UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2014 **Bc. Bohumila Šainerová**

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Filozofická fakulta – Katedra sociální práce
Jinonice

Diplomová práce

Bc. Bohumila Šainerová

Motivační práce s klientem v Dětském a dorostovém detoxikačním centru

Motivational work with a client in Child and adolescent detox center

Vedoucí práce: PhDr. Kazimír Večerka, CSc.

2014

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce panu doktorovi Kazimíru Večerkovi za podněty a připomínky při zpracování diplomové práce.

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla zpřístupňována v prostorách knihovny FF; a jako taková využívána čtenáři knihovny jako studijní materiál.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne podpis

Abstrakt

Tématem této práce je „Motivační práce s klientem v Dětském a dorostovém detoxikačním centru“. Cílem teoretické části této diplomové práce je popsat motivační práci s klientem Dětského a dorostového detoxikačního centra Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze. Teoretická část se zabývá drogami a závislostí. Dále jsou v této práci uvedeny historické proměny drogové scény u nás v období od 60. let 20. století do současnosti. Je zde zmíněno preventivní opatření proti vzniku toxikomanie a podrobněji je zaměřováno na nemocniční oddělení Dětského dorostového detoxifikačního centra NMSKB. V této práci jsou uvedeny možnosti léčby, které může klient po pobytu na DaDDC v České republice využít.

Cílem praktické části je podat zprávu o tom, zda a jak se mění motivace klientů ke změně jejich dosavadních způsobů chování během pobytu na DaDDC a dále kasuistický popis osobnostního a sociálního zázemí klientů a vývoj jejich drogových problematik v průběhu léčby. Pro šetření byla použita jednak metoda obsahové analýzy záznamu dokumentů (tj. psychiatrického rozhovoru a sociálně-diagnostického dotazníku), jednak metoda pozorování a polořízených rozhovorů s klienty.

Abstract

The topic of this thesis is "Motivational work with a client in Child and adolescent detox center". The target of the theoretical part of this thesis is to describe motivational work with the client of the Child and adolescent detox center in the Hospital Sisters of Mercy of St. Charles Borromeo in Prague. The theoretical part is focused on general issue of drugs and addiction. Furthermore, there are described historical changes of the drug scene in our country in the 60s of the 20th century. Moreover, there are mentioned preventive measures against the emergence of the drug addiction.

The detailed focus was given to the department of the Child and adoslescent detox center of the Hospital Sisters of Mercy of St. Charles Borromeo in Prague. In addtion, there are stated options of the treatment which can be used by the client during the stay in the Child and adolescent detox center in the Czech Republic.

The aim of the practial part of the thesis is to analyse if and how the motivation for the change of the curent behaviour of the client varies during his or her visit in the Child and adolescent detox center. Furthermore, the analysis is focused on the casuistic description

of personal and social background of the clients as well as the development of their drug issues during the treatment. The research was carried out via the method of content analysis of recorded documents (ie, psychiatric interview and socio-diagnostic questionnaire) together with the method of observation and semi-controlled interviews with the clients.

Klíčová slova

droga, závislost, motivace, detoxifikace, prevence, dětské dorostové a detoxifikační centrum

Keywords

drug, addiction, motivation, detox, prevention, child and adolescent detox center

Obsah:

Úvod **9**
TEORETICKÁ ČÁST **10**
1. Základní pojmosloví **10**
1. 1 Dítě a etapy jeho dospívání 10
1. 2 Droga 11
1. 3 Drogová závislost 13
1. 4 Motivace 18
1. 5 Detoxikace a detoxifikace 21
2. Drogová scéna mezi mládeží v České republice **23**
2. 1 Drogová scéna mezi mládeží v Československu od 60. let 20. století do r. 1989 23
2. 2 Drogová scéna mezi mládeží v České republice od r. 1990 26
2. 3 Drogová scéna po roce 2000 27
2. 4 Příčiny a podmínky rozvoje drogové subkultury 28
3. Preventivní opatření proti rozvoji toxikomanie a možnosti nápravy **30**
3. 1 Pojem prevence – drogová prevence 30
3. 2 Členění dle úrovní / stupňů prevence 31
3. 3 Cíle prevence 35
3. 4 Prevence celospolečenská 37
3. 5 Protidrogová politika České republiky 37
4. Popis fungování DaDDC NMSKB **41**
4. 1 Historie a současnost DaDDC 41
4. 2 Prvky DaDDC 42
4. 3 Detoxifikace 44
4. 4 Strategie komplexně pojatých nápravných postupů 46
5. Klient v situaci po pobytu na DaDDC **56**
5. 1 Možnosti léčby po pobytu na DaDDC 56
5. 2 Úvaha nad možnostmi a mezemi života klientů po léčbě 61
PRAKTICKÁ ČÁST **62**
6. Praktické šetření **62**
6. 1 Cíl výzkumného šetření 62
6. 2 Výzkumné otázky a hypotézy 62
6. 3 Metodika analýzy 63
6. 4 Výzkumný soubor 63
6. 5 Seznámení s podklady výzkumu 66
6. 6 Výsledky výzkumu 67
6. 7 Interpretace výsledků výzkumu 100
6. 8 Kasuistiky 104
Závěr **110**
Prameny **111**
Seznam příloh **114**

Seznam užitých zkratek

apod. – a podobně

DaDDC – Dětské a dorostenecké detoxikační centrum

HR – harm reduction

kupř. – kupříkladu

LSD – diethylamid kyseliny lysergové

MDMA – (chemicky) 3,4-methylendioxy-*N*-nethylamfetamin

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

např. – například

NL – návyková látka

NMSKB – Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského

OSN – Organizace spojených národů

PČR – Policie České republiky

PP – primární prevence

př. – příklad

r. – rok

RZS – rychlá záchranná služba

Sb. – sbírky

str. – strana

tč. – toho času

TK – terapeutická komunita

tj. – to jest

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný

WHO – Světová zdravotnická organizace

Úvod

Vzhledem k tomu, že vnímám problematiku drogové závislosti u dětí a mladistvých v současné době za velmi aktuální, zvolila jsem téma své diplomové práce: *„Motivační práce s klientem v Dětském a dorostovém detoxikačním centru“*.

Všeobecným faktem je, že drogová závislost u této skupiny jedinců má bohužel v České republice vzrůstající tendenci. Důvodem zvolení tohoto tématu je mimo jiné snaha upozornit na pracoviště Dětského a dorostového detoxikačního centra Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, neboť toto pracoviště je jediné v České republice, které se věnuje detoxifikaci osob mladších 18 let, a tvoří tak důležitý článek v léčbě závislostí. Druhým impulsem je pokus o objasnění klíčového prvku v oblasti léčby závislosti, a to samotné motivace k léčbě popř. ke změně postoje k užívání návykových látek.

Cílem teoretické části mé diplomové práce je popsat motivační práci s klientem Dětského a dorostového detoxikačního centra NMSKB.

Cílem praktické části je postihnout motivaci pacienta při léčbě a případné změny postojů ke zneužívání drog a dále popis základních charakteristik klienta/pacienta, který prošel NMSKB.

Diplomovou práci člením na teoretickou a praktickou část.

Teoretickou část dělím na pět kapitol, v první kapitole se věnuji vysvětlení základních pojmů, ve druhé kapitole se věnuji drogové scéně mezi mládeží v České republice, a to od 60. let dvacátého století do současnosti a také blíže příčinám a podmínkám rozvoje drogové subkultury. Ve třetí kapitole se zabývám tématem drogové prevence, tj. jejími druhy, prvky a cíli, dále charakterizuji systém protidrogové politiky České republiky. Čtvrtá kapitola je věnována popisu fungování Dětského a dorostového detoxifikačního centra NMSKB v Praze a též charakteristice terapeutických (motivačních) postupů. Poslední kapitola teoretické části je věnována situaci klienta po pobytu na DaDDC a jeho možnosti využití následné pomoci ke zvládání nebezpečí recidivy.

První část praktické části této práce analyzuje klientky, které pobývaly na tomto oddělení od ledna do března roku 2014, a dále klientky umístěné v období od dubna do května roku 2014, a to v období příjmu na oddělení, v průběhu aplikace terapeutické techniky a v období výstupu ze zařízení. Ve druhé části uvádím kasuistiky tří klientek, popisuji jejich největší problémy a diskutuji možné způsoby řešení jejich situace.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Základní pojmosloví

Vzhledem k tomu, že v této práci na téma Motivační práce s klientem v Dětském a dorostovém detoxikačním centru je pracováno s pojmy jako je droga, závislost, detoxifikace apod., jsou v této kapitole tyto pojmy vymezeny.

1. 1 Dítě a etapy jeho dospívání

*„Období dětství a dospívání je složitý komplex změn, jehož cílem je vývoj od nezralého poměrně závislého jedince k jedinci relativně soběstačnému – dospělému. Tento komplex změn zahrnuje složku biologickou, sociální, psychickou a v neposlední řadě také složku spirituální – duchovní.“ (*Kalina, 2008, str. 254)

Z pohledu vývojové psychologie můžeme toto období zjednodušeně rozdělit na tři základní podskupiny. První podskupina je tvořena raným dětstvím, tato etapa začíná narozením a trvá zhruba do tří let. Někteří autoři do této etapy zahrnují i prenatální vývoj. Druhou podskupinu tvoří osoby do nástupu puberty (tzn. období dětství). Některými autory dále členěno na předškolní věk a mladší školní věk. Třetím vývojovým stupněm je období nastupující puberty a pokračující adolescence (tzn. období adolescence).

Ohraničit věkově druhou a třetí etapu není lehký úkol. Vývoj neprobíhá u každého jednotlivce stejně, proto můžeme pozorovat určité rozdíly, za nimiž stojí především dědičné faktory, temperament, sociální prostředí, rodinné prostředí, apod. Diference lze sledovat i mezi chlapci a děvčaty. Všeobecně lze výše uvedená období věkově vymezit. Období dětství je mezi 3. a 11. rokem života, období dospívání je zahájeno nástupem puberty, která trvá od 11–12 let do 14–16 let života, přičemž pro děvčata platí častěji spodní hodnoty. Po tomto období následuje etapa adolescence, která je zakončena dosažením dospělosti kolem 20-22 roku. (Kalina, 2008, str. 254-255)

Pojem dítě je definován různými autory rozdílně a také je vymezen v různých právních normách. Úmluva o právech dítěte definuje dítě jako *„…každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.“ (Úmluva o právech dítěte, 1989 část 1. článek 1).* Jiří Broža např. definuje „dítě“ jako jedince do patnácti let věku, a jedince nad patnáct let věku označuje jako „dospívající“. (Broža, In Kalina, 2003)

Pojem dorost je synonymem slova mládež, jedná se o sociální skupinu. Dle Smolíka lze mládež definovat: *„lidmi ve věku přibližně 15-25 let, kteří již ve společnosti neplní role dětí, avšak společnost jim ještě nepřiznává role dospělých“*. (Smolík, 2010, str. 20)

1. 2 Droga

Tento termín ukrývá několik významů. Světová zdravotnická organizace přijala a publikovala v roce 1969 tuto definici*: „Droga je látka (substance), která po vpravení do živého organismu, může poznamenat jednu nebo více jeho funkcí.“* (Kraus, Hroncová, 2010, str. 74). Nejobecnějším pojetím slova droga je pojetí lékařské, např. Nešpor a Csémy uvádí: *„Drogy jsou chemické látky, které mají vážný dopad na neurochemickou rovnováhu v mozku, která přímo ovlivňuje naše prožívání a chování. Zvyšují úroveň určitých neurotransmiterů, které jsou odpovědné za pociťování příjemných, libých pocitů. Jedním z takovýchto přirozených neurotransmiterů, který se nachází v lidském organismu, je dopamin. I díky němu člověk pociťuje radost, potěšení a požitky.“* (Nešpor, Csémy, 1995, str. 23). Je lékařsky dokázáno, že na každou farmakologicky účinnou látku může za určitých okolností u některých lidí vzniknout závislost, dokonce i na placebo. (Fišerová, 2000). Dle Úmluv OSN a podle Deklarace o základních principech snižování poptávky po drogách se jedná o látky, které jsou podřízené mezinárodní kontrole.

Velmi často se pojmem droga rozumí psychoaktivní látka, především taková, která je nelegální. Ale existují i běžně užívané látky, které bývají užívány pro svůj psychoaktivní účinek, kupříkladu kofein, tabák, alkohol, apod.

Jako ekvivalent slova „droga“ bývá používáno sousloví omamná a psychotropní látka. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, nám v § 2 vymezuje pojem návyková látka, kterou se rozumí omamné látky a psychotropní látky uvedené v nařízení vlády č. 1 až 7 o seznamu návykových látek.

1 .2. 1 Rozdělení drog a jejich účinky

Pro účely této práce bude stačit zjednodušené členění podle převažujícího účinku drog:

Drogy s převážně **sedativním** účinkem	Alkohol a léky – barbituráty a nebarbiturátové sedativa, hypnotika – léky na spaní (benzodiazepiny) Rohypnol, Dormicum, Diazepam, trankvilizéry a inhalační prostředky se sedativním účinkem.
Drogy s převážně **povzbudivým** účinkem	Kokain, crack a amfetaminy (užívané pro své účinky jako jsou zvýšení výkonnosti a úrovně bdělosti), nejčastěji zneužívané jsou metamfetaminy (pervitin, speed), fenmetrazin.
Drogy s převážně **halucinogenním** účinkem	Marihuana, LSD a syntetické drogy, MDMA a extáze, meskalin, magické houby (např. lysohlávka).
Drogy s převážně **narkotickým** účinkem	Heroin, morfium, opium, syntetická narkotika, metadon

zdroj: Hupková, Libercanová, 2012, str. 11

1. 2. 2. Kategorizace užívání návykových látek

Níže uvedená klasifikace člení užívání návykových látek dle míry užívání a jejich dopadu na jedince.

- Abstinence – absolutní zdržení se užívání kterékoli látky měnící vědomí.
- Experimentování – jednorázová zkušenost s danou návykovou látkou, kterou člověk užije zpravidla nejvýše 2-3x za život (Griffiths a kol., 2003).
- Rekreační užívání – příležitostné, třebaže někdy s určitou pravidelností užívání návykové látky (př. o víkendech, při návštěvě techno-party,…), které je zasazené do životního stylu a nepůsobí uživateli zdravotní, popř. sociální problémy.
- Problémové užívání – dlouhodobé anebo injekční užívání heroinu, kokainu, metamfetaminu (tzn. pervitinu), jenž může uživateli způsobovat vážné zdravotní i sociální problémy a též může způsobit špatné dopady i na sociální okolí uživatele (rodina, přátelé, partneři).
- Závislost na droze – nepřetržité pravidelné užívání návykové látky, jež jednoznačně stanovuje životní styl uživatele a způsobuje mu vážné poškození somatického,

psychologického a sociálního zdraví. Současně může mít nepříznivé dopady i na sociální okolí uživatele (rodina, přátelé, partneři). (Radimecký, 2007)

1. 3 Drogová závislost

Drogová závislost (taktéž se v literatuře setkáme s označením toxikomanie či závislost na omamných látkách) lze dle definice Světové zdravotnické organizace pojímat následovně. *„Jedná se o psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy organismu.“* (Postgraduální medicína, Fišerová, 2000, str. 288-298)

Původní definice závislosti, kterou WHO formulovala, byla mnoha odborníky rozšířena o další přívlastky, např.: P. Ondrejkovič (1999) ve své knize „Protidrogová výchova“ uvádí:

- Nepřekonatelná touha nebo nutkavá potřeba pokračovat v konzumaci drog a získávat je jakýmkoli způsobem;
- tendence ke zvyšování užívaných dávek (tzn. tolerance na drogu);
- psychická a fyzická závislost dle účinků drogy;
- zničující účinek na jednotlivce a společnost.

Mezi další znaky závislosti dle slovenského autora J. Varmužy jsou řazeny:

- Silná touha nebo pocit nutkání užití návykové látky;
- problémy se sebeovládáním;
- somatický odvykací stav;
- nárůst tolerance na užívanou látku;
- pokračování v konzumaci i přes jasné důkazy negativných následků.

Nešpor k tomuto výčtu ještě přidává šestý znak, a to zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.

Drogová závislost může být psychická či fyzická. Psychická závislost na droze je duševním stavem, ve kterém člověk touží znovu a znovu drogu užívat. Fyzická závislost vzniká tehdy, pokud se droga stala součástí metabolismu člověka, a z toho důvodu již organismus reaguje určitými, především negativními, jevy při její absenci. Organismus již

drogu zahrnul do své látkové výměny, a proto na její nedostatek tělo reaguje (např. pocení, křeče, třes, apod.) (Ondrejkovič, 2000, str. 75)

Dalším typem závislosti, se kterým je možno se v literatuře setkat, je závislost společenská. Sem patří př. disko-kultura, či techno-scéna. Závislost společenská bývá zpravidla spojena s ritualitou. Součástí rituality a kolektivní konzumace drog bývá i vznik osobité subkultury závislých a vznik osobitého způsobu komunikace, vyjadřování, osobitých výrazů, kterým často nikdo jiný nerozumí, ba dokonce celého slangového slovníku. (Ondrejkovič, 2000, str. 161)

Drogovou závislost lze také rozlišovat dle okruhů projevů uživatele na návykovou látku (př. psychických, tělesných), jak je uvádí např. K. Nešpor (2000, str. 10). Tato klasifikace je shodná s klasifikací Světové zdravotnické organizace – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (z anglického originálu International Classification of Diseases). Zde je možno se setkat s označením MKN - 10, přičemž číslice 10 značí číslo revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Dle MKN - 10 je syndrom závislosti komplex kognitivních, behaviorálních a fyziologických jevů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky, který je typický níže uvedenými projevy:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving),
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro danou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příznaky lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení z jejího účinku,

- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození. (Kalina, 2008)

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z výše uvedených kritérií během posledního roku.
Syndrom závislosti může být:

- pro specifickou látku,
- pro třídu látek,
- pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

Syndrom závislosti se označuje statistickým kódem F1x.2, na místo x se před desetinou tečkou doplňuje látka.

F10.2 Závislost na alkoholu
F11.2 Závislost na opolidech (např. heroin)
F12.2 Závislost na kanabinoidech
F13.2 Závislost na sedativech nebo hypnotických (tlumivých lécích)
F14.2 Závislost na kokainu
F15.2 Závislost na jiných stimulanciích včetně kofeinu a pervitinu
F16.2 Závislost na halucinogenech (např. MDMA čili slangově extáze)
F17.2 Závislost na tabáku
F18.2 Závislost na organických rozpouštědlech
F19.2 Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách

Jednotlivé typy závislosti a symptomy při odnětí drogy jsou uvedeny v příloze č. 1.

1. 3. 1 Teoretické modely závislého chování

V literatuře se můžeme setkat s řadou výkladových rámců – teoretických modelů vzniku a udržování závislého chování, které se uplatňují při léčbě osob se závislým chováním nejenom ve vztahu k užívání návykových látek, ale i při léčbě poruch příjmu potravy či patologického hráčství. V praxi jsou nejčastěji využívány: bio-psycho-sociální model; systémově orientovaná teorie závislosti; rodinné vztahy, raná traumata a užívání drog;

traumata a závislosti na užívání drog. Níže je popsán bio-psycho-sociální model, jelikož v současné době vychází česká odborná veřejnost právě z tohoto modelu pojetí závislosti.

Bio-psycho-sociální model (v současnosti bývá doplněn o složku spirituální) – užívání drog, je chování, které bývá často ovlivněno více činiteli zároveň, ty na sebe vzájemně působí a mohou se vzájemně posilovat. Původ těchto faktorů může být psychologický, interpersonální anebo sociální. Tento model definovala WHO a naznačuje, že *„vývoj a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek je determinováno komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se faktorů“*. (Radimecký, 2007). Dle tohoto modelu proto při léčbě uživatelů drog hraje rozhodující úlohu práce zaměřená na sociální prostředí a vztahy nejen mezi klienty a jejich význačnými osobami, ale i mezi blízkými osobami klientů navzájem.

1. 3. 2. Faktory vzniku a udržování závislosti

Současný moderní přístup vzniku závislosti se opírá o rozsáhlé výzkumné pole. Shoda odborníků panuje v mnohočetné podmíněnosti vzniku závislosti (multifaktoriální etiologie), tj. rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické. U konkrétního jedince nebo skupiny může být těžiště v některých z nich. Zatímco se v oblasti rodinných vztahů tradičně předpokládal narušený vztah matka – dítě, na základě novějších výzkumů se pozornost začala věnovat také vztahu otec – dítě. Některé osobnostní rysy nebo typy rodinných vztahů mohou tedy mít význam pro růst návyku a závislosti a některé jej spíše doprovázejí nebo se vyvíjejí až jako důsledek. Je důležité o těchto psychologických a vztahových problémech vědět a zahrnout je do léčebného procesu. Pokud by se léčba závislosti nezaměřila na tyto hlubší vrstvy (narušené vývojové potřeby) stejně jako na narušený rodinný systém, může se stát, že z ní vyjdou „dočasní“ abstinenti. Ti pak budou hledat jiné formy kompenzace svých obtíží (workoholismus, poruchy příjmu potravy, apod.) anebo se k užívání psychoaktivních látek dříve či později vrátí. (Hajný in Kalina, 2008)

Některé problémy v rodinných vztazích se považují za možné faktory, které vedou ke vzniku nebo častěji k udržování závislého chování dětí či rodičů:

- užívání drog rodiči, jejich trestná činnost,
- nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti,
- špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím,

- nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování,
- nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům.

Hajný (2001) dále uvádí následující rizikové faktory:

- nároky na předčasnou zralost dětí,
- děti se stávají důvěrníky rodičů,
- nadměrná volnost a liberální výchovný přístup,
- nadměrná náročnost a kontrola,
- manipulativní komunikace a vztahy,
- řešení negativních emocí náhradním způsobem,
- příliš časté či silné pocity studu či viny,
- dítě jako nástroj neuspokojených ambic rodičů.

Dalším rysem, ve kterém figuruje dítě závislé na drogách, je vyšší výskyt negativních postojů a emocí. Komunikace zahrnuje obviňování druhých členů rodiny, znevažování jejich hodnoty a názorů. Rodiče si vyčítají své výchovné přístupy, malou angažovanost v rodině, přehnané emoce. Kromě agresivních či devalvujících postojů se mohou vyskytnout i pocity bezmoci a beznaděje.

V propojení charakteru rodinného prostředí a povahy závislého chování Canerini (1985) uvádí čtyři typy závislosti, kterým odpovídají určité znaky rodin, v nichž dotyční vyrůstali. Výčet je uveden ve zjednodušené kvalifikaci, která ovšem ukazuje na různorodost rodinné etiologie i odlišný dopad na vznik a povahu závislosti.

a) závislost traumatického typu (trauma, zneužívání, nezpracované úmrtí, psychická porucha v rodině) – může jít o reakci ve formě závislého chování, která zpracováním traumatizace odezní,
b) neurotická závislost (nahromaděné napětí, nejasné vztahy plné viny a křivdy, partnerské obtíže rodičů) – nejčastěji živná půda pro rozvoj závislosti,
c) přechodná závislost (vážná duševní porucha v rodině, bizarní vztahy, tabuizace, dvojná a manipulační komunikace v rodině) – může jít přímo i o komorbiditu, tj. souběžnou hraniční poruchu osobnosti nebo hraniční rysy závislého,

d) sociopatická závislost (lhostejnost, kriminalita, fyzické násilí a socialita v rodině) – závislost není primárním problémem, tvoří součást životního stylu a zapadá organicky do osobnosti závislého.

1. 3. 3 Specifičnost drogové závislosti / závislého chování u dětí a mladistvých

Jak bylo uvedeno výše, drogová závislost má mnoho podob a projevuje se mnoha symptomy. U dětí a dospívajících můžeme zaznamenat však symptomy zcela specifické. Prvním z nich je ten, že závislost na drogách se vytváří výrazně rychleji (to, k čemu potřebuje dospělý jedinec mnohdy roky či desítky let, stihne adolescent i řádově v průběhu měsíců). U dětí a dospívajících dále hrozí vyšší nebezpečí těžkých otrav s ohledem na nižší snášenlivost, menší zkušenost a sklon k riskování, který není v dospívání ničím neobvyklým. K nejčastějším příčinám úmrtí u dětí a dospívajících patří úrazy, otravy a další násilné příčiny. S tím je úzce spjato i zneužívání návykových látek, zejména alkoholu. Z obdobného důvodu je i u této skupiny vyšší nebezpečí riskantního chování pod vlivem návykových látek. Ruku v ruce s tímto chováním jde i častější sklon zneužívat širší spektrum návykových látek a přecházet od jedné ke druhé nebo více látek současně.

Častým znakem u dětí a dospívajících závislých či zneužívajících návykové látky bývá zjevné zaostávání v psychosociálním vývoji, především v oblasti vzdělávání, citového vyzrávání, sebekontroly, sociálních dovedností, atp.). Rizika nese i „pouhé“ experimentování s návykovými látkami, neboť často přináší větší problémy v různých oblastech života, kupř. v rodině, ve škole, zkušenosti s trestnou činností. V dospívání dochází k vytváření sítě mozkových buněk. Alkohol a jiné drogy narušují tento proces, a to vede k znevýhodnění těchto jedinců. Recidivy závislosti jsou u dětí a dospívajících hojné, dlouhodobá prognóza ovšem může být podstatně příznivější, nežli čemu často naznačuje bouřlivý průběh. Důvodem je přirozený vývoj zrání, jež je tichým spojencem léčebných snah. (Nešpor, 2011, str. 52).

1. 4 Motivace

Motivace není v psychologii prozatím pojmem jednotně chápaným, nejčastěji je pojímána jako intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, a energizace organismu. Je to proces usměrňování, udržování a energizace chování, vycházející z biologických zdrojů. (Hartl, Hartlová, 2004).

Motivace usměrňuje naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Podněty, které motivaci ovlivňují, jsou jak vnitřní tak vnější (základní dělení). Mezi vnitřní faktory řadíme, např. potřebu poznávací, kulturní či seberealizační. Do motivů, které jsou ovlivněny vnějšími

činiteli, patří např. případná hrozba trestu či získání odměny. Nebo můžeme rozlišit též tzv. velké okruhy motivů, kam řadíme sebezáchovné motivy (vedou k tomu, aby se člověk udržel při životě), stimulační motivy (projevují se kupř. zvídavostí, vyhledáváním neobvyklých zážitků), sociální motivy (př. aby mohl člověk projevit moc, důvěrnost) a individuální motivy (zahrnují všechny individuální potřeby člověka, př. hledání životního smyslu). (http://psychologie-pedagogika.studentske.cz/2008/07/lidsk-motivy-lze-rozdlit-do-ty-velkch.html)

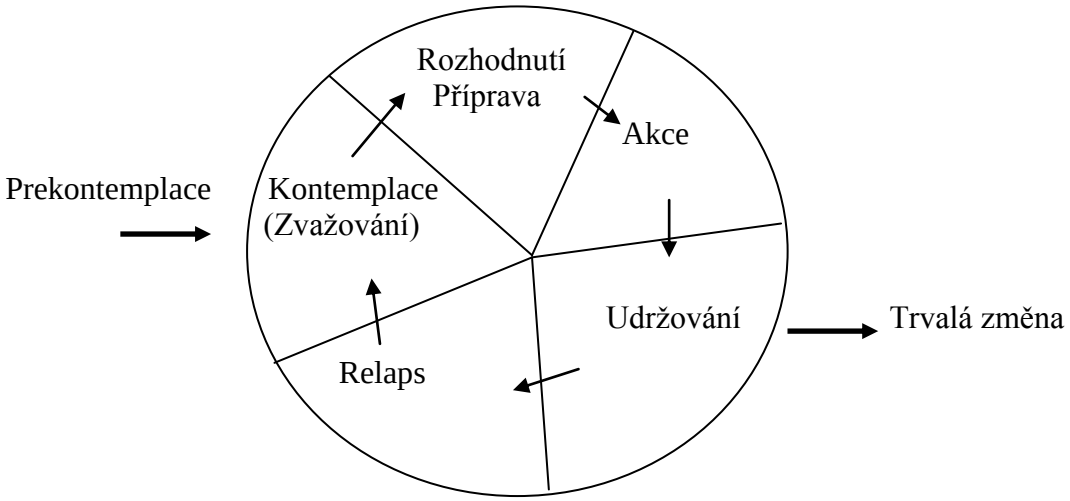
1. 4. 1 Motivace a závislost

Na motivaci v klasickém modelu léčby drogově závislých bylo dlouhou dobu nazíráno jako na něco, co je výhradní věcí klienta a že nejvhodnější motivaci k léčbě zajišťuje situace prohry, z které není jiné cesty než nástup do léčby. Současné trendy v léčbě drogových závislostí ovšem nazírají na motivaci takto: trendem je zapojení klienta do léčby dříve, než si klient sáhne „na dno“, a toto směřování si klade za cíl fenoménu motivace více porozumět. (Kalina, 2008)

Motivace k určité změně není stavem trvalým, je proměnlivý v čase i s ohledem na situaci. Míru motivace je možno posuzovat na základě chování, tedy kolik úsilí a času věnuje jedinec dosažení a udržení určité změny, určitého cíle. Každá změna v chování člověka prochází zpravidla určitými stádii, která se mohou cyklicky opakovat (Miller, Rollnick, 2003). Jde o tzv. „kolo změny“ (wheel of change). Procházka a DiClemente v 80. letech rozlišili a popsali šest stádií procesu změny.

Cyklus změny pomáhá terapeutovi porozumět různým fázím, kterými klienti procházejí ještě před změnou svého chování, podporuje správné načasování otázek, přičemž je důležité mít na paměti, že ne všichni procházejí všemi stádii postupně. Cyklus změny se využívá především při intervencích u různých forem závislého chování (ilegální drogy, tabák, alkohol, gambling, přejídání, atd.), pomáhá porozumět, jak lidé mění své závislé chování. Dále umožňuje pochopit procesy změny včetně těch, jež předcházejí a následují po „akci“. Umožňuje poznat, ve které fázi procesu změny člověk se závislostním chováním je a v neposlední řadě umožňuje volbu intervencí dle fází různorodé formy (ambulantní, residenční léčba, krátkodobé intervence, svépomocné programy). (Radimecký, 2007)

Na obrázku č. 1 je graficky znázorněn model Cyklu změny. Podrobněji bude tomuto modelu věnována kapitola 4. 4.



Obrázek č. 1 – Cyklus změny dle J. Procházky a C. Di Clementi

Americký psycholog Mindlin nazírá na motivaci jako na klientovu ochotu aktivně se zapojit do léčby, odhodlání se kromě abstinence změnit i v dalších směrech a připravenosti přinést oběti ve prospěch terapie (Mindlin 1959, in Rotgers, 1999, str. 203.). De Leon (2000) vidí motivaci k léčbě jako součást souboru „essencial treatment-related perceptions“, k němuž patří vnější okolnosti, vnitřní motivace, připravenost k léčbě a vhodné „párování“ určitého typu léčby s potřebami jednotlivce (De Leon hovoří o škále CRMS, z angl. circumstances, motivation, readiness, suitability; volně přeloženo: okolnosti, motivace, připravenost, vhodnost). Tuto škálu můžeme jednoduše popsat jako:

- klient pociťuje tlak vnějších okolností při vstupu do léčby, udržení v léčbě a dosažení přínosu, nemusí mít však vnitřní motivaci;
- klient má motivaci z vnitřních důvodů, z prožívané nutnosti osobní změny, nemusí být však připraven nastoupit léčbu a může hledat jiné způsoby ke změně;
- klient je připravený k léčbě, ale zamítl ostatní alternativní hledání změny, nemusí však vnímat navržený typ léčby jako odpovídající svým potřebám a přijímat jeho filosofii;
- klient vnímá doporučený typ léčby jako vhodný pro sebe a svou situaci a přijímá jeho cíle, záměry a celkovou filosofii. (Kalina, 2008, str. 295)

1. 5 Detoxikace a detoxifikace

1. 5. 1 Detoxikace

Slovo detoxikace je odvozeno z latinského slova toxicus, tj. jedovatý, a předložky de (od, odstranit, sejmout). Detoxikace plní jediný cíl, tedy zbavit tělo návykové látky bez použití léků. K detoxikaci se přistupuje, pakliže pacient závislý na návykových látkách má nastoupit výkon trestu odnětí svobody, odvykací léčbu, či je léčen po úrazu, při vážném psychickém či somatickém onemocnění. (Matoušek, 2003).

