

Nad základy aneb vzdělávání pro zkušené pracovníky
v sociálních službách, reg. č. CZ.1.07/3.2.13/04.0006

SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM SE ZÁVISLOSTÍ A NÁVYKOVOU PORUCHOU CHOVÁNÍ

Bc. Jiří Čermák



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTEM SE ZÁVISLOSTÍ A NÁVYKOVOU PORUCHOU CHOVÁNÍ

Bc. Jiří Čermák

Nad základy aneb vzdělávání
pro zkušené pracovníky v sociálních službách,
reg. č. CZ.1.07/3.2.13/04.0006

Obsah

Úvod	3
1. Závislost a návykové chování.....	3
2. Návykové poruchy chování.....	4
3. Závislosti / návykové chování jako předmět sociální politiky	4
4. Strategie protidrogové politiky a drogová situace v ČR.....	6
4.1 Protidrogová politika v ČR.....	6
5. Návykové látky (specifika užívání)	7
5.1 Alkohol.....	7
5.2 Tlumivé látky.....	10
5.3 Stimulující látky	12
5.4 Halucinogenní látky	15
5.5 Konopné látky.....	17
6. Síť drogových služeb.....	18
6.1 Terénní služby.....	18
6.2 Kontaktní centra	19
6.3 Ambulantní centra (adiktologické ambulance, AT poradny)	19
6.4 Drogové služby ve vězení.....	20
6.5 Krátkodobá pobytová léčba (detoxifikace, psychiatrické léčebny)	21
6.6 Dlouhodobá pobytová léčba (terapeutické komunity).....	22
6.7 Doléčování (ambulantní služby, pobytové služby)	23
7. Specifika práce s uživateli drog.....	24
7.1 Atmosféra změny.....	24
7.2 Krátká intervence	24
7.3 Motivace ke změně (kolo změny, cyklus změny)	25
7.4 Prevence relapsu.....	25
8. Specifika práce s osobou s návykovou poruchou chování	26
8.1 Práce s osobou s poruchami příjmu potravy	26
8.2 Práce s patologickými hráči.....	26
Závěr	27
Použitá a doporučená literatura	28

ÚVOD

Tento studijní text vznikl pro potřeby vzdělávacího kurzu Sociální práce s klientem se závislostí a návykovou poruchou chování. Jak už název napovídá, celé téma je natolik široké, že jde jen stěží vměstnat do osmihodinového kurzu. Pokusili jsme se tedy téma úzce zaostřit na praxi sociální práce, abychom podstatnou část látky obsáhli.

K textu přistupujte s tím, že není určen pro služby zaměřené na cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách. Stejně tak necílí na služby poskytující služby primárně osobám s návykovou poruchou chování. Text byl tvořen se záměrem uvést pracovníky sociálních služeb do problematiky závislostí a návykového chování tak, aby měli představu o problému, dokázali se orientovat v jeho širších souvislostech a dokázali klienta odkázat do vhodných služeb specializovaných na tuto cílovou skupinu.

1. ZÁVISLOST A NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ

Na začátku textu se podíváme na samotný pojem závislost. Najít odborně uznávanou definici závislosti není velký problém, stačí se podívat do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10)¹. Tato definice popisuje závislost jako pouze jednu část celého spektra nemocí spojených s užíváním psychoaktivních látek. Nepostihuje tedy komplexně problematiku užívání návykových látek a z čistě medicínského hlediska nemá ani mnoho společného se závislostmi na nelátkových fenoménech (např. hazard). Přes toto omezení však definice ukazuje na řadu faktorů, které jsou společné pro návykové chování² jako celek, tedy jak pro závislost na psychoaktivních látkách, tak na procesech, jako je hazard, internet, jídlo apod.

Definice závislosti podle MKN 10:

„Syndrom závislosti: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoživení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.“

1 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Klasifikace nemocí dle WHO. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994.

2 Termínem návykové chování budu v práci označovat závislost z obecného úhlu pohledu. Tedy jak závislost látkovou, tak nelátkovou. Termín chování definuji jako soubor všech pozorovatelných projevů člověka, z nichž některé mohou být i nevědomé. Oproti tomu jednání definuji pouze jako soubor vědomých projevů.

Závislost je tedy především o touze. Měli bychom však více specifikovat tuto touhu podle předchozí definice. Jde o touhu po jednání, které vede k významným změnám v dosavadním chování člověka. Dalším specifikem je rozdílné vnímání naplnění této touhy u lidí závislých a u těch, u nichž se závislost nevyskytuje. Dalším specifikem je různá intenzita naplňování této touhy, vytoužené jednání se dá užívat přiměřeně, dá se zneužívat a dá se i nadužívat. V případě návykového chování tedy mluvíme o touze, která je specifická tím, že přemáhá racionální úvahu. Takové touze člověk podléhá i s vědomím, že dané jednání pro něj bude mít negativní důsledky.

2. NÁVYKOVÉ PORUCHY CHOVÁNÍ

Vedle závislosti bychom si měli definovat i v názvu zmíněné návykové poruchy chování. Do této kategorie řadíme, v dnešní době stále častěji se vyskytující, chování související s masivním využíváním nových technologií v běžném životě. Jde zejména o patologické hráčství, závislost na internetu nebo počítačových hrách (Vacek, Nelátkové závislosti). Při popisu těchto druhů chování se však dostáváme do nelehké situace v souvislosti s výrazem závislost. Z medicínského hlediska totiž za závislost označujeme pouze jeden stav poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (výše zmíněné kategorie MKN10 F10-F19). Medicínské diagnózy pro nelátkové závislosti jsou z kategorií MKN10 F63 návykové a impulzivní poruchy, F52.7 nadměrné sexuální nutkání (závislost na sexu) a F50 poruchy příjmu potravy. Řadu z dnes rozšířeného návykového chování však do těchto kategorií nelze zařadit. Narážíme zde na obecný problém příliš úzce definovaného pojmu závislost, na což upozorňuje řada autorů³.

3. ZÁVISLOSTI / NÁVYKOVÉ CHOVÁNÍ JAKO PŘEDMĚT SOCIÁLNÍ POLITIKY

Už máme jistou představu, co to je závislost a návykové chování. Nyní se na tyto jevy podíváme v širším kontextu sociální politiky. Pro názornost použijeme příklad drogové závislosti, ale podobný příběh můžeme sledovat i u dalších návykových poruch. Jde o to, jak se z minoritního fenoménu stává společenské téma a společnost si na obranu vůči tomuto fenoménu začíná tvořit obranné mechanismy (sociální politiku).

³ Vacek odkazuje mimo jiné na: Orford J. (2001). Conceptualizing addiction. *Addiction as excessive appetite*. *Addiction*, 96, 15–31. Shaffer, H. J. (2004). *Internet Gambling & Addiction*. Harvard Medical School, Division on Addictions. Retrieved, <http://www.divisiononaddictions.org/html/publications/shafferinternetgambling.pdf> on January 16, 2004. Larkin, M. & Griffiths, M. D. (1998). Response to Shaffer (1996): The Case for a 'Complex Systems' Conceptualisation of Addiction. *J.Gambl.Stud.*, 14, 73–82.

