé drog podle informantů naplňují rozhovor krizové intervence. Stejně jako v předchozí kapitole budou nejčastější a relevantní výstupy doplněny získanými odpověďmi.

Zde se nejčastěji objevovala témata v kategoriích bydlení, vztahů, zdravotního stavu, existenciálních otázek a drog. Další téma popisovali pracovníci jako „schýzu“ nebo „bludy“

způsobené aktivním užitím drogy. Toto téma nemělo jasné ukotvení, spojoval jej ale pocit přímého ohrožení a silný vnitřní neklid.

Pracovník č. 1 například uvádí: *Úplně nejčastěji se setkávám s neklidem toxický psychózy nebo stavu, který od toxo nemá daleko. To po nich někdo jde, něco je svědčí, musí se svléct, anebo se hrozně bojí, že páchnou a všichni to ucítí. Krizi vyvolávají hlavně ty obavy. Tady je na místě být hodně opatrný a zjistit, kde se můžeme potkat (zde myšleno v mentální rovině), protože se nesmíte stát dalším zdrojem paranoie.*

Přesto, že mají obvykle pracovníci k dispozici písemné záznamy provedených KI, pro účely výzkumu tyto záznamy využity nebyly. Podle slov informantů by bylo také velmi obtížné určit, co bylo ve skutečnosti přesným tématem. Jinými slovy, podle pracovníka č. 8: *I když řešíme třeba, že je zase na ulici, oba víme, že se bavíme hlavně o jeho neschopnosti žít tak, jak by fakt chtěl.*

Přesto ale pracovníci uváděli v odpovědích následující údaje.

P1: *Nejčastější téma jsou drogy. Ať už jsou na pozadí problému nebo na popředí, jsou to vždycky drogy. Nicméně, k těm nejvýraznějším tématům určitě patří vztahy. Když jsou dva lidi závislý, jejich život je jak na horský dráze v hrozně krátkým čase. Během tejdne se dvakrát rozejdou a třikrát zamilujou. Nezdá se ale, že i když se to děje tak často, že by ta bolest z rozchodu nebo zrady, že se podvedou, byla o něco menší.*

P2: *nevím, jestli kdyby nebrali, tak by tolik krizi neměli, ale asi to s tím souvisí.*

P3 *Hodně řešíme myšlenky na sebevraždu.*

P7 *Smrt. Umírání kamarádů je těžký.*

Tématy, která nebyla mezi nejčtenějšími, ale přesto zazněla a dá se předpokládat, že v drogovém prostředí nebudou ojedinělá jsou témata spojená se sexem případně těhotenstvím či rodičovstvím.

P11 uvádí: *za mnou chodí hodně holky, asi mi nějak věří, s tím, že se vyspali s někým s kým nikdy spát nechtěli, ale drogy byly silnější.*

P8 dodává: *měla jsem klientku, která byla opakovaně znásilňovaná. Vždycky přišla jako první za mnou.*

P3: *Bylo tu hodně potratů, chtěných nebo ne. Těžký je to tak i tak.*

P3 ještě dodává: *Většina klientek, co mají děti jsou pod dohledem OSPOD. Občas proto dojde k odebrání. I když se to dá čekat, obvykle to klientky složí.*

Pracovníci také nezářidka uváděli obtížné psychické stavy a nálady, které jsou dle jejich slov ovlivněny pocitem viny a zklamání. Velmi zajímavě tyto krizové momenty v životě uživatelů drog popsal prac. čl.: *Ty obavy z promarněného času tam jako slyšíte. Vlastně jsou taky mnohdy důvod, proč se podle mě bojí s tím vůbec něco dělat. Myslím, že když fetuješ 15 let a cestou pálíš jeden most za druhým, je pak prostě těžký vrátit se na druhou stranu. Taky kam, že jo? Někdy mám dojem, že se to z té obavy čelit všemu, co jsem se svým životem doted' udělal, překloupí do takový, jakože obranný rezignace. Nějak mi to sedí na to, co Yalom popisuje jako existenciální vinu. Říká, že strach z toho, že neodžijeme náš život jakoby nějak správně, nás brzdi v tom, abychom vůbec nějak žili. Pro mě osobně je tohle téma dost důležitý, a tak se o tom s klienty bavím.* Pracovník dále vysvětluje, že existenciální témata spatřuje v téměř každém emočně vypjatém rozhovoru.

