

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA



Diplomová práce

**POMÁHAJÍCÍ ČINNOST KONTAKTNÍCH CENTER PRO
DROGOVĚ ZÁVISLÉ KLIENTY**

**CONTACT CENTRES FOR DRUG ADDICTS AND THEIR SUPPORT
ACTIVITIES**

**Katedra:
Psychosociálních věd a etiky**

**Studijní obor:
Husitská teologie a psychosociální studia**

**Forma studia:
prezenční**

**Vedoucí práce:
ThDr. Martin Chadima, ThD.**

**Autor:
Jaromír Král**

Praha, 2008

Anotace

Diplomová práce „Pomáhající činnost kontaktních center pro drogově závislé klienty“ má za cíl popsat specifický způsob práce s lidmi závislími na nealkoholových drogách. Nejprve se snaží popsat problematiku drog, závislosti a jejich dopadů na jedince i společnost. Jako jeden ze způsobů řešení této problematiky nabízí činnost nízkoprahových kontaktních center, jakožto zařízení, jejichž filozofií je snadná dostupnost co největšímu počtu klientů. Kontaktní centra poskytují klientům anonymní bezplatné čerpání služeb, které vedou k snížení zdravotních rizik (možnost přenosu infekčních onemocnění, zánětlivá onemocnění atp.), k psychosociální stabilizaci klienta, v ideálním případě k nástupu do léčby a trvalé abstinenci. Tímto neřeší pouze problémy drogově závislých, ale snižuje tak i negativní dopady jejich rizikového chování na celou společnost. Práce je doplněna výzkumem, který byl prováděn v Kontaktním centru Sananim o.s. Výzkum měl za cíl zmapovat klientelu kontaktního centra, úroveň jejich sociální stabilizace, využívání nabízených služeb a efektivitu harm reduction.

Abstract

The aim of the thesis “Contact Centres for Drug Addicts and their Support Activities” is to describe a specific way of work with drug addicts except the alcohol drug addicts. Firstly it considers the concept of drugs, drug addiction, while examining an impact on an individual as well as the society. This work describes the functioning of the low threshold contact centres as one of the possible solution of this problem. The philosophy of the centres is to be easy accessible to everyone. The contact centres purvey to its clients anonymous services free of charge. Service of such centres leads to the reduction of health hazard (transmission of infectious diseases, inflammatory diseases, etc.) and a social stabilization of the client. At the very most it may also leads to the therapy and permanent abstinence of the client. It means this does not solve only the drug addiction, but also decrease the impact of drug addict’s risk behaviours to the society. The research was conducted in the contact centre Sananim. It maps the range of clients in this centre, investigates the degree of their social stabilization, service using and the effectiveness of harm reduction.

Klíčová slova

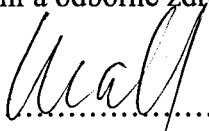
Droga, závislost, nízkoprahovost, harm reduction, práce s motivací

Keywords

drug, drug addiction, low threshold, harm reduction, influence of motivation

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracoval samostatně pod vedením
ThDr. Martina Chadimy, ThD. a uvedl všechny použité literární a odborné zdroje.

V Praze dne 14. července 2008

.....

.....

Děkuji ThDr. Martinu Chadimovi, ThD., za odborné vedení práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni zúčastnit se průzkumného šetření, kolegům za cenné rady a mé ženě Táně za podporu, kterou mi poskytovala.

V Praze dne 14. července 2008


.....

OBSAH

ÚVOD	8
1 ÚVOD DO DROGOVÉ PROBLEMATIKY	10
1.1 DROGA	10
1.1.1 VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA POJMU	10
1.1.2 HISTORIE DROG	11
1.1.3 TYPY DROG	14
1.1.3.1 Opioidy a opiáty	14
1.1.3.2 Stimulancia	15
1.1.3.3 Konopné drogy	15
1.1.3.4 Halucinogenní drogy	16
1.1.3.5 Léky vyvolávající závislost	17
1.1.3.6 Těkavé látky	17
1.2 ZÁVISLOST	18
1.2.1 VYMEZENÍ A CHARAKTERISTIKA POJMU	18
1.2.2 TYPY ZÁVISLOSTI	19
1.2.3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA A MODEL Y DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	20
1.2.3.1 Biomedicínský model	20
1.2.3.2 Bio-psycho-sociální model závislosti	21
1.2.3.3 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)	24
1.2.3.4 Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)	24
1.2.3.5 Sociální a sociálně-pedagogický přístup	25
1.2.3.6 Přístupy morální a spirituální	26
1.2.4 VÝVOJ DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	26
1.2.4.1 Specifika vzniku a vývoje závislosti u různých věkových skupin	26
1.2.4.2 Fáze vývoje vzniku drogové závislosti	27
1.2.5 DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	28
1.2.5.1 Somatické důsledky	28
1.2.5.2 Psychické následky	28
1.2.5.3 Sociální důsledky	29
2 PREVENCE A LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	30
2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	30
2.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	31
2.2.1 PSYCHOTERAPIE	32
2.2.1.1 Individuální psychoterapie	32
2.2.1.2 Skupinová psychoterapie	33
2.2.1.3 Behaviorální psychoterapie	34
2.2.2 FARMAKOTERAPIE	35
2.2.3 SOCIOTERAPIE	35
2.3 TERCIÁRNÍ PREVENCE	36
3 KONTAKTNÍ CENTRA	37
3.1 HISTORIE NÍZKOPRAHOVÝCH KONTAKTNÍCH CENTER	38
3.2 PRINCIPY PRÁCE KONTAKTNÍCH CENTER	38
3.2.1 NÍZKOPRAHOVOST	38

3.2.2	PUBLIC HEALTH	40
3.2.3	DALŠÍ PRINCIPY PRÁCE KONTAKTNÍCH CENTER	41
3.3	CÍLE PRÁCE KONTAKTNÍCH CENTER	41
3.3.1	OBEČNÉ CÍLE	42
3.3.2	SPECIFICKÉ CÍLE	42
3.3.3	CÍLE LÉČEBNÉ	43
3.3.4	CÍLE ZÁKLADNÍHO PŘEŽITÍ	43
3.3.5	SOCIÁLNÍ CÍLE	43
3.3.6	CÍLE ZAMĚŘENÉ NA POPULACI, KTERÁ NENÍ DROGOVĚ ZÁVISLÁ	43
3.4	CÍLOVÁ SKUPINA K-CENTER	44
3.5	JEDNOTLIVÉ AKTIVITY KONTAKTNÍCH CENTER	44
3.5.1	KONTAKTNÍ PRÁCE	45
3.5.2	MOTIVAČNÍ ROZHOVORY	46
3.5.2.1	Motivace a práce s motivací	46
3.5.2.2	Průběh práce s motivací klienta	48
3.5.2.3	Principy motivačních rozhovorů	51
3.5.2.4	Techniky motivačních rozhovorů	53
3.5.3	VÝMĚNNÝ INJEKČNÍ PROGRAM	55
3.5.4	TESTOVÁNÍ NA CHOROBY	56
3.5.4.1	Poradenství u testování HIV	57
3.5.5	PORADENSTVÍ	58
3.5.5.1	Poradenství pro uživatele drog a závislé	58
3.5.5.2	Poradenství pro osoby přicházející do styku s uživateli drog	59
3.5.6	POTRAVINOVÝ, NÁPOJOVÝ, HYGIENICKÝ A VITAMINOVÝ SERVIS	59
4	EMPIRICKÁ ČÁST	60
4.1	CÍLE VÝZKUMU	60
4.2	METODA VÝZKUMU	60
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	60
4.4	PRŮBĚH VÝZKUMU	60
4.5	HYPOTÉZY	61
4.6	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	61
4.6.1	KLIENELA KONTAKTNÍHO CENTRA	61
4.6.1.1	Užívané drogy	62
4.6.2	ÚROVEŇ SOCIÁLNÍHO ZÁZEMÍ RESPONDENTŮ	62
4.6.3	VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB KONTAKTNÍHO CENTRA	64
4.6.4	EFEKTIVITA HARM REDUCTION	65
4.7	ZÁVĚR VÝZKUMU	66
ZÁVĚR		68
POUŽITÁ LITERATURA		69
PŘÍLOHA 1:		73

ÚVOD

Důvodem k volbě tématu činnosti nízkoprahových kontaktních center pro drogově závislé, pro svou diplomovou práci, byla moje profesní zkušenost. Na základě svého působení v jednom z těchto pražských zařízení se domnívám, že problematika drogových závislostí se v dnešní společnosti stává stále aktuálním a globálnějším problémem, na který je velmi potřebné zaměřit svoji pozornost. Zneužívání drog je jeden ze sociálně patologických jevů, který má svými důsledky negativní dopad na celou společnost. V České republice začal být tento jev zvláště patrný po roce 1989, kdy česká společnost po desítkách let izolace zaznamenala vysoký nárůst drogově závislých, jejichž počet se daří snižovat jen velmi pomalu. Tento jev byl také podnětem pro vývoj v pohledu na drogovou problematiku.

Jedním ze symptomů drogové závislosti, který velmi komplikuje změnu rizikového chování, je vyčlenění závislého z běžné společnosti a jeho zařazení do izolované drogové subkultury. Nízkoprahovým přístupem se s tímto problémem snaží pracovat právě kontaktní centra, kterým se tato práce věnuje. Klientům umožňují anonymní kontakt, který eliminuje stigmatizaci z návštěvy institucionalizovaného zařízení. Dochází k budování důvěry a vztahu mezi klientem a pracovníkem, který je zde nositelem změny.

Tato práce je dělena do čtyř větších celků. V první části se snažím definovat problematiku drog, stručně popisuji jejich historii a jejich typologii. V této části se také zabývám závislostí na nealkoholových drogách. Popisuji zde průběh závislosti, její dopady na jednotlivce i společnost, modely závislosti a jejich východiska v práci s klienty.

Druhá část je věnována přehledu léčby a prevence závislostí.

Třetí část je pak již věnována kontaktním centrům. Vymezení zde pojem kontaktní centrum a kontaktní práce. Práce kontaktních center je založena na několika principech, které je velmi důležité objasnit pro pochopení filosofie jejich činnosti, proto jim zde věnuji velkou pozornost. V této kapitole také definuji cíle práce kontaktních center a jednotlivé jejich výkony. Pro započítání léčby, nebo třeba jen používání sterilních jehel, dodržování hygieny atp., tedy všeho, co je důležité pro snížení rizik spojených s užíváním, je velmi důležitým prvkem klientova motivace. Proto je motivaci a motivačním rozhovorům věnováno několik kapitol této části.

Poslední, čtvrtá část je empirický výzkum. Průzkumné šetření bylo prováděno mezi klienty kontaktního centra. Za cíl mělo vytvoření stručného profilu klienta. Zjišťovalo míru jejich sociálního zabezpečení, četnost využívání jednotlivých nabízených služeb.

Dále by pak mělo sloužit jako zpětná vazba pro pracovníky kontaktního centra v oblasti snahy o snižování zdravotních rizik.

1 ÚVOD DO DROGOVÉ PROBLEMATIKY

1.1 Droga

1.1.1 Vymezení a charakteristika pojmu

Nejprve je dobré se zaměřit na charakteristiku několika pojmů, které jsou v rámci této problematiky klíčové. Přesné a důkladné uchopení této problematiky (a jakékoliv jiné) je nemožné bez přesně definovaného pojmového aparátu.

Jako první vymezím pojem droga. Tento pojem je možné vykládat velkým množstvím způsobů, které se různí z hlediska úhlu pohledu na danou tematiku a samotné odlišné pojetí dává tomuto pojmu jiný význam.

Podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 je drogou *"...jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí"* (URBAN, 1973, s. 11). Tato definice je velmi obecného rázu a je podle ní možné jako drogu chápat velké množství látek přírodních nebo syntetických, které můžou i nemusí, přímo ovlivňovat centrální nervový systém.

Podle glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí v Úmluvách OSN tento pojem označuje látky podřízené mezinárodní kontrole (KALINA, 2001, s. 26). V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činidle, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Dále se zde uvádí, že pojmem droga se často rozumí psychoaktivní látka. V běžné laické terminologii se jedná často o synonymum pro látky nezákonné, v odborných textech potom záleží na kontextu.

Jiří Presl ve své publikaci *Drogová závislost* tento pojem vykládá takto: *„Existuje celá řada definicí, ale nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:*

- 1. Má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.*
- 2. Může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „závislostní potenciál“. Ten je u různých drog různě*

vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy. Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolávat závislost jsou všude okolo nás.“ (PRESL, 1994, str. 9) Presl dále ve své publikaci uvádí skutečnost, že pokud budeme striktně dodržovat výše zmíněnou definici, musíme do skupiny drog zahrnout takové látky jako je například čaj, cukr nebo káva. Jedná se o látky, které jsou společností tolerované a běžně dostupné v obchodech pro veřejnost.

Autoři Hartl (HARTL, 2000), Nešpor (NEŠPOR, 1996), Heller (HELLER, 1996) pojmají drogu jako látku, která nežádoucím způsobem ovlivňuje chování, jednání a prožívání člověka:

„Ve farmakologii látka živočišného nebo rostlinného původu s farmakologickým účinkem, dle E. Urbana látka, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, příp. v centrální i periferní nervové soustavě, při opakovaném užívání možnost závislosti, při přerušení dodávky vznikají abstinenční příznaky, které se projevují jako nepříjemné tělesné nebo psychické pocity.“ (HARTL, 2000, str. 122 - 123)

„Droga je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.“ (NEŠPOR, 1996, str. 13)

„Termín drogy užíváme pro návykové látky, jejichž složky vyvolávají pocity opojení, otupění či povzbuzení a celou řadu různých pocitů a prožitků. Současně poskytují úlevu od somatických i psychických potíží.“ (HELLER, 1996, s. 36)

1.1.2 Historie drog

Užívání drog provází lidstvo v podstatě již od počátku jeho existence. Již v době paleolitu docházelo k užívání psychotropních látek v rámci šamanských rituálů. Opium, kokain a alkohol byly prokazatelně konzumovány již v mladší době kamenné. Z medu, datlí a fíků byly vyráběny nápoje podobné vínu již před 10 000 lety. Hroznové víno se začalo objevovat asi před 5000 lety a zhruba ze stejné doby pochází i egyptský papyrus s popisem pivovaru.

První doklady o pěstování máku pro jeho narkotické účinky jsou staré 6000 let a pocházejí z říše Sumerů. Staří Řekové využívali omamných účinků drogy k léčení. Zmiňuje se o tom Theophrastos z Eresu žijící asi v letech 370 – 287 př. Kr. Název opium dali makové š'ávě Řekové. Na rozšíření opia do dalších států měli vliv Římané, kteří jej po dobytí Řecka rozšířili více na Západ. Do Persie, Číny a Indie donesli opium Arabové při svých válečných taženích. Jako prostředek k potlačení hladu se opium využívalo v dobách

hladomoru ve staré Číně, kde se také hojně rozšířilo. V prvopočátku bylo nejdříve konzumováno, později se rozšířil častější způsob užívání kouřením. Kvůli obchodování s opiem svedla Čína s Velkou Británií dvě války. První v letech 1839 - 1842, ve které Britové vyhráli, stejně jako ve druhé, která se odehrála v roce 1856. Cílem britských tažení bylo udržení importu opia do Číny.

První zmínky o konopí se objevují v lékopise čínského císaře Shen-Nunga a je staré asi 5000 let. Escotado (ESCOHOTADO, 2003, s. 11) se zmiňuje o tom, že až o 1000 let později se pěstování konopí rozšířilo do Turkmenistánu Jeho využívání bylo vyhledáváno pro posvátné, léčebné a rituální účely a konopí se později objevuje v Indii, Číně, Tibetu, v Africe, Severní a Jižní Americe, v Karibské oblasti i v zemích Středního východu.

Užívání psychotropních látek najdeme i u národů předkolumbovských středoamerických kultur. Aztékové a Mayové, stejně jako indiáni kmene Mazateků a Huicholů používali řadu psychadelických rostlin. Za zmínku stojí například halucinogenní houby Teonanacatl, které obsahují účinnou látkou psylocybin a které byly nazývány posvátnými houbami, tzv. „Maso bohů“, dále rostliny obsahující mekalin, kaktus Peyotl nebo San Pedro.

Kokain je znám především z Jižní Ameriky a z ostrovů Indonésie. V říši Inků byla droga užívána rituálně vedoucí kastou a nebyla zneužívána masově. Změna nastala až vlivem španělských kolonizátorů a vlivem tradic nových náboženství, kdy přestalo mít užívání koky význam rituálního poslání a stalo se prostředkem k potlačení hladu u nejchudšího obyvatelstva. (KUDRLE, In KALINA I, 2003, s. 83 - 85). Později se koka dostala i do Evropy. Jako předmětem obchodního úspěchu se dočkala až vynálezem tzv. „Vin Mariani“, které na trh přivedl Angelo Mariani v 60. letech 19. století. Jednalo se o víno, pastilky a další preparáty, které měly údajně působit jako anestetika a analgetika, nebo také jako látky proti nadýmání. Tyto preparáty obsahovaly velké množství koky. Od roku 1860 jsou k dispozici metody pro izolaci kokainu, který se stal ve své krystalické, izolované podobě předmětem výzkumu pro své farmaceutické a psychotropní účinky. S kokainem jako předmětem výzkumu experimentoval i Sigmund Freud a jeho asistent Carl Keller. (MANN, 1996, s. 61 - 63)

O užívání drog ve středověké Evropě se zmiňuje Nožina (NOŽINA, 1997, s. 49). Durman obecný, rulík zlomocný a blín černý s obsahem atropinu a skopolaminu byly používány k přípravě magických nápojů a mastí, které se používaly při čarodějných rituálech, černých mších a sabatech. K potlačení evropského čarodějnictví došlo až vlivem

svaté inkvizice. V přibližně stejné době dochází k potlačování užívání drog u kolonizovaného obyvatelstva Nového světa.