Kalina popisuje rozvoj světového drogového problému ve třech fázích (Kalina a kol., 2003). První začíná někdy v devatenáctém století, kdy se rodí i první koncepty státem organizované sociální politiky, a končí někdy kolem roku 1960. V tomto období byly závislosti považovány za morální nedostatek sociálně vyloučených jedinců. Až ke konci tohoto období se drogy dostaly do hledáčku úzkého okruhu vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalistů na straně potírání trestné činnosti a lékařů–psychiatrů na straně léčení závislostí.

Mezi lety 1960 až 1990 se ve vyspělých západních zemích stávají drogy významným společenským problémem. Užívání drog je rozšířené napříč širokým spektrem sociálních vrstev. Zejména v USA a v západní Evropě dochází k masivnímu nárůstu užívání drog, který následují rozsáhlé sociální a zdravotní důsledky. Tato situace má zásadní vliv na proměnu sociálních politik v řadě zemí.

Největšími nebezpečími spojenými s drogovým problémem jsou především globalizovaný drogový trh, který je mezi ostatními nezákonnými trhy v mezinárodním měřítku na prvním místě co do rozsahu a na druhém místě co se týče finančního obratu hned za nezákonným trhem se zbraněmi (Kalina a kol., 2003). Dále je to epidemický charakter šíření zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou sice rozsahově nižší než u legálních drog, podstatné je ovšem riziko šíření infekčních onemocnění (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace.

Kazuistika č. 1

Přečtěte si kazuistiku k předcházející kapitole a reflektujte ji v kontextu s vývojem pohledu na užívání drog.

4. STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY A DROGOVÁ SITUACE V ČR

Drogy a jejich zneužívání se objevilo v zemích střední a východní Evropy po roce 1990, a to v neočekávaném rozsahu. Rozšíření drog bylo jedním z doprovodných jevů změny politického režimu v těchto zemích. Každá z dotčených zemí se k problému postavila po svém a v řešení problému postupovala rozdílně. V postkomunistických zemích tak šlo pozorovat něco jako „odloženou epidemii“, na rozdíl od západoevropských zemí, které čelily drogovému problému již od 60. a 70. let (Bém in Kalina a kol., 2003).

4.1 Protidrogová politika v ČR

Pro pochopení širších souvislostí v situaci protidrogové politiky ČR je potřeba se alespoň rámcově seznámit s jejím historickým vývojem. V bývalém Československu vznikla v roce 1991 Federální komise pro narkotika jako poradní orgán federální vlády, které se však podařilo pouze navázat spolupráci s některými zahraničními středisky a ve své činnosti již další rok nepokračovala. Je zde nutné zdůraznit, že v odborných kruzích byl rozvoj drogové problematiky v ČR po roce 1990 očekávaný a byl také vyvoláván tlak na to, aby byla připravována potřebná legislativa (Radimecký in Kalina a kol., 2003).

Krátce po vzniku ČR v roce 1993 se vláda ČR přihlásila k závazkům vyplývajícím z úmluvy OSN a začala se otázkou drog zabývat systematicky. Byla ustanovena Meziřezortní protidrogová komise. Koncepte protidrogové politiky v ČR byla od svého počátku velmi liberální. Sice se jasně vymezovala proti liberalizaci a legalizaci drog, na druhou stranu se vyjadřovala ve prospěch svobodného rozhodnutí ve věci užívání drog a rozhodně vystupovala proti trestnímu postihu konzumentů drog. Začaly se rozvíjet také specifické drogové služby jako kontaktní centra, denní stacionáře a terapeutické komunity. Důležitým prvkem bylo posilování role nestátních neziskových organizací v oblasti.

Následují vládní koncepte na roky 1998 až 2000 už mohla vyhodnocovat předchozí kroky a definovat navazující strategii. V oblasti represe se soustředila na vytváření nástrojů na potlačování mezinárodního obchodu s drogami a potlačování dostupnosti drog na ulici. V oblasti administrativní kontroly se zaměřuje na kontrolu nakládání s OPL a prekurzory. Zaměřovala se také na primární prevenci. V oblasti sekundární a terciární prevence se soustředila na další rozvoj drogových služeb. Již tato koncepte zavádí certifikaci drogových služeb a standardy kvality těchto služeb s osmiletým náskokem před dalšími sociálními službami (Radimecký in Kalina a kol., 2003).

Současná protidrogová politika se zaměřuje na vyvážený přístup mezi represí a prevencí. Staví na čtyřech pilířích: 1. primární prevenci, 2. harm reduction, 3. léčbě a 4. resocializaci. I když zejména princip harm reduction byl od počátku trnem v oku některých konzervativních politiků, dnes je pevnou součástí drogové politiky a nikdo o jeho významu nemůže legitimně pochybovat.

Vidíme, že v oblasti drogové závislosti je sociální politika ČR značně rozvinutá, a můžeme konstatovat, že sleduje světový trend na velmi vysoké úrovni. Otázkou je, jestli i v případech dalších závislostí a návykového chování můžeme hovořit o uceleném systému sociální politiky. Jisté náznaky samozřejmě nacházíme u alkoholu nebo poruch příjmu potravy, nebezpečnost dalších jevů však zatím nedosáhla takové úrovně, aby se komplexní systém drogové politiky mohl utvořit.

Kazuistika č. 2 a 3

Přečtěte si kazuistiky k předcházejícím kapitolám a ve skupině prodiskutujte jejich vztah k současné protidrogové politice v ČR.

5. NÁVYKOVÉ LÁTKY (SPECIFIKA UŽÍVÁNÍ)

V této kapitole jsme návykové látky rozdělili do sedmi skupin. Rozdělení kopíruje specifika účinků jednotlivých látek a zároveň rozdílné širší souvislosti užívání těchto látek. Při popisu jednotlivých skupin nám jde především o zachycení specifických projevů užívání těchto látek tak, jak se s nimi můžou pracovníci setkat v běžné praxi sociální práce. Výčet látek obsahuje jak látky nelegální, tak ty, které jsou společností běžně uznávány jako legální. Ve výčtu chybí též látky, které jsou ve většině oblastí ČR drogou minoritní, a také léky a nové syntetické látky, které jsou však okrajově probírány v rámci kurzu.

5.1 Alkohol

Česká republika patří dlouhodobě na špičku světového žebříčku ve spotřebě alkoholu na osobu. Toto prvenství naší společnosti přináší řadu negativních důsledků. Nadměrná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % dospělé populace žen (Popov in Kalina a kol., 2003). Při pravidelné konzumaci vyšších dávek alkoholu dochází k řadě vážných zdravotních potíží.