1. 5. 2 Detoxifikace

V případě, kdy se k překonání odvykacích příznaků využívá farmakologická podpora, hovoříme o detoxifikaci. Detoxikace i detoxifikace připravuje klienta na další léčbu. Detoxifikace je léčebnou metodou, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při které jsou projevy odvykacího syndromu a riziko poškození snižovány na minimum.

Detoxifikační jednotka

Detoxifikační jednotky slouží k zvládání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (př. jednotce intenzivní péče, apod.). Detoxifikační jednotky jsou určené především klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí. *„Detoxifikace v domácím prostředí se u nás ovšem neprovádí zdaleka tak často jako v jiných zemích.“* (Kalina, 2003, str. 190).

Detoxifikační jednotky mohou existovat v následujících podobách:

- součást zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislosti
- samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu
- detoxifikační jednotky zařízení, které poskytují ambulantní služby, nabízející jako alternativu i detoxifikaci v domácím prostředí. Toto u nás není časté. Předpokladem pro tento druh detoxifikace je stabilní sociální situace, dobrý zdravotní stav, odvykací syndrom neohrožující život, dobrá spolupráce rodiny.

Činnost detoxifikačních jednotek je podrobně specifikovaná v akreditačních standardech (pozn. „Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odbornou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách“, vydané v r. 2001 Ministerstvem zdravotnictví ČR) ve speciální části (standard B1). (Nešpor in Kalina, 2003) Podle tohoto dokumentu vede detoxifikační stanici vedoucí lékař s příslušnou kvalifikací a zaměstnanci jsou kvalifikovaní lékaři, střední zdravotní personál, sociální pracovníci

a terapeuti. Standardy správně zdůrazňují po skončení detoxifikace zabezpečení a kontinuitu péče a způsob aktivního předání klienta dalším odborným zařízením. Detoxifikační jednotka fungující v souladu se zmiňovanými standardy by měla být schopna poskytnout komplexní péči, která se skládá s farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce.

V souvislosti s návazností je třeba zmínit pojem „aktivní předání“. Tzn., že pracovníci detoxifikační jednotky léčbu jinde předem dohodnou a klientovi oznámí místo, čas i kontaktní osobu, na kterou se má obrátit. Nebo si klient dohodne léčbu sám, oznámí to během detoxifikace a pracovníci detoxifikační jednotky komunikují o předání s pracovníky zařízení následné péče. Ještě vhodnější je, když se podaří zajistit doprovod (rodiče, sociální pracovnice, terapeut zařízení, kam klient přechází, apod.). Většina TK u nás to má jako podmínku nástupu, převážně se jedná o doprovod rodičů nebo blízkých osob, nebo si pro klienta přijede terapeut TK.

2. Drogová scéna mezi mládeží v České republice

Zneužívání drog a rozšiřování toxikomanie nabývá na začátku třetího tisíciletí v celosvětovém měřítku nevídaných rozměrů. Problematika abúzu omamných a psychotropních látek se prakticky týká každého státu naší planety. Česká republika patří dlouhodobě k zemím s nejvyšší mírou konzumace alkoholu, včetně nadměrného pití, a zkušeností s užitím nelegálních drog, především konopných látek.

V této kapitole je popsáno, jak vypadala drogová scéna mezi mládeží do roku 1989 a jak vypadá v současnosti. Charakterizovány jsou zde i trendy pro dané období a data z uskutečněných výzkumů zaměřených na zmapování užívání drog mezi nezletilými.

2. 1 Drogová scéna mezi mládeží v Československu od 60. let 20. století do r. 1989

Největší rozvoj drogové scény v Československu před rokem 1989 je možné datovat na přelomu 60. a 70. let minulého století. „Klasické drogy“ (př. heroin a hašiš) byly v době komunistického Československa zneužívány poměrně ojediněle. Tyto látky u nás nebyly ve větší míře ani produkovány. Konopí se u nás pěstovalo a kouřilo již před rokem 1989. Jeho obliba se rozšířila koncem 60. let díky společenskému uvolnění a přílivu nových myšlenek. (Nožina, 1997, str. 98-99). Sovětská invaze a následná „normalizace“ spojená s tvrdou represí je opět zatlačila do pozadí – do prostředí výlučných part toxikomanů a skalních příznivců undergroundu. Čeští toxikomani získávali př. osivo vytříděním kanabisových semínek ze směsi ptačího zobu, dodávaného k nám z Indie a distribuovaného v běžné maloobchodní síti. (Nožina, 1997, str. 98-99).

Velkého boomu na přelomu 60. a 70. let zažívá „sniffing“, tzn. abúzus prchavých látek, nejčastěji se zneužívaly mezi čichači tyto látky – éter, benzol, chloroform, trichloretylen – Čikuli, toluen, aceton, xylen, benzín, čpavek, spreje v aerosolovém balení. Druhá významná vlna sniffingu přišla v 80. letech a přetrvávala do let devadesátých. „Čichání prchavých látek se rozšířilo zejména v prostředí domovů mládeže. Party „čichačů“ se scházely v parcích, ve sklepích, v bytech i v ložnicích učňovských internátů. (Nožina, 1997, str. 101)

Díky specifickým podmínkám, které utvářel komunistický režim zastávající politiku bezplatného zdravotnictví a tím přidělování léčebných prostředků, došlo u nás v poválečných letech (Psychoton) a ve velké míře v 60. letech, k rozšíření abúzu zneužívání léků (Fenmetrazin a Dexfenmetrazin, Alegena). Kombinování psychofarmak se stalo hlavní specialitou mládeže a jejího průlomu v toxikomanské scéně. V 70. letech se kombinovala

zvláště antidepresiva s drogami excitačními, z Prahy se např. rozšířila nebezpečná kombinace Neredalu s Fenmetrazinem. Volně se ovšem kombinovalo i vše ostatní, co bylo právě dosažitelné. K potencování se používal nejen alkohol, ale i některé hormony. Hovořilo se o tzv. „sešívaných toxikomanech“. (Nožina, 1997, str. 103)

Dalším specifikem tohoto období bylo vznik domácích laboratoří, v nichž se např. kodein získával nejdříve z Multacodinu a později zejména z Alnagonu, přeměňoval na dicodid, podle nečistého vzhledu známý pod slangovým názvem braun. (z anglického brown – hnědý). (Nožina, 1997, str. 106) „Toxikomani se při svých pokusech dopracovali až k výrobě LSD, Fenmetrazinu, apod. Čeští toxikomani rovněž dokázali v podmínkách domácích laboratoří vyrobit českou drogu číslo 1, tj. pervitin. Zdrojem efedrinu, nezbytného pro jeho přípravu, se stala různá léčiva, běžně předepisovaná při banálních respiračních onemocněních (př. Soluňan, Kodynal, Ipecarin). (Nožina, 1997, str. 107)

Klasický drogový trh na jedné straně s poptávkou, na druhé straně s nabídkou v této době neexistoval. Uživatelé se sdružovali ve skupinách, kde bylo zvykem poskytnout nějaké prostředky či služby potřebné k výrobě drog a poté si odnést část „varu“. K této situaci vedl na jedné straně zájem o braní drog v některých skupinách mládeže a na straně druhé téměř absolutní nedostatek pašovaných drog a faktická neexistence klasického drogového černého trhu. (Nožina, 1997, str. 108) Tento stav, který zde trval do konce 80. let 20. stol., byl způsoben především nezájmem o tehdejší nekonvertibilní československou měnu a s tím souvisejícím nezájmem o distribuci drog na naše území ze strany mezinárodních drogových gangů.

2. 1. 1 Toxikoman před rokem 1989

Jak lze charakterizovat toxikomana doby před „sametovou revolucí“? V padesátých a šedesátých letech byl význam toxikomanie značně podceňován zvláště proto, že se abúzus vyskytoval spíše u jedinců střední generace. Teprve od let sedmdesátých zaznamenáváme u toxikomanů snížení věkové hranice. Věkové složení evidovaných nealkoholových toxikomanů v 70. – 80. letech v Československu kolísalo mezi 18-25 lety a zůstávalo dlouhodobě neměnné. Statistika z roku 1989 hovoří o 6814 nealkoholových toxikomanech, z nichž bylo 142 ve věku do 15 let (2,1 %), 998 ve věku od 15 do 18 let (14,6 %), 3196 ve věku od 18 do 25 let (46,9 %). Ve věku nad 25 let bylo evidováno 2478 toxikomanů (36,4 %). (svět drog v Čechách str. 108) Nejvyšší počty toxikomanů byly v roce 1989 zaznamenány v Severočeském kraji, zejména v Ústí nad Labem a okolí, v Severomoravském kraji, dále v Jihomoravském kraji a na čtvrtém místě se umístila Praha.

Důvody užití: *„Nejfrekventovanějším důvodům, jež vedly ke zneužití drog, byly podle výzkumů zvědavost, touha po neobvyklém zážitku, nápodoba kamarádů a řešení životních problémů.“* (Nožina, 1997, str. 109)

V Československu v průběhu let vznikla toxikomanská subkultura, může být vyznačena slovy skrytá a uzavřená. Tuto subkulturu lze charakterizovat specifickým životním stylem, stanovisky, názory i žebříčkem hodnot, které ani zdaleka neodpovídaly oficiálním konvencím a stavěly tyto vyznavače na okraj společnosti. Společnost odmítala s těmito lidmi komunikovat a projevy drogové závislosti tvrdě potírala. Toxikomani se proto uzavírali do výlučných společenství lidí zneužívající drogy – do part. (Nožina, 1997, str. 109) Tato subkultura si vytvořila svůj vlastní slang, podle něhož již po několika slovech zkušený toxikoman odhalil, zda se jedná o kolegu nebo jen o nováčka. Objevily se i zvláštní ceremoniály a rituály spojené se zneužíváním drog, můžeme k nim řadit př. iniciační ceremoniál, při kterém bylo novému členu poprvé umožněno užít drogu, nebo mu byla aplikována. V Bratislavě byly zaznamenány i skupiny, které ritualizovaly vstup do společenství sebevražedným pokusem s následnou hospitalizací na psychiatrickém oddělení, nebo sebepoškozením (pořezání se na zápěstí, předloktí, tetování). Hojnou podmínkou členství byly různé sexuální aktivity. Někdy byl podmínkou členství i uniformní vzhled – jednotný účes, oblečení, nošení přívěsků, náramky. (Nožina, 1997, str. 110)

K dosažení větších emočních prožitků po užití drogy si abuzéři upravovali prostředí místnosti, používali světelné efekty a poslouchali hudbu (především rockovou). Jak ve světě tak i u nás byl trend ovlivněn hnutím hippie, punk, heavy metal apod. Členové part se často ovlivnili zprávami o partách „na Západě“, které se objevovaly v tisku, ve filmech, v televizi. Populární byly kupř. myšlenky beat generation – „zbyté generace“. Český underground, který se vyznačoval ilegálními koncerty beatových kapel (garážových), tajnými výstavami a vernisážemi alternativní kultury, vydáváním samizdatové literatury, se utvářel právě díky tvrdým zásahům proti alternativním myšlenkám.

2. 2 Drogová scéna mezi mládeží v České republice od r. 1990

Drogová problematika existovala v České republice i před rokem 1989, ale po pádu komunistického režimu dochází především k otevření drogové scény a vstupu nových látek. S tím samozřejmě velmi úzce souvisí vznik prvních nízkoprahových služeb v České republice (počátek 90. let, středisko Drop In v Praze).

Velký zvrat v rozšiřování drogového trhu na našem území nastal v 90. letech 20. století, a to díky otevření hranic a přílivu cizinců. Z České republiky, která byla do této doby zemí spotřebitelskou, se stala díky její výhodné zeměpisné poloze ve středu Evropy na hlavních drogových trasách, zemí tranzitní, zvláště pak na tzv. Balkánské cestě. V této době byla naše drogová scéna charakteristická tím, že se vytvořila otevřená drogová scéna, vytvořila se především stálá klientela uživatelů heroinu a prakticky zanikla komunita uživatelů heroniových náhražek (braunu). Další novinkou tohoto období byl boom diskotékových drog, především extáze. Díky nízkým cenám byly drogy přístupnější než v jiných zemích, a došlo tak k jejich rozšiřování do všech regionů v České republice. Na našem území začali také působit obchodníci mezinárodního významu, a Česká republika se tak stala vstupní bránou na evropský heroinový trh.

Bývalý ředitel Národní protidrogové centrály Jiří Komorous uvádí ještě další příčiny rozvoje drogové scény v mezinárodních souvislostech: *„kvalitní báze ilegálních výrobců domácích drog, která se u nás vytvářela již před rokem 1989, dobrý organizační a inteligenční potenciál občanů a vysoce rozvinutý a kvalitní chemický průmysl a velmi dobrá obecná i speciální odborná vzdělanost většího počtu lidí na našem území.“* (Komorous, 1995)

Již jeden z prvních výzkumů zabývajících se užíváním drog mezi dospívající mládeží v 90. letech u nás provedla skupina pracovníků fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy pod vedením P. Kuchaře na podzim roku 1992. Mezi výzkumné cíle tohoto šetření patřily: hodnotové zájmy mládeže, zejm. postoje k užívání drog, a dále sestavení reprezentativního epidemiologického přehledu zneužívání drog mezi středoškolskou mládeží. (Nožina, 1997, str. 242). Výzkumný vzorek byl tvořen 4000 středoškoláků ve věku 15 – 19 let. *„Tento výzkum přinesl celou řadu závažných zjištění: více než jedna třetina (34,4 %) dotazovaných středoškoláků připouští, že má zkušenost, byť jen ojedinělou, s některou ze sledovaných drog (13,4 % drogy opakovaně užívá). To znamená, že více než třetina těch, kteří nějaké drogy vyzkoušeli, se k nim vrací.“ (*Nožina, 1997, str. 243*)*

Výzkum upozornil na několik ohrožených skupin. První skupinu tvořili muži, studenti v nejvyšších třídách středních škol, zejména na středních průmyslových odborných učilištích

a gymnáziích. Druhou skupinu tvořili respondenti, kteří vyrostli ve velkém městě, děti z nejvzdělanějších rodin a studenti, jež žijí odděleně od rodičů. Nejvíce drogově závislých bylo mezi gymnazisty, jejichž rodiče jsou vysokoškoláci, což v tomto případě naznačuje negativní vliv liberálního prostředí.

Dále výzkum poukazuje na nejčastěji zneužívané látky, kterými jsou marihuana a hašiš, dále ředidla, halucinogeny, léky, pervitin, kokain a LSD. Nejvyšší podíl měly marihuana (29,1 %) a hašiš (9,2 %). Závažná data byla i u užívání halucinogenů (LSD), stimulačních drog (pervitinu), neboť užívání těchto látek bylo zastoupeno 6 % dotazovaných.

Shora zmíněný výzkum odpovídá na otázku: „Proč lidé užívají drogy?“. Zde je přehled nejčastějších odpovědí:

- únik před problémy (52,2 %),
- zvědavost (36,8 %),
- protože to dělají ostatní (13,7 %).

2. 3 Drogová scéna po roce 2000

V současné době jsou drogy všeho druhu k dostání všude, na ulici, ve škole, v klubech, dokonce i v menších městech, a to především díky domácímu pěstování marihuany a následné distribuce mezi „kamarády“. Drogy legální i nelegální užívá stále více lidí. Nejohroženější skupinou se stali mladí lidé ve věku 15 – 25 let. Ústředním centrem drogové scény u nás je hlavní město Praha, kde se drogový obchod soustřeďuje na důležité dopravní uzly městské hromadné dopravy, zejména metra.

Obliba jednotlivých druhů drog se od porevolučního období do současnosti přizpůsobuje aktuálním módním celoevropským trendům, ale s jistotou lze tvrdit, že obliba marihuany je v České republice velká a to i v populaci nezletilých mladistvých. Uživatelé marihuany však jistým vývojem prošli, neboť v současné době mají větší zájem o kvalitní marihuanu s vysokým obsahem THC, která se u nás pěstuje tzv. hydroponiím způsobem. V roce 2011 byl dokonce na našem území poprvé zaznamenán pokles zkušeností mládeže s konopnými látkami a dále pokračoval pokles u nelegálních drog. Ale i přes to se Česká republika řadí mezi země s nejvyšší mírou konzumace alkoholu a nelegálních drog, především konopných látek, v Evropě.

Tvrzení o užívání drog mezi českými mladistvými potvrzují i opakované výzkumy ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) z let 1995, 1999, 2003, 2007 a 2011. Poslední studie z roku 2011 se opět zaměřovala na šestnáctileté studenty

z 36 evropských zemí. Koordinátorem studie je Švédská rada pro informace o alkoholu a jiných drogách (CAN), v České republice na realizaci projektu ESPAD dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha (PCP), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a Lékařské informační centrum (LIC).

Čeští studenti z této studie vyšli následovně: přibližně 60 % dotázaných českých středoškoláků lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě) a zhruba pětina (21 %) studentů uvádí časté pití nadměrných dávek alkoholu (tj. pití 5 a více sklenic alkoholu třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech). Alespoň jednu zkušenost s užitím nelegálními drogy v životě uvedlo 43,4 % dotázaných studentů, přičemž nejčastěji šlo o konopné látky (42,3 %).

2. 4 Příčiny a podmínky rozvoje drogové subkultury

2. 4. 1. Pojem „subkultura“

Za subkulturu je považována ta část celkové kultury společnosti, která je typická pro určitou část společnosti, předpona sub- tedy naznačuje určitou jinakost či osobitost od většinové společnosti. Jednotlivé subkultury jsou tvořeny lidmi, sdílejícími specifické hodnoty a normy, které většinová společnost a tedy daná kultura nesdílí. Z pohledu sociologa J. Smolíka subkultura reprezentuje: *„specifickou skupinu, která je tvůrkyní a nositelem zvláštních, odlišných norem, hodnot, vzorců chování a životního stylu, i když se podílí na fungování širšího společenství.“* (Smolík, 2010, str. 31-32).

Příslušnost k určité subkultuře je projevována zvláště úpravou zevnějšku, tj. účes, líčení, tetování, oděv, doplňky, dále užíváním určitého slangu, uctíváním symbolů či ideologií, a také preferováním specifického stylu hudby.

Dle Matouška a Kroftové (1998) drogová subkultura je tvořena osobami užívajícími drogy a zdržující se v komunitě uživatelů drog. Drogová subkultura historicky vznikala v prostředí ilegality nebo silného společenského odsudku drog. Drogová subkultura dosahuje nejčastěji tyto společné cíle: opatřování drog, opatřování společných prostředků na nákup drog, prevence odhalení, prevence zdravotních škod, sdílení specializovaných znalostí a dovedností, (Faupel, C. E., et. kol., 2013). Tuto skupinu lidí dále propojují shodné životní názory, často i obliba poslechu stejné hudby (především taneční hudba - techno, reggae či drum and bass). Nutno zmínit, že to, co toxikomany k sobě přivádí, jsou obzvláště podobné osudy, které zažili či prožívají, jež v nich vytváří pocity soudržnosti a spojenectví vůči okolnímu světu. Členové této subkultury mezi sebou komunikují svým specifickým jazykem. Tento jazyk (slang), který se začal vytvářet již v dobách socialistického Československa, je

hlavním znakem příslušníků této skupiny. Po roce 1989 byl obohacen o nová „slovíčka“. Pro ilustraci jsou níže uvedeny některé nové výrazy:

absťák – odvykací syndrom (abstinenční příznaky při nedostatku drogy)

dát si zlatou ránu – předávkovat se

smažba, smažit se – intoxikovat, být pod vlivem drogy

toxík – osoba závislá na drogách, toxikoman

2. 4. 2 Příčiny a podmínky rozvoje drogové subkultury

Čím to je, že tolik dospívajících má jistou náklonnost k užívání drog? Jistý podíl má samotné dospívání, je to biologicky velmi složité období plné nejistoty, hledání vlastní identity, naplněné obavami a potížemi, a droga jim často pomáhá tyto strasti překonat. Mladý člověk si utváří obraz světa jak na základě vlastních subjektivních zkušeností, tak také na základě názorů sociálních skupin / part, ve kterých se pohybuje. Parta přináší jedinci pocit, že je přijímán, že někam patří a s někým sdílí společně cíle. Má velký vliv na chování jedince, parta umožňuje dělat to, „co je IN“, i když to může mít negativní dopad. Tak jak se to stává u rozšiřování užívání drog. Experimentování s alkoholem, marihuanou či tanečními drogami, se stává u mladých lidí oblíbeným způsobem trávení volného času. *„Je známým faktem, že k šíření abúzu drog dochází nejčastěji mechanismem napodobování či přímým sváděním jedince v rámci neformálních skupin, případně je experimentování s drogou nezbytnou podmínkou členství v partě. Drogy se staly téměř běžnou součástí života části mladé generace, jejich způsobu trávení volného času a relaxace.*

Způsoby konzumace a typ převládajících drog silně ovlivňují strukturu a vnitřní vztahy toxikomanických skupin.“ (Trávníčková, 2004, str. 12)

„Zejména v období adolescence se vrstevnické skupiny díky své dynamice stávají unikátním a nezastupitelným výchovným činitelem. Část vrstevnických skupin se může identifikovat s nejrůznějšími subkulturami mládeže a podílet se na jejich fungování.“ (Smolík, 2010, str. 20). Některé sociální skupiny se vymezují tím, že jsou v opozici vůči společenským normám. Některé z nich vznikají vědomě jako organizované skupiny, jiné vznikají spontánně, jiné přirozenou reprodukcí. Součástí každé společnosti jsou různé subkulturní skupiny. Odlišují se osobitými normami, vyznávají jiné hodnoty, upřednostňují specifický životní styl. Jsou sice součástí dominantní kultury, viditelně se od ní ale odlišují (Labáth, 2001). Markantní rozdíly však můžeme zaznamenat i mezi jednotlivými drogovými subkulturami. Jinak vypadá romská drogová subkultura (Ústí nad Labem, Teplice, Ostravsko) a jinak subkultura „zlaté Pražské mládeže“.

3. Preventivní opatření proti rozvoji toxikomanie a možnosti nápravy

V této kapitole je definován pojem prevence, dále kategorizování jednotlivé úrovně prevence. Dále zde jsou vymezeny základní cíle preventivních opatření se zaměřením též na prevenci celospolečenskou. V poslední podkapitole je jednoduchý nástin protidrogové politiky České republiky.

3. 1 Pojem prevence – drogová prevence

Pojem prevence nebo též profilaxe je možno jednoduše vysvětlit jako předcházení určitému problému. Slovo prevence je odvozeno z latinského „praeventus“ a znamená předcházení, ochranu před potencionálním ohrožením.

Prevence dle A. Pavúka „*pojem prevenci zahŕňa akciu, ktorá predchádzala určitým rizikám*“. (Pavúk, 2006). J. Semrád (2002, str. 6) poukazuje na skutečnost, že slovo prevence *„znamena vyvíjať úsilie na zabranenie alebo prekazanie pôsobenia škodlivých vplyvov, a to skôr než k tomu dojde.“*

Zde je pohled Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), které používá pojem *„prevence drogových závislostí“* v souvislosti s jakoukoli aktivitou, která usiluje o zpomalení nebo odklad začátku užívání drogy v daném časovém období. Interpretace této definice se jeví jednoznačně, ovšem v praxi bývá pojem prevence posuzován z různých aspektů. Jinak chápou termín prevence výzkumní pracovníci, jinak zdravotníci a pedagogové, jinak politici a jinak další specialisté.

J. Němec (2000, nepublikováno) v této souvislosti uvádí, že zdravotníci často zahrnují do pojmu prevence činnost, která vede k omezení poptávky po drogách, dále aktivity zaměřené na cílené přizpůsobení informací ve smyslu potlačení touhy člověka užívat drogy. V podstatě jde o tendenci posilovat tzv. ochranné faktory a minimalizovat rizikové faktory. Prevence z pohledu politiků či právníků je chápána jako prostředek na snižování poptávky po drogách. Tato myšlenka vychází z předpokladu, že čím je komplikovanější přístup k drogám, tím je menší pravděpodobnost jejich zneužívání. Na základě této teze má řada represivních opatření preventivní význam (hrozba trestu). Nakonec i značná část veřejnosti klade v rámci prevence určitý důraz na podporu zdravého životního stylu, a na této myšlence stojí informační kampaně, programy zahrnující volnočasové aktivity, apod.

Z výše uvedeného vyplývá, že nahlížení na prevenci je velmi různorodé, ale cílem preventivní práce zůstává zlepšení veřejného zdraví a duševního zdraví. Š. Matula (1998,

str. 7) v této souvislosti hovoří o celospolečenském, komplexním systému sociální prevence před negativními jevy a důrazně upozorňuje na nesprávně používaný termín „protidrogová prevence“. Tento pojem vnímá jako zcela nevhodný a zaměňuje ho za vhodnější „prevence drogových závislostí“ anebo korektnější „prevence vzniku drogových závislostí“.

Všeobecně jde tedy o opatření, které se použije k prevenci problému. Nástroje prevence usilují především o zmenšení rizik působených návykovými látkami. Mezi „rizika“ patří úrazy, zdravotní komplikace, intoxikace a též drogová závislost.

V prevenci se nejedná jen o předání informací o škodlivosti a rizicích drog, ale účinná prevence má ovlivňovat chování ve smyslu ochrany zdraví.

3. 2 Členění dle úrovní / stupňů prevence

3. 2. 1 Preventivní spektrum

V roce 1994 Mrazeková a Haggerty rozpracovali ideu tzv. preventivního kontinua a nazvali ho preventivní spektrum. Tato strategie bývá často využívána při plánování preventivních projektů. Preventivní spektrum tvoří jedno z východisek amerického národního programu výzkumu prevence, který zpracoval Americký národní institut pro duševní zdraví (NIMH) v letech 1990 až 1994. Podle tohoto modelu je možné prevenci rozdělit do třech kategorií: na univerzální, selektivní a indikovanou, na které dále navazují fáze léčby a podpory.

a) Univerzální prevence

Univerzální prevence se zaměřuje na celou populaci, jakož i na specifické podskupiny, př. adolescenty (protikuřácké kampaně, zákony proti alkoholu a školské programy prevence drogových závislostí).

b) Selektivní prevence

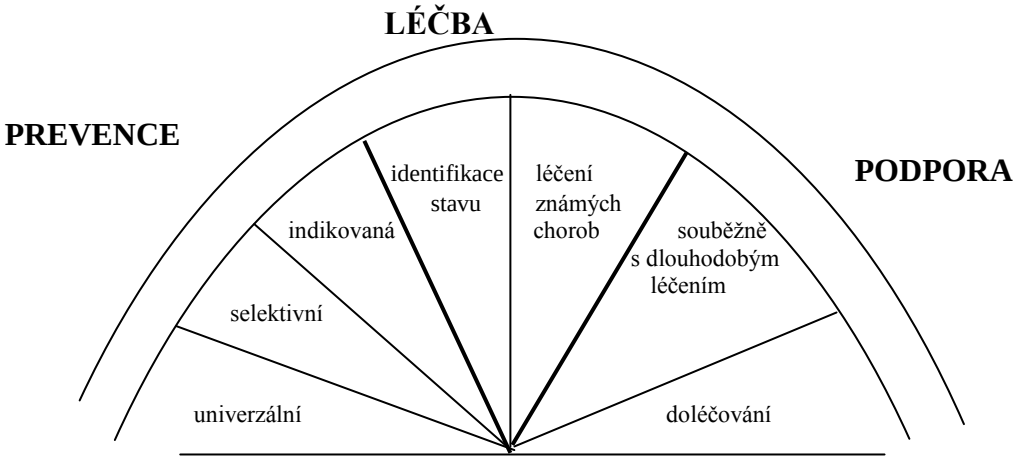
Tento druh prevence se zaměřuje na subpopulaci v podmínkách vysokého rizika (děti alkoholiků, mladí dospělí ve vysoko stresových situacích…).

c) Indikovaná prevence

Indikovaná prevence je určená těm jednotlivcům, kteří projevují specifické znaky a symptomy (adolescenti, o kterých se ví, že kouří, pijí či konzumují drogy) anebo projevují znaky závislosti. *„Kontinuum pokračuje fází léčení, kam se řadí identifikace stavu*

a standardní léčení nemoci. Léčbu uzavíráme fází podpory, která může probíhat, nebo souběžně s dlouhodobým léčením a jejich cílem je snížení recidivy a opakování, anebo jako doléčování včetně rehabilitace". (Matula, 1998, str. 2-3)

Preventivní spektrum lze možno graficky vyjádřit takto:



Obrázek č. 2. Preventivní spektrum

3. 2. 2 Prevence primární, sekundární, terciární

Základní konceptuální rámec preventivní činnosti vytvořil Gerald Caplan, který rozděluje prevenci na primární, sekundární a terciární. Toto členění patří mezi tradiční.

a) Primární prevence

Primární prevence řeší nejvšeobecnější podmínky předcházení vzniku závislosti. Klade důraz na ty skupiny, které ještě nepřišly s drogou do kontaktu. Předává informace o následcích případné drogové závislosti. Nositeli primární prevence je rodina, škola či masmédia. P. Ondrejkovič uvádí, že tato prevence má charakter „imunizácie" před nežádoucími sociálními jevy. (Liba, 2001, s. 57). Primární prevence by měla kladně působit na oblasti bio-psycho-sociálního zdraví. Důležité je však uvést, že jednorázové aktivity nemohou nahradit soustavnou a cílevědomou práci v rámci primární prevence. Přednáška či beseda nemusí mít pozitivní účinek, ba naopak může vzbudit u posluchačů zájem a zvědavost vyzkoušet drogu jako něco zajímavého a nebezpečného.

b) Sekundární prevence (výběrová, adresná)

Tato prevence se zaměřuje na ohrožené skupiny obyvatelstva. Cílem sekundární prevence dle Ondrejkoviče je vrátit jedince do původního stavu a systematicky ho kontrolovat

kvůli rizikům opětovného selhání. To znamená, že v této oblasti prevence pracujeme s těmi, kteří již drogu zkusili. Svými postupy se snaží zabránit rozvoji drogové kariéry a vzniku drogové závislosti u experimentátorů. Sekundární prevence má zabránit poruchám sociálního a psychického vývinu, a to především díky podchycení v počátečních fázích, a ohroženým jedincům okamžitě poskytnou potřebná opatření. Aktéry sekundární prevence jsou psychologická, zdravotnická, sociální a výchovné instituce.

c) Terciární prevence (indikovaná)

Činnost této prevence je charakteristická předcházení relapsu, tj. recidivy drogových závislostí u lidí drogově závislých, kteří již prošli léčbou. Cílem terciární prevence je předcházení zhoršení stavu a snížení počtu recidiv. Terciární prevence je součástí dlouhodobého resocializačního procesu. Nositeli této prevence jsou profesionálové (př. terapeuti, psychologové), kteří působí v resocializačních zařízeních.