K širšímu využití omamných psychotropních látek dochází v 17. století, v důsledku nových objevů v oblasti chemických metod čištění, koncentrace a oddělování látek. V této době se začíná výroba nových syntetických drog a dochází k expanzi farmaceutického průmyslu.

Významnějším novodobým problémem střední Evropy v oblasti zneužívání omamných psychotropních látek se stává druhá polovina 19. století, respektive období po pruských válkách. V této době byla provedena první izolace morfinu a vynalezena injekční stříkačka. Dochází tedy k hojnému užívání morfinu k léčbě bolesti u raněných vojáků, kteří se zároveň stávají prvními oběťmi závislosti na opiátech. Expanzi morfinu napomáhá také to, že v této době neexistují mezinárodní konvence omezující tento jev.

V období první poloviny 20. století zaznamenáváme ve větší míře užívání kokainu, který je rozšířen zejména ve vyšších vrstvách. S kokainem experimentovaly i známe osobnosti českého filmu, jako byla Adina Mandlová, Lída Baarová, Ljuba Hermanová nebo Hugo Haas. Posléze byl kokain šířen i mezi prostitutkami. (NOŽINA, 1997, s. 50 - 55)

V poválečném období po nástupu komunismu k moci, díky důkladné izolaci vůči ostatním zemím, náš stát nezasahuje trh tradičních drog, jako je např. heroin, LSD, kokain a další. Tyto typy drog se stávají předmětem trhu, v rámci organizovaného zločinu, snad na všech kontinentech. Drogy se začínají rozšiřovat do všech vrstev společnosti. Mezi mládeží se začíná šířit hnutí hippies, které je reakcí na konzumní styl společnosti. Dochází k nové vlně zneužívání omamných psychotropních drog.

U nás tato vlna doznívá asi s desetiletým zpožděním v sedmdesátých letech. Pro naši drogovou scénu je dostupná odlišná kategorie drog. Jsou zneužívány hlavně produkty farmaceutického průmyslu a uživatelé drog se zaměřují na domácí výrobu. Mezi nejčastěji zneužívané léky patří fenmetrazín, dexfermetrazín, algena, bromadryl, leprisal – ten je známý za zdmi věznic pod názvem esíčka zejména pro svůj klenutý tvar, dále valoron, triphenidyl, alnagon, kodein a další. Mezi podomácku vyráběné drogy patří zejména pervitin a z kodeinu vyráběný opiát Braun. (NOŽINA, 1997, s. 102 - 107). Pro uživatele drog je dostupné i konopí pěstované pro využití v průmyslu na jižním Slovensku v okolí Galanty a Sladkovičova. Po roce 1989 vlivem nových politických, sociálních a ekonomických změn nastává nový drogový boom a zcela mění charakteristiku české drogové scény.

1.1.3 Typy drog

Jako hlavní zdroj informací jsem užil Kalinu (KALINA, 1997) a webové stránky www.drogovaporadna.cz a www.drogy-info.cz. V praxi drogové scény můžeme tedy rozeznat následující typy drog:

- Opioidy a opiáty
- Stimulancia
- Konopné drogy
- Halucinogenní drogy
- Léky vyvolávající závislost
- Těkavé látky

1.1.3.1 Opioidy a opiáty

Mezi nejvíce užívanou drogu problémovými uživateli patří opiáty. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je heroin (diacetylmorfin), braun (směs derivátů kodeinu), opium a morfin. Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických opiátů je morfin a jeho deriváty, které se v těle vesměs metabolizují zpět na morfin. Ve dvacátém století byla připravena řada syntetických opiátů, z nichž nejčastěji užívanou látkou především při léčbě závislostí (substituční terapie) je metadon (6-dimetylamino-4,4-difenyl-3-hepaton-hydrochlorid) a buprenorfin (Subutex®).

Hlavním důvodem zneužívání opiátových drog je fakt, že napodobují účinek některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle; tzv. „vnitřních opiátů“ – endorfinů, enkefalinů a dynorfinů. Tyto peptidy, vzbuzující mimořádně příjemné pocity, se do těla vylučují například při pohlavním styku, ale i při tělesné námaze, radosti apod.

Účinky závisí na velikosti a čistotě dávky, na dřívějších zkušenostech, prostředí, ve kterém se droga bere, i na způsobu aplikace; toto se týká i všech ostatních drog. Opiáty navozují příjemný pocit blaha a uvolnění, lhostejnost k problémům běžného života. U heroínu jsou tyto účinky nejintenzivnější. Omamné účinky mohou přerůst až do stavu úniku ze skutečnosti, kde hlad, bolest a základní potřeby nehrají žádnou roli. Účinky však mohou mít také podobu neklidu vyvolaného návaly horka a zimy, těžkým dýcháním, nevolností a zvracením. Na heroin a jiné opiáty se vytváří velmi silná psychická i fyzická závislost a k dosažení stejného účinku je po určitém čase zapotřebí výrazně zvyšovat

dávky, aby se předešlo tzv. „abst'áku“ – abstinenčnímu syndromu. Častým důvodem dalšího užívání už tedy není jen přání opatřit si příjemné prožitky „navíc“, ale především zabránit subjektivně nepříjemným propadům do abstinenčních příznaků. Shánění denní dávky je životní prioritou již se vše obětuje a vše podřizuje. Kalina (KALINA, 1997) uvádí, že: „*ačkoli droga sama je nenáviděná, nelze se bez ní obejít*“. Dochází k úpadku sebeúcty (krádeže, lhaní, prostituce), zájmů, hodnot a vztahů, k sociální deprivaci a k uvěznění v dříve odsuzované drogové komunitě.

1.1.3.2 Stimulancia

Druhou nejvíce užívanou drogou jsou stimulancia. Psychostimulancia (psychoanaleptika, psychomimetika) jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain, crack, méně typickým zástupcem je extáze (MDMA – metyldioxymetamfetamin), která má kromě stimulačního účinku také účinek psychadelický.

Stimulancia všeobecně zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti – na úkor přesnosti.

Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit duševní i tělesné síly a energie. Snižují chuť k jídlu. Psychostimulancia působí také anxiogenně - vyvolávají úzkost, někdy umocňují trému. Užití může vést až k agresivitě a k přecenění hranic psychosomatických možností. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. „dojezd“, stav podobný kocovině, kdy dominuje celkové vyčerpání organismu, únava, bolest kloubů, apod. Po delší "jízdě" není výjimečný několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s "vlčím" hladem a konzumací ohromného množství potravy. Na stimulační drogy se může vytvořit až velmi silná psychická závislost. Není výraznější potřeba zvyšovat dávky jako např. u opiátů, droga je však přijímána v častějších intervalech. Dlouhodobé užívání a následné celkové vyčerpání organismu vede ke vzniku psychických problémů – deprese, úzkosti, pocity pronásledování, sebevražedné tendence, apod.

1.1.3.3 Konopné drogy

Cannabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Jsou obsažené v rostlinách druhu Cannabis (konopí). Konopí obsahuje mnoho účinných látek. Z našeho

hlediska je nejdůležitější delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který je nositelem halucinogenních účinků. Ostatní cannabinoidní látky mají také účinky omamné, jiné sedativní, některé i antibakteriální. Hlavními zástupci jsou hašiš a marihuana. Marihuana je název pro usušené květenství a listy samičích rostlin konopí, hašišem je označována zaschlá a formovaná pryskyřice rostliny.

Účinky se mohou značně lišit a závisí na typu výsledného produktu. Hašiš např. obsahuje podstatně větší množství účinných látek než marihuana. Dále jsou účinky drogy závislé na osobnosti uživatele a na tom, co člověk od užití drogy očekává. Mezi běžné účinky pak patří pocit radosti, smích, výřečnost a zvýšení smyslového vnímání s měnícími se sluchovými, čichovými, chuťovými vjemy. U některých lidí však takovéto prožívání chybí a může se dostavit nevolnost, závrať a pocity úzkosti. Dlouhodobé a intenzivní užívání způsobuje apatii, sníženou schopnost soustředění, změny nálady vedoucí až k depresivním stavům. Na droze se může vytvořit psychická závislost.

1.1.3.4 Halucinogenní drogy

Halucinogeny nebo také psychadelika, delirogeny, fantastika, psychózmimetika, psychotomimetika, psychodysleptika vyvolávají u zdravých jedinců psychické změny až do stadia toxické psychózy. Typickými zástupci synteticky vytvořených halucinogenů jsou LSD, PCP, ketamin. Skupina halucinogenů však zahrnuje také velké množství přírodních látek jako psilocybin, mezkalin, atropin, atd., které jsou používány od dávnověku např. při rituálních náboženských obřadech.

Vyznačují se předem nevypočitatelným efektem. Průběh intoxikace závisí do značné míry na osobnosti uživatele a zevních podmínkách při intoxikaci. Po užití vznikají většinou subjektivně nepříjemně pociťované psychické obtíže, pocení, bušení srdce, vzestup krevního tlaku, nevolnost, někdy intoxikovaný vrhne. Tyto příznaky souvisí s ovlivněním vegetativního nervového systému. Obecně lze říci, že užití drogy značně zintenzivňuje smyslové vnímání, které je provázeno zvýšením fantazie a halucinacemi – zrakovými, sluchovými, apod. Po odeznění účinku může přetrvávat zmatenost. Uživatel má dojem, že se svět změnil a nikdy již nebude takový jako předtím. Symptomy odeznívající intoxikace pak postupně mizí i několik dní.

Nevypočitatelný efekt působení může zapříčinit vznik úzkostných, depresivních stavů, popř. změněných stavů vědomí v takové intenzitě, že z pohledu intoxikovaného není již možné vrátit se zpět do původního stavu, což může následně zapříčinit i rozvoj duševní

poruchy. Může se objevit i tzv. „flashback“. Tento stav je podobný znovuprožití intoxikace. Může nastat za několik dnů i měsíců po intoxikaci, aniž byla droga v danou chvíli užita.

1.1.3.5 Léky vyvolávající závislost

Skupina návykových látek uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN- 10) pod označením F-13 se týká kromě sedativ a hypnotik i dalších léků, které u jejich uživatelů mohou způsobit závislost, např. analgetika, anxiolytika a některé léky se stimulačním účinkem, které by se jinak nedaly zařadit. Nejtypičtějšími zástupci na drogové scéně jsou hlavně benzodiazepiny (diazepam, oxazepam) a hypnotika (rohypnol). Benzodiazepiny a hypnotika jsou léky, které jsou velmi často užívány v kombinaci. Nejčastějším důvodem užití bývá "příbrzdění" příliš silného efektu psychostimulancií (nejčastěji pervitinu), nebo posílení účinku opiátů (heroinu). Anxiolytika obecně bývají léky, které jsou často užity na začátku drogové kariéry, a patří mezi iniciační drogy. Zneužívání léků z domácí lékárny je poměrně časté.

Drogy z této skupiny převážně přinášejí pocit klidu, vyrovnanosti, mírné euforie, povznesení nad každodenní problémy, nejistoty a úzkosti. Nejde o nijak razantní změny psychiky.

1.1.3.6 Těkavé látky

Chemicky se jedná o alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky a jejich deriváty. Společnou vlastností je, že rozpouštějí tuky a lipoidní látky a mají narkotický účinek. Typickým zástupcem je toluen, aceton, éter, chloroform.

Těkavé látky mají narkotický účinek, vyvolávají euforii, rozvoj fantazie a snění, uvolnění až spánek. Příznaky intoxikace se podobají opilosti a kocovina po probuzení je velmi podobná té po alkoholu. Uživatelé charakteristicky sladce páchnou, zvláště dech je cítit po organickém rozpouštědle. Při dlouhodobém užívání dochází velice často k vážnému poškození mozku (neuronů), jeho kognitivních funkcí a také k následnému úbytku intelektu.

V některých případech dochází i k porušení emoční stability, projevující se např. zvýšenou agresivitou. Abstinence sice stav stabilizuje a mírně vylepší, ale značná část poškození zůstává.

1.2 Závislost

1.2.1 Vymezení a charakteristika pojmu

Existuje řada pojetí a definic, které se snaží charakterizovat syndrom závislosti na drogách. Jednotlivé definice se s postupem času mohou proměňovat a pojetí definic se může lišit dle oborového pojetí problematiky. Podle J. Presla (PRESL, 1995, s. 11) můžeme bezprostředně mluvit o onemocnění.

Jedinou sjednocující normou v této oblasti jsou systémy klasifikací nemocí. Dnes se používají nejběžněji dva systémy klasifikací. Je to Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize (MKN-10), vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1992, v ČR platná od roku 1993, která je používána ve většině států Evropy. Mimo Evropu je běžně používaným Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-4 vydaný roku 1994 Americkou psychiatrickou společností. Oba zmíněné systémy obsahují přesná diagnostická kritéria.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize definuje závislost takto:

„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisovanou charakteristikou syndromu závislosti je často silná, někdy až přemáhající touha brát psychoaktivní látky, které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány – alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;

b) postižení v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;

c) tělesný odvykací stav; látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku; k mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;

d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců

závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);

e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku např. heroin nebo pervitin, třídu látek např. opioidy nebo širší řadu různých látek. “ (MKN-10)

1.2.2 Typy závislosti

V MKN-10 jsou uváděny tyto typy závislosti na návykových látkách:

- 1) F10.2. – závislost na alkoholu;
- 2) F11.2. – závislost na opioidech;
- 3) F12.2. – závislost na kanaboidech;
- 4) F13.2. – závislost na sedativech a hypnotikách;
- 5) F14.2. – závislost na kokainu;
- 6) F15.2. – závislost na jiných stimulantcích, včetně kofeinu a pervitinu;
- 7) F16.2. – závislost na halucinogenech;
- 8) F17.2. – závislost na tabáku;
- 9) F18.2. – závislost na organických rozpouštědlech;
- 10) F19.2. – závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách.

Kromě klasického medicínského pojetí, se vžilo dle Vágnerové (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 549) a Nožiny (NOŽINA, 1997, s. 12) rozlišování syndromu závislosti na závislost fyzickou (somatickou, biologickou, tělesnou) a závislosti psychickou (duševní).

Psychická závislost je duševní stav vzniklý důsledkem užití drogy a projevuje se nutkavou touhou tento stav opakovat. Touha po droze je označována v odborné literatuře také pojmem craving, v češtině nejvýstižněji bažení. Touha po droze může mít také různou intenzitu. Od prostého přání, kterému lze odolat, až po dychtivé, neodolatelné a opakované nutkání požit drogu, i když už člověk drogu ani požívat nechce a považuje svoje počínání za nerozumné.

Vznik psychické závislosti nemusí být spjat jen se samotným aktem užití drogy, ale je spojen s dalšími okolnostmi, které psychickou závislost spoluutvářejí. Může jít například o prostředí, kde se droga užívá, charakteristikou místní drogové scény a její rituály spjaté s užíváním drogy apod. Nelze se nezmínit o tom, že psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede ke zneužívání drogy i k její opětovné nadměrné konzumaci.

Fyzická závislost je charakteristická tím, že pokud je organismus v důsledku dlouhodobého užívání drog nadměrně zatížen užíváním drog, tak přijme drogu do své látkové výměny a při jejím opětovném vysazení reaguje formou abstinenčních příznaků.

Abstinenční příznaky se mohou projevovat jako zívání, slzení, pocení, zvýšená teplota, třes, husí kůže, nechutenství, úzkost, zácpa, pocity horka a chladu, pokles krevního tlaku, bolesti kloubů, epileptický záchvat apod. Souhrn více abstinenčních příznaků se nazývá abstinenčním syndromem, který se vyskytne u závislého jedince v okamžiku odnětí návykové látky (drogy). Opětné podání návykové látky odstraňuje příznaky odvykacího stavu, a za určitých okolností může být i život zachraňujícím postupem.

1.2.3 Teoretická východiska a modely drogové závislosti

Domnívám se, že pro efektivní individuální práci s drogově závislým klientem je důležité pochopit faktory, které se podílely na jeho rizikovém chování. V této kapitole bych rád nastínil nejdůležitější aplikované modely a přístupy k drogovým závislostem podle Kaliny (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 78 - 81). V praxi se ale nesetkáváme s výlučným aplikováním jednoho konkrétního přístupu. Tyto modely se prolínají a „*představují nabídku více či méně vhodných realizačních možností a nástrojů*“ (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 78)

1.2.3.1 Biomedicíncký model

Tento model přístupu k závislostem je z dnešního pohledu poněkud zastaralý, redukcionalistický, problematiku tedy zužuje. Ve své podstatě medicinalizuje psychosociální problémy a sociální jevy. Byl aplikován především v dobách, kdy zabývat se drogovou problematikou ze strany léčby bylo výsadou hlavně lékařů – psychiatrů, tedy asi do roku 1960. (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 15)

V biomedicínckém modelu je závislost pojímána čistě v medicínském smyslu jako velmi obtížně vyléčitelná chronická porucha mozkových funkcí s dědičnými předpoklady. Kamil Kalina (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 78) srovnává pojetí závislosti v biomedicínckém modelu například s ischemickou chorobou srdeční nebo s cukrovkou. Léčit se dá pouze za podmínky specifické diety – trvalé abstinence. Odborníci přistupovali k závislým jako k lidem, kteří nikdy nepřestanou být závislími, ale mohou abstinovat a kdy relaps je jen recidivou nemoci. Tomuto přístupu také odpovídal způsob léčby, tedy ústavní izolace a léčba prací.

1.2.3.2 Bio-psycho-sociální model závislosti

Jedním z pilířů práce nízkoprahových kontaktních center pro drogově závislé je individuální přístup ke klientovi (o kontaktní práci se podrobněji zmiňují v kapitole jí určené), který vychází z bio-psycho-sociálního modelu. Tento model rozšiřuje model biomedicíncký o rozměry vzájemné interakce mezi drogou, člověkem a prostředím.