Klasifikace poruchy:

Lze je rozdělit do dvou skupin:

Na poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na nervový systém:

- intoxikace alkoholem
- odvykací stav
- psychotická porucha
- amnestický syndrom

Poruchy, které se projevují návykovým chováním souvisejícím se zneužíváním alkoholu:

- narušená kontrola užívání
- ztráta kontroly užívání alkoholu
- syndrom závislosti na alkoholu

Užívání alkoholu jen zřídka znamená od samého počátku závislost na alkoholu. Škodlivé užívání je ale způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, většinou předchází o několik let vlastní závislost na alkoholu.

Účinky:

Při nižších dávkách se účinky alkoholu (prostá opilost ebrieta) projevují stimulačně. Dochází k psychomotorickému nabusení, povznesení nálady, mnohomluvnosti, zvýšení sebevědomí. Následuje snížení sebekritičnosti a zábrán, agresivita. Při rychlé konzumaci alkoholu dochází k hlavním projevům účinků etylalkoholu a tím je útlum. Objevuje se únava, somnolence, spánek, případně bezvědomí. Popisují se čtyři stádia intoxikace:

- excitační stádium, lehká opilost
- hypnotické stádium, opilost středního stupně
- narkotické stádium, výrazné známky opilosti
- těžká alkoholová intoxikace s rizikem bezvědomí, zástavy dechu a oběhu

Vývoj závislosti:

Vycházíme-li z holistického modelu závislosti⁴, potom samotný vznik závislosti na alkoholu nejlépe zachycuje dispozičně-expoziční model (Popov in Kalina a kol., 2003). Čím výrazněji se uplatňují u člověka faktory dispoziční (genetické, biologické, osobnostní), tím menší vliv na vznik závislosti mají faktory expoziční (samotné užívání alkoholu). Stejný vztah funguje i opačně. Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů. Pro závislost na alkoholu je typická vysoká míra vlivu genetické dispozice k závislosti.

⁴ Holistický model závislosti: Na rozdíl od biomedicínského modelu tento rozšiřuje oblast závislosti o rozměr psychických funkcí a mezilidských vztahů jako dvou důležitých faktorů ovlivňujících lidské zdraví. Velký důraz je kladen především na dynamickou proměnu a vzájemnou interakci těchto faktorů. Závislost tak není něčím pouze implicitně daným, ale rozvíjí se v průběhu vývoje osobnosti a je z velké části ovlivňována řadou vnějších faktorů.

Rozvoj závislosti začíná nenápadně přechodem ze škodlivého užívání. Typické bývá zvyšování tolerance vůči alkoholu a postupná ztráta kontroly užívání. Tyto jevy jsou doprovázené zanedbáváním jiných původních zájmů. Postupně dochází ke změnám v chování a myšlení, které mohou dojít až ke změnám na úrovni osobnosti. Jde o adaptační mechanismus, prostřednictvím něhož alkoholik řeší konflikty mezi posunem vlastního chování a požadavky společnosti i vlastního svědomí. Alkoholik se často snaží racionalizovat své pití. Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu spolu s odvykacími příznaky (ranní doušky, poruchy paměti). Spolu s progresí návykového chování se trend zvyšující se tolerance náhle zlomí a závislý ztrácí schopnost rychle odbourávat alkohol.

Odvykací stav a komorbidita:

Odvykací stav při zneužívání alkoholu se objevuje u osob s dlouhou a intenzivní kariérou jeho zneužívání. Obvykle se začíná objevovat během pár hodin po přerušení nebo omezení pití. Typickými projevy jsou třes, pocení, závratě, poruchy koordinace pohybů, úzkost, neklid, různé druhy halucinací, zvracení, tachykardie, hypertenze, poruchy spánku. Odvykací stav obvykle odeznívá během čtyř až pěti dnů. Závažnější případy odvykacích stavů mohou být doprovázeny křečemi, epileptickými záchvaty či deliriem (delirium tremens). Delirium je závažný stav ohrožující život alkoholika, někdy se projevuje taktéž jako intoxikační delirium. Projevuje se poruchami vědomí, halucinacemi, paranoidními bludy, člověk je ohrožen rizikem metabolického rozvratu, který může mít za následek smrt.

Závislost na alkoholu je chronické onemocnění, které postihuje nejen fyziologickou stránku zdraví člověka, ale i všechny ostatní oblasti jeho života. V případě, že není závislost vhodně zaléčena, dochází k její postupné progresi k terminálnímu stádiu, kdy je nezbytné trvalé umístění v léčebném zařízení. Pro závislost na alkoholu je typické, že u ní není možné dosáhnout kontrolovaného užívání, trvalá abstinence je nutným předpokladem uzdravení. To je způsobeno nezvratnou ztrátou schopnosti kontrolovat pití. Léčba většinou nebývá úspěšná po prvním pokusu, často dochází k relapsům se všemi jejich souvislostmi.

Při trvalém zneužívání alkoholu dochází k četným zažívacím problémům. Alkoholismus má často za následek různé druhy rakoviny (jícnu, žaludku, jater, tlustého střeva). Dochází taktéž k poškození oběhového systému a obdobně také nervového systému. Na psychické rovině se objevují krátkodobé poruchy vědomí, poruchy emocí, vnímání a myšlení. Často je přítomná vysoká agresivita. Jako následek dlouhodobého pití se mohou objevovat i psychotické poruchy a alkoholická demence. Při často se vyskytujících duálních diagnózách⁵ chronických alkoholiků je nutné řešit oba problémy, protože podcenění druhé psychiatrické diagnózy může být předpokladem relapsu (Popov in Kalina a kol., 2003).

⁵ O duální diagnózu se jedná v případě kombinace závislosti a další psychiatrické poruchy.

Odborné intervence:

Při léčbě závislosti na alkoholu hraje klíčovou roli psychoterapie. Většinou se jedná o skupinovou dynamicky orientovanou terapii, jejímž cílem je produktivní nahlédnutí klienta posilující jeho rozhodnutí abstinovat. Tato terapie bývá často doplňována prvky KBT a farmakoterapie. Efektivní v případě škodlivého užívání bývá technika krátké intervence⁶.

Důležitým prostředkem pro možné nastoupení léčby je detoxifikace⁷. Často používanou metodou bývá také senzitivace, kdy je klientovi podáván preparát (např. Antabus) zvyšující jeho citlivost na alkohol.

Kazuistika č. 4

Přečtěte si kazuistiku k předcházející kapitole a ve skupině ji prodiskutujte.