Ze získaných odpovědí bylo složité určit, zda existují nějaká témata, která bychom mohli považovat za specifická. Velká část informantů se ovšem vyjádřila tak, že každé jednotlivé téma bylo vždy ovlivněné rizikovým užíváním drog anebo s osobní historií s užíváním spjaté souviselo. Ať už to byly problémy, k nimž užívání drog vedlo dlouhodobě, nebo byly způsobeny akutní intoxikací, je nepochybné, že užívání v životě drog působí jako krizotvorný element ať už primárně nebo sekundárně.

Životní styl spojený s užíváním drog, s nímž se setkávají pracovníci terénních programů sebou tak patrně nese řadu životně obtížných situací. Ať už jde o bezdomovectví, intenzivní a dramatické vztahy, přímé ohrožení zdraví a ztrátu zábran nebo bezpečí, jde vždy o situace, které mohou být – a podle odpovědí pracovníků jsou – zdrojem krizí. Pro účely práce je ovšem nyní nutné seřadit specifická témata tak, jak nejčastěji zaznívala v samotných rozhovorech.

Na prvním místě uvedlo užívání drog samotné nejvíce pracovníků. Dalším a jen o malou část méně frekventovaným tématem byla oblast interpersonálních (mileneckých, přátelských, rodinných) vztahů. Bezpečí/zázemí/bezdomovectví – uvedlo nejvíce pracovníků na třetím místě. Za méně častá ale opakovaná a významná témata pak byla: otázka zdravotního stavu, smrti, rodičovství a smyslu po životě.

### 2.7.3 Další okolnosti

Jak říkají předchozí dvě kapitoly, krizové rozhovory s uživateli drog se odehrávají ve specifickém prostředí a mají svá specifická témata. Třetí oblastí, která mapuje podobu těchto rozhovorů jsou okolnosti, jež pracovníci terénních programů uváděli jako významné pro pochopení toho, s čím se při výkonu své profese typicky setkávají a potýkají.

Nejvíce opakující se odpovědi při mapování specifických okolností ovlivňujících krizové rozhovory s uživatelem drog byla aktuální intoxikace. Jinými slovy, stav po užití drogy.

P10 uvádí: *máme nejvíc perníkářů a když jsou moc, tak je to hustý. Prostě nevydržej v klidu.*

P11: *tak oni jsou prakticky vždycky nějak pod vlivem anebo mají absták. Jakoby se snažíte tam být s něma, ale oni tam prostě úplně nejsou s váma.*

P1: *když jsou klienti v krizi sjetý, a to se prostě děje, chce to extra citlivost k jejich rychlosti. Ale přijde mi, že je to naopak. Čím jsou rychlejší, tím víc je dobrý sebe zpomalit. Taky nemá moc smysl snažit se nějak radit, jakoby stejně neslyší, co říkáte. Ale že tam spolu jste, to vnímají dobře. Takže tam prostě nějak být s nima a chápat, co prožívají.*

P3: *klienti bývají v různých stavech. Jsou to hodně kombinace drog a alkoholu a některý ty stavy nejsou úplně na klasickou krizovku. Spíš se pak snažíme zajistit, aby si moc neublížili a trochu tím stavem jít spolu.*

Zajímavým postřehem, který uváděla řada informantů, je také fakt, že terénní pracovníci neslouží pouze jako krizoví pracovníci, ale jejich náplň práce je různorodá (jak popisuje *kap. 1.5.2.*). Možné krizové situace tak sice očekávají, ale dle jejich slov na ně nejsou vždy zcela připraveni.

