

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Problematika drogové závislosti u mladých dospělých klientů

The problem of drug addiction among young adult clients

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Monika Nová

Autor bakalářské práce:

Nicole Nagyová

Praha 2016

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala mé vedoucí bakalářské práce, vážené paní PhDr. Monice Nové za cenné rady, trpělivost, ochotu a odborné vedení, které mi poskytla a které napomohlo k vytvoření mé bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci na téma Problematika drogové závislosti u mladých dospělých klientů vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. 5. 2016

Nicole Nagyová

Anotace a klíčová slova

Anotace

Bakalářská práce se v teoretické části zaměřuje především na seznámení se s obecným shrnutím drogové problematiky, definicí slova droga a závislosti. Orientuje se zejména na drogy injekčně užívané a jejich sociální i zdravotní dopady, které jsou typické v mladém dospělosti. Zároveň představuje sociální a zdravotnické služby, které jsou určeny cílové skupině uživatelů psychoaktivních látek.

Praktická část se zabývá hypotézou o možných situacích v dětství, kdy docházelo k formování osobnosti a které mohly zapříčinit vznik závislosti. Také se zaměřuje na negativní sociální dopady, které v důsledku užívání návykové látky, těmto mladým lidem vznikly.

Klíčová slova

Abstinenční příznaky, droga, drogová závislost, intravenózní aplikace, návyk, návyková látka, psychoaktivní látka, riziko, sociální důsledky, uživatel.

Annotation

Bachelor thesis focuses in theoretical part on familiarization with a general summary of the narcotic drug issues, the definition of the word dope and narcotic drug addiction. It is oriented especially on injectable drugs and their social and health impacts that are typical in young adulthood. It also introduces a social and health services, which are designated for the target group of psychoactive substance users.

The practical part deals with the hypothesis about the possible situations in childhood, when there was forming of personality and that might be a cause of addiction. It also focuses on the negative social impacts for people, who are using narcotic drugs.

Key words

Abstinence symptoms, drug, drug adiction, injection application, habit, addictive substance, psychoactive substance, risk, social consequences, user.

Seznam zkratek

ATP. – a tak podobně

ATD. – a tak dále

KC – kontaktní centrum

NAPŘ. – například

STOL. - století

TK – terapeutická komunita

TZV. – takzvaný

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1 Základní terminologie.....	8
1.1 Droga.....	8
1.2 Závislost.....	9
1.3 Kdo je mladý dospělý - narkoman?	11
1.4 Problematika	11
1.5 Intravenózní aplikace	11
1.6 Základní faktory vzniku závislosti.....	12
2 Nejčastěji injekčně užívané drogy	14
2.1 Amfetamin, pervitin.....	14
2.2 Heroin.....	15
2.3 Kokain.....	16
2.4 Subutex.....	17
3 Možné sociálně - zdravotní důsledky intravenózní aplikace.....	18
3.1 Absces	18
3.2 Virová hepatitida C	19
3.3 AIDS	20
3.4 Toxické psychózy	20
3.5 Paranoia.....	21
4 Časté sociální dopady způsobené užíváním drog v mladém dospělém věku.....	23
4.1 Drogy a rodina	23
4.2 Těhotenství a mateřství u drogově závislých žen.....	24
4.3 Drogy a kriminalita	25
4.4 Squatting, bezdomovectví	26
4.5 Prostituce.....	27
5 Síť poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb pro uživatele drog	28
5.1 Terénní programy.....	28
5.2 Nízkoprahová kontaktní centra	29
5.3 Lékařská ambulantní péče o závislé.....	30
5.4 Denní stacionáře.....	31
5.5 Detoxifikační jednotky	32
5.6 Programy metadonové a jiné substituce.....	32
5.7 Střednědobá ústavní léčba.....	33
5.8 Terapeutické komunity.....	34

5.9	Následná péče s doléčovacími programy	35
5.10	Chráněné bydlení a chráněná práce.....	36
	Praktická část	38
6	Kvalitativní výzkum.....	39
6.1	Metodika výzkumného šetření	39
6.2	Zkoumaný soubor	40
6.3	Případová studie č. 1 – KRYŠTOF, 25 LET.....	40
6.4	Případová studie č. 2 – VLADIMÍR, 30 LET	45
6.5	Shrnutí výsledků uvedených případových studií	50
6.6	Rozhovor s pracovníkem č. 1 – pracovník kontaktního centra	52
6.7	Rozhovor s pracovníkem č. 2 – pracovník kontaktního centra	53
6.8	Rozhovor s pracovníkem č. 3 – pracovník detoxifikační jednotky	54
6.9	Shrnutí závěrů vyplývajících z rozhovorů	55
7	Diskuze.....	57
	Závěr	62
8	Seznam použité literatury.....	64
9	Summary	68

Úvod

Cílem bakalářské práce je seznámení s drogovou problematikou a závislostí, především pak s jejími důsledky. V praktické části je hlavním záměrem poukázat na rizikové události z období vývoje a následně na negativní sociální dopady v mladém věku. Téma této problematiky mě zajímá již řadu let. Měla jsem také možnost se ve svém okolí setkat s drogově závislými a zaznamenat tak jejich osudy. To bylo důvodem, který hrál zásadní význam při výběru tématu mé bakalářské práce.

Drogová problematika má velmi hluboký historický i sociální původ, což propojuje současnost s dávnou minulostí. Drogy se staly jevem, který po stránce ekonomické, politické, sociální a zdravotní velmi negativně poznamenává životy lidí. Drogová závislost způsobuje, že člověk přestává být jedincem svobodným. (Nožina, 1997)

Drogový problém je aktuální a osobně ho považuji za celospolečenskou potíž, tedy týkající se široké veřejnosti. Touto problematikou se chci zabývat nejen v rámci své bakalářské práce, ale také v budoucí profesi. Jako nezbytnost pro snížení počtu drogově závislých osob považuji včasnou primární prevenci u ohrožených i neohrožených jednotlivců a skupin, snižování možných rizik souvisejících s užíváním drog, redukci jejich dostupnosti a především vhodnou a účinnou léčbu spojenou s potřebnou resocializací.

Má bakalářská práce bude rozdělena na dva úseky. Bakalářská práce se bude zaměřovat pouze na drogy, které se užívají injekčně a na uživatele takových drog. První část je teoretická a je rozdělena do pěti hlavních kapitol. V první kapitole se čtenáři budou moci seznámit s obecnými pojmy, které se týkají drogové problematiky. Záměrem první kapitoly bude získat informace pro následné pochopení a orientaci v kapitolách následujících. Druhá kapitola bude charakterizovat nejčastěji injekčně užívané drogy a popisuje jejich účinky a rizika. Třetí kapitola popíše možné zdravotní důsledky, které užívání psychoaktivních látek často způsobuje. Čtvrtá kapitola bude zaměřena na sociální důsledky, které jsou příznačné pro uživatele drog v mladém věku. Pátá kapitola představí jednotlivé sociální a zdravotní služby, které jsou uživatelům poskytovány ať už v průběhu užívání drog, nebo k udržení následné abstinence.

Šestá kapitola je druhým oddílem mé bakalářské práce a jedná se o praktickou část, která bude zahrnovat dvě kazuistiky a rozhovory s pracovníky, kteří každodenně pracují s drogově závislými osobami. V kazuistikách se budu snažit poukázat na vliv prostředí

a dalších faktorů, ve kterých daný jedinec vyrůstal. Cílem praktické části bude zaměřit se na určité nežádoucí vlivy, které mohly vést ke vzniku drogové závislosti a také na sociální důsledky, které byly uživatelům drog způsobeny v důsledku jejich životního stylu, spojeného s užíváním drog. V poslední kapitole, diskuzi, zmíním vlastní názor na drogovou problematiku v České republice.

Ráda bych touto prací docílila také toho, aby byla pomůckou nejen do mého budoucího profesního života, ale aby byla přínosná i pro ostatní čtenáře a dokázala vytvořit alespoň všeobecný náhled na drogovou problematiku. K řešení takto závažného problému přispěje pouze ochota celé společnosti se na řešení této záležitosti podílet.

Teoretická část

1 Základní terminologie

Drogy provázejí člověka od počátku existence. (John, Presl, 1996) Již od nepaměti lidé hledali způsoby, jak zesílit pocit radosti nebo naopak uniknout před bolestí a pocity osamělosti. (Kalina a kol., 2003) První zmínky o drogách lze zařadit již do třetího tisíciletí před naším letopočtem. (Mahdalíčková, 2014)

K samotnému zneužívání drog došlo na začátku 19. století. V té době byla Čína na prvním místě ve světě, kde docházelo k největšímu zneužívání opia. V České republice došlo k prvnímu výraznému zneužívání především v období první republiky. Od první poloviny devadesátých let pak počet osob užívajících návykové látky stále stoupá. (Mahdalíčková, 2014)

Užívání psychoaktivních látek představuje zátěž nejen pro jedince, ale také pro celou společnost. 9% onemocnění vzniká v důsledku užívání a závislosti na těchto látkách. S tímto patologickým jevem je velmi často spojená i doprovodná kriminalita a dochází tak k ohrožení široké veřejnosti. Jedná se i o důležité politické téma řešící míru legitimitnosti a dostupnosti psychoaktivních látek. (Fischer, Škoda, 2009)

1.1 Droga

Tento název je převzatý z francouzského slova „drogue“ a původně označoval živočišné či rostlinné látky. V průběhu století však došlo ke změně významu tohoto slova. V současné době se tímto slovem označují přírodní, polosyntetické, syntetické a psychoaktivní látky, u kterých se vyskytuje riziko rozvoje závislosti. (Göhlert, Kühn, 2001)

Zjednodušeně se jedná o chemickou látku, která dokáže změnit fungování těla, pocitů, vjemů. Mnoho z běžně užívaných věcí je drogou, např. kofein či aspirin. Rozdílem ale je, že se jedná o drogy legální. Jinou skupinu tvoří heroin, pervitin, kokain a další nelegální drogy, jejichž užívání má velmi negativní dopady a může být smrtelné. (Ganeri, 2001) Za psychoaktivní látku lze tedy označit tu, která ovlivňuje psychickou činnost. Pokud se jedná o chemickou látku měnící psychický stav člověka a je u této látky možný vznik závislosti, hovoříme pak o látce návykové. (Fischer, Škoda, 2009)

Většinu drog je možné vnímat i v pozitivním slova smyslu, jelikož byly určeny pro medicínské účely. Jejich projevy poté ale záleží na cíleném užití a správnosti dávkování.

U mnoha návykových látek, které byly známy již po tisíciletí, došlo k tomu, že jsou společností vnímány jako běžné a nejsou považovány za možné nebezpečí. (John, Presl, 1996) Využívání psychoaktivních látek lze tedy rozdělit do tří kategorií. V první se mnohé používají jako součást medikamentů pro utlumení bolesti, pro dosažení klidného spánku, zbavení úzkosti nebo naopak pro povzbuzení a bdělost. Do druhé kategorie se řadí nelegální zneužívání psychoaktivních látek. A poslední kategorie zahrnuje legální užívání těchto látek, jako je alkohol, kofein nebo tabákové výrobky. To, že se tyto látky staly legálními, vychází spíše z historických a sociokulturních souvislostí. Současné lékařské a vědecké poznatky potvrzují vyšší počet úmrtí v důsledku užívání těchto legálních látek, oproti úmrtí v důsledku užívání všech psychoaktivních látek dohromady. (Fischer, Škoda, 2009)

1.2 Závislost

K závislosti se člověk často propracuje především díky prvotním experimentům, které přejdou v pravidelné užívání drog. Závislost nastává v momentě, kdy si jedinec návykovou látku bere opakovaně, v určitém čase. Zpočátku v době smutku, nervozity nebo naopak pro zábavu. Později už ale důvody pro užívání drogy nehledá a dostává se do definitivního stádia každodenního užívání. Typické jsou sliby a plány na změnu, které ovšem nepřicházejí. Závislý člověk sám pozoruje negativní dopady užívání drog, a přesto v užívání pokračuje. Může se jednat o problémy v zaměstnání, rodině, partnerských vztazích, finanční problémy či zdravotní důsledky. Ztrácí tak kontrolu nejen nad svou závislostí, ale také nad svým způsobem života. Můžeme tak zmínit určitou sociální závislost, kdy se uživatel pohybuje ve skupině lidí se stejným životním stylem a izoluje se tak od běžné společnosti a možností pomoci. (Hajný, 2001) Závislost lze vymezit jako chronickou a postupující poruchu, která se vyvíjí díky přirozené touze člověka změnit své prožívání. (Kalina a kol., 2003)

V případě závislosti nastává velmi značná snášenlivost organismu. Tělo je schopné snést velké množství návykové látky a buňky si pak chemikálii samy vyžadují. Emoce a myšlenky závislého člověka jsou ovládány nutkáním vzít si drogu znovu a touto myšlenkou se stávají závislé osoby posedlé. Závislá osoba se nevrací do normálního stavu po odeznění drogy, ale nastává silná deprese, kdy se z osob užívajících drogy stávají duševně narušení jedinci. Závislost negativně zasahuje všechny oblasti života, ale závislá osoba není ani přesto schopna s užíváním přestat. (Arterburn, Burns, 2001). Fyzická závislost se projevuje

nepříjemnými fyzickými příznaky, mezi které je možné zařadit třes či křeče. Trvá pouze několik dnů, zřídka kdy týdnů. Psychická závislost se vyznačuje touhou po opětovném zažití příjemného duševního stavu a její trvání je dlouhodobé. Nejčastější je však jejich kombinace. (Fisher, Škoda, 2009)

Mezi hlavní znaky, dle kterých lze diagnostikovat závislost patří:

- a) Bažení, které se projevuje silnou touhou látku užívat
- b) Nízká schopnost sebeovládání
- c) Tělesné znaky spojené s obtížným odvykacím stavem
- d) Nárůst tolerance, kdy je jedinec nucen zvyšovat dávky drogy pro správný účinek
- e) Zanedbávání vlastních zájmů v důsledku užívání drogy
- f) Pokračování v užívání i přes zpozorování negativních dopadů (Nešpor, 2011)

Rozvoj závislosti zpravidla probíhá ve čtyřech etapách. V první fázi daný jedinec experimentuje a pouze zkouší účinek drogy. (Fisher Škoda, 2009) Počáteční stádium je spojeno s euforií, lehkým přístupem k droze a uvolněním. (Göhlert, Kühn, 2001) V další etapě už dochází k příležitostnému užívání, které je charakteristické požíváním drogy za určitým účelem. (Fisher, Škoda, 2009) Pozvolna se tak dotyčná osoba dostává do kritické fáze navykání. (Göhlert, Kühn, 2001) Třetí stádium pravidelného užívání nastává, když osoba požívá návykovou látku stále častěji a začíná zanedbávat dosavadní zájmy i své okolí. Ve fázi závislosti se všechna motivace vztahuje na drogu a dochází ke změnám ve všech úrovních života jedince. (Fischer, Škoda, 2009) Individuum naprosto ztrácí kontrolu nad drogou, zažívá abstinenci příznaky i tělesná poškození. Poslední etapa se vyznačuje zejména nedostatkem finančních prostředků, bezdomovectvím a duševním rozkladem. (Göhlert, Kühn, 2001) Dalším specifikem je nutkání drogu užít, aby se daný jedinec cítil dobře a zamezil tak špatným psychickým a tělesným stavům. (Shapiro, 2005) Bez návykové látky se tedy závislá osoba cítí hůře, než s ní. (Aterburn, Burns, 2001)

Je třeba rozlišovat slovo závislost a návyk. Závislost nastává v případě, kdy si tělo na drogu zvykne duševně a tělesně natolik, že bez jejího užívání není schopno normálně fungovat. Návyk se objevuje, pokud nelze přestat brát drogu i přes to, že si to jedinec přeje. (Ganeri, 2001)

Fischer a Škoda definují syndrom závislosti jako soubor psychických a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání psychoaktivní látky. (2009, str. 93)

1.3 Kdo je mladý dospělý - narkoman?

Charakteristickým obdobím pro mladou dospělost je věk mezi 20 až 40 lety. Již nedochází k větším fyzickým změnám, které by významně ovlivňovaly lidskou psychiku. V tomto věku člověk čerpá především ze získaných zkušeností a určitých poznatých vzorů. Typické jsou především socializační změny zahrnující přijetí nových rolí, způsobů chování a uvědomění si vlastní hodnotové orientace. Mladý dospělý se tak setkává se širokou škálou nových sociálních situací, které je nucen zvládnout. Dochází k souběhu rizikových událostí života a to, jak se s nimi daná osoba vyrovná, ovlivní její další život. (Vágnerová, 2007) V oblasti inteligence je pro období mladé dospělosti specifické vyvrcholení inteligenčních schopností, které se ale poté s přibývajícím věkem snižují. Verbální um zůstává stejný, ale ten výkonový klesá. (Ruisel, 2000)

Narkomanem se osoba stává ve chvíli, kdy jí užívání drogy přináší vážné tělesné, duševní, ale i společenské obtíže. Možné je i označení závislý nebo problémový uživatel. Narkomanie je tedy typická stádiem, kdy droga uživateli způsobuje závažné, škodlivé účinky. Uživatel je většinu času pod vlivem drogy a další dávku je schopný získat téměř za jakoukoliv cenu. (Shapiro, 2005)

1.4 Problematika

Běžně lze toto slovo vysvětlit jako soubor neřešených otázek, ačkoliv by řešeny být měly. Je to jakýsi okruh týkající se konkrétní oblasti problému. (Richard Andraščík, 2005-2016)

1.5 Intravenózní aplikace

Jedná se o vpravení substance, jejíž forma je tekutá, přímo do žíly či tepny. Intravenózní aplikace zaručuje velmi rychlý nástup účinku látky, která může být do krevního oběhu vpravena pomocí injekce či infuze. (Wikipedia, 2014)

Injekční podání drogy je nebezpečné především kvůli možnosti přenosu viru HIV, hepatitid, zánětu srdeční nitroblány, předávkování, otravám krve či zánětu žil. (Ganeri, 2001) Injekční uživatelé drog by se měli vyvarovat aplikaci drogy do svalu či pod kůži. Důvodem je vyšší bolestivost, riziko zanesení infekce, nabodnutí sedacího nervu či kosti, a také možnost ucpaní životně důležité cévy nebo tepny. (Dekontaminace II., 2015) Nejen, že tedy dochází k poškození cév, zánětům a infekcím, ale napíchnutí tepny může zapříčinit amputaci končetiny až smrt. (Tyler, 1988)