5.2 Tlumivé látky

V této kapitole budeme popisovat látky s převážně tlumivými účinky. Hlavní skupinou těchto látek budou opioidy a opiáty. Jedná se o látky, které jsou standardně používány ve zdravotnictví pro jejich silný analgetický účinek. Pro užívání těchto látek je typický rychlý rozvoj tolerance a silného odvykacího stavu („fyzická“ závislost). Nejběžněji se setkáme s užíváním heroinu a surového opia. A to buď ve formě užívání ústně, nebo užívání čípků s obsahem opiátů. Časté je užívání opiátů kouřením, tedy vdechováním látky odpařované na kousku alobalu zapalovačem (tzv. „kouření přes plech“). Nejnebezpečnější způsob užívání opiátů je injekční formou, ať už do svalu, či do žíly. Zvláště nebezpečné je injekční užívání surového opia, které obsahuje velké množství pevných příměsí a dalších nežádoucích látek. V České republice je rozšířeno užívání látek substituujících⁸ heroin, v letních měsících doplněné užíváním surového opia. Pro představu je celoživotní prevalence užívání heroinu v ČR 0,9 % celkové populace, což je méně než polovina hodnoty prevalence užívání pervitinu (Mravčík a kol., 2012).

Klasifikace poruchy:

Opioidy a opiáty mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu, vysazení látky způsobuje silné odvykací účinky. Závislost se rozvíjí již v horizontu jednoho až dvou měsíců. Psychická složka závislosti se projevuje ztrátou kontroly nad užíváním a neovladatelným bažením. Somatická složka se odráží v stoupající toleranci k užívané látce. Dlouhodobí uživatelé opiátů užívají látku v množstvích, které by bylo pro normálního člověka smrtelné. Při abstinenci tolerance uživatele rychle

6 O krátké intervenci více v kapitole 7.2.

7 O detoxifikaci více v kapitole 6.5.

8 Substituce, substituční léčba, substituční látky: léčba formou užívání látky, která nahrazuje původně užívanou drogu. Tato látka má podobné účinky a vlastnosti jako původní droga, avšak s výrazně nižšími riziky. Nejběžnější jsou Subutex, Metadon a Subuxone.

klesá, a pokud člověk poté znovu užije dávku, na kterou byl zvyklý, znamená to pro něj ohrožení života.

Při pravidelném dlouhodobém užívání dochází k zásadním změnám v charakterových vlastnostech uživatele, dochází k etické degradaci člověka. Intelekt na rozdíl od zneužívání alkoholu zůstává nepostižen. Závislý ztrácí libido a potenci, bývá depresivní, trpí nespavostí, únavou a apatií.

Nezdravá životospráva vede k vyčerpání organismu a podvýživě. Uživatelé trpí infekcemi způsobenými oslabenou imunitou a používáním nesterilního injekčního materiálu (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Účinky:

Tlumivé látky působí zejména na centrální nervový systém, dochází k celkovému utlumení všech procesů. Intoxikace se zpočátku projevuje silnou euforií, která je největším lákadlem k užívání opiátů. Po euforii následuje zklidnění až ospalost. Při silné intoxikaci dochází k útlumu dýchacího centra a může dojít až k zástavě dechu. Tlumivé látky působí na centrum pro kašel i recepční zónu pro zvracení, může tedy dojít ke vdechnutí obsahu žaludku a k udušení. Pro opiáty je typické zúžení zornic, na rozdíl od všech ostatních návykových látek. Užívání se projevuje i na krevním oběhu, dýchání a dalších orgánech. Velmi běžná je silná zácpa vyvolaná útlumem pohyblivosti hladkého svalstva.

Vývoj závislosti:

Vývoj závislosti na tlumivých látkách bývá, jak už bylo zmíněno, velmi rychlý. Její vnější projevy však nemusí být patrné po delší dobu. Nápadným může být utlumený stav uživatele a změny v jeho běžných zájmech a chování. Zásadní ve vývoji závislosti bývá až zvýšení tolerance k užívané látce a tedy významné zvýšení finančních nároků užívání. Pokud uživatel nemá běžný přístup k větším finančním prostředkům, nezbyvá mu než věnovat většinu času dne shánění prostředků na drogu. Dochází k totálnímu rozpadu původních sociálních vazeb a člověk se ocitá zcela mimo běžnou společnost.

Běžný uživatel začíná s užíváním opiátů formou kouření látky. Vzhledem k větší finanční náročnosti tohoto způsobu ale brzo přechází na injekční užívání, v naprosté většině do žíly. To, jestli uživatel používá sterilní injekční materiál a umí brát tzv. bezpečně, záleží v největší míře na prostředí, ve kterém se pohybuje. Heroin jako nejtypičtější tlumivá látka je ředitelný v kyselinách, pro injekční užití se přepravuje rozmícháním v roztoku kyseliny (askorbové, citronové apod.) a zahřátím. Uživatelé opiátů mohou během drogové kariéry přestoupit na užívání nebo zneužívání substitučních přípravků, a to jak ústně, tak injekčně. Užívání opiátů bývá příležitostně doplňováno užíváním řady tlumících léků. Výjimečně

se lze potkat i s uživateli, kteří užívají zároveň tlumící a stimulační látky (heroin a pervitin, tzv. „speedball“).

Odvýkací stav a komorbidita:

Dominantní příznaky odvykacího stavu jsou opačné k účinkům opiátů. Lehčí stavy se projevují na úrovni trávicího systému (průjem, bolest břicha), poruch spánku a celkového neklidu. V těžších případech jsou reakce velmi bouřlivé, dochází k pocení, zvýšení teploty, slzení, poklesu krevního tlaku, úporné nespavosti, poruchám řeči, třesu, nechutenství. Může dojít až ke kolapsu a úmrtí.

Zdravotní následky zneužívání opiátů se projevují především na úrovni osobnosti. Zdravý uživatel je dále ohroženo především infekčními onemocněními spojenými s rizikovým způsobem života (např. hepatitidy, HIV/AIDS a další). Člověk užívající opiáty trpí tedy především svým životním stylem. U uživatelů v řádné substituční léčbě dochází k výraznému zlepšení zdravotního stavu (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Odborné intervence:

Základní pole intervencí vůči uživatelům tlumivých látek je v oblasti harm reduction. Uživatelé by měli být poučeni o tom, co užívání těchto látek přináší a jak je bezpečně užívat.

Samotná léčba závislosti na opiátech bývá velmi dlouhá a složitá. Může vést k abstinenci či k substituci jinou látkou. Léčba většinou probíhá formou řízené detoxifikace, krátkodobé pobytové léčby a dlouhodobého doléčování. Pokud se jedná o člověka s velmi dlouhou drogovou kariérou, je potřeba se zaměřit na narovnání patologických změn v jeho osobnosti a dalších doprovodných faktorů i na sociální úrovni.