P8: *děje se nám, a nevím, jestli na to máme prostě jen smůlu, že vždycky potkáme někoho, kdo potřebuje intervenci ve chvíli, kdy se už třeba vracíme z terénu a chceme jít domů.*

P4: *Tak jako nikdy nevím, koho potkám a co se bude dít. Není to jak na krizáči, kde bych tak nějak věděl, co přijde, ale tady jsi prostě venku a nevíš.*

P9: *Ty krizovky jsou jako nečekaný.*

P1: *máme na to vzdělání, a myslím, že asi víme, co dělat, ale stejně, v terénu dopředu nikdy nevíme, co se vlastně bude dít. Proto to taky děláme (směje se).*

Neočekávatelnost krizových rozhovorů, k nimž v terénu dochází, je pro pracovníky zřejmě zásadní okolností. Z rozhovorů vyplývá, že krizové intervence se odehrávají nárazově a bez času na přípravu, což může ovlivnit jejich průběh a kvalitu. Čas je ostatně další okolností, kterou informanti opakovaně zmiňují.

P4: ... *kdy se už třeba vracíme z terénu a chceme jít domů. ...spěcháme za jiným klientem na schůzku a potkáme někoho, kdo je na tom evidentně dost blbě.*

P11: *tak v terénu to taky není ohraničený časem. Sice máme pracovní dobu, ale když někoho potkáme, neříkáme mu, že na něj máme hodinu.*

P2: *někdy nevím kam dřív skočit. Někoho potkáme, jsme s ním, ale už nás třeba nahání někdo další a my se nemůžeme rozdělit.* (na doplňující otázku prac. uvádí, jde o vlastní bezpečnostní předpisy)

P9: *nemáme kontaktní místo* (pozn.: místo v terénu, kam v pravidelný časový úsek mohou klienti terénních programů přijít najednou), *takže chodíme celý den po městě a máme nadomlované srazy. Každá krizová situace je pak problém, který musíme nějak managovat.*

Množství opakujících se odpovědí na otázku co nejvíce pracovníkům ulehčuje krizovou práci v terénu ukázalo další zajímavé specifikum – týmovost, profesionalitu a současně jakousi neformálnost.

P9: *platí, že vždycky chodíme ve dvou. Lidi se ve službách hodně točí a tak dvojici vždycky vede služebně starší teréňák, který má už obvykle alespoň základní výcvik.*

P9: *mám k těm lidem za ty roky blízko. To hodně pomáhá.*

P3: *to, že sebou mám vždycky partáka, co ví, když já nevím.* (směje se)

P1: *nejvíc se mi hodí kurz krizový intervence od Remedie.*

P2: *...někdy to, že u toho můžou klienti kouřit. Někdy kouříme spolu.* (směje se)

P4: *To, že chodím s Monikou.* (směje se) (pozn.: sl. starší kolegyně)

P4: *...že obvykle ty lidi už znám. Tykáme si, a něco jsme zažili.*

P7: *...že mám aspoň ten základní kurz, protože jinak bych fakt nevěděla, co mám dělat.*



Další opakovanou okolnost odhalila otázka týkající se typické cílové skupiny. Na základě získaných odpovědí byla definována cílová skupina, již je krizová intervence v terénních programech poskytována nejčastěji. Nejedná se ovšem pouze o tuto skupinu. Jedná se o typického klienta využívající krizovou intervenci určeného na základě statistik a obecného průměru. Nejčastější odpovědi ukazují, že typicky se KI v terénních programech poskytuje ženám kolem 33 let, které injekčně užívají pervitin.

Na otázku, co nejvíce klientům v krizi pomáhá, uváděli pracovníci přijetí, zklidnění a navození pocitu důvěry a bezpečí. Za zajímavé považují opakující se odpovědi pracovníků, kteří zdůrazňovali užívání drog.