S. Kudrle (KUDRLE, IN KALINA I, 2003, s. 91) uvádí, „*že zatím nebylo jednoznačně prokázáno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti*“. Příčiny závislosti na omamných psychotropních látkách jsou tedy velmi komplexní. Bio-psycho-sociální model vychází z nutnosti vidět člověka ve zdraví a v nemoci celostně. Z pohledu tohoto modelu vzniká závislost ve vzájemné interakci biologických, psychologických a sociálních faktorů. „*Závislost na užívání psychoaktivní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou, na jejím vzniku se mohou podílet somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního.*“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 550)

Bio-psycho-sociální model implikuje také přístup k samotné práci s uživateli drog a ohroženými skupinami. Léčba závislosti z tohoto pohledu vyžaduje týmovou spolupráci vycházející z mezioborového přístupu a zahrnuje všechny součásti bio-psycho-sociálního modelu. To znamená detoxikaci, farmakoterapii, psychoterapii (individuální, skupinovou) a sociální práci, o kterých se zmiňují v kapitolách jim určených.

V další části uvedu jednotlivé faktory, které v sobě bio-psycho-sociální model integrují a které jsou v neustálé vzájemné interakci.

Biologická úroveň

Za biologické faktory vzniku závislostí můžeme považovat některé problematické okolnosti v období prenatalního, perinatálního i postnatálního vývoje jedince (užívání drog a alkoholu matkou, užití psychotropních látek při porodu, traumata a nemoci v dětství).

Dalším specifickým problémem může být dědičnost, tedy genetické predispozice. V rodinách závislých jedinců na alkoholu jsou u potomstva zvýšená rizika vzniku závislostí, i když jsou odstraněny jiné působící faktory. To prokazují provedené studie jednovaječných dvojčat, které vyrůstaly odděleně. (PRESL, 1995, s. 49).

Na biologické úrovni jsou také velmi důležité interakce mozkového neurochemismu s jednotlivými psychotropními látkami a následná provázanost se změnami afektivních a vegetativních funkcí, která u každého jednotlivce může být individuální. (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 551)

Psychologická úroveň

Psychologická dimenze představuje psychogenní vlivy a faktory v dynamice závislostí, je ale potřeba rozlišovat, které z nich jsou primární (predisponující) a které sekundární (tj. vzniklé v důsledku zneužívání).

Psychogenní faktory lze najít již v období nitroděložního vývoje a z období porodu. Podle S. Kudrleho (KUDRLE, IN KALINA I, 2003, s. 92) „*nejde o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy o prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.*“ K těmto poznatkům nás dnes vedou moderní výzkumy vědomí, kdy respondent často znovu prožívá sekvence zážitků souvisejících s těmito perinatálními traumaty a je dokončována psychologická práce na jejich přijetí a integraci.

J. Presl (PRESL, 1995, s 49 - 50) uvádí, že vysoké procento osob má v souvislosti s pozdějšími drogovými problémy premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Jedná se tedy nejčastěji o sklon k poruchám emoční sféry projevující se jako náchylnost k patologickému smutku a k depresím. Dále mluví o dvou typech skupin lidí, které mohou být více ohroženy závislostmi. Jedna skupina je charakteristická tím, že se jedná o lidi zvýšeně citlivé, úzkostné a zranitelné. Ti jsou trápeni komplexem vlastní méněcennosti vůči svému okolí, mají problémy s komunikací, těžko navazují uspokojivé vztahy, jsou zraňováni ve vztahu k autoritám. Není tedy divu, že takto strukturovaní jedinci začínají

více preferovat stimulační drogy, které jim pomáhají najednou dostat to, co si nemohou obstarat vlastní silou. Podobný princip je charakteristický i u druhé skupiny. Jedná se o jedince typu spíše extrovertů, s nízkou schopností koncentrace a se zvýšenou impulsivitou a reaktivitou ke svému okolí. Těm se mohou stát osudnými tlumivé drogy, jako například opiáty, ve kterých prožívají nepoznaný stav vnitřního klidu a míru.

Sociální úroveň

Na úrovni sociální se jedná o širší společenský kontext, ve kterém se jedinec pohybuje. Vztahy s okolím působí na formování v oblasti zrání, nebo tento proces brzdí, případně deformuje. Jde o celou řadu vlivů jako např. rasové příslušnosti, společenského a ekonomického statusu rodiny. Jinak probíhá formování zrání jedince na vesnici, jinak třeba na sídlišti velkoměsta.

Velký význam zde má také rodina, kvalita rodinných vztahů, zda je rodina úplná, nebo chybí zcela. Celé období dospívání se děje procesem sociálního učení, kde modelem pro dospívajícího se stává rodina se svými pravidly, morálkou a mýty. Je zcela běžné pro dnešní dobu, která je charakteristická rozpadem rodin, že mladí lidé si hledají identifikační vzory mimo rámec vlastní rodiny.

Dalším problémem může být, pokud dítě vyrůstá v rodině v těsné blízkosti závislých osob a je konfrontováno s braním drog nebo pitím alkoholu jako normou.

Kromě rodiny v procesu sociálního učení mají svoji nezastupitelnou roli také skupiny vrstevníků. Názor vrstevníků a touha jedince zařadit se mezi společnost může znamenat v období dospívání větší hodnotu než tradiční hodnoty primárního rodinného systému.

V neposlední řadě je potřeba kromě těchto tří úrovní zmínit i další faktory, které mohou při vzniku závislostí hrát roli.

Jako faktor ovlivňující vznik závislostí uvádí J. Presl (PRESL, 1995, s. 59) roli samotné drogy a její charakteristiky. Jednoduše řečeno kdyby drogy neexistovaly, problém závislosti by také těžko vznikal.

Další faktorem, který ovlivňuje vznik závislostí, je podle Mühlpachra (MÜHLPACHR, 2002, s. 37) již samotný podnět, který dává do pohybu ostatní faktory.

O spirituální úrovni v oblasti vzniku závislostí, která se uplatňuje i v některých léčebných přístupech, jako je třeba 12 kroků u Anonymních alkoholiků, se zmiňuje S. Kudrle (KUDRLE, IN KALINA I, 2003, s. 93). Lidé mají potřebu hledat něco, co je přesahuje,

co se vztahuje k nejvyšší autoritě, něco, co dává životu smysl oproti existencionální prázdnotě, depresi a ztrátě smyslu bytí. Určité procento dnešních závislých uživatelů drog hledalo původně v drogách naplnění těchto potřeb, proto se také v této souvislosti objevují novodobé rituály zasvěcování a kultovní aspekty.

1.2.3.3 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)

Ve středu tohoto přístupu k drogovým závislostem není jednotlivec, tedy klient, ale společnost. Vzniknul a vyvíjel se ne jako reakce na drogové závislosti, ale jako reakce na šířící se choroby, zejména HIV/AIDS. Soustředil se tedy na sdílení stříkaček při nitrožilním užívání drog a rizikový sexuální život drogově závislých, což jsou významné způsoby, kterými se HIV šíří.

Z tohoto přístupu se vyvinuly metodické postupy výměny injekčních stříkaček, kondomů, informačních materiálů a testy na HIV. *„Přístup zaměřený na ochranu a podporu zdraví ve společnosti. Vychází z pojetí zdraví jako veřejného statku. V oblasti zneužívání drog se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů hepatitidy B a C nesterilním injekčním užíváním a nechráněným pohlavním stykem.“* (KALINA, 2001, s. 75).

1.2.3.4 Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)

Světová zdravotnická organizace používá v souvislosti s nitrožilním užíváním drog tuto definici: *„V oblasti veřejného zdraví je termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem „harm reduction“ v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.“* (PETROŠ, 2006, s. 19)

Oproti modelu public health, je model harm reduction spíše zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta. V kontaktních centrech termín harm reduction označuje veškeré aktivity a prostředky směřující k co největšímu možnému omezení zdravotních a sociálních rizik vyvstávajících v souvislosti se zneužíváním návykových látek. Někteří klienti nechtějí přestat drogy brát - nemají dostatečnou motivaci k abstinenci.

Existují ale i takoví, kteří abstinovat chtějí, avšak v současné době nejsou z různých důvodů schopni přestat s užíváním. Právě na tyto skupiny uživatelů omamných látek se soustředí přístup harm reduction, který akceptuje skutečnost, že pro určitou část populace uživatelů drog jsou, v určité fázi jejich užívání, nepřijatelné aktivity směřované k naprosté abstinenci. Harm reduction jako pragmatický přístup umožňuje předcházet zdravotním komplikacím a do určité míry tak zabránit somatickému poškození klienta. Tím vytváří časový prostor pro práci s klientem, během něhož má uživatel možnost postupně změnit své postoje k užívání drog. Aktivity harm reduction mohou být zároveň faktorem motivujícím, vedoucím ke spolupráci klienta se zařízením a v ideálním případě k léčbě klienta.

Snaha o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog vychází z předpokladu, že vhodným přístupem je možné rizikům spojeným s užíváním drog zabránit nebo je alespoň výrazně redukovat. K nejvýznamnějším rizikům patří šíření hepatitid a dalších infekčních onemocnění včetně viru HIV způsobované, jak používáním nesterilního náčiní při aplikaci drog, tak promiskuitním chováním uživatelů. „...*harm reduction má proto neoddiskutovatelné místo v systému péče o drogově závislé tam, kde selhávají jiné léčebné intervence*“ (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 80)

1.2.3.5 Sociální a sociálně-pedagogický přístup

V modelu drogových závislostí zdůrazňuje tento přístup vnější příčiny vzniku závislosti jako nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity.

Používanými metodami jsou zejména:

- „*sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence*
- *resocializace, reedukace a rekvalifikace*
- *nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace pracovních dovedností, často využívající chráněného prostředí (chráněné bydlení, chráněné dílny)*“ (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 80)

Tento model lze chápat jako širší součást bio-psycho-sociálního modelu. Vychází z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a při nedostatku lékařů a klinických psychologů v oboru léčení závislostí ho podle Kaliny je možné také pokládat

za výraz emancipace nezdravotnických profesí. (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 80)
Využívá také svépomocné skupiny, dobrovolnictví, charitativní činnost atd.

1.2.3.6 Přístupy morální a spirituální

Vychází z pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu a je využíván především zástupci represe. Aplikuje sociální a sociálně-pedagogický přístup ve spojení s křesťanskou věroukou, morálkou a misijním působením (například v terapeutických komunitách), které vedou k morální převýchově. Na drogově závislého tento přístup pohlíží jako na člověka s nevléčitelnou nemocí, který je však, v součinnosti s vírou a láskou k Bohu, schopen abstinovat. Své morální selhání si závislý musí neustále připomínat a za opory ve víře s ním bojovat. V praxi je tradičním zastáncem tohoto přístupu například Salesiánský řád.

1.2.4 Vývoj drogové závislosti

V určitých fázích života je riziku vzniku závislosti vystaven téměř každý jedinec. Největší riziko přichází v období dospívání. Mladí lidé se snaží vyčlenit ze společnosti, protestovat proti ní a experimentování s drogou používají jako způsob protestu. Ohroženi jsou také pro svou nezkušenost a absenci uvažování o své budoucnosti.

Závislost na drogách je postupný proces, při kterém dochází ke komplexní proměně v oblasti somatické, psychické i sociální. Podobným procesem je i závislost na alkoholu, ale s tím rozdílem, že drogová závislost vzniká mnohem rychleji. Jedinec s drogou nejprve experimentuje a droga vyvolává žádoucí pocity (euforie, uvolněnost – podle typu drogy). Opakovaným užitím drogy dochází k postupné adaptaci na ní a s tím roste i potřeba stále zvětšujících se dávek. *„Tento proces posilují sociální důsledky užívání drogy, negativní reakce a odmítání, které jedince nakonec zatlačí do stigmatizující role narkomana“* (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 561).

1.2.4.1 Specifika vzniku a vývoje závislosti u různých věkových skupin

Vznik a vývoj závislosti má svá specifika u různých věkových skupin. Pro pracovníka kontaktního centra je důležité být s nimi seznámen, aby předcházel případným

rizikům a vybral správný způsob práce s klientem. Pokud závislost vzniká v době dospívání je doprovázena zřetelným zaostáváním v psychosociálním vývoji (vzdělávání, škola, trestná činnost). Menší zkušenosti a větší sklon riskovat vedou často k těžkým intoxikacím. Je zde také častější tendence k zneužívání širšího spektra látek. Dlouhodobá prognóza těchto uživatelů je poměrně příznivá, proces léčení je doprovázen přirozeným procesem zrání.

S vyšším věkem se snižuje odolnost organismu a s tím roste i riziko těžké intoxikace. Díky častým chronickým bolestivým onemocněním tak také roste riziko kombinace drogy s pravidelným užíváním analgetik.

1.2.4.2 Fáze vývoje vzniku drogové závislosti

1. Fáze experimentování a občasného užívání

Důvody k užívání drog jsem již popsal v kapitole *Teoretická východiska a modely drogové závislosti*, proto je zde jen krátce připomenuto. Důvodem bývá často zvědavost a potřeba něčeho nového, pocitu nudy atp. Jiný důvod je má sociální kořeny, člověk chce být akceptován určitou sociální skupinou, která s drogami experimentuje. V neposlední řadě je důvodem zátěžová situace, kdy člověk začne užívat drogy pro překonání nějaké stresové situace (zkoušky, ztráta partnera či ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby). Pokud člověk zjistí, že mu droga jednou pomohla, má tendence k opakovanému užití. V této fázi ještě nedochází k pravidelnému užívání, droga je spojena pouze se situací, která si užití vyžaduje. Objevuje se i utajované užívání, člověku ještě záleží na hodnotách a lidech okolo něj.

2. Fáze pravidelného užívání

Z každé pravidelné činnosti se po čase vyvine stereotyp chování, ani užívání drog není výjimkou. Takto pravidelné užívání se dá již s těží utajit, uživatel tady alespoň tají, a to jak před sebou tak před okolím, že s jeho užíváním jsou spojena jistá rizika. Vágnerová (VÁGNEROVÁ, 2004) toto nazývá „*iluzi kontroly*“. Jedinec má dojem, že své užívání zcela ovládá, že mu tedy nehrozí nebezpečí závislosti.

3. Fáze návykového užívání

V této fázi má užívání již velký vliv na sociální sféru života uživatele. Droga sama, ale i její opatřování začíná být pro jedince stále náročnější. Nezbyvá mu tedy dost energie

na skrývání své závislosti. Mění se jeho hodnotový žebříček i motivace jeho činnosti. Spolu s tím přichází rozpad sociálních vztahů, ztráta profesní role a postupné vyčleňování se ze společnosti lidí, kteří drogu neužívají.

Ztrácí se i počáteční motivace k užití drogy, zatímco dříve to byla cesta k zážitku, nyní již moc nepřináší, stává se pouze potřebnou součástí života.

4. Fáze terminální

Do této fáze se zdaleka nedostanou všichni uživatelé. U těch, kdo se svým užíváním dosáhnou terminální fáze dochází k vážnému narušení psychického i somatického zdraví. „*Dochází k celkovému úpadku osobnosti a rozpadu sociálních vazeb*“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 563).

Člověk již udržuje kontakty pouze s drogově závislou komunitou. Droga ovládá veškerý jeho život, jediným jeho zájmem je ji získat. Tato potřeba eliminuje sociální zábrany, cesta k získání drogy tak vede přes ilegální činnost (krádeže, prostituci, podvody atd.).

1.2.5 Důsledky drogové závislosti

Stejně jako příčiny, můžeme i důsledky drogové závislosti rozdělit na psychické, somatické a sociální.

1.2.5.1 Somatické důsledky

Somatické porušení uživatele drog je velmi široké. „*Může jít o poškození CNS, zažívacího traktu, jater, ledvin, pankreatu, cévního systému, je zvýšeno riziko infekce hepatitidou a HIV*“ (ROBIN, MICHELSON, 1988; SIETZ, HOMAN, 2001, In VÁGNEROVÁ, 2004, s. 563)

Závislý člověk celkově tělesně chátrá, na jeho těle a zevnějšku mu již nezáleží. S tím souvisí i změna zevnějšku (anorexie, abscesy po vpichu atd.).

1.2.5.2 Psychické následky

Po psychické stránce může také užívání drog způsobovat výrazné změny. Dostavuje se celková emoční labilita. Tito lidé mají sklony k extrémním citovým reakcím,

bývají vztahovační až paranoidní. Objevují se u nich časté úzkostné poruchy a deprese. Mění se i kognitivní schopnosti. Snižují se schopnosti paměťových funkcí a koncentrace. Pod vlivem některých látek může dojít až k celkovému úbytku kognitivních schopností, až k demenci.

Ke změnám dochází i v hodnotovém žebříčku uživatele. Snižují se jeho volní schopnosti a s tím i síla na překonání závislosti. U uživatelů také pozorujeme absenci plánů do budoucna, žijí pouze svou přítomností.

V oblasti chování dochází ke změně aktivační úrovně. Zhoršuje se výkonnost, což ovlivňuje obzvláště profesní život uživatele.

1.2.5.3 Sociální důsledky

Společenské klima je všeobecně velmi odmítavé k uživatelům nealkoholových drog. Závislý je tak stigmatizován a sociálně izolován, což ho ještě více uzavírá do kruhu závislosti. Závislý je tak vyčleněn z neužívající společnosti a navazuje vazby s drogovou subkulturou. „Člověk, jehož osobnost je změněna v důsledku užívání psychoaktivních látek, nebývá schopen překonat bariéru nedůvěry a odmítání. Svět je z jeho hlediska příliš složitý, nepříjemný a nepřátelský. Necítí se v něm jistě, reaguje úzkostí a potřebou obrany.“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 574)

Jedním z projevů závislosti je nerespektování všeobecně uznávaných norem a neplnění povinností. Závislý opouští své každodenní činnosti (zaměstnání, studium), jednak z nedostatku motivace, ale také z nedostatku fyzických schopností (únava, ztráta koncentrace). Závislý postupně ztrácí většinu svých sociálních rolí i vztahů. To vše může ústít až v úplné sociální vyloučení, u závislého pak k pocitům nedůvěry vůči společnosti. Jedním z úkolů kontaktních center je tuto nedůvěru a stigmatizaci u klienta eliminovat.