Injekční užívání je nejrizikovější možností, jak drogu aplikovat. Po vpichu látky do žíly, se droga ihned dostává do krevního oběhu a z části také do mozku. Do několika sekund se dostavuje účinek. Samotná jehla vyvolává u uživatelů pocit závislosti a jsou pak schopni vstříknout si do žíly cokoliv. (Shapiro, 2005) Tento spolehlivě nejrizikovější způsob aplikace drogy je nebezpečný také kvůli tomu, že dochází k vpravení toxické látky do krve, společně se všemi nežádoucími příměsemi. Pokud je množství bakterií dostatečné, dochází tak ke vzniku infekčního onemocnění. (Kalina a kol., 2003)

1.6 Základní faktory vzniku závislosti

Lidé drogy užívají a stávají se na nich závislými především pro jejich účinky. Droga člověku umožní dosažení vyšší kontroly nad sebou i ostatními, urychluje vlastní vývoj prostřednictvím uvědomění si sama sebe, dokáže zbavit nepříjemného pocitu a naopak vyvolá stav slasti, usnadní přizpůsobení a napomáhá nespolečenskému životu. (Kalina a kol., 2003)

V případě návyku nelze hledat pouze jednu příčinu. Primárně záleží na tří-faktorové struktuře podmínek. První podmínkou je sám jedinec. Záleží na osobním hodnotovém pojetí člověka, schopnosti vztahů, tolerance zátěže, na postoji k drogám. Neodmyslitelné je také prostředí, ve kterém se jedinec nachází a nakonec samotná droga. (Göhlert, Kühn, 2001) Podstatný je také podnět, který vedl k počátku užívání. Tyto základní faktory se objevují u všech drogově závislých, ale pokaždé mohou být méně či více důležité. (Illes, 2002)

Rozhodnutí člověka užívat drogy tedy závisí opravdu na mnoha podnětech. Mezi důležité faktory lze dále řadit psychické a fyzické dispozice, sociální a rodinné prostředí, věk, zkušenosti a samozřejmě mnoho dalších hledisek, které ovlivňují život jedince. V případě, kdy člověk nemá vhodné podmínky pro svůj život a cítí se být nejistý, je závislostí ohrožen ve větší míře. Závislým se stane spíše ten, kdo trpí stavy úzkosti či depresí, než osoba, která se cítí dobře. Uživatelé drog jsou tedy většinou osoby, které mají primárně jiné potíže než drogy. Důležitou se tedy stává abstinence a poté vyřešení problémů, které k užívání vedly. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007)

V biologické úrovni je možné riziko především v případě závislosti matky v období těhotenství nebo použití tlumivých látek při porodu. Stejně i psychologická úroveň je podstatná již v době perinatálního vývoje. V případě, že matka prožívá těhotenství jako stresovou situaci, tyto informace získává i plod. Nebezpečné je i užívání tlumivých látek proti stresu, jelikož plod tím nastartuje jakousi dráhu poznání o efektu těchto látek při určitém

napětí. Stejně důležitá je péče o dobrý vývoj dítěte v postnatálním období a uspokojování potřeb s ohledem na určité hranice. Vliv okolí, vztahy v rodině nebo soužití se závislou osobou, formuje další vývoj člověka v dospívání, což se odehrává především prostřednictvím sociálního učení. V tomto případě se jedná o sociální úroveň, která zahrnuje širokou škálu možných vlivů. Faktorem vzniku závislosti může být i nenaplněná spirituální úroveň, která zahrnuje hledání sama sebe nebo potřebu prolomení osamělosti. (Kalina a kol., 2003)

Nelze ovšem vyloučit ani traumatizující události v lidském životě. Traumatizace v dětství vzniká především v důsledku tělesného nebo sexuálního zneužití, provázeného citovou deprivací. Nezapomenutelnou událostí je také úmrtí blízké osoby nebo izolace spojená s nadměrným stresem. I v období dospívání může být trauma způsobeno zažitím tělesného nebo sexuálního násilí. Traumata vzniklá v období závislosti jsou spojená se samotným aktem závislosti zahrnující injekční aplikace, páchání kriminality nebo předávkování. Trauma paralyzuje, devastuje vazby a důvěrné vztahy s lidmi, ničí tak i vztah k vlastnímu tělu. (Kalina a kol., 2003)

V současné společnosti velmi často selhávají rodinné vazby a tak mladí lidé hledají vzory jinde. V okruhu jiných lidí mohou zažívat pocity bezpečí, pochopení a sounáležitosti. Už tyto faktory mohou být rizikem vytvoření podmínek pro užívání návykové látky a závislost. Lidé často tímto způsobem unikají před problémy a zodpovědností. „Na droze“ se cítí příjemně a mohou zapomenout na veškeré problémy, které je v normálním stavu tíží. (Mahdalíčková, 2014)

2 Nejčastěji injekčně užívané drogy

Vůbec první zkušenost měl člověk s psychedelickými drogami, které byly užívány pro nejrůznější šamanské rituály. Tento druh drog je starý jako lidstvo samo. Sloužily především k léčení, věštění nebo komunikaci s nebesy. Mladší je pak zkušenost s drogami návykovými, které způsobují utrpení a silnou závislost. (Kamila a kol., 2003) Psychoaktivní látky přestupují zábranu mezi krevním řečištěm a mozkem, způsobují tak změny v psychických činnostech. Psychedelické látky způsobují intenzivnější pozitivky a vjemy, mohou také vyvolávat halucinace. (Křivohlavý, 2001)

2.1 Amfetamin, pervitin

Poprvé byl amfetamin syntetizován na konci 19. stol. a první zmínky o jeho zneužívání se objevují až v první polovině 20. stol., kdy byl vyzkoušen studenty z Minesotské univerzity. (Kalina a kol., 2003)

Amfetaminy se řadí mezi stimulační látky, které působí na centrální nervový systém a na uživatele účinkují podobně jako silný pocit adrenalinu. Vyvolávají velký přísun energie, potlačují chuť k jídlu, posilují sebevědomí. V dřívějších dobách byl amfetamin využíván jako tableta k hubnutí či k bdělosti a potlačení deprese. Hojně byl také podáván vojákům, aby zvládli únavu z bojů a povzbudil jejich morálku. (Shapiro, 2005) V současnosti jsou amfetaminy ilegálně vyráběny a nejsou tak vhodné pro lékařské účely. Nejběžnějším amfetaminem v ČR je pervitin. (Ganeri, 2001)

Běžný způsob užívání je vypití amfetaminu smíchaného s vodou, nasátí nosem či rozpuštění látky s vodou a aplikace této směsi do žíly. Dostavuje se pocit euforie a je značně ovlivněna motorika i psychické funkce. Dochází ke zvýšení činnosti celého organismu. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007) Po užití se jedinec cítí velmi vzrušený, vnímavý a nepocituje únavu. Po odeznění účinku pak ale může nastat opak. Přichází pocit únavy, hladu, deprese a také paranoii. (Ganeri, 2001) Při pravidelném a dlouho trvajícím užívání amfetaminů může dojít k paranoidně – halucinačním stavům. Tyto stavy uživateli způsobují zkreslenou představu o realitě, neklid a pocit ohrožení. Po vysazení substance tento stav může přetrvávat až měsíc. (Göhlert, Kühn, 2001) Dlouhodobé užívání také způsobuje psychózu, která je příčinou náhlých změn nálad či agresivního chování. (Shapiro, 2005)

Pervitin je získáván z efedrinu. Jeho stálé užívání vede k závažným psychickým

poruchám. Uživatel pervitinu má stále pocit, že je někým sledován a je obětí spiknutí. Zpočátku si narkoman uvědomuje, že se jedná o účinek drogy, ale postupně začne přeludům věřit a bere je jako realitu. (Illes, 2002)

Při prodeji amfetaminu je velmi častá záměna drogy, za něco jiného. Drogy jsou často smíchané s nečistotami a chemikáliemi, pro zvětšení objemu. Proto je intravenózní aplikace v případě amfetaminů velmi nebezpečná. Nese riziko předávkování, poškození žil či jater, a v neposlední řadě přenos HIV. Oproti uživatelům heroínu si uživatelé amfetaminů zpravidla vpichují dávku častěji a jsou sexuálně aktivnější, což jen znásobuje riziko přenosu infekcí. (Shapiro, 2005)

2.2 Heroin

Již před 6000 lety existují bezpečné informace o pěstování máku, kvůli jeho narkotickým účinkům. Řekové pak zavedli název opium. (Kalina a kol., 2003) Heroin se tedy řadí mezi opiáty, které se v lékařství využívají pro tlumení bolesti. Opiáty se vyrábí z opiového máku, heroin z morfia a je dvakrát silnější. Heroin je čistě bílý prášek, ale aby nebyl ihned smrtelný, smíchává se například s křídou, moukou, kofeinem a má pak nahnědlý vzhled. Hnědý heroin má okolo 30% účinných látek, bílý přes 90%. Uživatelé často neodhadnou dávku bílého heroínu, pokud jsou zvyklí užívat heroin hnědý a dochází tak k předávkování. (Illes, 2002)

Heroin je možné užívat nosem, kouřit, inhalovat, ale nejčastější, nejvíce nebezpečné a nejúčinnější je vstříkávání injekcí těsně pod kůži, do svalu a především do žil. Látku stačí smíchat s vodou a kyselinou, rozehrát na lžici a natáhnout do stříkačky. Po užití je charakteristický pocit štěstí, osvobození od všech problémů a starostí, uvolněnost. Jedná se o tlumivou látku, která působí podobně jako sedativa. U intravenózní aplikace je typické zaplavení těla pocitem tepla. (Fischer, Škoda, 2009) Heroin je vysoce návykový a tolerance se velmi rychle zvyšuje. Abstinenční příznaky se objevují velmi brzo a i po jejich překonání stále trvá psychická touha po další dávce. U abstinenčních příznaků jsou přítomné velmi silné křeče. (Illes, 2002)

Chování u těchto uživatelů je velmi často nečestné, protizákonné a především rizikové, kvůli intravenózní aplikaci. (Ganeri, 2001) Dlouhodobé a chronické užívání heroínu způsobuje změnu charakterových vlastností a dochází k etickému rozkladu daného jednotlivce. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007) Velkým rizikem je předávkování kvůli nečistotě heroínu

nebo neodhadnutí dávky, která pro tělo není přijatelná. (Ganeri, 2001)

Jde o jedno z nejúčinnějších analgetik. Dochází tak k celkovému útlumu nervového systému, zpomaluje dýchání a frekvenci srdce. Ze všech opiátů tato dávka účinkuje nejrychleji a při středních dávkách je uživatel schopen běžně fungovat. Jak již bylo zmíněno, tolerance na drogu narůstá velmi rychle, a to již po 2 až 3 týdnech užívání. (Shapiro, 2005)

Heroin patří mezi opiáty a ty nelze užívat rekreačně pro zábavu. Pokud někdo užívá heroin, musí počítat s rizikem, že nakonec bude nucen brát ho každý den. Jednoho dne dojde k potřebě zvýšit dávku, aby nedocházelo ke špatnému tělesnému stavu, kdy uživatel zažívá bolesti kloubů, průjmy, zvracení a další nepříjemnosti. Postupně dochází k sociální likvidaci, kdy si jedinec peníze na drogu opatřuje nelegální cestou. (John, Presl, 2006)

2.3 Kokain

Kokain se získává z rostliny Koka, která má podobu křoví a roste především v kopcovitých oblastech v Jižní Americe. (Illes, 2002) Samotný kokainovník nemá tak silné účinky, jako droga připravená z jeho listů. Čaj z této rostliny se dá přirovnat k silnému zelenému čaji. (Dekontaminace IV., 2013) Účinky této drogy jsou známy již před 5000 lety. (Kamila a kol. 2003)

Ve zdravotnictví byla tato látka využívána pro umrtvení. Jde o bílý prášek, který se skládá z malých krystalků. Lze ho užívat injekčně, dá se kouřit nebo vtírat do dásní. (Ganeri, 2001).

Kokain je stimulační látka, která velmi silně působí na nervový systém jejího uživatele, jelikož zasahuje chemická centra v mozku. Kokain je velmi návykový a nebezpečný. Účinky jsou podobné jako u amfetaminů. U uživatele dochází k návalu energie a síly, také k pocitu neobvyklé soustředěnosti. Rozdílem od amfetaminů je, že působí velmi krátce a to zhruba 30 minut. Typická je tak velká spotřeba. (Illes, 2002) Aby daný jedinec potlačil únavu či depresi, potřebuje další dávku. Díky tomu u kokainu velmi rychle vzniká psychická závislost, rozvíjená touhou cítit se neobvykle dobře. (Ganeri, 2001) Po prvním užití je také možnost, že nastanou nepříjemné pocity. Ty, ale zpravidla vymizí při opakovaném požití a jsou nahrazeny silnou euforií. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007)

Dlouhodobé užívání může způsobit poškození mozku, kdy jedinec není schopný přestat drogu užívat a bez jejího přísunu zažívá velmi silné deprese, paranoii, halucinace a může být ke svému okolí agresivní. Kokain také způsobuje úmrtí. (Illes, 2002) Velmi nebezpečná je

kombinace kokainu s heroinem, takzvaný „speedball“ a jeho nitrožilní užití. U uživatele vyvolá silnější euforii, ale stojí za řadou předávkování. (Shapiro, 2005)

Dlouhodobé užívání rovněž způsobuje neklid, ztrátu hmotnosti, nedůvěřivost k okolí, nespavost a také psychózu. Příznaky se ztratí po vysazení drogy, ale to může trvat i několik měsíců. Při vysazení kokainu nenásledují tělesné abstinenční příznaky, jako například u heroinu. V případě této drogy se abstinenční příznaky projevují špatnými psychickými stavy, vyčerpaností, či nespavostí a také nepříjemnými emočními a tělesnými stavy. Typické jsou střevní obtíže, pocení, anorexie, třesavka. (Shapiro, 2005)

2.4 Subutex

Subutex je návyková, psychotropní látka. Tableta subutexu se skládá z 6 přísad. Její celková hmotnost činí 400mg, z toho účinný opioid tvoří pouze 2%. Subutex obsahuje účinnou látku buprenorfin. Díky velkému množství pojiv, které tabletu drží pohromadě, je třeba látku filtrovat, což většina uživatelů nečiní a tak si ničí žíly. (Dekontaminace III., 2014)

Subutex je nejen droga, ale i lék, který je ovšem rizikový pro závislost. Tím, že se jedná o farmakum, neobsahuje škodlivé příměsi, jako např. heroin. Primárně se jedná o lék, který se využívá pro substituční léčbu, ovšem je často zneužíván ilegálně. Užívání této látky nese menší riziko předávkování a také pomalejší nástup závislosti. V případě injekční aplikace je pak srovnatelný s ostatními drogami. (Kolektiv autorů SANANIM, 2007)

Buprenorfin byl objeven již v roce 1960 a zpočátku byl využíván jako lék proti bolesti. V pozdějších dobách došlo k jeho využití při detoxifikaci a substituční léčbě. Krátce po roce 2000 došlo k velkému nárůstu jeho popularity jako drogy opiátového typu. Z trhu byl tak vytlačen heroin, i přes to, že ve srovnání se subutexem má „zábavnější“ účinky. Důvodem mohlo být, že kvalita heroinu v této době byla velmi nízká a jeho získání bylo špatně dostupné. Navíc byl v této době subutex běžně předepisován lékaři. Výhodou oproti heroinu je menší riziko předávkování, poškození organismu a závislost nastupuje pomaleji. Jak již bylo zmíněno, při injekčním užívání je riziko srovnatelné. I abstinenční příznaky jsou v případě této drogy mírnější a mohou se dostavit až tři dny po vysazení.

Účinky jsou podobné jako u ostatních opioidů. Po požití dochází k útlumu centrálního nervového systému. (Sananim z. ú., 2009) Očekávaným účinkem je klid spojený s euforií a bezproblémové zvládnání stresu. Mezi nežádoucí projevy patří snížený zájem o sexuální aktivitu, svědění kůže, nespavost, problémy s močením či zácpa. (Prev–centrum, z. ú.)