3. 2. 3 Prevence dle WHO

Světová zdravotnická organizace prevenci kategorizuje taktéž na primární, sekundární a terciární. Oproti shora jmenované lze však sledovat jisté rozdíly.

a) Primární prevence

Klade si za cíl předcházet užívání drog u populace, která s ní doposud nebyla v kontaktu, anebo alespoň odložení kontaktu do vyššího věku. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je primární prevence (primární prevence rizikového chování) výchova ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládání zátěžových situací osobnosti. Černý (2010) uvádí, obecné cíle této prevence:

- Oddálit iniciaci a rozvoj projevů rizikového chování do co nejvyššího věku a minimalizovat rizika spojená s tímto chováním,
- působit a motivovat jedince k upuštění rizikového chování a podporovat ho k návratu k životnímu stylu, jež není spojen s rizikovým chováním,
- zajistit ochranu adekvátními prostředky před dopady rizikového chování a motivovat jedince k využití specializované pomoci v poradenské a léčebné oblasti.

Tato prevence nepracuje pouze na drogové prevenci, ale i prevenci spojené s poruchami příjmu potravy, šikany, záškoláctví, rasismu, a v neposlední řadě na sebehodnocení, sebeprezentaci a komunikačních dovednostech.

Primární prevence (PP) se dále dělí na:

Nespecifickou PP – Tato zahrnuje aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje jakýchkoli nežádoucích forem chování a to prostřednictvím lepšího využívání a organizace volného času. Znamená to, že přináší určité protektivní kapacity. Do nespecifické prevence patří zájmové kroužky (jako např. kroužky při školách a školských zařízeních či lidových školách umění), dále sportovní aktivity (na všech úrovních), apod. Patří sem také programy zaměřené na zlepšení životního stylu. Všechny tyto programy by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistoval např. problém zvaný drogová závislost, tj. i v takovém případě je smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat.

Specifickou PP – Ta je zacílená specificky na určitý typ nežádoucího chování, kterému se snaží předcházet nebo omezit jeho nárůst (případně snížit výskyt). Explicitně se zaměřuje na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet výskytu určité specifické formy nežádoucího chování, např. užívání drog, nebo alespoň posunout výskyt takovéhoto jevu do vyššího věku cílové skupiny a účinně tím snížit zdravotní či sociální dopady.

Jedinečnost programů je tak dána orientací na jasné cílové skupiny, projevující se např. jako ohroženější či rizikovější než skupiny jiné.

b) Sekundární prevence

Cílem je předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou užíváním drogy zasaženy a postiženy, případně se již staly závislými. Obvykle se používá jako souhrnné označení pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu.

c) Terciární prevence

Tato prevence předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, které má buď podobu resocializace nebo sociální rehabilitace u jedinců, kteří již prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zařadili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. Dále pracuje s jedinci, jež aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnuti užívání zanechat, souhrnně nazvané Harm Reduction (HR), jehož cílem je zvláště snižování zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog. Snahou HR je minimalizace, omezení či zmírnění rizika života a zdraví ohrožující infekce, které se

šíří sdílením injekčního náčiní při intravenózní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy typu B a C, rizika dalších tělesných obtíží, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního propadu, apod. Konkrétně tedy dochází k výměně použitého injekčního náčiní za sterilní – instrukce, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní, podávání informací o možnostech léčby, odborné pomoci, kontaktní poradenství, též zaměření i na bezpečný/chráněný pohlavní styk, včetně distribuce kondomů. Do HR lze zahrnout i substituční léčbu a též aplikační místnosti (tzv. šlehárny). HR je realizováno buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech.

3. 3 Cíle prevence

K. Nešpor (2000, str. 133-134) uvádí, že *„cílem primární prevence je předcházet užívaní návykových látek včetně alkoholu a tabáku anebo ho oddálit do co nejpozdějšího věku, kdy jsou už dospívající relativně odolnější“*. Dalším cílem je omezit anebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném nebo duševním stavu. Důležitou roli v tomto směru hraje i působení na hodnotový systém adresáta prevence, podpora žádoucích postojů k drogám a závislosti, spolu se všeobecnou podporou protektivních (ochranných) faktorů a naopak eliminace rizikových faktorů v preventivním působení. Cílem prevence není jen odevzdávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji.

Základní schématické členění strategií dle K. Nešpora, L. Csémyho a H. Perincové, je rozdělení do dvou skupin (1995, str. 34-35):

- snižování nabídky – tj. omezování dostupnosti návykových látek;
- snižování poptávky – toto opatření vyžaduje širokou prevenci zneužívání drog,

přičemž oba výše uvedené způsoby spolu úzce souvisí a navzájem se posilňují.

Cílem této prevence je orientace na životní styl bez návykových látek u širokých vrstev populace, u ohrožených skupin a postižených osob. (Nešpor, Csémy, 1996) Účinná prevence dle těchto autorů nemá pouze strašit, zakazovat či něco přikazovat, ale má popravdě vysvětlovat, objasňovat a nabízet další možnosti.

V této tabulce nyní uvedu přehled strategií prevence drogové závislosti a jejich účinnost dle výše uvedených autorů. (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, str. 30-31)

Přehled strategií	Účinnost
Zastrašování	Neúčinné
Citové apely	Neúčinné
Jednoduché informace	Neúčinné
Nabídky lepších alternativ	Účinné ve skupinách se zvýšeným rizikem
Peer programy – programy za aktivní účasti připravených vrstevníků	Účinné
Společenská prevence – společně různé složky společnosti	Účinné
Snižování dostupnosti drog	Účinné při snižování dopadu
Léčba a zmírnění následků	Relativně účinné

Zdroj: Nešpor, Csémy, Pernicová, 1996, str. 31

Na základě výše uvedeného je možno cíle protidrogového edukačního působení rozdělit do dvou fundamentálních oblastí:

- výchova ke zdravému životnímu stylu;
- zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti negativnímu působení nabídky drog a dalším sociálně patologickým jevům.

Tento fakt potvrzuje Holanďan J. van der Stel (1998, str. 43), autor evropské učebnice prevence, který zdůrazňuje, že *„cílem prevence užívání anebo zneužívání alkoholu, drog a tabáku je prostřednictvím určité strategie zabránit cílové skupině v nezdravém chování.“* Citovaný autor k cílům preventivní práce zahrnuje (1998, str. 49):

- snahu snižovat vážnější sociální a osobní problémy dosažením oslabením vlivu rizikových faktorů (nedostatečné sociální podmínky a kompetence), posílením vlivu ochranných faktorů (sociální pomoc, adekvátní sociální zručnosti);
- povzbuzení lidí při vyhledávání pomoci a poskytování pomoci co nejrychleji.

3. 4 Prevence celospolečenská

Je důležité, aby nositelem drogové prevence byla celá společnost. Lidé by měli svým přístupem minimalizovat rizikové faktory a měli by rozvíjet ochranné faktory, které se nachází v základních socializačních článcích, a to v rodině, škole a sféře volného času.

E. Servais na celospolečenské nasazení v prevenci závislostí upozorňuje na:

- nasazení všech sil (institucí i osob) do řešení a aktivit na prevenci s ohledem na specifické lokální podmínky,
- preventivní opatření musí být dostupná pro všechny lidi a musí jim přinášet konkrétní výhody,
- předpokládá se spolupráce mezi lidmi a profesionály,
- členům lokání jednotky musí být umožněno vykonávat na místě preventivní práci,
- každé místní společenstvo musí vyjádřit svoje vlastní potřeby, na základě kterých se hledají přiměřené řešení a prostředky,
- proces koncentrace a podpory zdraví musí být bezpodmínečně dlouhodobě plánovaný,
- úspěch celospolečenského nasazení na lokální úrovni závisí na regionálních, národních a mezinárodních úřadů. (Servais, 1994, str. 23)

Cílem efektivní prevence drogových závislostí je zejména:

- předcházet užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku,
- přinejmenším posunout setkání s návykovými látkami (v našich podmínkách nejčastěji s tabákem a alkoholem) do pozdějšího věku, kdy je organismus a psychika dospívajícího relativně vyspělejší a odolnější,
- snížit anebo zastavit experimentování s návykovými látkami, popř. pokud k němu už dochází, předcházet tak různým zdravotním poškozením způsobených závislostmi, které by vyžadovaly léčbu.

3. 5 Protidrogová politika České republiky

Základním pilířem současné mezinárodní struktury pro tvorbu politiky v oblasti drogové problematiky je Komise pro narkotické drogy (CND), která byla zřízena Organizací spojených národů v roce 1946, jež také mj. spolupracuje s Mezinárodní radou pro kontrolu narkotik (INCB – International Narcotic Control Board). CND instruuje jiné orgány, jak kontrolovat různé látky, a zabezpečuje realizaci základních mezinárodních úmluv v této oblasti (Okruhlica, In Adiktologie, 2009, str. 38).

Mezi nejvýznamnější mezinárodní dohody týkající se omamných a psychotropních látek, kterými je vázána i Česká republika, patří:

1. Jednotná úmluva o omamných látkách z roku 1961, ve znění Protokolu z roku 1972 o změnách Jednotné úmluvy o omamných látkách (vyhláška č. 47/1965 Sb.);

2. Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971 (vyhláška č. 62/1989 Sb.);

3. Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami z roku 1988 (sdělení č. 462/1991 Sb.). (Kalina, a kol., 1 díl, 2003, str. 54).

Výše uvedené úmluvy obsahují legislativní a správní opatření nutná k omezení výroby, distribuce, vývozu, dovozu, obchodu, použití a přechovávání omamných a psychotropních látek. Jsou zde zakotveny formy dohledu a kontroly mezinárodních orgánů na dodržování přijatých závazků. Vyjadřují zásady k dosažení efektivnosti používání trestní represe vůči drogovým deliktům s důrazem na jejich závažnost. Jejich účelem je vytvoření vhodné legislativy pro boj proti zneužívání drog. Přehled české legislativy týkající se této oblasti je uveden v příloze č. 2.

Společným cílem všech národních strategií signatářských zemí je snaha omezit poptávku po drogách, snížit jejich dostupnost pro mládež, nabízet rizikovým skupinám alternativní životní styly, předcházet negativním vlivům v důsledku užívání drog na rodinné a sociální prostředí, ale i na celkovou kvalitu života. Velký význam je přikládán prevenci (Kalina, a kol., 1 díl, 2003, str. 56).

Česká protidrogová politika vychází z dokumentu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny na prahu 21. století“. Aktuální dokumenty naší protidrogové politiky jsou: Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018, Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky pro období 2010 – 2012 a Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky pro období 2013 – 2015. Naše protidrogová politika se v současnosti opírá o čtyři základní pilíře, a to v první řadě o primární prevenci, dále o harm reduction, tj. snižování poškození drogami, taktéž o léčbu a resocializaci a o represi. Snaží se o dosažení rovnováhy mezi uplatňováním represe a prevence. *„Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, krajské a místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku užívání*

drog nastat.“ (http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/ceska-protidrogova-politika-a-jeji-koordinace---historie-a-soucasnost-55983/, 15.4.2009)

Vzhledem k hlavnímu cíli prevence, tedy ochrany zdraví, je nutné, aby preventivní kroky na poli prevence drogové závislosti činily i samotné státy a vytvářely účinné strategie protidrogové politiky. Protidrogová politika je forma sociální kontroly, která je realizována na třech úrovních, a to na místní, krajské a národní.

Důležitými orgány protidrogové politiky v České republice jsou:

Vláda – nese odpovědnost za plnění a tvorbu protidrogové politiky. Vládním nástrojem jsou národní strategie protidrogové politiky připravené vždy na pětileté období a dále tzv. „Akční plány“, které po zhodnocení mají za úkol ukázat, jak byla aplikovaná strategie úspěšná.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která vznikla usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června 2002. Rada vlády pro KPP je hlavním poradním orgánem vlády v oblasti drogové politiky. Je základnou pro styk s ministerstvy, dalšími orgány veřejné správy a aktéry, kteří se podílejí na tvorbě protidrogové politiky, jakož i s nestátními neziskovými organizacemi a odbornými společnostmi. Rada předkládá vládě návrhy opatření a aktivit protidrogové politiky, slaďuje a hodnotí jejich provedení a na všech úrovních zajišťuje kontrolu nad plněním úkolů plynoucích z národní strategie a z akčních plánů. Rada dále navrhuje programy k financování, ručí za systém zabezpečení kvality programů prevence a snižování rizik užívání drog, léčby a sociálního začleňování uživatelů drog a závislých na drogách. Též koordinuje zapojení ČR do mezinárodních a evropských otázek.

Rada vlády dále zřizuje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a také Krajské a místní protidrogové koordinátory. Tito koordinátoři zajišťují tuto činnost na 196 obecních úřadech obcí s rozšířenou působností z celkových 205 obcí, včetně všech 22 městských částí Prahy.

Odbor bezpečnostní politiky Ministerstva vnitra ČR, jehož hlavními úkoly jsou: koncipování vnitřní bezpečnostní politiky státu; tvorba systémových, legislativních a organizačních podmínek pro potírání kriminality; plnění významných úkolů v oblasti krizového řízení, správní řízení v oblasti obecní policie, zbraní a střeliva a dopravního inženýrství; bezpečnost silničního provozu.

Národní protidrogová centrála SKPV PČR, jejíž hlavním cílem je vyhledávání, odhalování a vyšetřování trestné činnosti na úseku nedovolené výroby a obchodu s omamnými a psychotropními látkami a jedy, zejména v organizovaných a mezinárodních formách. Mezi cíle patří dále snižování nabídky nelegálních drog v České republice a prosazování práva v této oblasti. Svůj podíl má i na tvorbě a provádění národní strategie protidrogové politiky a v preventivní oblasti (práce cílená na oblast primární prevence).

Klinika adiktologie je multidisciplinární výukové, výzkumné a klinické pracoviště (1. LF a VFN Univerzity Karlovy v Praze). Klinika se zaměřuje na výzkum užívání návykových látek a činností, jež mohou vést ke vzniku závislostí, a současně na výzkum a vývoj nových postupů v prevenci, léčbě a sociální reintegraci postižených.

4. Popis fungování DaDDC NMSKB

Tato kapitola se podrobněji věnuje samotnému detoxifikačnímu centru. Je zde shrnuta jeho historie i současnost a jeho úkoly. Dále jsou v této kapitole popsány odborné postupy, které jsou při práci s klienty využívány.

4. 1 Historie a současnost DaDDC

Dětské a dorostové detoxifikační centrum (dále jen DaDDC) je v České republice jediným centrem, které se zaměřuje na detoxifikaci dětí a mládeže do osmnácti let. Svou historii začalo psát v Detoxifikačním centru Na Míčankách. Od roku 2004 však již sídlí v Pražské Nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského, Vlašská 36, Praha – 1 – Malá Strana (dále jen NMSKB).

Provoz DaDDC financují zdravotní pojišťovny, dále nemocnice samotná, další zdroje tvoří dotace z MPSV a dary od sponzorů. Na toto oddělení se též do 31.12.2013 vztahovala povinnost platby od klientů za pobyt v nemocnici, dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Úspěšnost detoxifikace je 90 procent, ale je nutno podotknout, že DaDDC není léčebna, je však prvním článkem léčby. Cílem detoxifikace je pomoci tělu zbavit se jedovatých látek, překonat případné odvykací obtíže, posoudit stav pacienta a navrhnout další postup. Pacient přichází do DaDDC plánovaně (před nástupem do psychiatrické léčebny či terapeutické komunity), nebo v akutních příjmech (přivezeny RZS, nebo Policií ČR).

Myšlenkou vzniku tohoto detoxikačního centra bylo zajistit úplnou péči pro děti a mladistvé do ukončených 18 let, kteří jsou závislí na návykových látkách, s tím, že hlavní pilíře detoxifikace tvoří: psychiatrická péče, motivační psychoterapeutická péče a péče resocializační. Důležitým koncepčním článkem je práce s rodinou, školou a zajištění následné péče v zařízeních zdravotnických i nezdravotnických, poskytujících ambulantní střednědobou i dlouhodobou odvykací léčbu.

Samo oddělení vzniklo restrukturalizací původně pediatrického oddělení v roce 2003, které se specializovalo na neurologii, gastroenterologii a alergologii – imunologii. Pediatrická ambulance byla dostupná 24 hodin denně. Od září roku 2003 bylo vyčleněno 14 lůžek na standardním pediatrickém oddělení, která byla použita pro účely nově vznikajícího DaDDC. DaDDC je tvořeno dětskou psychiatrickou ambulancí s nepřetržitým provozem

(vznik září 2003) a od 1. října 2003 došlo k otevření i lůžkové části. V této podobě zahájilo oddělení svůj zkušební provoz, oficiální otevření celého centra proběhlo 31.3.2004. Až do října 2005 bylo centrum součástí dětského oddělení a od listopadu funguje již samostatně v čele s primářem MUDr. Marianem Korandou.

Za téměř deset let fungování se potvrdila potřeba takového zařízení v České republice. Během této doby se postupně utvářely organizační řád centra i samotný terapeutický program a jeho odborné vedení. Centrum pracuje s dětmi a dospívajícími do 18 let věku s drogovou závislostí, také s dětmi a dospívajícími s problémovým užíváním a také s těmi, kteří „pouze" experimentují, tudíž může pobyt v zařízení zamezit vzniku závislosti a z toho vyplývajících zdravotních rizik. Taktéž je eventuálně umožněn pobyt klienta staršího 18 let za předpokladu, že se již dříve (před dosažením zletilosti) na tomto oddělení léčil.

Na detoxikační jednotku mohou být přijímány následující typy klientů či uživatelů návykových látek:

- klienti, kteří se připravují na další léčbu;
- klienti, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu či sociální situaci potřebují snížit toleranci vůči droze, ale nejsou motivování k abstinenci či nástupu na další odvykací léčbu;
- klient, který je nebezpečný sám sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu;
- klient, u něhož je zapotřebí se rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, či duševní chorobu.

4. 2 Prvky DaDDC

4. 2. 1 Psychiatrická ambulance

První ze složek tohoto centra je psychiatrická ambulance, která se nachází v přízemí nemocnice a má vyhrazen samostatný vchod. Tato možnost je nabídnuta těm klientům, kteří po ukončení pobytu na DaDDC se vrací zpět do svého sociálního prostřední (do rodiny) a je doporučována pouze u klientů, jejichž rodinné a sociální zázemí se jeví jako vhodné. Délka ambulantní péče je volena individuálně, ale vždy vychází ze vzájemné dohody uživatele a terapeuta. Ambulantní část provádí též vstupní psychiatrické vyšetření potřebné pro případný příjem na lůžkové oddělení, dále také odbornou konzultaci a psychiatrickou pomoc pro rodiče a děti.

4. 2. 2 Pediatrická ambulance

Hlavní úlohou tohoto pracoviště je provedení pediatrického vyšetření u pacienta před příjmem na DaDDC a péče o somatické zdraví pacienta na lůžku.

4. 2. 3 Lůžková část centra

Lůžková část se nachází v prvním patře nemocnice a kapacita lůžek již od r. 2003 zůstala zachována, tj. 14 lůžek v pěti pokojích, z toho jeden pokoj je určen a přizpůsoben pro klienty, u kterých je nutná akutní detoxikace. Pacienti jsou v pokojích umístěni po dvou či třech, zvlášť chlapci a zvlášť dívky. Centrum je koedukované a příjem pacientů není regionálně omezen. Lůžková část tedy zajišťuje samotnou detoxifikaci, a to dle typu pacienta a jeho aktuálního zdravotního stavu, jakož i psychoterapeutický program. Centrum je opatřeno zabezpečovacím systémem (tzn. oddělení je zamčené, u vstupních dveří na oddělení je monitorovací zařízení, na oknech jsou mříže). Oddělení dále disponuje 2 místnostmi pro psychoterapii, jedna je pro individuální a druhá pro skupinovou. Dále je zde místnost pro volnočasové aktivity – „dílna“, součástí oddělení je také prostorná terasa. Pracovníci DaDDC při volnočasových terapeutických aktivitách využívají i zahradu nemocnice.

Pacienti jsou rozděleni do skupiny dle věku (do 15 let a od 15 let), přičemž nerozhoduje jen věková hranice, nýbrž i duševní zralost daného jedince. U klientů, kteří neukončili základní školu, je zajištěna řádná školní výuka, kterou zajišťuje externí speciální pedagog. Doba léčby na oddělení DaDDC je nejčastěji v rozmezí 7-21 dní.

Oddělení přijímá klienty do ukončeného 18. roku k hospitalizaci na lůžkovém oddělení (vč. detoxifikace), předpokladem hospitalizace je objednání. V případě akutních intoxikací lze pacienta hospitalizovat v tomto centru i bez objednání.

Léčebný program je rozdělen do tří fází, stanovených individuálně dle stupně vývoje závislosti či aktuálního zdravotního stavu, postoje pacienta k léčbě, motivaci k abstinenci, apod.

Program je rozdělen na individuální a skupinový, zaměřuje se především na motivaci k další léčbě. Činnost centra je zaměřena na posílení motivace k další léčbě. Denní režim pacientů pokrývá individuální a skupinová motivační terapie, jakož i volnočasové aktivity. Jak bylo uvedeno výše, pracoviště disponuje keramickou dílnou a pracovníci využívají prvky arteterapie, muzikoterapie, atd.

4. 2. 4 Psychologická ambulance

Tato ambulance plní důležitou funkci následné péče. Psychologická ambulance je určená především pacientům, kteří ukončili pobyt na DaDDC a potřebují psychologickou pomoc.

4. 3 Detoxifikace

Jedním ze základních znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky. Veskrze z edukativních důvodů se příznaky odvykacího stavu člení na tělesné a duševní. Odvykací stav tělesný bývá pak nepřesně chápán jako stav závažnější (toto pojetí vychází ze stále přetrvávající představy o oddělenosti „těla“ a „duše“). U různých skupin návykových látek bývá odvykací stav vyjádřen podle míry závažnosti. U některých látek (např. kanabinoidů) se většinou nevyskytuje v zaznamenatelné formě, avšak jednotliví uživatelé se mohou individuálně lišit a látka, která běžně odvykací stav nevyvolává, může u daného jedince tento stav vyvolat.

Odvykací stav není jen projevem či důsledkem závislosti, ale současně je jedním z momentů uplatňujícím se v genezi závislosti. Návyková látka se neužívá jen pro její euforické, stimulační či zklidňující účinky (pozitivní posilování), ale i z toho důvodu, aby se uživatel naopak vyhnul nepříjemným stavům, kterými odvykací stavy jsou (negativní posilování).

Odvykacímu stavu je věnována pozornost z těchto důvodů:

- odvykací stav bývá první potíží, se kterou se při zahájení delšího terapeutického programu setkáme, a jeho zvládnutí se současným udržením pacienta v terapii je nezbytným prvním krokem další terapie;
- odvykací stav může být životu nebezpečný, může být komplikován nejčastěji křečemi nebo deliriem.

Zvládáním odvykacího stavu se rozumí modifikace akutní fáze s nejnápadnějšími znaky, během dalších týdnů či měsíců lze však zaznamenat znaky chronické (většinou speciální léčbu nevyžadující), jako je úzkost, nespavost, nechutenství, touha užít látku a vegetativní dysfunkce různého typu.

4. 3. 1 Přístupy a metody používané při detoxifikaci

Zdravotnický přístup (ošetřovatelská péče, farmakoterapie, laboratorní vyšetření, apod.) bývá zaměřován zejména na zmírnění odvykacích znaků a příznaků, na zabránění rozvoje dalších komplikací, na provedení základního vyšetření a v neposlední řadě na případné zahájení terapie jiných souběžných zdravotních potíží. Přehled léčebných postupů využívaných v detoxifikační fázi u drogové závislosti je uveden v příloze č. 3.

Psychoterapeutický přístup je zaměřen na navázání terapeutického vztahu a současně na podporu motivace k pokračování terapeutického programu i po odeznění nejtíživějších odvykacích příznaků.

Přístup sociální práce je orientován jednak na řešení nejnaléhavějších sociálních potíží v důsledku destabilizace situace pacienta těsně před nástupem terapie a jednak na dojednání pokračující léčebné péče po detoxifikaci – podrobněji o úloze sociálního pracovníka na DaDDC v podkapitole 4. 4. 1.

Jako součást psychoterapeutických postupů lze chápat i některé režimové prvky zařazené do detoxifakačního programu. Mohou pomoci strukturovat průběh dne a současně mobilizovat pacienta k nějaké aktivitě. Oba momenty mohou odvracet pozornost od soustředění se na míru vlastních potíží, na drogovou tématiku („toxické řeči“) a v konečném důsledku tak snižovat potřebu medikace či délku detoxifikace.

Smyslem detoxifikace je učinit odvykací stav lépe zvládnutelný (nikoli nutně potlačit všechny jeho příznaky) a zahájit posilování motivace k dlouhodobější léčbě. Existuje mnoho způsobů a schémat detoxifikace od dlouhodobých (např. některá mnohatýdenní schémata metadonové detoxifikace), přes střednědobé až po ultrakrátké detoxifikace (např. detoxifikace kombinací klonidinu a naltrexonu).

Detoxifikace není izolovaným léčebným procesem, ale většinou bývá součástí komplexnějšího programu s více terapeutickými cíli.

Cíle tohoto pracoviště:

- provedení komplexního psychiatrického vyšetření s doporučením další péče a určením priorit této péče,
- provedení základního vyšetření somatického stavu,

- ošetření aktuálních zdravotních komplikací (např. záněty podkoží v místě vpichu, úrazy, aj.),
- zahájení terapie dlouhodobých somatických důsledků návykové látky na orgánové systémy,
- provedení základního laboratorního vyšetření,
- eventuální základní hygienická opatření, stabilizace stravovacího a pitného režimu,
- navazování terapeutického vztahu jako podmínky další péče,
- posílení motivace k další terapii,
- řešení neodkladných sociálních problémů (komunikace se sociálním kurátorem, komunikace se školou,…),
- naplánování další péče.

4. 3. 2 Personální zastoupení při terapii

Zařízení poskytuje kombinovanou terapii, která je symptomatická nebo substituční a je doplněna psychoterapií. Komplexnost programu v rámci probíhající detoxikace zahrnuje i volnočasové aktivity, které jsou v podobě ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, edukační terapie, motivačního tréninku a dalších vhodných aktivit. Odborný tým je lékařský (vedoucí lékař – odborný garant, pediatr, psychiatr – odborný garant pro pedopsychiatrii, spolupracující psychiatr, a další) i nelékařský, který je tvořen psychologem, sociálním pracovníkem a terapeuty (pracovníci, kteří absolvovali psychoterapeutický výcvik).

4. 4 Strategie komplexně pojatých nápravných postupů

Důležitou roli v působení na klienty DaDDC hraje celý tým odborných pracovníků, tzn. jak sociální pracovník, psycholog, tak terapeuti. V následující podkapitole popíšu úlohu sociální práce a psychoterapie na tomto oddělení, dále také uvedu příklady terapeutických technik.

4. 4. 1 Sociální práce

Sociální práce na DaDDC se při své činnosti řídí vnitřním manuálem, tzv. „Operačním manuálem“, a vychází z teze, že *„dlouhodobé a pravidelné užívání psychoaktivních látek má na uživatele nejen negativní důsledky v podobě poškození fyzického i duševního zdraví, ale způsobuje škody také v oblasti sociální. Ty se mohou týkat uživatele samotného, jeho blízkých rodinných příslušníků, případně širšího sociálního okolí.“* (Operační manuál, rok zpracování neuveden, str. 14).

Operační manuál taktéž definuje cíle, ke kterým chce pomocí sociálního pracovníka dospět.

Obecné cíle sociální práce na DaDDC:

- minimalizace sociálního poškození v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek,
- stabilizace sociálních podmínek klienta (např. bydlení, zaměstnání, právní a rodinná situace,
- podpora vlastní aktivity klienta k řešení jeho situace.

Konkrétní cíle sociální práce na DaDDC:

- pomoc klientovi při zprostředkování následné léčby,
- pomoc při zahájení nebo pokračování studia respektive zaměstnání,
- pomoc při vyřizování potřebných dokladů (např. občanský průkaz, rodný list),
- pomoc při kontaktu se sociálními kurátory a probačními úředníky nebo soudy,
- motivace k řešení dluhů
- a další cíle k řešení sociální situace klienta (Operační manuál, str. 20, rok vypracování neuveden).

Sociální práce má v činnosti DaDDC nezastupitelnou roli, sociální pracovník zpracovává agendu spojenou s příjmem, pobytem a propuštěním klienta. Vystupuje též jako koordinátor řešení problémů a společně s klientem hledá cestu jejich nápravy (př. vyřízení dokladů, zaplacení pokuty za jízdu „na černo“, apod.). Sociální pracovník je prostředníkem v komunikaci mezi klientem a rodinou klienta a dalšími subjekty (kupř. dětským domovem, terapeutickou komunitou, psychiatrickou léčebnou, výchovným ústavem).

Sociální práce s klientem pro sociálního pracovníka začíná již v prvních dnech pobytu na DaDDC, při sociálně-diagnostickém rozhovoru, který sociálnímu pracovníkovi slouží k záznamu sociální anamnézy klienta, př. zmapování rodinných vztahů, zkušeností s léčbou a současnými potřebami klienta.

Sociální pracovník se dále během celého pobytu s klienty setkává v rámci každodenního zahájení dne, kde se klientů ptá na aktuální potřeby (př. vyřízení telefonátu rodiči/kurátorovi, zakoupení poštovní známky), dále v rámci individuálních pohovorů, při kterých s klientem probírá možnosti řešení současné situace klienta a informuje

o nabídkách následné péče, podmínkách pro přijetí, tj. vysvětluje klientovi, jak léčba vypadá, za jakých předpokladů může do léčby nastoupit a jak se léčba financuje.

Sociální pracovník dále s klienty tráví i několik hodin týdně v rámci volnočasových aktivit (př. formou: zpívání s kytarou, hraní deskových her, sportovních aktivit na zahradě nemocnice, apod.).

Jak již bylo uvedeno výše, sociální pracovník dále spolupracuje i s rodinou klienta, což má nejčastěji podobu podání informací rodině o tom, jak se klient během pobytu chová, co se s klientem děje (jak reaguje na terapie, na navrhované možnosti řešení jeho situace), kdy bude klient propuštěn. Sociální pracovník při ukončení pobytu předává rodině potřebné informace a kontakty na následnou terapii či léčbu.

Sociální pracovník kromě toho vystupuje i jako zprostředkovatel vhodné následné péče. Sociální pracovník společně s psychiatrem a psychologem tohoto oddělení volí typ zařízení podle aktuální situace klienta. Nejčastěji spolupracuje s terapeutickými komunitami (př. TK Cesta Řevnice, Sananim – Karlov), přičemž každá terapeutická komunita má své specifické podmínky. Dále sociální pracovník spolupracuje s diagnostickými ústavy, výchovnými ústavy, středisky výchovné péče a s kurátory pro děti a mládež, jakož i s psychiatrickými léčebnami (př. Psychiatrická nemocnice Bohnice).

Snahou sociálního pracovníka je doporučit klientovi zařízení „šité na míru“, neboť jednotlivá zařízení mají svá pravidla pro příjem klienta (př. věk klienta, stupeň motivace k léčbě, diagnostika psychiatrického onemocnění, apod.). Sociální pracovník dále zjišťuje aktuální počet volných kapacit v daném zařízení.

4. 4. 2 Psychoterapie

Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu.

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základní typů péče (od streetworku, nízkoprahových zařízení a substitučních programů až po terapeutické komunity a následnou péči). V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení odlišné cíle.

