

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**Husitská teologická fakulta**

Bakalářská práce

Praha, 2010

Vypracovala: Eva Holakovská

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

***HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA***

***KATEDRA PSYCHOSOCIÁLNÍCH VĚD A ETIKY***

Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog

Basic principles of social work with opiate drug users

***Vedoucí práce:*** PhDr. Miloslav Čedík

***Vypracovala:*** Eva Holakovská

## ***Poděkování:***

Za odborné vedení a poskytnuté rady bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce panu PhDr. Miloslavu Čedíkovi. Dále děkuji panu Evženu Holečkovi za inspirující připomínky a cenné informace, panu Ondřeji Novákovi z nízkoprahového centra DROP-IN, paní MUDr. Běle Studničkové z hygienické stanice hlavního města Prahy a rovněž svým rodičům, kteří mi umožnili studia.

***Prohlášení:***

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala zcela samostatně na základě použité literatury uvedené v příloženém seznamu. Rovněž souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně UK HTF.

V Praze, 30. 11. 2009

Eva Holakovská

## **Anotace:**

Tato práce pojednává o základních principech sociální práce s uživateli opiátových drog. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V části teoretické se zabýváme charakteristikou opiátů a jejich uživatelů, přičemž je kladen důraz na přiblížení hlavních metod sociální práce s drogově závislými a vymezení rizikové skupiny, která je náchylná pro abúzus výše zmíněné skupiny nealkoholových drog. Práce dále pojednává o sociálním poradenství před léčbou, během léčení a po ukončení léčby, přičemž je zdůrazněn význam volnočasových aktivit. Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum, konkrétně tedy kazuistiky uživatelů drog a jejich závěry ukazující jasnou souvislost mezi disharmonickým rodinným prostředím, neproduktivním trávením volného času a zneužíváním tvrdých narkotik.

## **Annotation:**

*This thesis is focused on basic principles of social work with the users of opiate drugs. It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the characteristics of opiates and their users, whereas the emphasis is laid on approximation of main methods of social work with drug addicts and definition of risk groups, which is inclinable to abuse the above-mentioned group of non-alcoholic drugs. Thesis furthermore dissert on social counseling before treatment, during the treatment and after treatment, whereas the importance of leisure activities is highlighted. The practical part is focused on qualitative research, concretely casuistries of drug users and their conclusions showing a clear relation between disharmonious family environment, unproductive spending of leisure time and abuse of hard narcotics.*

## **Obsah:**

Anotace	
Úvod.....	7
1. Základní charakteristika opiátů.....	9
1.1 Rozdělení opiátů a jejich aplikace dle Andrew Tylera.....	9
1.2 Dějiny morfinu a opia.....	12
1.3 Ostatní drogy a opiáty.....	13
1.4 Opiáty a vnímání bolesti.....	14
1.5 Dlouhodobá rizika užívání opiátů.....	15
1.6 Náhlá úmrtí v důsledku užívání opiátů.....	17
2. Charakteristika sociální práce s uživateli opioidových produktů.....	19
2.1 Cílová skupina uživatelů pro sociální pracovníky.....	20
2.2 Východiska, cíle a zásady práce s uživateli opioidů.....	22
2.3 Terénní sociální práce jakožto významná složka pomoci.....	24
2.4 Motivace klienta jakožto pilíř léčby.....	25
2.5 Předléčebné poradenství.....	28
2.6 Zařízení zaměřená na práci s uživateli narkotik.....	30
2.7 Sociální práce a pobytová léčba.....	33
3. Sociální práce po ukončení léčby.....	35
3.1 Význam volnočasových aktivit.....	37
3.2 Osobnostní rozvoj, resocializace a sociální rozměr volného času.....	38
4. Sestavování kasuistik uživatelů opiátů evidovaných v nízkoprahovém středisku Drop-in.....	40
4.1 Kasuistika č. 1.....	40
4.2 Kasuistika č. 2.....	42
4.3 Kasuistika č. 3.....	44
5. Závěry vyvozené z uvedených kasuistik.....	47
6. Závěr.....	49
7. Resumé.....	50
8. Seznam použité literatury .....	51

## Úvod:

Z historického hlediska patří kategorie opiátů k jedné z nejméně diskutovaných skupin narkotik. Cílem této práce je přiblížit základní principy sociálního poradenství s uživateli opiátových drog, přičemž je kladen důraz na popis metod sociální práce v různých etapách vývoje léčby závislosti. V první polovině textu je předestřena charakteristika opiátů, v části druhé a třetí se zabýváme popisem sociálního poradenství s jejich uživateli, stručným nástinem rizikových skupin a významem volnočasových aktivit v životě závislého klienta. Sociální práce s uživateli této skupiny nealkoholových drog by měla mít za cíl odhalování, zmírňování a řešení problémů spjatých s jejich kontinuálním užíváním a současně se snažit o pomoc nejen samotnému závislému, ale i jeho rodinným příslušníkům a blízkým. Tato pomoc je realizována nejen prostřednictvím vytváření příznivých společenských podmínek, ale také snahou o dosažení důstojného způsobu života klientů. Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi rozsáhlé spektrum různých použitých metod a přístupů. Některé metody jsou kombinovatelné a vzájemně se doplňují, u jiných tomu tak není. Všechny aplikované postupy by se ale měly snažit vyjít vstříc potřebám klienta. Žádný program není stoprocentně účinný, přesto by se ale sociální pracovník měl snažit o maximální efektivnost své pomoci. Toto v praxi představuje neustálé přizpůsobování léčebného programu měnícím se potřebám klienta, ale také neustálé učení se a zlepšování poznatků o jednotlivých léčebných metodách. Rozvíjet a zkvalitňovat spektrum poskytovaných služeb drogově závislým lze i doplňováním informací ze souvisejících oborů jako farmakologie, psychologie, právo apod. Kvalitní a efektivní program pomoci je však realizovatelný jen prostřednictvím skutečných profesionálů znajících svá práva, kompetence, povinnosti a také prostřednictvím skutečně zodpovědného a svědomitého přístupu. Efektivní model programu pomoci by navíc neměl spoléhat jen na zažitá postupy a metody, byť by byly sebekvalitnější, ale snažit se také o obohacení jednotlivými alternativními přístupy, které mohou představovat právě onu přelomovou změnu v životě klienta, který již prošel určitým počtem léčebných zařízení, ale přesto stále relapsuje. Terapeutický vztah by v sobě měl nést prvky běžných vztahů. I když se vlastně jedná o setkání dvou lidí, z nichž jeden pomoc nabízí a druhý ji vyhledává, vždy by měla být přítomna vstřícnost ze strany terapeuta. Tato vstřícnost nepředstavuje jen vlídnost, ale i vytvoření vztahu, ve kterém se klient bude cítit rovnoprávně a uvolněně. Veškerá pomoc by přišla vniveč, pokud by tento vztah byl poznamenán arogancí a povýšeností ze strany sociálního pracovníka a pokud by v něm chyběla podpora a sdílení. Terapeut je zodpovědný za vytvoření co nejlepších podmínek pro program terapie. Je zcela nepřipustné, aby terapeut klienta odsuzoval, popř. neměl ke klientovi respekt jako k

celistvé a rovnoprávné bytosti. Součástí efektivní pomoci by mělo být také umění navázání, udržení a ukončení terapeutického vztahu. Pomáhající pracovník, který tohoto není schopen, může dokonce někdy způsobit, že léčba stagnuje a není dosaženo kýženého efektu. K poškození klienta také může dojít, má-li pomáhající pracovník ke svému svěřenci předsudky nebo není-li schopen dostatečného terapeutického realismu. Jako nežádoucí je také posuzováno vnášení zmatků a konfliktů ze soukromí samotného sociálního pracovníka. O pomoci drogově závislému klientovi je tedy třeba vždy uvažovat v širších souvislostech a stále mít na paměti především zájmy klienta.



# **1. Základní charakteristika opiátů**

## **1.1 Rozdělení opiátů a jejich aplikace dle Andrew Tylera**

Skupina opiátů patří mezi psychotropní látky, které se vyrábějí z máku setého (*Papaver Somniferum*) anebo se připravují ze syntetických substancí. Někdy bývá skupina opiátů označována jako morfiová podle jednoho ze zástupců této skupiny narkotik – morfinu. Všechny opiátové drogy patří mezi analgetika – tedy látky tlumící bolest. Někteří zástupci opioidové řady mají i výrazné antitusické účinky. Nejznámější z opioidů je výtažek z máku setého – opium, který je výchozí látkou pro další opioidová narkotika. Opium je v primárním syrovém stavu mléčně zbarvená kapalina, která vytéká ze zralých nařezaných makovic. Tato šťáva se během následujících dnů mění v lepkavou hmotu nahnědlé barvy, jež po usušení na stinném temném místě přechází do pevného skupenství.<sup>1</sup> Po jejím zatuhnutí je zformována do cihliček a připravena ke konzumaci. Takto upravené opium obsahuje velké množství narkotických alkaloidů. Podíl kodeinu dosahuje až 4,5 %.

Představitelé skupiny opiátových drog se ve svých účincích jeden od druhého markantně odlišují (*například v době působení, či v míře euforizace apod.*). Některé vlastnosti jsou ale u všech zástupců stejné. Obecně mají za následek potlačení chuti k jídlu, celkové zklidnění a zmírnění bolestí. Navozují také pocity celkového útlumu, oddálení reality a snových představ. Andrew Tyler ve své knížce „Drogy v ulicích-mýty-fakta-rady“ hovoří o tzv. Stadiu Kukly nebo Návratu do Lúna. Jedná se o stavy, kdy jsou běžné problémy uživatelů potlačeny do pozadí a konzumenti pocítují pouze celkové zklidnění hraničící až s naprostou netečností k okolnímu světu. Působení opioidů přináší ovšem i negativní stránky. Jako nejobtížnější bývá vnímáno svědění, nadměrné pocení, zácpa, snížení tepové frekvence a srdečního tepu a pokles tělesné teploty. U některých jedinců může dojít k nadměrné potřebě močení, k zarudnutí sliznic a k častějšímu výskytu respiračních infekcí.

Mezi nejznámější zástupce opiátů patří morfin, kodein, heroin, pethidin, dipipanon, dextromoramid, metadon a dihydrokodein. Dalšími opiáty, které jsou ve větším měřítku používány, jsou papaverin, noskapin a thebain. Posledně jmenovaní zástupci bývají využíváni zejména k léčení průjmu, chronických bolestí a kašle. O narkotických účincích se u nich však mluví málokdy.

---

<sup>1</sup> TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Iva Železného, 2000. 130 s.

## **Heroin**

Heroin je polosyntetický opioid upravený laboratorně. Tento derivát alkaloidu morfinu je silně návykový. Zpravidla se vyskytuje v bílé krystalické formě připomínající cukr, lékařský heroin však může mít i podobu roztoku či tablety. Kontinuální užívání heroinu způsobuje poměrně velkou toleranci. Ve své nečistší podobě je totiž třikrát až čtyřikrát silnější než morfin. I to je jeden z důvodů, proč heroin jako léčivo podléhá mezinárodní kontrole podle Jednotné úmluvy o omamných látkách.

Ve zdravotnictví spadá do kategorie IV, ve které smí být jen omezeně využíván ve zvlášť odůvodněných případech. Heroin byl poprvé syntetizován v druhé polovině devatenáctého století britským chemikem C. R. Adlerem Wrightem. Jako léčivo byl ale poprvé vyroben farmaceutickým koncernem Bayer. Zde byl paradoxně podáván jako substitute pro pacienty závislé na morfinu do té doby, než bylo zjištěno, že se v metabolismu jedince rozkládá právě na uvedený morfin.<sup>2</sup> Heroin bývá užíván šňupáním, injekčně či inhalací po zahřátí. Aplikace vdechnutím ale není až tolik rozšířená kvůli jeho hořké příchuti.

## **Morfin**

Morfin je základní látka, která se využívá jak v medicíně, tak jako narkotikum. Je desetkrát silnější než opium. Ve farmacii se využívá v podobě čípků, tablet, popř. chlorovodíkového roztoku nebo zatavených ampulí určených pro nitrožilní aplikaci.<sup>3</sup> Maximální používaná dávka se v lékařství pohybuje mezi 5 až 2 mg. Při vyšším dávkování již působí hypnoticky a může vyvolat spasmus dýchacího centra. Podobně jako na dalších opiátech na něm rychle vzniká fyzická a psychická závislost, které vychází z jeho působení na opioidové receptory v CNS. Hlavním výrobcem pro legální výrobu je Indie a Tasmánie.

Poprvé byl tento opiát chemicky izolován roku 1806 v Německu. Jeho pojmenování vychází z řecké mytologie a bylo odvozeno od Boha spánku Morfea, což plně vystihuje jeho účinky. Ve vyšších dávkách se totiž morfin vždy projevuje malátností a spavostí.

---

2 NEŠPOR, Karel. *Sřredoškolaáci o drogách , alkoholu, kouření a lepřích věcech*. 1.vyd. Praha: Portál,1995. 26 s.

3 TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Iva Źelezného, 2000. 131 s.

### **Kodein**

Kodein je nejvíce využívaným opiátem po celém světě a zároveň nejhojněji využívaným opioidovým léčivem. Je šestkrát slabší než morfin a jeho výrobní cena je poměrně nízká, což mu zaručuje i širokou popularitu mezi toxikomany. S kodeinem je možné se setkat v bezpočtu různých směsí. Výjimkou není ani směs s aspirinem, efedrinem nebo jinými látkami. Zpravidla se objevuje ve formě tablet, sirupů, nebo ampulí. Kodein bývá využíván pro analgetické, antitusivní a protiprůjmové účinky. Mezi jeho nežádoucí vedlejší účinky však patří nausea, zvracení, sucho v ústech, mióza, urinární retence nebo zácpa.<sup>4</sup> Závažným vedlejším účinkem je respirační útlum. Při dlouhodobější aplikaci může u mužských uživatelů vyvolat erektilní dysfunkci. Smrtná dávka kodeinu je 800 mg.