*P1: tak jako co jim zbývá, když nemají kam jít, většinu lidí od sebe odehnali a o koníčcích nemůže být řeč?*

*P6: ...jsme jediný, kdo se s nima normálně baví. Kromě fetu nemaj nic a nikoho blízkýho.*

*P7: já se na to často ptám „co by ti teď pomohlo?“ a slyším „napálit si“.*

Poslední opakovanou odpovědí sledující okolnosti ovlivňující povahu terénní krizové práce s uživateli drog, byla vyjádření k psychické kondici uživatelů. Většina pracovníků shodně uváděla, že se v posledních letech stále více setkávají s tzv. duálními klienty, tedy klienty, kteří se kromě drogové závislosti potýkají s další psychiatrickou diagnózou.

*P3: máme hodně lidí na nějaký medikaci. Pokud zrovna ale nejsou zamedikovaný dobře anebo hodně kombinujou a něco se jim zrovna rozjede, jsou to dost náročný stavy. Buď voláme záchranku anebo projevy nějak zpracujem. Je to ale síla.*

*P11: tak máme tady třeba půlku lidí, kteří jsou podle nás psychiatrický. Nejvíc paranoie, bludy a různý schízy.*

*P7: lidi jsou dost paranoidní a bludný. Někteří to mají i po vyspání (směje se)*

Tyto okolnosti jsou tedy třetí oblastí, která kromě vlivu prostředí a témat popsaných v předchozích kapitolách představuje významná specifika v krizové práci s uživateli drog v terénu. V této kapitole rozhovory ukázaly, že za nejsignifikantnější vlivy působící na průběh KI považují terénní pracovníci především aktuální intoxikaci – tedy samotné užití drog. Zmiňují také nečekané a spontánně řešené krizové situace a časovou náročnost resp. obtížné koordinování samotné intervence a dalších prac. povinností. Dále pracovníci kladli důraz

na vlastní kvalifikaci pro výkon KI. Následoval pocit bezpečí, který zajišťuje týmový kolega či kolegyně a konečně jistá dávka neformálnosti reprezentovaná například tykáním. Pracovníci také uvedli, jaká je typická cílová skupina a za vlivnou okolnost označili psychiatrická onemocnění klientů.

#### **2.7.4 Souhrn výsledků**

Dílčí otázky, z nichž vyplývá odpověď na základní dotaz samotného výzkumu, tedy *Jaká jsou specifika terénní krizové práce s uživateli drog*, byly rozděleny do tří výchozích oblastí tak, jak jsou popsány v předešlých kapitolách. Výsledky ukázaly, že tyto oblasti mají všechny do jedné významný vliv a žádnou z nich není vhodné opomíjet.

#### **Prostředí**

Zde se ukázaly jako klíčové podmínky především nedostatečné soukromí, bezpečí a pohodlí. Pracovníci shodně uváděli, že práce v terénních podmínkách, realizována ať už v domácím prostředí klienta nebo přímo v ulicích, dává krizové intervenci osobitý charakter a pracovníci se tak musejí potýkat se skutečnostmi, které mohou průběh krizové intervence komplikovat.

#### **Témata**

Stejně jako prostředí, i témata objevující se v krizových intervencích s uživateli drog, mají své jisté osobité rysy. Zde nejvýrazněji pracovníci uváděli především samotné užívání drog, které, budu-li parafrázovat jednoho z informantů, překrývají všechna ostatní témata a nejdou od sebe oddělit. Pracovníci tak musejí být připraveni, na témata spojená s bydlením a pocitem bezpečí, vztahy, obavy, i strach o život a otázky, jak život vlastně žít, a současně sledovat samotnou drogovou závislost.