Psychoterapie zásadně není určená pro klienty intoxikované nebo v akutní psychóze.

Specifické prvky psychoterapie

- změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí,
- učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě,
- podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů.

Na začátku kontaktu s klientem při zvažování zahájení terapie je třeba velmi pečlivě zmapovat všechny relevantní oblasti běžné pro jakoukoli diagnostickou skupinu, což v této cílové skupině znamená nutné věnování pozornosti vztahovým tématům (rodina, partner/ka, přátelé, atd.) a otázkám drogové kariéry. V tomto kontextu tyto informace terapeutovi pomáhají k získání kvalitní představy o roli a významu drogy v životě klienta a průběhu drogové kariéry, včetně klíčových momentů, jako je např. ztráta kontroly nad užíváním látky, přechod k injekční aplikaci, atp.

Tématem zcela zásadního významu se pak stává diferenciální diagnostika. S ní je spojen problém tzv. duálních diagnóz, tedy problém relativně velmi početné skupiny klientů, kteří kromě závislosti trpí ještě některou z jiných poruch (od poruch osobnosti přes psychosexuální dysfunkce až po organické mozkové syndromy).

Motivace klienta k psychoterapii a její význam

Z obecného hlediska lze rozlišit čtyři úrovně motivačních faktorů:

- zdravotní a psychické,
- sociálně-psychické,
- sociální,
- trestně-právní.

Tyto úrovně jsou vzájemně propojeny a nelze je od sebe zcela oddělit.

Pokud klientovi skutečně není zle, netrpí závažnými zdravotními problémy, bolestmi atp., nemívá obvykle mnoho subjektivních důvodů se léčit. Důležitá je však míra uvědomění si (reflexe) těchto problémů a jejich dopadů. Čím více si klient uvědomuje problémy, které mu užívání drogy způsobují, tím je obvykle k léčbě více motivován. Důležitým momentem se ovšem stává samotné vnímání a hodnocení těchto problémů. Ty „musí vadit“ především jemu, tedy být mu nepříjemné, ohrožující a z jeho pohledu nežádoucí. Tím se současně při práci s klientem dostáváme k dalším rovinám – nátlak rodičů, partnera,

širší rodiny, až k tlaku školy či místní komunity, v níž uživatel žije. Je zřejmé, že čím méně si klient problémy spojené s užíváním drogy „bere za své“, tím horší je kvalita jeho motivace. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze považovat povinnou léčbu, tedy konflikt se zákonem vedoucí k soudně nařízeným léčbám (které se ukazují být jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročné na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně).

Specifickým znakem velké části skupiny klientů trpících závislostí je nižší úroveň motivace ke změně, projevující se v určitých fázích léčby. Psychoterapie je při práci se závislými klienty využívána často a intenzivně, ale není však jedinou formou pomoci.

S úspěchem jsou využívány a kombinovány také další formy práce např. výchovného působení, poradenství, praktická pomoc, sociální práce, různé doplňkové aktivity (např. klubové aktivity, vzdělávání), atd. Ty jsou voleny s ohledem na fázi, ve které se klient nachází, jeho možnosti a aktuální potřeby.

Složky psychoterapie

1. *Individuální terapie* – zaměřena na práci s jednotlivcem, probíhá tedy ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor. V rámci individuální terapie s klienty na DaDDC se práce zaměřuje na tzv. podpůrnou psychoterapii. Ta je zaměřena především na bezprostřední zvládání zátěže během pobytu na tomto oddělení. Jelikož je omezená délkou a frekvencí setkání, je jejím hlavním cílem adekvátně, v souladu s potřebami a problémy klienta, mu pomoci zvládnout vysoce zatěžující situaci. Její součástí se stává i práce na motivaci klienta, tj. posílení motivace klienta a zaměření se na klientovu budoucnost.

2. *Skupinová terapie* – je léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá v různé míře skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí, který je vytvářen interpersonálními vztahy a interakcemi členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí. Vztahy a interakce probíhají jak mezi členy psychoterapeutické skupiny navzájem, tak i mezi členy skupiny a psychoterapeutem (případně psychoterapeuty), což v tomto případě znamená, že spolupacienti jsou též důležitým prvkem k získání náhledu a motivaci ke změně postoje k závislostnímu užívání.

4. 4. 3 Práce s motivací

Jak už bylo řečeno výše, cílem tohoto pracoviště je pomoc pacientovi získat náhled na své užívání a posílení motivace ke změně. Posilování motivace ke změně patří při léčbě a krátké intervenci u návykových nemocí k nejprospěšnějším metodám. Při této metodě terapeut upozorňuje klienta pomocí otázek na minulé problémy i rizika do budoucnosti. Samozřejmě se vše děje s respektem, naslouchání a porozuměním. U pacienta, který má zájem svůj návykový problém překonat, poskytuje terapeut konkrétní návod, jak toho docílit. Popř. u těch pacientů, kteří už přicházejí na oddělení s motivací ke změně, pomáhá terapeut tento stav udržovat. S pacientem, který o změnu nestojí, se nejčastěji pracuje formou doplňovacích otázek, tj. otázek otevřených (na které nemůže pacient odpovědět ano či ne). Otevřené otázky slouží především ke zjištění bližších informací o klientovi, jeho potřebách a názorech. Pomáhají tazateli rozhovor zpomalit a rozebrat určité téma hlouběji. Vhodné je takovouto otázku uvádět tázacím zájmenem (př. jak?, kdy?, kde?, kolik?).

Terapeuti tohoto oddělení se při práci na posílení motivace snaží u klientů získat náhled nejen k bezpečnějšímu, ale i spokojenějšímu a úspěšnějšímu životnímu stylu, než jaký doposud vedl před nástupem na „detox“. Tato meta nabízí dostatečný prostor pro takovou změnu, která nemusí vést k úplné změně jednání, jakým je např. naprostá abstinence klienta. Jde o to zlepšit současný stav klienta, tzn. snížení užívání drog, zlepšení sociálních kontaktů či zázemí.

Při práci s motivací pracují terapeuti s přístupy kognitivně behaviorální terapie a též s modelem Procházky a DiClementa (Miller a Rollnick, 2002).

<u>Cyklus změny:</u>

- První stádium (prekontemplace) je obdobím, ve kterém klient o změně ještě neuvažuje. Klient v této fázi problémy se svým užíváním nevnímá. V této fázi z pohledu klienta převažují pozitiva spojená s užíváním, klient nemá chuť měnit svůj životní styl, ani k tomu nemá důvod. V tomto období je vhodné nabízet možnosti zaměřené na minimalizaci rizik spojených s užíváním drogy, neboť poradenská péče v tomto stádiu může přispět k prohloubení kontaktu terapeuta s klientem a postupnému vybudování jejich vztahu, neboť v případě, kdy klient začne o změně svého chování uvažovat, poslouží tento vztah jako opěrný bod pro posun do další fáze změny.
- Druhé stádium (kontemplace) je fází, ve které klient začíná uvažovat o změně. Začíná si uvědomovat kromě pozitiv i negativa spojená s užíváním. Klient je schopen nahlédnout,

že některé jeho problémy úzce souvisí s užíváním drog, což v něm probouzí pochybnosti o správnosti jeho chování. V tomto období je vhodné pracovat s rozpory, př. ukazovat na klientovi představy a dávat je do protikladu s jeho plány. Též je vhodné motivovat ho k drobnějším, dílčím změnám, které mohou (v případě úspěšné realizace) posílit klientovo sebevědomí i jeho motivaci ke změně.

- Třetí stádium (rozhodnutí) – klient v této fázi rozlišuje, že mu užívání drog přineslo jisté ztráty, uvědomuje si příčinnou souvislost mezi svoji špatnou životní situací a užíváním drog. Pociťuje potřebu změny, zároveň se ale často pohybuje v prostředí, které ho nemotivuje. Terapeut by z těchto důvodů měl být v této fázi klientovi oporou, měl by mu pomoci stanovit cíl, který bude dosažitelný, a také společně naplánovat a strukturovat cestu k tomuto cíli (např. cíl: nástup do léčebného programu).
- Čtvrté stádium (akce) – v této fázi se klient obvykle pokouší o změnu, podniká kroky k realizaci změny.
- Páté stádium (udržování/udržení změny) – klient se v tomto období učí žít život, který není spojen s užíváním drog, oživuje si dovednosti, které bude potřebovat při návratu do normálního života. Jedná se o náročné období, kdy klient opouští bezpečné prostředí léčby a mnohdy se vrací do prostředí, které pro něho může být ohrožující.

Nedílnou součástí modelu Procházky a DiClementa je relaps, tj. návrat, selhání. Klient se během relapsu vrací do předchozího stádia. K relapsu může dojít v každé fázi výše popsaného modelu.

Motivační rozhovor

Motivační rozhovor *„pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat“* (Miller, Rolnick, 2002). Motivační rozhovor se zaměřuje na práci s ambivalencí, napomáhá překonat a umožňuje klientovi učinit první kroky ke změně. Terapeut nepřijímá roli experta, ale ponechává odpovědnost za změnu na klientovi. Motivační rozhovor tedy uplatňuje spíše podporující postupy. Cílem je vytvořit ve vztahu s klientem pozitivní atmosféru, která napomůže posílení klientových vnitřních motivačních zdrojů. Výsledná změna je pak způsobena namísto vnějších motivačních faktorů proměnou klientova postoje a jeho rozhodnutí.

Motivační rozhovory uplatňují pět základních principů:

Vyjádření empatie – „Přijetí napomáhá ke změně."

Rozvíjení rozporů – „Rozpor mezi stávajícím chováním a důležitými životními cíli motivuje ke změně."

Vyhýbání se argumentaci – „Odpor je signálem, že je třeba změnit postup."

Využití odporu – „Klient sám je cenný zdroj řešení svých problémů."

Podpora vlastních schopností klienta – „Klient sám je zodpovědný za to, že se rozhodne pro změnu a učiní ji."

Motivační rozhovor stojí na 5 základních strategiích:

Terapeut pokládá otevřené otázky, reflektivně klientovi naslouchá, svým přístupem potvrzuje a oceňuje klienta, shrnuje a dovádí klienta k sebemotivujícímu prohlášení – tzv. „řeči změny".

Řeč změny je možno poznat tak, že klient rozeznává nevýhody současného stavu, nahlíží na výhody změny, vyjadřuje optimismus ohledně změny a vyjadřuje záměr změnit se. Vhodné reakce terapeuta na řeč změny: reflexe, rozpracování, tj. kladení otevřených otázek, shrnutí, ocenění, podpora, eventuálně společného vytvoření plánu akce.

Z klientových reakcí je možno též vycítit tzv. „řeč odporu". Při ní klient obhajuje výhody současného stavu, uvádí nevýhody změny, vyjadřuje pesimismus ohledně změny, vyjadřuje záměr změnu neuskutečnit.

Vhodné reakce terapeuta na řeč odporu: jednoduchá reflexe, zesílená, oboustranná, změna tématu, přerámování, souhlas s posunutím významu, zdůraznění vlastní volby a kontroly, apod. (Arkowitz, H., et. al. 2008). Při řeči odporu není tedy klientovi oponováno a vysvětlováno, proč je jeho hledisko špatné, ale terapeut spíše jeho stanovisko zrcadlí, popř. formuluje jinak, ve prospěch změny. Tato zásada je spojena také s respektem ke klientovi. *„Přístup je prodchnut myšlenkou „vezmi si, co můžeš, a zbytek nech být", což dovoluje klientovi vybírat si z různých rad."* (Miller, Rollnick, 2003, s. 53).

Příklady otázek k posílení motivace

Při práci s motivací lze využívat jak motivaci pozitivní, tak negativní. Př.: „V čem se ti bude žít při abstinenci lépe? Jaké nové možnosti ti abstinence otevře? Do jakých nebezpečných situací ses v minulosti kvůli drogám dostal?"

Známky připravenosti ke změně

Z čeho může terapeut poznat, že se daří navyšovat klientovu motivaci ke změně? Klient vyjadřuje menší odpor, podává méně otázek týkající se problému, umí se rozhodnout, dává na vědomí sebemotivující prohlášení (viz. řeč změny), pokládá více otázek ohledně změny, předvídá, představuje si, experimentuje.

4. 4. 4 Příklady terapeutický aktivit využívaných na DaDDC

Níže jsou uvedeny čtyři příklady využívaných technik:

Koláž

Cíl: pochopení osoby klienta, lze ji využívat opakovaně na různá témata.

Pomůcky: barevné obrázkové časopisy, nůžky, lepidlo, list kancelářského papíru A4, tužka a guma.

Okruhy zadávaných témat: můj život, moje budoucnost, moje minulost, moje duše, můj svět, má přání, apod.

Zadání: Klient si vybere z předložených časopisů obrázky, pomocí kterých vytvoří koláž na dané téma. Pokud obrázky nezaplní celý prostor, může do volného místa nakreslit, nebo napsat, co to tam chce mít. Klienta necháme pracovat, dokud není hotov.

Vyhodnocení: Celkový dojem koláže, zda je zaplněný celý list (zaplněnost života), dále na vnější znaky (zaplněnost plochy, přesah lepených obrázků), obsahová stránka (ústřední téma), časové období.

Práce s koláží: Terapeut nechá klienta o svém díle hovořit, co chtěl vyjádřit, co jednotlivé obrázky představují. Terapeut vede otázky k tomu, aby se více rozpovídal. Z jeho sdělení mohou vyplynout okruhy problémů, které má, můžeme se lépe orientovat v motivaci jeho chování, jeho přáních, cílech, hodnotách. Pomáhá též klientovi uvědomit si určitá fakta. Též otevírá možnosti pro cílenou sociálně terapeutickou práci.

Kruh aktivit

Cíl: dozvědět se, jak klient tráví svůj den, svůj volný čas.

Pomůcky: kancelářský papír formátu A4, tužka, guma.

Instrukce: Klient nakreslí na papír velký kruh (kruh znamená jeden den, tj. 24 hodin) a do toho kruhu pomocí výseče vyznačí, jak převážně tráví svůj všední den, přičemž velikost výseče by měla odpovídat množství času, který věnuje dané činnosti.
Variace instrukce: Do kruhu se vyznačí, jak by měl vypadat všední den, když nebude brát/užívat drogy.

Postup: Vyplněný kruh aktivit je při rozhovoru s klientem pro terapeuta odrazovým můstkem. Díky této technice zjišťujeme, kolik času, zejména svého osobního volna, tráví klient v rodině, s kamarády, sám, jak a čím je ten čas zaplněn. Z kruhu aktivit získáme odpovědi na tyto otázky: Je spokojen s množstvím volného času, který má, kolik by jej chtěl mít? Čeho z toho se nechce vzdát, čeho by se vzdal, o jaké činnosti by chtěl svůj okruh rozšířit (viz. druhá variace)? Je spokojen s trávením svého volného času? Jaký názor mají jeho rodiče? Převažují činnosti aktivní či pasivní? Kterou část volného času by rád zvětšil či zmenšil? Jaké by to mohlo mít důsledky? Která z uvedených činností je zdrojem největších problémů? Co by se s tím dalo dělat?

Splněná přání

Cíle: zjistit postoje klienta ke změně.
Instrukce: Terapeut vyzve klienta, aby napsal tři přání, která by chtěl, aby se mu právě teď splnila.

Postup: Poté klienti svá přání představí. Společně se zamýšlí nad tím, co musí udělat, aby se mu přání splnila, s čím by měl začít, s čím by měl přestat.

Erb

Cíl: zjistit, po jaké vlastnosti či po jakém uznání, klient touží.
Pomůcky: kancelářský papír formátu A4, pastelky, voskovky, popř. barevný uhel.
Instrukce: Každý klient obdrží papír a pastelky (popř. jiné kreslící potřeby). Klient má za úkol představit si, že je korunován králem/královnou a nyní má svému dvoru přestavit svůj erb, který ho bude charakterizovat.

Postup: Terapeut se následně ptá, proč si vybral ten daný symbol, čím je pro něj důležitý. Společně se zamýšlí nad tím, co udělat, aby se mohly vyobrazené symboly vyplnit.

5. Klient v situaci po pobytu na DaDDC

5. 1 Možnosti léčby po pobytu na DaDDC

Klient absolvuje několikadenní pobyt, standardně 7-21 dní na uzavřeném nemocničním oddělení. Zde je izolován od drogového prostředí a s pomocí farmakoterapie a podpůrné a motivující psychoterapie překonává odvykací syndrom. S pomocí psychologa a sociálního pracovníka klient pracuje na řešení aktuálních sociálních problémů či rodinných krizí… „A co teď? Kam budou směřovat jeho kroky po detoxu?“

Na tuto otázku se snaží odborní pracovníci DaDDC odpovědět každému pacientovi opouštějící toto oddělení. Ke každému pacientovi je při plánování následné odborné péče přistupováno velice individuálně a je snahou terapeutů předat pacientům ověřené kontakty na další odborníky z oblasti léčby závislostí, poskytující ambulantní poradenství, psychiatrickou léčbu či léčbu v terapeutické komunitě, taktéž některým pacientům nabízí možnost ambulantní léčby u psychologa DaDDC.

5. 1. 1 Ambulantní léčba

První velkou skupinou pacientů odcházejících z DaDDC si odnáší kontakt na ambulantní léčbu v místě svého bydliště. Proč? Ambulantní léčba je doporučována pacientům s lehčím stupněm závislosti všech věkových kategorií, tzn. i žákům základních škol, studentům středních a vysokých škol, tak i dospělým. Předpokládá se u nich vysoká motivace k léčbě, s minimem tělesných a psychických obtíží. Ambulantní péče se nejčastěji využívá v počáteční fázi léčby před nástupem do vlastního léčebného programu pobytovou formou. Může klienta motivovat a připravit na pobyt v terapeutické komunitě či ústavní léčbě. Pokud je však kvalitní a komplexní, může její potřebu či délku snížit. Velmi často se také naopak využívá v období doléčování jako podpora v abstinenci. Mladistvé klienty během procesu léčby často provází od jejího začátku po samotný konec. (Kalina, K., 2003, str. 343)

Ambulantní léčba využívá jak farmakoterapie, tak zejména individuální terapii (v intervalu 1x – 5x týdně) a skupinovou terapii (zpravidla 1x týdně). Aby byla splněna podmínka účinného ambulantního programu, je potřeba udržovat tři kontakty klienta s léčebným zařízením během týdne (př. jedna účast na skupině a dva individuální rozhovory) po dobu 6 měsíců. K. Kalina v publikaci Léčba drogově závislých (2000) uvádí: *„V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce*

s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby.“

Stavebním kamenem práce v ambulantní léčbě je psychoterapie a poradenství zaměřené na problémy s drogami. Na klienty jsou kladeny určité nároky. V první fázi práce s klientem je sestaven individuální plán léčby, jehož plnění se pak pravidelně přezkoumává. Někdy může být součástí párová terapie či v případě mladistvých rodinná terapie. (Matoušek, O., a kol, 2010)

5. 1. 2 Intenzivní ambulantní léčba

Intenzivní ambulantní léčba není pro pacienty odcházející z DaDDC moc dostupná, neboť v republice fungují jen dvoudenní stacionáře. Intenzivní ambulantní léčba je vhodná především pro klienty se středně těžkým či komplikovanějším stupněm závislosti. Označení „intenzivní“ ambulantní léčba může nést strukturovaný program, který se koná v rozsahu dvacet a více hodin týdně. Významnou formou této léčby jsou tzv. denní stacionáře, terapie ve stacionáři obvykle probíhá 8 hodin denně (tzn. 40 hodin týdně) a klient sem dochází 3-4 měsíce. Pracuje se skupinou o 10 až 15 klientů. Základem „léčby“ je široká škála skupinových terapií, jakož i terapie individuální. Nepostradatelnou součástí programu jsou rehabilitační, volnočasové (př. učí se strukturovat volný čas) a edukační činnosti (př. učí se rozeznat rizikové situace, učí se je zvládat a následně se jim vyhýbat, atp.). Klienti jsou též pravidelně testováni na přítomnost drog v organismu, stacionář pracuje i s rodinou klienta, pomáhá i z hlediska sociální práce, účinně pracuje dle pravidel terapeutické komunity. (Adameček, D. a kol., 2006.)

Tato léčba není nikterak jednoduchá, neboť klient i nadále zůstává ve styku s původním prostředím. Má smysl v případech, kdy klient má kde bydlet, ale nemůže být nebo by neměl být doma sám, a přitom běžná ambulantní léčba je pro něj nedostatečná. Není vhodná pro klienty s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, pro nezralé osoby, nemotivované či problémové z pohledu psychosociálního a psychopatologického, neboť ti se v denní léčbě neudrží. U mnoha klientů se závažnějšími obtížemi denní program navazuje či předchází na léčbu ústavní (nebo i obojí).

V současnosti fungují v České republice jen dva denní stacionáře pro léčbu drogově závislých, a to v Praze a v Brně. Vstup do intenzivní ambulantní léčby bývá ohraničen minimálním věkem 17 let. Horní hranice uvedena není, avšak věk nad 30 let je v praxi málo častý a nad 35 let neobvyklý. Je obecně známo, že ústavní a rezidenční programy jsou velmi

přetížené, proto není od věci podněcovat vznik dalších denních center s pravidelným terapeutickým programem a rozšiřovat tak možnosti léčby o drogově závislé v naší zemi. Pro mladistvé by mohla být problematická podmínka neškodícího sociálního okolí a elementární podpora v nedrogovém prostředí. Například bydlí-li klient v původní rodině, je vyžadována alespoň částečná akceptace ze strany rodiny, tolerance přátel, apod. Život v drogové partě nebo bydlení v drogovém bytě nejsou pro tento typ léčby příznivé. (Kalina, K. a kol., 2003)

5. 1. 3 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Druhá velká skupina klientů DaDDC odchází přímo do ústavní léčby. Pobyt buď mají již zajištěný před detoxifikací, nebo se domlouvá až během hospitalizace na DaDDC. Ústavní léčba probíhá ve specializovaných lůžkových oddělení nemocnic a v psychiatrických léčebnách. Krátkodobá ústavní léčba trvá 4 – 9 týdnů (v České republice je pouze jeden krátkodobý) a střednědobá ústavní léčba probíhá 3-6 měsíců. Léčba je postavena na principech terapeutické komunity, pevné struktury terapeutického programu a s náplní srovnatelnou jako v denní léčbě, tzn. individuální a skupinové terapie, rehabilitační, volnočasové a edukační činnosti, jakož i práce s rodinou a sociální práce. Bodovací systém často slouží ke zhodnocení, jak klient léčebný režim dodržuje a jak se zapojuje do léčby, tzn., že za žádoucí chování získá kladné body, za nežádoucí záporné.

Ústavní léčba je doporučována jako způsob léčení tam, kde se vyskytují závažné bariéry pro léčbu ambulantní. V České republice je však největší bariérou fakt, že neexistuje dostatek ambulantních kapacit a též převládá zvyk plošně indikovat u drogově závislých ústavní léčbu. Z toho jasně vyplývá, že ústavní zařízení jsou přetížena a na léčbu se musí čekat. Zároveň známým faktem je, že pokud se zkrátí indikační a přijímací proces u klientů, kteří se chtějí léčit, zlepšuje se počet skutečných nástupů do léčby a taktéž má vliv na prevenci předčasných odchodů z léčby.

5. 1. 4 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Poslední velkou skupinu pacientů tvoří ti, kteří dále pokračují v léčbě v terapeutické komunitě. Velmi dobrou spolupráci má DaDDC s TK Cesta Řevnice.

Pojem „terapeutická komunita" (léčebné společenství, dále zkratka TK) používáme ve dvojím smyslu. Za prvé terapeutická komunita jako metoda (v léčbě psychických poruch, včetně závislostí; ve výcviku budoucích odborníků), ve které jde o způsob organizace účinných psychosociálních faktorů působících na růst a zrání u člověka. Za druhé terapeutická

komunita jako typ zařízení, ve kterém je tato metoda základem a dominantním obsahem poskytované péče. Klasická TK je samostatné zařízení na venkově a mimo zdravotnické areály, obvykle s kapacitou 15-20 klientů (pozn. principy a rámec TK se běžně používají i v nemocnicích, léčebnách, stacionářích).

Pobyt v TK se dělí na střednědobé programy, které probíhají 6-8 měsíců, a dlouhodobé programy, jež trvají jeden rok a více. Tyto programy jsou vysoce strukturované, opět se v nich objevují různé formy skupinové terapie, vzdělávacích a volnočasových aktivit. Důležitou část ovšem vyplňuje práce na každodenním provozu zařízení (práce v kuchyni, úklidové a údržbové práce) a na farmě (obstarávání zvířat, zahrady, atp.).

Během pobytu v TK prochází klient několika fázemi (obvykle třemi), s různě odstupňovanými právy a povinnostmi. Přestupy z jedné fáze do druhé stejně jako ukončení terapeutického pobytu jsou doplňovány charakteristickými rituály. Významnou součástí sociální práce s mladistvými klienty je postupné obnovování kontaktů s vnějším nezávadným sociálním prostředím, včetně rodinného systému a zvyšování kvality jejich sociálního fungování. Žádoucí bývá přerušení nebo omezení kontaktů s lidmi, s nimiž klient sdílel svou závislost v rámci drogové subkultury. Důraz je dále kladen na prevenci relapsu, neboť pro mladistvé bývá zpravidla nejtěžší ustát tlak drogového prostředí po absolvování léčby. (Matoušek, 2010)

V posledních letech se v odborně vedených TK začal klást větší apel i na paralelní individuální terapii (alespoň v podobě podpůrné a poradenské) a na práci s rodinou klienta. Sociální práce slouží v terapii pro úpravu často složitých problémů, jež klient ponechal ve vnějším světě, taktéž pro přípravu pro návrat do něj.

Léčba v TK je doporučována zejména klientům s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, a to i značně nezralým, nemotivovaným či výrazně problémovým z hlediska psychosociálního (př. s rozpadlým sociálním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracujícím, atp.), neboť výhodou TK je proces sociálního učení, který klientům komunity pomáhá získávat potřebné schopnosti a dovednosti, jak začít znovu žít nebo jak vůbec žít v normální společnosti. TK pracuje především se sociálně-výchovnými a sociálně-rehabilitačními modely. Pro léčbu v TK nejsou vhodní klienti, jež v důsledku psychiatrických a somatických komplikací vyžadují trvalý lékařský dohled.

TK většinou u nás provozují nestátní neziskové organizace, jejichž kvalitní programy jsou srovnatelné s mezinárodními standardy. Léčba v TK bývá řazena mezi ty oblíbené, je často vyhledávaná a v současnosti i v mnoha případech indikovaná. Tudíž se můžeme setkat s delšími čekacími lhůtami na umístění.

5. 1. 5 Substituční léčba

Z dalších ze zavedených forem péče o uživatele drog opiátového typu jsou substituční programy. Jejich úkolem je podání klientovi náhražky nelegální drogy. V České republice jsou v současnosti nejčastěji využívány metadon a subutex. Léčba se zaměřuje na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele a zároveň prevenci kriminálního chování uživatelů v souvislosti se získáním prostředků na drogu. (Matoušek, 2010)

Nejenže substituce metadonem umožňuje závislé udržet v léčbě a pomáhá kontrolovat užívání opiátů, ale také může snížit i nebezpečí infekce virem HIV tím, že omezuje nitrožilní užívání drogy. (Rotgers, F., 1999. str. 260)

Indikace substituční léčby však s sebou nese i určitá negativa. Kupříkladu substituce u těhotných žen či u mladistvých. *„Při indikaci substituční léčby je nutné brát v potaz psychickou vyspělost, motivovanost a také drogovou zkušenost dospívajících, aby později nedocházelo ke zneužívání substitučních látek jako náhražky za drogu primární.“* (29. Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže: Přístupy k řešení drogové problematiky. Prevence [online]. 2007 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.prevence.net/Science/schwarc-vacha_01.pdf>.)

5. 1. 6 Následná léčba

Následná léčba je určena těm klientům, kteří již absolvovali léčbu v nemocnici či jiný pobytový program, a nabízí jim následnou péči v podobě psychoterapie, poradenství, sociální práce, někdy i dočasné chráněné bydlení. (Adameček, D. a kol., 2006.)

I v následné péči je podstatnou složkou práce s rodinnými příslušníky klienta. Klient se v průběhu následné péče učí vyhýbat rizikovým situacím, které budou součástí jeho přirozeného prostředí, popř. také jejich zvládání (př. setkání se stále závislými vrstevníky nebo těžkou životní situací, která by užití drogy mohla vyvolat). Dospělým je nabízena pomoc při hledání zaměstnání, bydlení, splácení dluhů; mladistvým pak nejčastěji zajištění nástupu do školního zařízení. Následná péče se dále snaží budovat společně se závislým nové „čisté“ sociální prostředí.

5. 2 Úvaha nad možnostmi a mezemi života klientů po léčbě

Jaké možnosti a meze života klient po léčbě má, čím je limitován, jak nyní svůj život uchopí? To nelze jednoduše popsat. Cesta od závislosti k úplné abstinenci je jako nikdy nekončící proces, přičemž vždy záleží na individualitě každého „vyléčeného“, jakou cestu si zvolí.

Pro člověka, který se rozhodne vkročit na cestu života bez drog (plnou překážek, strastí a nástrah), je zcela jistě důležité mít s sebou mapu, svítilnu a dobrou obuv. Mapu proto, aby ve chvílích nejistoty mohl nahlédnout a zorientovat se v „novém terénu“. Na této mapě může mít vyobrazeno vše, co mu dává jistotu a pocit bezpečí od kontaktů na rodinu, přátele, psychologa, terapeuta, poradenská centra či na důležité úřady. Svítilnu proto, aby si mohl v temných chvílích posvítit na cestu, aby při soumraku či hrůzostrašné noci mohl světlem bojovat proti spouštěčům a zlým myšlenkám. A pevnou obuv, aby byl stále nohama na zemi, aby nebral vše jako samozřejmost a aby na té dlouhé cestě k abstinenci vydržela.

Ale přestože je člověk na cestu vybaven, může se něco pokazit, díky čemu na cestě klopýtne a na chvíli se na výpravě zastaví, nebo dokonce z cesty abstinence zcela sejde. Avšak proč? Důvodů může být tisíc nebo také jen jeden. Ať už je to nedostatek sebevědomí, že abstinenci zvládne, těžká krizová situace či setkání se spouštěcí příležitostí či situací. Klopýtnutí může být chvilkové a dá se s trochou vůle spravit. Ale sejití z cesty může mít i fatální následky, od opětovného navrácení se do bludného kruhu závislosti až ke smrti zapříčiněné „dáním zlaté rány“.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Praktické šetření

V předešlých kapitolách byly nastíněny úkoly a pracovní postupy DaDDC. Tato kapitola je zaměřena na cíl praktické části, tedy na zaznamenání motivace klienta při pobytu na DaDDC a případné změny postoje klienta ke zneužívaným drogám.

6. 1 Cíl výzkumného šetření

Cílem této analýzy je zjistit, jak prakticky vypadá příjem klientů/pacientů přijímaných na DaDDC z hlediska medicínského (tedy lékaře) a z hlediska sociálního pracovníka, tzn., jak probíhá zhodnocení situace přijímaných klientů a jak tento proces souvisí s jejich motivací k léčbě. Dalším cílem je zjistit vliv používaných pracovních postupů v DaDDC na případnou změnu motivace klienta k životu bez drogy.

6. 1. 1 Dílčí cíle výzkumného šetření

Z hlediska dosažení výše uvedených cílů analýzy jsem si stanovila dílčí výzkumné cíle.