### **Pethidin**

Pethidin patří mezi synteticky vyráběné opiáty, vyrábí se tedy bez pomoci výchozí látky z máku setého – opia. Má analgetické a antitusické účinky. Ve vyšších dávkách působí jako halucinogen. Bývá indikován jako přípravek proti bolesti v porodnictví a po operacích. V ČR existuje pod názvem Dolsin.

### **Dextromoramid**

Patří do skupiny velice účinných analgetik. Stejně jako pethidin je synteticky izolován. Na britském trhu se prodává pod názvem Palphium, u nás bývá příměsí jiných léků s analgetickým účinkem.

### **Dipipanon**

Tento opioid patří mezi další zástupce syntetických opioidů. Díky své příměsí cyclizinu hydrochloridu, který potlačuje nevolnost a umožňuje rychlý nástup účinku drogy, byl v 70. a 80. letech velice populární mezi narkomany v Anglii. Jedním z dalších důvodů jeho popularity bylo přesvědčení zdravotníků, že dipipanon nevyvolává fyzický návyk. Dipipanon prodávaný pod obchodním názvem Diconal byl nicméně velmi bohatý na vedlejší příměs – silikon, takže při dlouhodobé nitrožilní aplikaci způsoboval rozpad podkožního vaziva a rozvoj abscesů. Injikace dipipanonu se tedy kategoricky nedoporučovala. Toto riziko si uvědomily i místní úřady, které požadovaly omezení jeho využití.

---

<sup>4</sup> KALINA, Kamil. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. 2.vyd. Praha:Nadace Filia , 1997. 92 s.

## **Dihydrokodein**

Dihydrokodein je jedním z hojně využívaných prostředků ve farmacii. Je účinnějším prostředkem než paracetamol, který je předepisován na slabší bolesti, ale není tolik návykový jako ostatní opiáty. Jedná se o jakýsi mezistupeň při odstínění škály bolesti pacienta. Jako narkotikum mezi toxikomany není příliš vyhledáván, při injekční aplikaci vyvolává prudké zarudnutí, spojené s intenzivním nepříjemným palčivým svěděním.

## **Metadon**

Metadon představuje klíčový lék pro léčbu heroinové drogové závislosti. Lékařské kliniky a protidrogová centra ho předepisují v rámci substituční léčby, přičemž cílem je odstranění návyku toxikomana a snížení stávající spotřeby opiátů až na nulu.<sup>5</sup> Metadon se vyskytuje ve čtyřech základních podobách jako pětibiligramová tableta, jako desetibiligramová ampule, jako dvoumiligramový sirup a jako směs. Tento opiát se svou chemickou stavbou nepodobá heroinu, ale působí stejně jako zmíněný opiát na opioidové receptory in vivo, čímž vytváří identické účinky. Metadon je velmi dobře rozpustný v tucích a na rozdíl od opiátů na morfinovém základě má delší poločas rozpadu. To má za následek, že v těle se jeho hladina udrží déle a nedochází tak rychle k abstinenčnímu syndromu jako na opiátech morfinových. Odvykací symptomy mají u metadonu snazší průběh než u heroinu nebo morfinu, trvají ale podstatně déle.

## ***1.2 Dějiny morfinu a opia***

Účinky opiátů byly známy již ve střední době kamenné. Odhaduje se, že země, ze které opiáty vzešly, je s největší pravděpodobností Mezopotámie. Rozšíření opia je pak následně přičítáno kočovným nomádkým kmenům. Jeho užívání se v průběhu let rozšířilo až na území dnešního Egypta a starého Řecka, kde bylo toto narkotikum zmiňováno v souvislosti s postavou císaře Nerona a bohyně Demeter. Neron si nechával od svého osobního lékaře připravovat nápoj zvaný theriak, jehož hlavní složkou bylo opium. Zmínky o Demeter a opiu zase připomínají, že tato antická bohyně trpěla nezměrným žalem, který se utišil až po požití výtažku z makovic. Opium bylo ze všech drog nejvíce svázáno s kupci a kupeckými stezkami. Díky nim se také dostalo do Indie a Číny. Další rozšíření této drogy představovala i křižácká tažení, která opium přinesla i na území Evropy. Zmínky o opiu se zachovávají i ze středověku. Roku 1526 vzniká v Indii první státní opiový monopol. Opium se pak odtud dále šíří do Barmy a Malajsie. Další zmínky o opiu jsou

<sup>5</sup> NOVÁKOVÁ, Dagmar. *Drogy ze všech stran II*. Svazek 5. Praha: Institut Filia, 2000. 44 s

zaznamenány v souvislosti s lékařem a filosofem Paracelsem. Ten vytváří olej s příměsí opia – tzv. laudanum, které se používá proti bolestem. Opium se dokonce v Evropě rozšířilo natolik, že ho mnoho lidí využívá i bez jakýchkoli zdravotních problémů. Slouží k optimalizaci a harmonizaci vnitřního prostředí. Jeho cena je navíc velice nízká a snadná dostupnost umožňuje takřka nekontrolovanou konzumaci. Opium získalo oblibu i u celé řady známých osobností. Jedním z prominentních uživatelů byl i Charles Dickens. V devatenáctém století dochází k izolování aktivní složky opia – morfinu. Ten je desetkrát účinnější než opium. Spolu s vynálezem injekční stříkačky v roce 1858 se problematika narkomanie v důsledku konzumace opiových produktů ještě prohlubuje. Přispívá k tomu i občanská válka v USA, kdy je opium a morfin běžnou součástí tehdejší polní výbavy. V roce 1912 přichází ale zvrát. Přes více než třicet zemí se podřizuje závazku, že opiáty budou spadat pod lékařský dohled a jejich užívání bude omezeno. Existovala už silná základna uživatelů opiových produktů. V roce 1914 proto dochází k zasedání, které má rozhodnout, zda je indikace tohoto narkotika již závislým akceptovatelná. V roce 1919 byly proto prodej a předepisování opia a morfinu závislým silně omezeny. Během první a druhé světové války ale konzumace opiových produktů opět stoupla. Vojáci na frontách tento lék využívali pravidelně. Díky výtečným analgetickým schopnostem jim pomáhal vydržet mnohá válečná zranění – zapomnění a otupění smyslů bylo navíc příjemným doplňkem tohoto léku. Po válce počet uživatelů tohoto narkotika poněkud klesá, v 70. letech se ale spotřeba opět zvyšuje v důsledku hnutí Hippies.

### ***1.3 Jiné drogy a opiáty***

Mnoho uživatelů opiátů užívá toto narkotikum ještě v kombinaci s jinými drogami. Klasickým spojením bývá propojení opioidů a alkoholu.<sup>6</sup> Někteří toxikomani využívají i dalších tisících prostředků, jako jsou sedativa, hypnotika a analgetika. Důvodem pro tyto kombinace bývá buď prohloubení účinku drogy, anebo strach z abstinenčního syndromu. Alkohol i barbituráty mohou pomoci překonat nastupující příznaky, plně rozvinutý abstinenční syndrom už ale nijak neutlumí. Další populární kombinací jsou opiáty a stimulační prostředky současně. Tento druh závislosti se nazývá křížová závislost.

Za pozornost jistě stojí i fakt, že velké procento uživatelů opiátů používá také tabák a tabákové výrobky. Tabák sice neposkytuje ani euforii, ani omámení, přesto patří mezi mírnější stimulanty a zvyšuje srdeční tep a krevní tlak. Počítky, které přinášejí tabákové produkty u uživatelů opiátů, jsou příliš subjektivní, než aby se ale daly objektivně zhodnotit a vyvodit z nich závěr, proč je uživateli tabák konzumován. Obecně se dá snad jen říci, že nižší dávky nikotinu jedince stimulují, vyšší zase

<sup>6</sup> NEŠPOR, Karel. *Středoškolační o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. 26 s.

přinášejí uklidnění a potlačují nervozitu. Při plném abstinenčním syndromu ovšem žádnou úlevu rovněž nepřináší.

### ***1.4 Opiáty a vnímání bolesti***

Výzkumu bolesti se od 50. let našeho století věnovalo mnoho odvětví moderní medicíny. Jelikož je vnímání utrpení vysoce individuální záležitostí, snažily se teamy neurologů, neurochirurgů, traumatologů, psychiatrů a onkologů stanovit, jak vlastně bolest v lidském těle vzniká a jakým způsobem se dá dělit. Obecně se dá říci, že bolest je v podstatě reakcí na škodlivý podnět. Její funkce je tedy do jisté míry pozitivní, protože nás varuje před ohrožením. Pokud se ale bolest přemění v bolest chronickou, je sužující a napovídá o vzniku konkrétního onemocnění. Mechanismus vzniku bolesti ještě není důkladně probádán, ale zatím se dá říci, že bolest vzniká podrážděním somatických nebo viscerálních receptorů. Vzruch je pak dále veden nervovými vlákny do mozku, kde je vyhodnocen jako bolest. Intenzita bolesti a její vnímání je velice individuální, každý jedinec vnímá daný podnět poněkud jinak. Je to dáno tím, jakou máme variantu COMT genu, který je za vnímání bolesti odpovědný. John Zubieta z Michiganské univerzity zjistil, že existují dvě varianty tohoto genu bolesti. Nazval je Val a Met podle toho, jestli ve svém řetězci obsahuje aminokyselinu valin nebo metionin. Pokud je jedinec v klidu, je hladina látky dopaminu v mozku vysoká. Jakmile ale dojde v důsledku vnějšího rušivého vlivu k podráždění, hladina dopaminu klesá. Tím dojde k podráždění vaniloidního COMT receptoru, který se aktivuje, vyšle impulz vylitím transmitterové tekutiny a připraví se na bolest. Ti jedinci, kteří mají formu genu s metioninem, reagují na bolest mnohem méně než jedinci s valinem. Je to dáno tím, že valin na sebe naváže mnohem víc ochranný dopamin, a tím ho zlikviduje. Pokud naše tělo pocítí bolest, produkuje látky, které se svou stavbou velice podobají opiátům.<sup>7</sup> Tyto látky pak bolest utlumí. Jsou-li ale opiáty podávány zvnějšku, tyto látky už nejsou v předchozím stávajícím množství vyráběny naším tělem a tělo uměle dodané opiáty zpracuje tak, že je chápe jako pomoc pro bolest, která vlastně neexistuje. Proto také po náhlém vysazení opiátů narkomani pocítují bolest fyzickou, receptory jsou neustále předrážděné. I proto, aby byla bolest utlumena, musí narkoman zvyšovat množství přijímaného opiátu.

---

7 WENKE, Maxmilián . *Farmakologie* ..3.vyd. Praha : Avicenum, 1966. 46 s.

## 1.5 Dlouhodobá rizika užívání opioidových produktů

Jedním z neúčinnějších mechanismů aplikace opiátů je aplikace intravenózní. Během tohoto postupu je jehla zavedena přímo do krevního řečiště, odkud se droga dostává rovnou do mozku, tudíž nedochází k žádným ztrátám jako například při perorální aplikaci. Tento způsob užívání se využívá jen zřídka, jelikož perorálně podaný opiát se v trávicím traktu sice rychle metabolizuje na morfin, ale jeho velká část je znehodnocena játry, přes která opiát prochází. Játra totiž morfin velmi účinně rozloží, důsledkem čehož se aktivní látka do ostatních částí organismu dostane jen v minimálním množství. Nástup účinku narkotika při injekční aplikaci je také mnohem razantnější a mnohdy má až sexuální nádech.<sup>8</sup> Proto je také injekce opiátu nejefektivnějším a nejvyhledávanějším způsobem aplikace. Je zřejmé, že intravenózní aplikace přináší současně i mnohá zdravotní rizika. Problémy jsou způsobeny zejména nepravidelným užíváním drogy, které může snadno vést k předávkování problematickou čistotou narkotika (*mnoho opiátů je kontaminováno přidanými toxickými příměsemi*), špinavými injekčními jehlami, špatnou výživou a zdravotním stavem narkomana apod.

Při intravenózním užívání navíc často dochází k poškození cév v důsledku opakovaných vpichů. Obvyklé bývá poškození podkožního vaziva, vznik abscesů a zavlečení infekce do rány. Jedním z hrozivých následků intravenózní aplikace bývá neúmyslné poškození tepny, které může vést až k amputaci postižené končetiny. Největší pozornost mezi zdravotníky ale i nadále vyvolává riziko nákazou virem HIV. Při hromadném používání injekčních jehel mezi narkomany je riziko přenosu navíc poměrně vysoké. Dalšími způsoby přenosu infekce HIV je kromě krevní cesty ještě přenos mateřským mlékem, spermatem a prostřednictvím vaginálních sekretů. Existuje celá řada způsobů prevence, narkomani ale většinou možnost nákazy značně podceňují. Obzvláště rizikovou skupinou jsou narkomani živící se pouliční prostitucí. Mnoho nízkoprahových center se pomocí programu Harm – Reduction snaží rizika minimalizovat (*jsou rozdávány letáčky, prezervativy, čisté injekční stříkačky*), přesto se však mnoho jedinců i nadále infikuje.

Další ze zdravotních poškození, kterým se uživatelé opiátů vystavují, je infekce hepatitidou. Toto virové onemocnění se mezi narkomany, kteří užívají opiáty intravenózně, objevilo dokonce dříve než virus HIV. Způsobů, jak se hepatitida přenáší, je celá řada a z toho také vyplývá riziková možnost nákazy. Zatím jsou rozlišeny tři typy hepatitidy:

---

<sup>8</sup> TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Iva Železného, 2000. 142 s.