3 Možné sociálně - zdravotní důsledky intravenózní aplikace

Velmi časté jsou obtíže vyvolané v souvislosti se zneužíváním psychoaktivních látek. Jedná se o každou duševní či behaviorální poruchu, která vznikla následkem užívání těchto substancí. Mezi ně patří akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha nebo amnestický syndrom. Důležitým faktorem je doba působení a způsob užití. (Fischer, Škoda, 2009)

Prvním škodlivým účinkem je akutní intoxikace, která se objevuje po požití látky a projevuje se neschopností tělesné koordinace, soustředění a logického uvažování. Nejzávažnějším následkem tohoto stavu může být i smrt. Dalším druhem jsou chronická zdravotní poškození vznikající v důsledku dlouhodobého užívání dané látky. Mezi ně můžeme zařadit cirhózu jater, AIDS, hepatitidu C a další. (Fischer, Škoda, 2009)

Injekční užívání je typické pro většinu problémových uživatelů drog. Horší zdravotní stav se projevuje především u uživatelů heroínu. Problémem zůstává i častá neochota zdravotního personálu ošetřit drogově závislé osoby. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014)

3.1 Absces

Absces lze řadit mezi bakteriální infekce, které vznikají v důsledku nesterilní aplikace drogy. Povrchové infekce postihují kůži, sliznice nebo měkké tkáně a velmi často nejsou důvodem k tomu, aby kvůli nim uživatel vyhledal lékařskou pomoc. Absces je ohraničený hnisavý zánět, který je doprovázený zarudnutím, vyklenutím poškozené oblasti a silnou bolestí. Léčba vyžaduje chirurgické vyčištění ložiska a podání antibiotik. Pokud se jedná o lehčí formu, pomoc je možná prostřednictvím mastí. Proto se s těmito infekcemi velmi často do styku dostávají pracovníci kontaktních center. (Kalina a kol., 2003)

Projevuje se velmi nespecifickými bolestmi a dojemem pnutí v místě vpichu, které je začervenalé a teplé. Nemusí být ovšem pravidlem, že se objevuje pouze v oblasti vpichu. Postupně dochází k tvorbě hnisu a na kůži se vytváří zvětšující se boule. (SANANIM o.s., 2003-2016)

Není dobré se snažit samostatně této boule jakkoliv zbavit, jelikož hrozí vznik flegmóny. Flegmóna je velmi prudce postupující zánět, který postihuje danou končetinu. Nebezpečím je odumření končetiny, anebo celková infekce organismu. (SANANIM o.s., 2003-2016)

Prevence vzniku abscesu závisí na dezinfikování místa aplikace a používáním sterilních

prostředků k zastavení krvácení. Za velmi důležitou se tak pokládá celková sterilita všech prostředků spojených s aplikací i aplikace samotné. (SANANIM o.s., 2003-2016)

3.2 Virová hepatitida C

Tento název označuje infekční zánět jater, který je způsobený virem. V současné době je rozeznáno hned několik typů hepatitid: hepatitida typu A, B, C, D a E. Díky způsobům přenosu jsou hepatitidy typické právě pro injekční uživatele drog. U žloutenky typu A, B a C je jednou z možností přenos krví, tedy například přes použitou injekční stříkačku a další společný materiál uživatelů. Virová hepatitida typu B je 10x infekčnější, než hepatitida C. Společně mají, že se dají přenést nechráněným pohlavním stykem a mohou přejít do chronického stádia. Rozdíl je, že proti hepatitidě A a B existuje účinné očkování. (Krekulová, Řehák, 2006)

Inkubační doba u hepatitidy typu C může být až půl roku, ale už v tomto období je nakažený člověk infekční a může tak nevědomě vir šířit dál. První příznaky se podobají běžné chřipce. Bolest svalů, kloubů, únava či malátnost se ale projevují i u abstinčních příznaků a tak mnoho uživatelů prvotní znaky nemoci přehlíží. Je ale také velmi časté, že „céčko“ probíhá bez příznaků. Jak již bylo zmíněno, při virové hepatitidě jsou zasažena především játra. Játra jsou nezbytná pro čištění krve a jedů, které se do organismu dostanou. Krekulová a Řehák uvádí, že až u 70% infikovaných, hepatitida C přejde to chronického stádia. (2006, str. 23) Takový stav může vyústit v cirhózu jater. V játrech se tvoří vazivo a poté dochází k jejich ztvrdnutí. Játra tak mohou naprosto přestat plnit svoji funkci a selhat. Zvyšuje se také riziko rakovinového bujení, kdy oba stavy mohou skončit úmrtím. Problémem je právě velmi časté, rizikové chování u uživatelů drog. (Krekulová, Řehák, 2006)

Pro vyléčení infekce je velmi důležitá doba trvání, která by měla být co nejkratší. To však není zcela jednoduché a většina uživatelů navíc často řeší zcela odlišné starosti. Další důležité hledisko je stav jaterní tkáně. Pochopitelně se lépe léčí probíhající zánět, než cirhóza jater. Hepatitidu C je možné léčit za pomoci kombinací léků. Jedním z nich je interferon, který se přirozeně vyskytuje v lidském těle a koordinuje imunitní systém. Druhým lékem je ribavirin, který se zaměřuje přímo na virus a zabraňuje jeho dalšímu množení. Pro léčbu je nutná abstinence drog a alkoholu. Samotná léčba pak probíhá ambulantně a je tedy nutné, aby nakažený dodržoval režim a pravidelné návštěvy u svého lékaře. Přesto, že se dá hepatitida typu C zcela vyléčit, je možné se nakazit znovu. Je to způsobeno tím, že se v těle

nevytvářejí potřebné protilátky. (Krekulová, Řehák, 2006)

V České republice dochází stále k nárůstu nově nakažených osob hepatitidou C v důsledku užívání drog. Poslední zpráva z roku 2013 hlásí 570 nakažených osob na našem území. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014)

3.3 AIDS

Injekční uživatel drog se vystavuje velkému riziku nákazy virem HIV. Důvodem může být přenos infikované krve při používání nečisté a nesterilní jehly, kterou si mezi sebou uživatelé často půjčují. Virus na injekční stříkačce v normální okolní teplotě zůstává živý. (Joyeux, 1994)

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) je nemoc, která vzniká v důsledku působení viru HIV. Tento vir oslabuje imunitní systém a tak celkovou obranyschopnost organismu. Tělo pak není schopno odolávat nemocem. Jedná se o celoživotní onemocnění, které se v současné době nedá léčit. (Ganeri, 2001) V překladu slovo AIDS znamená syndrom získaného selhání imunity. V důsledku viru HIV dochází k velmi snížené obranyschopnosti nakaženého jedince, je ničen buněčný obranný systém. Život člověka s virem HIV může trvat několik let a tento jedinec není bezprostředně ohrožen smrtí, prochází latentní fází. V druhé fázi dochází k propuknutí nemoci AIDS a tělo již není schopno bojovat proti bakteriálním či virovým infekcím a dochází k rakovinovému bujení. (Joyeux, 1994)

Jak již bylo zmíněno, přenos je možný prostřednictvím krve, ale i ostatních tělních tekutin., např. při heterosexuálním i homosexuálním styku nebo z matky na dítě. Inkubační doba viru je až tři měsíce.(Ganeri, 2001)

Injekční narkomané jsou jedinou rizikovou skupinou, která je odsouzena k vyhynutí, pokud nebude objeven účinný lék proti AIDS. Je to především kvůli jejich strachu z abstinčních příznaků. Život s touto infekcí může trvat několik let, ale abstinční příznaky se objeví do několika minut. V těchto pro ně krizových situacích, nepřemýšlejí nad možnými riziky a bez strachu si vypůjčí jehlu jiného uživatele. (John, Presl, 1996)

V České republice bylo v roce 2013 diagnostikováno šest osob, které se nakazily virem HIV prostřednictvím injekční aplikace drogy. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2014)

3.4 Toxické psychózy

Göhlert a Kühn definují psychózu jako onemocnění, které mění vnímání okolního světa

a tím provokuje u postiženého způsobu chování, jež se opět projevují jako „nenormální“.
(s. 33, 2001) U takto nemocného člověka dochází ke změně biochemie v mozku, což způsobuje poruchy vnímání, které znemožňují reálné posuzování věcí. Člověk tak může zažívat úzkostná očekávání, nepoznávat sám sebe či jiné osoby, slyšet a vidět věci, které neexistují. Je známo pět hlavních bodů značících psychózu:

- Zmatené, nesouvislé myšlení
- Přesvědčení o vlastní realitě, pro kterou nejsou důkazy
- Vidění, slyšení, cítění, chutnání věcí, které neexistují
- Pocit, že se člověk nachází v jiném světě
- Nepřirozené postoje, pohyby (Göhlert, Kühn, 2001)

Slangové označení pro toxickou psychózu je „stíha“. Jedná se o závažné duševní onemocnění, které vzniká nenápadně a velmi pozvolna. Uživatelé návykové látky dochází, že došlo k určité změně. Jeho nadměrná vztahovačnost se projevuje domněním, že je neustále sledovaný a probíraný ostatními lidmi. Jednoduše, že se proti němu spiklo celé jeho okolí. Tyto nepříjemné stavy mohou být doprovázeny sluchovými i zrakovými halucinacemi. (John, Presl, 1996) „Stíhu“ lze tedy nejlépe charakterizovat jako pocit pronásledování. Příčinou je narušení běžných mozkových funkcí. Projevy takového stavu mohou být zaměňovány se schizofrenií. (Mahdalíčková, 2014) Toxická porucha vzniká během nebo ihned po požití dané látky a vyznačuje se smyslovými, živými halucinacemi. Zahrnuje sluchové přeludy, záměny osob, vztahovačnost a také neobvyklé emoce. Možné jsou i poruchy vědomí. (Kalina a kol., 2003)

3.5 Paranoia

Paranoia bývá velmi často součástí toxické psychózy. Toto označení můžeme pojmenovat také jako stíhomam. Osoba trpící paranoiou prožívá psychické onemocnění, které je charakteristické chorobnou podezřívavostí z pronásledování a strachu z ohrožení vlastní osoby. Paranoia může být způsobená určitou formou schizofrenie, která se u drogově závislých může rozvinout. Tyto stavy mohou vyvolat také poruchy metabolismu, které se například projeví jako onemocnění jater, ledvin nebo srdce. Zvyšuje se tak možné riziko hepatitidy a cirhózy jater, která je pro tuto cílovou skupinu typická. (Vitalia.cz, 2009-2016)

Příznaky jsou velmi individuální a kromě pocitu pronásledování se objevuje také

agresivita a potřeba manipulace. Zjednodušeně řečeno má takto trpící osoba pocit, že jakési temné síly se jí rozhodli zničit, nebo že je sama smyšlenou postavou se zvláštními schopnostmi. (Vitalia.cz, 2009-2016)

Velmi často se paranoia vyskytuje u uživatelů pervitinu. Příznačná je potom pro ně podezřívavost, strach a nedůvěra k okolnímu světu. Paranoia se většinou řadí mezi krátkodobé účinky. Může být však nebezpečná z důvodu, kdy se postižený jedinec chce bránit a své okolí vnímá jako nepřátele, kteří ohrožují jeho život. (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2009)

4 Časté sociální dopady způsobené užíváním drog v mladém dospělém věku

Škodlivé účinky se týkají i akutních sociálních důsledků. Mezi ně je vhodné řadit reakci společnosti, na zneužívání těchto látek. Častým dopadem je přerušování vztahu s jinou osobou nebo uvěznění. Chronické sociální důsledky se týkají především rodinného a profesního života. Osoby závislé na nealkoholových látkách jsou velmi ohroženy sociální exkluzí. Na závislostní chování a škodlivé užívání je však třeba hledět nejen jako na nemoc z hlediska lékařského a psychologického, ale také jako na sociální patologii týkající se celé společnosti z hlediska sociologického. (Fischer, Škoda, 2009)

4.1 Drogy a rodina

Zjištění rodiny o užívání drog některého z jejích členů, jí často vrhá do hlubokého šoku, smutku a také hněvu. Jedná se především o tři fáze, kterými rodina prochází. Je to zjištění, snaha o zvládnutí problému a soužití s ním, a nakonec zavržení člena rodiny, který drogy užívá. (Barnardová, 2011)

Jedním z aspektů tohoto jevu je častá problematika krádeží v domácnosti. Takové chování působí nejen finanční škody, ale vysoká cena spočívá především v rozkladu vztahů v rodině, ztrátě důvěry a úcty. Sami uživatelé pak často trpí studem a výčitkami, ale ani to jim nezabraňuje svůj čin opakovat. Možným řešením je člena rodiny oficiálně obvinít z krádeže a ohlásit to příslušnému úřadu, tomu se však většina rodin brání. Proto si pak ostatní členové stále hlídají své věci, neustále musí být ve střehu a to může zapříčinit vysoké napětí. Domov se tak stává místem psychického vypětí a ne osobním útočištěm a místem klidu. (Barnardová, 2011)

Drogový problém představuje těžkosti pro každého člena rodiny. Dochází k deformaci rolí a tato záležitost se stává středobodem rodinné dynamiky. Rodina se soustředí pouze na problémového člena a nezbyvá tak prostor k udržování vztahů mezi ostatními příslušníky a dochází k častým neshodám týkajících se rozdílného názoru na řešení problému a přístupu k závislému členovi. Příkladem může být matka, která se stává prostředníkem a skrývá prohřešky svého dítěte před ostatními členy rodiny, za účelem předejít možnému konfliktu a udržet tak rodinu pohromadě. Často se také stává, že dochází k upozaďování sourozence, který drogy neužívá, v důsledku nadměrného zaujetí rodičů drogovým problémem. (Barnardová, 2011)

Takový problém si získává dominantní postavení a zasahuje do všech částí života rodiny. Potíží zůstává, že většina služeb pro problémové uživatele drog se zaměřuje na konkrétní potřeby a ne na dopad tohoto jevu na samotnou rodinu. Jedná se především o nedostatek pozornosti pro rodiče, sourozence a další blízké příbuzné. Přínosem by tak mohlo být aktivní využití rodinné dynamiky a ne její popírání. (Barnardová, 2011)

4.2 Těhotenství a mateřství u drogově závislých žen

U drogově závislých je třeba věnovat zvláštní péči skupině těhotných žen a matek. Toto téma se objevuje především v posledních šesti letech. Důvodem je zájem společnosti o tuto problematiku, rozšíření drog v naší společnosti a skončení první drogové generace. (Kalina, 2003)

Gregora a Velemínský uvádí, že stále stoupá výskyt drogově závislých, těhotných žen. (2011, s. 26) Užívání drog u ženy může způsobit zastavení menstruace a proto je těhotenství většinou neplánované a zjištěné v pokročilém stádiu. Užívání drog v těhotenství souvisí s rizikem předčasného porodu, poruchami placenty a špatným vývojem plodu. Stoupá také pravděpodobnost náhlého úmrtí či vývojových vad u dětí drogově závislých žen. (Gregora, Velemínský, 2011) Častým negativním důsledkem je neonatální abstinční syndrom u narozeného dítěte, jelikož je plod v děloze vystavován stejnému účinku drogy. Syndrom se projeví v prvních hodinách po porodu, avšak příznaky mohou trvat déle. (Kalina, 2003) Plod je v období těhotenství živen z těla matky. I přes placentu prochází droga, která je matkou dítěte zneužívána. Po narození dítě zažívá silné abstinční příznaky, kdy si jeho tělo drogu žádá. Bez pomoci lékařů by dítě pravděpodobně zemřelo. (John, Presl, 1996)

Objevuje se také riziko přenosu HIV, hepatitidy C a dalších přenosných onemocnění kvůli injekční aplikaci, ale také prostituci. (Kalina a kol., 2003)

U dětí závislých rodičů není nutné předpokládat, že samy budou uživateli drog. Měli bychom je však řadit do rizikových skupin, jelikož většinou vyrůstají v nestabilním prostředí, s nedostatkem potřebné péče a narušenými vztahy mezi členy rodiny. Složitě je i posouzení vlivu drog na psychický vývoj, výchovné a školní problémy dítěte. (Kalina a kol., 2003)

Do odborných zařízení se žena dostává především ze tří důvodů. Prvním je, že se jedná o již evidovanou klientku kontaktního centra a tak lze zajistit další spolupráci. Tato cesta je nejvýhodnější, jelikož máme s klientkou již navázanou určitou důvěru a můžeme tak předem řešit důležité sociální otázky. Dalším důvodem je kontaktování sociální pracovnice přímo

z porodnice, jelikož se dítě narodilo s abstinenčním syndromem. Dítě je pak na základě předběžného opatření umístěno příslušným odborem do kojeneckého ústavu. Záleží také na ochotě matky pečovat o dítě, podstoupit léčení, v neposlední řadě také na aktivitě sociálního pracovníka. Třetí možností je všímavost okolí, která na stav ženy upozorní. Jedná se o nejméně nadějný případ, jelikož tento stav trvá dlouhodobě. Při práci se závislou matkou se bere především ohled na její těžkou životní situaci, na to, že nedokáže tuto krizovou situaci vnímat, jelikož jí nikdy nezažila. Dítě je v tomto případě klientem jiné instituce. (Kalina a kol., 2003)

Účinná pomoc těmto ženám vyžaduje také kvalitní protidrogová zařízení, která se zaměřují na zajištění odborné péče o dítě a matku, sociální šetření v rodině, zajištění základních sociálních potřeb, umožnění protidrogové léčby a zajištění práv matky a dítěte. (Kalina a kol., 2003)

4.3 Drogy a kriminalita

Drogová závislost vede velmi často k delikventnímu chování a právě trestná činnost je sekundárním problémem tohoto jevu. (Fischer, Škoda, 2009)

Mezi drogově trestné činy patří nedovolená výroba a jiné nakládání s drogami, jejich přechovávání, pěstování, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě a také šíření toxikomanie. U drogově závislých může nastat chorobná závislost na užívané látce. To poté může mít vliv na ovládání a rozpoznávání schopností v době spáchání trestného činu. Snížená schopnost sebeovládání může být zapříčiněna duševní poruchou nebo poruchou vědomí, kterou způsobila droga. Je tedy časté, že pachatel, který byl v době činu pod vlivem drogy, je soudem uznán jako zmenšeně příčetný nebo dokonce nepřičetný. To má pak vliv na uložený trest, a to v pozitivním smyslu pro pachatele. (Mahdalíčková, 2014)

Mezi velmi přísně postihované zneužívání drog patří předávání a držení drog pro jinou osobu. Mírněji se postihuje držení psychotropních látek v malém množství, pro vlastní potřebu. Ovšem jako nejzávažnější trestní čin je považována samotná výroba těchto látek. Pachatel je postihován nejen za výrobu, ale také dovoz, vývoz, nabídku nebo prodání drogy. S tím blíže souvisí i trestný čin šíření toxikomanie, kdy pachatel navádí jinou osobu ke zneužívání návykové látky. Trestní zákon se alespoň tímto způsobem snaží chránit širokou veřejnost před možným ohrožením. (Kalina a kol., 2003)

Konání trestné činnosti v souvislosti se zneužíváním drog rozděluje pachatele na dva

typy. První možností je provádění těchto činů za účelem získání finančních prostředků, například prostřednictvím prodeje, kdy dochází k ohrožení dalších osob. Druhý typ pachatelů chce získat finance na obstarání drog pro vlastní potřebu a dopouští se tak například krádeží. (Kalina a kol., 2003)

4.4 Squatting, bezdomovectví

V důsledku užívání návykové látky mnoho osob přijde o stálé zaměstnání, schopnost platit účty a veškeré jejich finanční prostředky plynou na vysoké náklady spojené s drogami. Postupně i jejich špatné chování a nespolehlivost vede k vykázaní z domova, nebo prostoru, kde do té doby žili. Uživatel se tak dostává na ulici a snaží se o alternativní řešení, kterým je často squatterství. Samotné bezdomovectví pak posiluje touhu látku užívat. Takový stav se vyznačuje nejen ztrátou domova, ale i sociálním vyloučením. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

Bezdomovectví je společenským jevem, který vznikl v důsledku určitého jednání a postupů, které vedly nejen ke ztrátě zázemí a jistoty, ale také k sociálnímu vyloučení. Většina uživatelů drog v chronickém stádiu závislosti žije v chudobě a někteří z nich na ulici. Ovšem služby určené primárně osobám bez trvalého přístřeší, nejsou připraveny poskytovat tuto pomoc bezdomovcům-narkomanům. (Průdková, Novotný, 2008)

Bydlení formou squattingu není v České Republice legální a může být postižitelné zákonem O porušování domovní svobody, kdy dotyčnému hrozí trestní sazba až 5 let podmíněně. (Dekontaminace I., 2014)