5.3 Stimulující látky

Mezi stimulantia řadíme skupinu látek, které se při požití projevují výrazným budivým efektem na organismus. Patří mezi ně u nás nejnámější pervitin (metamfetamin), amfetamin nebo kokain. Částečně sem můžeme řadit i extázi, ta však ve svém složení může obsahovat i halucinační látky (MDMA) (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Stimulanty (budivé látky) v čele s pervitinem jsou v ČR vůbec největším rizikem vzhledem ke vzniku závislého chování. Není tomu tak pouze kvůli vysoké návykovosti této látky, ale především díky jejímu masivnímu rozšíření. Budivé látky se užívají v prostředí společenských akcí právě díky jejich budícím účinkům. Řada uživatelů je už na jejich účinky ale tak zvyklá, že je užívá k posílení pracovních výkonů a po dlouhodobé drogové

kariéře také k tomu, aby vůbec zvládli nároky běžného dne. Celková prevalence užívání pervitinu je 2,1 % obyvatelstva ČR (Mravčík a kol., 2012).

Klasifikace poruchy:

Látky této skupiny nevyvolávají fyzickou (somatickou) závislost. Projevem závislého chování je především silná a neovladatelná chuť po užití látky. Je třeba brát v potaz to, že psychická závislost je daleko závažnějším následkem než závislost fyzická. Fyzické závislosti se člověk dokáže celkem rychle zbavit během detoxifikace, psychická závislost vyžaduje dlouhodobou systematickou léčbu, při které často dochází k relapsům. Stejně to platí i u psychické složky závislosti na opiátech.

Užívání stimulantů znamená vysokou zátěž pro organismus uživatele, především pro jeho kardiovaskulární systém. Organismus je po celou dobu účinku připraven na maximální výkon, to zvyšuje riziko srdečních a mozkových příhod, snižuje chuť k jídlu a způsobuje tak extrémní vyhubnutí uživatele. Stimulantů se nejde předávkovat jako např. opiáty. Všechna úmrtí spojená s požitím vysoké dávky látky souvisejí se selháním organismu z důvodu extrémního přetížení (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Pro psychickou složku závislosti je typická degradace osobnosti uživatele, která je způsobená tím, jak užívání látky penetruje celý životní svět člověka. Tím jedinec ztrácí přirozené schopnosti adaptability na lidskou společnost, pokud si je tedy v době před užíváním vůbec stihl vytvořit.

Drogová kariéra uživatele stimulantů nemusí být dlouhá, aby se prostřednictvím užívání těchto látek spustila do té doby latentní psychiatrická diagnóza, ke které měl uživatel vnitřní dispozice. Nejedná se přitom o toxickou psychózu, která je typickým projevem dlouhodobého užívání stimulantů a odezní v krátké době po detoxifikaci. V tom tkví velké nebezpečí užívání stimulantů, které mohou způsobit trvalé poškození psychiky, na rozdíl od opiátů, které psychiku většinou neohrožují. Zásadním problémem je užíváním způsobená disbalance dopaminu a dalších látek, která způsobuje nepředvídatelné depresivní, nebo naopak agresivní chování dlouhodobého uživatele.

Účinky:

Účinky stimulantů budeme popisovat na příkladu pervitinu jako typického a nejrozšířenějšího zástupce této skupiny. Účinky všech dalších stimulačních látek mu jsou velmi podobné.

Pervitin při užití působí především na motoriku, kterou viditelně zrychluje (pozorujeme „vykroucenost“, tikové pohyby). Působí ale i na psychiku tím, že způsobuje euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní

chování, působí nechutenství. Organismus pracuje s vypětím všech sil až do úplného vyčerpání. Pervitin urychluje tok myšlenek, zvyšuje pozornost a soustředěnost. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese, silné únavy a celkové skleslosti. Pervitin zvyšuje libido, řada uživatelů mluví o sexu pod vlivem drogy jako o nenahraditelném zážitku.

Akutní intoxikace se projevuje neklidem, hyperaktivitou, bolestí hlavy a hrudníku. Chronická intoxikace pak vede k celkovému zchátrání z důvodu podvýživy. Doprovází ji změny na mozku vedoucí k degradaci mentálních schopností dlouhodobého uživatele (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Vývoj závislosti:

Vývoj závislosti na stimulantech se odvíjí do značné míry od vnitřních a vnějších dispozic člověka. U někoho s velkou mírou vnitřní dispozice se závislost rozvine velmi rychle, podobně jako v případě opiátů. Na druhou stranu řada osob s velkou mírou vnějších dispozic (pohyb v prostředí uživatelů stimulantů) dokáže dlouhou dobu drogu užívat kontrolovaně.

V praxi je ověřeno, že užívání stimulantů poznají blízcí uživatele průměrně v horizontu dvou let. Tou dobou je již u většiny uživatelů závislost silně rozvinuta.

Na začátku kariéry se uživatelé stimulantů seznamují s drogou jen příležitostně (víkendově v určité společnosti). Většinou ji užívají šňupáním (sniff). Vzhledem k agresivitě látky, která negativně působí na sliznici nosu, ale přecházejí s prodlužující se kariérou na injekční užívání. Pervitin lze také užívat kouřením a ústně (polykáním v kapslích), tyto způsoby jsou však používány spíše okrajově. Injekční užívání stimulantů je spojeno se stejně významnými riziky jako injekční užívání jakékoliv jiné drogy. Pervitin je ředitelný vodou a nemusí se zahřívát, injekční roztok se tedy nepřipravuje na lžici, ale buď v jakékoliv malé nádobce, nebo přímo v injekční stříkačce. Uživatelé s rozvinutou závislostí užívají drogu tzv. v tazích. Drogou si aplikují opakovaně po dobu několika dní, kdy se udržují v intoxikovaném stavu. Po takovém tahu pak, díky totální vyčerpanosti, stráví několik dní spánkem a odpočíváním. Uživatelé ve velmi pokročilém stádiu závislosti užívají drogu i několikrát denně a intoxikace již na nich nemusí být pro laika patrná, často zvládají dokonce chodit do zaměstnání.

Odvykací stav a komorbidity:

V případě, že se člověku podaří akutní odvykací stádium přestát, stále se může setkávat se situacemi, kdy se mu touha po droze vrací se stejnou intenzitou jako dříve. Je potřeba, aby takový člověk nepodcenil doléčovací

ní a stále pracoval na udržení abstinence. Osobnostní změny způsobené především dlouhou drogovou kariérou může být velmi složité navrátit do normálního stavu.

Jak už bylo uvedeno výše, užívání stimulantů s sebou nese vysoké riziko vzniku psychických komplikací (halucinace, strach, neklid, paranoia, deprese, zmatenost). Objevují se poruchy paměti nebo koncentrace. Chronická intoxikovanost rozvíjí paranoidně-halucinatorní syndrom („stíhu“) a jiné toxické psychózy. Časté je samoléčení těchto problémů prostřednictvím opiátů, to však vede jen ke křížené závislosti a dalším komplikacím (Minařík in Kalina a kol., 2003).

Užívání stimulantů je také spojeno s řadou rizik spojených s nitrozilným užíváním látky a významnými sociálními souvislostmi, stejně jako je tomu při užívání opiátů.