***Hepatitida A*** má nejsnazší průběh. Přenáší se fekálně-orální cestou a obvykle je spjata s nedostatečnou hygienou. Mimo popsany způsob přenosu se také šíří kontaminovanou vodou a potravinami. Leckdy probíhá bez příznaků, většinou se však projevuje nechutenstvím, lehce zvýšenou teplotou, bolestmi kloubů apod.<sup>9</sup> Inkubační doba hepatitidy A je dva až sedm týdnů. Její přítomnost se dá diagnostikovat vyšetřením krve, ještě dříve je ale virus hepatitidy přítomen ve stolici.

***Hepatitida B*** se přenáší krví, spermatem, poševním sekretem a slinami. Mezi její klasické příznaky patří únava, nechutenství, malátnost a dále žluté zbarvení bělma a pokožky. Inkubační doba se pohybuje od čtyř do šesti týdnů. Tento typ hepatitidy občas přechází do chronického stadia a může vyvolat cirhogení změny na játrech. Ze způsobů jejího přenosu je patrné, že nejvíce jsou ohroženy osoby promiskuitní, narkomani, prostitutky, ale i samotní zdravotníci, kteří se mohou infikovat například krevní cestou.

Průběh ***hepatitidy C*** není ještě detailně prozkoumán, je však zřejmé, že ze všech typů hepatitid je tento druh nejnebezpečnější. V současné době trpí hepatitidou tohoto typu přibližně 3 % populace. Přenáší se krevní cestou, v ostatních tělních tekutinách je virus přítomen jen v nepatrném množství. Narkomani, promiskuitní osoby a prostitutky jsou opět rizikovou skupinou pro tento typ onemocnění. Virus hepatitidy C se uchovává v játrech, kde ničí kmenové buňky, což během několika let vede k cirhóze a později neléčitelné rakovině jater. Jediný lék, který se zatím na léčbu hepatitidy C používá, je interferon alfa. Ten ale zabírá jen na jednu čtvrtinu nakažených pacientů a vykazuje celou řadu nežádoucích vedlejších účinků, jako jsou depresivní ataky, stavy letargie, kožní vyrážky a poruchy činnosti štítné žlázy.

Ženské uživatelky opiátů jsou zdravotně ještě mnohem více ohroženější než jejich mužské protějšky. Je to dáno tím, že objem jater žen je dvakrát menší než u mužů, tudíž jsou jejich játra více zatížená. Pokud narkomanky kombinují aplikaci opiátů s alkoholem, je tato zátěž už enormní.

Také reprodukční cyklus ženy je mnohem více ohrožen. Opiáty zpravidla zastavují proces ovulace, ženské uživatelky opioidů tedy zpravidla nemenstrují. Dlouhodobější amenorea má potom i dopad na psychiku – může vést k řídnutí kostí a způsobit celou řadu sekundárních hormonálních poruch. Menstruační cyklus se zpravidla obnoví, jakmile uživatelka drogy vysadí.

U některých žen užívajících opiáty také dochází k situaci, kdy jejich menstruační cyklus vymizí, ale přesto dochází k ovulaci. Tehdy hrozí narkomankám možnost nechtěného otěhotnění. Těhotenství uživatelky drog ale je téměř vždy rizikové. Dlouhodobé užívání opiátů zvyšuje riziko předčasného porodu, novorozenci mívají také nízkou porodní hmotnost. Opiáty totiž prochází přes

---

<sup>9</sup> PEČÍRKA, Josef. *Domácí lékař*. 1. vyd. Praha: Stuaire, 2000. 263 s.



placentu do plodu, takže dítě je jim přímo vystaveno. Při kontinuálním užívání opiátů matkou jsou narozené děti také ohroženy vrozenými vývojovými vadami a úmrtími v prvních dnech po narození. Děti, které se narodily narkomankám, mívají také drobnější konstituci a mohou u nich být v pozdějších letech diagnostikovány poruchy učení a chování. Dalším negativním projevem může být novorozenecký abstinenci syndrom (NAS). Podle dostupných statistik trpí NAS v důsledku aplikace opiátů matkami ve fetálním období až 95 % novorozenců.

Novorozenecký abstinenci syndrom se projevuje zhruba 48 hodin po porodu. V některých případech ale až po uplynutí jednoho až dvou týdnů. Častými příznaky NAS jsou neklid, křik, podrážděnost, poruchy spánku a poruchy sání. Kojení narkomankám zakázáno není, jen se nedoporučuje u případů, kdy matka bere dávky metadonu vyšší než 80 mg.

Pro vyšetření NAS je klíčové, jaký je zdravotní stav matky a celkový zdravotní stav dítěte. Těhotné toxikomanky by měly také otevřeně přiznat lékařům svou závislost na návykových látkách a nesnažit se zatajit skutečný stav věcí. Tyto obavy nebývají výjimečným jevem, mnoho narkomanek se bohužel bojí, že jim bude dítě sociálními úřady odebráno, a tak k zatajování informací dochází průběžně.

Pokud se však této skupině žen díky jejich upřímnosti dostane správné prenatální péče a sociální podpory, jsou jejich vyhlídky na budoucnost mnohem lepší.

## ***1.6 Náhlá úmrtí v důsledku užívání opiátů***

Jednou z nejčastějších možností úmrtí u opiátových konzumentů je předávkování. K tomuto stavu pak dochází buď úmyslně, anebo neúmyslně. V případě nedobrovolného předávkování je nejčastější příčinou odlišná čistota narkotika (*narkotika, jež jsou k prodeji na ulici, jsou často zředěná*) anebo aplikace drogy po delším období abstinence. Organismus uživatele se totiž už nedokáže vyrovnat s předchozím množstvím drogy a tento stav může skončit až exitem. Předávkování, které končí smrtí, trvá přibližně od jedné do deseti hodin, zpravidla začíná dýchacími obtížemi, dech je mělký, namáhavější, může přecházet v sípání. V důsledku nedostatečného okysličení pak dochází k hystotoxické hypoxii, která se projevuje cyanózou, poruchami zraku, ostatních smyslů a také logického myšlení a krátkodobé paměti. Zřítelnice se nakonec stáhnou na velikost špendlíkové hlavičky, dochází k poruchám tepu a srdečního rytmu, tlak klesá pod kritickou hodnotu a následuje kóma. Podáním antagonistických látek je možné předávkovanému pomoci, je ale třeba brát na zřetel, že může dojít k uměle vyvolanému abstinenci syndromu.

Další variantou úmrtí z opiátů může být smrt v důsledku akutní alergické reakce. Té je přičítán plicní edém, který představuje obzvlášť bolestivou možnost náhlého úmrtí. Mimosrdeční plicní edém vzniká selháním cévního oběhu, což způsobí, že plicní tepny jsou přeplněny krví, v cévách začíná narůstat tlak a krev začne z vlásečnic prosakovat do plic.

Nepříliš častým úmrtím náhlého charakteru bývá i udušení. Dotyčný se zpravidla udusí vlastními zvrátky, což by se při plném vědomí nestalo. Na vině nejčastěji bývá aplikace drogy zkombinovaná s konzumací alkoholu.

Vážné zdravotní problémy, popř. smrt mohou opiáty způsobit také jedincům s poruchami štítné žlázy, těžkými respiračními onemocněními, jaterními onemocněními, nízkým krevním tlakem apod. Extrémními případy jsou pak smrtelné úrazy a nehody v důsledku intoxikace opiáty a dále dobrovolné sebevraždy v návalu náhlé a těžké deprese.

Největší nárůst úmrtí v důsledku opiátových narkotik panoval v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. Nyní dochází díky osvětovým programům k mírnému poklesu. Rostoucí trend úmrtí v souvislosti s drogami lze očekávat u nových členských států EU a kandidátských zemí, kde je zatím úroveň poskytované osvěty na poměrně nízké úrovni.

## **2. Charakteristika sociální práce s uživateli opioidových produktů**

Oblast zkoumání drogové závislosti patří mezi interdisciplinární vědní obory. Při pomoci drogově závislým klientům spolu úzce spolupracují psychologové, psychiatři, lékaři, terapeuti i další pracovníci pomáhajících profesí. Problematikou závislostí se zabývá několik resortů státní správy a velké množství státních i nestátních institucí. Do této skupiny patří například policie, soudy, sociální kurátoři, vězeňská služba, hygienické stanice apod. Kvůli velkému abúzu nealkoholových drog ve dvacátém století došlo k postupnému oddělení léčby alkoholové a nealkoholové závislosti. Prudký nárůst zneužívání narkotik si vyžádal zefektivnění léčby postižených klientů i zkvalitnění oblasti prevence, zejména pak prevence primární.

Jedním z nejdůležitějších poslání sociálního pracovníka s uživateli drog je zkvalitnit život jak samotných uživatelů, tak i široké veřejnosti. Prostředkem k tomuto cíli pak je sociální poradenství a poskytnutí sociálně-asistenční služby. Jednou z důležitých služeb poskytovaných drogově závislým klientům je tzv. streetwork.<sup>10</sup>

Společným jmenovatelem všech sociálních služeb poskytovaných drogově závislým je oprávnění sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Poskytovatelem sociálních služeb nemohou být rodinní příslušníci či jiné blízké osoby a dále osoby, jež nejsou zaregistrováni jako poskytovatelé sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona. Prostřednictvím sociálních služeb je poskytovaná narkomanovi pomoc při péči o jeho osobu, poskytnutí informací, poskytnutí ošetření, pomoc při prosazování jeho práv a zájmů a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Základními činnostmi, které poskytují zaregistrovaní pracovníci sociálních služeb, jsou především služby týkající se pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu.

Do této skupiny patří např. výpomoc při osobní hygieně, poskytnutí kvalitní stravy, zajištění pravidelné stravy, podpora při zajištění ubytování, výpomoc v domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství a terapeutické služby. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je podrobně stanoven ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., části druhé a v zákonu o sociálních službách č.108/2006.

---

10 MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s.

## ***2.1 Cílová skupina uživatelů pro sociální pracovníky***

Pro skutečně efektivní pomoc uživatelům omamných a psychotropních látek je pro sociálního pracovníka nezbytné vymezení cílové skupiny, již bude poskytovat sociální služby. Tato skupina, na níž se bude sociální pracovník soustředit, nepředstavuje jen samotného narkomana, ale současně i jeho rodinu, blízké a další osoby, jež s ním pravidelně přicházejí do kontaktu. Cílovou skupinu sociálního pracovníka tedy můžeme rozdělit do tří vzájemně propojených okruhů.

**První oblast** představuje samotný uživatel omamných a psychotropních látek. Zde je třeba rozlišit, zda se jedná o:

- A) ***experimentálního uživatele drog***
- B) ***příležitostného uživatele drog***
- C) ***pravidelného uživatele drog***
- D) ***pravidelného problémového uživatele drog***

**Experimentální** užívání je charakteristické tím, že je v tomto období droga konzumována nepravidelně a její užívání zatím nemusí mít žádné následky. Toto období je zrádné právě minimem negativních zdravotních dopadů na osobnost uživatele, přesto by ho sociální pracovník neměl podceňovat. **Příležitostní** uživatelé se od experimentátorů liší tím, že dochází k abúzu drogy častěji než jednou týdně, přičemž frekvence užívání má tendenci se postupně zvyšovat. K aplikaci narkotika dochází zpravidla ve volném čase, užívání drogy se ještě nepromítlo do každodenního režimu dne. Uživatel také zpravidla nemá větší zdravotní problémy ani problémy v psychické rovnováze a sociálním fungování.<sup>11</sup>

**Pravidelní** uživatelé omamných a psychotropních látek užívají drogu ještě častěji. K aplikaci dochází víckrát než jednou týdně a užívání drogy je běžnou součástí životního rytmu. Následky se již mohou projevovat jistými zdravotními obtížemi, popř. škodlivými účinky na psychiku uživatele. Tento druh užívání narkotika však ještě není spjat s problematickou aplikací drogy – narkotikum ještě není zneužíváno rizikovým způsobem, tak jako u skupiny problémových uživatelů.

Je třeba zdůraznit, že klienti příslušející k experimentálním a příležitostným uživatelům zpravidla nemívají potřebu kontaktovat odborníka. K tomuto stavu dochází až po vytvoření závislosti, který se projevuje vyšší tolerancí k droze. Dávky narkotika se poté musejí neustále zvyšovat, aby se dosáhlo původního účinku.