- Pokusit se zjistit, jaké subjektivní obtíže pociťoval klient při příjmu na DaDDC.
- Pokusit se zjistit, jak klient viděl svou budoucnost s návykovou látkou (dále jen NL) při příjmu.
- Pokusit se zjistit, jak klient viděl svou budoucnost s NL při ukončování pobytu.
- Pokusit se zjistit, zda a jaký vliv má aplikovaný postup pracovníka DaDDC na motivaci klienta ke změně.

6. 2 Výzkumné otázky a hypotézy

Rozhodla jsem se pro kvalitativní postup při hledání odpovědí na výzkumné otázky, které jsem formulovala následovně:

- V jaké fázi motivace k léčbě se klient přicházející na DaDDC nejčastěji nachází?
- Jaké metody a způsoby léčby mají na klienty DaDDC nejefektivnější vliv?
- Jaký postoj ke droze, léčbě a abstinenci má klient při odchodu z DaDDC ?

6. 3 Metodika analýzy

K dosažení stanovených cílů jsem zvolila kvalitativní přístup. Jako výzkumná metoda byla využita jednak metoda obsahové analýzy záznamů dokumentů psychiatrického rozhovoru a sociálně-diagnostického dotazníku, jednak metoda pozorování a jednak metoda polořízených rozhovorů s klienty.

Pozorování bylo provedeno v rámci skupinové psychoterapie a bylo koncipováno tak, aby klienti ani terapeut nebyli během skupinové terapie rušeni, tudíž jsem jako pozorovatel žádným způsobem do terapie nezasahovala. Každý klient byl v rámci analýzy pozorován dvakrát a jeho reakce byly zaznamenávány do záznamového archu (viz. příloha č. 5), Pozorování bylo rozvrženo na období příjmu klienta na oddělení (mezi druhým až čtvrtým dnem pobytu) a průběhu jeho pobytu (mezi sedmým až devátým dnem na DaDDC). Reakce terapeuta na chování a projevy daného klienta byly zaznamenány jedenkrát, a to v průběhu klientova pobytu (záznamový arch je součástí přílohy č. 6).

Metoda polořízeného rozhovoru byla použita v závěrečné fázi pobytu klienta, tento typ rozhovoru byl zvolen z důvodu možné variability kladených otázek.

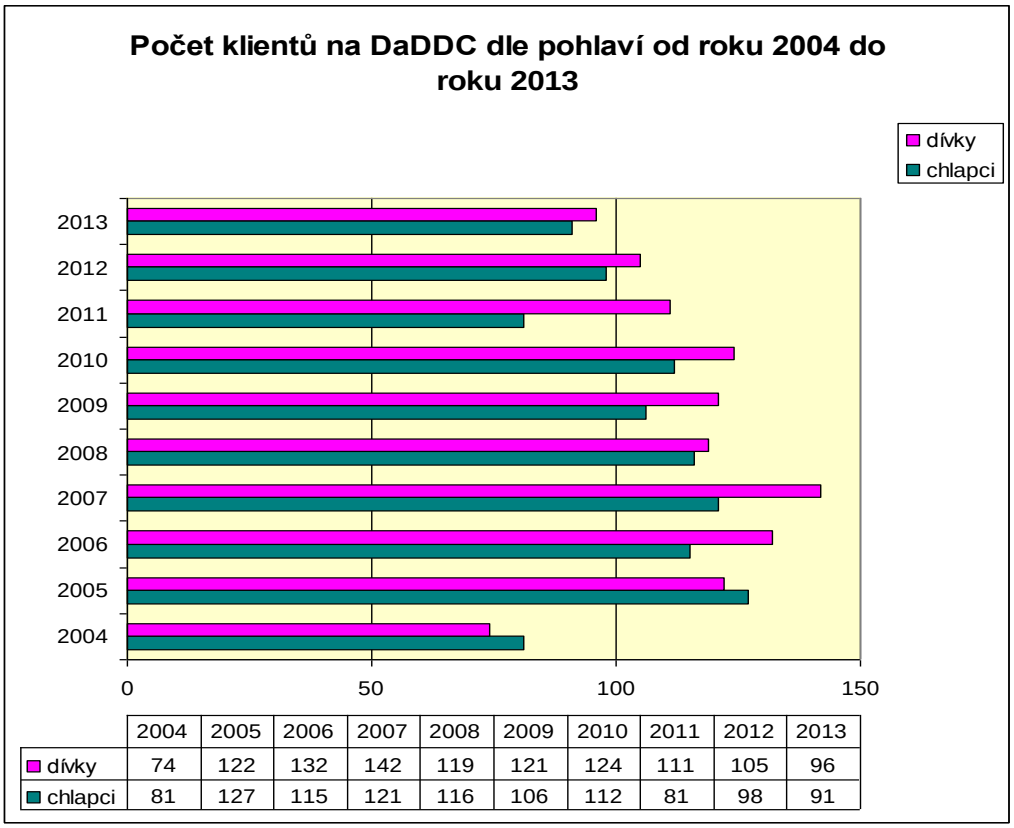
6. 4 Výzkumný soubor

Analýza dat byla uskutečněna jednak na výzkumném souboru klientů DaDDC za léta 2004 – 2013 (statistický rozbor) a jednak na výzkumném vzorku klientů, kteří byli na DaDDC hospitalizováni v prvních 5 měsících roku 2014 a odpovídali stanoveným výběrovým podmínkám, tj. pohlaví, typ studia, typ hlavní užívané návykové látky.

6. 4. 1 Pohlaví

Z níže zobrazeného grafu je zřejmé, že od roku 2004 do roku 2013, to je za deset let fungování DaDDC, prošlo tímto oddělením přes 2.194 klientů. V letech 2004 a 2005 převažoval počet klientů – chlapců, ale od roku 2006 až do současnosti tvoří nadpoloviční část klientů dívky (v průměru je za rok o 13,7 dívek více než chlapců). Z tohoto důvodu jsem v další části práce pracovala s cílovou skupinou dívek.

graf č. 1



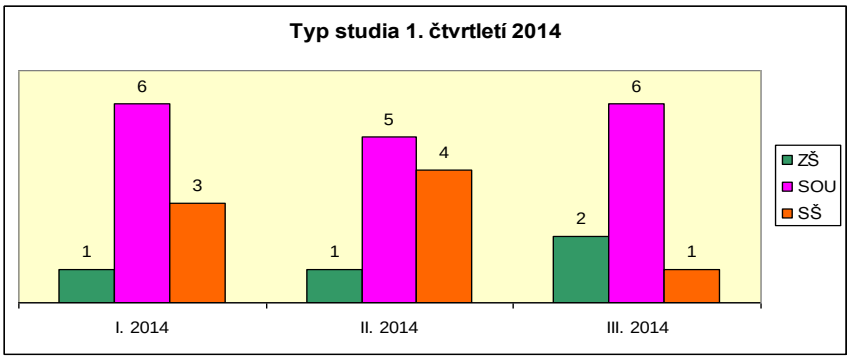
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
dívky	74	122	132	142	119	121	124	111	105	96
chlapci	81	127	115	121	116	106	112	81	98	91

zdroj: Statistika DaDDC r. 2004 – r. 2013

6. 4. 2 Studium

V následujícím grafu (č. 2) jsou znázorněny vybrané skupiny dívek, a to těch, které prošly oddělením v 1. čtvrtletí roku 2014. Z grafu je zřejmé, že dívky, které oddělením v tomto období prošly, byly ve 14 % žákyněmi základních škol, v 59 % studentkami středních odborných učilišť či odborných učilišť (dále jen SOU) a ve 27 % studentkami středních odborných škol či gymnázií. Z důvodu větší věkové a vzdělanostní homogenity výzkumného souboru jsem pracovala s nejčetněji zastoupenými dívkami, tj. s klientkami, které v současnosti navštěvovaly SOU.

graf č. 2

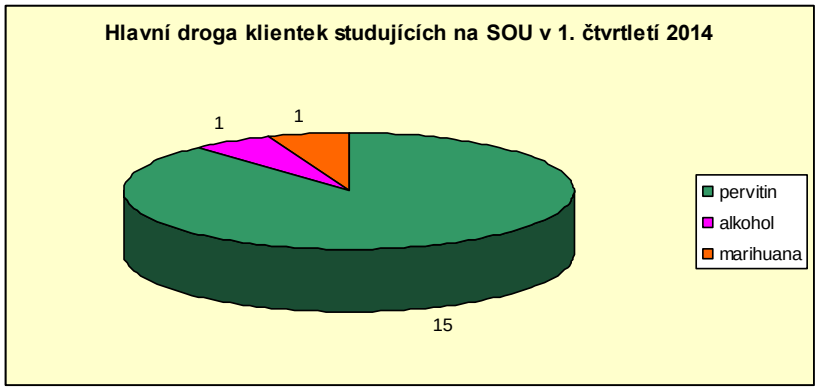


Zdroj: Statistika DaDDC 1. čtvrtletí r. 2014

6. 4. 3. Hlavní droga

Pro další práci na sondě je nyní důležitě podívat se na to, jaká hlavní droga vybraná skupina dívek užívala (užívá). K tomuto poslouží graf č. 3, ze kterého vyplývá, že hlavní drogou dívek hospitalizovaných na DaDDC v 1. čtvrtletí r. 2014 studujících na SOU byl pervitin, neboť ze 17 dívek, které studovaly na SOU, jich 15 uvedlo jako svou hlavní drogu pervitin a jen dvě klientky uvedly svou hlavní drogu jinou, a to jedenkrát byl jako hlavní droga zastoupen alkohol a jednou marihuana.

graf č. 3



Zdroj: Statistika DaDDC 1. čtvrtletí r. 2014

6. 4. 4 Souhrn

Z výše uvedeného vyplývá, že výzkumným souborem se staly dívky starší 15 let, studující učební obor a jejich hlavní drogou je/byl pervitin. Takových klientek bylo za první pololetí celkem 15. S touto skupinou klientek jsem se osobně nesetkala, údaje o nich jsem čerpala z dokumentace zařízení (záznamy z psychiatrického přijímacího rozhovoru a ze záznamů ze sociálně-diagnostického rozhovoru). S tímto vzorkem dále pracuji pod názvem soubor č. 1.

Druhou část výzkumného souboru tvoří celkem 10 klientek, které prošly oddělením od dubna do května 2014 a které současně splňují shora uvedená kritéria. U této skupiny byly provedeny analýza psychiatrického přijímacího rozhovoru a též analýza sociálně-diagnostického rozhovoru, které byly rozšířeny o pozorování při terapii. Tyto klientky souhlasily s účastí na mé analýze. Každá z klientek byla navštívena třikrát, i během terapie. V průběhu těchto návštěv docházelo k záznamům reakcí klientek, k záznamu odpovědí na otázky psycholožky, k pozorování fungování klientek ve skupině. S tímto vzorkem klientek jsem se také osobně setkávala a prováděla zaměřené interviewy na různá témata

(např. odezva na pobyt v zařízení, záznam o reakci na návštěvy, apod.). S tímto vzorkem dále pracuji pod označením soubor č. 2.

Výzkumná analýza na obou vzorcích byla provedena se souhlasem vedoucího lékaře a vedoucího psychologa.

6. 5 Seznámení s podklady výzkumu

6. 5. 1. Příjem v psychiatrické ambulanci

Dle informací získaných ze spisů klientů, je rozhovor klienta a psychiatra při příjmu zaměřen na sběr anamnestických informací. Struktura rozhovoru je vedena dle uvedené osnovy. Psychiatrický příjem vykazuje klasické znaky anamnézy, přičemž byla upravena primářem MUDr. Marianem Korandou pro účely tohoto oddělení. Hlavní důraz je kladen na anamnézu toxikologickou. Pohovor s psychiatrem trvá v průměru jednu hodinu, část rozhovoru probíhá v přítomnosti rodičů či další osoby, které je klient svěřen do péče, a část rozhovoru probíhá pouze s klientem (sexuální aktivita, sebevražedné myšlenky, otázky na dětství). Do tří dnů po příjmu provádí s klientem rozhovor sociální pracovník.

Struktura používané anamnézy při příjmu klienta:

V úvodu anamnézy je uváděn popis situace, jak se klient do nemocnice dostal, zda přišel s někým v doprovodu. Dále doprovod (rodiče) uvádí, kdy si poprvé všiml problému s drogami. Klient uvádí, co očekává od léčby. *Stádium motivace* – v jakém stádiu motivace se klient nachází, jaké důvody ke změně klient uvádí, z čeho při hodnocení motivace pracovník vychází. Dosavadní zkušenosti s léčebnými programy a výsledný efekt – ambulantní kontakt, pobyt v zařízení, typ, délka, způsob zařazení do programu, popř. příčina opuštění programu.

Následuje rodinná anamnéza, tj. věk rodičů, vztahy s rodiči, nemoci rodičů, věk, pohlaví, nemoci sourozenců, popř. prarodičů, vztahy se sourozenci.

Osobní anamnéza – průběh těhotenství, průběh vývoje (psychomotorického), nemocnost, operace, léky, hospitalizace, důležitou podotázkou je psychiatrické vyšetření a psychiatrická hospitalizace.

Další oblastí anamnézy je farmakologická anamnéza a alergická anamnéza, ta je důležitá z hlediska kontraindikace s předepisovanými léky a stravovacího režimu.

Toxikologická anamnéza tvoří stěžejní bod. Lékař zjišťuje, jaký typ látky klient užíval/ užívá, jak vypadaly denní dávky, způsob užívání, zda docházelo ke kombinování užívaných

látek; kdy klient začal s užíváním návykových látek i legálních (alkohol, nikotin); jak zvládá odvykací stavy, zda zažil situaci předávkování, kdy užil poslední dávku a zda pociťoval nepříjemné stavy způsobené užíváním návykových látek (toxická psychóza, paranoidní stavy, depresivní nálady,…).

Sociální anamnéza – kde a s kým bydlí, vztahy s rodiči a sourozenci, jeho vzpomínky na dětství. Návštěva mateřské školy, školní docházka. Zájmy, koníčky, vztahy s kamarády, partnerem. Sexuální zkušenost. Kriminální zkušenost. Kurátorský dohled, studium, ne/legální pracovní poměr, způsob obstarávání peněz, způsob bydlení v současnosti a minulosti, finanční problémy a případná finanční podpora z okolí. Konflikt se zákonem – minulé a současné konflikty se zákonem, v jakém se nacházejí stádiu, s kým je klient v kontaktu, zda plní uložené povinnosti (např. kontakt s kurátorem pro děti a mládež, úředníkem Probační a mediační služby ČR). Funkčnost sítě sociálních vztahů – vztahy v rámci rodiny, kamarádů a přátel, spolužáků, sousedů, pracovního kolektivu.

6. 5. 2 Sociálně-diagnostický dotazník

Sociální pracovník během prvních tří dnů po příjmu provádí pohovor a vyplňuje s každým klientem tzv. sociálně-diagnostický dotazník, při kterém blíže zjišťuje sociální anamnézu, tj. rodinné vztahy, studium, konflikt se zákonem, zkušenosti s léčbou a aktuální potřeby. Rozhovor provádí pracovník s klientem v kanceláři. Doba hovoru 30-60 minut, sociální pracovník odpovědi zaznamenává do archu. Formulář sociálně-diagnostického dotazníku je součástí přílohy č. 4.

6. 5. 3 Záznamový arch pro vlastní rozhovor s klientem a terapeutem zařízení

Pro vlastní výzkumnou akci jsem použila modifikované archy ze zdroje Resources for trainers, MINT 2004 (http://www.motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech/#kestazeni). Archy jsou přiloženy v příloze č. 5 a č. 6.

6. 6 Výsledky výzkumu

Následující podkapitola této práce se zabývá interpretací získaných dat. Zkoumané téma jsem rozdělila na tematické okruhy, které byly dále strukturovány do několika podoblastí. Jak už bylo uvedeno výše, pracovala jsem se dvěma výzkumnými soubory. První soubor tvořilo 15 dívek, se kterými nebylo jednáno osobně, ale v dostupných materiálech se zjišťovaly odpovědi na dílčí otázky. Druhý soubor tvořilo 10 dívek, s nimiž došlo k setkání

třikrát. Dvakrát to bylo při pozorování, kdy jsem do záznamového archu uváděla jednotlivé reakce na nastalou situaci, či odpovědi na otázky od terapeuta. Tento materiál jsem dodatečně porovnávala s odpověďmi klientek při vstupním anamnestickém rozhovoru u psychiatra. Při posledním setkání proběhl osobní rozhovor, ve kterém jsem se klientek dotazovala na průběh a hodnocení jejich pobytu na DaDDC(v průměru 30 minut). Záznamový arch je součástí přílohy č. 5.

6. 6. 1 Výsledek výzkumu soubor 1

Výzkumná otázka č. 1

První výzkumnou otázku jsem zaměřila na zmapování rozpoložení klientovy motivace při příchodu/příjmu na DaDDC. První výzkumný soubor vykazoval shodné znaky v nastavení motivace při příchodu, který vypadal tak, že svůj problém se závislostí ve většině případů samy řešit nechtějí, mají pocit, že to nepotřebují, že jim nic není. Mají často pocit, že se jich léčba netýká. Většina z tohoto vzorku též vyjadřuje, že jsou pod tlakem svého okolí, tj. že je na DaDDC přivedli rodiče. Ačkoliv většina klientek na svou závislost nemá náhled, v rozhovoru s psychiatrem uváděla příkladně tyto subjektivní potíže: *„…jsem už z toho všeho unavená…“; „perník už mi přelejzá přes hlavu…“.*

Z rodinných anamnéz klientek též vyplývá, že pochází z nejistého rodinného prostředí. Rodiny vykazují nevhodné rodinné styly výchovy (př. alkoholová či drogová závislost rodiče/ů, rozvody rodičů, úmrtí rodiče, nebo příliš liberální výchova).

S tím jde ovšem ruku v ruce dohled kurátora pro děti a mládež (u tohoto vzorku 5 klientek), který často klienty pod pohrůžkou ústavní výchovy tlačí do „rychlé“ změny životního stylu.

Klientky, které v přijímacím rozhovoru uvedly, že přišly dobrovolně, byly jen dvě. V rozhovoru kupříkladu uvedly: *„…už chci být zase normální, chci se už konečně vyspat….“*.

Při otázce, jak vidí svou situaci po absolvovaném pobytu, nejvíce dívek uvedlo, že chtějí jít domů (6 dívek), a dále, že mají domluven nástup do léčby (4 dívky) a že se vrátí do diagnostického ústavu (2 dívky) a že také vůbec nemají představu, co s nimi bude (3 dívky).

Co mohlo ovlivňovat toto nastavení:

- Průměrná doba užívání hlavní drogy (pervitinu) u této skupiny děvčat byla 2 roky a 3 měsíce, přičemž se většina z nich shoduje, že jejich okolí minimálně jeden rok nemělo tušení, že drogy užívají. U třetiny dívek rodiče problém odhalili dříve, než se

jim dívky přiznaly, u třetiny se dívky přiznaly samy, vycítily potřebu něco změnit. Poslední třetina prohlásila, že to už rodiče vědí, že jim je to jedno, a ony samy, že s tím nic dělat nebudou.

- Průměrný věk této skupiny byl 16 let a 8 měsíců, z čehož vyplývá, že k prvnímu užití této drogy u většiny dívek dochází ještě v období před dosažením 15 roku života a při plnění základní školní docházky. Závěr, který z tohoto zjištění vyplývá, ukazuje, že přístup k drogám není ani pro nezletilce nijak zvlášť složitý.
- Nejnižší věk při prvním užití pervitinu u této skupiny byl 13 let.
- Hlavní drogu užívaly/užívají tyto klientky nejčastěji nasálně, ale 5 dívek mělo již zkušenost i s intravenosní či jinou aplikací této drogy, přičemž - jak známo - při nitrožilním užíváním drogy nastává větší riziko zvyšování dávek, prohloubení syndromu závislosti a sekundárně získání infekčního onemocnění (př. některého typu hepatitidy, ba dokonce riziko onemocnění virem HIV).
- Další drogy, které dívky užívají: Dotazované opět vykazovaly ve většině shodné znaky, neboť celý vzorek děvčat byl tvořen aktivními kuřačkami tabáku, dále 13 z nich aktivně užívá marihuanu (v týdnu minimálně 3x) a dále se u všech dívek objevilo užívání alkoholu či experimenty s jinými drogami. Pro upřesnění - kouření cigaret na DaDDC je povoleno, ovšem regulováno. Klienti mohou vykouřit 3 cigarety denně, jsou vždy pod dozorem.
- Opakovaně umístěné na tomto oddělení byla tři děvčata.
- Co se týče otázky finanční, tedy, kde děvčata brala peníze na drogy, téměř všechna shodně uvádí, že si minimálně na začátku užívání drogy nekupovala, že je dostávala od starších kamarádů, větší část z nich si je nekupuje dodnes, drogy dostávají od kamarádů nebo partnerů, kteří také užívají drogy. Dvě dívky uvedly, že peníze na drogy získávají dealováním či prodejem věcí, jedna uvedla, že drogy kupuje z kapesného. Žádná z dívek ovšem neuvedla, že by si na drogy vydělávala prostitucí.

Výzkumná otázka č. 2

Druhá výzkumná otázka se zabývá problémem, jaké metody a způsoby léčby měly na tuto skupinu klientek nejefektivnější vliv. Jak se klient nastaví pro příjem jednotlivé metody léčby, záleží jednak na jeho počátečním rozpoložení (zda je nastaven ke změně, nebo zda nechce nic měnit), jednak na průběhu pobytu (zda nemá abstinenční příznaky; zda má návštěvy; zda mu někdo volá/píše; zda neudělal nějaký „průšvih“; př. tělesný kontakt se spolupacientem či pokus o útěk; zda nemá zakázané cigarety) a dále na složení skupiny

spolupacientů, se kterými pobyt absolvuje. Jistou roli hraje i fakt, zda klient již někdy v minulosti na DaDDC, popř. v nějakém léčebném programu, byl. Ať jsou na detoxu poprvé či nikoli, již samotný pobyt zde má spíše pozitivní povahu, neboť klientům poskytuje jiný pohled na jejich stav a klade si za cíl probudit v klientovi vnímání své závislosti a nahlídnout na ni. Cílem terapeutického programu na DaDDC je osvojení si motivu, důvodů, díky kterým budou o změně přemýšlet, své užívání návykové látky omezit a v nejlepším případě i snažit se o abstinenci.

Pobyt zde dává klientům režim a řád, který jim může velmi pomoci (především z hlediska pravidelné stravy, pravidelného spánku, neboť někteří z nich přicházejí ve vrcholné fázi závislosti, která s sebou nese několika denní tahy, bez jídla a spánku). Pravidla tohoto oddělení mají za cíl nasměrovat klientovo jednání „správným směrem“, neboť dospívající často pochází z rodinného prostředí, ve kterém se rodiče o dospívajícího již moc nestarají a dítěti nedávají žádná pravidla a řád. Ovšem pro některé klienty mohou být předepsaná pravidla překážkou, proto se je snaží bojkotovat a něčím porušit.

Jak bylo popsáno v teoretické části, pracovníci DaDDC využívají při práci s klienty především práci ve skupině, zastoupena je škála psychoterapeutických technik, od psychoterapie, arteterapie, ergoterapie, pracovní terapie (pletení košíků, keramika, atp.) či muzikoterapie. Je těžké určit, která z technik má největší vliv, pravděpodobně se to odvíjí od osobního nastavení klienta. Někomu nevadí vyjadřovat své pocity slovy, pohledy; někomu nevadí vyjádřit se barvami, výtvory a někdo je raději, když se může vyjádřit rytmem, písní. Na prožívání jednotlivých technik má jistě vliv reakce spolupacientů, zda danou činnost chtějí vykonávat a baví je, nebo zda je ve skupině „narušitel“, který s sebou strhne další klienty k bojkotu dané techniky.

Jak vypadalo nastavení klientek v průběhu pobytu:

Jak již bylo uvedeno, z tohoto výzkumného vzorku byla na DaDDC opakovaně umístěna tři děvčata. Poprvé byla dvě z nich hospitalizována na DaDDC více než před rokem a po detoxikaci odešla domů s kontakty na AT poradny. Třetí z dívek byla poprvé na detoxu hospitalizovaná před umístěním ve výchovném ústavu, podruhé byla na detoxu umístěna již po 6 týdnech, neboť z výchovného ústavu utekla, „na svobodě“ brala drogy a byla do zařízení přivezena Policií ČR.

U prvních dvou klientek byla při druhém pobytu znatelnější motivovanost a zralost, u třetí bohužel ne, příčinou jistě byl nedobrovolný pobyt. Odborní pracovníci tohoto centra se snaží při práci s touto cílovou skupinou pracovat s tím, že mladiství jsou oproti dospělým

daleko více ovlivnitelní, a z tohoto důvodu se s jejich odhodláním dá lépe pracovat, bývají otevřeni změnám. Na druhou stanu však mladiství často vnímají pobyt na DaDDC jako něco nepříjemného.

U dívek, u kterých se začala projevovat řeč změny (tj. klientky rozlišily neprospěch současného stavu; připouštěly výhody možné změny; vyjadřovaly, co se týče změny, optimismus a vyjadřovaly záměr změnit se) (celkem 4), začal sociální pracovník zajišťovat následnou léčbu, ať předáním telefonních čísel a informačních materiálů o jednotlivých druzích léčby či samotným domluvením termínu nástupu do léčby. U klientek, které neprojevovaly tendenci ke změně, předal sociální pracovník aktuální informace územně příslušným kurátorům klientek a dále předal informace o průběhu pobytu a termínu propuštění rodičům. U klientek, u kterých se předpokládal odchod domů, byly sociálním pracovníkem předány kontakty na AT poradny v dosahu místa bydliště.

Výzkumná otázka č. 3

V poslední otázce je snaha nalézt odpověď, v jaké fázi motivace se nachází klient odcházející z tohoto centra. Vliv na toto rozpoložení jistě má absolvovaná psychoterapie, především vliv skupinové dynamiky, neboť skupina prochází proměnami a vývojem na základě vzájemného působení jejích členů. Klienti na sebe mohou reagovat, podporovat se, předávat si zkušenosti, ale jak již bylo uvedeno v předchozí otázce, mohou se též nechat ovlivnit ke špatnému chování. Skupiny se během pobytu jednotlivého klienta mění, neboť nepřichází všichni ve stejný čas. Prokazatelné výsledky terapie přináší, zejména pokud se sejde skupina klientů, kteří jsou motivovaní a ochotní spolupracovat. Klientovi v získání náhledu též pomáhá terapie individuální (kdy v soukromí terapeutovi prozradí to, co se před ostatními stydí říci), s terapeutem se též dostává hlouběji do problematiky.

Program DaDDC klade důraz na terapeutický program (od 10 hod. do 12 hod., od 15 hod. do 17 hod.), na volnočasový strukturovaný program (od 8 hod. do 9 hod. a poté od 13:30 hod. do 14:30 hod.), který je rozmanitý a je kombinací několika metod. Klienti též během pobytu musí plnit určité povinnosti (př. služba na připravení stolu k jídlu, úklid edukační místnosti).

Toto oddělení soubor č. 1 opouštěl následovně:

Klientky z tohoto výzkumného vzorku absolvovaly v průměru na tomto oddělení 11 dní pobytu. S ohledem na počáteční reakce při příjmu změnilo svůj pohled 8 klientek.

- 4 klientky byly propuštěny domů s kontaktem na AT poradnu, a to z toho důvodu, že nejevily zájem o další léčbu, program negovaly, nezískaly náhled, nechtěly se zapojovat do aktivit.
- 8 klientek odešlo do léčby, tj. do psychiatrické léčebny či terapeutické komunity, čtyři z nich již uváděly při příjmu, že ví, že po absolvovaném pobytu zde nastupují do následné léčby. Dalších pět klientek získalo dostatečný náhled, motivaci ke změně chování, ptaly se na možnosti léčby, vybraly si a po detoxikaci nastoupily do zvoleného zařízení.
- 2 klientky odešly do diagnostického ústavu a 1 klientka do výchovného ústavu. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu či sociální situaci absolvovaly pobyt. Potřebovaly snížit toleranci vůči droze, ale bohužel nebyly motivované k abstinenci či nástupu na další odvykací léčbu.

6. 6. 2 Výsledek výzkumu soubor 2

Výzkumná otázka č. 1

Soubor č. 2 v období při příjmu (tzn. v první den pobytu) vykazoval obdobné nastavení motivace jako výzkumný soubor č. 1, tj. svůj problém s hlavní NL/se závislostí samy řešit nechtějí, na DaDDC je donutili jít rodiče nebo jejich kurátor.

Rodinné anamnézy opět i u těchto klientek mají shodné jevy s předchozí skupinou. Tato skupina dívek také přichází z problémově zatížených rodin, neboť klientky uvádějí, že v jejich vztahu s rodiči či ve vztahu rodič-rodič vznikají konflikty. Dále klientky uvádějí i související činitele, jako jsou bytové a ekonomické problémy rodiny (6 klientek), jsou opět zaznamenávány i psychopatologie jednoho nebo obou rodičů (u dvou klientek) a též rodiny improvizující a liberální (také u dvou klientek).

Na otázku, co očekává od pobytu na DaDDC většina klientek (7 klientek) odpověděla, že chtějí jít domů nebo do dětského domova, dvě klientky uvedly, že mají domluven nástup do terapeutické komunity, jen jedna klienta uvedla, že vůbec neví, co má očekávat a co s ní dále bude.

První pozorování bylo s každou klientkou provedeno během druhého až čtvrtého dne po pobytu, a to v rámci skupinové terapie. Pozorování trvalo 30-45 minut.

Terapeutická technika, při které pozorování probíhalo, se nazývá *„životopis“*.

Životopis

Cíl této techniky: představit svůj život a především svou drogovou zkušenost.

Pomůcky: papír o velikosti A4, propiska.

Instrukce: Klient na papír sepíše svůj životní příběh, tj. jak vyrůstal, co zažil a jak vypadá jeho drogová kariéra (toto si připraví již den předem či během osobního volna), poté se v rámci skupinové terapie představí. Pravidlem této techniky je to, že i když jsem něco na papír o sobě napsal, pokud se na to necítím, nemusím vše skupině sdělit. Po odprezentování se terapeut klienta doptává či navádí k zamyšlení (př. práce s emocí, co se stalo, jak se cítil, co prožíval, jak se na to dívá dnes, jak hodnotí průběh dané věci, co svým chováním získal, co ztratil, jak bude vypadat jeho budoucnost, apod.). Klienta se též mohou ptát ostatní účastníci skupiny.