#### **Další okolnosti**

Trojici oblastí uzavírají okolnosti související s povahou terénní práce s uživateli drog a samotnou cílovou skupinou. Jako nejzásadnější odpovědi z rozhovorů ukázaly právě probíhající intoxikaci a dále podmínky, v nichž je TP realizován – množina výkonů, časové omezení, týmovost a důraz na vzdělání, a příležitost být ke klientům méně formální x více důvěrný. Ukázalo se také, že nejběžnějším typem klientů, kterým je krizová intervence

poskytována jsou ženy ve věku kolem 30 let užívající intravenózně pervitin. Současně pracovníci vnímali jako specifikum krizové práce s danou CS projevy přidružených psychiatrických diagnóz.

### 3 Diskuse

Život, s nímž je po určité období spjato nekontrolované brání drog či přímo závislost, přináší množství situací, s nimiž se lidé jen obtížně vyrovnávají. Jak ukazují odpovědi informantů, jednoduše totiž působí na všechny oblasti lidského života. Negativní dopady na zdraví, vztahy, bydlení, profesní a osobní růst, mentální pohodu, rodinu, sebelásku a další, jsou tak zdrojem silného tlaku, který nezřídka vede k prožívání toho, co teoretická část práce definuje jako krizi. Terénní pracovníci tyto okamžiky od svých klientů dobře znají a díky profesnímu ukotvení v oblasti krizové intervence jsou připraveni poskytnout psychickou podporu a pokusit se tak zajistit, že z prožívané krize neupadne zasažený člověk do hlubších a trvalejších následků. Jejich práce je ovšem specifická v řadě bodů. Zdá se nicméně, že hlavním specifikem terénní krizové práce je ztížení výchozích podmínek vyplývajících z principů terénní služby, prostředí, v němž se odehrává a charakteristickým znakem cílové skupiny – tedy užíváním drog.

Přesto pro mě bylo velkým překvapením, kolik profesionálů věnujících se terénní práci s uživateli drog vnímá krizovou intervenci jako základní dovednost, již je třeba si při této práci osvojit. Z rozhovorů ale také vyplynulo, že krizové momenty vyžadující péči interventa nejsou neobvyklé a zdá se proto, že tato zkušenost je pracovníky a jejich nadřízenými, kteří schvalují roční vzdělávací plány, vnímána a dobře uchopena.

Jedním z principů krizové intervence je podle Vodáčkové (2012) bezbariérovost (viz. kap. 1.2.2. *Principy*). Nízkoprahové programy tento princip dobře chápou a zdá se, že na něj umějí dobře reagovat. Současně se však ukazuje, že podmínky pro výkon krizové intervence z tohoto pohledu nejsou ideální. Na jedné straně jsou lidé prožívající krizi, kteří mají to štěstí, že narazí na kompetentního terénního pracovníka, který jim věnuje svůj čas a krizovou intervenci provede, a na straně druhé ale nároky na profesionalitu terénních pracovníků výrazně vzrůstají a podmínky pro kvalitní výkon KI jsou náročně. Jak bylo řečeno v kapitole 1.5.3. *Náplň terénní práce*, není krizová intervence jedinou odborností, kterou tyto lidé musejí mít. Krizové intervence jsou tak mnohdy neočekávané a zasahují do rozplánovaných aktivit a tlak se může projevit na kvalitě výkonů služeb pro ostatní klienty, či na kvalitě samotné krizové intervence. Ve stejném bodě zmíněné kapitoly je také uvedeno, že prostředí vhodné pro KI má poskytovat pocit bezpečí a vřídlosti a naopak má být omezeno množství rušivých prvků. Kapitola 2.7.1. *Prostředí* ovšem ukázala, že v případě terénní KI s uživateli drog tomu tak obvykle není.