---

11 NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1.vyd. Praha: KLP, 1997. 242 s.

Někdy vyhledají odborníka i pravidelní uživatelé a *problémoví pravidelní* uživatelé. U experimentálních abuzérů a příležitostných uživatelů však nelze s touto možností počítat. Důležitým aspektem pro hledání cílové skupiny je pro sociálního pracovníka také pochopení motivace klienta pro samotné užívání. Je zřejmé, že drogy, a zejména opiáty byly vždy spojeny s nonkonformním poznáváním okolního světa, se zkoumáním sebe samého a s hledáním smyslu lidské existence. Někteří uživatelé hovoří o tom, že jim opiáty toto poznání umožňují urychlit či prohloubit. Mnozí jako nejsilnější důvod uvádějí, že prostřednictvím aplikace drogy se dovedou vyrovnat s nepřízní okolního světa, dokáží zaplašit pocit existenciální prázdnoty, kterou sami osobně často pociťují, či si tolik neuvědomují mezilidské odcizení, které kolem sebe subjektivně vnímají. Velká část mnou oslovených narkomanů také hovořila o „váženosti“ do světa, o zmatku ze sebe samého a z dění kolem sebe, jež je naplňuje úzkostí. Opiáty pak dle jejich názoru dovedou tento pocit paniky úspěšně zaplašit či zmírnit. V podstatě můžeme hovořit o vytvoření jakési snové falešné reality prostřednictvím narkotika a o pohybu v ní. Uživatelé velmi často popisují reálný svět jako kruté chladné místo, ze kterého by rádi unikli. Droga jim pak k tomuto účelu dopomáhá. Společným jmenovatelem všech uživatelů opiátů pak byla citová labilita, nestálost a rozháranost v životních prioritách, neschopnost čelit okolnímu světu bez užití pomocné berličky. Příčiny rozvoje závislosti však nejsou do dneška detailně prozkoumané. Doposud nebyla zjištěna jednoznačná predispozice, která by ovlivnila rozvoj opiátové závislosti. Velkou roli však bezesporu hraje vliv rodinného prostředí, vrstevníků a kamarádů. Nezanedbatelné jsou také sociokulturní faktory, jako je reklama, módní trendy, popularizace návykových látek a celkový úpadek duchovních hodnot. Velká řada narkomanů také uvádí, že je za jejich závislost vinná špatná volba vzoru, se kterým se v mládí identifikovali. Těmito identifikačními vzory se často stávají silní a výrazní jedinci nebo skupiny. Motivem hledajícího pak bývá snaha o pocit sounáležitosti, rovnosti a přijetí. Na pozadí tedy opět stojí nejistota ze sebe samého, vnitřní neklid a potřeba autority. Ještě specifitější situace nastává, pokud je dítě s abúzem drog konfrontováno přímo v rodině. Pohyb v těsné blízkosti závislých osob potom může rovněž vyvolat rozvoj vlastního návyku. Život se závislým rodinným příslušníkem je téměř vždy poznamenán dysfunkčními vztahy, prudkými změnami nálad a postojů intoxikovaného a snahou o nápravu v dobách abstinence. Dítě či dospívající tedy zažívá velké emoční utrpení, může být vystaven zneužívání nebo trpět psychosomatickými poruchami. Tyto stavy pak může paradoxně řešit abúzem narkotika, které se již v rodině vyskytuje.

## 2.2 *Východiska, cíle a zásady práce s uživateli opioidů*

Východiska, cíle a principy sociální práce s uživateli drog jsou do velké míry ovlivněny protidrogovou politikou státu. Ta se v České republice odehrává na národní, regionální a místní úrovni. Protidrogovou politiku na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Tento orgán projednává a předkládá vládě dokumenty týkající se budoucí protidrogové strategie a vytváří akční plán pro realizaci vytvořeného projektu. Současné cíle národní protidrogové politiky jsou ovlivněny novou právní úpravou platnou od 1. 1. 2010 týkající se nedovoleného nakládání s drogami. Tato úprava se týká paragrafů:

§ 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy.

§ 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu.

§ 285 – Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku.

§ 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu.

§ 287 – Šíření toxikomanie.

§ 288 – Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem.

Hlavními principy současné národní protidrogové politiky jsou: snižování poptávky, snižování rizik a omezování dostupnosti narkotik. Sociální práce s uživateli drog se pak naplňuje ve všech zmiňovaných oblastech.<sup>12</sup> V oblasti snižování poptávky se sociálním pracovníkům především jedná o resocializaci a léčbu toxikomanů.

Na poli snižování rizik se především usiluje o aplikaci strategie „**harm reduction**“, tedy minimalizaci škod napáchaných užíváním narkotik. Jde zde především o snižování a minimalizaci zdravotně nežádoucího a chybného chování u uživatelů, kteří zatím nejsou dostatečně motivováni k tomu, aby s drogou přestali. Filosofie snižování rizik pomocí metody harm reduction však s sebou nese celou řadu úskalí. Především se jedná o celou řadu emocí a názorů z řad laické i odborné veřejnosti, jejichž kritika by se dala shrnout do **tří hlavních odvětví**:

- *První kritický myšlenkový proud* vidí toxikomany jako morálně slabé a zkažené jedince, k jejichž nápravě je nutný model převýchovy, nikoli mlčenlivé tolerance. V případě nesouhlasu s nápravou by měl být daný jedinec perzekuován prostřednictvím justice a policie.

---

12 MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 213 s.

- *Druhý model* je model psychologický opírající se o tvrzení, že vývojové problémy v dětství vedou k pozdějším specifickým adaptivním selháním, jež můžou být následně vykompenzovány prostřednictvím užívání návykových látek. Tento kompenzační mechanismus tedy využívá narkotik k utlumení či zmírnění dávno vytvořených problémů, a proto je neefektivní strategie harm reduction, nýbrž by se měly nejdříve odstranit příčiny závislosti z minulosti.
- *Třetí myšlenkový proud* pojímá závislost jako nevyлéčitelnou nemoc určité skupiny lidí, kteří jsou k ní biologicky předurčeni. Jediným možným a akceptovatelným řešením je potom celoživotní abstinence.

Je zřejmé, že všechny tyto koncepty pojímají problematiku závislosti značně zjednodušeně, jelikož ji odvozují vždy jen od jediného základu. Závislost není ale jen výsledkem působení socio-kulturních nebo fyziologických mechanismů. Příčina jejího vzniku a rozvoje je mnohem hlubší. Výhodou modelu harm reduction je jeho ochrana pro celou společnost, snaha o ochranu veřejného zdraví a snaha o stabilizaci životního stylu drogově závislých.<sup>13</sup> Tento model rovněž vychází přímo z klientových potřeb, velkou výhodou je tedy zlepšení kvality života uživatele.

Efektivní sociální práce se ale nezabývá jen snižováním rizik aplikace drog, ale také snižováním jejich dostupnosti. Funkční systém sociální práce v oblasti drogových závislostí by se měl řídit několika obecnými zásadami. Především by měly být odstraněny veškeré překážky mezi klientem a sociálním pracovníkem týkající se včasného využití služeb. Rychlá intervence je účinnější než opožděná léčba. Léčení klienta musí být vždy dlouhodobé, komplexní a dotažené do úspěšného závěru, tedy vyléčení. Pokud léčba není dovedena do konce, hrozí riziko relapsu. Všechny prostředky využívané pro léčbu závislostí musejí být dostupné a účinné. Je neefektivní využívat modelů, jejichž funkčnost je v praxi sporná.<sup>14</sup> Naopak jsou podporovány vzory, které výsledky přinášejí. Jedním z osvědčených přístupů při pomoci narkomanům je motivační rozhovor. Tento model je orientován na zaznamenání stadia procesu změn, jimiž klient v minulosti prošel a prochází. Při uplatňování motivačního rozhovoru je nezbytné správně diagnostikovat veškeré změny, v nichž se klient aktuálně nachází.

---

13 KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 264 s.

14 NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1.vyd. Praha: KLP, 1997. 249 s.

Každé období má své vlastní příslušné postupy a intervence. Neměnným cílem při práci s klientem ale v jakékoli fázi léčení bývá snaha o podpoření schopnosti klienta řešit svůj problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se; dále zprostředkovat klientovi jakýkoli kontakt s agenturami a organizacemi, které by mu mohly být prospěšné; také napomáhat, aby systémy podpory klienta pracovaly humánně a efektivně a současně též rozvíjet sociální politiku klienta.

### ***2.3 Terénní sociální práce jakožto významná složka pomoci***

Terénní sociální práce je základním pilířem efektivního poradenství uživatelům drog. Bývá vykonávána v přirozeném prostředí klientů, tedy na veřejných i neveřejných místech, kde se uživatelé narkotik obvykle setkávají. Zprostředkovává kontakt např. v hernách, barech, klubech, ale i na ulicích, nádražích či diskotékách. Výjimkou nejsou ani neobydlené domy, nádražní vagóny nebo staveniště. Typická terénní sociální práce se zaměřuje na mladé uživatele drog preferující nitrožilní aplikaci opiátů. Obvyklá práce v terénu je založena na dlouhodobém a intenzivním působení, které v porovnání s klasickou sociální prací umožňuje dosáhnout zdatně větší efektivity při řešení některých vzniklých problémů uživatelů. Při klasickém průběhu tohoto druhu sociální práce přichází sociální pracovník přímo za skupinou a vstupuje do prostoru, který chápou uživatelé narkotik jako osobní. Rizikem bývá možné nepřijetí či verbální nebo fyzické napadení. Obojí je ale spíše okrajovým jevem, k němuž dochází zřídka.

Základním pilířem úspěšné spolupráce je navázání kontaktu a získání důvěry klientů. Užitečnou informací proto bývá zpráva o hierarchickém uspořádání skupiny, do které se bude pracovník vstupovat. Nejrespektovanější členové mívají vliv i na ostatní příslušníky společenství, proto by měl být kontakt navázán nejdříve s nimi. Oslabí se tak potenciální konfrontační charakter budoucího rozhovoru. Cílem poradenství je vždy pomoci k lepšímu vedení vlastního života. Jedná se ale za všech okolností o formu sociální pomoci, nikoli kontroly. Poradenství by nemělo být klientovi nikdy vnucováno, ale vždy nabízeno jen jako jedna z možností, které může svobodně a dobrovolně využít nebo odmítnout.

Sociální pracovník by měl znát celou řadu způsobů, jak může klienta závislého na drogách v terénu zaujmout. Základním předpokladem je dobrá znalost drogové problematiky, schopnost naslouchat, být důvěryhodným komunikačním partnerem, dokázat vést rozhovor tak, aby si klient mohl vytvořit představu o svém stavu nebo vývoji, a umět použít svou osobnost ve prospěch klienta. Pro kvalitu kontaktu a výsledný efekt poradenské intervence je také podstatné, aby si pracovník byl vědom své profesní role a dokázal udržet hranice vztahu, který navazuje. Poslední



bod by měl být považován za mimořádně důležitý. Naše osobnost je nejmocnějším prostředkem, který máme k dispozici, a při kontaktu s klientem bývá mnohdy i nejuživnější nástrojem, který na něj zapůsobí. Přesto bychom neměli mít tendenci překračovat hranice profesně vymezeného vztahu. Neblahá je snaha o přebírání kontroly za klientův život a přílišné autoritativní vystupování. Nešťastný je ale i úplný protipól, tedy lítost nad klientovým osudem a nekritické přitakávání. Obě roviny jsou pro poradenskou činnost s uživateli drog obzvláště nevhodné. Připomínají totiž narkomanům vzorce autorit, proti kterým se původně bouřili. Buď proti příliš dominantním rodinným příslušníkům, nebo proti příliš milujícím. Oběma postoji ale bereme velkou část odpovědnosti na sebe, tudíž pomoc nemůže být skutečně efektivní, klient je z role spolupracujícího vynechán.

Důležitým pilířem pro úspěšné poradenství je oboustranné vytyčení cílů a očekávání, které je přijatelné jak pro klienta, tak pro sociálního pracovníka. Tyto cíle jsou vždy jen dílčí a musí být splnitelné, není efektivní vytyčit si na začátku spolupráce nerealistická očekávání. Jejich nenaplnění by mohlo vést ke zklamání klienta i k pocitu frustrace sociálního pracovníka. Obecným cílem je vytvořit pro klienta přijatelnou vazbu mezi světem drog a světem bezdrogovým, který do té doby vnímal jako ohrožující.

## ***2.4 Motivace klienta jakožto základní pilíř léčby***

Motivace patří mezi jeden z nejdůležitějších činitelů, které ovlivňují úspěšnost léčby. Kontinuálním užíváním narkotik, a zejména pak opiátů se tato základní osobnostní dimenze významně mění, dochází k poklesu zájmu uživatelů o své okolí, o své zájmy a nakonec o svou osobu jako takovou. Přesto patří motivace mezi jeden z nejdůležitějších pilířů vlastní léčby. Sociální pracovník posuzuje u drogově závislého klienta vždy následující faktory:

1. stupeň závislosti;
2. kvalitu osobnosti jedince;
3. kvalitu jeho okolí;
4. způsob aplikace drogy;
5. osobní motivaci pro léčbu.

Součástí dřívějšího tradičního modelu závislosti bylo přesvědčení, že každý drogově závislý není dostatečně motivován, pokud se nedotkne dna. Současně převládala tendence považovat klientovy návraty k droze za nedostatečně silnou motivaci a za jeho osobní selhání. Špatná spolupráce klienta byla posuzována jako ignorace terapeutových pokynů a nechuť ke spolupráci. Příčinou však

obvykle byly nerealistické cíle vytyčené ze strany terapeuta nebo klienta. Drogová závislost a zejména pak závislost opiátová patří mezi velmi těžké stavy, jejichž léčba vyžaduje mimořádnou energii jak klienta, tak terapeuta. Sociální pracovník by tedy na tento fakt neměl nikdy zapomínat nebo ho zlehčovat. Popření nebo neúspěchy v léčbě můžeme považovat za chybné vydefinování rozdílů mezi terapeutovou a klientovou představou problému. Odpovědnost za změnu na sobě vždy nese klient, ale je na terapeutovi, aby mu vytvořil takové prostředí, které usnadní klientovu vnitřní nebo vnější motivaci ke změně. Důležitou roli při budování motivace hraje i klientova rodina, zaměstnavatel, soudy, přátelé apod.

Vztah klient-terapeut je ale při budování motivace jeden z nevlivnějších. Sociální pracovník totiž může svým přístupem do velké míry ovlivnit, zda se klient rozhodne pro změnu, nebo bude udržovat status quo nebo v něm převládne odpor.<sup>15</sup> Terapeut by měl být vždy motivován pomáhat klientovi k realizaci změny, nikdy by ji neměl svým neprofesionálním nebo liknavým přístupem blokovat.

Jednou z nejdůležitějších technik využívaných ke zjišťování stupně motivace a k jejímu posilování patří motivační rozhovor a motivační trénink. Základním smyslem těchto technik je dosahování změn ve smyslu bezpečnějšího, úspěšnějšího a kvalitnějšího životního stylu během léčby nebo po vyléčení. Očekávané výsledky by měly klientovi pomoci k návratu do původní životní role, ke zlepšení kvality jeho života a k udržení abstinence. V kontaktu s klientem by měly být odhaleny veškeré body, které považuje za problematické a které mu návrat k těmto hodnotám blokuje. Na základě těchto odhalení by pak měly být vytyčeny splnitelné cíle. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problému, je proto klíčovou strategií.