Odborné intervence:

Možnosti intervence u uživatelů stimulantů jsou vesměs podobné jako u tlumivých látek. Uživatelé by především měli být poučeni o tom, co užívání těchto látek přináší a jak je bezpečně užívat. Na rozdíl od tlumivých látek se v případě stimulantů nepoužívá substituční léčba. Stejně jako v případě tlumivých látek se léčba směřující k abstinenci začíná detoxifikací, přitom v případě stimulantů bývá detoxifikace snazší. Následná léčba však probíhá velmi podobně a uživatel se potkává s řadou velmi podobných problémů jako uživatel opiátů.

Kazuistika č. 5

Prečtěte si kazuistiky k předcházející kapitole a ve skupině ji prodiskutujte.

5.4 Halucinogenní látky

Do skupiny halucinogenů patří řada látek, které lze dělit na tři základní skupiny (Miovský in Kalina a kol., 2003):

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)
- přírodní halucinogeny živočišného původu (např. bufetenin)
- semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“)

Nejběžněji užívanými halucinogeny jsou v ČR psilocybin (v houbách rodu lysohlávek) a LSD. Zejména LSD se v poslední době jen zřídka vyskytuje v čisté formě a bývá často v užívané směsi doplňováno stimulan-

ty. Lysohlávky obsahující velmi účinný psilocybin jsou sezónně velmi dostupnou houbou a právě díky tomu s nimi má zkušenost 5–9 % středoškoláků v ČR (Miovský in Kalina a kol., 2003). Mimo tyto dvě běžně dostupné látky se můžeme v ČR setkat i s celou řadou dalších látek, jejich užívání však není příliš rozšířené zejména díky složitosti jejich přípravy či velkému nebezpečí při jejich užívání.

Klasifikace poruchy:

Žádná z uvedených látek nevyvolává závislost tak, jak ji známe u jiných drog. U těchto drog není ani známo jejich chronické užívání s výjimkou uživatelů, u nichž se vždy jedná o osobnostní rys jejich chování. U LSD nejsou známy případy předávkování. V případě lysohlávek je však velké riziko poškození jater či ledvin při požití větší dávky, u některých jiných druhů hub je pak toto riziko ještě mnohonásobně vyšší.

S užíváním halucinogenních látek je spojeno velké riziko psychických problémů. Zejména v případě přírodních látek, kdy není možné odhadnout požívané množství účinné látky, může vést intoxikace k neočekávaným následkům (tzv. „bad trip“). Průběh intoxikace je většinou závislý na „settingu“ (nastavení) uživatele, při depresivní náladě nebo v nepříjemném prostředí může docházet k rozvoji paranoidního stavu. U osob s vrozenou dispozicí mohou být tyto stavy velmi vážné a v důsledku afektu hrozí nebezpečí sebepoškození nebo naopak agrese vůči okolí. Výjimečně může u disponovaných jedinců vést užití látky k rozvoji latentní psychiatrické poruchy. Většina dalších příznaků jako třeba zmatenost při dlouhodobějším užívání látky vždy odezní v krátké době po vystřízlivění (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Účinky:

Účinky halucinogenních látek jsou si v řadě faktorů podobné. V případě LSD a psilocybinu nastupují účinky intoxikace až po nějakém čase po požití látky (několik minut až jedna hodina). Nástup účinků bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopnosti ovládat pohyby, pocitem závratí a nevolnosti. Po krátké chvíli dochází ale k odeznění těchto příznaků. Celková délka intoxikace v závislosti na požitých dávkách se pohybuje v rozmezí 4 až 8 hodin. U nižších dávek je typický výskyt iluzí a pseudohalucinací. Příznačný je sklon k zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Intoxikace bývá doprovázena pocitem mírné euforie, dobrou náladou, někdy přecházející až v extatický stav. Stejně tak dochází k epizodám depresí, nepohody, v závislosti na již zmíněném „settingu“. Vyšší dávky mohou navodit intenzivní halucinatorní stav bez možnosti ovlivnění vůlí, což osoby se silnou potřebou sebekontroly můžou vnímat velmi negativně. Potencionálně rizikovými jevy jsou pocity depersonalizace a derealizace (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Odborné intervence:

S uživateli halucinogenních látek se v prostředí drogových služeb nebo léčby závislosti setkáváme jen zřídka. Většinou se jedná o uživatele, kteří jsou k takové intervenci donuceni rodinou nebo je k tomu vedou psychické komplikace. Většinou je dostačující intervence formou poradenství nebo krátkodobé psychoterapie. Ústavní léčba není nutná a rozhodně ani vhodná. Na lehkou váhu však nelze brát uživatele, u nichž se v souvislosti s užíváním halucinogenů objevují výrazné psychické komplikace, takové případy vždy vyžadují citlivou psychiatrickou péči.

5.5 Konopné látky

Celoživotní prevalence užívání konopí v populaci ČR je kolem 25 % (Mravčík a kol., 2012). V současné době se můžeme setkávat zejména s látkou pěstovanou v umělých podmínkách, která má vysoké procento účinných látek, někdy až 20 %. Oproti tomu přírodně pěstované konopí obsahuje 2–8 % účinných látek (Miovský in Kalina a kol., 2003). Dobrá dostupnost uměle vypěstovaného konopí ale prakticky vytlačila přírodní konopí z trhu.

Klasifikace poruchy:

Konopné látky nevyvolávají fyzickou (somatickou) závislost. Podobně jako stimulantia však u 8–10 % populace dlouhodobých uživatelů vyvolávají závislost psychickou. Závislost tedy vzniká především dlouhodobým užíváním konopných látek. Není popisováno ani zvyšování tolerance na účinnou látku ani odvykácí stavy při vysazení užívání látky.

V poslední době se v souvislosti s užíváním konopných látek hovoří o tzv. amotivačním syndromu. Ten se ve svých projevech velmi podobá diagnóze depresivních stavů. Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopí se objevují poruchy některých kognitivních funkcí. Zejména zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Mohou se dostavit flashbacky a rozvoj paranoidních stavů.

U predisponovaných jedinců může dojít k nečekanému rozvoji silných depresivních stavů nebo stavů úzkosti, velmi výjimečně pak k rozvoji latentních psychiatrických poruch (Miovský in Kalina a kol., 2003).

Odvykácí stav a komorbidita:

U jedinců, u nichž se rozvinula psychická závislost na konopných látkách, lze pozorovat projevy podobné psychické závislosti na stimulantech. Tyto projevy jsou však jen velmi slabé. Jedná se tedy o stavy neklidu, podrážděnosti a depresivní stavy.

V souvislosti s hypotetickým amotivačním syndromem můžeme u pravidelných uživatelů konopí očekávat značný dopad užívání na jejich sociální situaci a sociální fungování. Tato rizika nabývají na významnosti v souvislosti s velmi nízkým věkem takovýchto uživatelů.