Posledním, kdo takovému člověku zůstává je často jeho rodina, či partner. Ale po četných relapsech ztrácí i rodinní příslušníci naději a rezignují. Závislý se jim pak stává psychickou i ekonomickou zátěží a z rodiny je často vyloučen, tím ztrácí i poslední sociální zázemí a jeho situace se zhoršuje. „Schopnost navázat a udržet jakýkoliv citový vztah závislost na psychoaktivní látce ničí.“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 575).

Z důvodu finanční náročnosti pořízení drogy, ale i z neschopnosti docházet do zaměstnání je závislost často spojena s trestnou činností. Tu podporuje i ztráta zábran, neschopnost sebeovládání, bezohlednost, nerespektování norem.

2 PREVENCE A LÉČBA DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Odborníci i široká veřejnost se jistě shodnou, že všem problémům je dobré spíše předcházet, než řešit jejich rozvinutou podobu. Stejně tak je to i u problematiky užívání drog.

Prevenci můžeme rozdělit do tří sfér:

- Primární prevence: předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo alespoň odložení kontaktu do vyšších věkových kategorií
- Sekundární prevence: předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženy a postiženy, případně se na ní staly závislými. Obvykle užívána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu.
- Terciární prevence: Předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Radíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů. (KALINA, In KALINA I, 2003, s. 15)

2.1 Primární prevence

Primární prevenci můžeme rozdělit na *Obecnou primární prevenci* a na *Specifickou primární prevenci*. Oba dva druhy prevence probíhají především na základních a středních školách. OPP se snaží předcházet obecně všem sociálně patologickým jevům. Dokument Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže na období 2005-2008 definuje sociálně patologické jevy, mezi které patří i netolismus (užívání virtuálních drog), gambling (patologické hráčství) a užívání návykových látek (vč. alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek.¹

Specifická primární prevence se vždy zaměřuje na vybraný problém, v našem případě na problematiku užívání drog. Cílem SPP je, aby se užívání drog nestalo

¹ Dále to jsou: násilí a šikanování, záškoláctví, kriminalita, delikvence, vandalismus, aj. formy násilného chování, ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže, xenofobie, rasismus, intolerance a antisemitismus, divácké násilí, komerční sexuální zneužívání dětí, sekty a sociálně patologické náboženské hnutí (*Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže 2005 – 2008 : MŠMT* [online]. 2006 [cit. 2008-06-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a-mladeze>>)

společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. OPP má skupinový charakter (školní třída, přednáška pro více škol atp.).

Náplní SPP není pouze informovat žáky o drogách. Aby tato snaha byla efektivní, musí přinášet komplexní služby. Snahou SPP tedy je: pomoci člověku, aby si problém drog uvědomil, jako „něco, co se ho týká“, poskytnout mu přehled poznatků, přispět k jejich osvojení a orientaci v nejdůležitějších z nich, umožnit mu výběr vlastního postoje, pomoci mu v tom, aby i nevybral rizikovou životní kariéru závislou na drogovém trhu (tj. ani kariéru zákazníka, ani aktéra na straně nabídky či kombinaci obou). V neposlední řadě poskytnout podporu, aby tento postoj a přesvědčení byl dostatečně pevný, zakotvil se v jeho hodnotovém systému, působil na jeho chování a měl tak pozitivní vliv i na ostatní. (BÉM, KALINA, IN KALINA II, 2003, s. 277)

Touto snahou se SPP snaží o snížení poptávky po drogách a snaží se budovat drogové uvědomění. Snaží se též vytvářet takové sociální klima, které by se stavělo k drogám, jako k něčemu „co, není normální“. V poslední době mezi dětmi začíná převládat názor, že normální je drogy užívat a ne se jim vyhýbat a právě proti tomuto názoru se snaží SPP bojovat.

Pro úspěšnou je také důležité pracovat s faktory ovlivňujícími vznik závislosti, mezi které patří fyzické i psychické předpoklady potencionálního uživatele a prostředí, které ho obklopuje (společnost, rodina, vrstevníci).

2.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence se zaměřuje na všechny uživatele drog a to nejenom na ty, u kterých je užívání škodlivé. Snaží se jednak zabránit vzniku a vývoji závislosti u populace, která závislá není. U závislé populace se snaží zabránit vzniku a rozvoji psychických a somatických komplikací užívání návykových látek.

Sekundární prevence je nezbytnou součástí léčby pacienta. Nikdy totiž nemůžeme zcela oddělit prevenci od léčby. Hampl (HAMPL, 2003, s. 174) proto mluví o „*léčebně preventivní péči*“. Která stojí na třech základních pilířích, je to jednak psychoterapie, dále farmakoterapie a v neposlední řadě socioterapie.

2.2.1 Psychoterapie

Psychoterapie by měla být součástí každé léčby. Tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. K cílům psychoterapie patří „...*odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží a nejlépe též příčin obtíží. V jejím průběhu dochází ke změnám prožívání a chování klienta...*“ (MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ, In KALINA II, 2003, s. 25).

Dalším cílem jsou též změny v sociálních vztazích. Psychoterapeutických přístupů je však mnoho a všechny sledují také své specifické cíle. Můžeme nalézt několik faktorů, které jsou společné všem psychoterapeutickým přístupům, jako například: „*terapeutický vztah, Hawthornský efekt², emoční uvolnění, objasnění a interpretace, posílení, desenzibilace, rituály, konfrontace s problémem a nácvik dovedností*“. (PROCHASKA, NORCROSS, 1999, In MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ, In KALINA II, 2003, s. 25) Psychoterapie může probíhat v různých formách, které se spolu kombinují.

Z celé řady psychoterapeutických přístupů je u nás v současné době uznávána: Hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, kognitivně – behaviorální psychoterapie, rodinná a systematická psychoterapie, hypnotické a relaxační postupy, integrativní přístupy.

Nesystematická psychoterapie probíhá při každém kontaktu s klientem, systematická pak cíleně individuální či skupinovou terapií. Psychoterapie se dále zaměřuje i na osoby blízké, v tomto případě hovoříme o rodinné psychoterapii.

2.2.1.1 Individuální psychoterapie

„*Individuální psychoterapie je zaměřená na práci s jednotlivci, probíhá tedy ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor*“. (MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ, In KALINA II, 2003, s. 36).

Obecně můžeme rozlišit několik základních rovin psychoterapie. Jednou ze specifických a extrémních forem je krizová intervence. Krizovou intervencí rozumíme: „*soubor technik, selektivně a strategicky užívaných pro okamžité a efektivní zacházení s lidmi, kteří akutně reagují na nadměrně náročné životní události*“ (BROWN, PULLEN,

² zkoumaný a pozorovaný jedinec má obvykle tendenci podávat lepší výkon (Prof..PhDr.KOHOUTEK,CSc., Rudolf. *Hawthornský efekt* [online]. 2005-2006 [cit. 2008-07-09]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=Hawthornsk%FD+efekt>

SCOTT, 1992, In LIBRA, 2003, s. 277). Matoušek ji ve svém slovníku popisuje jako „...rychlou psychologickou a sociální pomoc člověku, který se ocitl v krizové situaci a nedokáže ji zvládnout vlastními silami“ (MATOUŠEK, 2003, s. 98).

Úkolem terapeuta je vycházet z toho, co krizi způsobilo, z posouzení klientova psychického stavu, z úrovně klientovy životní adaptace před krizí. Při dlouhodobém vztahu s klientem pak může terapeut posoudit, jak klient zvládal analogické situace dříve a jak se na ně sám adaptoval. Jejím cílem je „...posílení klientových adaptačních schopností, tj. usnadnit mu komunikaci s okolím, umožnit náhled na rozsah problému, pomoci mu vyjádřit emoce, posílit jeho sebedůvěru, aktivovat zdroje podpory v jeho okolí a podpořit účelná řešení problému...“ (MATOUŠEK, 2003, s. 98)

Dále rozlišujeme podpůrnou psychoterapii, která neprobíhá dlouhodobě, jejím cílem je, aby klient překonal bezprostřední krátkodobou zátěž. V prostoru kontaktních center nejčastěji probíhá motivační psychoterapie a to formou motivačních rozhovorů (více v kapitole Motivační rozhovory). Poslední rovinou je pak systematická dlouhodobá individuální psychoterapie. Ta je však vysoce variabilní, dle psychoterapeutické školy, ve které je terapeut vzdělán. Její nevýhodou je vysoká časová náročnost v případě terapeuta a finanční náročnost v případě klienta.

2.2.1.2 Skupinová psychoterapie

V práci s drogově závislými klienty je více používanou formou skupinová psychoterapie. Skupinová psychoterapie je vhodná pouze v určitých fázích léčby, musí jí předcházet individuální práce s klientem, která ho motivuje k účasti na skupinovém sezení. Skupinové psychoterapie probíhají jak ambulantně, tak během pobytu v léčebných zařízeních či terapeutických komunitách. Je také důležitou součástí doléčovacích programů (viz Terciární prevence).

Skupina bývá tvořena homogenně v oblasti problému, jinak je však smíšená (pohlaví, věk atp.). Stejně jako u individuální psychoterapie, i zde panuje různorodost přístupů v závislosti na psychoterapeutické škole, kterou terapeut následuje. Pro většinu skupin však můžeme nalézt určité společné znaky:

- počáteční převaha práce s jednotlivci, než se podaří skupinu „stmelit“ tak, aby pracovala sama

- práce s emoční podporou, jejímž cílem je, aby se klient ve skupině cítil bezpečně, aby zde panovala všeobecná důvěra (jak ve vztahu klient - klient, tak ve vztahu klient - psychoterapeut)
- tendence k „závislosti na skupině“, k pocitům výlučnosti, které prohlubují propast mezi drogovou subkulturou a společností

2.2.1.3 Behaviorální psychoterapie

Z psychoterapeutických přístupů zaujímá nejdůležitější postavení behaviorální, nebo kognitivně – behaviorální psychoterapie. „*Behaviorální techniky jsou zaměřeny na eliminaci nevhodných vzorců chování a na nácvik přijatelnějších variant...kognitivní techniky jsou zaměřeny na dosažení změny uvažování a na pochopení mechanismů, jež mohou vést recidivě (relapsu)*“ (VÁGNEROVÁ, 2004, s. 828).

Jde zde tedy o pochopení kognitivních procesů, které vedou k určitému chování a o změnu obojího. Miovský a Bartošíková (MIOVSKÝ, BARTOŠÍKOVÁ, In KALINA II, 2003, s. 26) uvádějí některé cíle tohoto terapeutického přístupu:

- Zmírnění intenzity, frekvence, nebo trvání takového chování, které působí problémy pacientovi, nebo jiným lidem.
- Vytvoření nových dovedností pacienta.
- Zvýšení intenzity, frekvence, nebo trvání chování, které sice v repertoáru pacienta je, ale tím, že není dostatečně využíváno, působí problémy.

Mezi základní metody tohoto přístupu patří *operační podmiňování* (zpevnování žádoucího a nezpevnování nežádoucího), řadíme sem averzivní terapie. Další z metod je navozování problematických situací, či přímá konfrontace s nimi, tuto metodu nazýváme expoziční terapie. Další nácviky probíhají například v oblasti sebekontroly, asertivity, či sociálních dovedností. V neposlední řadě sem patří také různé relaxační postupy, biofeedback³ atp.

Těmito metodami lze v relativně krátké době dosáhnou poměrně výrazných výsledků. Musí však následovat návazná dlouhodobá terapie, jinak se účinek vytrácí.

³ Biofeedback, též biologická zpětná vazba je terapeutický postup, umožňující klientům ovlivňovat tělesné pochody či funkce, jež jsou běžně na vůli nezávislé (např. aktivitu mozku, svalové napětí, srdeční frekvenci). Technické zařízení jim podává informace o této tělesné funkci a současně je podněcuje k tomu, aby „produkovali“ žádoucí parametry této funkce. (MATOUŠEK, 2003, s. 36)

2.2.2 Farmakoterapie

Farmakologická (medikamentózní) léčba je nedílnou součástí celkové léčby drogově závislého klienta. Bayer dělí farmakoterapii následujícím způsobem:

- Medikace cílená k závislosti (disulfiram, S.S.R.I., matador a další)
- Medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky (např. hepatoprotektiva – léky zvyšující regeneraci jater nebo virové jaterní léze)
- Medikace nezanedbatelné části klientely s duální diagnózou (souběh závislosti na návykové látce a jinou duševní poruchou – úzkostně depresivní stavy, poruchy osobnosti či psychotické poruchy) (BAYER, In KALINA II, 2004, s. 19)

Jednou z farmakoterapeutických metod, kterou bych v souvislosti s kontaktními centry rád zmínil je substituční léčba. „*Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, často s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem tj. intravenózně, nesterilně) nahrazena látkou – lékem – s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a podávanou resp. předepisovanou lékařem podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými látkami)*“ (POPOV, In KALINA II, 2003, s. 221).

Jedním z farmaceutických preparátů užívaných k substituci opiátů je buprenorfin (Subutex®), který je ovšem velmi často zneužíván. V praxi se v kontaktních centrech často setkáváme s klienty, kteří si Subutex® opatřují na ilegální cestou na „černém trhu“ a aplikují ho nitrožilně, i přesto, že určen k sublingválnímu užívání (vstřebáním do sliznice pod jazykem). V současnosti je nově v distribuci preparát Subuxon®, který byl vyvinut tak, aby bylo jeho nitrožilní užívání pro klienty nežádoucí.

2.2.3 Socioterapie

Socioterapie usiluje především o zapojení klienta do běžných sociálních vazeb. Snaží se o návrat klienta do zaměstnání, školy, rodiny apod. Klienti kontaktních center řeší celou řadu problémů, jako například obstarání dokladů, navázání kontaktu s úřadem

práce, vyřízení sociálních dávek. Socioterapie se také snaží vyčlenit klienta z drogové subkultury a pomoci mu navázat vztahy s jinými lidmi.

Do oblasti socioterapie částečně spadá i následná péče, která je ovšem nejvíce využívána v terciární prevenci. Ta spočívá ve „...sledování zdravotního stavu a sociální situace pacienta, v postupně prodlužujících se intervalech po dob nejméně pěti let.“ (HAMPL, In KALINA II, 2003, s. 175).

Cílem je úspěšně dokončit rehabilitaci a resocializaci klienta a umožnit mu tak návrat do plnohodnotného života.

2.3 Terciární prevence

Terciární prevence se snaží předcházet trvalému zdravotnímu a sociálnímu postižení jedince.

Řadíme sem:

- Resocializaci či sociální rehabilitaci u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci, nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog.
- Pro člověka, který se vrátí z léčby do svého přirozeného prostředí (spojeného s užíváním drog) je v první řadě důležité naučit se žít „normální“ život. Takový člověk je vystaven mnohým zkouškám, které zvyšují riziko relapsu⁴. Mezi tyto zkoušky počítáme především jeho návrat do svého běžného prostředí, které je s užíváním návykových látek spojené, dále ucházení se a příchod do zaměstnání, navazování vztahů. Při všech těchto činnostech potřebuje klient stále cítit podporu, mít možnost svůj problém řešit. Každý relaps snižuje u klienta šanci na vyléčení a proto je velmi důležité jim předcházet.

Intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat. Řadíme sem Harm Reduction, který je popsán v kapitole „*Teoretická východiska a modely závislosti*“.

⁴ Relapsem v širším slova smyslu chápeme opětovné propuknutí choroby po klidové fázi. V souvislosti s užíváním návykových látek znamená opětovné (nikoliv jednorázové) užití drogy člověkem, který je aktuálně léčen pro drogovou závislost nebo léčbu již skončil. (MATOUŠEK, 2003, s. 218)

3 KONTAKTNÍ CENTRA

Nejprve bych rád stručně popsal, co kontaktní centrum vlastně je, jaké služby nabízí a na jakých principech funguje.

V roce 2007 stoupl v platnost zákon 108/2006 Sb., který kontaktní centra definuje v paragrafu 59 takto:

„(1) Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) sociálně terapeutické činnosti,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,

c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“

Kontaktní centra dále nabízí obvykle výměnný program, informace o bezpečném užívání drog a základní zdravotní ošetření. Klient má zpravidla možnost využít služby kontaktní místnosti (pobyt v prostorách KC obvykle stanovený na cca 1 - 2 hodiny, kdy může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně si dát čaj, polévku nebo se osprchovat, vyprat prádlo, pokud toto kontaktní centrum nabízí apod.). Další možností je poradenství v případě sociálních potíží, zájmu o léčbu, motivační trénink před léčbou (informace o léčbě, podmínkách, příprava na léčbu), zprostředkování léčby. Poradenství už zpravidla probíhá mimo prostory kontaktní místnosti a také už nebývá anonymní. Jednotlivým poskytovaným službám se budu podrobněji věnovat v dalších kapitolách.

Kontaktní centra obvykle také nabízí poradenství pro rodiče a blízké uživatelů drog, případně rodičovské skupiny (podpůrná skupinová setkání pro rodiče klientů, kteří užívají drogy) a poskytuje informace.

Některá kontaktní centra nabízí i motivační skupinu (informační a podpůrná setkávání klientů, kteří mají zájem o léčbu). Někdy je v rámci služeb kontaktních center nebo terénních programů i práce se závislými klienty ve vazbách či výkonu trestu, které mají směřovat k tomu, aby se klientovi dostalo adekvátní právní pomoci a aby byl adekvátním způsobem informován.

Existují i další nízkoprahová zařízení, která nejsou specificky zaměřená na uživatele drog, například pro lidi bez přístřeší nebo pro ty, kteří se živí prostitucí.

3.1 Historie nízkoprahových kontaktních center

Vývoj a vznik kontaktních center souvisí již s vývojem péče o závislé před rokem 1989. V té době v České republice fungovala síť tzv. AT center, mnoho z nich však po revoluci zaniklo. „*Systém léčebné péče se však začal postupně rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení, která reagovala především na nové trendy v oblasti užívání návykových látek.*“ (LIBRA, In KALINA II, 2003, s. 165). Měnila se i celková filozofie léčby, od biomedicínckého modelu do oblasti preventivní. Do ohniska zájmu se dostalo psychosociální hledisko závislosti. Pracovníci začali hledat způsob, jak navázat kontakt s drogově závislou populací, která v té době měla velkou nedůvěru k institucionalizované péči.