V tabulce níže (tabulka č. 1) jsou zapsány reakce klientek na shora uvedenou techniku. Klientky jsou označeny velkým písmenem abecedy od A do I (první sloupec), ve druhém sloupci je uvedena reakce klientek, pokud chtějí pokračovat v současném chování, ve třetím sloupci je reakce klientek, které by chtěly své chování změnit a tuto svou tužbu projevily.

tabulka č. 1

Klientka/datum terapie/den pobytu	**Zachování současného chování - co získám/čím za to zaplatím**	**Projevy změny:**
klientka A 18.4.2014 *4. den pobytu*	Uvádí, že díky drogám není ve stresu, ale dokáže zhodnotit, že jí drogy vzaly rodiče a kamarády.	*„Chci se změnit kvůli rodině a hlavně kvůli sobě.“*
klientka B 18.4. 2014 *2. den pobytu*	Uvádí, že drogy jí přináší uvolněnost, zábavu a závislost, ovšem dodává, že jí berou zdraví a logické uvažování.	*„Chci přestat kvůli rodině a příteli, pro sebe to ani tak nedělám.“*

klientka C 18.4.2014 *2. den pobytu*	Během techniky uvedla, že jí drogy přináší radost, volnost, ale i pláč a bolest. Kriticky připouští, že jí drogy vzaly rodinu a dětství.	*„Nechci se léčit, moje podpora je moje rodina, bez ní bych to v léčebně nezvládla.“*
klientka D 23.4.2014 *2. den pobytu*	Zmínila, že díky drogám může zapomenout na starosti, když by přestala, přišla by o neustálý pocit štěstí.	*„Pokud bych přestala, mohla bych získat čas na přátele a rodinu.“*
klientka E 29.4.2014 *3. den pobytu*	Kriticky uvádí, že jí drogy berou pomalu ale jistě všechno, především svobodu, být doma s rodinou.	*„Chci se léčit, dělám to pro sebe, ale hodně mi při tom pomáhá mamka, zároveň to dělám i pro ni. Ale kdybych neměla žádnou podporu kolem sebe, myslím, že bych přestat nechtěla.“*
klientka F 29.4.2014 *3. den pobytu*	Sdělila, že drogy jí přináší chuť uklízet, a dále *„celou noc jsem ready“*, berou ji smích na tváři, barvu v obličeji.	*„Cítím, že jsem se za poslední dobu změnila (agrese, žádná pozitivní nálada). Chci přestat kvůli sobě a mamce mého přítele.“*
klientka G 2.5.2014 *3. den pobytu*	Zmínila, že jí drogy přinášejí různé věci a stavy, drogy jí dávají pohodu i agresi a berou si tu její špatnou náladu.	*„V současný chvíli to měnit nechci, už chci zase domů.“*
klientka H 2.5.2014 *3. den pobytu*	Drogy jí dávají *„husté stavy“* a berou jí peníze.	*„Léčit se zatím nechci, odsud chci jít domu, ale jestli někdy půjdu do léčby, tak kvůli mámě.“*
klientka CH 6.5.2014 *3. den pobytu*	Uvedla, že drogy jí přináší *„asi jen ten pocit“* a berou jí postupně koníček, který má ráda (tancování).	*„Nevím, zda bych léčbu zvládla. Nechci být dlouho od svých blízkých.“*
klientka I 6.5.2014 *3. den pobytu*	Zmínila se, že jí drogy dávají klid, nemusí nic řešit a berou jí hezkou tvář.	*„Chtěla bych přestat kvůli svému partnerovi, ale ten je ten v diagnostiku, a kdybych šla do léčby, tak bychom se dlouho neviděli.“*

Zhodnocení: Klientky byly v této technice sdílné a spolupracující, sebekriticky dokázaly určit, co jim drogy přináší a co jim berou. Při přínosech hovořily především o pocitech, emocích, na protistranu staví nejvíce ztrátu blízkých osob a zdraví.

Co mohlo ovlivňovat toto nastavení:

- Průměrná doba užívání hlavní drogy (pervitinu) u druhého výzkumného vzorku byly 2 roky a 6 měsíců, což je o tři měsíce déle než u předchozího vzorku. Z osobních vyjádření během této techniky vyplývá, že pokud by se měly jít léčit nebo pokud se půjdou léčit, bude to kvůli rodičům (u 5 klientek), kvůli jiné blízké osobě než rodiči (2 klientky) a dvě zároveň ryze uvádí, že změnu by udělaly pro sebe. Z odpovědí zbývajících klientek není zřejmé, kvůli čemu či komu by v léčbě pokračovaly.
- Průměrný věk této skupiny byl 17 let a 3 měsíce, jedná se tedy v průměru o klientky starší, ale dle průměrné délky užívání je možné stanovit, že tyto klientky taktéž užívaly drogy dříve, než jim bylo 15 let.
- Nejnižší věk při prvním užití u těchto klientek bylo též 13 let.
- Pervitin tato děvčata nejčastěji užívají/užívala nasálně (10 případů), přičemž dvě z nich zkoušela i jiný způsob užití (kouření), dvě z nich mají zkušenost i s intravenózní aplikací, přičemž jedna klientka takto užívá doposud.
- Vedlejší drogy, které užívají: Tyto dívky vykazovaly totožné znaky s předcházející skupinou. Z deseti klientek bylo osm aktivními kuřačkami, dále všechny kuřačky a jedna nekuřačka uvedly jako svou vedlejší drogu marihuanu (minimálně 3x týdně). Všechny dívky měly zkušenost s alkoholem. Experimentování s jinými NL se objevilo u 6 dívek.
- Opakovaně umístěna na DaDDC byla z tohoto vzorku dvě děvčata.
- Z výpovědí děvčat je zřejmé, že peníze na návykové látky nepotřebují, neboť je dostávají od kamarádů či partnerů (7 dívek), 2 dívky si nakupují z kapesného (složí se společně s kamarády), 1 dívka si přivydělává dáváním věcí do zástavy nebo občasným dealováním marihuany. Ani jedna dívka si na pervitin nevydělává prostitucí.

Výzkumná otázka č. 2

Tato otázka slouží ke zjištění, jaké metody a způsoby léčby měly na tuto skupinu největší vliv. Soubor č. 2 je v rámci této výzkumné otázky pozorován během šestého až devátého dne pobytu. Bohužel nebylo již možné všechny klientky pozorovat u stejné techniky tak jako u první výzkumné otázky. Během druhé série pozorování šlo o techniky „Kruh aktivit“ u 5 klientek (A, B, C, E, F) a „Cesta“ u 5 klientek (D, G, H, CH, I).

Kruh aktivit

Technika již byla blíže popsána v kapitole 4. 4. 4, v rámci pozorování byla terapeutem využita varianta kruhu aktivit v současné době i v době, když nebudu užívat drogy.

Cesta

Cíl: dozvědět se, jak klient vnímá svou cestu životem.

Pomůcky: oblázky, kamínky, korálky.

Instrukce: Skupina sedí v kruhu na zemi, doprostřed se vysypou kamínky/oblázky, popř. velké korálky. Na základě zadaného tématu se skládá vlastní cesta dosavadním životem, přičemž to, jak se znázorní vlastní překážky na cestě, záleží na klientovi samotném (někdo využívá velké kameny, někdo vytvoří mezi kameny mezeru, apod.).

Postup: Zobrazená cesta je při rozhovoru s klientem hlavním vodítkem. Díky této technice se zjišťuje, jak vnímá svůj dosavadní život, jak umí rekapitulovat prožité situace, jak vnímá vztahy s rodiči a osobami blízkými, za co se umí ocenit a co bere jako zklamání.

Významné reakce klientek při druhém pozorování byla zaznamenána do níže uvedené tabulky (tabulka č. 2). V prvním sloupci jsou označené klientky opět písmeny A až I, ve druhém sloupci řeč změny a ve sloupci třetím řeč odporu.

tabulka č. 2

Klientka/datum terapie/den pobytu	**Celkový počet řeči změny Druh řeči změny + příklady**	**Celkový počet řeči odporu Druh řeči odporu + příklady**
klientka A 23.4.2014 *9. den pobytu*	5x Přání změnit se - *„Chci mít normální kamarády a ne furt řešit perník.“*	2x Nevýhody změny – *„…máma mě bude víc kontrolovat…“*
klientka B 23.4. 2014 *7. den pobytu*	4x Závazek ke změně – *„S perníkem končím, i když to bude těžký, s hulením zatím nic dělat nechci…“*	2x Pesimismus – *„Myslím, že mi rodiče stejně nevěří, že zvládnu nebrat.“*

klientka C 23.4.2014 *7. den pobytu*	2x Důvody ke změně – *„Chci zas lepší vztahy s mámou.“*	2x Obhajoba současného stavu – *„Nevím, zda budu bez pika šťastná?!“*
klientka D 29.4.2014 *8. den pobytu*	3x Schopnost změnit se – *„Získávám tady sebedůvěru, zvládnu přestat…“*	3x Nevýhody změny – *„I kdybych už nebrala, lidi mi budou říkat smažko… a to nesnáším…“*
klientka E 2.5.2014 *6. den pobytu*	4x Potřeba změnit se – *„Chci být jako dřív, protože v současný době ztrácím rozum a zapomínám.“*	3x Obhajoba současného stavu – *„Rodiče mě budou hlídat, ztratím pocit být free.“*
klientka F 2.5.2014 *6. den pobytu*	5x Přání změnit se – *„Chci vypadat líp.“*	1x Pesimismus – *„Nevím, jak bez pika zvládnu stres, nemám silnou vůli.“*
klientka G 6.5.2014 *7. den pobytu*	2x Potřeba změnit se – *„Už mi jde na nervy dealer a mám taky problémy s poldama….“*	5x Záměr změnu neuskutečnit – *„Až přijedu domů, tak se určitě chci zhulit a vyrazit na pořádnou party….“*
klientka H 6.5.2014 *7. den pobytu*	3x Důvody ke změně – *„Hrozí mi ústav, ale nechci tam, asi bych měla něco změnit.“*	3x Pesimismus – *„Asi to jen tak nepůjde přestat a zaplatit všechny dluhy, jsem ztracenej případ…“*
klientka CH 10.5.2014 *7. den pobytu*	4x Přání změnit se – *„Chtěla bych znovu začít závodně tancovat.“*	4x Obhajoba stávajícího stavu – *„Nevím, zda mě trenérka vezme zpět, jestli ne, tak se budu bez perníku hrozně nudit.“*

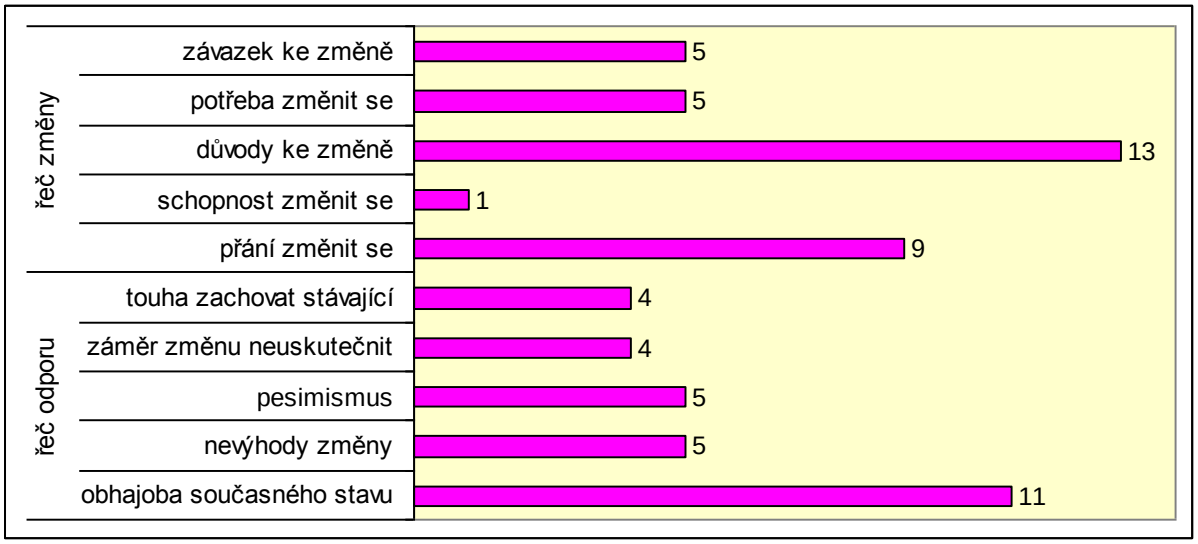
klientka I 10.5.2014 *7. den pobytu*	1x Důvody ke změně – *„Pokud bych přestala brát, měla bych zase barvu v obličeji.“*	4x Touha zachovat stávající stav – *„Když si dám peří, neřeším, co se děje doma….“*

Zhodnocení reakcí klientek: Všechny klienty během výše uvedené techniky projevily jak řeč změny, tak řeč odporu, přičemž poměr řeči změny a odporu byl 53 % ku 47 %, podrobnější přehled reakcí klientek uvádím v grafu č. 4.

V řeči změny byly nejhojněji zaznamenány reakce spojené s důvodem ke změně (13x). Zde byla mezi hlavními příčinami zastoupena následující témata: zlepšení vztahu s rodičem/rodiči, dokončení studia, změna osobních projevů, návrat mezi „pravé“ přátele, hrozba ústavní péče, zdravotní problémy. Ve druhé nejhojněji zastoupené skupině v řeči změny – přání změnit se (9x) – byly zastoupeny následující motivy: vrácení se k původnímu životu (př. *„Chci být jako dřív…“*), nespokojenost se současným vzhledem, se současnou náladou.

V řeči odporu byly nejvíce reakce obhajující současný stav (11x). Motivy, které se v obhajobách vyskytovaly, byly tyto: mít nějaké tajemství, dodání pocitu štěstí, budu pod větší kontrolou, nebudu volná, bez perníku nezvládnu problémy doma, lepší zábavu neznám. Po shodných 5 reakcích měly projevy pesimismu a nevýhody změny, př. *„Nezvládnu to, nebudu mít energii.“* či *„To nebudu moc vydržet, mám slabou vůli.“*, dále *„Když přestanu, budou mě víc hlídat, nepustěj mě ven…“*.

graf č. 4



Zhodnocení reakcí terapeuta: Ve všech termínech nezúčastněného pozorování vedla skupinovou terapii psycholožka DaDDC PhDr. Jana Kmoníčková. Terapeut při obou zaznamenaných technikách, tj. „Kruh aktivit“ a „Cesta“, využíval motivační postup, ve kterém klient může porovnávat výhody (zisky) a nevýhody (náklady), jež mu přináší současný stav a jaké výhody a nevýhody by mu přinesla případná změna. Snažil se otevřenými otázkami navádět klienta, aby sám přišel na argumenty ve prospěch změny. Většina klientek reagovala na zvolené techniky velmi dobře a zapojovala se.

Terapeut velmi dobře vycítil činitele, které se klientkám na jejich současném chování jeví jako atraktivní a nezlehčoval je. Dále se snažil redukovat poutavost těchto faktorů pro děvčata poukázáním na negativní následky, ke kterým vedou (př. zdravotní rizika, zhoršení sociální situace, apod.). Pokládal otevřené otázky: *„Co tě na braní pervitinu přitahuje? Proč si myslíš, že je to problém? Jaké problémy ti to v životě přináší? Jak užívání pervitinu škodí tobě nebo druhým lidem?“* Též aktivně uplatňoval empatii a poskytoval zpětnou vazbu a v neposlední řadě kladl důraz na to, že odpovědnost za změnu svého chování/situace je plně v rukou samotného klienta, př. *„Je to tvoje rozhodnutí, které za tebe nemůže nikdo jiný udělat.“*.

Pokud některá s klientek během techniky vyjadřovala obavy (př. pesimistické projevy: *„Je to se mnou beznadějné.“),* terapeut reagoval kupř. takto: *„Co myslíš, že se stane, pokud s tím nic neuděláš?“*.

Při projevu klientky, ze kterého bylo patrné přání změnit se, např. *„Musím s tím něco udělat.“* nebo *„Takhle už to dál nejde.“*, byly reakce následující: *„Vidím, že uvažuješ o tom, že bys s tím měla něco dělat. Proč si myslíš, že už to tak dál nejde?“* či *„V čem by ti změna prospěla?“*.

Dále u všech klientek terapeut během zmíněných technik využíval v největší míře otevřené otázky, dále reflektování, ocenění a v neposlední řadě též shrnutí.

Jak už bylo řečeno výše, klientky na techniky reagovaly i řečí odporu. Projevem bylo popírání problému, jež se projevovalo nesouhlasem s terapeutovým návrhem, ovšem bez vlastní alternativy, přičemž odpověď klienta začínala: *„Ano, ale….“*. Též se objevovaly odpovědi, které celou problematiku bagatelizovaly a pesimistické odpovědi, př. *„Nedá se s tím nic dělat, já už jsem taková…“*. Terapeut na odpor klientek reagoval velmi profesionálně, nekonfrontačně a jednoduše zrcadlil klientčin názor či emoci. Také zdůrazňoval osobní volbu a odpovědnost klientky.

Jak vypadalo nastavení klientek v průběhu pobytu:

Jak již bylo zmíněno dříve, z druhého výzkumného vzorku byla na tomto oddělení umístěna dvě děvčata. Poprvé byla jedna z nich hospitalizována před rokem, tj. v květnu 2013, a druhá méně než před půl rokem, tj. v prosinci 2013. U obou dívek bylo dle sdělení terapeuta znatelnější změna chování oproti minulému pobytu, a to ve smyslu projevení přání změny chování. Již při příjmu byly nastaveny ke změně a dále jim byl během pobytu domluven nástup na pobyt v terapeutické komunitě (klientka B a klientka F). Klientka A s klientkou E již při nástupu na toto oddělení měly domluvený nástup do terapeutické komunity (TK Cesta Řevnice), během pobytu na DaDDC dostaly podrobnější informace o průběhu pobytu v TK. U dívky D se začala projevovat určitá změna postoje ke svému chování, sociální pracovník podal informace o možnostech následné léčby (klientka v průběhu zvažovala volbu mezi psychiatrickou léčebnou a terapeutickou komunitou). Klientky C, G, H, CH, I, sice během druhé poloviny pobytu, tj. 6. – 9. den, detoxifikace spolupracovaly s terapeutickými pracovníky i se zdravotnickým personálem, ale aktivně ony samy ani jejich zákonní zástupci neprojevili zájem o poskytnutí kontaktu pro následnou léčbu.

Výzkumná otázka č. 3

K zodpovězení třetí výzkumné otázky (nastavení klienta k motivaci při odchodu z DaDDC) u druhého souboru je využívána metoda polostandardizovaného rozhovoru se všemi klientkami, tedy opět označenými písmeny A až I.

Rozhovor:

Při práci na této výzkumné otázce je zvolen polostandartizovaný rozhovor, který umožňuje obměnu kladených otázek a možnost dále pracovat s odpovědí dotazované. S klientkami proběhlo dvakrát neosobní setkání v rámci nezúčastněných pozorování, ale i dále v rámci působení jako dobrovolník na DaDDC, během volnočasových aktivit, tudíž nebylo nutno se blíže představovat. Rozhovory byly prováděny na místě, které bylo klientovi během pobytu nejvíc blízké, a to v jeho pokoji (neboť tam má osobní věci). K záznamu rozhovoru byl použit záznamový arch.

Okruhy rozhovoru:

- jak vnímá svůj pobyt na DaDDC
- jakými způsoby a jak často byl klient během pobytu ve spojení se svými rodiči/sourozenci
- jak se klient choval během pobytu na DaDDC
- jak klient vnímal přístup terapeutů
- jak klient spolupracoval se sociálním pracovníkem
- jak klient vnímal péči zdravotnického personálu
- zda klient zná své další možnosti léčby po pobytu na DaDDC
- jaké jsou klientovi cíle/tužby
- zda existuje něco, na co se klient těší

Rozhovor s klientkou A (27.4.2014, 12. den pobytu)

Já: „Ahoj, jak se dneska cítíš?“

Klientka A: *„Ahoj, je tu nuda.“*

Já: „Dnes je neděle, takže máte jen volnočasovky se setřičkama?“

Klientka A: *„Jo, jo.“*

Já: „A co jsi dělala včera?“

Klientka A: *„Včera jsem měla návštěvu, byla tady máma… byly jsme se projít i venku, tak to bylo super.“*

Já: „Říkáš, že tu byla včera mamka, to je fajn… takže jste byly během pobytu v kontaktu?“

Klientka A: *„Hmm, máma skoro každý večer volala na sesternu a včera tu byla podruhý za mnou na návštěvě.“*

Já: „Tak to ráda slyším. A už víš, kdy ukončíš pobyt?“

Klientka: *„Jo, měla bych jít domů v úterý ráno.“*

Já: „Byla jsi tady poprvé, jak to hodnotíš, líbilo se ti tady, nebo sis představovala pobyt tady jinak?“

Klientka A: *„Když mě sem rodiče vezli, tak jsem měla strach, co bude… překvapilo mě, že nemůžu mít tady svoje oblečení a mobil.“*

Já: „Jaké to pro tebe bylo nemít oblečení, na které jsi zvyklá a nemít telefon?“

Klienta A: *„Bylo to divný, tepláky nosím jen na tělák, ale zase jsme je měli na sobě všichni, takže jsem nebyla jediná, co si připadá jako blbec… bez mobilu je to těžký, poslouchám tam muziku, chatuju s kamarádama… hraju hry, říkám si, zda mě třeba někdo nesháněl… kolik tam budu mít zameškanejch hovorů.“*

Já: „Chápu… a je něco, co se ti tady líbilo?“

Klientka A: *„Výhled z okna na Prahu (smích).“*

Já: „No, ten opravdu stojí za to… a zaujala tě nějaká terapeutická technika?“

Klientka A: *„Líbilo se mi hlavně kreslení na hudbu a vyrábění z korálků.“*

Já: „A co si vyrobila?“

Klientka A: *„Takový zvířátko na klíče a korálky na krk s křížkem.“*

Já: „Aha, to jsi šikovná… a jak hodnotíš práci terapeutů, je něco, co se ti z jejich strany nelíbilo?“

Klientka A: *„Byli v pohodě, myslím, že svou práci dělají dobře.“*

Já: „Zapojovala ses do všech technik, nebo byla nějaká, kterou jsi bojkotovala?“

Klientka A: *„Když mi bylo dobře, tak jsem byla normálně na skupině… ale jedno odpoledne jsem nic nedělala, bylo mi zle, měla jsem chutě, tak jsem dostala nějaký léky a spala jsem.“*

Já: „Chápu, to je tady celkem běžné… a co sociální pracovník, pomohl ti nějak?“

Klientka A: *„Už jsem měla při příjezdu domluven nástup do Řevnic, takže jsem ho nepotřebovala, třeba jako jiní, kterejm dal telefon na poradny nebo léčebny. Ale vlastně jsme s ním šli na mše, to se mi líbilo. Tam člověk mohl přemýšlet úplně jinak než tady v pokoji.“*

Já: „Aha, ta atmosféra, že?“

Klientka: *„Jo, jo…“*

Já: „Takže, jestli to chápu dobře, nastupuješ do komunity?“

Klientka A: *„Jo, v úterý mě propustěj a ve středu nastupuju tam.“*

Já: „A co máš v plánu po léčbě v komunitě?“

Klientka A: *„Hlavně asi dodělat školu… se základkou si asi práci nenajdu…“*

Já: „To je fajn cíl… je v současný chvíli něco, na co se těšíš?“

Klientka A: *„Těším se domů… na svoji postel (smích)…“*

Já: „Je něco, co bys vzkázala klientům, kteří sem přijdou na pobyt?“

Klientka A: *„Že je čeká ranní vstávání a ať se nebojej.“*

Já: „To je hezké… děkuji ti za rozhovor a přeji hodně zdaru.“

Klientka A: *„Nemáš zač.“*

Mé shrnutí

Během rozhovoru se klientka chovala velmi přirozeně, na otázky odpovídala plynule. Odpovědi klientky korespondují s její skutečnou situací, objektivně vnímá svůj pobyt na tomto oddělení.

Klientka A (17 let) zde byla umístěna z důvodu detoxifikace před nástupem do terapeutické komunity. Již při nástupu si klientka A uvědomovala důvody svého pobytu a během celé hospitalizace svědomitě absolvovala terapeutické skupiny. Celkově dobré ladění je způsobeno jak dobrými vztahy s rodiči, tak uvědoměním si klientky své problémové situace (tj. abúzus pervitinu a marihuany, cca. 3 roky) a otevřeností rodiny i klientky tuto situaci řešit.

Při návratu z DaDDC a popř. z terapeutické komunity doporučuji stavět volnočasový program na změnu prostředí, volit aktivity, které budou tvůrčí (př. keramika), neboť sama klientka viděla, že jí tyto techniky jdou a že přináší výsledky a že je v nich úspěšná. Jako riziko vnímám okruh přátel, se kterými užívala drogy a od kterých drogy dostávala.

Rozhovor s klientkou B – (27.4.2014, 11. den pobytu)

Já: „Ahoj, jak se dnes máš?“

Klientka B: *„Na hovno…“*

Já: „A proč, stalo se něco?“

Klientka B*:“Ale nic… nemám cíga a nemám s kým jít na pokec…“*

Já: „Jak koukám, postele jsou prázdné, takže jsi zůstala na pokoji sama.“

Klientka B: *„Jo.“*

Já: „A s holkama z jiného pokoje se nebavíš?“

Klientka B: *„S nima se moc nemusím, melou kraviny.“*

Já: „Aha… a víš, kdy tě propustí?“

Klientka B*: „Zítra ráno, ale hned jedu do Bohnic.“*

Já: „Aha, takže budeš odcházet do klasické léčby na psychiatrii, co ti pomohlo, se takhle rozhodnout?“

Klientka B: *„No, s psycholožkou jsme rozebíraly možnosti, který mám, a Martin (pozn. sociální pracovník) mi dal info o léčebnách i o komunitách… máma taky kvůli tomu volala psycholožce a psycholožka doporučila léčebnu, takže proto…“*

Já: „Z toho, co říkáš, vyplývá, že tedy mamka byla v kontaktu s tebou i s pracovníky tady, je to tak?“

Klientka B: *„Jo, máma volala na sesternu i psycholožce.“*

Já: „Jak hodnotíš svůj pobyt tady? Byla jsi spokojená, nebo bys něco změnila?“

Klientka B: *„Jsem už tady podruhý, tak jsem věděla, co bude… i když jsem se těšila na jednu terapeutku, ale ta už tady nepracuje… první tejden bývá nejhorší, depky, nervy, na oknech mříže a nemůžeš jít ven… ale pak jsem to už docela dávala.“*

Já: „Aha, takže jsi tady byla… a jak to vypadalo, když si odtud odešla poprvé, co se dělo doma?“

Klientka B: *„Ale spadla jsem do toho znova a ani jsem se tomu nebránila, znáš to, sešla jsem se s kámoškama, hodila řeč, a když mi nabídly peří, tak jsem neodmítla.“*

Já: „A co se stalo, že si teď tady podruhé?“

Klientka B: *„Je to hlavně kvůli mámě a mému klukovi, máma je ze mě na sračky a můj kluk to neví a už mu nechci lhát.“*

Já: „To je fajn, jak o tom teď mluvíš… je nějaká technika, která ti pomohla se v tom tvém rozhodnutí ukotvit, která podporovala tyhle tvoje myšlenky?“

Klientka B: *„Nevím… možná ¨Pustý ostrov¨.“*

Já: „Jo, to je dobrá technika. A zeptám se… jak si vycházela s terapeuty a se zdravotnickým personálem?“

Klientka B: *„Terapeuti dobrý, sestry někdy horší… ty jejich kontroly uklizenýho pokoje a chytrý kecy… jednou jsem se s jednou chytla.“*

Já: „Děkuju za upřímnost…. a je něco, co bys tady změnila, kdybys mohla, kdybys to tady vedla?“

Klientka B: *„No… aby sme měli víc cigaret a mohli mít mobil.“*

Já: „Takže jestli to chápu dobře, tohle ti tady vadí, že nemůžeš víc kouřit a mít telefon?“

Klientka B: *„Jo, venku jsem zvyklá dát si cígo, kdy chci,… a mobil je taky důležitej.“*

Já: „To je jasný… a ví teď tvůj kluk, kde jsi?“

Klientka B: *„Hmm, když mě sem máma vezla, tak mu volala a přiznala jsem se, co se děje.“*

Já: „Jaké to pro tebe bylo, jít s pravdou ven?“

Klientka B: *„Myslím, že už něco tušil, ale i tak jsem ho asi dobře vyšokovala…už jsem to musela říct.“*

Já: „To je fajn, že ses takhle rozhodla… a jak vidíš svou situaci po léčbě?“

Klientka B: *„Vůbec nevím… jen doufám, že budu moc být se svým klukem…“*

Já: „Přeju hodně štěstí a děkuji za rozhovor.“

Klienta B: *„ V pohodě.“*

Mé shrnutí:

Klientce B je 16 let, na DaDDC je již podruhé, hlavním důvodem je detoxifikace organismu a během druhého týdne pobytu se rozhodla pro následnou léčbu. Rozhovor byl veden v „přátelské“ atmosféře během nedělního odpoledne, tj. klientka nebyla zatížena terapeutickým programem. Na vztahové otázky odpovídala klientka B velmi upřímně.

Během druhého pobytu získala klientka B velmi slušný náhled a motivaci pro následnou léčbu, plně si uvědomuje důvody, proč chce svůj stávající způsob života změnit. Dle mého pozorování dávala při terapiích i dobrou zpětnou vazbu ostatním členům skupiny. Příčinami tohoto nastavení je osobní vyzrání klientky (poslední dávku pervitinu užila 1 měsíc před nástupem na DaDDC) a dobrý vztah s rodiči.

Během ústavní léčby bude jistě důležité pracovat na modelech odmítnutí drogy a hledání nových/staronových způsobů trávení volného času a navázat na úspěchy z minulosti (př. sportovní aktivity). Na základní škole závodně plavala.

Rozhovor s klientkou C – (29.4.2014, 13. den pobytu)

Já: „Ahoj.“

Klientka C: *„Čau.“*

Já: „Jak to dneska jde?“

Klientka C: *„No… na hovno.“*

Já: „Na hovno? Co to znamená?“

Klientka C: *„Že už mě to tady sere.“*

Já: „A co tě tady sere?“

Klientka C: *„Všechno!“*

Já: „A mohla bys vyjmenovat, co konkrétně?“

Klientka C: *„Nemám mobil, potřebuju si dát cígo, už bych chtěla bejt doma.“*

Já: „Dobře, to chápu… a co terapie, co skupiny?“

Klientka C: *„Ty jsou nuda… nic mi to neříká.“*

Já: „Já jsem tě viděla na dvou terapiích a tam si byla v pohodě…“

Klientka C: *“Minulej tejden to bylo OK, ale teď je to na hovno.“*

Já: „Hmm, takže se necítíš dobře, a víš kdy tě propustí?“

Klientka C: *„Zítra odpoledne.“*

Já: „A jdeš domů, nebo někam jinam?“

Klientka C: *„Jdu domů, nikam jinam nechci, nepotřebuju to.“*

Já: „Řekla bys, že ti pobyt tady něco dal, nebo vzal?“

Klientka C: *„Asi mi dal čas přemejšlet.“*

Já: “A nad čím jsi přemejšlela?“

Klientka C: *„To ti nechci říct.“*

Já: „Dobře… říkala jsi mi, že jdeš tedy odtud domů… je něco z toho, o čem jste tady mluvili, nebo dělali, čím se budeš řídit?“

Klientka C: *„No nevím… asi nic.“*

Já: „A co sociální pracovník… bavila ses s ním?“

Klientka C: *„Párkrát jsem s ním hrála fotbálek.“*

Já: „A bavili jste se spolu o možnostech léčby?“

Klientka C: *„Bavili, ale myslím, že léčbu nepotřebuju.“*

Já: „A co sestřičky, jak to šlo s nima?“

Klientka C: *„Neřešila jsem je.“*

Já: „Aha… říkala jsi, že ti chybí mobil, byla jsi přesto nějakým způsobem v kontaktu s mámou nebo tátou?“

Klientka C: *„Máma volala asi třikrát na sesternu.“*

Já: „A byla tady za tebou na návštěvě?“

Klientka C: *„Ne, to nebyla.“*

Já: „Aha… kdybys to tady měla na starosti, změnila bys něco?

Klientka C: *„Asi aby tady bylo kafe a normálně hudba, kterou chceme.“*

Já: „Je teď něco aktuálního, na co se těšíš?“

Klientka C: *„Až budu venku s kámošema a dám si jointa.“*

Já: „Dobře, děkuju za tvůj čas.“

Klientka C: *„V klidu.“*

Mé shrnutí:

Během rozhovoru se klientka chovala odtažitě a na zadané otázky odpovídala stroze. Chování při rozhovoru korespondovalo s aktuálním nastavením klientky. Z rozhovoru je znatelné, že této klientce motivace ke změně jednání chybí a na svou situaci má velmi nízký náhled.