Odborné intervence:

Odborné intervence lze srovnat s intervencemi, kterých využívají uživatelé psychotropních látek a které byly popsány výše.

6. SÍŤ DROGOVÝCH SLUŽEB

V tuto chvíli bychom měli připomenout, že pro sociální práci není definice i samotný koncept pojmu závislost podstatný. S tímto pojmem pracuje především medicína a pro sociální práci není zas až tolik významný. V našem případě budeme hovořit o síti drogových služeb. Neopustíme tedy koncept závislosti zcela, protože tyto služby často kombinují sociální práci a medicínskou praxi. Jednotlivé druhy služeb strukturujeme podle jejich nízkoprahovosti a částečně také podle jejich návaznosti na cestě uživatele drog ze sociálního vyloučení zpět do běžné společnosti.

6.1 Terénní služby

Cílovou skupinou drogového terénu jsou především injekční uživatelé nelegálních drog. Jen zřídka některé terénní služby pracují s neinjekčními uživateli drog. V poslední době se začínají objevovat experimenty s terénní prací s gamblerů či alkoholiky. V případě injekčních uživatelů drog se jedná o osoby s rozvinutou závislostí na stimulačních či tlumivých látkách, které se nacházejí v situaci sociálního vyloučení. Jejich životní styl je spojen s trestnou činností, ztrátou práce, bydlením a kompetencí tyto věci znovu získat. Mimo tyto osoby pracuje drogový terén i s injekčními uživateli drog, kteří se nacházejí na začátku své drogové kariéry a ještě se neocitli v sociálním vyloučení. Může se jednat například o mládež experimentující s drogami.

Mimo snižování rizik může působit drogový terén i v oblasti sekundární prevence. V rámci terénní práce je prováděna depistáž a uživatelé jsou motivováni ke změně jejich životního stylu, popřípadě jsou odkazováni do návazných služeb, kde se mohou věnovat svému problému se zneužíváním návykových látek.

6.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou podle zákona o sociálních službách zařízení poskytující služby uživatelům drog. Ve své působnosti kontaktní centra navazují na služby drogového terénu, nebo zcela zastupují služby drogového terénu v místech, kde je cílová skupina dobře obeznámena se sítí drogových služeb a sama vyhledává tyto služby.

Hlavní cíle práce kontaktního centra jsou opět shodné s drogovým terénem. Zaměřují se na snižování rizik a motivaci ke změně životního stylu. Vzhledem k tomu, že se v těchto službách ve větší míře můžeme setkat s klienty motivovanými ke změně svého chování, bývá často v kontaktních centrech vymezen v rámci provozní doby prostor pro práci s těmito klienty, aby nepřicházeli do kontaktu s běžnou klientelou kontaktního centra. Samotný provoz bývá v různých zařízeních odlišný. Některá jsou zaměřena především na výměnný program a kontaktní práci, jako je tomu v drogovém terénu, jinde mají klienti možnost trávit v kontaktním centru více času, aby se zotavili z pobytu na ulici.

Kontaktní centrum poskytuje klientům stejné nízkoprahové služby jako drogový terén, jen k tomu využívá zázemí ambulantního zařízení. Tím se kontaktní centrum drobně vzdaluje uživatelům ve vzdálenějších lokalitách.

6.3 Ambulantní centra (adiktologické ambulance, AT poradny)

Ambulantní centra navazují na terénní služby a kontaktní centra. V největší míře se věnují ambulantní léčbě uživatelů drog. Přitom se nesusoustředí pouze na nelegální drogy, ale i na alkohol a některé návykové poruchy chování, jako je např. patologické hráčství.

Cílovou skupinou jsou uživatelé drog a osoby s návykovou poruchou chování, kteří jsou motivováni ke změně svého životního stylu. Přitom motivace ke změně chování může být velice proměnlivý pojem. Ambulantní centra pracují také v hojně míře s blízkými uživatelů drog. V ambulantních centrech se poskytuje drogové poradenství, léčba závislosti, popřípadě předléčebné poradenství a doléčování po léčbě závislosti.

Ambulantní centra pracují na základě dvou odlišných principů. Můžou poskytovat služby jako registrovaná sociální služba, pak v takovém centru pracují především psychologové, sociální pracovníci a adiktologové. Nebo fungují jako zdravotnické zařízení se smlouvou s pojišťovnamy, a poté centrum zaměstnává především psychiatry a klinické psychology,

kteří jsou oprávněni vykazovat výkony pro zdravotní pojišťovny (AT poradny⁹). V praxi se centra registrovaná jako sociální služba vyznačují větší mírou nízkoprahovosti a užším profesionálním vztahem pracovníka s klientem, což jsou pro mnoho uživatelů drog velmi důležité faktory.

Obecně platí, že léčba formou docházení do ambulantního centra je u většiny uživatelů drog motivovaných ke změně životního stylu velmi oblíbená. Je tomu tak zejména pro její zdánlivou nenáročnost. Obvykle se realizuje ve formě docházení na jednu až dvě konzultace týdně, někdy spojené se současnou medikací. Ne každý je však schopen takovou formu léčby úspěšně dokončit. Zejména uživatelé, jejichž životní prostředí je do velké míry penetrováno užíváním drog, často relapsují a tato forma léčby je pro ně neúčinná. Naopak ambulantní forma léčby (doléčování) může být vhodná pro absolventy dlouhodobých pobytových léčeb, kterým slouží jako podpora při návratu do běžného prostředí. Velkou otázkou je využití ambulantní léčby u uživatelů drog navracejících se po delší době z výkonu trestu. Sice za sebou můžou mít delší dobu abstinence a jsou silně motivovaní k pokračování v abstinenci, ale jejich dlouhodobý pobyt v prostředí výkonu trestu u nich většinou vede ke ztrátě reálného náhledu na jejich životní situaci po návratu na svobodu.

6.4 Drogové služby ve vězení

Drogové služby ve vězení jsou druhem služby na pomezí terénní práce a ambulantního centra. Služby drogových služeb ve vězení jsou poskytovány v prostředí výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody. Jelikož drogová kariéra většinu uživatelů drog vede do konfliktu se zákonem, velká část z nich bývá odsouzena k výkonu trestu odnětí svobody. Problematika uživatelů drog ve výkonu trestu je na oficiálních postech podceňována, přitom se odhaduje, že až polovina všech odsouzených má zkušenosti s návykovými látkami. Užívání drog mělo u řady z nich značný vliv na páčání trestné činnosti.

Cílovou skupinou drogových služeb ve vězení jsou tedy uživatelé drog ve věznicích. Jsou jimi jak aktivní uživatelé nelegálních drog, tak i další osoby trpící některou z návykových poruch chování. Mimo aktivní uživatele spadají do cílové skupiny i klienti abstinující a rozhodnutí v abstinenci pokračovat i po výstupu z věznice. Bohužel v ČR není možné v prostředí věznic poskytovat služby harm reduction (snížování rizik), proto se řada klientů při pobytu ve výkonu trestu nakazí některou z infekčních nemocí.