Squatem lze označit budovu, která je opuštěná, poměrně zdevastovaná a kterou neoprávněně obsadí lidé, bez trvalého přístřeší. V takovém prostředí většinou žije více osob, které využívají squat jako přechodné obydlí, přestože se v něm zdržují dlouhodobě. Velmi záleží na tom, která cílová skupina squat využívá, jelikož od toho se odráží čistota budovy. V případě drogově závislých se často jedná o squaty, kde je možné vidět nejrůznější hlodavce, špínu a možnost odnést si například vši nebo blechy. Obecně známým pravidlem je, že čím víc lidí na squatu bydlí, tím větší je možnost vzniku problémů. V takovém obydlí se z části staví i na komunitní spolupráci. Obyvatelé by měli společně zajistit údržbu nebo si mezi sebou sdílet potřebné prostředky. Uživatelé drog toho většinou nejsou schopní a proto, pokud jsou v menšině, jsou ze squatu vyloučení. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013)

4.5 Prostituce

Mezi sociální likvidaci způsobenou užíváním drog, kdy si závislá osoba získává finanční prostředky nelegální cestou, patří i prostituce. Prostitucí se rozumí uspokojování sexuálního pudu jiného člověka za cílem získání finančního obnosu, a to jak při fyzickém kontaktu, tak i uspokojování za pomoci sexuálních předmětů. (Bláha, 2008) Takové „řemeslo“ způsobuje výrazný zásah do osobnosti, který je spojován s poklesem sebeúcty a snížením sociálního statusu. U drogově závislých je prostituce velmi častá především kvůli rychlému a poměrně vysokému zisku peněz, a to i přes pocity ponížení. (Vágnerová, Csémy, Marek 2013) Možným důsledkem jsou bohužel pohlavní choroby, které jsou mezi drogově závislými častější, než mezi běžnou populací. Je to především kvůli vysoké promiskuitě, která je způsobená získáváním finančních prostředků na drogy. (Mahdalíčková 2014) Pokud osoba šíří pohlavně nakažlivou chorobu, dopouští se tak trestného činu a hrozí jí trest odnětí svobody až na tři roky nepodmíněně. (Bláha, 2008)

Drogově závislí velmi často spadají do kategorie pouliční prostituce. Tato skupina je ze všech forem prostituce nejvíce riziková. Především kvůli možnosti násilí, trestné činnosti a kuplířství. Často sami kuplíři záměrně vypěstují u takových osob drogovou závislost. Homosexuální prostituti jsou v převažující většině závislí na návykových látkách a jsou nejrizikovější skupinou pro získání onemocnění a přenosu viru HIV. (Bláha, 2008)

5 Síť poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb pro uživatele drog

Na drogově závislé osoby je potřeba nahlížet jako na nemocné. Potřebují léčebnou pomoc a následnou odvykací léčbu. Samotné léčení je velmi zdlouhavé, často komplikované a výsledek není zcela jistý. (Bednářová, Pelech, 2000) Poskytování některých služeb pro drogově závislé nechrání jen samotné uživatele, ale i širokou veřejnost. V rámci poskytování pomoci této cílové skupině je možné se často setkat s negativním a nechápavým názorem. Ovšem většinová společnost si neuvědomuje, že tyto programy preventivně chrání i osoby, které nejsou uživateli drog. V rámci odborných stáží jsem se mohla přesvědčit o důležitosti některých programů a jejich velkém využití nejen klienty, ale i rodinami drogově závislých.

5.1 Terénní programy

Častým označením této metody sociální práce je slovo „streetwork“, které je převzaté z angličtiny. (Matoušek, 2003) Specifikem je vyhledávací, doprovodná a mobilní sociální práce, která poskytuje nízkoprahovou nabídku. (Bednářová, Pelech, 2000) Tato služba je provozována přímo na ulici. Osoby jsou tak kontaktovány ve svém přirozeném prostředí. (Matoušek, 2003) Cílem je oslovit skupiny, které pomoc nevyhledávají nebo jí odmítají. Streetworker akceptuje názory a způsob života svých klientů. V jejich přirozeném prostředí jim pak může poskytovat sociální poradenství a socioterapeutickou pomoc. Je obecně známo, že je finančně výhodnější sociálně patologickým jevům předcházet, než následně napravovat vzniklé škody. (Bednářová, Pelech, 2000)

Streetwork je specifická sociální práce, která je poskytována v místech vzniku sociálních konfliktů. Terénní práce je povinna respektovat jeden ze základních principů sociální práce, a to právo na klientovo seburčení. Streetworker klienta osloví, ale musí tolerovat právo na klientovo rozhodnutí, zda nabízenou pomoc využije. (Kalina a kol., 2003)

Hlavní cílovou skupinu tvoří tzv. skrytá populace, která má minimální motivaci službu vyhledat a řešit své sociální, zdravotní, psychologické či právní problémy. (Kalina a kol., 2003) Do této skryté populace patří především mladí lidé experimentující s návykovou látkou, kdy terénní pracovník informuje tyto osoby o rizicích spojených s užíváním drog a chce je tak motivovat ke změně životního stylu. U pravidelných uživatelů drog předává informace o možnostech léčby a motivuje k ní, nabízí výměnný program a prostřednictvím těchto

informací preventivně působí proti nežádoucím důsledkům spojených s nitrožilní aplikací.

Do práce terénního pracovníka spadají i vyléčení toxikomani, u kterých je především nutná podpora k udržení abstinence. (Bednářová, Pelech, 2000) Tato cílová skupina není motivována k navázání kontaktu s pomáhající institucí. Tvoří jí problémoví uživatelé drog, kteří mají rozvinutý stupeň závislosti a spolupracují pouze občasně. (Kalina a kol., 2003) Terénní pracovník využívá několika forem své činnosti. V přímé práci mapuje vybrané lokality, provádí depistáže, kontaktuje klienty atd. Nepřímá práce zahrnuje vypracování nejrůznějších konceptů a projektů, administrativu, jednání s institucemi. To vše je nutné pro následnou práci s cílovou skupinou. Přesahující činnost nese znaky dvou předchozích. Pracovník se v této formě profesně vzdělává, podstupuje metodické vedení či supervizi. (Bednářová, Pelech, 2000)

Terénní práce je zaměřena především na klienty s rizikovým chováním, což znamená např. sdílení jehel, kdy tito klienti nenachází žádný důvod ke změně. Cílem je navázat důvěrný vztah a motivovat je k jinému přístupu k jejich rizikovému chování. Základním principem těchto programů je tzv. *nízkoprahový přístup*. Služba by pro klienta měla být dostupná v maximální možné míře, v prostoru i čase. Terénní pracovníci se pohybují přímo na ulici a poskytují čtyři základní služby. Mezi ně patří výměna injekčního materiálu, informace, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence. (Kalina a kol., 2003)

Při práci s klienty musí dojít k vytvoření vztahu, který bude založený na důvěře. Proto je nutný dlouhodobý kontakt, vzájemné zkoušení a stanovování hranic mezi streetworkerem a danou skupinou. Jak již bylo zmíněno výše, je proto zcela nutné, aby pracovník akceptoval životní styl svých klientů. Úkolem je cílové skupině nabídnout alternativní řešení a snažit se modifikovat vzorce jejího chování. Společně hledají řešení krizových situací. Streetworker tak pracuje přímo s problémy svých klientů. Nikoliv ale s problémy, které svým chováním způsobují ostatním lidem. (Matoušek, 2003) Terénní programy se snaží minimalizovat výskyt AIDS, hepatitid B a C, úmrtí v důsledku předávkování, kriminalitu, motivovat k abstinenci, bezpečnému pohlavnímu styku, výměně injekčního materiálu, získávat důvěru a udržovat čistotu na otevřené drogové scéně. Touto cestou je tak do jisté míry chráněna celá společnost. (Kalina a kol., 2003)

5.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra jsou taková zařízení, do kterých klient dochází. Určena

jsou především k včasné krizové intervenci. Klientům je zde poskytnuto poradenství, sociální a zdravotní pomoc. Tato centra nabízejí výměnný program, motivační trénink, sociální práci, hygienický, potravinový či vitamínový servis nebo práci s blízkou osobou klienta či terapii. (Kalina a kol., 2003) Klient má možnost využívat kontaktní místnost v prostorách takového centra. Tento pobyt by měl trvat mezi 1 až 2 hodinami a může využívat jak poradenství, tak například hygieny nebo občerstvení. Tyto místnosti jsou využívány především v ročních obdobích, kdy jsou nízké teploty. (Sananim z. ú., 2009)

Cílovou skupinu tvoří závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog. Cílem je získat kontakt s osobami či sociálními skupinami, které nechtějí nebo nemohou vyhledat institucionální pomoc. Důležitým znakem kontaktních center je respektování volby klienta, kdy abstinence tak není podmínkou pro spolupráci. Typická je také možnost anonymity, čímž dochází k odbourání stigmatizace. (Kalina a kol., 2003)

Kontaktní centra musí předávat údaje hygienickým stanicím, spolupracovat s praktickými lékaři, ambulantními psychiatry, programy detoxifikace, terapeutickými komunitami, stacionáři, psychiatrickými léčebnami, právními poradnami, mediační a probační službou a zařízeními sociální péče. Problémovou oblast tvoří spolupráce s policií díky represivním postojům. (Kalina a kol., 2003)

5.3 Lékařská ambulantní péče o závislé

Již název napovídá, že se jedná o léčbu pod vedením zdravotního personálu. Cílovou skupinu tvoří všechny potřebné osoby, bez jakéhokoliv omezení. Každý nový pacient podstupuje komplexní vyšetření lékařem a dochází tak k tvorbě anamnézy. Primární prevence je pouze příležitostná, ale sekundární prevence je nezbytnou součástí léčebné péče. Snaží se zabránit vzniku a rozvoji závislosti či vzniku a rozvoji psychických a somatických problémů u závislých klientů. (Kamila a kol., 2003)

Ambulantní léčba umožňuje to, že klient není vytržen ze svého původního prostředí a do zařízení pouze dochází. Je tak vhodná pro osoby, které mají pevné rodinné zázemí poskytující potřebnou podporu a takové prostředí pro ně není ohrožující. Musí se jednat o jedince s pevnou vůlí, kteří dokáží udržet kontrolu i přes to, že jsou neustále v kontaktu s prostředím, kde drogy užívali. (SANANIM, z. ú., 2009)

Mezi tři hlavní pilíře patří psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie. Všechny mají význam pro návrat klienta do běžné společnosti bez užívání drog. Nezbytná je také následná

péče, která sleduje zdravotní a sociální situaci klienta po dobu nejméně pěti let. Cílem je úspěšné zakončení rehabilitace a resocializace klienta. Návaznost v systému péče se týká především ústavní a ambulantní léčby, terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněného bydlení apod. Problémem je nízká dostupnost odborné ambulantní péče a řada klientů se tak do léčby nedostane. (Kalina a kol., 2003)

5.4 Denní stacionáře

Charakteristické je poskytování denní péče, bez pobytové služby. Dá se říci, že se jedná o poměrně novou možnost léčby a péče pro osoby zneužívající návykové látky a tak denní stacionáře nejsou prozatím příliš rozšířené. (Kalina a kol., 2003)

Hlavní podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program. Ten zahrnuje přesný časový rozvrh, režim a soubor pravidel pro podmínky léčby a žádoucího chování. Nezbytná je také vyvážená skladba programu a dodržení účasti alespoň 20 hodin týdně. Strukturovaný program je založen na skupinové terapii s prvky terapeutické komunity. V popředí je především důraz na klientovu nezávislost a odpovědnost. Program léčby by měl trvat mezi 3 – 6 měsíci. Cílem je udržení abstinence, dosažení změny v sebepojetí a vztazích, podpora vývoje klienta, zlepšení sociálního fungování a pomoc při osvojení každodenních dovedností potřebných pro studium či zaměstnání. Pro úspěšnost těchto cílů je nutná nejen intenzita programu, ale i jeho komplexnost. Denní stacionář by měl využívat všech možností práce s klientem, aniž by byl klient vytržen ze svého prostředí. (Kalina a kol., 2003)

Náplň programu tvoří:

- 1) Komunitní setkání – řešení problémů léčby, pravidel, hodnocení trávení volného času, plánování
- 2) Skupinová terapie – individuální příběhy, vztahy ve skupině a témata pro ni významná
- 3) Individuální terapie – klíčový pracovník by měl povzbuzovat klienta, aby dané téma přenesl do skupiny
- 4) Sociální práce – snaží se stabilizovat sociální situaci klienta, spolupracuje s vhodnými institucemi
- 5) Pracovní terapie a činnost ve prospěch programu – úklid zařízení, společné nákupy a vaření
- 6) Klubové a volnočasové aktivity – sport, kultura (Kalina a kol., 2003)

Hlavním problémem je návrat klienta k drogám. Pracovník denního stacionáře

se s klientem snaží nalézt rizikové situace a možné spouštěče pro užití drogy. Pracuje s klientem všemi možnými způsoby, aby nedošlo k poškození celé skupiny. V případě relapsu může dojít k přerušení léčebného programu na omezenou dobu, ne však vyloučení klienta z péče. (Kalina a kol., 2003)

5.5 Detoxifikační jednotky

Nešpor definuje detoxifikační jednotky jako zařízení určené k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou. (Kalina a kol., 2003, s.190) U většiny osob užívajících drogy není detoxifikace zcela postačující intervencí. Terapeut tuto možnost klientovi nabízí v případě, kdy je klient nebezpečný sobě i svému okolí, také pro přípravu klienta na další léčbu, kvůli snížení tolerance k droze, ze sociálních důvodů apod. Mnoho těchto jednotek klade podmínku přijímat klienty pouze v případě, že je zajištěna následná péče. Dochází tak k jejich malému využívání. Navíc mezi časté komplikace patří předčasné ukončení detoxifikace, propašování drog na oddělení, vznik toxické psychózy či jiného duševního onemocnění, nedostačující motivace, sociální problémy atd. (Kalina a kol., 2003)

Detoxikace probíhá pod vedením zdravotního personálu, terapeutů i sociálních pracovníků. Jejich cílem je ovlivnit postoje pacienta vedoucí k pozitivní změně životního stylu a zvýšit motivaci pro následnou léčbu. (Kalina a kol., 2003) Účelem je zbavit organismus škodlivé látky a to může probíhat buď s využitím farmak, anebo bez nich. Pokud se léky využívají, tak především k překonání abstinčních příznaků. Jde o substituční látky, které se postupně, ale velmi rychle snižují. (SANANIM z. ú., 2009)

Jak již bylo zmíněno, detoxifikace nepřináší postačující intervenci a tak má velký význam následná péče. Jedná se pouze o počáteční fázi procesu vyléčení. (Kalina a kol., 2003)

5.6 Programy metadonové a jiné substituce

Substituce návykových látek znamená, že užívaná droga je nahrazena látkou, která je bezpečnější, méně škodlivá a legální. V tomto programu je nejvíce využíván metadon. Jeho nejzávažnějším nežádoucím účinkem může být útlum dýchání až oběhové selhání. Mezi méně vážné důsledky lze řadit závratě, pocení, zažívací problémy atd. Jedná se o látku, která je návyková a tak v průběhu substituční léčby vzniká na metadonu závislost. (Kalina a kol., 2003) Metadon má totiž podobnou účinnost jako morfin a působí stejně jako heroin. Ovšem nevyvolává tak silné prožitky. Využívá se především u závislých na heroinu a to jako náhražka, která u těchto osob podporuje pokus o detoxikaci. Účinek metadonu vydrží až 36

hodin. I přes riziko vzniku tolerance a závislosti na metadonu je pozitivní, že se droga z těla vylučuje pomaleji a mozek tak získává více času na přechod do stavu bez drogy. Pomáhá tak vnést do chaotického života uživatelů více stability. (Shapiro, 2005) Metadon se také využívá při odvykací terapii u dospělých, kteří jsou závislí na několika opiátech najednou. Psychický a fyzický návyk zde vytváří velké riziko. Metadon by měl být aplikován každodenně a je nevhodný při užívání jiných drog. Jedná se o toxickou látku, která může být ve spojení s jinou drogou velmi nebezpečná. Podstatným rizikem je také možnost ilegálního prodeje. (Illes, 2002)

Hlavním principem substituce je náhrada drogy za látku legální, neužívanou intravenózně, ale perorálně, pravidelně podávanou, v čisté formě a cenově velmi dostupnou. Jedná se o terapii, jejíž cílem je zlepšovat psychický a somatický stav klienta do doby, než bude rozhodnut podstoupit léčení a zcela abstinovat. Výsledkem substituce je snížení kriminality, přenosů AIDS a hepatitid, omezení užívání nelegálních drog, zlepšení duševního i tělesného stavu klienta či sociální integrace. (Kalina a kol., 2003)

5.7 Střednědobá ústavní léčba

Délka ústavní léčby se pohybuje od 3 do 6 měsíců a je poskytována především v psychiatrických léčebnách. Celý tým je veden psychiatrem a tvoří ho různé pomáhající profese. Terapie pacientů probíhá na principu terapeutické komunity. Cíle, které si střednědobá léčba klade, musí odpovídat délce léčby a také potřebám samotného pacienta. Nejzákladnějším cílem je důsledná abstinence od všech návykových látek. Mezi dílčí cíle patří vytvoření náhledu na celý problém závislosti tak, aby byl klient schopný vybudovat si motivaci a režim dne, řešit problémy, které se drogy týkají i netýkají, naučit se strategie pro odolnost vůči relapsu. (Kalina a kol., 2003)

Takové oddělení čítá 20-30 pacientů, kteří jsou povinni dodržovat strukturovanou léčbu a režim uvnitř léčebného společenství. Jak již bylo zmíněno, pracuje se zde s modelem terapeutické komunity. Probíhají zde terapie skupinové, komunitní, individuální, ale i pracovní, kdy se sami pacienti zasluhují o chod zařízení. Využit lze i volnočasové aktivity či propustky, které jsou vnímány jako velmi pozitivní, jelikož k největším změnám může dojít především v přirozeném prostředí. (Kalina a kol., 2003)

Během pobytu pacient projde několika fázemi. V první etapě se jedná především o detoxifikaci. Druhá fáze obnáší adaptaci na terapeutický režim, kdy následně může dojít

k třetí fázi, tedy samotné aktivní léčbě, která se vyznačuje aktivní spoluprací daného jedince. V poslední fázi se pacient připravuje na návrat do svého původního prostředí. Hlavní komplikace představují relapsy během léčby, které se často uskuteční v době uvolnění klienta z programu. Časté je i předčasné ukončení léčby či porušení pravidel terapeutického režimu, kdy dochází k agresí či sexuálním kontaktům mezi léčenými. (Kalina a kol., 2003)