Tato nedůvěra byla dána především kriminalizací a represí drogové závislosti před rokem 1989. „*Hledala se podoba „dveří“ do systému pomoci, otevřených dveří s nízkým prahem, kterými lze vstoupit do programů vedoucích k léčbě, ale i k včasnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře*“ . (LIBRA, In KALINA II, 2003, s. 165)

Na společnost byl kladen požadavek zabezpečit odpovídající primární zdravotní péči závislým, krizovou intervencí, poradenství. To vše pak muselo být propojeno s léčebnými programy a programy resocializace. To všechno byly pádné důvody pro postupné zavádění kontaktních center a na rozvoj terénní sociální práce (streetwork).

3.2 Principy práce kontaktních center

Z definice kontaktních center již vyplývá, že jedna z myšlenek, kterými se kontaktní centra řídí je princip nízkoprahovosti. Nízkoprahovost však není jedinou filozofií kontaktních center pro drogově závislé. Jsou to pojem přístupy „*public health*“ a „*harm reduction*“, které spolu úzce souvisejí.

3.2.1 Nízkoprahovost

Jak jsem se již zmínil v předchozí kapitole, kontaktní centra ze zákona fungují na principech nízkoprahovosti. Jak můžeme nízkoprahová pracoviště definovat? Opět nejdříve uvádím zákonnou definici nízkoprahových center, která je stejně jako definice kontaktních center, uvedena v zákoně 108/2006 Sb., paragraf 61:

„(1) Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.“

Nyní přejdeme k definici samotného pojmu nízkoprahovost. V materiálu Pojmosloví NZDM (ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK, 2005) je uvedena tato základní definice nízkého prahu:

- zaměřené na osoby, které nevyhledávají běžnou (institucionalizovanou) pomoc
- služba je poskytována v co nejvíce běžném (přirozeném) prostředí klienta
- pro realizaci služby není třeba znát podrobné údaje o klientovi
- jsou odstraňovány psychologické, sociální i technické bariéry využití služby
- cíle jsou nastaveny pragmatičtěji, než jsme zvyklí

Důležité je objasnit důvody, které vedou kontaktní centra k tomu, aby byla založena na principu nízkoprahovosti. „Důvodem je existence bariér mezi poskytovatelem služby a osobami, kterým je služba určena. Tyto bariéry se mohou nacházet jak na straně potenciálních adresátů, tak na straně poskytovatele“ (HERZOG, In KLÍMA, 2007, s. 177).

Bariéry na straně klienta:

V první řadě bývá bariérou neznalost a neinformovanost. Klient někdy ani neví, že existují nějaké služby, které by mohl bezplatně využívat. Proto se jí ani nepokusí vyhledat. Někteří klienti jsou o nabízených službách informováni, ale přesto je nevyhledají. Důvodů tohoto chování je několik. Klient je pasivní, či líný, možná je též jeho rezignace na svůj životní stav. Pro takové klienty je zde terénní sociální práce (streetwork), kdy pracovníci těchto služeb docházejí přímo za klienty. Existuje také skupina klientů, která nějakou službu již vyhledala, nejsou ovšem schopni, či ochotni plnit podmínky spojené s čerpáním těchto služeb. O podmínkách čerpání služeb kontaktních center budu psát v následujících kapitolách. Poslední bariérou je ta, kterou nejlépe řeší nízkoprahovost a to je obava ze stigmatu, či postihu. To, že je kontaktní centrum zcela anonymní a diskrétní služba napomáhá k získání klientů s těmito obavami.

Zábrany v efektivní práci a komunikaci s klientem nejsou však jen na jeho straně. Na vině jsou často i sami poskytovatelé dané služby. A. Herzog je definuje takto:

- Ideové a ideologické zábrany (nedostatek pragmatického přístupu)
- Neznalost funkčních řešení související s nedostatkem inovace, nedostatkem hledání
- Rezignace, neochota investovat do určité oblasti veřejné prostředky či jejich nedostatek (HERZOG, In KLÍMA, 2007, s. 177)

Z výše uvedeného je zřejmé, že problémů, které snižují efektivitu sociálních služeb je mnoho. Nízkoprahovost je styl práce s klienty, který se snaží zvýšit efektivitu práce i počet klientů a to nejenom kontaktních center. Na principu nízkoprahovosti fungují i jiná zařízení, nejčastěji jsou to nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.

3.2.2 Public health

Public health přístup k problematice drog. Tento přístup vychází z bio-psycho-sociálního modelu vzniku a rozvoje závislosti. Bio-psycho-sociální model, jak jsem již psal v kapitole o závislostech, pojednává o vzájemné interakci mezi drogou, člověkem a prostředím, ve které je možné hledat přítomnost rizikových faktorů podporujících pravděpodobnost užívání drog s vývojem následné závislosti nebo přítomnost obranných faktorů, které jedince před drogou a závislostí chrání. Řešení problému (kontrola) musí probíhat v součinnosti a s ohledem na tyto zmíněné složky.

Public health model dává prostor pro práci s uživateli drog, kteří aktuálně abstinovat nemohou nebo nechtějí. Aktivita zaměřené na tuto část populace drogových uživatelů směřují zejména k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Tento přístup je označován názvem harm reduction a působí především na složku biologickou. Public health model jej využívá a zároveň se snaží o navázání kontaktu s klientem pro pozdější terapeutickou práci směřující k stabilizaci v užívání drog, k sociální stabilizaci a abstinenci.

Během doby užívání návykových látek klienti procházejí několika fázemi. I když na konci všech aktivit, které společnost nabízí uživatelům, je v ideálním případě vždy abstinence, během užívání jsou období, během kterých klient nechce nebo abstinovat nemůže. Abstinence jako ideální cíl stále zůstává ve výhledu. Avšak z pragmatického

hlediska je nezbytné, jak ukazuje zkušenost, respektovat skutečnost, že je v dané chvíli utopí.

Kontaktní centra proto usilují o to, aby docházelo k co nejmenšímu zdravotnímu poškození klienta v souvislosti s jeho užíváním nealkoholových drog. Tento přístup má hned několik důvodů a výhod. Klienta se tedy vždy snažíme udržet v co nejlepší fyzické kondici a s ní do určité míry související kondici psychické - jedině zdravý člověk v sobě může začít hledat sílu k boji se závislostí. Fyzická zdatnost (můžeme-li u drogově závislých klientů mluvit o zdatnosti) je důležitým faktorem pro začátek léčby a odvykání. Tento přístup má i výhody ekonomické, snižuje státu náklady na léčbu nemocí, kterými obvykle trpí drogově závislí (aids, flegmona, žloutenka).

3.2.3 Další principy práce kontaktních center

Kromě výše jmenovaných principů zde fungují ještě jiné, neméně důležité zásady práce. Jednou z nich je individuální přístup ke každému klientovi. Každý klient má jiné potřeby, vyhovuje mu jiný styl práce, léčba a způsob komunikace. Pracovník kontaktního centra by měl umět s klientem najít řešení problému, které by vyhovovalo právě jemu.

Při řešení problému je dále dodržována další zásada a tou je respekt ke svobodné vůli klientů. Pracovník nemůže v žádném případě klienta k ničemu nutit. Je nutné respektovat volbu pro postup i cíl řešení. Klient má právo se rozhodnout, zda bude abstinovat, nebo jestli chce žít s drogami a všemi důsledky jejich užívání. I s klientem, který se nerozhodne pro abstinenci musí pracovník umět komunikovat a nabídnout mu jiné služby.

Služby kontaktních center jsou veřejně dostupné, bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženské vyznání, společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti. Klienti mohou všech služeb využívat bezplatně, kromě některých služeb potravinového a nápojového servisu, na kterém je obvykle vyžadována alespoň minimální klientova spoluúčast.

3.3 Cíle práce kontaktních center

Důvodem vzniku kontaktních center je snaha zachytit skrytou populaci uživatelů drog, která se nekontaktuje s žádnou ze státních institucí, k čemuž ji vede obava z možné represe. Právě ve skryté populaci nezasažené osvětou a informacemi o zdravotních rizicích

(a o způsobech jak jim předcházet nebo je léčit), je největší nebezpečí přenosu infekčních chorob a jejich dalšího šíření i do společnosti drogy neužívající.

Komunity uživatelů drog a lidí, kteří drogy neužívají nejsou a nikdy nebudou oddělené nepropustnou bariérou. Tito lidé se mezi sebou, i když si to často neuvědomují, zcela běžně stýkají, společně komunikují, chodí do zaměstnání, žijí ve společných domácnostech, souloží atd. Proto riziko přenosu infekcí ohrožuje celou společnost. Velká část osob užívajících drogy má obavy z případné represe nebo je ovlivněna negativním přístupem majoritní společnosti vůči uživatelům drog.

Jedním z cílů kontaktních center je proto pomoci získat těmto jedincům pozitivní zkušenost s odbornou institucí, jakožto základní předpoklad pro vytvoření bazální důvěry mezi klientem a pracovníkem, která je nezbytná k jakýmkoliv dalším intervencím.

Cíle můžeme rozdělit do dvou kategorií a to na cíle obecné a cíle specifické. (LIBRA, In KALINA II, 2003, s. 166)

3.3.1 Obecné cíle

Prvním cílem, bez kterého se nedá dosáhnout žádného z dalších, je navázání prvního kontaktu s klientem. Kontaktní centra se snaží zbavit drogově závislé strachu z institucí, získat jejich důvěru. Dalším obecným cílem, který je dán principem práce public health, který jsem již definoval, je minimalizace zdravotních a sociálních riziku populace uživatelů drog. Tento cíl má i druhou složku, ochraňuje totiž nejenom uživatele drog, ale i populaci drogami nezasaženou. Pokud se nám podaří navázat s klientem vztah a udržovat ho, v rámci možností, ve stavu bez vážných zdravotních potíží, můžeme přikročit k poslednímu obecnému cíli a tím je motivace klientů ke změně životního stylu s výhledem na abstinenci.

3.3.2 Specifické cíle

Specifické cíle na sebe navazují, pracovník spolu s klientem se vždy snaží dosáhnout jednoho cíle a spolu s dosažením cíle se otvírá cesta k dalšímu. Můžeme je dále dělit do podskupin: cíle zaměřené na léčbu, cíle základního přežití, cíle sociální, cíle zaměřené na populaci, která není drogově závislá.

3.3.3 Cíle léčebné

Kontaktní pracovníci se snaží o prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů (sdílení náčiní používaného k aplikaci drog, nechráněný sex atp.).

Dalším cílem je pomoc klientům získat, udržet a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci). Pokud je klient dostatečně motivován k zahájení léčby, otvírá se tím možnost přistoupit k navazujícímu cíli a tím je příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče, snaha o minimalizaci neúspěšných a nedokončených léčebných pobytů. Všechny neúspěšné a nedokončené pokusy totiž výrazně snižují šanci klienta na úplné vyléčení. (LIBRA, In KALINA II, 2003, s. 166)

3.3.4 Cíle základního přežití

Jde o zajištění podmínek potřebných k "přežití" (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu, pracovní programy atp.). Kontaktní centra se dále snaží pomáhat klientům v krizi.

3.3.5 Sociální cíle

Pro úspěšnou léčbu a zapojení klienta do společnosti je velmi důležitá sociální stabilizace klientů. Očekávaným výsledkem je například vystavení dokladů klientovi, vyřízení sociálních dávek či navázání kontaktu s Probační a mediační službou ČR v případech, kdy je klientovi např. nařízen výkon obecně prospěšných prací.

3.3.6 Cíle zaměřené na populaci, která není drogově závislá

K těmto cílům patří pomoc a podpora rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů. Kontaktní centra se snaží zvýšit informovanost široké veřejnosti o drogové problematice.

3.4 Cílová skupina K-center

Obecně lze říci, že nejpočetnější skupinou osob, které kontaktní centra nabízí své služby, jsou osoby užívající návykové látky. Není rozhodující, v jaké fázi užívání se klienti aktuálně nacházejí či jak dlouho drogy užívají. Někteří z nich nejsou motivováni k abstinenci nebo abstinovat nechtějí či nemohou, někteří již přicházejí se zakázkou zprostředkování detoxikace či léčby ambulantní nebo ústavní.

Klienty kontaktních center jsou též osoby přicházející v debaklové situaci, kterým je nezbytné poskytnout bazální krizovou intervenci, popřípadě referovat tyto jedince do jiných specializovaných zařízení.

Dále patří do cílové populace také rodiče, příbuzní a přátelé či partneři uživatelů drog.

Poslední cílovou skupinou jsou pedagogové, probační pracovníci a ostatní odborníci.

Pokud o služby žádají klienti, kteří nemají problémy s užíváním nealkoholových drog, pracovníci kontaktních center je odkazují na jiná specializovaná zařízení.

3.5 Jednotlivé aktivity kontaktních center

Kontaktní centra vykonávají celou řadu aktivit a nabízejí širokou škálu služeb, jejichž poskytování se pole konkrétního zařízení liší. Uvádím zde jejich stručný přehled a dále pak charakteristiku nejdůležitějších z nich.

Aktivity kontaktních center:

- kontaktní práce a motivační rozhovory, motivační trénink ke změně rizikového chování (bezpečnější užívání drog, bezpečnější sex),
- výměna injekčních stříkaček a jehel a poskytování materiálu potřebného k aplikaci drog bezpečnější formou – harm reduction (desinfekční alkoholové tampony, voda pro injekční aplikaci, kyselina, bavlněné filtry, aluminiová fólie, náplast, buničina, Heparoid®),
- testování na choroby (Poradenství u testování HIV, Pretestové a poststresové poradenství)
- poradenství (pro uživatele drog i pro lidi, kteří s uživateli drog přicházejí do kontaktu) a šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog i s

nechráněným sexem písemnou, obrazovou (informační materiály, letáky) i verbální formou

- potravinový, nápojový, hygienický a vitaminový servis
- základní zdravotní ošetření a reference klienta do specializovaných zdravotnických zařízení (chirurgické ambulance, infekční, gynekologické, kožní oddělení
- sociální a právní poradenství

Na práci kontaktních center navazuje práce celé řady dalších zařízení, ta přijímají klienta na doporučení kontaktního centra. Mezi jeho úkoly tedy patří také reference klienta do léčebného zařízení (psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, terapie, substituce, atd.), zprostředkování detoxikace a následné péče.

3.5.1 Kontaktní práce

Jedním ze základních prostředků, který kontaktní centra používají k dosažení svých cílů je kontaktní práce. Ve standardech služeb MPSV (MPSV ČR, 2002 In LIBRA, 2003, s. 166) je kontaktní práce definována jako *„komplex nízkoprahových organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktu a konkrétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci“*. Kontaktní práci, jako prostředek k dosažení cílů nevyužívají v rámci této cílové skupiny pouze kontaktní centra, ale i terénní sociální práce - streetwork⁵.

Kontaktní práce jako taková, je jedním z účinných prostředků pro navazování kontaktu s uživateli drog. V rámci práce s uživateli drog v kontaktní místnosti je klientům nabízeno několik typů služeb (např. výměnný program, vitaminový a hygienický servis atd.), o nichž je blíže pojednáno v příslušných podkapitolách.

Kontaktní pracovník je první osobou, se kterou se klient přicházející do zařízení setká. Do značné míry je to on, kdo rozhoduje, jestli prvotní zkušenost klienta s kontaktním centrem bude pozitivní či negativní, a tím ovlivňuje, jestli uživatel projeví opakovaně snahu navštívit zařízení nebo zůstane pouze u jednorázového kontaktu.

⁵ Streetwork je terénní sociální práce. Je to sociální práce s rizikovými jednotlivci, nebo skupinami vykonávaná v přirozeném prostředí klientely sociálních pracovníků. Součástí terénní sociální práce jsou: depistáž, navazování kontaktů, poskytování sociální pomoci, mapování lokality včetně sběru, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny. (MATOUŠEK, 2003, s. 242)

Subkultura uživatelů drog má naprosto odlišné normy a pravidla vycházející z podmínek života na drogové scéně (kriminalita, změněný hodnotový systém atd.). Kontaktní pracovník, z hlediska profesního, ale i z hlediska běžné lidské komunikace má možnost klienty v rámci kontaktní místnosti konfrontovat se světem pravidel a norem instituce, do které přicházejí a chtějí využít jejích služeb. To znamená konfrontaci s vlastní zodpovědností.

Základní využívanou metodou je rozhovor s klientem. Cílem rozhovoru může být předání nezbytných informací – např. o návykových látkách, o bezpečnějším užívání drog, zdravotních rizicích spojených s užíváním drog, o možnostech léčeb apod. Ne vždy je však nutné hovořit jen o drogách. Nelze opomíjet ani fakt, že i „běžný“ rozhovor s klientem je kvalitním prostředkem k navázání důvěry a k vytvoření prostoru pro budoucí spolupráci. Zejména běžný rozhovor je tím prostředkem, který ukazuje pracovníkům zájem o klienta, dává mu najevo rovnocennost tím, že pracovník s klientem jedná, aniž by ho odsuzoval.