Cíle motivačního tréninku jsou vyjádřeny v dohodě, kterou mezi sebou klient a sociální pracovník uzavřou. Klient se všemi dohodnutými kroky musí souhlasit. Zásadou motivačního tréninku jsou jasné a přesně definované konkrétní záměry, jejichž dosažení je reálné. Cíle by měly být uměřené klientovým schopnostem a být dosažitelné časově. Jejich splnění by mělo být zpětně prokazatelné (*měřitelné, viditelné atd.*). Jednotlivé splněné kroky by tím pak následně měly posilovat klientovu sebedůvěru.

---

15 KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup* 1. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 283 s.

Podle dvojice Prochaska a Di Clemente byla v 90. letech minulého století popsána stadia změny, jimiž bude klient během motivačního tréninku procházet:

### **1. STÁDIUM: Prekontemplace**

Toto stádium bezprostředně předchází období, kdy klient uvažuje o změně. Konzumace drog není závislým ještě subjektivně pocíťována jako problém, naopak klient ji zpravidla hodnotí kladně, drogy vychutnává. Neuvědomuje si rizika, která přinášejí, nebo tuto myšlenku záměrně potlačuje. Tato fáze předchází jakýmkoliv úvahám o změně patologických návyků.

### **2. STÁDIUM: Kontemplace**

Tato fáze je charakteristická tím, že klient vidí přínosy i ztráty pramenící z konzumace drog přibližně vyrovnaně. Hlavní změnou, kterou je klient ochoten zaregistrovat, je výskyt problémů přímo souvisejících s aplikací drogy (*zhoršení zdravotního stavu, finanční obtíže atd.*). Konzumace drog stále ještě přináší naplnění, ale vyskytují se první pochyby o správnosti počínání. V tomto období se může terapeut pokusit o zdůraznění rozporů a motivovat klienta k prvním změnám a snažit se je udržet.

### **3. STÁDIUM: Determinace**

Determinace je období, které je charakteristické opětovným zhoršením stavu a situace klienta. Negativa drog začínají převládat nad pozitivy. Klient už plně registruje přímou souvislost mezi konzumací drog a svými osobními problémy. Začíná v něm zrát rozhodnutí o možné změně situace. Tomuto stádiu se také říká stádium odhodlání.<sup>16</sup> V této fázi také klienti nejvíce spolupracují s terapeutem a aktivně se zapojují do hledání nových možností, cílů a strategií. Současně jsou v tomto období ochotni přistoupit na léčbu. V optimálním případě zde tedy končí předléčebná péče a klient do léčby skutečně nastoupí.

### **4. STÁDIUM: Akce**

V tomto stádiu dochází k realizaci změny. Nezbytně nutná je pro klienta podpora ze strany terapeuta.

---

16 MUELLER, Soenke. *Neodkladné stavy v medicíně*, 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1992, 310 s.

## **5. STÁDIUM: Maintenance (*udržení plánu*)**

Tato fáze představuje pro klienta začátek návratu do běžného života a do své původní role. V tomto období má klient již schopnost žít bez drogy. Vrací se do běžného světa. Návrat nemusí proběhnout vždy ideálně, klient je obklopen každodenní cizí realitou, na kterou dlouhou dobu nebyl zvyklý. Mohou se objevit potíže při trávení volného času a obtíže při komunikaci s lidmi z bývalého prostředí. Je dobré upozornit klienta, aby se vyhýbal všem místům a osobám, které má s bývalou konzumací narkotik spjaté.

Specifickým obdobím, ke kterému může dojít v jakékoliv etapě tohoto klientova zrání, je relaps. Proto musí terapeut pracovat s klientem ve všech fázích tohoto modelu. Vždy by měl vycházet z možností klienta, motivovat a podporovat ho k cílům, které jsou té které fázi adekvátní.

### **2.5 Předléčebné poradenství**

Předléčebné poradenství je druh poradenství, který je poskytován klientům před nástupem na vlastní léčebný program. Bývá poskytováno v terapeutické komunitě nebo ve specializovaných léčebnách. Jak již bylo zmíněno, jeho nejhlavnější složkou je rozvíjení klientovy motivace k léčbě. Kvalita předléčebného poradenství a klientova spolupráce jsou pak nejdůležitějšími podpůrnými sloupy vlastního budoucího léčení.

Průběh vlastního předléčebného poradenství vypadá obvykle tak, že klient přichází s určitou potřebou či přáním. Specializovaný poradce s ním probere důvod jeho návštěvy a jsou dohodnuty další termíny setkání. Na těch se poté analyzují klientova očekávání a jsou vytvořeny vlastní cíle. Výsledkem může být nástup do ústavní léčby či setrvání v ambulantním programu. Délka poradenství je pohyblivá, zpravidla ale nepřekračuje jeden měsíc.

Předléčebné poradenství není určeno jen osobám závislým na psychotropních látkách. Těchto sezení se mohou účastnit i klientovi rodinní příslušníci, jeho blízcí nebo partner či partnerka.<sup>17</sup>

---

17 MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 220 s.

Podle oblastí můžeme poradenství rozlišit do následujících **čtyř skupin**:

- **První skupinu** představuje poradenství psychologické, které je orientováno na vnitřní a interpersonální problémy. Jeho cílem je poskytnutí podpory a vedení v situacích, ve kterých se klient nebo jeho blízcí nepříliš dobře orientují. (*Př.: Rodiče klienta prožívají ambivalentní pocity. Rádi by syna/dceru přijali zpět do rodiny, ale bojí se, že je dotyčný opět zklame. Domnívají se, že dojde ke krádežím, nové konzumaci drog a opětovnému zhoršení potomkova zdravotního stavu.*)
- **Druhou skupinu** představuje poradenství právní, jehož účelem je poskytování informací o zákonných právech, nárocích a povinnostech.
- **Třetí oblast** poradenství zahrnuje informace a rady týkající se specifických chorob a postižení spjatých s užíváním drog.
- **Čtvrtá oblast** se týká praktického životního poradenství, tedy rad ohledně trávení volného času, bydlení, práce nebo vzdělávání.

Předléčebné poradenství představuje zásadní mezník v životě klienta a současně klade i vysoké nároky na osobu samotného poradce. Profesionální poradce by měl být empatický a trpělivý, aby byl schopen se vcítit do jednání a myšlení klienta. Tato schopnost s sebou nese ale samozřejmě i určitá rizika. Terapeut by se proto měl pravidelně ujišťovat, zda situaci pochopil správně, zda ji nevnímá odlišně nebo naprosto rozdílně než klient. Tyto rozpory v náhledu by v budoucnu mohly vést totiž až k zásadním nedorozuměním, jež by mohla narušovat společná jednání. Současně by se měl poradce ubránit pokušení být empatický přespříliš a vždy by měl mít nad celou situací nadhled a neměl by ztrácet objektivitu. Empatii v poradenství je tedy vhodné chápat spíše jako schopnost přijímat klientovy potřeby a pokoušet se společně pochopit jejich příčiny a zdroje.

Terapeut by měl být ve svém jednání také autentický. Ani tato vlastnost však není bez rizik. Mnozí pracovníci se do této role jen stylizují a pak jejich následné vystupování příliš pravdivě nepůsobí.

Důležitou vlastností pro budoucí jednání je také uznání. Klient by měl být vždy přijat takový, jaký je, s veškerým svým trápením, prožíváním i pohledem na svět. Terapeut by se tedy měl snažit dotyčného akceptovat se vším všudy, což neznamená souhlasit s jeho životním stylem, ale vidět ho

jako plně rovnocennou bytost s vlastními názory, které je třeba respektovat.

Při dodržení všech těchto charakteristik se pak poradce stává pro klienta *důvěryhodným*. Významným nástrojem rozvoje a zkvalitňování osobnosti a dovedností poradce je pravidelná supervize.

## **2.6 Zařízení zaměřená na práci s uživateli narkotik**

Stupeň závislosti, zaměstnání klienta, ale i další kritéria rozhodují o tom, jaký typ zařízení je pro drogově závislého v dané době nejvhodnější. Mimo uvedené faktory by měl být ještě zohledněn zdravotní stav klienta, doprovodné psychologické a psychopatologické problémy, stupeň klientovy motivace, nejbližší vztahy s rodinou či partnerem, intenzita příznaků závislosti (*tedy pravděpodobnost relapsu, stupeň abstinčních příznaků*) a sociální prostředí klienta. Všechna tato kritéria totiž následně ovlivňují výběr nejvhodnějšího zařízení orientovaných na pomoc klientovi.

V České republice jsou v současné době dostupné následující programy a služby:

### **A) Nízkoprahová kontaktní centra**

Tento typ zařízení poskytuje ambulantní služby drogově závislým klientům. Nabízí např. hygienický a potravinový servis, pomoc při osobní hygieně, popř. možnost zhodnocení aktuálního stavu uživatele. V tomto typu center jsou navazovány podmínky pro dlouhodobější a cílenější práci s klientem, v případě zájmu se starají o výběr vhodné léčby. Někdy mohou zprostředkovat i samotný nástup do léčení.

### **B) Terénní programy**

Tyto programy jsou realizovány přímo v osobním prostředí uživatelů, tedy na ulici, v hernách, diskotékách, klubech atp. Podmínkou je realizace v místech, kde se drogově závislí přirozeně pohybují. Klientům jsou poskytovány aktuální informace o rizicích spjatých s konzumací drog, probíhá výměna injekčních stříkaček, distribuce kondomů, těhotenských testů a příležitostně i potravin.<sup>18</sup> Bývá prováděna základní zdravotnická pomoc a jsou poskytovány informace o dostupných programech péče a léčby.

---

<sup>18</sup> TYLER, Andrew. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*, 1.vyd.Praha:Nakladatelství Iva Železného, 2000. 180 s.

### **C) *Ambulantní léčba***

Ambulantní léčba může být drogově závislým klientům poskytována v různých zařízeních zabývajících se drogovou problematikou, tedy např. v poradenských centrech, AT poradnách, krizových centrech atd. Jedná se o typ léčby, která je prováděna bez vyčlenění klienta z původního prostředí, ale již na něj klade určité nároky. Při ambulantní léčbě se klient dostavuje do centra, které službu poskytuje, a podrobuje se individuálním rozhovorům v délce 30–60 minut. Tato sezení se konají vždy jednou až dvakrát týdně. Mimořádná situace může vyžadovat i častější kontakt. Každé sezení je vysoce individualizované a přizpůsobené potřebám klienta. Součástí ambulantní léčby může být i farmakoterapie, která je prováděna ve zdravotnických centrech pod dohledem lékaře. Cílem farmakoterapie je zmírnění příznaků z vysazení drogy a tišení doprovodných psychických jevů jako je úzkost, deprese či paranoia. Prokazatelně efektivní je ambulantní léčba v délce tří měsíců.

### **D) *Denní stacionáře***

Denní stacionáře jsou zařízení, která poskytují nelůžkovou péči přes den. Jedná se o intenzivní ambulantní léčbu realizovanou obvykle v pracovní dny. V léčbě závislých se denní stacionáře pokládají za alternativu ústavní nebo rezidenční léčby. Rozsah léčení se stejně jako u léčby ambulantní pohybuje okolo tří měsíců, její součástí jsou individuální, rodinné a skupinové terapie.

### **E) *Detoxifikační jednotky***

Tato péče je poskytována před nástupem do pobytového léčení. Její náplní je minimalizování projevů abstinčního syndromu a vyplavení návykových látek z organismu uživatele. Za běžných podmínek trvá detoxifikace pět až deset dní, někdy případně i déle.

### **F) *Psychiatrické léčebny***

Psychiatrická léčba je jednou z variant pobytové léčby. Léčení je rozděleno do tří období, z nichž každé má svá specifická pravidla. Celý pobyt trvá v rozsahu mezi třemi až šesti měsíci.

### **G) *Terapeutické komunity***

Tento druh zařízení poskytuje péči dlouhodobějšího charakteru. Pobyt trvá mezi šesti až osmnácti měsíci.<sup>19</sup> Jde o strukturovanou intenzivní léčbu, rozčleněnou do čtyř období. Tento typ léčby vyžaduje značnou osobní disciplínu a klade na účastníky vysoké nároky. Za porušení pravidel komunitního života hrozí nucený odchod.

---

<sup>19</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha:Portál, 2005. 215 s.

## **H) Doléčovací centra**

Posláním tohoto programu je následná péče o klienty, kteří již absolvovali léčbu závislosti. Poskytnutím sociálních služeb se snaží překlenout období po ukončení léčby a návratem do všedního života. Cíle doléčovacího programu by se daly shrnout do následujících bodů:

- 1. úspěšné dokončení léčebného procesu pomocí individuálního poradenství a terapeutických aktivit;*
- 2. stabilizace klientova psychického, somatického i sociálního stavu;*
- 3. snížení rizika recidivy drogové závislosti (návratu zpět k závislému způsobu chování) přípravou se na chování v rizikových situacích;*
- 4. získání či obnovení praktických dovedností samostatného života;*
- 5. získání či obnovení sociálních dovedností a přijetí společností sdílených sociálních norem;*
- 6. zapojení klienta do oficiálního pracovního procesu nebo do procesu vzdělání.*

## **I) Substituční programy**

Substituční programy představují v ČR již zavedenou formu péče o uživatele opiátových drog. Substituce bývá poskytována v rámci speciálního programu, popř. prostřednictvím odborně vyškolených lékařů. V současné době jsou místo ilegálních narkotik klientům poskytovány léky Subutex a Metadon.

Internetové stránky střediska Drop In se zmiňují o metadonu a jeho uživatelích následujícím způsobem:

Substituce metadonem je standardní a ve světě uznávanou metodou léčby závislosti na opiátech (*heroin, braun*). V civilizovaném světě úspěšně existují metadonové programy přes třicet let. U člověka, který se opakovaně neúspěšně pokoušel o abstinenci, je metadon možností volby. Je prokázáno, že v rámci substituce lze žít důstojný a plnohodnotný život.