Tento proces je jen částí etapy celého vyléčení a schopnosti abstinovat. A to i kvůli tomu, že v rámci střednědobé ústavní léčby se vyřeší sekundární problémy, tedy vzniklé v důsledku užívání drog. Je tedy nezbytné následné využití dalších služeb pro udržení abstinence. (Kalina a kol., 2003)

5.8 Terapeutické komunity

Zde se klienti pod vedením odborníků učí, nacvičují a získávají zkušenosti, které jsou nutné pro život bez drog. Důležitým znakem terapeutických komunit (dále jen TK) je možnost pocitu sounáležitosti. Obyvatelé komunity společně vaří, uklízí, určují si pravidla, zažívají společně krize a stávají se tak určitým rodinným společenstvím. Terapie je typická projednáváním velmi osobních a intimních záležitostí (Göhlert, Kühn, 2001). Komunita klientovi umožňuje, aby se určitý čas věnoval pouze sám sobě a mluvil otevřeně o svých starostech či radostech. Klienti jsou zde obklopeni lidmi se stejným životním stylem a mohou si tak vzájemně poskytovat své osobní rady či zkušenosti. V rámci skupin se také řeší vzniklá traumata, která mohla zapříčinit užívání drog. (Dekontaminace II., 2015)

TK je specializované pobytové zařízení, které je typické léčbou zaměřenou na dosažení abstinence a sociální rehabilitaci. Léčba se snaží docílit toho, aby klient svojí abstinencí přijal jako nezbytnou část svého dalšího života. Délka pobytu se pohybuje od 6 do 18 měsíců. Osoby ve věku 18-35 let, závislé převážně na nealkoholových látkách, s kriminální minulostí, ve středním a těžkém stupni závislosti, zde tvoří cílovou skupinu. (Kalina a kol., 2003)

TK, se řídí několika principy, které jsou primární pro úspěšnost léčby. Významná je zejména motivace samotného klienta, aby dosáhl změny a byl schopný přijímat odpovědnost. Do komunity tak klient vstupuje zcela dobrovolně. TK je příznačná sociálním učením, a proto život v tomto zařízení musí být co nejbližší podmínkám běžného života. Tým komunity má klienta pouze provázet a být mu rádcem. Nejčastější jsou skupinové terapie, a to hlavně kvůli přirozenému formování vztahů ve skupině. Klient má možnost upevnit zde svojí vnitřní strukturu a připravit se na postupný přesun do běžného života. Během pobytu v komunitě

klient dosahuje změny sebepojetí, chování a prožívání, dochází k osobnostnímu růstu. Nedílnou částí tohoto procesu je skupinové rozhodování a otevřená komunikace mezi členy komunity. (Kalina a kol., 2003)

Tým tvoří zaměstnanci s různým vzděláním či specializovanými výcviky, dovednostmi a zkušenostmi. Důraz se klade především na osobnostní vlohy daného zaměstnance, který na klienta musí působit jako vzor dospělosti, positivity a lidské zralosti. Důležitým faktorem změny jsou vztahy mezi klienty a terapeuty, skupinou a celkový postoj k TK. (Kalina a kol., 2003)

Režim terapeutické komunity musí klienti respektovat hned po příchodu. Struktura dne i týdne se velmi podobá běžné pracovní době. Během pěti pracovních dnů musí klienti splnit 20 hodin aktivit. K jejich povinnostem patří dodržování tzv. kardinálních pravidel, mezi které patří zákaz manipulace s drogou, násilného chování, nutnost respektování rozhodnutí komunity a zákaz sexuálního kontaktu. Při porušení těchto hlavních zásad následuje vyloučení klienta z programu. V komunitě probíhá i oceňování, především formou získávání výhod. Při pobytu klient prochází několika fázemi:

- 1) Nultá fáze – klient žije v komunitě, absolvuje program, ale prozatím není členem, o přijetí musí požádat
- 2) První fáze – klient se odnaučuje negativní vzorce chování a uvědomuje si, že jeho problémy jsou způsobeny užíváním návykové látky, dochází k rozhodnutí o změně svého životního stylu
- 3) Druhá fáze – klient nachází sebe sama a získává vztah k ostatním členům komunity
- 4) Třetí fáze – klient má možnost využívat komunitu jako noční stacionář, během dne navštěvovat například zaměstnání nebo vyřizovat osobní záležitosti, v této fázi klienti vyžadují největší množství podpory, jelikož při ukončení pobytu prožívají ztrátu (Kalina a kol., 2003)

5.9 Následná péče s doléčovacími programy

Doléčování je závěrečnou fází, která se snaží stabilizovat změny, kterých závislý jedinec ve svém chování dosáhl. Významným faktorem je tak upevňování životního stylu bez užívání návykových látek. Cílovou skupinu tvoří klienti, kteří v současné době abstínují a hlavním cílem následné péče je tedy vytvářet podmínky pro dlouhodobou abstinenci. Délka trvání takového programu by měla být minimálně 6 měsíců. (Kalina a kol., 2003) Zjednodušeně lze

řící, že se jedná o všechny služby, které klient po odchodu z léčby využívá. Od profesního poradenství až po poskytování psychoterapeutické pomoci. (SANANIM, z.ú., 2009)

Tým zařízení je vystavěn na základě potřeb samotných klientů a velmi nutné je zde jeho víceoborové zaměření. Stejně nezbytné je postupné rozvolňování vazeb klienta na prodělaný program. Nepostradatelná je činnost psychologa, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka. Velmi přínosní pracovníci v tomto programu jsou abstinující uživatelé drog. U všech členů týmu je potřebná znalost prevence relapsu a schopnost spolupráce s rodinnými příslušníky. Stejně tak i nasměrovat klienta k dalším specializovaným odborníkům a službám. (Kalina a kol., 2003)

Během léčby je závislý jedinec pod jakousi ochranou, ale při zahájení samostatného abstinování je velmi těžké novou životní situaci zvládnout. V tuto dobu se u klienta projevuje velmi silné bažení, které se poměrně dlouhou dobu a každodenně opakuje. Právě zde přichází uplatnění prevence relapsu, kdy se klient učí vyhnout rizikovým situacím. Primárním cílem následné péče je integrace klienta do běžného života, což je pro takového jedince nelehký úkol. Po opuštění programu klient často zažívá nevyhovující sociální život. (Kalina a kol., 2003)

5.10 Chráněné bydlení a chráněná práce

Chráněné bydlení a chráněná práce, představuje chráněný sociální prostor, v rámci TK. Již v kapitole týkající se TK bylo zmíněno, že takové místo poskytuje materiál pro sociální učení a osobnostní rozvoj členů. Zároveň nabízí přechodné, chráněné ubytování, sloužící k sociální stabilizaci klienta. Takové bydlení klient hradí z vlastních finančních zdrojů a uzavírá na něj s daným zařízením řádnou smlouvu, nejdéle na jeden rok. (Kalina a kol., 2003) Cena za takové ubytování je velmi nízká a nájemník se musí řídit určitými pravidly. Především nesmí do těchto prostor přinést alkohol, drogy nebo být pod jejich vlivem. Chráněné bydlení je určeno pro osoby, které se po návratu z léčby buď nemají kam vrátit, anebo by pro ně prostředí, kam by se vraceli, bylo ohrožující. Primárním cílem je, aby taková osoba zvládla krizové období, osamostatnila se, sehnala zaměstnání apod. (SANANIM, z. ú., 2009)

V rámci pobytu mohou být za pomoci pracovníků vyhledána chráněná pracovní místa. Ta, jsou určena především klientům, kteří nikdy nepracovali, mají nedostatečné vzdělání, jsou stigmatizováni kriminální minulostí atd. (SANANIM, z. ú., 2009)

Cílem je, aby si klient znovu osvojil pracovní návyky, dovednosti a peněžní příjem. Stejně jako v běžném zaměstnání, i zde se uzavírá pracovní smlouva, ovšem také jen na omezenou dobu. Chráněná dílna nabízí klientovi nejen získání praktických dovedností, ale také možnost dalšího vzdělávání. (Kalina a kol., 2003)

Oba typy služeb musí odpovídat potřebám a možnostem klienta. Chráněné bydlení a chráněná práce by měly být poskytovány po zjištění schopností daného jedince, jeho zodpovědností s takovou službou hospodařit a být samostatný. (Kalina a kol., 2003)

Praktická část

Praktická část má za úkol na zde uvedených kazuistikách ukázat, že pro vznik drogové závislosti mohou být rizikové vlivy prostředí, ve kterém dotyčný jedinec prožívá své dětství a další stádia života. Zásadní roli má rodina a vztahy k jejím jednotlivým členům. Nežádoucí faktory mohou zvyšovat nebezpečí, že daný jedinec bude chtít řešit své nesnáze požitím drogy. V rozhovorech s osobami pracujícími s drogově závislými se budu především snažit ukázat, jaký pohled mají oni sami na drogovou problematiku a rizikové faktory vedoucí ke vzniku závislosti. Druhořadým cílem je jasně znázornit velmi negativní sociální důsledky, které mohou vznikat v souvislosti s drogovou závislostí.

Cíle a výzkumné otázky

Cílem celé bakalářské práce je umožnit základní pohled na drogovou problematiku u osob v mladém dospělém věku na základě dostupné odborné literatury. Práce je orientovaná pouze na drogy užívané nitrožilně a na jejich nežádoucí sociální i zdravotní dopady. Praktická část bakalářské práce se zabývá především následujícími výzkumnými otázkami:

Výzkumná otázka číslo 1: Působí faktory prostředí a špatné zkušenosti z dětství a dospívání na vznik drogové závislosti?

Výzkumná otázka číslo 2: Způsobuje drogová závislost závažné a negativní sociální důsledky?

6 Kvalitativní výzkum

Hlavním oborem, kterým se zabývají metody kvalitativního výzkumu, jsou vědy věnující se člověku a společnosti. Svě dobré uplatnění mají především v záležitostech zkoumajících životy lidí. Doposud není znám žádný jednotný způsob pro vytváření kvalitativních výzkumů. Dá se tedy říci, že se vždy jedná o jedinečné šetření. Společnou podmínkou je vždy předem zvolené téma a výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na řešení daného sociálního či lidského problému. Výzkumník svou práci modifikuje během celého šetření, stále vyhledává informace napomáhající k vyjasnění výzkumných otázek a pohybuje se přímo v místech, které by k jeho výzkumu mohli napomoci. (Hendl, 2005)

Tím, že se kvalitativní výzkum zabývá malým počtem osob, často dochází k zobecnění jeho výsledků. Ovšem za výhodu lze považovat podrobný popis jednotlivého případu. (Hendl, 2005)

6.1 Metodika výzkumného šetření

Mezi základní body kvalitativního výzkumu rozhodně patří intenzivní kontakt s jedincem, situací či organizací. A na základě takového kontaktu by měl výzkumník následně zjistit, proč zkoumané objekty jednají určitým způsobem a jak svou situaci sami vnímají. Během šetření by si badatel měl dělat poznámky, které následně analyzuje a může je v průběhu výzkumu měnit, podle nově vzniklých situací či výsledků. Způsob získávání dat má odpovídat danému tématu a především objektům, kterých se celý výzkum týká. (Hendl, 2005)

Použitou metodou pro získání informací do případové studie číslo 1. byl rozhovor. Informace od zkoumaného objektu byly získány na základě osobního kontaktu, kde již bylo viditelné, že se následky užívání drog promítají především do sociální sféry tohoto člověka.

V případové studii číslo 2. nebyly informace získány osobním setkáním se zkoumaným objektem. Výzkumník tyto informace získal díky odborné stáži v kontaktním centru Drop In. Případová studie tak byla zpracována za pomoci klientovy složky, která je uložena v kontaktním centru Drop In. Nápomocni byli také pracovníci kontaktního centra, kterými byl klient pro případovou studii doporučen. Spisová dokumentace obsahovala zprávy od lékařů, soudů, psychologické posudky, záznamy odborného personálu centra Drop In o klientově přítomnosti a řešení jeho problémů.

Výzkum je doplněný třemi rozhovory s odborníky na drogové závislosti. Tyto rozhovory

byly zpracovány na základě osobního kontaktu v rámci odborných stáží. Jedná se o rozhovor s dvěma pracovníky kontaktního centra, adiktology a jedním sociálním pracovníkem detoxifikační jednotky.

Se souhlasem všech zúčastněných si výzkumník mohl dělat písemné zápisy a následně výsledky interpretovat do bakalářské práce. Byl brán velký zřetel na předávání citlivých údajů, a tak jsou veškeré charakteristické rysy a osobní údaje v rámci tohoto výzkumu změněny a uvedené kazuistiky i rozhovory jsou tak zcela anonymní.

6.2 Zkoumaný soubor

Zkoumanými objekty jsou problémoví uživatelé injekčních drog ve věku od 20 do 40 let, kteří si prošli v období svého vývoje určitými těžkostmi a kterým byly způsobeny závažné sociální následky jako dopad jejich drogové závislosti. Jeden z objektů je zvolen na základě dlouhodobějšího osobního kontaktu, ale druhý zkoumaný objekt je cíleně zvolen náhodně, bez osobního setkání.

6.3 Případová studie č. 1 – KRYŠTOF, 25 LET

Osobní data

Jméno: Kryštof

Věk: 25 let

Vzdělání: Střední s maturitou

Zaměstnání: Dělník

(veškerá jména, roky a charakteristické znaky jsou v případě kazuistiky změněny)

Sociální a rodinná anamnéza

Kryštofova matka dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou. Po škole pracovala jako dělnice v jedné továrně, kde se seznámila s Kryštofovým otcem, který byl etnickým původem Rom. Po velmi krátkém vztahu s tímto mužem otěhotněla. Kryštofův otec jeho matku opustil ještě v průběhu těhotenství a Kryštof se tak se svým biologickým otcem dosud neseťkal a otec nikdy o kontakt s Kryštofem neprojevil zájem. Jedná se o muže s rozsáhlou trestnou činností. Kryštof vůči biologickému otci chová velmi negativní vztah.

Již během těhotenství si Kryštofova matka našla dalšího partnera, který byl ochotný se o ní i nenarozené dítě postarat. Ihned po Kryštofově narození se matčin partner nahlásil jako biologický otec a Kryštof řadu let netušil, že není vychováván vlastním otcem. S touto skutečností byl Kryštof obeznámen až ve svých 15 letech.

S prarodiči z matčiny strany se Kryštof vídal velmi zřídka. V domácnosti se o rodičích matky příliš nemluvalo, a když ano, značilo to narušené vztahy mezi nimi a jejich dcerou. Rodiče nevlastního otce, Kryštofa přijali velmi pozitivně a vztahy s nimi byly vždy velmi dobré.

Po svatbě rodina žila v menším bytě, kde se narodil Kryštofův mladší bratr. Po několika letech si otec vzal úvěr a rodina se nastěhovala do rodinného domu. V době, kdy se Kryštof dozvěděl o svém původu a o tom, že otec, který ho vychovává, není jeho biologickým otcem, na svět přišla nejmladší sestra. Kryštof tento fakt nepovažuje za významný, jelikož je pro něj otcem ten, kdo ho vychovával od narození. Setkání s biologickým otcem by podle Kryštofa nedopadlo dobře. Zároveň se tuto skutečnost Kryštof dozvěděl v rizikovém věku. Procházel velmi divokou pubertou, byl nejstarší ze sourozenců a měl tak nejméně pozornosti. To, že se o sourozencích zmiňuje velmi zřídka a sám sebe označuje jako „černou ovci rodiny“ značí, že možná neměl pocit, že do rodiny patří natolik, jako ostatní sourozenci. Oba rodiče v rodině jsou funkční a vládnoucí postavení zaujímá spíše otec. Nikdo ze současné rodiny ne užívá žádné léky, netrpí závislostmi ani finančními obtížemi. Dle všeho lze soudit, že měl Kryštof dobré rodinné zázemí.

Od útlého dětství byl Kryštof velmi hyperaktivní a společenský. Nenavštěvoval mateřskou školu, jelikož matka byla doma s mladším sourozencem. V 6 letech se Kryštofovi začalo tvořit viditelné postižení na obličeji, které ale nijak neohrožovalo jeho vývoj. Lékařům se šíření tohoto postižení podařilo zabránit, avšak nedokázali odhalit příčinu. Kryštof nastoupil na základní školu, kde se setkal s nepříjemnými komentáři týkajícími se jeho vzhledu. Nejen, že byl z poloviny Rom, ale měl také značné poškození obličeje. Vada se Kryštofovi v pubertě opět vrátila a způsobila markantnější poškození, než v dětství. Ovšem v této době měl již Kryštof partu přátel, kteří ho brali takového, jaký je. Se svou skupinou přátel začal experimentovat s konopím již na základní škole. Umožňovalo mu to pocity uvolnění a zbavení se nežádoucích dojmů odlišnosti. Dodnes se však Kryštof nesmířil s neustálými pohledy lidí a jejich otázkami, co se mu stalo.

Ještě na základní škole se Kryštof začal věnovat florbalu, v čemž ho velmi podporovala rodina i jeho trenér. Na tento sport byl opravdu nadaný a baví ho dodnes. Úspěšně ukončil základní školu a poté pokračoval ve studiu na soukromé škole s hotelovým zaměřením. Na střední škole začal Kryštof navštěvovat noční kluby, bary a diskotéky. Tam se také poprvé setkal s extází, která se stala pravidelnou součástí těchto akcí. Začaly zde první problémy se

školou a také v rodině. Marihuana se stala každodenní záležitostí a po opakovaných hádkách se rodiče s tímto faktem smířili, i když to nesli velmi těžce. Když byl Kryštof ve třetím ročníku, jeden z jeho přátel, kterého Kryštof velmi obdivoval a snažil se mu vyrovnat, přinesl pervitin, který Kryštof aplikoval přes nos a s následným stavem byl velice spokojený. Kryštofův první styk s tvrdší drogou tedy nastal v 17 letech. Kryštofova parta se začala vídat pouze s lidmi, kteří drogy užívali a společně pak šňupali buď pervitin, nebo kokain. Problémy kolem Kryštofa stále narůstali. Kvůli svému životnímu stylu začal zanedbávat nejen školu, ale také florbal, se kterým nakonec přestal.. Neustále si něco vymýšlel a lidé v jeho okolí mu přestali zcela důvěřovat. Zároveň začaly drobné krádeže v domácnosti, kterých si rodiče všimli. Rodiče Kryštofovi udělali test na drogy, který vyšel jako pozitivní. Okamžitě začali jednat, zjišťovat informace a možnosti. Společně s Kryštofem navštívili kontaktní centrum. Bylo jim doporučeno, aby se Kryštof účastnil terapeutických sezení s ostatními uživateli. To však Kryštof razantně odmítal s tím, že by se tam naučil ještě horší věci. Slíbil, že s užíváním přestane a rodiče mu uvěřili.