3.5.2 Motivační rozhovory

Motivační rozhovory jsou založeny na přístupu, který vychází z terapeutického směru definovaného Carlem Rogersem. Tento přístup se nesnaží konfrontovat pracovníka s klientem (jako v osmdesátých letech používaná konfrontační terapie), ale snaží se konfrontovat klienta sama se sebou. Pracovník se snaží, aby rozhovor byl niterním setkáním se svými pocity a myšlenkami. U pracovníka je nutný empatický, naslouchající a pomáhající přístup. Nejprve se tato technika začala užívat při práci s klienty závislími na alkoholu, posléze se rozšířila i do jiných problémových oblastí. (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 18)

3.5.2.1 *Motivace a práce s motivací*

Motivovat klienta k vlastnímu úsilí k zlepšení své situace je jedno z hlavních poslání kontaktních center. Nejde pouze o motivaci k abstinenci, jak by se mohlo zdát. Větrovec chápe motivaci klienta jako „*proces připravenosti ke změně či touha po ní, která se dostavuje v jednotlivých fázích, kterými lidé v průběhu jakékoliv změny procházejí. Motivace tedy není povahovým rysem, který jedinec má nebo nemá. Je to stav, který se v průběhu procesu změny mění, lze jej ovlivnit a lze jej u klientů vyvolat a podpořit.*“ (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 190)

Kamil Kalina ve svém Glosáři definuje tento proces takto: „*Technika používaná v poradenství u osob přicházejících s otázkami na problematická témata, jakým je užívání alkoholu a ostatních drog; sleduje v první řadě nekonfrontační přístup k těmto osobám a pomáhá jim se pozitivně rozhodnout omezit své užívání, nebo s ním zcela skončit. Základní filozofie tohoto přístupu je úzce svázána se stádií změny, definovanými v „modelu změny chování“; podle něj probíhá rozhodování ke změně chování právě v určitých stádiích, označovaných jako: prekontemplace, kontemplace, příprava na akci-změnu, akce-změna a udržení změny. Motivační rozhovor zahrnuje okruh technik, vypracovaných k podpoře postupného posunu uživatele drog, kuřáka nebo alkoholika, těmito stadii. Napomáhá k přesnému zmapování a zvážení kladů a záporů jeho chování v prostoru neodsuzujícího dialogu.*“ (KALINA, 2001, s. 55)

Jednotlivým fázím změny klienta se budu věnovat v kapitole „*Průběh práce s motivací klienta*“. Klienta motivujeme k různým postupným cílům. Na začátku to může být motivace třeba jen k tomu, aby si reálně pohlížel na svou situaci. Klienti se závislým chováním mají totiž velmi dobře vybudovaný model popírání problému, který je důležité prolomit. Pro práci s motivací klienta je důležitý i faktor sebereflexe pracovníka. Pracovník musí umět oddělovat vlastní představy a přání od představ klienta, musí si být též vědom klientových možností. Zde je velmi důležitý individuální přístup ke každému klientovi, který umožní stanovit pro každého jeho vlastní cíle. Pracovník se musí zbavit „*touhy po úspěchu*“. „*Často totiž do osoby klienta projektujeme svou potřebu být v práci úspěšní a své přesvědčení, že víme nejlépe, co je pro klienta nejlepší.*“ (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 189).

Taková činnost často vede spíše k opačnému efektu a k naprosté demotivaci klienta, na kterého jsou kladeny příliš vysoké nároky a cíl jeho snahy se mu stále více vzdaluje. Tento přístup není nebezpečný jen pro klienta, ale i pro pracovníka, který prožívá zklamání z neúspěchu, je-li tento stav opakovaný může vést i k naprosté rezignaci a odchodu z kontaktního centra.

Další důležitou schopností, která patří k práci s motivací je nadhled a odstup. Tím, že se pracovník dokáže nezaujatě zamyslet nad klientovou situací, pomáhá klientovi se zorientovat v jeho vlastní situaci.

3.5.2.2 *Průběh práce s motivací klienta*

Pro adekvátní přizpůsobení technik a postupů efektivní individuální práce kontaktního pracovníka s klientem je velmi důležité odhadnout, v jaké fázi procesu změny se klient nachází. Proces změny se dá znázornit kruhovým schématem (tzv. kolo změny), které ho znázorňuje v jeho jednotlivých fázích. Vývoj a trvání těchto fází je u každého klienta individuální. Kruhové schéma je zde namísto právě proto, že pro proces změny je typické opakované procházení různými fázemi. Klient fázemi prochází do té doby, než se podaří změnu upevnit, popřípadě z tohoto procesu zcela vystoupit.

Jednotlivé fáze kola změny:

- Prekontemplace (období před uvažováním o změně)
 - Kontemplace (uvažování o změně)
 - Rozhodování
 - Akce
 - Udržení změny
 - Relaps
-
- **Prekontemplace (období před uvažováním o změně)**

V této fázi se nachází velká část cílové skupiny kontaktních center. Jsou to většinou klienti z řad experimentátorů, nebo ti jejichž drogová kariéra není příliš dlouhá a jež jejich rizikové chování po stránce fyzické ani sociální výrazně nepoškodilo. Ze svého subjektivního pohledu mají situaci pevně ve svých rukou a velmi často si neuvědomují rizikovost svého chování. Příčinou tohoto postoje bývá ve většině případů neinformovanost nebo nedostatečný kontakt s realitou.

V této fázi by mělo být na kontaktním pracovníkovi podat klientovi o problematice co nejvíce objektivních informací, konfrontovat klienta s realitou, vyvolat v něm ambivalenci a pochyby o jeho pohledu na své chování, jako na nerizikové. V charakteru rozhovoru by však konfrontace neměla být prostředkem, ale cílem. Naopak je velmi důležité, aby v charakteru rozhovoru převládala empatie a vstřícnost. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 191)

▪ **Kontemplace (uvažování o změně)**

Bylo by možné konstatovat, že uživatelé drog v této etapě procesu změny vnímají důvody pro a proti užívání drog přibližně na stejné úrovni. Klient si uvědomuje, že jeho počínání nepřináší jen stav uspokojení a je ochoten si připustit rizikovost svého chování i fakt, že s užíváním drog jsou spojeny problémy, které mají negativní důsledky na jeho život. U klienta začínají vzrůstat pochybnosti a obavy ohledně správnosti svého chování. Klient bývá zmaten z hromadících se problémů a bývá pro něj složité se v nich orientovat. V rozhovoru s klientem v této situaci se pracovník snaží rozvíjet ambivalenci, důvěru ve vlastní schopnosti ke změně, podporovat klientovy argumenty pro změnu a motivovat klienta k drobným změnám, které v případě jejich udržení, mohou mít pozitivní vliv na jeho sebedůvěru učinit změnu podstatnou. Důležitý je nedirektivní charakter rozhovoru. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 191)

▪ **Rozhodování**

V této fázi začínají být důvody pro užívání drog méně podstatné, než důvody proti. Klient se posunul do situace, kdy je nejen ochoten nad změnou reálně uvažovat ale i přistoupit ke změně ve svém chování a způsobu života. Zpravidla ale nemá příliš jasnou představu o tom, jaké možnosti se mu nabízejí a jakou změnu zvolit. Na pracovníkovi je v této chvíli klientovi nabídnout co nejvíce možných řešení, včetně výhod a nevýhod jednotlivých variant. V této etapě jsou klienti zpravidla nejvíce aktivní, spolupracují a podílejí se na plánování. V optimálním případě klient nastupuje do léčby. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 192)

▪ **Akce**

V této fázi klient začíná jednat, realizovat změnu – např. nástup do léčby. K tomuto kroku dochází pokud klientův rozpor dostatečně zesílí a potřeba změny nabude dostatečné intenzity. K rozhodnutí a realizaci potřebné aktivity přispívá velkou měrou důvěryhodný vztah s pracovníkem. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 193)

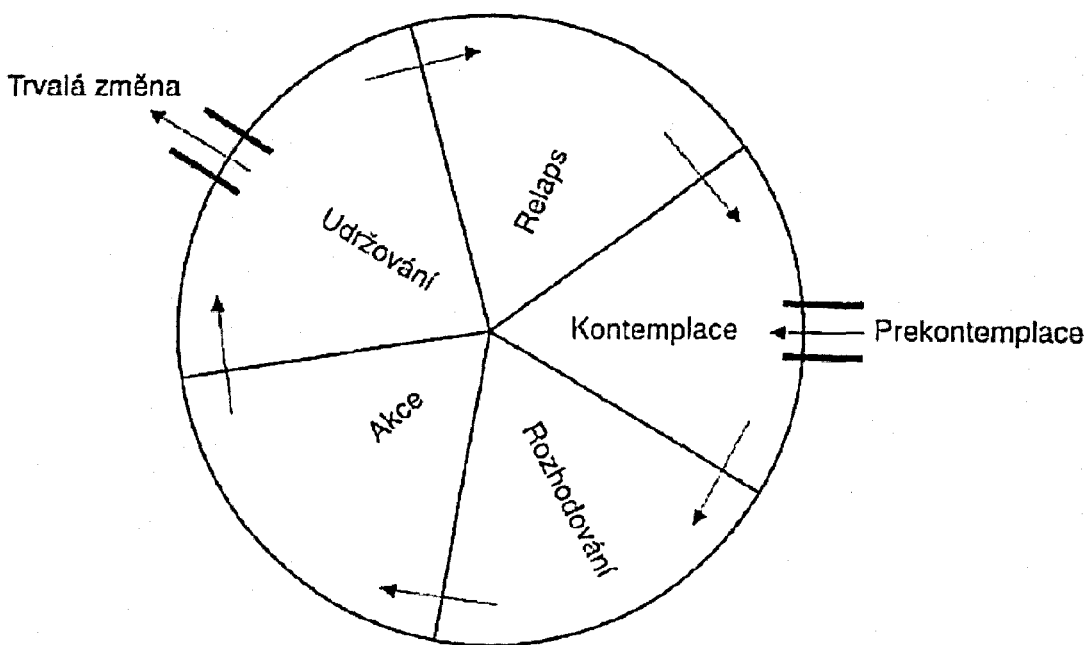
▪ **Udržení změny**

Toto stádium přináší začátek návratu do běžného života a „testuje“ schopnost klienta žít bez drogy. V rámci tohoto stádia může klient docházet do zařízení z oblasti

následné péče - doléčovacích programů, čímž minimalizuje možnost relapsu a návratu zpět do jedné z předcházejících fází. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 193)

▪ Relaps

„Relapsem je možné rozumět přechodný návrat k nechtěnému modelu chování, ale jen v případě, nejde-li o intenzivní, nezachycený a nezvládnutelný stav, který by klienta trvale vrátil do počátečních fází procesu změny a trvalému návratu k rizikovému chování.“ (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 194) Relaps je přirozenou součástí závislosti. Pracovník musí počítat s možností, že k selhání může dojít a klienta v průběhu procesu změny na ni upozorňovat. Úkolem pracovníka je zabránit návratu do počátečních fází procesu změny a motivovat klienta k dalším pokusům o změnu. „Osvědčená varianta opět přechod zpět do fáze akce.“ (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 194)



Obr. 1: Šest fází průběhu změny, Procházka DiClemente (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 15)

3.5.2.3 Principy motivačních rozhovorů

Podle Millera a Rollnicka se v motivačních rozhovorech uplatňuje pět principů. (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 49) Jsou to:

- Vyjádření empatie
- Rozvíjení rozporů
- Vyhýbání se argumentaci
- Otočení odporu (využití odporu)
- Podpora vlastních schopností klienta

- **Vyjádření empatie**

„Přijetí napomáhá změně. Základem je dovedné reflektivní naslouchání. Ambivalence je normální.“ (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 50)

Matoušek ve svém slovníku velmi pěkně vystihuje empatii takto: *„Kombinace porozumění a vcítění umožněná vysokou shodou v psychické výbavě všech lidí. Empatie není identifikací s druhým ani projekcí vlastních charakteristik na druhého. V pomáhajících profesích jde o klíčovou dovednost. Rogers definuje empatii jako dovednost vnímat klientův svět, jakoby byl světem pracovníka, přičemž pracovník by nikdy neměl ztratit kvalitu svého prožitku vyjádřenou slovy „jakoby“. V ideálním případě má pracovník schopnost vycítit, co klient chce říci, ale sám nedokáže jasně formulovat. Významná je i pracovníkova schopnost empatii vyjadřovat.“* (MATOUŠEK, 2003, s. 62)

Empatický charakter práce s klientem je hraje významnou roli od počátku procesu motivačních rozhovorů. Jak píše Matoušek, princip přijetí a pochopení neznamená totéž, co identifikace s klientem. Princip empatického přístupu ke klientovi tedy neznamená souhlas a schvalování jeho chování, ale respektování klientových prožitků a postojů, naslouchání a snaha o jejich pochopení. Přístup, který vyjadřuje respekt a pochopení podporuje klientovu sebedůvěru, což je důležitý předpoklad změny.

- **Rozvíjení rozporů**

„Důležité je uvědomit si následky. Rozpor mezi stávajícím chováním a důležitými životními cíli motivuje ke změně. Argumenty pro změnu by měl uvádět sám klient.“ (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 51)

Pracovník by měl v klientovi vytvořit a zesílit rozpor mezi jeho současným chováním a jeho osobními cíli nebo představami o sobě. Princip pracuje na předpokladu, že ke změně může dojít tehdy, když rozdíl mezi současným chováním a osobními cíli začne být citelný. V praxi tento zneklidňující rozpor vznikne z toho, když si pracovník s klientem ujasní jeho cíle a zmapuje následky jeho současného chování, které je s těmito cíli v rozporu. Cílem klienta je dosáhnout stavu sebekonfrontace a získat důvody ke změně.

- **Vyhýbaní se argumentaci**

„Hádky jsou kontraproduktivní. Bránění vyvolává obranu. Odpor je signálem, že je třeba změnit postup. Nálepkování není nezbytné.“ (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 52)

Spory jsou kontraproduktivní a jen zvyšují úroveň klientova odporu a pracovníkovy frustrace. Spor s klientem může mít řadu podob, např. přímá konfrontace nebo snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o fyzickém poškození. Také „nálepkování“ (labeling) se může stát zdrojem konfliktu mezi pracovníkem a klientem. Pro vlastní léčbu není nutné přijmout nálepku „alkoholik“ nebo „problém“. Ani případy, kdy se pracovník snaží přesvědčit klienta argumentací ke změně tak, že „napadá“ nebo haní drogu, nejsou v praxi úspěšné a mohou vést k vytvoření odporu ze strany klienta. Tím, že pracovník v argumentaci „napadá“ drogu, napadá zároveň i jejího uživatele, který to tak alespoň může vnímat a následně může mít tendenci se bránit – bránit drogu.

- **Otočení odporu (využití odporu)**

„Okamžik odporu může být využit jako výhoda. Představy se mohou změnit. Nové možnosti se vítají, ale neprosazují. Klient sám je cenný zdroj řešení svých problémů.“ (MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 53)

Nejdůležitější funkcí motivačních intervencí je snížení klientova odporu. Klient může vůči léčbě pociťovat odpor či nepřátelství z mnoha důvodů, například proto, že byl k léčbě donucen, nebo pod dojmem předchozích zkušeností s terapií. Spíše než konfrontace pomáhá využít reflexe nebo přerámcování. energii klientova odporu považujeme za

pozitivní znamení a za něco, co vyžaduje spíš prozkoumat, než to, co je třeba zlomit prostřednictvím konfrontace. Odpor je rovněž považován za možný projev nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny a zaměření terapie.

- **Podpora vlastních schopností klienta**

„*Důvěra v možnost změnit se je důležitou motivací. Klient sám je zodpovědný za to, že se rozhodne pro změnu a učiní ji. Naději přináší množství alternativních postupů.*“
(MILLER, ROLLNICK, 2003, s. 54)

To, jak klient vnímá své schopnosti jednat a dosáhnout určitých cílů, ovlivňuje pravděpodobnost, že se mu podaří změnit své chování. Vzhledem k tomu, že klient sám je odpovědný za pokus a uskutečnění osobní změny, je jeho sebedůvěra základním prvkem procesu změny. Analogií pohybu od rozhodnutí k akci, je situace parašutisty, který předtím, než skočí z letadla, věří, že se padák otevře, a že přistání bude bezpečné. Abychom pomohli člověku, který očekává změnu chování spojeného s pitím nebo užíváním drog, musíme mu postupně vštípit pocit důvěry ve vlastní plán činnosti a v dosažení kýženého výsledku.

3.5.2.4 *Techniky motivačních rozhovorů*

Technik motivačních rozhovorů je několik a lze je volně kombinovat.

Jsou to:

- **Otevřené a uzavřené otázky**

Otevřenou otázkou rozumíme takovou otázku, na kterou se nedá odpovědět jednoslovně (ano, ne) nebo jen holou větou. Otevřené otázky vybízejí klienta k tomu, aby určoval téma rozhovoru, aby se otevřel. Nemanipulují klienta, tam, kde by ho chtěl mít pracovník. Důležité je také pozitivní kladení otázek, neboť tyto vedou k pozitivním odpovědím. Velký rozdíl je jistě mezi otázkou: „*Vy nezvládáte svůj problém s drogou?*“ a otázkou: „*Pověz mi, co se ti na grogách líbí a co ti na nich vadí?*“. Obě tyto otázky spějí ke stejnému cíli, ale jen jedna nabízí možnost němu dospět. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 194)

▪ **Reflektivní naslouchání**

Tato metoda v sobě zahrnuje dvě složky a obě jsou poměrně složité. Jednou složkou je naslouchání. Jde zde o aktivní naslouchání, kdy musí mít pracovník trpělivost s klientem, nechat ho mluvit vlastním tempem a dávat mu najevo, že naslouchá. Druhou složkou je reflexe. Pracovník musí poznat, co klient míní, tím, co říká. Pracovník tak dává najevo, jak rozumí tomu, co klient říká. Neklade mu zpřesňující otázky, ale pouze opakuje to, co klient již řekl. Otázka může v klientovi vyvolat odpor, strach, pocity viny, tomu všemu se pracovník může vyhnout, bude-li naslouchat a reflektovat. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 194 - 195)

▪ **Potvrzování a oceňování**

Najít při každém rozhovoru něco, za co můžeme klienta pochválit, není vždy snadné. Ale i přes to by se o to měl pracovník snažit a pochválit klienta třeba jen za to, že přišel včas na schůzku, nebo že je ochoten spolupracovat. Navozujeme tak u klienta pocit, alespoň malého úspěchu, který mu dodává pocit smysluplnosti jeho snažení. Ocenit bychom měli každý pozitivní krok, který klient udělá. Spolu s tím bychom se také měli vyhnout kárání a shazování klienta. Ztrácíme tak jeho důvěru a po čase možná i celý kontakt s ním. Pokud klient dělá něco s čím nesouhlasíme, je vždy dobré nejprve ukázat klientovi, že jeho chování chápeme a až poté, že ho neakceptujeme. Neakceptace ovšem musí být doprovázena alternativou k jeho chování. Nemůžeme klientovi například říci, že to že je krade je špatné a nenabídnout mu jiná řešení získávání peněz. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 195)

▪ **Shrnování**

Shrnování „*pomáhá nám i klientovi udržet téma hovoru, zaměřit se na podstatu problému a neutopit se v podružnostech*“ (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 195). Každý motivační rozhovor by měl mít za úkol zabývat se nějakým konkrétním problémem, neměl by mít, a ani to není reálné, za cíl vyřešit všechny klientovi problémy najednou. Klient je často dlouhodobě zavalen spoustou problémů, o kterých má blok s někým komunikovat. Podaří-li se pracovníkovi tuto bariéru prolomit, klient se snaží sdělit a řešit všechno najednou. Ale rolí pracovníka je pomoci klientovi, aby „...*byl schopen zaměřit se na postupné řešení nejpodstatnějších jednotlivých problémů*“. (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 195)

Shrnutí je tedy rekapitulací, ve které pracovník shrne sobě i klientovi podstatné informace z rozhovoru a pomůže tak vybrat na co se rozhovor dále zaměří.