Výzkum dále potvrzuje slova Kamila Kaliny (2015), jehož citaci uvádím v kapitole 1.3. *Krizotvorné momenty v životě uživatele drog*. Výzkum ukazuje, že řada klientů terénních

programů se kromě drogové závislosti vyrovnává i s dalším psychiatrickým onemocněním. Schopnost pracovníků reagovat i na tyto výzvy je tak dalším výrazným specifickým, na které výzkum poukazuje. V souvislosti s širokou náplní přímé práce tak vzniká výrazný tlak na různé oblasti vzdělání, které terénním pracovníkům pomáhá zajišťovat a poskytovat profesionální služby. Zde vidím jako možnou cestu akcentaci multi-disciplinárních týmů resp. multi-oborovosti. Psychiatrické minimum, zdravotnické vzdělání, psychoterapeutické dovednosti a jin. mohou zajistit lepší připravenost pracovníků na tyto náročné výzvy.

Výzkumná část také odhalila u řady osob zneužívajících návykové látky absenci stabilních a využitelných copingových mechanismů. Odpovědi informantů jasně ukazují, že zmapované obranné mechanismy, které mají možnost pracovníci sledovat, spadají do kategorie tzv. maladaptivních, a tedy dlouhodobě škodlivých (viz. kap. 1.2.3. *Copingové mechanismy*). Potvrzují se tak hypotetické předpoklady, že užívání drog je reakcí na špatně vyvinuté copingové mechanismy, jejichž funkci nahrazuje. Podle Hajného (2008) totiž drogy lidé využívají jako regulátor náročných emocí, jež by jinak zdravý člověk dokázal zpracovat a vyrovnal se s nimi. Uvádí dále, že drogy nahrazují běžné vyrovnávací strategie lidem, u nichž se v raném věku nepodařilo etablovat základní důvěru ve svět, v pevnost vlastního já a světa kolem. V závislosti na tom, se tak tito lidé pokoušejí zdrojů napětí zbavit co nejrychlejším a nejdostupnějším způsobem, tedy užíváním drog. (Hajný in Kalina, 2008).

Tato práce bohužel neposkytuje prostor pro ujištění, že v životě závislého člověka hrají drogy vždy tuto roli. Z osobně profesní zkušenosti a ze znalosti příběhů mých klientů, přesto usuzuji, že Hajný uvažuje správným směrem. Domněnku potvrzují také slova G. Matého (2020), který předpokládá, že zranitelnost pro drogovou či jinou závislost vzniká v dětství absorbovanými traumaty a absencí dlouhodobě funkčních strategií pro vyrovnávání se se zátěží.

Zajímavým poznatkem z výzkumné části je také jistá míra frustrace vycházející z toho, že jako specifika krizové intervence s uživateli drog popisovali pracovníci často různé negativní vlivy. Ať už se jedná o oblast prostředí, náročných témat či dalších okolností. Práce se frustrací pracovníků nezabývá, ukazuje ale, že tato oblast je velmi palčivá a zasloužila by podrobnější zkoumání s cílem poskytnout pracovníkům lepší výchozí podmínky.

## **Limity práce**

Výzkum ukázal, že specifika terénní práce jsou oblastí, která vyvolává řadu otázek. Mohli bychom se například ptát, jak se liší krizová práce s uživateli látek, jejichž povaha se různí (například preference stimulantů oproti opiátům apod.).

Práce současně nenabízela prostor pro prozkoumání krizí vyvolaných samotným užitím drog tedy stavů tzv. psycho-spirituálních krizí, způsobených špatně integrovanou psychedelickou zkušeností po užití halucinogenů.

Limitem práce byla také časová náročnost a dostupnost respondentů. Tyto limity souvisejí s omezeným časem pro výzkum a také finančními nároky na cestování za informanty. Zajímavým srovnáním by tak byla zkušenost pracovníků jiných regionů, kde se uživatelé drog potýkají s rozdílností problémů resp. rozdílností jejich intenzit. Lze předpokládat, že v místech více zasažených chudobou, jako jsou například severní Čechy, by se odpovědi mohly různit od těch, které bychom získali v metropoli.