V období maturity se Kryštof opravdu poněkud uklidnil a studium ukončil maturitní zkouškou. Na přání rodičů podal několik přihlášek na vysokou školu. Přesto, že Kryštof nijak netoužil po vysokoškolském vzdělání, chtěl se rodičům zavděčit a udělat jim radost. Bohužel se ani na jednu školu nedostal a vnímá to jako své osobní selhání, kterým u rodičů klesl opět níže.

Současné poměry

Kryštof se začal živit jako číšník a každodenní kontakt s alkoholem u něj vyvolal nejen časté pití, ale také zálibu ve hře na automatech. Kryštof si nadělal dluhy a díky velkému stresu našel útěchu opět v drogách. Pervitin užíval znovu přes nos, ale později si ho začal aplikovat i nitrožilně. Rodiče poznali, že Kryštof opět užívá a snažili se znovu pomoci, ovšem to Kryštof zcela odmítl, jelikož neměl pocit, že by byl závislý. Potom, co vykradl dům rodičů, ho vykázali z domova a přestali s ním udržovat kontakt.

Stále se mu dařilo pracovat, splatil dluhy a s kamarádem si pronajal byt. Ovšem vzájemně se v užívání drog podporovali a Kryštof přišel nejen o zaměstnání, ale tím, že neplatili nájem, přišel i o byt a ocitl se na ulici. Zároveň majitel bytu podal na Kryštofa a jeho přítele žalobu k soudu, jelikož mu dlužili peníze za nájemné. Závislost se u Kryštofa začala projevovat velmi silně a začal krást, čímž si způsobil další obtíže. Obrátil se na rodiče, kteří za něj dluhy splatili a zprostředkovali mu opět schůzku v nízkoprahovém středisku.

Přesto, že rodiče Kryštofa nevzali zpátky do svého domu, se mu podařilo téměř 2 roky abstinovat a žít poměrně běžný život po boku přítelkyně, která nebyla uživatelkou.

Kryštofův vztah nabral rychlého konce kvůli častým hádkám a nedostatku financí na společné bydlení. Opět vznikl dluh za neplacení nájemného. Kryštof se znovu ocitl bez domova, ale tentokrát se snažil situaci řešit. Naskytla se mu příležitost práce a tak odjel za zaměstnáním do jiného města, kde má od zaměstnavatele zajištěné ubytování. V současnosti pracuje jako dělník a žije na ubytovně. S rodiči udržuje minimální kontakt a sám říká, že nemají dobré vztahy. Zároveň dluží peníze matce svého nevlastního otce, což v rodině způsobilo další konflikty. Kryštof jí peníze vrátit chce, ale prý nemá čas se s ní setkat.

V zaměstnání začal udržovat kontakt s lidmi, kteří mají také zkušenosti s drogami, Kryštof si s nimi velmi rozumí. V novém městě nikoho nezná a je tak nejspíš rád za jakékoliv přátele. Nemá pocit, že by mohl být nějakým způsobem ohrožen. Během několika týdnů spolu ovšem začali rekreačně užívat extázi. Podle Kryštofova mínění, má vše pod kontrolou. Případá mu běžné užívat na tanečních akcích povzbuzující látku.

Sociální diagnóza

Negativní vliv na Kryštofův vývoj měla zcela jistě jeho vada, která je viditelná na první pohled, tím spíše, že se nachází na obličejí. Nehezké chování spolužáků vůči Kryštofovi na základní škole způsobilo pocity méněcennosti, odlišnosti a nepřijetí vrstevníky. Kryštof byl nejstarší ze tří sourozenců a tak i v rodině mohl pocítit nedostatečnou pozornost. V době, kdy se vše stabilizovalo, se vada začala objevovat ve větším rozsahu a zároveň se Kryštof dozvěděl, že jako jediný ze sourozenců má jiného otce. Iluze, které Kryštof o svém životě měl po dobu 15 let, se zcela rozplynuly. Mohl cítit křivdu ze strany rodičů, kteří mu o jeho původu lhali a zároveň pocítovat ještě menší přijetí oproti mladším sourozencům, kteří měli oba rodiče biologické. Objevila se tak další věc, kterou se Kryštof lišil. Mezi vrstevníky to byla jeho vada a tmavší barva pleti a v rodině byl nevlastním dítětem jednoho z rodičů. Lehké nebylo ani přijmout fakt, že jeho vlastní otec o něj nikdy neprojevil zájem a nesnažil se s ním navázat kontakt. Další ránou bylo zjištění, že je romského původu a neví nic dalšího o rodině z otcovy strany. Jak již bylo zmíněno, vůči otci chová velmi negativní vztah plný nenávisti, možná i proto, že ho viní ze svého postižení, jelikož neví, zda stejnou vadou netrpěl někdo z této strany.

Oproti sourozencům byl Kryštof problémový, nedostal se na vysokou školu i přes přání

rodičů a mohl se tak cítit jako ten nejhorší, neshledával na sobě nic pozitivního. Drogy mu umožnily na všechny problémy zapomenout, uvolnit se, cítit se přirozeně a hlavně mít pocit, že někam patří, mezi svou partu přátel, kde nepocíťoval odlišnost.

Kryštof vůči rodičům chová zlobu. Nejen kvůli tomu, že mu část života neříkali pravdu, ale také proto, že ho vykárali z domova. Kryštof toto vnímá jako zradu, ublížení a myslí si, že bratrovi a sestře by nic podobného neudělali. Sám Kryštof si nemyslí, že by rodičům nějakým způsobem ublížil. Ví, že je zklamal, ale nemá pocit, že by jim krádeže nebo jeho užívání drog mohlo způsobit nějakou újmu.

Hlavní potíží spočívá v tom, že si Kryštof neuvědomuje, že má nějaký problém. V podstatě nikdy neměl pocit silné závislosti ať už na pervitinu nebo slabších drogách. Je přesvědčený o tom, že pokud nebude chtít užívat, přestane. Komplikuje to také jeho nadšení z drog. Stav po požití návykové látky ho velmi baví a nespatřuje v užívání nic negativního. Nepřipouští si, že rozpad vztahů s rodinou, ztráta zaměstnání, bezdomovectví a dluhy byly způsobeny užíváním drog.

V současnosti je Kryštof obklopen z většiny pouze lidmi se stejným problémem se kterými společně užívá. Nemá tak možnost žádného vzoru, který by představoval ukázkou běžného života bez drog. Absence kontaktu s rodinou má za následek, že není pod dohledem a nikdo mu neříká, co je a co není správné.

Na druhou stranu má v současnosti stálé zaměstnání, tedy příjem financí a zajištěné bydlení. To je velmi pozitivní. Ovšem pokud Kryštof nezmění svůj postoj, který k užívání drog zaujímá, je zde velké riziko, že jeho občasné užívání se opět rozvine v závislost, která se negativně projeví ve všech oblastech jeho života.

Sociální terapie

Aby u Kryštofa došlo k celkovému zlepšení situace, je podle mého mínění potřebná změna ve všech oblastech jeho života. Tyto změny není možné provést v krátkém časovém úseku, a proto bude potřeba pracovat na cílech dlouhodobě a intenzivně. Myslím si, že musí dojít k modifikaci Kryštofova smýšlení, uvažování a jeho schopnosti převzít odpovědnost za své činy.

Hlavní problém spatřuji ve vztazích Kryštofa s jeho rodinou. Je zapotřebí, aby si Kryštof uvědomil, že se mu rodiče snažili pomoci a to, že mu neumožnili, společné bydlení vzniklo v důsledku jeho chování a neschopnosti se přizpůsobit jejich pravidlům. Důležité je, aby Kryštof dokázal rodičům odpustit chyby, kterých se dopustili a vyslechl si i jejich názor,

pochopil kroky, které ve svém rozhodování činili a proč tak konali. Důležitá je tedy oboustranná komunikace, ochota a schopnost spolu o problémech hovořit. Iniciátorem by mohl být sám Kryštof, aby dal rodině najevo, že má zájem danou situaci řešit a změnit. Pro rodinu i Kryštofa by dle mého mínění byla vhodná rodinná terapie, kde by byli vedeni odborníkem a učili se, jak spolu vycházet a komunikovat.

Ovšem před tímto zásadním krokem, který pro Kryštofa nejspíš nebude jednoduchý, je potřeba, aby si uvědomil, že má nějaký problém. Že mu užívání drog přineslo samé špatné důsledky a že byl a nejspíš opět bude na drogách závislý. Krátkodobým cílem by tak mohlo být, aby Kryštof naprosto omezil rizikové styky a vyhýbal se nevhodnému prostředí. Mohl by tak přestat občasné užívat extázi a zamezit tak opětovnému propadu do drogové závislosti.

Dalším důležitým a rozhodně dlouhodobým cílem je, aby se Kryštof alespoň částečně dokázal smířit se svým postižením, které není možné změnit. Aby se naučil brát sebe samotného takového, jaký je a nevinil z toho další osoby. Měl by se naučit na sobě hledat pozitiva a umět je využívat.

Takové zásadní změny Kryštof nejspíš nezvládne provést sám. Kontaktní centra pro něj, jak už víme, nebyly tou správnou cestou. Vhodné by tedy bylo vyhledat psychologa a nejlépe terapeuta, který by se Kryštofovi věnoval individuálně a intenzivně. Pro Kryštofa by také mohli být vhodné denní stacionáře, které si kladou za cíl udržení abstinence a změnu myšlení klienta v oblasti sebepojetí a vztahů, což jsou u Kryštofa primární problémy. V denním stacionáři se za pomoci odborníků hledají rizikové situace a možné spouštěče. Kryštof by se zde mohl naučit, jak preventivně jednat proti vzniku relapsu.

6.4 Případová studie č. 2 – VLADIMÍR, 30 LET

Osobní data

Jméno: Vladimír

Věk: 30 let

Vzdělání: střední maturitou

Zaměstnání: nezaměstnaný

(veškerá jména, roky a charakteristické znaky jsou v případě kazuistiky změněny)

Sociální a rodinná anamnéza

Vladimírova matka se vyučila švadlenou a ihned po škole odešla bydlet na ubytovnu, kde se seznámila s Vladimírovým otcem. Vladimírův otec studium rovněž ukončil výučním listem, v oboru zámečnicka. Určitou dobu společně žili na zmiňované ubytovně. Poté,

co Vladimírova matka otěhotněla, byl jim po žádosti přidělen byt od městské části. Vladimír uvádí, že matka měla v rodině spíše podřízené postavení. Velmi často sebou nechala ze strany otce manipulovat a nebyla z ní cítit žádná autorita. Netrpěla žádnými psychickými ani jinými chorobami, nebyla závislá na alkoholu ani drogách, ale velmi kouřila. Otec zaujímal vládnoucí postavení a Vladimír ho uvádí jako oblíbenějšího z obou rodičů. Otec také netrpěl žádnými chorobami, ale užíval nadměrně alkohol. V opilosti byl otec agresivní a násilí mířil zejména proti matce. V domácnosti docházelo k častým hádkám, psychickému i fyzickému násilí, čemuž přihlížely všechny děti. Vladimír vzpomíná, že se velmi často bál a svůj čas trávil raději mimo byt.

Vladimír byl jako dítě těžko zvladatelný. Mateřskou školu navštěvoval až v posledním roce, před nástupem do základní školy. A to především kvůli tomu, že při prvním zápisu do základní školy neuspěl, musel mít odklad a rodičům bylo doporučeno, aby rok navštěvoval mateřskou školu. Na základní škole poté patřil mezi vůdčí typy a často si na něj učitelé, děti i jejich rodiče stěžovali. V rodině však tuto skutečnost nikdo neřešil. Vladimír měl dvě mladší sestry a nejmladšího bratra. Matka tak byla velmi zaneprázdněna péčí o tři mladší děti a otec se rodině nevěnoval. K sourozencům Vladimír nechová nijak zvláštní vztah. Od útlého věku trávil mnoho času venku a s rodinou byl velmi málo.

Oběma rodiči byl Vladimír vychováván do svých 12 let. Matka již dál nesnesla hrubé chování otce a rozhodla se pro rozvod. Otec se odstěhoval a Vladimír s matkou i sourozenci zůstali bydlet v původním bytě. Otec o své děti nejevila zájem a přestali se tak zcela vídat. Vladimír uvádí, že i přes nedostatek financí se matka snažila, aby děti byly dobře vychovány. Když bylo Vladimírovi 16 let, jeho otec zemřel. Tuto skutečnost Vladimír velmi těžce nesl a snažil se tak ještě více vyplnit svůj volný čas mimo domácnost.

Jako nejstarší syn nebyl Vladimír matkou nijak hlídán. Většinu času tak trávil venku s kamarády, anebo sám. Kouřil od svých 12 let, kdy se jeho rodiče rozvedli. Občasně s kamarády pili a několikrát vyzkoušeli marihuanu. Po ukončení základní školy byl Vladimír přijat na střední průmyslovou školu. Na střední škole neměl žádné výrazné obtíže. Vladimír stále vyhledával pouze starší partnerky. Možná i proto, že mu jistým způsobem chyběla matka. Měl velmi rád sport a pohyb. Po ukončení střední školy určitou dobu pracoval jako pomocný zedník. Velmi brzo však o práci přišel a stal se nezaměstnaným, což trvá doposud. Vladimír žil u matky, která mu poskytovala finanční podporu a zajistila mu vše potřebné. Vladimír se tak nenaučil vnímat hodnotu peněz, ani nezískal schopnost s nimi zacházet. Neměl a stále

nemá pocit, že je zapotřebí mít stálé zaměstnání.

S drogou se Vladimír dostal do styku ve svých 22 letech. Ihned došlo k injekčnímu užití pervitinu, což je opravdu velice neobvyklé. Vladimír na to vzpomíná, jako na velmi příjemný zážitek. Během jednoho roku přešel k pravidelnému užívání. Jako nezaměstnaný neměl peníze a tak si kvůli své závislosti začal půjčovat peníze, čímž si vytvořil dluhy a také se dopustil krádeží a dostal se tak do problémů se zákonem. Matka za něj dluhy několikrát zaplatila. Vladimír byl matkou dotován další tři roky. Když už bylo soužití se závislým Vladimírem nemožné, matka ho za pomoci Vladimírových sourozenců, z domova vykázala, vyměnila zámky a s Vladimírem ukončila veškerý kontakt.

Právě kvůli této skutečnosti došlo k tomu, že Vladimír sám a dobrovolně kontaktoval nízkoprahové středisko Drop In. Vyžádal si konzultaci a zajímal se především o možnosti řešení jeho situace, bydlení a také léčbu. Byla mu tedy vyjednána metadonová léčba, kterou Vladimír navštívil pouze párkrát a poté pokračoval v užívání. Stal se stálým klientem střediska, který se v kontaktním centru zdržuje každý den. Žil ve squatu.

Zhruba po šesti letech užívání si Vladimír našel partnerku, která byla také závislá. Společně s ní Vladimír začal užívat Subutex. Po krátké době Vladimírova partnerka otěhotněla a Vladimírovi se narodila dcera. Jelikož oba žili na zmiňovaném squatě, dítě bylo ihned po narození matce odebráno. Vladimír se s partnerkou společně snažili abstinovat, aby dceru dostali do své péče, to se však nepodařilo. Krátce poté se Vladimír s partnerkou rozešel, jelikož se odstěhovala do jiného města, kde se snažila abstinovat u své matky. Ovšem ani to se nepodařilo a dcera tak z kojeneckého ústavu byla přeložena do FOD Klokánek.

Kvůli užívání drog se, jak již bylo zmíněno, Vladimír dostal do problémů se zákonem. Byl trestán více jak 4x. Jednalo se buď o nepodmíněný trest odnětí svobody, anebo o obecně prospěšné práce. Ve vězení celkem strávil zhruba 6 let.

Současné poměry

V současné době je Vladimír spíše klidný a sám sebe popisuje jako samotáře. V současnosti užívá především subutex a příležitostně pervitin, užívání trvá již 8 let. Drogou si Vladimír aplikuje 1-2x denně. Prý především ze zvyku, pro uvolnění a uklidnění. Opakovaně se pokoušel abstinovat, nejdéle však po dobu půl roku. Vladimír naprosto odmítá ústavní léčbu, jelikož se necítí být natolik závislý. Sám uvádí, že abstinenční příznaky jsou především psychické. Občas pociťuje strach či úzkost, fyzické obtíže se neprojevují. Motivací pro abstinenci je především Vladimírova dcera. Matka dceru ve FOD Klokánek

nenavštěvovala, avšak odmítla přidělení opatrovníka. Nakonec byl i tak ustanoven opatrovníkem OSPOD. Vladimír ani jeho bývalá partnerka neplatí příspěvky pro FOD a tak vznikl dluh. Vladimír uvádí, že dceru pravidelně navštěvuje.

Vladimír občasně podstupuje testy na HIV, které jsou negativní, bez pohlavních chorob. Vladimír je ovšem pozitivní na virovou hepatitidu B a C. Nakazil se nejspíše kvůli sdílení jehel s ostatními uživateli. Prodělal také zápal plic, který nezanechal vážnější následky. Ovšem drogy zapříčinily řadu dalších závažných zdravotních důsledků. Po pádu ze zídky došlo k fraktuře lopatky, poté následovalo bezvědomí s amnézií, hospitalizace kvůli závratím a zvracení, další hospitalizace kvůli bolestem na hrudi, kdy byla objevena pleuropneumonie. Nejzávažnější však bylo sražení autem, které Vladimírovi způsobilo odebrání jedné ledviny, bolest a necitlivost dlaně. Na předpis lékaře Vladimír užívá léky.

V současné době je Vladimír obžalován za napadení ženy. Důvodem bylo, že tato žena Vladimíra nedovedla za svým partnerem, který Vladimírovi dlužil peníze. Vladimír tak po ženě požadoval její hodinky. Poté co mu je odmítla dát, vyhrožoval a použil fyzické násilí. Žena ze strachu Vladimírovi hodinky dala. Vladimír toto zcela popírá.

Vladimír má opět podanou žádost o léčení. Jedná se o zcela dobrovolné a samostatné rozhodnutí. Stále je nezaměstnaný občasně využívá příležitostné práce. Stále žije na squatě, bez dalších osob užívajících drogy. Pravidelně využívá nízkoprahové služby a s rodinou neudrhuje žádný kontakt.