▪ **Sebemotivující prohlášení**

Cílem celé snahy motivačních rozhovorů je, aby klient sám chtěl na svém stavu něco změnit, tedy v první řadě, aby si svůj stav připustil. Klient by měl začít o své situaci přemýšlet a stát se aktivním v řešení svého problému, nečekat, že to kontaktní pracovník vyřeší za něj. K tomu musí získat pocit kompetentnosti k řešení problému. Pro úspěch je nezbytný jednak dostatek informací potřebných ke změně, dále pak sebevědomí a chuť. Rozhovor by proto měl vést k sebemotivujícímu prohlášení, kdy to nebude pracovník, který říká klientovi, jak a co má dělat, ale bude to klient sám. Větrovec (VĚTROVEC, In KLÍMA, 2007, s. 196) rozděluje sebemotivující prohlášení takto:

Připuštění problému: „*Hm, mě už to pití alkoholu asi opravdu nedělá dobře*“.

Vyjádření obavy ze svého současného chování: „*Bojím se toho, čím vším se mohu při sdílení jehel nakazit*“.

Přímé či nepřímé vyjádření přání se změnit: „*Asi bych měl zajít za nějakým doktorem*“.

Posledním typem sebemotivujícího prohlášení je vyjádření optimismu v souvislosti s chystanou změnou: „*Chtěl bych se naučit mít u sebe vždycky čistou stříkačku*“.

3.5.3 Výměnný injekční program

Výměna stříkaček a jehel je jednou ze služeb kontaktních center, nabízených v rámci harm reduction nitrožilním uživatelům drog. Hlavním argumentem pro výměnu injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění. Pokud si již uživatel drog aplikuje drogy injekční cestou, je důležité, aby měl možnost si použité injekční náčiní vyměnit za sterilní. Je nezbytné, aby všichni uživatelé byli informováni o rizicích nitrožilní aplikace (zvláště při používání již použitého náčiní) a v souvislosti s tím i o jiných, méně rizikových způsobech aplikace.

Klient dostává k injekčním jehlám stejný počet desinfekčních alkoholových polštářků určených k očištění místa vpichu před aplikací. Zájemci mohou také dostat ampulku sterilní vody vyráběné pro zdravotnické účely. Uživatelé diacetylmorfinu (heroin) mohou dostat také kyselinu askorbovou v jednorázových balíčcích potřebnou pro přípravu

dávky k aplikaci. Součástí standardní nabídky pro klienty výměnného injekčního programu jsou rovněž bavlněné filtry používané pro natahování látky do stříkačky, buničina určená k ošetření místa vpichu, mast pomáhající hojení ranky po vpichu (obvykle Heparoid®) a polštářková náplast. V rámci výměnného programu jsou klientům vedle výše uvedených prostředků na snížení rizik spojených s nitrožilní aplikací nabízeny také kondomy.

Nedílnou součástí vlastního aktu výměny injekčního náčiní je komunikace s klientem. Pracovník obvykle s klientem hovoří o způsobech aplikace, eventuálních souvisejících problémech a informuje o bezpečnějších způsobech užívání apod. Standardem je i nabídka méně rizikových způsobů aplikace (a materiálů k nim potřebných) intravenózním uživatelům. Při distribuci HR materiálů je třeba mapovat, zda je klient informován o tom, jak tyto pomůcky řádně používat a chybějící informace poskytnout či doplnit.

Použité stříkačky a jehly vhazují klienti do speciálních kontejnerů k tomu určených, které jsou posléze odborně likvidovány. Pracovník kontaktního centra nesmí přijít do styku s použitým injekčním materiálem. Klient své použité injekční náčiní vhodí do kontejneru a poté dostane nové.

3.5.4 Testování na choroby

Kromě testování HIV je klientům dle aktuálních možností zařízení nabízeno testování na virové hepatitidy a syfilis. „*Testování na HIV a hepatitidy v nízkoprahových centrech je součástí služeb dle Standardů odborné způsobilosti.*“⁶ (DOLANSKÁ, KORČIŠOVÁ, MRAVČÍK, 2004, s. 7)

Pracovníci v rámci kontaktu s klientem zjišťují zdravotní stav klienta s ohledem na infekční choroby a možná rizika nákazy. Dle zjištěných skutečností odkazují na specializovaná pracoviště (hepatologické poradny v případě hepatitidy, venerologická ambulance v případě syfilis).

Dobrovolné vyšetření je anonymní důvěrné vyšetření, které klient podstupuje ze svého vlastního rozhodnutí nebo na podnět pracovníka se svým informovaným souhlasem. Vyšetření na HIV protilátky lze provádět pouze v případech, že je zajištěno poskytnutí poradenství před vyšetřením i po něm.

⁶ KALINA, K., et al.: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: RV KPP, 2003

3.5.4.1 Poradenství u testování HIV

Poradenství v souvislosti s testováním na HIV je prováděno u osob, které byly testovány na přítomnost viru HIV v organismu, a to před provedením testu i po něm, bez ohledu na to, zda byl výsledek testu pozitivní či negativní. Tento typ poradenství se samozřejmě týká i osob, které vyhledají pomoc kontaktního centra v souvislosti s jejich minulým či současným rizikovým chováním. Kvalitně prováděné poradenství se tak stává účinným prostředkem k ovlivnění tohoto chování.

Poradenství před testem (pretestové), odběr slin na detekci HIV protilátek a poradenství po testu (posttestové) tvoří na sebe navazující kroky. Tím je zajištěno, že provedení testu na HIV protilátky je indikováno, klient rozumí jeho podstatě a ví, co znamená jeho negativní či pozitivní výsledek.

Základním cílem poradenství v souvislosti s HIV/AIDS je prevence šíření infekce virem HIV. U osob, které již jsou HIV pozitivní, je cílem zajistit adekvátní způsob přijetí této informace, prevenci šíření viru na ostatní osoby a motivaci nemocného ke způsobu chování, který je v souladu s principy harm reduction a co nejvíce minimalizuje rizika nemocného i jeho okolí.

Část prevence se odehrává nikoli až během pretestového poradenství, ale již v průběhu předchozího kontaktu s klientem a aplikace zásad harm reduction v praxi v rámci např. provozu kontaktní místnosti.

Sezení při poskytování poradenství v souvislosti s HIV/AIDS jsou důvěrná a vždy se jich účastní jednotlivý klient a jednotlivý poradenský pracovník. Klient má právo na plnou anonymitu, pokud se sám nerozhodne jinak. Poradenské služby v souvislosti s infekcí HIV/AIDS poskytují vždy pracovníci, kteří byli pro toto poradenství vyškoleni, vždy musí důsledně dodržovat pravidla platná pro zacházení s důvěrnými informacemi.

Pretestové poradenství

Poradenství před provedením testu je zaměřeno na testování protilátek HIV a možné důsledky toho, že klient zjistí svůj skutečný stav ohledně infekce virem HIV.

Pretestové poradenství zahrnuje dvě oblasti:

- klientovu osobní anamnézu s ohledem na riziko expozice viru HIV v současnosti a minulosti (např. pokud se klient obává možné infekce virem po jednorázové rizikové události, je třeba, aby od této události uplynuly minimálně 2, lépe však alespoň 3 měsíce).

- klientovu obeznámenost s HIV/AIDS a jeho schopnost vyrovnat se skutečností v případě pozitivního výsledku.

Posttestové poradenství

Posttestové poradenství probíhá po vyhodnocení odebraného vzorku a je zaměřeno na rozbor výsledku testu na přítomnost protilátek proti HIV a poskytnutí příslušných informací na výsledek navazujících, na motivaci klienta k méně rizikovému chování, případně předání klienta do péče jiné instituce.

V případě sdělení negativního výsledku je třeba klienta motivovat k dalšímu zdravému a bezpečnému chování.

V případě sdělení pozitivního výsledku pracovník musí očekávat, že klient bude ve chvíli sdělení výsledku šokován. V tuto chvíli je nutné vyjít z informace, kterou klient obdržel již při odběru vzorku (o nutnosti v tomto případě opakovat test). Je nezbytné se s klientem dohodnout na dalších krocích, zajistit mu provedení krevních testů, případně ho k provedení tohoto testu doprovodit. Při rozhovoru je vhodné uplatnit zásady pro poskytování krizové intervence.

3.5.5 Poradenství

Poradenství je v kontaktních centrech obvykle směřováno ke dvěma skupinám klientů. Jedná se o poradenství pro uživatele drog či osoby na nich závislé a poradenství pro osoby přicházející s uživateli drog do styku tzn. pro rodiče, přátele, spolužáky a partnery, ale také pedagogy, kurátory apod.

3.5.5.1 Poradenství pro uživatele drog a závislé

Cílem poradenství pro uživatele drog je: včasná diagnostika drogového problému, párování potřeb klienta s příslušným zařízením, poskytování informací o zdravotní oblasti, včetně informací o možnostech zdravotní péče. Dále pak poskytování jakýchkoliv jiných informací podle zakázky klienta. Poradenství v sobě také zahrnuje seznámení klienta s jednotlivými službami kontaktního centra a jejich doporučení.

Poradenství v kontaktních centrech probíhá na několika úrovních. Může jít o zhodnocení stavu klienta, tzn. sociální, biologický a psychologický kontext užívání návykových látek, zhodnocení případných komplikací a doporučení a nabídka speciálních

služeb (substituce, detoxikace, léčba, psychiatrické vyšetření, somatické či jiné specializované vyšetření atd.).

3.5.5.2 Poradenství pro osoby přicházející do styku s uživateli drog

Cílem poradenství pro osoby přicházející do styku s uživateli drog je pomoci rodičům řešit drogový problém jejich dítěte, pomoc rodičům v akutní krizi a zahrnutí celého rodinného systému do pomoci klientovi. Rodičům i jiným rodinným příslušníkům je také poskytována i následná péče ve formě rodičovských skupin.

Další úroveň poradenství v nízkoprahovém zařízení je poradenství pro rodiče. Zjištění drogového problému je pro rodiče velmi traumatizující a reakce bývají mnohdy až panické a mohou tak celou situaci ještě zhoršit. Závislost je nemoc celé rodiny a při pomoci klientovi je efektivní, pokud je do ní rodina vtažena a nejsou zpřetrhány vzájemné vazby mezi jejími členy. Někdy samozřejmě dochází k situacím, kdy klient kontakt s nabízenou intervencí odmítá. Tehdy se jejím příjemcem stává samotný rodič nebo partner, protože on sám se v tuto chvíli nalézá v krizi. Je zároveň jediným článkem rodinného systému, přes který je možné na uživatele působit. Tento způsob intervence probíhá formou rodičovských skupin. V určitých případech je také možné indikovat intervenci formou rodinné terapie. Pak je důležité napojit rodinu na specializovaná zařízení zabývající se rodinnou terapií (dle pravidelně aktualizované sociální sítě).

Do nabídky poradenství kontaktních center patří i poskytování informací o zdravotním stavu, rizicích spojených s užíváním drog, rizicích infekčních onemocnění a také speciální poradenství pro ženy uživatelky.

3.5.6 Potravinový, nápojový, hygienický a vitaminový servis

V rámci kontaktní práce, minimalizace sociálních důsledků užívání drog a harm reduction, je klientům podle individuálních pravidel konkrétních kontaktních center poskytován základní potravinový, hygienický a vitaminový servis. Vychází se z předpokladu špatné životosprávy a narušeného imunitního systému uživatelů v pokročilých fázích závislosti. Touto službou se tedy kontaktní centra snaží zaměřovat na zdravotní a sociální rehabilitaci klienta. Neméně důležitým aspektem této služby je také zvyšování atraktivity zařízení a lepšího „navázání“ klientů k následné spolupráci.

4 EMPIRICKÁ ČÁST

4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat klientelu kontaktních center. Zajímal mě průměrný věk klientů, délka jejich závislosti a také počet let, během nichž užívali drogu nitrožilně. S tím souvisí i zjištění, jakou drogu klienti převážně užívají. Otázky byly také směřované na zmapování využívanosti jednotlivých služeb nabízených kontaktními centry. Tato informace je velmi důležitá pro plánování práce s klienty a pro co největší přizpůsobení služeb potřebám klientů. K cílům práce kontaktních center patří v neposlední řadě i sociální stabilizace klienta a předcházení rizikům spojeným se zdravotními komplikacemi, proto se mé otázky snažily zjistit míru účinnosti této práce s klienty. Tato informace by mohla sloužit jako potřebná zpětná vazba pro pracovníky kontaktního centra.

4.2 Metoda výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí předtištěného dotazníku. U každé otázky měl respondent možnost výběru z několika definovaných odpovědí. Pokud respondentovi nevyhovovala žádná z nich, měl možnost uvést i odpověď jinou.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnili klienti Kontaktního centra Sananim o.s. v Praze - Holešovicích. Dotazník vyplnilo 70 respondentů, z toho 28 žen a 42 mužů. Šlo o běžné klienty, kteří docházeli do kontaktního centra během celého týdne i víkendu.

4.4 Průběh výzkumu

Klienti vyplňovali dotazník dobrovolně a anonymně, zjišťovány byly pouze základní osobní údaje (pohlaví a věk). Dotazování probíhalo formou rozhovoru, dotazník jsem vyplňoval osobně. Chtěl jsem tak předejít nepochopení některých otázek ze strany klienta. Výzkum byl prováděn dlouhodobě, tak aby zmapoval klientelu kontaktního centra v co největší šíři.

4.5 Hypotézy

1. Většina klientů kontaktního centra užívá drogy nitrožilně.
2. Nejužívanější drogou mezi klienty kontaktního centra je pervitin.
3. Klienti využívají nejvíce služby výměny injekčních jehel, další služby se v četnosti využití statisticky významně neliší.
4. Většina klientů kontaktního centra není sociálně zajištěna, a to jak po straně příjmů i ubytování.
5. Většina klientů je testována na nejběžněji rozšířené nemoci mezi drogově závislými (HIV, žloutenka) a toto testování proběhlo dobrovolně z vlastní iniciativy klienta.

4.6 Vyhodnocení výzkumu

4.6.1 Klientela kontaktního centra

Průměrný věk žen je 23,2 roku, průměrný věk věku mužů je téměř o 10 let více, tedy 32 let. Potvrdila se hypotéza, že všichni klienti kontaktního centra užívají drogu nitrožilně. Doba po kterou respondenti užívají drogy vůbec a doba po kterou drogu aplikují nitrožilně se od sebe příliš neliší. U žen byl průměrný počet let po které užívají drogy 6,5 let, délka nitrožilního užívání drogy je 5,3. U mužů je délka užívání drog až dvojnásobně větší. Mužská klientela kontaktního centra užívá drogy v průměru již 14 let, z toho 12 let nitrožilně. Z této informace by se dalo usuzovat, že užívání drog nezačíná nitrožilním způsobem aplikace, ale velmi rychle k ní přechází.

Tyto odpovědi nám také naznačují průměrný věk, ve kterém respondenti začali drogu užívat. Tento věk se od sebe, na rozdíl od počtu let užívání, příliš neliší. Ženy (věk započatí užívání 16,7 let) začaly užívat drogu v průměru přibližně o jeden rok dříve, než muži (18 let). Je vidět, že ženy vyhledávají pomoc dříve než muži, snad jsou aktivnější při řešení svého problému, možná se hůře smířují se svým stavem. Může to být také tím, že ženy si více uvědomují rizikovost svého chování.

Tabulka č. 1:

	Průměrný věk respondentů	Délka užívání drog (v letech)	Délka nitrožilního užívání drog (v letech)	Věk započetí drogové kariéry (v letech)
Ženy	23,2	6,5	5,3	16,7
Muži	32	14	12	18

4.6.1.1 Užívané drogy

Jak u mužů (75 %), tak u žen (78 %) je nejvíce užívanou drogou pervitin, samotný, nebo v kombinaci s jinou drogou. U mužů je druhou nejvíce užívanou drogou je subutex (20 %). V případě žen je na druhém místě heroin (23 %). Četný byl také výskyt kombinované závislosti. Muži i ženy kombinovali pervitin a subutex, muži v 25% případů, ženy v 18 % případů. Část klientů uvedla, že užívá pervitin v kombinaci s některými léky (benzodiazepiny, hypnotika). Možnost užívání alkoholu nevedl nikdo, ale domnívám se že to bylo způsobeno více tím, že respondenti nepovažují alkohol za drogu, než tím, že by ho neužívali. Z jiných drog, než v dotazníku definovaných, klienti uváděli nejčastěji THC, toluen a metadon.