Práce byla také zaměřená pouze na uživatele nízkoprahových zařízení resp. terénních programů, které pracují z velké části s osobami sociálně vyloučenými přímo v lokalitách. Užívání drog ale není rysem pouze této skupiny. Terénní programy poskytující harm reduction služby pro uživatele drog na tanečních akcích, jako je Party Harm organizace Progressive o.p.s. nebo Hard and Smart (Podané ruce o.p.s.) by mohly nabídnout také zajímavá zjištění, která by specifika krizové práce rozšířila.

Posledním limitem bylo zvolení samotné metodika výzkumu. Přesto, že rozhovory nabízejí širší pole možností pro upřesňování dotazů a odhalují zajímavosti v odpovědích, pro něž v dotaznicích není místo (a zdá se, že pro tuto oblast byl kvalitativní výzkum vhodnější), chybí zde kvantitativní data poukazující například na četnost krizových intervencí, jejich délku a přesnější popis cílové skupiny (např. medián věku, délku užívání, rozdělení na injekční a neinjekční uživatele apod.)

## Závěr

Práce se věnovala krizové intervenci poskytované uživatelům drog v terénních podmínkách a specifikům, které se při jejím výkonu vyskytují. Teoretická část poskytla základní pojmový rámec a představila východiska, s nimiž pracuje část výzkumná. Výzkumná část následně přinesla řadu odpovědí na otázku, jaká jsou specifika terénní krizové práce s uživateli drog. Ukázala, že specifika je možné zahlédnout ve třech oblastech, a to v oblasti prostředí, v nichž je krizová práce poskytována, tématech, s nimiž klienti služeb přicházejí a jichž se krizová intervence týká, a v dalších okolnostech jako je stav klienta, psychická kondice, vztah s pracovníky a jin. Ukázala obtížnost poskytování krizové intervence s ohledem právě na tyto oblasti a otevřela otázky, jakým způsobem je možné na výzvy, které z odpovědí vyplývají reagovat. Tento výstup proto může být využit k dalšímu zkoumání a nastavení metodických postupů zajišťujících efektivní a profesionální poskytování krizové intervence v takto ztížených podmínkách. Ukázalo se ale také, že drogové služby ovšem velmi dobře vnímají potřebu své pracovníky v krizové intervenci vzdělávat a zajišťují tak alespoň základní bezpečný rámec pro její výkon. Diskusní část poukázala na možnou frustraci pracovníků z obtížných podmínek pro výkon KI a přinesla také úvahu, jakým způsobem by mohly tyto podmínky být lépe uchopeny. Tedy dbání na multidisciplinaritu pracovních týmů tak, aby byly zastoupeni odborníci pro všechny oblasti, které krizovou intervencí ovlivňují.

Krizová práce s uživateli drog se přesto, či právě proto, že podmínky, v nichž probíhá jsou obtížné, tak jeví jako jedna ze zásadních oblastí výkonů, které terénní služby uživatelům drog poskytují. Rád bych proto práci uzavřel povzbudivými slovy pracovníka č.1: *...myslim, že asi víme, co dělat, ale stejně, v terénu dopředu nikdy nevíme, co se vlastně bude dít. Proto to taky děláme (směje se).*

## Seznam literatury

ATKINSON, R.L., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.

BARBOŘÍKOVÁ, M., 2018. *Specifika práce zdravotní sestry s uživateli drog v kontextu terénního programu*. Praha. Bakalářská. Karlova Univerzita.

BAŠTECKÁ, B., 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-0708-X.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, J., 2006. Kvalitativní výzkum v pedagogice: Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu. *Sborník 14. konference České asociace pedagogického výzkumu*. 5(7), 12. [online] Dostupné z : <https://capv.cz/wp-content/uploads/2020/05/Hendl.pdf>

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERZOG, A. *Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM)*. In: *Éthum - bulletin pro sociální prevenci, pomoc a intervenci*, č. 39. Praha: Sdružení pro sociální prevenci a sociální pedagogiku „ÉTHUM“, 2003, 152 s.