Sociální diagnóza

Ve Vladimírově životě se velmi negativně projevilo jeho dětství. Chybělo mu pevné a stálé rodinné zázemí. Většinu času trávil mimo svou rodinu. Nedostával jasná pravidla, úkoly, příkazy a mohl tak mít pocit, že se o něj rodiče dostatečně nezajímají. Vyrůstal téměř jenom dle svého uvážení. Otec dětem nevěnoval pozornost a matka byla zaneprázdněna péčí o mladší sourozence. Vladimírovi tak chyběla i emoční vyrovnanost a denní program, což později mohlo vést k užívání drog. Fyzické násilí, které se v rodině často objevovalo, přispělo ke všem negativním dopadům. Vladimír prožil část dětství ve strachu a necítil se doma v bezpečí. Velmi špatně nesl také rozvod rodičů a to, že se o něj otec přestal naprosto zajímat. I když Vladimír nemá pocit, že by byl otec na alkoholu závislý, je možné, že se o závislost jednalo a to mohlo mít vliv i na následné, Vladimírovi sklony k závislostem.

I přes ne zcela vhodné a poměrně bezcitné chování Vladimírova otce, ho Vladimír vnímá velmi pozitivně. Mluví o něm lépe, než o své matce. Možná se v něm snaží najít nějaký

mužský vzor, který mu po celý život chybí. To, že Vladimírův otec zemřel, bylo pro Vladimíra další ranou, se kterou se doposud nesmířil. Zcela rozvrácené vztahy s rodiči a sourozenci rozhodně měly a mají vliv na Vladimírův vývoj.

Matka si nejspíš kladla za vinu, že její syn začal užívat drogy. Snažila se mu tak vše vynahradiť tím, že za něj platila dluhy a živila ho. Tím Vladimírovi rozhodně nepomáhala, naopak. Vladimír neměl zapotřebí mít zaměstnání, jelikož vše, co k životu potřeboval, měl zajištěné z matčiny strany. Nenesl tak zcela zodpovědnost za své činy. Vůči matce i sourozencům chová silnou zlobu kvůli tomu, že ho připravili o domov. To opět Vladimírovi umožnilo nabít pocit, že do rodiny nepatří a sourozenci jsou společně s matkou spolčení proti němu.

Užívání drog se u Vladimíra velmi silně projevilo po sociální stránce. Vedlo ke ztrátě domova, zpretrhání vztahů s rodinou, ke konání trestných činů. Zasáhl tak i do života své dcery, která je díky závislosti svých rodičů umístěna v ústavní péči. Silně se užívání projevilo také po zdravotní stránce. Vladimír se snaží vrátit k životu průměrného člověka, ovšem zatím se mu to stále nepodařilo.

Sociální terapie

Velkým problémem je, že rozhodnutí s užíváním drog přestat, nejspíš není tak silné. Soudím podle toho, že Vladimír stále nachází důvody, které abstinenci brání. Jeho několikanásobné pokusy o udržení abstinence vždy skončily neúspěšně. Ovšem jako velmi pozitivní hodnotím, že je pro něj motivací dcera. Vladimír chce usilovat o to, aby dceru získal do své péče. Za nutné tedy předpokládám, aby začal dělat kroky, které povedou ke splnění tohoto cíle.

Každodenně navštěvuje kontaktní centrum, ovšem využívá ho především k hygieně, také aby si vyměnil materiál potřebný k aplikaci drog, měl kde trávit čas, najedl se atd. Nejmenším a nejjednodušším krokem by podle mého mohlo být, aby si Vladimír v kontaktním centru opět sjednal konzultaci a zjistil všechny možnosti dostupné léčby, popřípadě se nechal nasměrovat k dalším odborníkům.

Potíží je, že Vladimírova závislost trvá už velice dlouho a vedla k jeho totální sociální devastaci. Obecně je známo, že čím déle závislost trvá, a čím horší má následky, tím je těžší se z ní dostat. Vladimír by potřeboval bydlení, zaměstnání, lékařskou péči, ovšem jako závislý toto velmi těžko získá.

Jako další, dlouhodobější cíl, by si Vladimír mohl stanovit vyléčení svých aktuálních

nemocí. To jsou především hepatitidy. Ovšem k tomu je potřebná abstinence všech drog. Vhodná by mohla být detoxifikace pod vedením odborného, lékařského personálu. Nejvíce přínosná by podle mě byla pro Vladimíra terapeutická komunita. Získal by zde především zázemí, pevný program, psychoterapeutickou pomoc a kontakt s lidmi. Komunita by pro něj byla místem, kde by poznal možná poprvé v životě pocit sounáležitosti a toho, že někam patří. Jednalo by se o dlouhodobý pobyt, kde by byl pod neustálým dohledem a mohl o svých pocitech a problémech otevřeně mluvit. Mám pocit, že jde o jedinou možnost, která by Vladimírovi napomohla k tomu, aby se vrátil do běžného života bez užívání drog. Tento fakt by mohl dobře působit také při získávání dcery do Vladimírovy péče.

Jelikož se Vladimír s rodinou vídat nechce, není vhodné zmiňovat jako cíl, usmíření se s rodinou. Možná, že až Vladimír překoná problém závislosti a srovná si osobní život, dokáže rodinu opět kontaktovat.

6.5 Shrnutí výsledků uvedených případových studií

Ve zde zpracovaných případových studiích je možné najít hned několik společných znaků, které mohly být u obou zkoumaných objektů příčinou zneužívání návykových látek.

Oba muži od útlého věku zažívali pocity méněcennosti a nedostatečné pozornosti ze strany rodičů, oba byli nejstaršími ze všech sourozenců. Shodná je také absence otce, i když u každého poněkud rozdílně. Kryštof byl vychováván funkčním, ale nevlastním otcem a biologický otec o něj neprojevoval zájem. Vladimír žil určitou část života po boku vlastního otce, který o něj ovšem nejevil zájem a to ani poté, co se od rodiny odstěhoval. Oba muži chovají velmi neutrální a ne příliš láskyplný vztah k mladším sourozencům.

Oba muži prošli nehezkými zážitky v období dětství. Kryštof nejen, že zjistil, že není biologickým synem muže, který ho vychovával, ale zároveň se dozvěděl, že je z poloviny Rom a musel se také smířit se značným postižením obličeje. Vladimír zakusil fyzické násilí, které jeho otec páchal na Vladimírově matce a následně se musel vyrovnávat s otcovou smrtí.

Ani jeden ze zkoumaných objektů nepodstoupil dlouhodobé léčení a svou závislost nevnímá jako příliš závažnou. Rodiny těchto mužů byly ochotny pomoci, ovšem zpětná vazba ze strany zkoumaných objektů už nebyla příliš pozitivní

Možné je zaznamenat i shodné sociální důsledky. Oba muži se vzdali svých zájmů a jejich závislost je dohnala až ke krádežím v kruhu rodiny. Následně oba byli vykázáni rodiči z domova a zakusili bezdomovectví. U obou z nich došlo k vytvoření dluhů, žalobám u soudu.

Shodný je také ne příliš pozitivní postoj k práci. Největším problémem u obou mužů jsou ovšem narušené vztahy s rodinou a zloba, kterou vůči svým nejbližším pocítují.

6.6 Rozhovor s pracovníkem č. 1 – pracovník kontaktního centra

1) V čem spatřujete největší úskalí / problematiku u drogově závislých?

V pohledu většiny laické i odborné veřejnosti spatřovat hlavní problém v drogách a ne v psychickém a sociálním statutu uživatele. Dost to komplikuje jak formování smysluplných služeb, tak samotnou práci s jednotlivými osobami.

2) Pozorujete určitý častý důvod, který vedl k drogové závislosti nebo je to vždy individuální?

Je to vždy individuální, byť se určité vzorce opakují: sociální nevyzrálost (především jako následek vztahů vedoucích k nepřijímání vlastní zodpovědnosti, schopnosti svobodné volby a zdravého formování vlastní identity), psychická traumata.

3) Mají uživatelé drog často narušené vztahy s rodinou?

Co se týče problémových uživatelů, ano a nejen s rodinou. Často se jedná o narušený vztah sám k sobě.

4) Máte pocit, že u většiny uživatelů vznikla drogová závislost v důsledku určitých příčin v dětství?

U problémových uživatelů se, dle mého, často jedná o různé poruchy psychického a sociálního vývoje, takže průběh dětství a především dospívání má významný vliv.

5) S jakými zdravotními dopady se nejčastěji setkáváte v důsledku intravenózní aplikace?

U dlouhodobých uživatelů nejrůznější cévní problémy (např. bércové vředy), problémy gastroenterologické (např. žaludeční vředy), problémy s imunitou. Běžně pak různé formy kožních obtíží, včetně např. abscesů.

6) Jaké sociální důsledky, podle Vás, užívání drog, nejčastěji přináší?

Vyčleněnost z běžné společnosti, falešná identifikace s problémovou skupinou („feťáci“). V důsledku pak nezaměstnanost (a nezaměstnatelnost), problémy s bydlením, s komunikací,...

7) Jak hodnotíte účinnost Vámi poskytované služby?

Zásadním cílem je snižování nebezpečí rizikového chování, což se účinně děje.

8) Jakou další odbornou pomoc nejčastěji zprostředkováváte?

Sociální práce (bydlení, práce, doklady, komunikace s úřady, právní a dluhové poradenství,...), příprava ke stabilizaci života (někdy pomáháme se samotnou stabilizací) –

pozitivní úpravy sebeidentifikace, sebezpřijetí, pragmatická náprava vztahů s blízkými osobami, hledání skrytých dovedností a jejich následné využívání, ...

9) Získáváte zpětnou vazbu od klientů nebo informace o jejich pokračujícím způsobu života?

U klientů v systému harm reduction máme vlastní pozorování, neboť průběžně docházejí, u dalších se někdy dovídáme od nich, jak se jim daří.

6.7 Rozhovor s pracovníkem č. 2 – pracovník kontaktního centra

1) V čem spatřujete největší úskalí / problematiku u drogově závislých?

Asi v tom, že jde o velmi silně stigmatizovanou oblast, což klientům i pracovníkům činní různé problémy. Jak v běžném životě (klient i pracovník) tak v návratu do života bez drog (klient).

Dále pak v tom, že vymotat se z kruhu je v zásadě hlavně na klientovi. Zázračné pilulky neexistují a také v tom, že drogová problematika, nadužívání drog velmi často nebo spíše téměř vždy nepoškozuje jen uživatele samotného, ale silně dopadá i na jeho nejbližší okolí.

2) Pozorujete určitý častý důvod, který vedl k drogové závislosti nebo je to vždy individuální?

Je to spíše individuální záležitost. Často pozorujeme problémy v rodinném systému – různého druhu a závažnosti.

3) Mají uživatelé drog často narušené vztahy s rodinou?

Ano, v podstatě vždy.

4) Máte pocit, že u většiny uživatelů vznikla drogová závislost v důsledku určitých příčin v dětství?

Můj pocit je ten, že je to opět individuální. Nechci paušalizovat.

5) S jakými zdravotními dopady se nejčastěji setkáváte v důsledku intravenózní aplikace?

Abscesy, flegmony, stále otevřené rány typu bércových vředů v důsledku celkového poškození žilního systému, hepatitid C.

6) Jaké sociální důsledky, podle Vás, užívání drog, nejčastěji přináší?

Vyloučení ze společnosti, dluhy, kriminální delikty.

7) Jak hodnotíte účinnost Vámi poskytované služby?

Domnívám se, že poskytuje kvalitní a vysoce potřebné služby, které jsou určitě vysoce

účinné vzhledem k ochraně zdraví společnosti a uživatele drog (poskytujeme zejména služby terciární prevence). Zjednodušeně řečeno dle statistik stále přijímáme větší množství špinavých jehel, než vydáváme zpět do oběhu. Avšak také naše služby považují za velmi nedocenené.

8) Jakou další odbornou pomoc nejčastěji zprostředkováváte?

Kontakty na další zejména léčebná zařízení. Sociální práci.

9) Získáváte zpětnou vazbu od klientů nebo informace o jejich pokračujícím způsobu života?

Spíše výjimečně, ale občas se k nám nějaká zpětná vazba dostane.

6.8 Rozhovor s pracovníkem č. 3 – pracovník detoxifikační jednotky

1) V čem spatřujete největší úskalí / problematiku u drogově závislých?

Největší úskalí je v nastavení hranic a motivaci k léčbě. Už v dětství je otázkou, jak přísní rodiče budou (popřípadě kurátor pro mládež). Kolikrát dát dítěti šanci, a kdy už přistoupit k ráznějším opatřením a omezením. Někdy pohružka výchovným ústavem pomůže, jindy ne a dítě tam skutečně skončí. Každá léčba, pokud je dobrovolná, je nejpřínosnější pro všechny zúčastněné strany. Když ale daný jedinec nechce, je velmi málo prostředků, jak ho přinutit. Dále je problémem nedostatečná síť léčebných zařízení pro mládež v ČR. Zvláště pro děti s neukončenou ZŠ, specializované pracoviště k léčbě závislosti neexistuje. Lépe jsou na tom mladí do 18-ti let věku s ukončenou ZŠ. Pro dospělé klienty je síť léčebných zařízení v ČR dostatečná.

2) Pozorujete určitý častý důvod, který vedl k drogové závislosti nebo je to vždy individuální?

Je to vždy individuální, i když příčiny lze rozdělit do tematických okruhů. Problematické nebo chybějící rodinné zázemí, závadová parta a rizikovní kamarádi, závislý partner, trauma z dětství nebo závažná událost (úmrtí rodiče, ztráta blízkého člověka, rozchod s partnerem), osobnostní patologie (hraniční typ osobnosti, hyperaktivní děti), droga jako náhražka psychiatrické medikace nebo jen nuda a zvědavost.

3) Mají uživatelé drog často narušené vztahy s rodinou?

Někdy ano, někdy ne. Záleží na funkčnosti nebo patologii rodinného prostředí. Při léčbě je velmi důležitá podpora ze strany rodiny. Hodnotím, že zhruba třetina klientů se s rodinou vidá velmi málo, anebo zcela vůbec.

4) Máte pocit, že u většiny uživatelů vznikla drogová závislost v důsledku určitých příčin v dětství?

U části klientů ano. Ale není to nutnou podmínkou ke vzniku závislosti.

5) S jakými zdravotními dopady se nejčastěji setkáváte v důsledku intravenózní aplikace?

U pervitinu: Žloutenka typu C, modřiny na rukou, postupné zvyšování dávek, což způsobuje neúměrnou zátěž jater, černání a padání zubů, zvýšený výskyt akné, úbytek tělesné váhy, toxické psychózy zahrnující halucinace a paranoidní stavy.

6) Jaké sociální důsledky, podle Vás, užívání drog, nejčastěji přináší?

Ztráta rodinných a přátelských vztahů, vyloučení ze školy, ze zaměstnání, ztráta zájmů a koníčků, snížený zájem o cokoli, neschopnost prožívat radost z běžných životních událostí.

7) Jak hodnotíte účinnost Vámi poskytované služby?

Účinnost detoxu se dá těžko vyčíslit. Na dokončené pobyty, tzn. 12 dnů je úspěšnost 84%. To ale neznamená, že tolik klientů se vyléčí.

8) Jakou další odbornou pomoc nejčastěji zprostředkováváte?

Psychologickou, psychiatrickou a pediatrickou (zdravotní).

9) Získáváte zpětnou vazbu od klientů nebo informace o jejich pokračujícím způsobu života?

Zpětnou vazbu od těch, kteří se z drog dostali, máme jen velmi sporadicky, o to více nás to potěší. Je důležité vědět, že nepomůžeme všem a nezachráníme každého. S tím je třeba počítat.

6.9 Shrnutí závěrů vyplývajících z rozhovorů

Dva pracovníci se shodují, že u drogově závislých je velkým problémem stigmatizace těchto osob širokou veřejností. Společnost vidí jako hlavní problém samotné drogy, ale nezabývá se už psychickým a sociálním stavem daného jedince. To vše komplikuje nejen formování služeb, ale také samotnou práci s klientem. Nelehký je také následný návrat do běžného života bez drog.

Shodu pracovníci nacházejí také v důležitosti osobní motivace a dobrovolné léčby.

Všichni se shodují na tom, že důvody ke vzniku drogové závislosti jsou vždy individuální, ale přesto zmiňují, že se často jedná o sociální nevyzrálost v důsledku nepříznivých vztahů, psychická traumata a celkově problémy pramenící z rodiny. Dva

pracovníci souhlasí, že jsou vždy narušené vztahy s rodinou, popřípadě vztah k sobě samému a že období dětství a dospívání má významný vliv na psychický a sociální vývoj. Sociální pracovník detoxifikační jednotky se k tomuto názoru přiklání jen z části.

Mezi sociální dopady drogové závislosti pracovníci řadí především marginalizaci, tedy vytlačení na úplný okraj společnosti. Dále ztrátu zaměstnání, bydlení, dluhy a narušení veškerých vztahů.

7 Diskuze

V kapitole diskuze závěrečně pojednám o naplnění cílů bakalářské práce a taktéž o dostupných statistikách, týkajících se problematiky užívání drog v České republice. Ráda bych také vyzdvihla názory autora, jehož literaturu jsem využívala ke zpracování své bakalářské práce. Zde se nachází prostor na můj osobní názor, a tak nebude chybět moje vlastní zhodnocení systému péče u organizací, ve kterých jsem měla možnost absolvovat stáž. Celou kapitolu bych ráda koncipovala v kontextu se zaměřením a cílem mé bakalářské práce. Kapitola bude zakončena mým osobním pohledem na drogovou problematiku.