Tabulka č. 2: Užívané drogy

	Heroin	Subutex	Subuxon	Pervitin	Léky	Alkohol	Jiné
Ženy	23%	36%	0%	78%	7%	0%	14%
Muži	3%	45%	0%	75%	6%	0%	15%

4.6.2 Úroveň sociálního zázemí respondentů

Úroveň sociálního zajištění respondentů je všeobecně velmi nízká. Pouze 22 % žen a 12 % mužů vykazuje trvalý příjem. Procento respondentů, jejich zdrojem příjmů je výdělek na brigádách (ať s řádnou smlouvou, nebo bez ní) je také poměrně nízké. Nízký počet klientů zajišťuje svůj finanční příjem prostřednictvím sociálních dávek (ženy 7 %, muži 12 %). Příjem většiny klientů je z jiných zdrojů, ženy tuto odpověď uvedly v 64 % případů, muži v 48 %. Jiné zdroje příjmů spočívají především v trestné činnosti (38 %),

tady v krádežích či distribuci drog. Dále je to žebrání (16 %), které je ovšem chápáno také, jako protizákonné, i když pouze na úrovni přestupku. Stejný počet respondentů (16%), z těch, kteří zvolili možnost jiné, uvedl, že nemá zdroj příjmu. Dalšími jinými zdroji příjmů je invalidní důchod, rodina, či sběr kovů (který je ovšem také často spojen s trestnou činností). Tyto údaje nám jasně ukazují, do jaké míry je užívání drog doprovázeno jinými sociálně patologickými jevy. Právě proto je velká pozornost kontaktního centra věnovaná alespoň minimální sociální stabilizaci klienta, s čím souvisí i zajištění trvalého příjmu.

Tabulka č. 3: Zdroj příjmu

	Práce s řádnou pracovní smlouvou	Brigády nebo příležitostné práce na řádnou smlouvu	Příležitostné práce nebo brigády na černo	Sociální dávky	Jiné
Ženy	22%	0%	7%	7%	64%
Muži	12%	4%	24%	12%	48%

Větší míra sociální stabilizace klienta se objevuje ve způsobu jeho ubytování. Velká část klientů bydlí v bytě se sociálním zařízením (37 % žen a 39 % mužů), což ovšem může být také například byt jejich rodičů a s jejich vlastní snahou to nemusí nijak souviset. Velká část klientů sice někde bydlí, ale není to ubytování se sociálním zázemím, jako například squaty, zahrádkářské kolonie atp. Mezi klienty bez domova se řadí pouze 21 % žen a 22 % mužů. Toto číslo ovšem nevyovídá celkově o stavu ubytování drogově závislých, ale pouze klientů kontaktního centra. Procento závislých bez domova, tak může být mnohem větší, neboť tito využívají často služeb terénních pracovníků - streetworkerů.

Tabulka č. 4: Způsob bydlení

	Byt se sociálním zařízením	V bytě, či jiném prostoru bez zázemí	Bez domova
Ženy	37%	42%	21%
Muži	39%	39%	22%

Jak je vidět, změna priorit, hodnot, ale i fyzických schopností, které závislost vyvolává, silně ovlivňuje sociální úroveň života, což jsem již teoreticky rozebral v kapitole *Důsledky drogové závislosti*. Lidé často nejsou schopni, nebo nemají motivaci zajistit si legální zdroj příjmů a alespoň nějaké ubytování. Práce kontaktního centra proto probíhá postupně, od zajištění dávek až po trvalé zaměstnání.

4.6.3 Využívání služeb kontaktního centra

Dle očekávání je nejvyužívanější službou kontaktního centra výměnný injekční program. Výměnu využívá 100 % mužů a 71 % žen. Zde je vidět pozitivní působení terénních pracovníků i kontaktních center, které se snaží klienty varovat před společným používáním injekčních jehel. Službu *rozhovor s pracovníkem* využívá 33 % procent žen, ale pouze 12 % mužů. To by mohlo, stejně jako rozdíl v délce užívání drogy, poukazovat na větší aktivní snahu o změnu u žen, než u mužů. Rozhovor s pracovníkem je totiž službou, která vyžaduje vlastní aktivitu klienta a ne jen pasivní přijímání služby. S tím souvisí i větší procento žen (21 %), než mužů (9 %), kteří využívají služby poradenství. Pasivní službou, která nevyžaduje vůbec žádnou aktivitu ze strany klienta je *posezení v kontaktní místnosti*, snad proto ji využívá velká část mužů (66 %) a menší procento žen (28 %). Poslední službou, u níž byla zjišťovaná využívanost, byl *hygienický servis*, ten je také dosti využíván, více pak u žen (43 %), než u mužů (27 %).

Vidíme tedy, že téměř všechny služby jsou využívány u poměrně vysokého procenta respondentů. Více pozornosti by kontaktní centrum měla věnovat práci s motivací u mužských klientů, tak aby zvýšila jejich aktivní zapojení do služeb *rozhovorů s pracovníkem a poradenství*. Právě tyto služby se snaží o pozitivní změny v životě klienta a ne pouze o udržení současného stavu.

Tabulka č. 5: Využívání služeb kontaktního centra

	Výměna injekčního materiálu	Rozhovor s pracovníkem	Poradenství	Zdravotní ošetření	Posezení v kontaktní místnosti	Hygienický servis
Ženy	71%	35%	21%	28%	28%	43%
Muži	100%	12%	9%	21%	66%	27%

4.6.4 Efektivita harm reduction

Z výsledků je patrná velká úspěšnost harm reduction, usuzují tak z toho, že většina respondentů byla testována, jak na HIV, tak na žloutenku během posledního roku. Kontaktní centra se snaží klienty motivovat k pravidelnému testování. Včasné odhalení nemoci zvyšuje pravděpodobnost úspěšné léčby a hlavně předchází dalšímu šíření nákazy. Nízké procento respondentů pak nebylo testováno vůbec, u mužů je to 15 % u HIV a 13 % u žloutenky, u žen je to 21 % u HIV a 18% v případě žloutenky. U respondentů, kteří uvedli, že byli testováni v jiném, než letošním roce, bylo průměrné stáří testu na žloutenku 2,5 let u mužů a 3 roky u žen, což je stále ještě poměrně pozitivní výsledek. U testování na HIV již nebyl výsledek tak uspokojivý, průměrný počet let od posledního testu je u mužů 4,5 let a u žen 4 roky. Může to být také dáno vyšším rizikem nákazy žloutenkou a proto také většími obavami z tohoto onemocnění, což vede více klientů k testování na žloutenku, než na HIV.

Tabulka č. 6: Testování na HIV

	Ano – v posledním roce	Ano dříve	Ne
Ženy	57%	22%	21%
Muži	67%	27%	15%

Tabulka č. 7: Testování na žloutenku

	Ano – v posledním roce	Ano dříve	Ne
Ženy	45%	37%	18%
Muži	51%	36%	13%

O úspěchu snahy kontaktních center svědčí také to, že většina testování proběhla dobrovolně. A to je právě cílem kontaktních center, aktivní přístup klienta, pochopení závažnosti problematiky onemocnění a na jeho základě dobrovolné pravidelné testování. Na HIV se nechalo dobrovolně testovat 72 % žen a 91 % mužů. Testování probíhalo většinou (43 %) v kontaktních centrech, dále pak v nemocnici Motol a u Dr. Vratislava Řeháka (viz níže).

Test na žloutenku dobrovolně podstoupilo 73 % žen a 76 % mužů. Testování nejčastěji proběhlo v některém z kontaktních center. Dále pak v nemocnici Motol, kde se nachází infekční oddělení specializované pro drogově závislé. Drogově závislé klienty, kteří neprodělali hepatitidu B, zde proti ní očkují zdarma.

Dalším místem testování je ordinace Dr. Vratislava Řeháka, jedná se o soukromou ordinaci, která sídlí v Nuselské poliklinice. Drogově závislým je zde mimo jiné prováděna i gastroenteroskopie, endoskopie, biopsie. Většinou jde o postupy, které umožňují odhalit nebezpečnou žloutenku typu C. Nedobrovolné testování, resp. testování, které neproběhlo z vlastní vůle postoupilo 27 % žen (9 % při nástupu výkonu trestu a 18 % při zahájení léčby) a 24 % mužů (12 % při nástupu trestu a 12 % při zahájení léčby).

Tabulka č. 8: Místo testování na HIV

	Ve vazbě, nebo ve výkonu trestu	Při nástupu na léčbu závislosti	V Kontaktním centru, Dům světla, Bulovka
Ženy	0%	18%	72%
Muži	0%	9%	91%

Tabulka č. 9: Místo testování na žloutenku

	Ve vazbě, nebo ve výkonu trestu	Při nástupu na léčbu závislosti	V Kontaktním centru, Dům světla, Bulovka
Ženy	9%	18%	73%
Muži	12%	12%	76%

4.7 Závěr výzkumu

Z výzkumu vyplývá mnoho informací, které jsou důležité pro pochopení chování klientů, pro zefektivnění služeb kontaktního centra, nebo jako informace o efektivitě jeho práce.

Výzkum též poukazuje na nutnost volby jiné strategie práce s muži a jiné s ženami.

Zcela se potvrdila první hypotéza, že většina klientů kontaktního centra užívá drogy nitrožilně. Ukázalo se, že je to dokonce 100 % klientů. Také se potvrdila druhá hypotéza, že nejužívanější drogou mezi klienty kontaktního centra je pervitin.

Třetí hypotéza, že klienti využívají nejvíce služby výměny injekčních jehel, další služby se v četnosti využití statisticky významně neliší, se potvrdila pouze částečně. Výměnný injekční program je sice nejvyužívanější službou, ale využívání dalších služeb se od sebe liší. Například jen velmi malý počet mužů využívá služby rozhovor s pracovníkem a poradenství. Je vidět, že zde mají pracovníci kontaktního centra poměrně malou efektivitu práce a možná by bylo dobré se tomuto problému věnovat, hledat jeho příčiny a dále s nimi pracovat.

Čtvrtá hypotéza se také potvrdila pouze částečně, většina klientů kontaktního centra sice opravdu není sociálně zajištěna, ale pouze v oblasti příjmů, jinak je tomu ale v oblasti ubytování. Zdrojem příjmů je u respondentů bohužel velmi často činnost, která je v rozporu se zákonem, snaha kontaktních pracovníků tento trend změnit je tedy opodstatněná a důležitá pro celou společnost, nejenom pro tu drogově závislou. Zatímco příjmy většiny klientů zajištěny nejsou, bydlení (třebaže bez sociálního zařízení) má zajištěné většina klientů.

Poslední, pátá hypotéza, se zcela potvrdila, většina klientů je opravdu testována na nejběžněji rozšířené nemoci mezi drogově závislými (HIV, žloutenka), Potvrdilo se také, že toto testování většinou proběhlo dobrovolně, z vlastní iniciativy klienta. Tento fakt ukazuje na velkou efektivitu práce kontaktních center v oblasti snižování zdravotních rizik. Fakt, že se takové procento klientů (viz tabulka 6, 7, 8 a 9) podaří přesvědčit o vysoké důležitosti pravidelného testování, je velmi uspokojivý.

ZÁVĚR

Drogová závislost je problém, který se může rozvinout u každého člověka v kterémkoliv věku. V dnešní společnosti se objevuje mnoho faktorů, které mohou vznik závislosti ovlivnit. Nejrizikovější skupinou jsou samozřejmě adolescenti, ale různé krizové situace, způsobené dnešním stylem života, můžou zapříčinit vznik závislosti i v pozdějším věku. Závislost pak negativně neovlivňuje pouze jedince, u kterého se rozvinula, ale i jeho okolí a potažmo celou společnost. Neboť jak ukázal výše uvedený výzkum, drogová závislost je často doprovázena činnostmi, které je v rozporu se zákonem a také s šířením infekčních onemocnění. Z výzkumu také vyplývá, že závislost je dlouhotrvající problém, který potřebuje komplexní řešení.

Kontaktní centra se snaží problematiku závislostí pojímat v celé této její šíři a nabízet komplex služeb, které jsou spolu logicky propojené. Svou nízkoprahovostí se pokoušejí o dostupnost těchto služeb pro co největší počet klientů. Napomáhají motivovat klienta k započetí procesu změny jeho rizikového chování. Snižováním zdravotních rizik, sociální stabilizací a psychickou podporou se snaží zachovat klienta v co nejlepším psychosociálním stavu, což je velmi důležité pro postup klienta k dalším cílům, které vrcholí až u trvalé abstinence. Snaží se klienta motivovat k nastoupení léčby, individuálně pracují na výběru co nejideálnějšího způsobu léčby pro jednotlivé klienty.

Kontaktní centra se svojí činností nezaměřují pouze na drogově závislé, ale nabízí i poradenství a psychickou podporu rodinným příslušníkům a osobám blízkým.

Práce s drogově závislými je velmi náročným úkolem, jehož vyřešení spočívá hlavně ve vlastní motivaci klienta. Je to práce dlouhodobá a velmi náročná pro všechny zúčastněné. Kontaktní centra jsou tedy důležitým článkem v řešení drogové problematiky.

POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

DOLANSKÁ, P., KORČIŠOVÁ, B., MRAVČÍK, V.: *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004

ESCOHOTADO, A.: *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvox Globator, 2003

HARTL, J., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O.: *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996

KALINA, K.: *Drogy v ordinaci praktického lékaře: příručka o drogách, jejich zneužívání a komplikacích pro všeobecnou medicínskou praxi*. Praha: Filia, 1997

MANN, J.: *Jedy, drogy, léky*. Praha: Academia, 1996

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000

MILLER, W. R., ROLLNICK, S.: *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003

MÜHLPACHR, P.: *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002

NEŠPOR, K., CZÉMY, L.: *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996

NOŽINA, M.: *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997

PRESL, J.: *Drogová závislost*. Praha: Maxford, 1995

ROBIN, S. H., MICHELSON, J. B.: *Illustrated handbook of drug abuse*. Chicago, London: Year Book Medical Publ., 1988, In VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál, Praha, 2004

URBAN, E.: *Toxikománie*. Praha: Avicenum, 1973

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál: Praha, 2004

Sborníky

BAYER, D.: *Farmakoterapie závislosti, patologických komplikací a komorbidit*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

BÉM, P., KALINA, K.: *Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK: *Pojmosloví NZDM*. Praha, 2005

HAMPL, K.: *Lékařská ambulantní péče o závislé*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

KALINA, K., et al.: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: RV KPP, 2003

HERZOG, A.: *Strategie specifické sociální prevence rizikového chování v rámci nízkoprahové práce s mládeží*. In KLÍMA P., et al.: *Kontaktní práce*, Česká asociace streetwork, o.s., Praha, 2007

KALINA K., et al.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Úřad vlády ČR, Praha, 2001

KALINA, K., *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy přístupy a problémy*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup I*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

KALINA, K., *Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup I*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

KUDERLE, S.: *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*, In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup I*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

KUDERLE, S.: *Úvod do bio-psychosociálního modelu závislosti*, In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup I*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

LIBRA, J.: *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

MIOVSKÝ, M., BARTOŠÍKOVÁ, I.: *Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

PETROŠ, O. ed.: *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006

POPOV, P.: *Programy metadonové a jiné substituce*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

Standardy sociálních služeb. Pracovní verze. Praha: PMPSV ČR, 2000, In LIBRA, J.: *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K., et al.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup II*, Praha: Úřad vlády ČR, 2003

Slovníky

MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003

Internetové zdroje

Zákon č. 108/2006 Sb : Zákon o sociálních službách [online]. 2006 [cit. 2008-07-10]. Dostupný z WWW: < https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>.

O DROGÁCH : Drogová poradna [online]. 2002-2008 [cit. 2008-07-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/>>.

Ilegální drogy : Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 2003-2006 [cit. 2008-07-02]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy>.

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže 2005 – 2008 : MŠMT [online]. 2006 [cit. 2008-06-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/strategie-prevence-socialne-patologickych-jevu-u-deti-a-mladeze>>.

Prof..PhDr.KOHOUTEK,CSc., Rudolf . *Hawthornský efek* [online]. 2005-2006 [cit. 2008-07-09]. Dostupný z WWW: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=Hawthornsk%FD+efekt>.

PŘÍLOHA 1:

Dotazník

1. pohlaví: Muž Žena Věk:.....

2. Z jakého zdroje je váš hlavní příjem?

- a) Práce s řádnou pracovní smlouvou
- b) Brigády nebo příležitostné práce na řádnou smlouvu
- c) Příležitostné práce nebo brigády na černo
- d) Sociální dávky
- e) Jiné:.....

3. Jakým způsobem bydlíte?

- a) V bytě, či jiném prostoru bez zázemí (squat, zahrádkářská kolonie)
- b) Byt se sociálním zařízením (u rodičů, vlastní byt, byt partnera, v pronájmu)
- c) Bez domova

4. Jakou drogu nejvíce užíváte (i více možností)?

- a) Heroin
- b) Subutex
- c) Subuxon
- d) Pervitin
- e) Léky:.....
- f) Alkohol
- g) Jiné:

5. Jak dlouho užíváte drogy?

.....

6. Jak dlouho užíváte injekčně?

.....

7. Jaké služby kontaktních center nejčastěji využíváte?

- a) Výměna jehel
- b) Rozhovor s pracovníkem
- c) Poradenství
- d) Zdravotní ošetření
- e) Posezení v kontaktní místnost (káva, čaj)
- f) Hygienický servis

8. Byl/a jste někdy testován/a na HIV?

- a) Ano – v posledním roce
- b) Ano dříve: v roce.....
- c) Ne

9. Kde jste byl/a testován/a?

- a) Ve vazbě, nebo ve výkonu trestu
- b) Při nástupu na léčbu závislosti
- c) V Kontaktním centru.....

10. Byl/a jste někdy testován/a na žloutenku?

- a) Ano – v posledním roce
- b) Ano dříve: v roce.....
- c) Ne

11. Kde jste byl/a testován/a?

- a) Ve vazbě, nebo ve výkonu trestu
- b) Při nástupu na léčbu závislosti
- c) V Kontaktním centru.....