Klientka C (17 let) byla na DaDDC přivezena rychlou záchrannou službou ve stavu těžké opilosti, neboť jí náhodní kolemjdoucí nalezli v nočních hodinách na autobusové zastávce a zavolali RZS. Klientka C v rámci psychiatrického rozhovoru přiznala aktivní užívání pervitinu (2 roky), marihuany a alkoholu (3 roky). Jelikož sem byla klientka C umístěna, můžeme říct, že dle toho se i během pobytu chovala. Ačkoliv byla během prvního týdne terapií velmi upřímná, ve druhém týdnu již velmi špatně spolupracovala a byla pasivní a též pro ostatní klienty nebyla dobrým příkladem.

Při návratu z tohoto oddělení bych doporučovala stavět na rodinných vztazích, na posilování náhledu na své chování (př. aktivní spolupráce s psychologem, popř. psychiatrickou ambulantní léčbu).

Rozhovor s klientkou D – (2.5.2014, 11. den pobytu)

Já: „Ahoj."

Klientka D: *„Čau."*

Já: „Jaký jsi měla dnes den?"

Klientka D: *„Šlo to…"*

Já: „To je dobře, a řekneš mi, co jste dnes dělali?"

Klientka D: *„Vždyť si tam byla s náma..., tak proč se ptáš?"*

Já: „To máš pravdu, ale stejně to chci slyšet od tebe."

Klientka D: *„Ráno jsme měli s psycholožkou, nový lidi říkali životopisy a pak jsme si zkoušeli porovnat den, když bereme, a den, kdy nebude brát…. A odpoledne jsme měli keramiku."*

Já: „Děkuju za shrnutí… a jak hodnotíš terapeutický program tady?"

Klientka D: *„Jde to."*

Já: „Je něco, co bys přidala do programu?"

Klientka D: *„Chtěla bych bejt víckrát sama s psycholožkou… víc s ní pokecat."*

Já: „A je něco, co bys vyhodila?"

Klientka D: *„Moc mě nebavili programy s učitelkou."*

Já: „A proč právě s ní?"

Klientka D: *„Dělali jsme lepený zvířata, nebo vystřihovali…. To mě nebere."*

Já: „OK, chápu… a co jsi dělala, když nebyli terapie?"

Klientka D: *„Nuda…"*

Já: „Jak tomu mám rozumět?"

Klientka D: *„Nedělala jsem většinou nic, nejraději bych o volnu spala, ale to nemůžeme… takže jsem byla v edukačce a koukala, jak hrajou fotbálek, nebo jsem si povídala s ostatníma."*

Já: „Aha… a už víš, kdy tě propustí?"

Klientka D: *„Měla bych jít domů v pondělí po vizitě."*

Já: „Takže už během dopoledne… Takže pokud to dobře chápu, do léčebny nebo do komunity zatím ne?"

Klientka D: *„Ne,… myslím, že to nepotřebuju… nejsem na tom zle… Martin mi dal kontakt na tu poradnu, jak se tam dochází… víš…, nějak AZ, nebo co?!"*

Já: „Myslíš AT poradnu?"

Klientka D: *„Hej… přesně (smích)."*

Já: „Aha… a byla jsi během pobytu v kontaktu s někým blízkým z rodiny?"

Klientka D: *„Jednou volala máma, na začátku… a dneska jí volal Martin, kdy mě propustí, tak mi ji na chvíli dal, to jsem s ní mluvila podruhý.“*

Já: „A byla tady za tebou i na návštěvě?“

Klientka D: *„Ne, to ne…“*

Já: „Řekla bys, že ti pobyt tady pomohl nebo že ti byl k ničemu?“

Klientka D: *„Myslím, že spíš pomohl.“*

Já: „A v čem konkrétně?“

Klientka D: *„Mohla jsem přemejšlet, poslouchat zkušenosti druhejch lidí.“*

Já: „To je fajn, že si naslouchala i od ostatních… a je něco, co ses tady dozvěděla, čím se budeš doma řídit?“

Klientka D: *„Hej, to nevim… doma to bude těžší přemejšlet o věcech jako tady.“*

Já: „Proč si to myslíš?“

Klientka D: *„Tam mám kamarády, který berou a budu je potkávat, myslim, že budu mít chuť si s nima dát lajnu nebo hulení…“*

Já: „Ale pokud budeš chodit do AT poradny, tak nesmíš brát perník, je to tak?“

Klientka D: *„Vím, to říkala psycholožka i Martin.“*

Já: „Je něco, co by si vzkázala dalším lidem, který sem přijdou?“

Klientka D: *„Že tady přiberou.“*

Já: „Je něco, na co se konkrétně teď hodně těšíš?“

Klientka D: *„Až budu doma a zapnu Facebook.“*

Já. „Tak přeju, ať se ti hodně daří a děkuju za rozhovor.“

Klientka D: *„Dík.“*

Mé shrnutí:

Klientka D se během rozhovoru chovala velmi spontánně a přátelsky.

Klientka D (16 let) byla na DaDDC umístěna z důvodu detoxifikace organizmu na základě žádosti zákonného zástupce. Během pobytu zde nezískala dostatečný náhled na situaci ohledně svého chování a vztahu k návykovým látkám, svou závislost často bagatelizovala. Vzhledem k tomuto nebyla doporučena ústavní léčba, ale prozatím předán kontakt na AT poradnu v místě bydliště. Příčinami tohoto chování může na jedné straně být nevyzrálá osobnost klientky a na straně druhé nevhodný výchovný styl rodiny (matka samoživitelka, bývalá narkomanka).

Po propuštění z DaDDC bych kromě AT poradny doporučovala pracovat na rodinné terapii a na změně způsobu trávení volného času (tj. vymanit se z vlivu starších kamarádů, se kterými drogy užívala).

Rozhovor s klientkou E – 6.5.2014 (10. den pobytu)

Já: „Ahoj, tak jak to dneska jde?“

Klientka E: *„Zdar, jde to….“*

Já: „Co polední klid, spala si?“

Klientka: *„Jo spala.“*

Já: „Dneska je pátek, jak bude vypadat víkend?“

Klientka E: *„Sestra nám slíbila, že budeme koukat v sobotu na film… ale jinak asi bude nuda.“*

Já: „Slyšela jsem, že už v pondělí jdeš domů, je to tak?“

Klientka E: *„Konečně.“*

Já: „Tak to víkend uteče a už pojedeš… už vlastně víš, kdy tě propustí, tak můžeme zrekapitulovat tvůj pobyt tady. Jak ses tady vlastně cítila?“

Klientka E: *„Jako vězeň.“*

Já: „Proč?“

Klientka E: *„Furt samý zákazy a nemůžeš jít ven…“*

Já: „Jasně…pomáhalo ti něco, aby ses cítila trochu lépe?“

Klientka E: *„Jo, když jsme šli alespoň na cígo.“*

Já: „A ještě něco jiného?“

Klientka E: *„Když jsem slyšela mámu.“*

Já: „A jak často volala?“

Klientka E: *„Obden.“*

Já: „Tak to musela být dobrá psychická podpora slyšet mamku často… A co skupiny s terapeutem, jak ses cítila tam?“

Klientka E: *„Když byla skupina, tak mi čas tady rychle utekl... mohla jsem mluvit o tom, co mě deptá…“*

Já: „Myslíš, že ti pobyt tady něčím pomohl?“

Klientka E: *„Asi jo… mám teď čistější hlavu, že zase myslim.“*

Já: „Tak to je moc fajn… a mluvila jsi během pobytu se sociálním pracovníkem o možnostech řešení tvé situace?“

Klientka E: *„Jasně… několikrát, a i s psycholožkou.“*

Já: „A na co jste přišli?“

Klientka E: *„Říkali, že bych mohla zkusit komunitu… že bych mohla být celé prázdniny tam…“*

Já: „A co na to říkají rodiče?“

Klientka E: *„Těm se to líbí… už si přejou, abych byla čistá.“*

Já: „A co si o tom myslíš ty?“

Klientka E: *„Bojím se, že to tam bude moc dlouhý… a že, to nedám.“*

Já: „Takže obavy… a přemýšlela jsi o tom, jak to bude vypadat, až se vrátíš domů?“

Klientka E: *„Trochu…“*

Já: „Jak si to teda představuješ? V pondělí tě propustí… a co pak?“

Klientka E: *„To je těžký… nevím…nepotkat kámoše… bydlím v malým městě.“*

Já: „Co na tom bude těžký je potkat?“

Klientka E: *„Bojím se, že si s nima dám.“*

Já: „Aha… jasné… a je něco, na co se momentálně hodně těšíš?“

Klientka E: *„Na jídlo od mamky.“*

Já: „To je hezký… děkuju za rozhovor.“

Klientka E: *„To je všechno?“*

Já: „Jo, jsme u konce.“

Klientka E: *„Pohoda.“*

Mé shrnutí:

Rozhovor s klientkou E (16 let) byl proveden na pokoji klientky na místo odpoledních volnočasových aktivit. Klientka E před rozhovorem spala, v první polovině hovoru měla pomalejší reakci na kladené otázky, ve druhé polovině již reakce byly lepší.

Z výpovědí klientky je cítit, že má dobrou oporu v matce. Toto již projevila během pozorování. Klientka E získala určitý náhled na svou situaci, ale stále jde cítit, že si není jistá, zda o trvalou změnu svého chování stojí, eventuelně, zda by tuto změnu v současné chvíli zvládla.

Po propuštění z DaDDC bych doporučovala, aby klientka pracovala na budování motivace ke změně a ukotvování sebevědomí v nové situaci a podporování k nakročení cesty změny – nejlépe léčbou v terapeutické komunitě a posléze i služeb následné péče.

Rozhovor s klientkou F – 6.5.2014 (10. den pobytu)

Já: „Ahoj.“

Klientka F: *„Ahoj.“*

Já: „Jaký byl dnes oběd?“

Klientka F: *„Hnus… jakoby ve školní jídelně, snědla jsem jen polívku a maso, brambory se nedaly žrát.“*

Já: „Haha, to znám, neboj… a co ranní skupina, v pohodě?“

Klientka F: *„Ráno jsme pletli jakoby košíky... to mi moc nejde takže jsem se nudila.“*

Já: „Líbí se ti tady nějaká jiná technika, při které něco vyrábíš?“

Klientka F: *„Pletení náramků… to mi jde a ještě se jakoby u toho dobře kecá.“*

Já: „A co terapeuti, co si o nich myslíš?“

Klientka F: *„Jsem ráda, že tu je ještě paní psycholožka, je fajn, když je tu někdo, jakoby koho znáš a kdo ti rozumí.“*

Já: „Aha, takže jsi tu už někdy byla?“

Klientka F: *„Jo, asi před rokem jsem tu byla jakoby kvůli trávě.“*

Já: „Co se stalo, že si tu zase?“

Klientka F: *„Opustil mě přítel, takže jsem začala brát, abych na něj zapomněla, nechci se o tom bavit.“*

Já: „Jasně chápu, mohla by si mi tedy říct, jestli se současný pobyt něčím liší od předchozího?“

Klientka F: *„Jasně… poprvé jsem tu byla jakoby zbytečně jenom kvůli hulení, to přece jakoby není nic špatnýho, teď jsem tu jakoby kvůli sobě, chtěla bych se změnit a přestat.“*

Já: „Můžeš být konkrétnější?... V čem se chceš změnit?“

Klientka F: *„Chci se jakoby… víc smát, chci se normálně bavit, chci hezky vypadat, jakoby… chci se líbit a najít si kluka.“*

Já: „Na mě působíš v pohodě… proč si myslíš, že se málo směješ?“

Klientka F: *„Dřív jsem se smála víc… teď jsem spíš podrážděná, připadá mi, že se už nedokážu normálně bavit.“*

Já: „Je něco tady, co ti pomáhá, aby ses cítila líp?“

Klientka F: *„Jo, když vede jakoby… skupinu paní psycholožka a taky když jsem mohla mít individuál.“*

Já: „Aha… a co rodiče? Volali ti sem nebo byli na návštěvě?“

Klientka F: *„Rodiče se rozvedli a žiju jakoby… s mámou…. Táta na mě sere a máma párkrát volala.“*

Já: „Aha,… a jak to bude s tebou vypadat po propuštění?“

Klientka F: *„Jdu do komunity…. Máma to domluvila.“*

Já: „Máma? A co ty si o tom myslíš?“

Klientka F: *„No,... jakoby... asi to už potřebuju…. Máma se bavila tady s primářem a i s psycholožkou.“*

Já: „A jedeš rovnou odsud, nebo budeš ještě mezitím doma?“

Klientka F: *„Jedu rovnou…“*

Já: „A kdy?“

Klientka F: *„Zítra… Máma mi jakoby přiveze ještě další věci a jakoby jedu rovnou tam.“*

Já: „Aha… tak to jo… a je něco, co by si vzkázala dalším klientům, kteří sem přijdou?“

Klientka F: *“Jakoby spíš, ať sem nechoděj… ať na sebe davaj víc pozor.“*

Já: „Hmm,… a máš nějaký plány do budoucna?“

Klientka F: *„Chtěla bych si dodělat školu.“*

Já: „A na co se učíš?“

Klientka F*: „Na kadeřnici.“*

Já: „Baví tě to?“

Klientka F: *„Ale jo, docela jo.“*

Já: „Tak to je hlavní, díky za rozhovor a budu ti držet palce, ať ti to vyjde.“

Klientka F: *„Díky.“*

Já: „Ahoj.“

Klientka F: *„Čau.“*

Mé shrnutí:

Rozhovor s klientkou F proběhl předposlední den jejího pobytu. U klientky F se jedná již o druhou hospitalizaci zde, tudíž pro ni toto prostředí nebylo cizí. Sama v rozhovoru uvádí rozdíly prvního a druhého pobytu. Klientka F reagovala na kladené otázky celkem dobře a sama si dokázala určit, o čem se se mnou bavit nechce.

Klientka F (17let) byla na DaDDC umístěna z důvodu detoxifikace před nástupem do terapeutické komunity. Klientka F bude přímo pokračovat do terapeutické komunity, což je velmi dobré, neboť se nepřeruší proces motivace ke změně. Během pobytu v komunitě bude jistě důležité pracovat hlouběji s klientkou na zvládání stresových situací, ovládání emocí a práce s agresí.

Rozhovor s klientkou G – neproběhl

Rozhovor s klientkou G se měl uskutečnit několik dní před propuštěním (předpokládaný termín 10.5.2014), ovšem k tomuto nedošlo. Klientka G byla nejprve zdravotnickým personálem přistižena na WC s jiným klientem (muž, 17 let) při líbání (4.5.2014) a za toto chování oba klienti dostali napomenutí. Ačkoliv klientka G byla informována o tom, že při jakémkoli jiném přestupku proti pravidlům DaDDC bude vyloučena, byla s tímto klientem dne 7.5.2014 (8. den pobytu) při pokusu o sexuální styk přistižena, a proto byla i z programu za hrubé porušení pravidel vyloučena.

Mé shrnutí:

Klientka G (15,5 roku) byla v DaDDC umístěna z důvodu detoxifikace organismu na vlastní žádost zákonného zástupce. Již od počátku klientka odmítala spolupracovat na terapeutických technikách, stavěla se během skupin do opozice. S výše popsaným klientem utvořila koalici, která měla špatný vliv na ostatní členy skupiny, neboť je svým manipulativním jednáním vedli k odmítání nebo laxnímu přístupu k probíhajícím terapeutickým technikám.

Pro klientku přijela babička, není mi známo, jak to v tuto chvíli s klientkou vypadá. Pokud klientka u svého problémového chování zůstane, doporučovala bych pravidelné návštěvy kontaktního centra nebo alespoň využití služeb streetworkera (poradenství, výměna injekčních stříkaček…). Pokud by se rozhodla své chování nasměrovat „zdravějším směrem“, doporučovala bych pravidelné návštěvy AT poradny.

Rozhovor s klientkou H – neproběhl

Rozhovor s klientkou H byl naplánován tak jako u předchozích klientů v posledních dnech pobytu na DaDDC (předpokládaný termín 10.5.2014). Jelikož ale klientka H dne 8.5.2014 (9. den pobytu) během volné vycházky se svou matkou utekla, byl ji pobyt zde za hrubé porušení pravidel ukončen.

Mé shrnutí:

Klientka H (16,5 roku) byla v DaDDC umístěna z důvodu doporučení kurátora pro děti a mládež před nástupem do diagnostického ústavu (důvodem: poškozování cizího majetku, krádeže). Klientka H byla během pobytu zde spíše pasivní, na svou situaci měla velmi snížený náhled. Během terapií hovořila o eventuelní změně chování kvůli vylepšení vztahů s matkou, ale přesto využila její důvěry a utekla z vycházky.

Vliv na toto chování může jistě mít neuropsychologická zátěž v rodině (matka alkoholička, tč. abstinující) a klientčina obava a nechuť nastoupit do diagnostického ústavu.

Do konce května jsem nezjistila, co se s klientkou stalo dál. Doporučovala bych v prvé řadě rodinnou terapii, dále pravidelnou docházku do ambulantní léčby, popř. přechod do léčby v terapeutické komunitě.

Rozhovor s klientkou CH – 15.5.2014 (12. den pobytu)

Já: „Ahoj.“

Klientka CH: *„Čáááu.“*

Já: „Jak se dnes máš?“

Klientka CH: *„V klidu… jde to.“*

Já: „Řekneš mi, co jste dneska dělali na programu?“

Klientka CH: *„Ale s tou svatou gadžovkou* (pozn. milosrdná sestra, která vede arteterapie) *jsme ráno dělali košíky a potom jsme s tím mladym hráli* (pozn. sociální pracovník) *na kytaru.“*

Já: „Takže dneska v klidu… a jak hodnotíš svoje dny tady?“

Klientka CH: *„Dyk já nevim,…. Od jedný do desíti, co chceš po mně?“*

Já: „Hmm, zeptám se jinak… byla jsi tady spokojená?“

Klientka CH: *„Hej, ona… spokojena, na cigo můžu jít třikrát za den, bez mobilu a v teplákách, jako ta píča.“*

Já: „Jasně, chápu… a je něco, co se ti tady líbilo?“

Klientka CH: *„Zpívat s mladým gadžou a taky když nás někdo vzal do kostela, to bylo takový pobožný, víš.“*

Já: „Aha… a kdybys to tady řídila, jak by to vypadalo?“

Klientka CH: *„Tak hej… tak určitě bych povolila muziku, protože ta je důležitá a určitě bych udělala nějakou tu terapii pohybovou… jako třeba tancování, protože mě osobně tancování baví… A hudba a tanec lidem pomáhá.“*

Já: „Dobře, je fajn, že to takhle vidíš… víš, kdy tě propustěj?“

Klientka CH: *„Zejtra jdu vocať rovnou zpátky do děcáku a v pondělí jdu do komunity.“*

Já: „Do komunity? A proč zrovna tam?“

Klientka CH: *„Hej… ta paní… psycholožka mi poradila komunitu, protože mi to pomůže přesvědčit mojí trenérku na tancování o tom, že neberu a že se zase můžu učit tancovat.“*

Já: „To je fajn,… těšíš se tam?“

Klientka CH: *„Netěším… ale doufám, že mi to pomůže vrátit se k tancování.“*

Já: „A co vlastně tancuješ?“

Klientka CH: *„Hip-Hop.“*

Já: „Říkáš, že se chceš k tancování vrátit… takže si s tím skončila?“

Klientka CH: *„Ne, hej víš… posrala sem to… přišla sem na trénink zfetovaná, trenérka to poznala a vykopla mě, píča jedna.“*

Já: „Aha… takže jestli to chápu dobře…tanec je tvůj motiv změnit svoje chování?“

Klientka CH: *„Ano… miluju tanec a chci přestat brát.“*

Já: „Super… a je něco dalšího, co tě motivuje?“

Klientka CH: *„ Až vypadnu z děcáku, tak chci mít normální život a postavit se na vlastní nohy. Proto chci skončit s fetem… kurva.“*

Já: „Hmm… to jsou dobré cíle. A je něco, na co se teď těšíš?“

Klientka CH: *„Až vocať vypadnu a uvidím se s holkama z děcáku.“*

Já: „Přeji ti, ať se ti daří… a děkuju za tvůj čas.“

Klientka CH: *„Nemáš zač… taky dík za pokec.“*

Mé shrnutí:

Když jsem klientku CH oslovila, zda s ní můžu provést rozhovor, sdělila, že s tím nemá problém, což je znát i z jejích velmi přirozených odpovědí (slangové výrazy, vulgární výrazy), přičemž jsem klientku při takovýchto projevech nekorigovala a nechala jsem jejímu vyjadřování volný průběh. Dle spisové dokumentace této klientky vím, že již několik let není ve spojení s biologickými rodiči ani svými bratry (13 let), kteří jsou umístěni v jiném dětském domově, proto jsem otázky tohoto typu zcela vynechala.

Klientka CH (16,5 roku) žije od svých 6 let v dětském domově. S ohledem na klientčino chování v DaDDC a jejímu náhledu na svou situaci byla psychologem DaDDC klientce CH doporučena následná léčba v terapeutické komunitě. Sama dokáže pojmenovat svůj motiv ke změně chování, tudíž bych trávení volného času směřovala na pohybové aktivity, popř. i na duchovní vedení.

Rozhovor s klientkou I – 15.5.2014 (12. den pobytu)

Já: „Ahoj… tak jaký si dneska měla den?“

Klientka I: *„Docela to šlo… v dílně jsme dělali košíky…“*

Já: „A jak ti to šlo?“

Klientka I: *„Sestra mě to… jakoby chválila…dám ho mámě…“*

Já: „Tak to je super… A odpoledne měl s váma program Martin?“

Klientka I: *„No…“*

Já: „A co jste dělali.“

Klientka I: *„Martin hrál na kytaru a mohli jsme jakoby zpívat...“*

Já: „A zpívala jsi?“

Klientka I: *„Ne…“*

Já: „Fajn… a jak ses cítila na jiných programech?“

Klientka I: *„Hele, to je těžký… někdy mě to nebavilo… a někdy zase jo.“*

Já: „A co tě třeba bavilo?“

Klientka I: *„No,… v dílně, asi ty košíky jakože.“*

Já: „A co tě tady štvalo, co se ti nelíbilo?“

Klientka I: *„Toho je dost…“*

Já: „Konkrétně?“

Klientka I: *„Rozcvička, viď, pak „hysterický sestry“, co seděj celej den na sesterně a pak na nás řvou, že není ustlaná postel…, nebo furt…. kdo má službu? kdo má službu?...“*

Já: „Jasně,… rozcvička se ti nelíbila?“

Klientka I: *„Ne,… nemám ráda cvičení.“*

Já: „A kdybys byla ředitelkou detoxu, co by si teda změnila?“

Klientka I: *„Za první bych zrušila jakoby… ty rozcvičky…, ty jsou na hovno… a sundala bych z oken mříže…. vždyť jsme tady jako v lochu.“*

Já: „Aha… kolikátý jsi tady den?“

Klientka I: *„Myslím, že dvanáctej… počkej…jo dvanáctej…“*

Já: „A byla jsi za tu dobu v kontaktu s rodinou?“

Klientka I: *„Ráda bych… ale mobil mám vypnutej na sesterně a máma nemá kredit, takže jsem s ní mluvila jen na chvíli, když jí Martin volal a něco s ní domlouval.“*

Já: „Dobře…už se ti blíží konec tady, že?“

Klientka I: *„Konečně… už ve čtvrtek…“*

Já: „A kam půjdeš?… Domů nebo někam jinam?“

Klientka I: *„Nakonec do léčebny… včera na vizitě mi říkal primář, jestli to nechci zkusit… a pak i psycholožka… i Martin to pak volal mámě a ptal se jí na to…“*

Já: „Aha… a co si o tom myslíš ty?“

Klientka I: *„Jakoby to bude jakoby vostrý… nejdřív se mi odsud chtělo rovnou domů,… ale pak jsem si řekla, že to, co dělám, není normální.“*

Já: „Hmm… a proč si myslíš, že to, co děláš, není normální?“

Klientka I: *„Vždy proč bych asi tady jinak byla… ne… byla jsem dřív úplně jinej člověk, než teď a chtěla bych to vrátit zpátky.“*

Já: „Chápu… a kdybych ti mohla splnit jedno přání, co by sis přála?“

Klientka I: *„Aby tady byl zpátky táta…“*

Já: „Aha… a táta s vámi nebydlí?“

Klientka I: *„Ne… táta umřel, když mi bylo deset…“*

Já: „Aha… to jsem nevěděla… muselo to být těžký vyrůstat bez táty.“

Klientka I: *„Co ty o tom víš… to nemůžeš pochopit…“*

Já: „To máš pravdu… nezažila jsem to… ale věřím, že to pro tebe muselo být fakt těžký.“

Klientka I: *„Jasně…“*

Já: „Nechtěla bych náš rozhovor končit ve zlém duchu… zeptám se, je něco, na co se těšíš, až to budeš mít všechno za sebou?“

Klientka I: *„Asi na svýho kluka… snad už bude z diagnosťáku doma a pak budeme zase spolu.“*

Já: „Dobře… děkuju za rozhovor a ať se ti moc daří.“

Klientka I: *„Jo… dík.“*

Mé shrnutí:

Rozhovor s klientkou I byl prováděn dva dny před propuštěním z DaDDC, klientka již věděla, že z tohoto oddělení rovnou nastoupí do ústavní léčby. Z klientky byla během rozhovoru cítit únava, ale i přesto byla sdílná a ke konci rozhovoru se stavila do odporu.

Klientka I (17,5 roku) byla na tomto oddělení umístěna z důvodu detoxifikace organismu na žádost zákonného zástupce. Klientka I si až během posledních dní pobytu projevila přání pokračovat v léčbě své závislosti. Pro klientku jistě bude důležité v rámci ústavní léčby pracovat nejen na své závislosti, ale i na prožitých traumatech (smrt otce) a řešení nelehké situace rodiny (dluhy, nezaměstnanost matky). Bude jistě důležité hledat nové způsoby trávení volného času, př. přes tvořivé činnosti, ve kterých klientka I zaznamenala úspěch (pletení košíků, keramika).

Výzkumný soubor č. 2 opouštěl DaDDC následovně:

Klientky z tohoto výzkumného vzorku absolvovaly v průměru dvanáctidenní pobyt. S ohledem na počáteční reakce při příjmu změnily svůj přístup 3 klientky.

- 3 klientky byly propuštěny domů s kontaktem na AT poradnu v místě bydliště
- 5 klientek odcházelo do následné léčby, tj. 4 do terapeutické komunity a 1 do léčby ústavní
- 2 klientky byly za hrubé porušení pravidel oddělení propuštěny domů

6. 7 Interpretace výsledků výzkumu

Souhrnně můžeme říci, že soubor tvoří 25 klientek, které mají ukončenou základní povinnou docházku a v době pobytu na DaDDC byly studentkami středního odborného učiliště (tříletý učební obor) nebo odborného učiliště (dvouletý učební obor). Z tohoto počtu klientek svůj pobyt na DaDDC nedokončily 2 klientky, důvodem bylo vyloučení z programu za hrubé porušení pravidel. Ostatní klientky svůj pobyt dokončily mezi 12. a 14. dnem hospitalizace. Nejhojněji byly zastoupeny klientky z Prahy a Středočeského kraje, dále z kraje Ústeckého, Karlovarského, Moravskoslezského a Libereckého.

Zhodnocení příjmu klienta:

Příjem klienta je v DaDDC velmi dobře propracovaným procesem, za více než 10leté fungování tohoto oddělení došlo k sestavení baterie přijímacího rozhovoru prováděného psychiatrem, a to za částečné přítomnosti zákonných zástupců, což v první části rozhovoru klientům pomáhá a v části druhé, když zůstávají s lékařem sami, což jim nabízí možnost hovořit otevřeně o palčivých tématech, jako je sexualita, suicidiální chování, sebepoškozování, apod. Tento rozhovor slouží pracovníkům oddělení k hlubší anamnéze klienta a lze díky němu př. předepsat vhodné léky či v rámci terapií „otevírat“ určitá témata.

K příjmu bezpochyby patří i osobní prohlídka klienta zdravotním personálem, která má zajistit to, že klient nepronesl na oddělení nepovolené předměty a věci (př. drogy, žiletky, sklo, apod.).

Klienti většinou dobře reagují na následný sociálně-diagnostický rozhovor vedený sociálním pracovníkem tohoto oddělení, který probíhá v prvních dnech hospitalizace. Tento rozhovor slouží sociálnímu pracovníkovi ke zmapování situace klienta a k možnosti s ním navázat bližší vztah. Sociální pracovník je po celou dobu pobytu s klienty v úzkém kontaktu nejen v rámci sociálního poradenství, ale i nabízením široké palety volnočasových aktivit. Sociální pracovník hledá s klienty reálná řešení jejich situace a provádí potřebné kroky k jejich dokončení (př. převoz klientů do diagnostického ústavu, zjišťování volných kapacit v zařízeních následné léčby), zajišťuje předání informací zákonným zástupcům či dalším institucím (kurátor pro děti a mládež).

Úvodní nastavení klienta k pobytu zde nezůstává většinou statické. Klient je během pobytu ovlivňován škálou skupinové terapie, individuální terapií, jakož i ostatními členy skupiny, určitý vliv nese medikace a pro někoho i duchovní péče této nemocnice (mezi pracovníky DaDDC jsou milosrdné sestry a klienti též mají možnost navštívit mše pořádané v kostele přiléhajícímu k nemocnici).

Klient, který pobyt zde nedokončí nebo který své nastavení nezmění, o tom rozhoduje sám. Důvodem může být klientova neochota spolupráce s personálem, neuvědomění si důvodu svého pobytu zde či nevole své současné jednání změnit.

Reakce klientek při příjmu se lišily dle toho, zda klientka s pobytem na DaDDC počítala a zda věděla, proč tady je, nebo se stavěla do opozice ve chvílích, když neměla dostatek informací, anebo jestliže vůbec netušila, jak se na DaDDC dostala, a probudila se na lůžku intenzivní péče (př. při akutních otravách návykovými látkami).

Můžeme říci, že klientky, které na DaDDC přišly, si vůbec v prvních dnech často neuvědomují, jaká rizika nese jejich problémové chování a jaké může mít důsledky do budoucnosti. Ačkoli se některé samy setkaly s člověkem, který se na základě užívání návykové látky nakazil nějakou infekční nemocí nebo dokonce zemřel, ony mají pocit „nesmrtelnosti“ a sníženého náhledu. Vyjadřují se tak, že jejich užívání není problémové, že ho mají pod kontrolou a budou moci přestat, kdykoli budou chtít.

Ve chvíli, když se pobyt zde přechyluje do druhého týdne, často si začínají uvědomovat svou závislost na dané návykové látce a na rizicích, která jim hrozila či hrozí. V tuto chvíli se většina snaží získat informace od sociálního pracovníka nebo psycholožky o možnostech léčby či psychologické pomoci. Nezastupitelnou roli hraje i výměna informací mezi klienty samotnými, kteří již „detoxem“ prošli, nebo mají zkušenost s nějakým druhem léčby (ústavní léčba, terapeutická komunita). Anebo i vzájemná podpora, pokud odchází do stejného zařízení (př. TK Řevnice).