Přesto není adeptem pro metadonovou substituci každý. Pro podstoupení substituční léčby je nejen v ČR, ale i kdekoli jinde na světě vyžadována pevná motivace a opravdové odhodlání abstinovat. Upřednostňováni bývají také klienti HIV pozitivní, nemocní hepatitidou a jinými infekty a dále lidé v závažném psychickém či fyzickém stavu. Nejčastěji bývají do substitučního programu přijímáni lidé s drogovou závislostí delší než čtyři roky. Pro Drop In a jiná nízkoprahová centra mají pro přijetí také velkou váhu znalecké posudky a zprávy z odvykacích léčeb, kterými klienti už v minulosti prošli. Před přijetím do substitučního programu je nutná registrace v některém nízkoprahovém centru. Poté je opět přezkoumáno, zda je klient pro přijetí do substitučního



programu vhodný. Je-li klient vyhodnocen jako odpovídající, je s ním důkladně probrán smysl a obsah substitučního programu. Důležitá je pak osobní představa klienta o programu, která se následně promítá do průběhu léčby.

### ***H) Právní poradna***

Představuje ojedinělou službu poskytovanou uživatelům drog, kteří se dostali do konfliktu se zákonem. Tato služba nabízí poradenství, zastupování v právních sporech atd.

## ***2.7 Sociální práce a pobytová léčba***

Pobytová nebo také rezidenční léčba je léčebným programem, který je poskytován v terapeutických komunitách a psychiatrických léčebnách. Jejím smyslem je především změna životního stylu klienta a přijetí abstinence jako nedílné součásti budoucího života. Tento typ léčby se snaží především o vytvoření pozitivního prostředí bez drog a o tvorbu jasného režimu a pravidel, které mají klientovi napomoci vymezit si jasný vztah k návykovým látkám. Dalším cílem léčby je řešit nejrůznější obtíže, které se týkají klientova minulého života, a tvorba nových nepatologických návyků pro budoucí život bez drog. Klienti by si měli současně osvojit schopnost přijímat odpovědnost za své jednání a nacházet alternativní možnosti, jak trávit život jinak než s pomocí návykových látek.

Pobytová léčba může být krátkodobého, střednědobého či dlouhodobého charakteru.

Krátkodobé léčení trvá okolo dvou až tří měsíců a odehrává se v lékařských zařízeních, popř. na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben. Střednědobá léčba, jež bývá nejobvyklejším typem léčení, je již časově náročnější, její doba se obvykle pohybuje okolo půl roku.

Dlouhodobý model léčby, který bývá poskytován klientům s nejvíce rozvinutým stupněm závislosti, se odehrává již výhradně v terapeutických komunitách a trvá přibližně od šesti do osmnácti měsíců. Výjimkou ale nejsou ani pobyty v délce dvou let.

Pobytová léčba, ať už krátkodobého nebo dlouhodobého charakteru, je vždy postavena na co nejvíce podnětném a bezpečném prostředí, jehož součástí je pevný denní režim. Ten zpočátku může způsobovat klientům určité obtíže, jelikož je nutí zadaptovat se na jiné vzorce chování, než na jaké byli zvyklí: vyžaduje se např. dochvilnost, aktivní spolupráce s terapeutem i kolektivem či podíl na společných činnostech. Rozpis programu během dne bývá většinou velmi pevně stanoven, je tedy nemyslitelné se nějaké části vyhnout či se jí snažit záměrně obejít. Za porušení pravidel pobytové

léčby může pak následně hrozit až vyloučení z celého léčebného programu a odchod klienta.<sup>20</sup> Prevencí předčasného vypadnutí klienta z léčby je vytvoření pevného vztahu mezi terapeutem a klientem. Tento vztah by měl být především založen na oboustranné důvěře a respektu, který klientovi umožňuje plnění dílčích cílů, jež byly v průběhu terapeutické spolupráce stanoveny. Tyto kroky jsou pak průběžně vyhodnocovány a přizpůsobovány aktuální situaci. Terapeuti se také současně snaží o neustálé průběžné zhodnocení předchozí léčby a porozumění jednotlivým fázím, ve kterých se klient nachází. Pobytová léčba je vhodná zejména pro ty klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně nezbytné jejich původní zázemí opustit a stabilizovat se.

---

20 MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 221 s.

### **3. Sociální práce po ukončení léčby**

Následná péče po ukončení léčby je určena těm osobám, které již absolvovaly rezidenční léčbu. Lze se zde však setkat i s osobami bez předchozí odborné pomoci. Tito jedinci mívají většinou potřebu dlouhodobé abstinence od své primární drogy a současně potřebu podpory a odborného dohledu ze strany terapeuta.

Základním úkolem péče o klienta po ukončení léčby je pomoci abstinujícímu s návratem do normálního světa a minimalizace rizika relapsu.

V anglosaských zemích se pro pojem následná péče používá slovo „postcare“ nebo „aftercare“. Je možné se ale setkat i s termínem „re-entry“. V češtině však bývá tradičně používán výraz doléčování. S termínem doléčování je v praxi často spojováno především posilování abstinence a stabilizace životního stylu a tedy sociální integrace závislých osob zpět do společnosti.

Na všech těchto jmenovaných úkolech se podílí tým programu následné péče. Základní složení tohoto týmu by mělo obsahovat profese psychologa, speciálního pedagoga a sociální pracovníka. Složení týmu by mělo být podřízeno potřebám klienta. Není nezbytně nutné, aby součástí tohoto odborného kolektivu byl i psychiatr či lékař, ale vždy by měly být služby těchto specialistů dohodnuty externě.

Hlavními složkami následné péče poskytované zmíněnými odborníky by měla být především psychoterapie, prevence relapsu, práce s rodinnými příslušníky, sociální práce, pomoc při hledání zaměstnání a nabídka volnočasových aktivit.

#### **1. Psychoterapie**

V programu následné péče se lze setkat s velmi pestrou symptomatologií abstinujících klientů.<sup>21</sup> Různé traumatické zážitky z období užívání drog a poruchy osobnosti, které předcházely drogovému problému, se po jejich vysazení projevují v plné šíři. Objevují se i psychické problémy, které mohl sám klient považovat za dávno vyřešené a uzavřené. Je proto nezbytně nutné diagnostikovat veškeré obtíže, které jsou aktuálně řešitelné a které by klienta na jeho cestě za uzdravením mohly omezovat. V programu doléčování je především hlavním úkolem stabilizovat abstinenci klienta od drog a podporovat ho ve zdravém životním stylu. K tomuto cíli by měla být psychoterapeutická péče neustále vztahována.

---

21 KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 36 s.

## **2. Prevence relapsu**

Většina klientů vstupujících do doléčovacích programů v sobě nese především obavy z možného selhání. Tyto obavy jsou také hlavním faktorem, který závislého motivuje k hlubší práci na sobě a ke snaze o porozumění svého osobního drogového problému a k pochopení všech okolností, které mu předcházely. Prevenci relapsu je nutné považovat za nejdůležitější prvek doléčování. K jeho naplnění je nezbytně důležité upevnit klientovu sebekontrolu a snížit tak pravděpodobnost možného selhání v krizových situacích. Riziko relapsu je možné omezit i stabilizací klientova životního stylu a jeho efektivním začleněním do společnosti.

## **3. Sociální práce**

Jednou z nejdůležitějších složek programu následné péče je i oblast sociální práce, která má nezastupitelnou úlohu při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu abstinujícího. U klientů v doléčovacím programu se lze setkat s poměrně rozsáhlou škálou sociálně právních problémů, které jim sociální poradenství pomáhá řešit. Obvykle se jedná o dluhy u zdravotní pojišťovny, trestní stíhání, dluhy u známých dotyčného, popř. u bank atd.

## **4. Práce**

Po ukončení rezidenční léčby je hledání uspokojivého zaměstnání jedním z klíčových faktorů ovlivňujících udržení abstinence od primární drogy a jedním z nejdůležitějších ukazatelů integrace do normálního života. Tento cíl však není současně v mnoha případech jednoduchý. Komplikaci obvykle představuje nedostatečná kvalifikace, chybí jakékoli pracovní návyky. Určitou možností, jak tyto problémy zmírnit, je práce v chráněných dílnách. Ty umožňují klientovi rekvalifikaci i osvojení pravidelné pracovní aktivity. V některých případech je klient schopný získat zaměstnání okamžitě na veřejném trhu práce, tyto případy jsou ale spíše řidší.

## **5. Lékařská péče**

Kontinuální aplikace drog významně poškozuje organismus uživatele, je tedy nezbytně nutné poskytnout v doléčovacím programu klientovi i stabilizaci fyzickou. Tělesná rekonvalescence patří k úkolům, na kterém může klient pracovat i několik let, je tedy škodlivým mýtem domnívat se, že zahájením abstinence od primární drogy tento problém zmizí. V rámci následné péče je tedy jedním z úkolů týmu najít klientovi adekvátní lékařskou péči. Mezi nejobvyklejší poškození, kterými se pak odborníci následně zabývají, patří hepatitida typu B a C, dentální problémy, gynekologické komplikace a dermatologická onemocnění.

## **6. Práce s rodinou uživatele**

V průběhu doléčovacího programu není pozornost odborníků soustředěna jen na osobnost klienta, ale i na jeho rodinu, partnera a blízké. Je nesporné, že drogová závislost představuje nesmírnou zátěž pro všechny zúčastněné, a proto by odborné poradenství mělo být poskytnuto i jim. V průběhu užívání drogy dochází k naprosté ztrátě důvěry ze strany rodičů, popř. partnera, dostavuje se zklamání, pocit viny ze selhání, někdy i psychosomatické obtíže. Tyto negativní pocity se potom následně podílejí na tvorbě atmosféry, ve které vládne nedůvěra, ostražitost či podezřívavost a která může klienta diskvalifikovat a neumožňovat mu prokázat zlepšení. Dalším bodem, který je nutný v práci s rodinnými příslušníky řešit, je častá patologická symptomatologie v rodinném systému. Po návratu z léčby se mohou projevit rizikové faktory v rodinném prostředí, proto je potřeba i samotné rodinné prostředí stabilizovat, aby po návratu klienta z léčby nedošlo k relapsu. Rodina musí přijmout skutečnost, že se velmi význačně podílí na výsledku celého procesu uzdravení, a pokusit se zbavit se za léta nashromážděné nedůvěry.

## **7. Nabídka aktivit pro volný čas**

Význam volnočasových aktivit se v doléčovacím programu klienta rozhodně nedá podceňovat. Často býváme svědkem toho, že klient se svůj volný čas snaží naplnit maximem povinností, které mu ale nepřinášejí žádné uspokojení. Je tedy důležité naučit se užívat života i bez drog, prostřednictvím činností a zájmů, které klienta těšily před jeho drogovým obdobím.

### ***3.1 Význam volnočasových aktivit***

Podnětné a vhodně koncipované volnočasové aktivity představují nejen důležitou složku v doléčovacím programu, ale i hodnotný vklad do budoucího normálního života bez drog. Dobře strukturovaný program vede klienty nejen k aktivnímu odpočinku, ale i ke zdravějším způsobům trávení volného času. Cílem volnočasových aktivit není jen minimalizovat riziko relapsu, ale dovést klienta zábavnou formou k sebepoznání a k vytvoření optimálních zdravých návyků. Z hlediska náplně volného času můžeme jeho trávení rozdělit na aktivní a pasivní složku. Pomezí mezi oběma způsoby jsou mnohdy značně nezřetelná, vodítkem však může být míra zapojení do činnosti. Pokud je osobní podíl na vyvíjené činnosti malý a dotyčný je při trávení volného času spíše v postavení konzumenta, hovoříme o pasivně stráveném čase. Je-li naopak jeho prostřednictvím určitá

volnočasová aktivita přímo realizovaná, mluvíme o aktivně stráveném odpočinku. Hlavní rozdíl mezi oběma způsoby tedy spočívá především v míře seberealizace, ovšem i pasivně strávený volný čas může být přínosný a pro klienta obohacující.<sup>22</sup> Hlavní funkcí volného času je totiž nejen odpočinek, ale i uspokojování ostatních potřeb, jako je rozvoj osobnosti, potřeba uplatnění, seberealizace, udržování sociálních vazeb s okolím nebo potřeba sounáležitosti. Volný čas a volnočasové aktivity představují značnou část lidského života. U pracujícího jedince představuje téměř polovinu dne, u nezaměstnaného už téměř většinu. Jeho vhodné a zdravé naplnění je tedy velmi významné. Je zřejmé, že neuspokojivě strávený volný čas má dopad na psychiku jedince a na jeho sociální kontakt s okolím. Tím nejméně závažným, čím se tato skutečnost může projevit, je pocit podrážděnosti, nudy, prázdnoty a nenaplnění. Naplnit vhodně volný čas klade tedy nejen vysoké nároky na vyspělost osobnosti, ale také na schopnost samoregulace. U velké části drogově závislých klientů se lze setkat s neuspokojivě stráveným volným časem. Při bližším průzkumu se lze také hojně setkat s poznatkem, že neuspokojivá náplň osobního volna je pro ně problémem, který je provází již od dětství. Řešením je tedy klienty naučit, co si s obdobím volna mají počít. Prázdný čas a nečinnost vedou klienta jen k prohlubování vlastních pochybností a k uvědomování si vlastních nálad, což může vést až k potřebě vyhledávat drogu, jež by tuto rozmrzelost přehlušila. Je tedy nezbytně nutné od základu změnit nazírání abstinujícího na volný čas. Období odpočinku totiž vůbec nemusí představovat hrozbu, ale naopak možnost, jak zažít pozitivní emoce a rozvíjet svou osobnost. Aktivně a uspokojivě strávený volný čas je navíc nejlepší prevencí relapsu.