HNÍZDILOVÁ, B., 2022. *Terénní programy očima jejich klientů*. Liberec. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci.

CHALOUPKOVÁ, M., 2013. *Operační manuál pro výkon terénního programu Magdaléna o.p.s. Příbram*. Příbram.

JANOUSKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D., ed., 2008. *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-503-4.

JINDROVÁ, J., 2020. *Zdravotní a sociální dopady drogové závislosti z pohledu dlouhodobých uživatelů*. Plzeň. Bakalářská.



KALINA, K., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KOLÁČNÁ, M., 2021. *Analýza zneužívání netradičních drog, návykových látek v české drogové scéně a jejich vliv na jedince a na společnost*. Praha. Bakalářská. AMBIS vysoká škola, a.s.

KVASNIČKOVÁ, K., 2019. *Dopady chování jednotlivců závislých na drogách na chod romské komunity*. Č. Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z., 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATĚ, G., 2020. *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Přeložil Viktor JUREK. Praha: PeopleComm. ISBN 978-80-87917-62-6.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MIŠOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

MLČÁK, Z., ed., 2005. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. ISBN 80-7368-129-3.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., 2017. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. 1. Praha: Vydal Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440219-7.

PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

PASQUALI, E. A. a kol., *Krizová intervence*, London: 1989. BAŠTECKÁ, B.: Pracovní překlad pro potřeby LD v Liberci

PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.

PRAŠKO, J., HÁJEK, T., PREISS, M., 2002. *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-80-5.

PRAŠKO, J., 2003. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-811-2.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.

ŠPATENKOVÁ, N., 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TORRENS MÈLICH, M., MESTRE-PINTÓ, J.-I., DOMINGO SALVANY, A., [2017]. *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. ISBN 9788074401947.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání druhé, doplněné a přepracované. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VODÁČKOVÁ, D., 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0212-7.

VYMĚTAL, J., 1995. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-4-4.

VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

YEAGER, K., 2015. *Crisis Intervention Handbook*. Oxford University Press. ISBN 9780190201050.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, 2023 [online]. [cit. 7.1. 2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## Přílohy

### *Otázky do rozhovorů*

- 1) Dokázal/a byste říct, co je náplní krizových rozhovorů, které se v krizových rozhovorech u vašich klientů objevují? Mohl/a byste je seřadit od nejběžnějších po méně časté?
- 2) V jakém prostředí se typicky krizové rozhovory odehrávají?
- 3) Co vám nejvíce znesnadňuje výkon KI v terénu?
- 4) Co ulehčuje výkon KI v terénu?
- 5) Co podle vás klientům v krizi nejvíce pomáhá?
- 6) Jak vypadá vaše typická cílová skupina, jíž poskytujete KI?
- 7) S jakými látkami se nejčastěji setkáváte?
- 8) Jak vlastně dojde k tomu, že se začne v terénu krizová intervence poskytovat?
- 9) Jak dlouho pracujete v terénním programu?
- 10) S kolika krizovými intervencemi jste se setkal?
- 11) Jaké máte kompetence pro výkon krizové intervence?
- 12) Jak vám pomáhá vzdělání v KI, které máte v praxi?

### *Kopie vzoru informovaného souhlasu s poskytnutím výzkumného rozhovoru*

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce Specifika krizové intervence s uživateli drog

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Marka Černo s názvem Specifika krizové intervence s uživateli drog
- Cílem výzkumu je definovat specifika poskytované krizové intervence uživatelům drog v terénních programech s cílovou skupinou uživatelů drog
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů odmítnout účast na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby bakalářské práce, jinak nikomu až na části citovány v textu práce, který bude volně dostupný online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta: |

Podpis výzkumníka:

Obr. č. 1.

*Seznam zkratek*

CS – cílová skupina

Rspv – Respektive

KI – Krizová intervence