Budoucnost s návykovou látkou

Dle výpovědí klientek lze zpozorovat, že důvodů pro omezení nebo ukončení užívání návykových látek je několik, hlavní skupiny:

- *kvůli rodiči/rodičům/někomu jinému z rodiny* – aby mi opět začal věřit; aby se kvůli mně netrápil, atp.;

- *kvůli sobě* – přičemž začaly pozorovat negativní důsledky užívání (nechutenství, špatný vzhled, ospalost); nebo si uvědomují, že je potřeba něco dokázat, nebo si uvědomění smysl pro povinnost (dodělat si školu, být samostatná, mít vlastní byt);
- *kvůli někomu blízkému* – nejčastěji partner, chtějí své chování změnit, aby tohoto člověka neztratily, mají v něm podporu.

Je zajímavé, pokud klientky dostaly od terapeuta otázku, co by dělaly, kdyby zjistily, že drogy užívá jejich sourozenec nebo jejich potomek, velmi dobře dokázaly pojmenovat rizika tohoto jednání a dokázaly hledat řešení takto nastalé situace. Stavěly se do pozice, kdy by se snažily dítě před drogami ochránit a nalézt pro něj co nejrychlejší pomoc.

Je s podivem, že však ony v současné situaci velmi často své chování dokážou omluvit, bagatelizovat nebo obhajovat současný stav slovy: *„Bez perníku nejsem šťastná…“; „Perník mi pomáhá řešit krizi…“, „S perníkem jsem free.“*; apod.

Klientky si často dokáží představit, že přestanou užívat hlavní užívanou drogu (u těchto děvčat pervitin), ale těžko se loučí s přidruženými drogami (marihuana, alkohol), neboť tyto pokládají víceméně za společností tolerované.

Terapeuti a jejich postupy

Na základě této sondy nelze jistě určit, který terapeut nebo které metoda používaná na DaDDC má na klienty nejlepší vliv ke změně chování. Některý klient raději přistoupí na klasické terapeutické techniky rozhovoru, jiný zase na trochu „akčnější“ aktivity. Vždy však záleží na individuálním nastavení klienta k přijmutí a ke spolupráci na dané technice.

Dobré ohlasy u těchto klientek měl primář tohoto oddělení MUDr. Marian Koranda, který se s klientkami setkává v rámci každodenních vizit. Též psycholožka PhDr. Jana Kmoníčková, která s klientkami pracuje v rámci skupinových a individuálních terapií.

Ukončení pobytu

Ukončení pobytu standardně nastává po uplynutí 10-21 dnů (dle aktuální potřeby klienta), nebo nestandardně z důvodu porušení pravidel oddělení. U klientek z této sondy jsem zaznamenala převahu těch, které odchází do následné léčby (více než 50 %), poté klientky, které odcházejí zpět do domácího prostředí s kontaktem na AT poradnu, dvě klientky z těchto skupin nastoupily do diagnostického ústavu, jedna se vrátila do výchovného ústavu a jedna je na útěku.

Při ukončování pobytu lze u děvčat pozorovat obavy z návratu do prostředí, které mají spojené s užíváním nebo setkáním s osobami, od kterých drogy kupovala nebo se kterými tyto užívala. Riziko toho, že jejich volný čas se v nedávné době točil kolem užívání drog, je při výstupu z tohoto oddělení asi nejvíce nebezpečné.

Klientky sice během pobytu nacvičovaly modelové situace odmítání, ale realita každodenního života je zcela jiná. Klientky také často po návratu domů neumějí trávit volný čas, nemají ukotvené jiné zájmy a koníčky. Proto je důležité je v rámci pobytu seznámit s různými společenskými hrami, tvořivými aktivitami (keramika, pletení košíků, tvoření z korálků) či venkovními aktivitami (fotbal, frisbee, kroket).

6. 8 Kasuistiky

V této podkapitole praktické části se budu věnovat charakteristice třech klientek z výzkumného vzorku č. 2, které z DaDDC byly propuštěné domů, a budu pro každou z nich navrhovat možnosti řešení jejich situace.

Při zpracování kasuistik jsem vycházela z osobních spisů klienta a poznámek ze svého pozorování a rozhovorů. Jména klientek byla změněna.

Kasuistika č. 1 – Hanka M., 17 let (Klientka C)

Sociální problém:

Hance je 17 let, více než 3 roky užívá pervitin (nasálně). Hanka pochází z okresního města ve Středočeském kraji. Do kontaktu s návykovou látkou se dostala ve 12 letech, kdy poprvé s kamarády vyzkoušela cigarety a alkohol. Její o 6 let starší bratr v této době začal zneužívat marihuanu.

Rodinná anamnéza:

Hanka se narodila do úplné rodiny jako druhorozené dítě. Matce bylo 24 let, zdráva, tč. pracuje jako kadeřnice. Péči o Hanku zvládala do 13 let. Poté, když manžel začal pracovat jako řidič kamionu, byla na výchovu sama. Zaměstnání, při kterém otec nebyl několik týdnů s rodinou doma, vedlo k rozvodu rodičů v roce 2010. Při narození Hanky bylo otci 27 let. Otec nejprve pracoval jako dělník v továrně, později jako řidič kamionu, tč. jako řidič autobusu. Po rozvodu se odstěhoval do Prahy, kontakt s dětmi pouze sporadický.

Hančin bratr (tč. 23 let) je nezaměstnaný. S Hankou měl v dětství poměrně hezký vztah, bratr je aktivní uživatel marihuany, ale v současné době o sestřiny problémy nejeví zájem.

Poté, co matka zjistila, že Hanka užívá drogy, snaží se s nastalou situací něco dělat a vyhledala pomoc na DaDDC.

Osobní anamnéza:

Hanka nastoupila do mateřské školy ve 3 letech, normální průběh. Na základní školu nastoupila v 6 letech v místě bydliště. Do páté třídy neměla problémy s prospěchem ani s docházkou. V osmé třídě začala mít problémy s chováním k učitelům a s respektováním autorit. V 15 letech nastoupila na SOU, obor kosmetička, studium druhého ročníku má z důvodu vysoké absence a neomluvených hodin přerušeno.

K drogám se dostala o prázdninách ve 12 letech, kdy vyzkoušela cigarety a alkohol. V osmé třídě poprvé vyzkoušela pervitin, a to z důvodu řešení tíživé rodinné situace (rozvod rodičů). Zprvu tuto drogu užívala nárazově – v prvních měsících, když od nich odešel otec; později i během návštěvy party, aby vydržela být déle vzhůru. Hance se stavy, které jí pervitin přinášel, zalíbily a začala s pravidelným užíváním, což přinášelo zvyšování absencí ve škole a nedodržení smluveného času, kdy se vrátí domů. Situace vygradovala tehdy, když nepřišla několik dní domů a matka Hanku nechala hledat Policií ČR.

Na drogy se skládala společně se spolužačkou nebo dala osobní věci do zástavy.

Sociální anamnéza:

Hanka po rozvodu rodičů neměla pevný řád a matka dceři více povolovala. Hanka neměla, ani v současné chvíli nemá žádné koníčky. Po rozvodu rodičů přestala přijímat autority a začala si víceméně dělat, co chtěla. V současné situaci si neumí představit chodit do školy nebo do zaměstnání. Dokáže mít velmi silný negativní vliv na ostatní členy skupiny.

Shrnutí:

Rozvodem rodičů ztratila Hanka pevné zázemí a důvěru v autoritu, začala se stavět do opozice a vytvářela si svoje pravidla, která jí matka několik let tolerovala. Plně si neuvědomuje důsledky svého chování a jednání. Nepřipouští si problém s užíváním návykových látek. Z Hančiných výpovědí je zřejmé, že se nechce léčit a nemá ani tak silnou rodinu, aby jí pomohla vydat se jiným směrem. Hance jistě i škodí vzájemné osočování rodičů, kdo za chování jejich dcery může.

Postup sociální pomoci:

V případě Hanky je potřeba řešit dva problémy, zaprvé drogovou závislost a dále pak narušení rodinných vztahů s matkou i otcem, přičemž akutnější se vzhledem k délce užívání jeví závislost na pervitinu. Klientka tedy absolvovala celý pobyt na DaDDC v Praze, o další léčbu neprojevila zájem. Pokud by se rozhodla u svého užívání setrvat, doporučovala bych alespoň občasnou návštěvu kontaktního centra v místě bydliště (v případě potřeby sociálně terapeutické činnosti) nebo vyhledání psychologa/psychiatra pro řešení vztahu s návykovou látkou a v případě potřeby řešení rodinných vztahů.

Kasuistika č. 2 – Eva P. (klientka D, 16 let)

Sociální problém:

Evě je 16 let, pervitin užívá již 2 roky (nasálně). Eva pochází z okresního města v Ústeckém kraji. Do kontaktu s návykovou látkou se dostala ve 13 letech, když se poprvé opila.

Rodinná anamnéza:

Eva pochází z neúplné rodiny, je jedináček, biologického otce nezná. Matce bylo 21 let (tč. drogově závislá), pracovala jako pomocná síla v kuchyni. Matka byla na výchovu dcery sama. V současné době je nezaměstnaná, pobírá nepojistné sociální dávky – dávky pomoci v hmotné nouzi a přídavek na dítě. Matka často střídala partnery. Eva žádné další sourozence nemá.

Současný partner matky zpozoroval změny Eviných návyků chování a začal se více do její situace angažovat a vyhledal pomoc v DaDDC. Eva svou matku bere spíše jako svou kamarádku, kterou toleruje, se kterou si zakouří, ale které se nesvěřuje.

Osobní anamnéza:

Eva nenavštěvovala jesle ani mateřskou školu, do školy nastoupila kvůli řečové vadě s ročním odkladem. Na základní školu chodila v místě trvalého bydliště. Na základní škole měla markantní problémy s učením i docházkou. Na druhém stupni se začaly pravidelně objevovat neomluvené hodiny. Matka byla k této situaci lhostejná, nenavštěvovala ani rodičovské schůzky. Na základní škole se začala stýkat se spolužáky z vyšších ročníků, se kterými se i poprvé opila a začala též kouřit cigarety (7. třída). Pervitin vyzkoušela o rok později během narozeninové oslavy u starší kamarádky. Ze základní školy vyšla z deváté třídy a nastoupila na učební obor zahradník/zahradnice, zde začala pravidelně užívat pervitin a též marihuanu. Drogy brala se staršími známými a též s novými spolužáky (především o přestávkách kouřila marihuanu). Drogy získávala od známých malodealerů, prý ze známosti, prostituci nepotvrdila.

Sociální anamnéza:

Eva je bystrá dívka, která si užíváním drog především dopřává, jak říká, „pocit štěstí“. Vlivem je nejisté rodinné prostředí, časté střídání v domácnosti matčiných partnerů, nedostatečná autorita a chybějící mužský prvek v rodině, nepodnětné sociální prostředí a drogová závislost matky. Eva nebyla vedená k budování zájmům a koníčkům, jelikož matka přes den pracovala a večer byla často po restauračních zařízeních. Svůj volný čas trávila Eva, jak se jí zachtělo. Byla spíše dítětem ulice. Eva dokáže zhodnotit klady i zápory užívání, ale za současné situace není změně nastavená.

Shrnutí:

Eva často jako malá zůstávala přes noc sama a poté se ráno vypravovala do školy. Matka byla k výchově dcery velmi laxní. Vždy jí záleželo spíše na sobě než na dceři. Zdá se, že současný partner matky by mohl Evu vést správným směrem a že by pomohl se zvyšováním náhledu na její problémové chování.

Postup sociální pomoci:

V případě Evy je důležité opět pracovat ve dvou rovinách, jak v rovině řešení problému závislosti, tak v rovině řešení rodinných vztahů. Ačkoliv Eva absolvovala pobyt na DaDDC jak při příchodu, tak v průběhu pobytu, působila zcela bez náhledu na svou situaci. Jediný, kdo v Evině okolí chce problém řešit, je současný partner matky. Evě bych doporučovala pravidelné setkání v AT poradnách, pracování na omezování/abstinenci pervitinu a postupně i omezování kouření marihuany.

Kasuistika č. 3 – Pavla Z. (klientka E, 16 let)

Sociální problém:

Pavla již rok a půl pravidelně užívá pervitin (nasálně). Pochází z Prahy, studovala na obchodní akademii, ale kvůli prospěchu nyní studuje na SOU kosmetička. Do kontaktu s návykovou látkou se dostala poprvé na lyžařském kurzu v 7. třídě (alkohol).

Rodinná anamnéza:

Pavla se narodila do úplné rodiny. Matka, tč. 27 let, pracovala jako architektka; otec (40 let) pracoval jako právník (je to jeho druhé manželství). Rodiče jsou velmi dobře finančně zajištěni. Rodina žije v rodinné vile v lukrativní části města. Pavla má dva polorodé bratry (jeden je o 12 let starší a druhý o 10 let). Oba rodiče byli velmi pracovně vytížení, Pavlu velmi často hlídala chůva, později jí rodiče volný čas vyplňovali různými kroužky (tenis, keramika, angličtina). Na Pavlu byly kladeny vysoké nároky na studijní výsledky ve škole, jakož i v rámci volného času (každý den nějaký kroužek). Rodiče svou péči vynahrazovali Pavle jen o dovolené. Matka jezdí často na služební cesty i mimo republiku, otec pracuje dlouho do večera nebo má obchodní schůzky.

Osobní anamnéza:

Vzhledem k zaměstnání matky navštěvovala Pavla již ve 2 letech jesle a poté ve 3 letech mateřskou školu, na kolektiv si zvykla poměrně dobře. Vzhledem k dobré finanční situaci rodiny Pavla nastoupila do soukromé základní školy s rozšířenou výukou jazyků. Pavla se k ostatním spolužákům chovala povýšeně. Měla vždycky dost kapesného. Od rodičů dostala vždy, co chtěla. O víkendech si zvala spolužačky k sobě domů. První styk s drogou byl ve 13 letech na lyžařském výcviku, když se opila. Poté o letních prázdninách na přelomu osmého a devátého ročníku poprvé na diskotéce vyzkoušela extázi a také pervitin. Velmi se jí zalíbilo dělat něco zakázaného. Brzy se dostala do party mladých dobře situovaných teenagerů, kteří hledají rozptýlení v podobě drog. Po deváté třídě nastoupila na soukromou střední školu – obchodní akademii, ale zde měla problémy s učivem i s docházkou. S učiteli nevycházela a rodičům sdělila, že si na ní zasedli, ať jí vyberou jinou školu. Nakonec v září 2013 nastoupila na SOU – kosmetička. Není zde spokojená. Sděluje, že je na to moc chytrá. Přála by si nastoupit opět na střední školu.

Sociální anamnéza:

Pavla je velmi arogantní a zhýčkaná mladá dáma. Důvodem jejího chování může být nedostatečně nastavená pravidla výchovy, nedostatečné trávení společného času s rodiči, přetěžování a vysoké nároky na výkon během základní školy. Pavla nemá prozatím vybudovaný pocit zodpovědnosti za svoje chování. Má pocit, že vše vyřeší peníze.

Shrnutí:

Pavla byla na jednu stranu rozmazlovaná, na druhou stranu se jí nedostávalo od rodičů skutečné pozornosti (formou popovídání si, trávení volného času). Ačkoliv pečlivě dceři naplánovali volný čas, nedokázali odhalit, že má problémy s drogami. Během pobytu na DaDDC rodiče projevili zájem situaci své dceři řešit, nyní bude záviset hlavní rozhodnutí na Pavle.

Postup sociální pomoci:

Pavla absolvovala pobyt na DaDDC, uvědomuje si, že pokud změní své chování, budou jí nyní rodiče více hlídat, na což nebyla doposud zvyklá. Dále si také uvědomuje, že současné chování jí změnilo a že by se někdy v budoucnu chtěla chovat jako dřív. Klientka z DaDDC odcházela s kontaktem na AT poradnu a též s kontaktem na terapeutickou komunitu TK Cesta Řevnice. Bude záležet na klientce, jak nabídku pomoci přijme. Myslím si, že terapeutická komunita by byla vhodná, neboť by pomohla klientce vrátit se zpět do běžného života, a pokud by se rozhodla pro odvykací léčbu právě tam, mohla by využít poté i návazné služby na tzv. Domečku (sociální bydlení).

Závěrečné shrnutí:

Můžeme s jistotou říci, že vznik závislosti na návykové látce přímo ovlivňuje prostředí, zvláště pak rodina a blízké vztahy klientů. Z výše uvedeného je též patrné, že riziko vzniku drogové závislosti se netýká jen sociálně vyloučených skupin lidí.

Pro všechny tři klientky je důležité, aby si v první řadě začaly věřit, že jdou správným směrem a že mají pozitivní oporu v rodině či v osobách blízkých na udržení nového způsobu života.

Bude pro ně velmi důležité naučit se nově přemýšlet a získat zodpovědnost za svoje chování. Také budou muset tvrdě pracovat na osvojení si nových způsobů trávení volného času, kterého bez užívání návykových látek budou mít jistě dostatek.

Závěr

V této diplomové práci byl důraz věnován otázce motivační práce s klientem na Dětském dorostovém a detoxifikačním centru v Praze. V teoretické části byly popsány základní pojmy jako je droga a závislost, historické transformace české drogové scény v období od 60. let 20. století do současnosti, druhy preventivních opatření a podrobněji uveden obraz Dětského dorostového detoxikačního centra NMSKB v Praze a v přehledu též systém péče pro klienty, kteří DaDDC opouští.

V části praktické byly pomocí sondy do prvních pěti měsíců roku 2014 zaznamenány proměny či posuny v motivaci u zvolené skupiny klientek DaDDC. Více než polovina klientek z DaDDC odcházela do následné léčby, především do terapeutické komunity či do ústavní léčby, přičemž sedmdesát procent klientek při nástupu na „detox“ nepočítalo s další léčbou a chtělo odejít po hospitalizaci domů. Důvodů, proč klientky změní svůj postoj, je několik, př. vliv terapeuta, vliv nějakého člena skupiny, uvědomění si svého problému. Jelikož byl výzkum veden kvalitativní metodou, nelze tyto výsledky paušalizovat. Pro přesnější údaje by bylo vhodné zkoumat jednotlivé faktory z hlediska kvantitativního.

Tři kasuistiky, které byly provedeny v praktické části, posloužily k deskripci klienta, který prošel tímto oddělením, a u každého případu byl navrhnut postup sociální pomoci.

Prameny

Knihy:

1. ADAMEČEK, D. a kol. *Seznam a definice výkonu drogových služeb*. 1. vyd. Praha:Úřad vlády České republiky, 2006., ISBN 80-86734-81-1, 88 s.

2. ARKOWITZ, H., WESTRA, H. A., MILLER, W. R., ROLLNICK, S.: Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Probléme. New York, Guilford Press 2007, ISBN 978-1593855857, 354 s.

3. FAUPEL, Ch., E., WEAVER, G. S., CORZINE, J.: *The Sociology of American Drug Use*, Oxford University Press, USA, 2013, ISBN: 0199935904, 608 s.

4. HARTL, J.; HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 807178303X, 774 s

5. HUPKOVÁ I., LIBERČANOVÁ, K., *Drogové závislosti a ich prevenci*, Pedagogická fakulta Trnavské univerzity, 1. vyd., 2012, ISBN 978-80-8082-563-8, 153 s-

6. KALINA K., a kolektiv, *Drogy a drogové závislosti, 1. díl*, 1. vydání, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6, 319 s.

7. KALINA K., a kolektiv, *Drogy a drogové závislosti, 2. díl*, 1. vydání, Úřad vlády České republiky, 2003, ISBN 80-86734-05-6, 343 s.

8. KALINA K., a kolektiv, *Základy klinické adiktologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008, , ISBN 978-247-1411-0, 392 s.

9. KRAUS, B., HRONCOVÁ J.: *Sociální patologie*, 2. vyd, Hradec Králové, Gaudeamus, 2010, ISBN 978-80-7435-080-1, 326 s.

10. LABÁTH, V.: Riziková mládež, Praha, Slon, 2001, ISBN 80-85850-66-4, 158 s.

11. LIBA, J.: *Zdravie, drogy a drogová závislost*. Terminologické a výkladové minimum, Prešov, 2001, ISBN 80-80680-36-1, 82 s.

12. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN

978-80-7367-818-0, 351 s.

13. MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*., 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0, 287 s.

14. MILLER, W. R., ROLLNICK, S.: *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. Tišnov : SCAN, 2003, ISBN 80-86620-09-3, 332 s

15. MILLEROVÁ, G.: *Adiktologické poradenství*, 1.vyd. Praha: Galén, 2011, ISBN 978-80-726-465-3, 461 s.

16. MIOVSKÝ M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J. a NOVÁK P. (Eds.), Primární prevence rizikového chování ve školství, Tišnov: Sdružení SCAN, 2010, ISBN 978-80-87258-47-7, 254 s.

17. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H.: *Jak předcházet problémům s návykovými látkami na základních a středních školách*, Praha 1996, 156 s.

18. NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1995, 160 s.

19. NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*, Praha, Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-908-8 , 176 s.

20. NEŠPOR, K.; CSÉMY, L.: *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, ISBN 80-85121-52-2, 203 s.

21. NEŠPOR,K.; PERNICOVÁ, H.; CSÉMY,L.: *Jak zůstat fit a předejít závislostem*, Praha 1999, ISBN 80-71782-99-8, 120 s.

22. NOŽINA, M.: *Svět drog v Čechách*, 1. vyd, Praha, KLP – Koniasch Latin Press, 1997, ISBN 80-85917-36-X, 348 s.

23. ONDREJČOVIČ, P., POLIAKOVÁ E.: *Protidrogová výchova*, Bratislava, Veda – vydavatel´stvo Slovenskej akademie vied, 1999, ISBN 8022405531, 356 s.

24. ONDREJKOVIČ, P.: *Sociální patologia*, Bratislava, Veda, 2000, ISBN 80-224-0616-3, 272 s.

25. PAVÚK, A.: *Človek a drogy*. Prešov : PU, 2001. ISBN 80-86-68-0736, 125 s.

26. RADIMECKÝ, J., a kol., *Úvod do Adiktologie*, 2007, Centrum adiktologie, ISBN:978-80-239-9960-0, 60 s.

27. ROTGERS F. a kol.: *Léčba drogových závislosti, Praha, Grada,* 1999, ISBN 80-7169-836-9, 260 s.

28. SERVAIS, E., *Kým nie je príliš neskoro* (Praktická příručka pro učitele, rodiče, vychovávatele a další spolupracovníky při prevenci závislostí), Nové Zámky, 1994, 296 s.

29. SMOLÍK, J. *Subkultury mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-2907-7, 288 s.

30. TRÁVNÍČKOVÁ, I., ZEMAN, P.: *Kriminální kariéra pachatelů drogové kriminality. Institut pro kriminologii a sociální prevenci*, Praha, IKSP, 2010, ISBN 978-80-7338-101-1, 117 s.

31. ZEMAN, P., TRÁVNÍČKOVÁ, I., ŠTEFUNKOVÁ, M.: *Vybrané aspekty drogové problematiky z pohledu občanů*, Praha, IKSP, 2011, ISBN 978-80-7338-112-7, 136 s.

Časopisy:

FIŠEROVÁ M. článek z časopisu Postgraduální medicína, roč 2., číslo 3, strany 288-298, rok 2000, název – *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*

GRIFFITHS, R.,R., BIGELOW, G., E. and Nancy A. ATOR, N., A. (2003). *Principles of initial experimental drug abuse lability assessment in humans.*, Drug and Alkohol Dependence, ročník 70, výtisk 3 příloha 1, Abuse Lability Assessment on CNS Druha, 41-54 s.

KOMOROUS, J.,: *Současná situace v oblasti nedovolené výroby, dovozu, převozu, vývozu*, NPDC č.1/1995

obchodu a šíření omamných a psychotropních látek na území České republiky. Bulletin

TRÁVNÍČKOVÁ I., Drogy a subkultura v Praze, Bulletin národní protidrogové centrály 1/2004, roč. 10, Policie České republiky, NPC SKPAV, str. 12

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Typy závislosti a symptomy při odnětí drogy

Příloha č. 2 – České právní předpisy týkající se drogové problematiky

Příloha č. 3 – Léčebné postupy používané v detoxifikační fázi u drogové závislosti

Příloha č. 4 – Sociálně-diagnostický dotazník

Příloha č. 5 – Záznamový arch klient

Příloha č. 6 – Záznamový arch terapeut

Příloha č. 1 – Typy závislosti a symptomy při odnětí drogy

typ drogy	*droga*	*„psychická závislost“*	*„fyzická závislost“*	*abstinenční příznaky*
Stimulancia	**Kokain**	silná, vzniká velmi rychle zejména u intravenózní aplikace nebo „crack“	slabá	především psychické znaky, těžká deprese, dysforie, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu
	Amfetamin	silná, trochu pomalejší vznik, kromě intravenózní aplikace	slabá	dtto jako kokain
	Nikotin	slabá, relativně rychlý vznik u kouření	slabá	především psychické znaky, podrážděnost, strach, úzkost, deprese, zvýšená chuť k jídlu
	Kofein	slabá, vzniká pomalu	slabá	především psychické znaky, deprese, únavnost, bolest hlavy
Tlumivé látky	**Alkohol (ethylalkohol)**	středně silná, vzniká pomalu	střední	těžké; strach, úzkost, deprese, dysforie, poruchy spánku, chvění, třes, otřásání, křeče, zmatenost, halucinace
	Benzodiazepiny	slabá – střední, vzniká pomalu	slabá – střední	slabé a různorodé; těžký strach, dysforie, poruchy spánku, cítění mimo realitu, třes, křeče, halucinace
	Barbituráty	slabá – střední, vzniká pomalu	výrazná	těžké; strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, třes, křeče
Disociativní anestetika	**Phenyklidin (PCP) ketamin**	střední	slabá	strach, úzkost, dysforie
Opiáty	**Morfin, heroin**	silná, rychle vzniká, pokud intravenózní aplikace nebo při kouření	velmi silná	střední – těžké; strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku, svalové křeče, průjem, chvění a třes, otřásání
	Methadon	slabší	silná	slabší (pomaleji se vylučuje z organismu

Kanabiody	**Kanabis, marihuana, tetrahydrokanabinol**	střední, relativně rychle vzniká při kouření	střední	slabé; strach, úzkost, dysforie, poruchy spánku
Halucinogeny	**Kyselina lysergová (LSD), diethylamid, meskalin**	slabá	slabá	řídké, nezvyklé vzhledem k frekvenci užívání, která nebývá tak častá, aby se vyvinula „fyzická závislost“

Zdroj: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

Příloha č. 1 – České právní předpisy týkající se drogové problematiky

Zákony:

- z. č. 379/2005 Sb. – Zákon o opatření k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
- z. č. 167/1998 Sb. – Zákon o návykových látkách
- z. č. 40/2009 Sb. – Trestní zákoník
- z. č. 20/1966 Sb. – Zákon o zdraví lidu

Nařízení vlády:

- č. 455/2009 Sb.
- č. 467/2009 Sb.

Příloha č. 3 – Léčebné postupy používané v detoxifikační fázi u drogové závislosti

droga	*detoxifikace a počáteční léčba*	*poznámky*
Kokain, amfetamin	antidepresiva (imipramin, desipramin, SSRI – fluoxetin	není přímo detoxifikace, i když mechanizmus účinku je podobný; symptomatická léčba deprese při odnětí drogy a snížení následné žádostivosti
Nikotin	nikotinové přípravky – lékové formy s dlouhou eliminací (náplasti, žvýkačky)	mnohem menší toxicita než kouření, ale přesto určitá kardiotoxicita, noční děsy, kopřivka
Alkohol	sedativa/hypnotika (diazepam, klomethiazol)	toxicita těchto látek je výrazně násobena při relapsu alkoholismu, riziko navození závislosti
Benzodiazepiny	substituce BDZ s delším účinkem	zmírnění projevů závislosti; u některých pacientů navození závislosti a abstinenční symptomy během následné redukce dávek substituenta
Heroin, morfin	substituce parciálními atomisty a atomisty/antagonisty (megafon, buprenorfin)	závislost na methadonu při udržovací následné terapii

Zdroj: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

Příloha č. 4 – Sociálně-diagnostický dotazník

SOCIÁLNĚ-DIAGNOSTICKÝ DOTAZNÍK

Datum přijetí na detox:

Po kolikáté jsem na detoxu:

Základní údaje:

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Místo narození:

Věk:

Adresa bydliště:

Kraj:

Státní příslušnost:

Rodina:

matka, jméno, příjmení:

otec, jméno, příjmení:

Odkud přicházím?

a) z domova
b) z ústavu, název:
c) z útěku
d) z jiné léčebny nebo pobytového zařízení, název:

Uvažuji o léčbě závislosti?

a) Již mám domluven nástup do léčby.
b) Mám zájem nastoupit do léčby, ale zatím nevím kam.
c) Musím jít do léčby kvůli rodičům nebo kvůli kurátorovi.
d) Uvažuji o léčbě, ale spíše tam nechci.
e) Neuvažuji. Zvládnu to sám/a.

Mám děti?

a) ne
b) ano jméno: věk:

Mám probíhající soudní řízení?

a) ne
b) ano, ve věci usnesení o předběžném opatření, půjdu do diagnostického ústavu
c) ano, ve věci nařízení ústavní výchovy, půjdu do výchovného ústavu
d) ano, ve věci uložení ochranné výchovy, půjdu do výchovného ústavu
e) ano, mám podmínku uloženou soudem, využívám probační a mediační službu
f) ano, ve věci trestního řízení

Mám přiděleného kurátora pro mládež?

a) ne
b) ano jméno: město:

Mám dluhy?

a) nemám
b) asi ano, chytl mě revizor
c) ano, ale nechci to řešit zde

Jaká je moje sociální situace?

a) dělám školu, název:
b) jsem na úřadu práce, název:
c) pracuji v zaměstnání
d) nedělám nic, jen se tak flákám

Mám problémy s návykovými látkami?

a) s marihuanou
b) s pervitinem
c) s alkoholem
d) s heroinem

Byl/a jsem už v nějakém zařízení před detoxem?

a) ne
b) v K-centru
c) v ambulantní léčbě (např. u psychologa nebo psychiatra)
d) v psychiatrické léčebně
e) v TK Cesta Řevnice
f) v TK Cesta Řevnice na domečku
g) v terapeutické komunitě
h) ve středisku výchovné péče (SVP)
ch) u kurátora pro mládež
i) v diagnostickém ústavu
j) ve výchovném ústavu
k) v dětském domově

Chtěl/a bych:

a) koupit poštovní známku
b) vyřídit občanský průkaz
c) koupit cigarety
d) nic nepotřebuji

…… ……..

Martin Triebenekl, DiS. datum

sociální pracovník

Příloha č. 5 Záznamový arch – klient

Záznamový arch – klient ……

datum/den pobytu: ……

Setkání č. 1 – současnost vs. budoucnost

Současné chování – kloní se k setrvání v této situaci		**Budoucnost – uvažuje o změně chování či situace**	
Zisky	Ztráty	Zisky	Ztráty

Setkání č. 2 – řeč změny vs. řeč odporu

Druh řeči změny	**Počet**	**Příklady**	**Řeč odporu**	**Počet**	**Příklady**
Přání změnit se			Obhajoba současného stavu		
Schopnost změnit se			Nevýhody změny		
Důvody ke změně			Pesimismus		
Potřeba změnit se			Záměr změnu neuskutečnit		
Závazek ke změně			Touha zachovat stávající		

Setkání č. 3 – rozhovor

poznámky:

Příloha č. 6 – Záznamový arch – terapeut

Datum: …….. Interakce s klientem: ……..

Druh aktivity: ……..

Reakce pracovníka	**Počet**	**příklady**
Otevřené otázky		
Reflektování		
Ocenění		
Shrnutí		