### ***3.2 Osobnostní rozvoj resocializace a sociální rozměr volného času***

To, jakým způsobem je nakládáno s volným časem, odráží do velké míry osobnostní charakteristiky a individuální schopnosti daného jedince. Podle typu aktivity, respektive podle složek osobnosti, se rozvíjí rozličné oblasti. V celé škále možných činností se mohou rozvíjet a uplatnit téměř všechny složky osobnosti, a to v celé své struktuře i dynamice.<sup>23</sup> Jediná oblast, která je tímto procesem nedotčena, je temperament jedince. Ten zůstává stále stejný. Mezi schopnosti, které lze osobní aktivitou rozvíjet, patří:

---

22 NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2007. 160 s.

23 NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2007. 161 s.

#### A) Kognitivní schopnosti

- Tento druh schopností se rozvíjí při všech aktivitách, které vykazují zvýšené nároky na myšlení, koncentraci, popř. tvořivost.

#### B) Senzomotorické schopnosti

- Senzomotorické schopnosti se rozvíjí při všech činnostech, ve kterých je propojeno spojení smyslu a motoriky (*např. při sportu, malování atd.*).

#### C) Charakterové vlastnosti

- Charakter bývá především ovlivňován prostředím, ve kterém se jedinec pohybuje a které v důsledku daného charakteru vyhledává. Takové prostředí může představovat oddíl, klub, spolek atd.

#### D) Volní vlastnosti

- Tento typ vlastností se rozvíjí při činnostech, které vyžadují vynaložení úsilí. Patří sem cílevědomost, houževnatost, sebeovládání či vytrvalost.

Vhodně vybrané volnočasové aktivity přispívají nejen k osobnostnímu rozvoji, ale i k uspokojení potřeb jedince. Kvalitní náplň času podněcuje zájem klienta o sebe samého, ale i o okolní svět. Volnočasové činnosti jsou i dobrou příležitostí pro vytváření sociálních vazeb a také šancí pro inspirativní setkávání se s dalšími lidmi.

Začlenění se do skupiny osob se stejným koníčkem, kteří ale nemají za sebou drogovou minulost, může klientovi rovněž výrazně pomoci při objevování normálního nedrogového světa a jeho norem a měřítek. Prostřednictvím těchto osob poté dochází ke znovuzačlenění se do společnosti a snižuje se riziko relapsu. Při výběru vhodné volnočasové aktivity je ale vhodné dodržovat následující pravidla:

1. Vždy je důležitá osobní charakteristika klienta, také jeho zájmy a zdravotní omezení.
2. Volnočasová aktivita by měla být pro klienta dostupná jak místem, tak i finančně.
3. Zohlednit dobu trvání volnočasové činnosti. Vždy jsou lepší dlouhodobější a pravidelné aktivity než jednorázové akce a setkání.
4. Dbát na sociální a resocializační záměr vybrané aktivity. Přednost by měly mít činnosti se stabilním počtem členů ve stálé skupině.

## ***4. Sestavování kasuistik uživatelů opiátů evidovaných v nízkoprahovém středisku Drop-in***

Na základě studia odborné literatury, osobní zkušenosti z nízkoprahového střediska Drop-In a kontaktu s drogově závislými jsem se pokusila o sestavení tří kasuistik uživatelů opiátů, ve kterých se budu snažit o nástin cesty těchto uživatelů k opioidovým produktům. Mým cílem je pokus o zjištění příčin jejich závislosti a soudobé postihnutí jejich vnímání drogy a dále pokus o vykreslení všech důležitých faktorů, které mohly rozvoj jejich závislosti významně ovlivnit.

### **Použité metody:**

*Studium odborných pramenů, rozhovory s klienty střediska DROP IN, kasuistická metoda a vyhodnocení získaných údajů.*

### **4.1 Kasuistika č. 1**

#### **Základní údaje:**

- Pohlaví: Muž
- Státní příslušnost: ČR
- Věk: 21 let
- Zneužívaný opiát: Heroin
- Aktuální spotřeba: 2,5 gram/den

#### **Anamnestické údaje:**

Anamnestické údaje byly získány anamnestickým rozhovorem. Jedná se tedy o autoanamnézu. Rozhovor byl veden v příjemné atmosféře v menší kavárně poblíž Hlavního nádraží. Klient č. 1 byl seznámen s účelem anamnestického rozhovoru a souhlasil s poskytnutím všech důležitých informací, na základě kterých byla vypracována kasuistika. Oslovený o sobě vyprávěl převážně sám, nebylo třeba do jeho vzpomínek jakkoli direktivně zasahovat a usměrňovat společný rozhovor.



Pan X začal své vyprávění o hlavním městě. Narodil se v Praze a v současné době zde stále pobývá na bytě s přáteli. Toto soužití hodnotí jako průměrně dobré.

Matka klienta je cukrářka, otec je zaměstnán jako závozník v lokalitě blízké od klientova bydliště. Oba rodiče doposud pracují. Otec pana X ani jeho matka nemají žádné závažné onemocnění. Postavení matky v rodině charakterizoval klient jako dominantní. Otec je dle klientových slov spíše upozaděm, v porovnání s matkou je tolerantnější a submisivní. Matce otec velmi podléhá.

V dětství klient pobýval u rodičů a toto období doposud vnímá jako převážně šťastné.

Prodělal běžné dětské nemoci, závažnější onemocnění se mu vyhnuly. Nástup do školy proběhl v normálu, klient uvádí, že se mu zde, stejně jako předtím ve školce, líbilo. Prospěch měl průměrný, bavila ho matematika, později chemie. V dětském kolektivu byl prý oblíben. V období dospívání začal mít klient problémy s uznáváním autorit. Začíná se dostávat často do konfliktu s pedagogy, klientův prospěch často kolísá. Po ukončení základní školy v 15 letech nastupuje do učení jako automechanik. Zvolený obor se mu líbí. Má ale opět problémy s autoritami, ne vždy plní zadané úkoly a často mívá neomluvené absence. Atmosféra v rodině je v té době dle klientových slov napjatá. Matka je velmi nespokojená s jeho počínáním, klientovi přijdou ale její požadavky přepjaté. Ve druhém ročníku klient z učebního oboru odchází a začíná se živit jako zelinář. Rodiče s ním v té době příliš nekomunikují, ale nechávají ho bydlet doma. Klient sám sebe vidí jako komunikativního, neústupného a radikálního člověka. Také zdůrazňuje svou hrdost. Svou drogovou závislost považuje za špatnou, ale nemá nyní sílu ani chuť s tímto problémem pracovat.

První kontakt s návykovými látkami zažil ve 12 letech, kdy se s kamarádem ze základní školy opil červeným vínem. Tabákové výrobky tenkrát ještě neznal. První cigaretu vykouřil asi o rok a půl později, požitek z ní prý vůbec neměl. Přesto začal později pravidelně kouřit. Nyní kouří 30–40 cigaret denně. První kontakt s nealkoholovou drogou zažil ve 14 letech, kdy ozkoušel na školním výletě marihuanu. Později začíná obdivovat hardrockové a metalové kapely, na jednom koncertě mu kamarádka nabídne, aby s ní vyzkoušel pervitin. Klient souhlasí. Drogu si aplikuje šňupáním, z intravenózní aplikace má tehdy ještě strach. Pervitin začne po této zkušenosti, která se mu prý zalíbila, konzumovat častěji. Zažívá prý díky ní konečně svobodu a uvolnění. Rodina ale prý zatím nic nepozoruje. Seznamuje se také s lidmi, kteří berou pervitin často. Klientovi se v dotyčné partě líbí. Společně navštěvují restaurace, festivaly a koncerty. Později se tyto společné podniky redukují, klient i jeho společníci začínají mít finanční problémy, takže si kupují už pouze zmíněný pervitin a chodí společně ven. V této době klient přechází na intravenózní aplikaci, vztahy v partě se také začínají zhoršovat. V 18 letech klient toto společenství opouští a seznamuje se s opiáty. Pervitin mu v té době již nestačí. U heroinu setrval až do dneška. Aktuální spotřeba je kolem 2,5 gramů denně.

Většina finančních prostředků klienta pochází z drobných krádeží. Detoxikaci klient dosud neabsolvoval. Pokoušel se ale opakovaně přestat sám. Vždy se ale k droze opět vrátí. Rodiče o dané situaci několik let ví, snaží se ho motivovat k léčení a jsou nešťastní. Klient ale prý dle svých slov nemá silnou vůli.

**Shrnutí:**

Příčinu klientovy závislosti vidím v komplikovaném dospívání. Tento mladý muž se nenaučil řešit problémy kolem sebe. Neakceptuje také dosud autority. Navíc chybí motivace klienta do budoucna. Klient ještě nedozrál do stádia, aby si uvědomil, že je jeho jednání špatné. Navíc neměl závažnější obtíže, které by ho donutily k hlubšímu zamyšlení. Velmi nevyrovnaný stav má k matce. Chybí pozitivní vazba. Otcem mírně pohrdá.

## 4.2. Kasuistika č. 2

### Základní údaje:

- Pohlaví: Muž
- Státní příslušnost: ČR
- Věk: 20
- Zneužívaný opiát: Heroin
- Aktuální spotřeba: 2 gram/den

### Anamnestické údaje:

Anamnestické údaje byly stejně jako v případě klienta č. 1 pořízeny anamnestickým rozhovorem. Ve srovnání s prvním klientem panem X byl rozhovor časově náročnější. Pan Y měl potíže s koncentrací, byla na něm patrná nervozita, několikrát muselo být změněno místo rozhovoru, jelikož se obával, že je pozorován. Rozhovor se nakonec odehrál na třech místech. Nejprve na Masarykově nádraží, dále v kavárně poblíž náměstí Republiky a závěrem v restauraci v Riegrových sadech. Pan Y své vyprávění zahájil podobně jako pan X, tedy místem svého narození.

Pan Y se narodil v Praze. V současné době žije v menším holešovickém bytě s přáteli. Otec pracuje jako skladník, matka jako prodavačka v menších potravinách. Rodiče jsou již 13 let rozvedení. Rozchod prý byl tehdy velmi bouřlivý, takže nástup klienta do školy byl touto událostí silně poznamenán. Dříve ve školce problémy nemíval, patřil prý dle svých slov mezi průměrně oblíbené dítě. V první třídě se mu ale nelíbilo. Nezapadal mezi kolektiv, měl potíže s koncentrací, což se odráželo na jeho školním prospěchu, který byl průměrný až podprůměrný. V této době také klienta trápily poruchy spánku, objevila se noční enuréza. Návštěva psychologa ale nebyla navržena, problémy řešil dětský praktický lékař. Na nástup do školy nevzpomíná pan Y rád, trvalo mu dlouho, než byl akceptován kolektivem. Spolužáci se mu posmívali, protože byl plachý a bázlivý, navíc se obtížně učil. Situace doma v rodině se také povážlivě zhoršuje. Když je klientovi osm let, matka si nalézá druha, s nímž si klient nerozumí. Následující roky klientova života jsou poznamenány pendlováním mezi bytem otce a novým bydlištěm klientovy matky. Pan Y uvádí, že si tehdy nebyl jistý, kde se má vlastně cítit doma. Ve dvanácti letech začíná pan Y poprvé chodit za školu. Rodiče jsou informováni pedagogickým sborem, k výraznému zlepšení ale nedochází. O rok

později se klient poprvé setkává s cigaretami a alkoholem na večírku u kamaráda. Obojí se mu líbí, protože ho přitahuje pocit zakázaného. Ve čtrnácti, kdy už alkohol konzumuje nejméně jednou za týden, mu spolužák z vyššího ročníku nabízí marihuanu. Stejný chlapec s ním v této době často chodí ven, pan Y dává přednost alkoholu, spolužák preferuje zmíněnou marihuanu, kterou klient ale dle svých slov často nekonzumuje. Na taneční party v lesích téhož roku vyzkouší klient extázi. Tato droga se mu líbí. Začíná vyhledávat častěji taneční akce, také se setkává s dívkou, která ho zaujme, ale bere pervitin. Spolu také začnou tuto psychotropní látku brát, i když byl klient zpočátku proti. Prý se bál. V této době se začínají rodinné vztahy ještě více vyhrcovat. Matka pana Y se bojí, že nedokončí základní školu, navíc od ní odchází nový přítel. Tuto vypjatou situaci proto řeší nemírnou konzumací alkoholu. Klient základní školu ale s podprůměrným prospěchem dodělá. Po ukončení ZŠ nastupuje jako pomocná síla na stavbách. Se zmíněnou dívkou z party v této době chodí a bydlí s ní u její babičky, na matku je prý v té době alergický. Postupně mu ale začíná přibývat problémů spojených s konzumací pervitinu, klient uvádí, že přestávají mít s přítelkyní peníze. Dívka si v té době začíná údajně přivydělávat prostitucí. Klientovi se její počínání hnusí. Vyrůstající obtíže se odráží i na spotřebě drogy. Klient si poprvé začíná uvědomovat, že má obtíže. V 17 letech přechází na heroin, s dívkou v té době odchází na squatt, protože babička jim prý začíná příliš zasahovat do života. Peníze získávají krádežemi, jeho přítelkyně se v té době již prostitucí netají. Klientův zdravotní stav se zhoršuje, jednou zkolabuje na ulici a nastupuje na nucenou léčbu v Bohnicích. Ta ale nezabírá, po návratu se klient opět vrací k droze. V současné době by rád podstoupil metadonovou substituci, zatím je na seznamu čekatelů. Svou budoucnost si prý raději nepředstavuje, chtěl by se ale zbavit své závislosti. Nedokáže si prý ale představit, že se nesmí vídat s okruhem svých známých.