Protidrogová politika v České republice slučuje témata užívání alkoholu, tabáku, hazardního hraní a především nelegálních drog. Za rok 2014 výdaje poskytnuté na protidrogovou politiku činily 1253,8 miliónů korun českých. Podíl, který byl věnován adiktologickým programům činil 214 miliónů korun. Od roku 2013 vzrostl počet užívání nelegálních drog mezi muži a mladými dospělými ve věku 15 – 34 let. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

Z hlediska intenzivního a problémového užívání drog je v České republice, z řad amfetaminů, nejčastěji zneužívaný pervitin. Z opiátů je to potom heroin a buprenorfin (Subutex). Poslední statistika z roku 2014 odhaduje, že počet injekčních uživatelů drog dosáhl 45, 6 tisíc. Stejná statistika uvádí, že se díky intravenózní aplikaci za rok 2014 nakazilo 9 osob virem HIV. Výskyt injekčního užívání drog je stále velmi vysoký a proto se začíná pracovat i s tzv. závislostí na samotné jehle, kterou uvádí mnoho uživatelů. Poslední zpráva o úmrtích spojených s předávkováním, z roku 2012, hlásí 38 případů. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

Mezi nejčastější sociální důsledky se řadí nízké vzdělání, nezaměstnanost, rodinné problémy, bezdomovectví. Častá zadluženost se pak týká až 95% klientů adiktologických služeb, v neposlední řadě je také četné sociální vyloučení. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

Roku 2014 využívalo nízkoprahových programů 40 300 uživatelů drog. Díky těmto programům bylo v uváděném roce poskytnuto 6, 6 miliónů kusů injekčního materiálu. V tomto roce také došlo ke sčítání adiktologických služeb, kdy výsledkem bylo 271 takových služeb po celé České republice. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

Již zde bych ráda zmínila několik pro mě závažných skutečností. Tou první a zcela zásadní je, že poslední údaje pocházejí z roku 2014, tedy již téměř po dobu dvou let nebyly provedeny další výzkumy, z kterých by bylo možné vytvořit statistiky týkající se drogového problému. Z mého pohledu se jedná o velmi závažnou potíž, která by měla mít své místo v každoročních statistikách. Troufám si tvrdit, že téměř každý člověk se setkal s osobou užívající nelegální návykové látky, ať už v bezprostředním nebo vzdálenějším okolí. Tento fakt ukazuje na závažnost drogové závislosti, která se v lidské populaci objevuje v kolosální míře. Dalším nepříjemným zjištěním pro mě bylo, že Výroční zpráva se v oblasti zneužívání návykových látek u dětí a mládeže zaměřuje pouze na zjišťování zneužívání alkoholu, tabákových výrobků a konopných látek. Pokud jsou děti schopny užívat tyto látky, jak daleko mají k tvrdším nelegálním drogám?

Z této skutečnosti vyplývá problém, který v rozhovoru zmínil pracovník detoxifikační jednotky. A to, že je v České republice velký nedostatek zařízení zaměřených na léčbu drogových závislostí u dětí, které nedosáhly základního vzdělání. Mým názorem je, že Česká republika není připravená na to, že již v tomto věku je možné zneužívání nelegálních drog a ani zde nejsou zavedeny správné postupy pro následnou práci s těmito ohroženými dětmi. Pokud se nad tím zamyslíme, mohlo by se přitom jednat o nejúčinnější prevenci. Zamezit zneužívání návykových látek v co nejučtější věku a věnovat těmto dětem tolik potřebnou péči.

Pokud jsem se již dotkla tématu péče o závislé děti a mladistvé, ráda bych zmínila vlastní zkušenost z pohledu stážisty. Můj názor na základě odborné praxe a zrealizovaných rozhovorů je následující. Absolvovala jsem odbornou stáž na dětském a dorostovém detoxikačním centru. Z mého pozorování a pocitů soudím, že již samotné nemocniční prostředí musí v těchto mladých lidech, dětech, vyvolávat nežádoucí pocity a možná i strach. Pro mne samotnou by bylo velmi traumatizující přijetí na toto oddělení, kdy se přijímaná osoba musí svléknout donaha a udělat dřep, to vše vždy pod dohledem zdravotních sester. Pro dívky a chlapce v pubescenci se musí jednat o velmi ponižující zážitek hned na počátku pobytu. Samozřejmě existuje denní režim, který musí všichni dodržovat, což je v tomto případě poněkud nutné. Ovšem trávit dny na nemocničním oddělení se zamřížovanými okny, prosklenými pokoji bez možnosti soukromí, to by nebyl příjemný zážitek pro dospělého, natož pro dítě. Jaký se následně může vytvořit pohled na léčbu drogových závislostí u těchto osob? V tomto zařízení mi rozhodně chyběla tolik

potřebná terapie. Naopak s dětmi se o užívání drog nemělo hovořit. Přitom jejich užívání bylo hlavním důvodem pobytu. Děti zde nemají možnost uvědomit si důsledky svého chování, své touhy, možnosti. V podstatě každý pacient se k pobytu stavěl velmi pasivně.

Žádné z dětí není v detoxikačním centru dobrovolně, což hodnotím jako obrovský problém, ovšem na druhou stranu naprosto chápu zoufalé rodiče, kteří doufají v možnost nápravy. Bohužel ale soudím, že 12ti denní pobyt, který nepřináší nic příjemného a nesnaží se změnit smýšlení těchto dětí a mladistvých, nemůže přinést závratné změny. Z mého pocitu se jedná spíše o jakési vězení, odpočítávání dní do konce. Myslím si, že u dětí by se rozhodně lépe projevil příjemnější program spojený s terapií, zábavnými a zároveň poučnými aktivitami. Ze zpráv, do kterých jsem měla možnost nahlédnout, si téměř každé dítě prošlo velmi traumatizujícím zážitkem, na jehož vyřešení nebude stačit 12 dnů v takovém prostředí. Pokud je systém péče takto málo propracovaný už u těch nejmladších a nejvíce ohrožených, je pak možné účinně čelit drogovému problému?

V kontaktních centrech poskytujících nízkoprahové služby je hlavním kritériem brát klienta takového jaký je, respektovat jeho rozhodnutí užívat drogy a tolerovat jeho závislost. Velmi kladně hodnotím, že v kontaktním centru Drop In se tento bod opravdu dodržuje a pokud klient projeví zájem o pomoc, je mu poskytnuta, anebo zprostředkována. Vyzdvihnout musím také to, že pracovníci, vystudovaní adiktologové, po každém dni uklízí celé prostory centra a nevznesou jedinou námitku proti nepořádku, který klienti dokázali vytvořit.

Ne všichni klienti mají přidělený kód, pod kterým se zapisují při výměně injekčního materiálu. Někteří z klientů využívají tyto služby zcela anonymně a není tak možné, aby statistiky byly přesné, což prý významně znesnadňuje práci, např. kvůli počtu materiálu.

Obyvatelé, kteří mají ve své blízkosti takové centrum, velmi často dělají pracovníkům problémy. Je pochopitelné, že nechtějí, aby se v místě jejich bydliště shlukovali narkomané, mají z nich strach. Zároveň je nutné si uvědomit, že v případě, kdyby neexistovaly programy snižování rizik, byli bychom velmi ohroženi my všichni. Pokud se ročně posbírá přes 6 miliónů injekčních stříkaček, umí si někdo představit, jak by to zde vypadalo v případě, že by se o jejich sběr nikdo nestaral?

Na tyto služby pečující o drogově závislé osoby je vynakládáno poměrně málo finančních prostředků, což se týká i ohodnocení pracovníků. Tím vším se snižuje časová dostupnost těchto služeb a jejich personální zabezpečení. Vystudovaný terapeut, psychiatr

či psycholog půjde radši pracovat do soukromého sektoru, než do toho státního, kde nebude oceněn za svou záslužnou činnost, naopak bude veřejností považován za někoho, kdo pomáhá hříšníkům.

Velmi špatný postoj společnosti vůči drogově závislým osobám je dle mého mínění obrovským problémem brzdícím možnosti úspěšného členění drogovému problému. Lidé chtějí pomáhat opuštěným dětem, dětem, které prošly různými nepříjemnými situacemi. Zamyslí se však tito lidé, že dospělý člověk, závislý na drogách, byl možná právě takovým dítětem, které si prošlo velmi nelehkým dětstvím, a že nebyl nikdo, kdo by mu poskytl pomoc a potřebnou péči? Většina společnosti si neuvědomuje, že drogy jsou jakousi obranou, únikem před realitou, a že ten, kdo je začne užívat, k tomu má většinou závažný důvod a rozhodně nepočítá s tím, že z něj bude závislý narkoman na pokraji společnosti.

Jako velmi laickou musím hodnotit chybu, kterou dělá většina společnosti a nejspíš se objevuje i v některých službách určených drogově závislým. A tím myslím, že se často vše zaměřuje na samotnou závislost a problémy z ní vyplývající. Ale kolik lidí je schopných nahlížet do minulosti daného jednotlivce? Kolik osob je ochotných zabývat se minulostí a neřešit problémy současné, z kterých pramení další komplikace? Jako zcela prvořadé spatřuji objevení a následné vyřešení problému, který vedl ke vzniku drogové závislosti. V tomto názoru se zcela ztotožňuji s autorem Kalinou, jehož zrealizované průzkumy a zkušenosti poukazují na výsledky, se kterými se můj výzkum shoduje. Už fakt, že je toxikomanie označena jako duševní porucha, zcela napovídá, že se jedná o problém v nitru člověka. Autor Kalina uvádí, že drogy jedinec užívá pro jejich moc řešit stávající situaci (pocit selhání, neoblíbenosti, deprese, emocionální bolesti atp.), anebo naopak umožňují něco, po čem jedinec touží (odvaha, únik, vzdor, uvolnění atp.) (s. 124, 2003). Věřím, že v TK dochází k řešení těchto problémů. TK mají největší procento úspěšnosti léčby a myslím si, že je to především díky skvělé práci terapeutů a dlouhodobému pobytu. Obyvatelé komunity si zvyknou na určitý režim, osvojují si aktivity v rámci běžného dne, zažívají sounáležitost s ostatními obyvateli, komunikaci a možnost řešit své primární problémy.

Systém prevence i následné péče o drogově závislé spatřuji v České republice jako velmi nedostatečný, nepropracovaný a nedoceněný. I v našem hlavním městě nacházíme známá místa, kde je zejména večer možnost vidět dealery prodávající drogy, kteří jsou poznatelní i pro amatéra. Policie okolo nich chodí, nekontroluje je, nevyšimá si jich. Pak vyvstává otázka, zda nemá stát určitý zájem na zneužívání nelegálních látek? Jak je pak možné zabraňovat

šíření drogové závislosti a uchránit před ní co nejvyšší počet osob?

Závěr

Již v úvodu své bakalářské práce jsem naznačila, že drogový problém provází lidskou společnost dlouhou řadu let a stále proti němu neexistují účinná opatření. Následující kapitoly nastiňují, že tato problematika vyžaduje velmi speciální přístup, protože zasahuje do všech oblastí života jedince, který drogy užívá. Ve velké míře zasahuje a ovlivňuje nejen život jeho samotného, ale i jeho blízké rodiny, přátel, popřípadě potomků. Cílem poslední kapitoly, kterou tvoří výčet sociálních služeb pro uživatele drog, bylo ukázat možnosti práce se závislým jedincem, a poskytnutí pomoci nejen samotnému uživateli, ale také jeho rodině.

Všem osobám, které se podílejí jakoukoliv aktivitou na řešení drogové problematiky, ať už se jedná o léčbu samotnou, či programy snižování rizik a prevence, patří velké díky od celé lidské populace. O tomto tématu, jež je pro lidstvo velmi zásadní a aktuální, bylo již napsáno nespočet knih, článků, bakalářských či diplomových prací. Přesto se stále nedaří tuto trvalou potíž alespoň do určité míry minimalizovat. Veřejnost k tomuto problému zaujímá velmi negativní postoje. U drogově závislých osob dochází ke značné stigmatizaci a marginalizaci většinovou společností a to může komplikovat následnou práci. Nejen kvůli nízké míře podpory, ocenění pracovníků, ale také díky nízké důvěře uživatelů, vůči pomoci.

Při psaní mé bakalářské práce mě překvapilo, jak lidé dokáží zneužít látek, které byly původně určeny pro lékařské účely. Měly tedy primárně lidem pomáhat, ulehčovat od potíží, ne je do nich dostávat. Drogy by měly být odsouzeny jako celek a ty, které podléhají medicínskému záměru, by měly být pod přísnou kontrolou.

Dle mého mínění v dnešní době velmi často dochází ke zlehčování drogového problému. Drogy se běžně užívají mezi nejrůznějšími věkovými kategoriemi a jsou považovány za normální, anebo jako součást určitého životního stylu.

Má bakalářská práce má mít úlohu jakéhosi průřezu základními informacemi, o drogovém problému. Zmíněny jsou nejčastěji injekčně užívané drogy a především jejich následky, týkající se oblasti zdravotní i sociální.

Vypracováním práce jsem zhotovila všechny stanovené cíle. V rámci mých odborných stáží a především v praktické části jsem se přesvědčila, že nejčastěji za drogovou závislostí stojí defektní prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá. Týká se to především vztahů s nejbližší rodinou a špatných zkušeností, kterými si v období dětství tyto lidé museli projít. Zjištění, že v naprosté většině případů došlo k určitému traumatizujícímu zážitku v období

vývoje, mě přesvědčilo, že léčba drogové závislosti by mohla být úspěšná tehdy, kdy dojde k vyřešení primárních problémů, které daného jedince tíží až do jeho dospělosti. Praktická část ukazuje také tzv. sociální rozklad, která drogová závislost způsobila lidem v mladém dospělém věku.

Mým názorem nadále zůstává, že by společnost měla vynaložit více finančních prostředků sloužících pro primární prevenci drogové závislosti a zajistit lepší péči o rizikové či ohrožené jedince, skupiny, anebo rodiny.

8 Seznam použité literatury

Prameny:

- 1) ATERBURN, Stephen a Jim BURNS. *Drogy klepou na dveře: výchova, prevence, léčba*. 1. vyd. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.
- 2) BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.
- 3) BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici - streetwork*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. Co-jak-proč. ISBN 80-7239-048-1.
- 4) BLÁHA, Roman. *Trestněprávní aspekty prostituce v České republice*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ ve spolupráci s Justiční akademií v Kroměříži, 2008. ISBN 978-80-86920-29-0.
- 5) *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
- 6) FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.
- 7) GANERI, Anita. *Drogy: od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8.
- 8) GÖHLERT, Fr a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
- 9) GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 10) HAJNÝ, Martin. *O rodičích, dětech a drogách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
- 11) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. První. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- 12) ILLES, Tom. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. 2., upr. vyd. Praha: ISV, 2002. Drogy. ISBN 80-85866-50-1.
- 13) JOHN, Radek a Jiří PRESL. *Drogy!: Otázky a odpovědi*. 1.vyd. Praha: Medea Kultur Praha s.r.o., 1995, 83 s.

- 14) JOYEUX, Henri. *City, sexualita, AIDS: [60 otázek a odpovědí pro chlapce a dívky od 13 do 15 let]*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-489-3.
- 15) KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti I.: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- 16) KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti II.: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- 17) KREKULOVÁ, Laura a Vratislav ŘEHÁK. *--když už máš Céčko--: [informace o virové hepatitidě typu C]*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2006. ISBN 80-7254-823-9.
- 18) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- 19) MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
- 20) MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- 21) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Čtvrté. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0189-2.
- 22) NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
- 23) PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.
- 24) RUISEL, Imrich. *Základy psychologie inteligence*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-425-7.
- 25) SHAPIRO, Harry. *Drogy: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2005. ISBN 80-7352-295-0.
- 26) TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích: mýty - fakta - rady*. Praha: I. Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.
- 27) VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2209-5.
- 28) VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Sekundární literatura

- 1) *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. SANANIM, 2013, (IV.).

- 2) *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.* SANANIM, 2014, (I.).
- 3) *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.* SANANIM, 2014, (III.).
- 4) *Dekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center.* SANANIM, 2015, (III.).
- 5) MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-134-3.
- 6) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika.* Praha: Úřad vlády ČR, 2002.

Elektronické zdroje

- 1) CudzieSlová.sk: Slovník cudzích slov online. *CudzieSlová.sk: Definície pre cudzie slovo problematika* [online]. Slovenská republika: Copyright, 2016 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.cudzieslova.sk/hladanie/problematika>
- 2) Drogová poradna. *Drogová poradna: Detoxifikace* [online]. Česká republika: SANANIM z.u., 2009 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>
- 3) Drogová poradna. *Drogová poradna: Doléčování* [online]. Česká republika: SANANIM z.u., 2009 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/detoxifikace.html>
- 4) Drogová poradna. *Drogová poradna: Léčebné programy* [online]. Česká republika: SANANIM z.u., 2009 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
- 5) Drogová poradna. *Drogová poradna: Streetwork, K-centra* [online]. Česká republika: SANANIM z.u., 2009 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.htm>
- 6) Informace o drogách: Subutex. *Prev-Centrum* [online]. Česká republika [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Subutex>

- 7) Opiáty: Subutex® (buprenorfin). *Drogová poradna* [online]. Česká republika: SANANIM z.u., 2009 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z:
[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)
- 8) Pravda o drogách: Řekni ne drogám - řekni ano životu. *Pravda o drogách: Smrtící účinky pervitinu*[online]. Česká republika: Copyright, 2009 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:
<http://www.drogy.cz/pervitin/kap-smrtici-ucinky-pervitinu.html>
- 9) Škola, rodiče, náctiletí: primární prevence.cz - prevence rizikového chování. *Škola, rodiče, náctiletí: Související nemoci* [online]. Česká republika: Copyright, 2016 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:
<http://www.odrogach.cz/skola/rizikove-jevy/uzivani-navykovych-latek/zavislost/souvisejici-nemoci.html>
- 10) Vitalia.cz: Chytře na život. *Vitalia.cz: Paranoia (stihomam,paranoidita)* [online]. Česká republika: Copyright, 2016 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:
<http://www.vitalia.cz/katalog/nemoci/paranoia/>
- 11) Wikipedie: Otevřená encyklopedie. *Wikipedie: Nitrožilní aplikace* [online]. Česká republika: Creative commons, 2014 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:
https://cs.wikipedia.org/wiki/Nitro%C5%BEiln%C3%AD_aplikace

9 Summary

The first theoretical part introduces the general concepts relating to the narcotic drug addiction and narcotic drug themselves. A description of most commonly used injectable narcotic drugs. Then continue with health consequences, which are causing by intravenously application and subsequently contains some of the most frequent negative social impacts resulting from narcotic drug useage. Finally, there are described the individual social facilities that are helping to the drug addicted persons.

In the second practical part, I am trying to show what are the possible risk factors affecting the development of the person, and their subsequent impact on the formation of personality. The aim is to show risky moments, or relationships that could be triggers for narcotic drug addiction. Case reports are also focused on the negative social consequences that usage of narcotic drugs usually entails. The practical part also includes the interviews with the staff, who are working with the drug addicted persons for a long time, which allow an expert opinion view on this problematic. In interviews, staff sees the same problems, which I tried to show in the practical part.