### **Shrnutí:**

Příčinu klientových obtíží spatřuji v nestabilním rodinném prostředí. Klienta výrazně poznamenává rozchod rodičů. Nástup do školy jeho obtíže ještě prohlubuje. Drogy a konzumace psychotropních látek pro něj představují únik od reality. Jeho léčbu a uzdravení vidím jako problematické. Pan Y si podle mého názoru bohužel nedokáže představit radikální změnu životního stylu. Recidivu vidím jako velmi pravděpodobnou.

### 4.3 Kasuistika č. 3

#### Základní údaje:

- Pohlaví: Žena
- Státní příslušnost: ČR
- Věk: 21 let
- Zneužívaný opíát: Heroin
- Aktuální spotřeba: 2,5–3 gram/den

#### Anamnestické údaje:

S klientkou č. 3 byl anamnestický rozhovor veden v nejmenovaném karlínském parku. Na rozdíl od předchozího klienta (pana Y) reagovala velmi vstřícně, rozhovor byl veden ve velmi přátelském a otevřeném duchu. Na počátku setkání byly opět položeny úvodní otázky a klientka byla seznámena s účelem rozhovoru, na základě kterého měla být vypracována následující kasuistika. Slečna Z se všemi podmínkami souhlasila, dokonce aktivně přicházela i s otázkami doplňujícími, o kterých měla dojem, že by měly být v jejím životním příběhu vysloveny a také i zodpovězeny.

Slečně Z je v současné době 21 let. Narodila se v Praze, nyní zde pobývá v pronajatém bytě s přítelem. Otec klientky je vyučený zahradník, v současné době pobírá invalidní důchod. Matka slečny Z opustila otce i domácnost, když bylo klientce sedm let. Pokud si klientka pamatuje, nebyla její matka nikde zaměstnaná. Vztahy v rodině byly vždy napjaté, rodiče se prý nevyhýbali konzumaci alkoholu. Občas mezi nimi docházelo k ostrým střetům, které končily i fyzickými útoky. Několik rodinných konfliktů řešila i policie. Sama klientka charakterizuje své dětství jako velmi ošklivé. Co se týká nástupu do školy, klientka uvádí, že se ho velmi obávala. Posléze se jí prý ale ve škole docela líbilo. Prospěch mívala podprůměrný, otci to ale nevadilo. Už od dětství se slečna Z upínala ke starším dětem, mezi vrstevníky se prý dobře necítila. Tato potřeba vyhledávat starší spolužáky byla obzvlášť markantní v pubertě. U tohoto bodu slečna Z váhavě připustila, že ji výrazně ovlivnilo několik starších učňů z okolí jejího bydliště. V této skupině byli přítomni chlapci i dívky, klukovská společnost ale převažovala. Klientka uvádí, že jí v tomto společenství bylo poprvé dobře a také poprvé prožívá pocit bezpečí a sounáležitosti. Ve dvanácti letech se prostřednictvím této party poprvé osobně seznamuje s cigaretami a alkoholem. Po této zkušenosti začíná pravidelně kouřit. Postupem času se také seznamuje s marihuanou, jejíž užívání se jí líbí více než alkoholové zkušenosti. K marihuaně rovněž časem přibývají lysohlávky, v deváté třídě základní

školy se také seznamuje s tripy.

Po ukončení základní školy nastupuje do učebního oboru jako kadeřnice. Volbu tohoto místa odůvodňuje tím, že je to asi jediné, co si dokázala představit, že by uměla. Tento obor ale nikdy nedostudovala. V šestnácti letech se totiž seznamuje s pervitinem, který po dvou letech aplikace vystřídal heroin. Klientka uvádí, že na obě dvě drogy si musela zpočátku vydělávat krádežemi a poté prostitucí, otec jí žádné kapesné nedával, byla prý ráda, když měli na jídlo. V současné době je závislá na heroinu, její spotřeba činí tři gramy denně. Mimo heroin bere příležitostně amfetaminy, je také silná kuřačka. Se sháněním narkotik potíže nemá, její přítel je tzv. „vaříč“. Klientka prý zatím nemá žádné závažné zdravotní potíže kromě poškozených zubů. Potřebu přestat cítí vždy jen příležitostně. Není jí ale jasné, jaký život by měla vést mimo ten, který vede.

### **Shrnutí:**

Patologické rodinné prostředí výrazně ovlivnilo hodnoty a jednání klientky. Je zřejmé, že člověk s natolik narušeným hodnotovým žebříčkem bude mít v budoucnu velký problém navrátit se do normálního života. Klientka nespátřuje důvody, proč ukončit svou drogovou dráhu, neumí si představit hodnotnější svět, ve kterém by mohla existovat. Vyléčení bude tedy jistě velmi náročné.

## 5. Závěry vyvozené z uvedených kasuistik

Ze zjištěných skutečností vyplývajících z anamnestických rozhovorů lze vyvodit, že uživatelé opiátových drog ve věkové skupině okolo 20 let většinou začínali s užíváním alkoholových a nealkoholových narkotik již v rané pubertě. Současně u všech uživatelů panovalo nevlídné rodinné prostředí, žádný z dotázaných respondentů prý nezažil společné trávení volného času s rodiči a pěstování jakékoli společné zájmové aktivity. Výuka na ZŠ byla pro všechny dotázané rovněž problematickým obdobím. Klient č. 1 se dostával do konfliktu s autoritami, nebyl schopen podrobit se pedagogickým radám a doporučením ze strany pedagogů, ostatní dva dotázaní respondenti se potýkali s podprůměrným prospěchem a s nezapadnutím do dětského kolektivu.

Závěry těchto rozhovorů je třeba samozřejmě posuzovat pouze orientačně vzhledem k nízkému počtu dotázaných klientů, přesto i na této malé skupině můžeme demonstrovat následující faktory, které v jejich životech ovlivnily rozvoj závislosti:

### 1. Rodinné prostředí

Mezi vznikem a rozvojem závislosti a vývojem jedince v rodině existuje přímá souvislost. Afunkční nebo dysfunkční rodiny mohou poznamenat psychický vývoj potomka natolik, že se děti mohou uchýlit až k užívání návykových látek, které pro ně představují únik od nevlídné každodenní domácí reality.

### 2. Problémové chování

Užívání drog ve většině případů předchází problémové chování, poruchy chování nebo špatný prospěch. Neuspokojivě strávený volný čas již v době mladšího školního věku může vést děti k potřebě tento prázdný prostor plný pochybností a nejistot jakkoliv zaplnit. Místo náhledu na volný čas jakožto na adaptivní způsob, prostřednictvím kterého se dá rozvíjet lidská osobnost a sociální vztahy, docházelo k trávení času až patologickým způsobem.

### 3. Potřeba separace

K vývoji každého jedince patří potřeba separace (*viz klient č. 2, který odchází z bydliště v 15 letech*). Je to potřeba založená na snaze o nezávislost na okolí i na celém kulturním a sociálním systému. Návykové látky také disponují několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít. Přinášejí změnu vědomí, stavy nezávislé nebo méně závislé na realitě apod.

#### 4. Motivace

Motivací či podnětem ke zneužívání drog u většiny mladistvých uživatelů je zpravidla snaha o překročení společenských norem a dosažení dobrodružství, které je výzvou pro autority ve společnosti. Překročení norem představuje také zážitek sebepotvrzení založeného na potřebě odlišit sebe sama od druhých a současně také zaimponovat i sám sobě (*překonání strachu, překonání bolesti, atd.*).



## 6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zpracovat ucelený pohled na sociální práci s uživateli opiátových drog. Studium značného množství odborných pramenů, jejich tříděním a zpracováním jsem došla k následujícím závěrům. Oblast léčby a sociální rehabilitace představuje značně široké spektrum používaných technik, metod a postupů, přičemž úspěšně využívány bývají v praxi nejen tradiční formy, ale i postupy alternativního charakteru zaměřené více na využití volného času závislého a na praktikování relaxačních aktivit. Pokud bych měla vyhodnotit stupeň splnění cíle mé bakalářské práce, domnívám se, že jsem představila všechny důležité programy sociálního poradenství s drogově závislými klienty a srozumitelně naznačila souvislost mezi nekvalitně tráveným volným časem, zneužíváním narkotik a patologickým rodinným prostředím. Oblast trávení volného času v životě závislého považuji za jeden z nejdůležitějších faktorů nejen v „post care“ a „after care“ programech, ale domnívám se, že může následně rozhodnout, zda se klient naučí prostřednictvím svých nových zájmů seberealizovat a rozvíjet, či zda sklouzne opět k relapsu. Volnočasové aktivity mohou klientovi pomoci lépe poznat sebe sama, ověřit si, kde jsou osobní limity, či jak se prostřednictvím jakékoliv záliby vypořádat s osobními radostmi i nejistotami. Specifickou roli v životě člověka vždy tvořily jeho koníčky a zájmy, je tedy důležité začít je v jakémkoliv věku či zdravotním stavu pěstovat, jelikož vedou nejen k vnitřnímu obohacení a poznávání nových osobností, ale mohou pomoci i ve chvílích, kdy je člověku úzko.

Tato bakalářská práce se ve své teoretické části snažila o postihnoutí všech důležitých programů péče o závislého a dále o zdůraznění významu volného času v životě klienta. V oddílu praktickém byly proto následně představeny tři kasuistiky uživatelů opiátů, ve kterých je přiblížen jejich od dětství nešťastně vytvořený způsob trávení volného času, který bohužel kromě patologického rodinného prostředí představoval jeden ze zásadních faktorů při vzniku a rozvoji jejich osobní závislosti. Nečinnost a nuda představují téměř vždy rizikový faktor, je proto vhodné připomenout, že v dlouhodobějším horizontu je nejlepší prevencí rozvoje závislosti smysluplně a šťastně strávený volný čas.

## 7. Resumé

### **Základní principy sociální práce s uživateli opiátových drog**

Tato práce pojednávala o sociální práci s uživateli opiátových drog. Byla rozdělena na část teoretickou a praktickou, přičemž v části teoretické jsme se snažili o charakteristiku opiátů, nástin základních programů sociální práce a o vystižení významu volnočasových aktivit v životě závislého klienta. Nestrukturované trávení volného času je bezesporu významným rizikovým faktorem, které může zapříčinit vznik a rozvoj závislosti. Součástí této práce je proto zdůraznění významu volnočasových aktivit jakožto prostředku pro odpočinek, relaxaci a kompenzaci jednostranné pracovní zátěže a také jako významné prevence možného relapsu. V části praktické byly popsány tři kasuistiky drogově závislých, které dokazují spojitost mezi jednostranně nevhodně stráveným volným časem a vznikem a rozvojem závislosti.

### **Basic principles of social work with opiate drug users**

*This thesis discussed the social work with the users of opiate drugs. It was divided into theoretical and practical part, whereas in the theoretical part, we tried to characterize opiates, outline the basic programs of social work and to portray the importance of leisure time activities in life of an drug addicted client. Unstructured leisure time is undoubtedly an important risk factor, which may cause the emergence and development of addiction. Part of this thesis is therefore emphasis of an importance of leisure time activities as a resource for rest, relaxation and compensation of unilateral workload as well as significant potential relapse prevention. In the practical part, there were described three casuistries of drug addicts, which prove the connection between unilateral and inappropriately spent free time and the emergence and development of addiction.*

*Vypracovala: Eva Holakovská*

## 8. Seznam použité literatury

- BARKER, P. *Basic family therapy*, 1. vydání. USA: Blackwood Science and Oxford University Press 1999. Inc. 267 s. ISBN: 0632042591
- BARTOŠÍKOVÁ I. VOŘÍŠEK R. *Příručka pro nízkoprahové terapeutky*, 1. vydání. Boskovice: Nakladatelství Albert 1998. 78 s. ISBN :131 168
- BEATIE, M. *Přestaňte být závislý*, 1. vydání. Praha: Pragma 1992 . 218 s ISBN: 80-7205-653
- CSÉMY, L. *Drogy a taneční scéna*, 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-167-1
- DE LEON, G. *The therapeutic community: theory, model and method*, 1. vydání. USA: Springer Publishing company 2000. 472 s. ISBN: 9780826113498
- HAJNÝ, M. *Drogový problém vs. rodina*, 1. vydání. Olomouc: Votobia 1999. 121 s. ISBN:80-7220-022-4
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1*, 1. vydání. Praha: Úřad vlády české republiky 2003, 319 s. ISBN:80-86734-05-6
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*, 1. vydání. Praha: Úřad vlády české republiky 2003, 344s. ISBN: 80-86734-05-6
- KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM, *Drogy otázky a odpovědi*, 1. vydání. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-223-2
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*, 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN: 978-80-7367-502-8
- MUELLER, S. *Neodkladné stavy v medicíně*, 1. vydání. Praha: Scientia Medica, 1992, 345 s. ISBN 80-85526-16-6
- NEŠPOR, K. *Středoškolaři o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*, 1. vydání. Praha: Portál, 1995, 123 s. ISBN 80-7178-086-3
- NEVŠÍMAL, P. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.*, 1. vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 2007, 318 s., ISBN 978-80-7106-937-9
- NOVÁKOVÁ, D. *Drogy ze všech stran II.*, Svazek 5. Praha: Institut Filia 2000, 144 s
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*, 1. vydání. Praha: KLP 1997. 348 s. ISBN:808591736X
- PEČÍRKA, J. *Domácí lékař*, 1. vydání. Praha: Stuaire 2000 286 s. ISBN 80-8644-136-9
- ŠTABLOVÁ, R. *Návykové látky a současnost*, 1. vydání. Praha: Policejní akademie České republiky 2007, ISBN 80-7251-224-2
- TYLER, A. *Drogy v ulicích mýty-fakta-rady*, 1. vydání. Praha: Nakladatelství Iva Železného, 2000. 427 s. ISBN 80-237-3606-X
- WENKE, M. *Farmakologie*, 3. vydání. Praha: Avicenum 1966, 310 s. ISBN 80-03-00547-7