Výkon trestu a vazba jsou u velkého počtu uživatelů drog první příležitostí, kdy se dostávají z koloběhu užívání drog. Často je to poprvé po řádce let, kdy se jim podaří na delší dobu vystřízlivět a mohou částečně

⁹ AT poradna: poradna pro alkohol a toxikomanií.

reflektovat svůj dosavadní život s drogou. Dalším významným faktorem je to, že u části uživatelů vede uvěznění k znovunavázání kontaktu s jejich blízkými. Abstinence ve výkonu trestu a ostatní zmiňované faktory mohou vést k nalezení motivace pro změnu dosavadního životního stylu. Bohužel uzavřenost vězeňského prostředí neumožňuje uživatelům vybudovat si realistický pohled na jejich návrat do běžného života. Řada z nich ani nemá s tímto běžným životem žádnou zkušenost, protože začali s užíváním drog již v průběhu puberty. S těchto důvodů je velmi žádoucí působení drogových služeb ve vězení, které umožňují uživatelům drog hledat motivaci, utvářet reálný pohled na návrat na svobodu a poskytovat předléčebné a další poradenství.

6.5 Krátkodobá pobytová léčba (detoxifikace, psychiatrické léčebny)

Krátkodobé pobytové léčby jsou programy realizované převážně v pobytových lékařských zařízeních a jejich délka se pohybuje v rozmezí jednoho týdne až třech měsíců, někdy může být léčba prodloužena i na delší dobu. Jedná se asi o nejčastější typ léčby, kterého využívají uživatelé drog i další lidé s návykovými poruchami chování.

Cílovou skupinou krátkodobých pobytových léčeb jsou uživatelé, kteří jsou aktuálně motivováni ke změně svého životního stylu a nejsou schopni udržet abstinenci ve svém přirozeném prostředí. Léčba je hrazena ze zdravotního pojištění a klienti těchto zařízení jsou v pracovní neschopnosti.

Krátkodobé pobytové léčby můžeme rozdělit na dva odlišné typy zařízení. Prvním z nich je detoxifikace („detox“). Detoxifikační oddělení jsou většinou součástí psychiatrických léčeben, fungují jako uzavřená a pobyt uživatele na tomto oddělení je omezen jeho vystřízlivěním spojeným s odezněním akutních odvykacích syndromů. Pobyt se tedy pohybuje v rozmezí týdne až dvou. U případů, kdy je to potřeba (závislost na opiátech atd.), je pobyt spojený s medikací. U uživatelů drog je typické, že během prvních dní detoxifikace ztrácejí motivaci a z léčby odcházejí. Často je to zapříčiněno tím, že k léčbě byli donuceni, buď někým blízkým, nebo svou fatální životní situací. Většina uživatelů drog absolvuje v průběhu své kariéry řadu pobytů na detoxifikačním oddělení. Úspěšný pobyt na detoxifikačním oddělení je podmínkou pro nástup do dalších pobytových léčeb, a to i u abstinujících klientů. Detoxifikační oddělení jsou zařízení lůžkového typu se spíše strohým a pevným režimem.

Druhým typem krátkodobé pobytové léčby je léčba v léčebnách návykových nemocí. Jde o specializovaná zařízení, která bývají součástí psychiatrických léčeben. Pro vstup do této léčby je nezbytné absolvovat

detoxifikaci, která je v některých případech součástí celého léčebného pobytu, jindy je nutné jí realizovat zvlášť. Na rozdíl od detoxifikace je léčba realizována na otevřených odděleních, kde je také dodržován pevný léčebný režim. Léčba se skládá ze skupinové a individuální terapie doplněné o dodržování léčebného řádu. Terapie v léčebnách bývá většinou postavena na dynamickém přístupu a prvcích KBT¹⁰, které jsou při práci se závislostí nepostradatelné. Léčba je často doplňována prvky arteterapie a dalšími technikami. Léčebny pracují buď modelem specifických skupin závislých (např. alkoholici), nebo se smíšenými odděleními, kde jsou uživatelé různých drog a můžou být doplněni i např. gamblery. Oddělení jsou rozdělena na ženská a mužská.

6.6 Dlouhodobá pobytová léčba (terapeutické komunity)

Dlouhodobá pobytová léčba bývá realizována typicky v terapeutických komunitách. Její délka se pohybuje od půl roku až po jeden rok (výjimečně déle). Některé léčebny přizpůsobují svůj program krátkodobé léčby právě podmínkám terapeutické komunity a léčba se tak může délkou i náplní přibližovat dlouhodobé léčbě. Terapeutické komunity nejčastěji zřizují nestátní neziskové organizace a jejich provoz je financován z vládních rozpočtů (RVKPP a MPSV)¹¹. Zařízení jsou většinou umístěna v samostatných nemovitostech vzdálených od větších měst, aby se tak zajistilo bezpečné prostředí bez drog.

Cílovou skupinou terapeutických komunit jsou především dlouhodobí uživatelé drog s kariérou užívání delší než pět let. Jsou to klienti, kteří za sebou mají již řadu nezdařených pokusů o léčbu v ambulantní a krátkodobé pobytové formě. Velké množství klientů v terapeutických komunitách má za sebou i pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody.

Léčebný program v terapeutické komunitě je postaven především na skupinové terapii, socioterapii a komplexní sociální rehabilitaci. Pro přijetí do terapeutické komunity je nutný úspěšně absolvovaný pobyt na detoxifikačním oddělení a doporučení instituce, se kterou uživatel do té doby spolupracoval (kontaktní centrum, ambulantní léčba, drogové služby ve vězení). Klienti musejí mít také vyřízené dávky hmotné nouze, protože z nich si pobyt v komunitě hradí. Některé komunity jsou hrazeny ještě nad rámec dávek hmotné nouze a klientům musí někdo pomoci pobyt hradit (většinou rodina). Pobyt v komunitě je rozdělený do několika fází. V první fázi je klientovi zcela znemožněn kontakt s venkovním světem, komunikovat smí pouze s vybranými osobami, které neměly nic společného s jeho předchozím životem na drogách. Toto omezení je po-

¹⁰ KBT: kognitivně behaviorální terapie.

¹¹ RVKPP: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

stupně uvolňováno, ale klient je stále kontrolován, zda nenavazuje komunikaci s lidmi, se kterými dřív bral drogy. Ve druhé fázi se klient plně zapojuje do provozu komunity a stará se o její běžný provoz. V poslední části se klient snaží osamostatnit a opustit komunitu, často již pracuje mimo komunitu. Podle své aktuální situace si hledá doléčování po výstupu z komunity a zajišťuje si práci a bydlení v přirozeném prostředí. Léčbu v komunitě ukončuje až v momentě, kdy má vše venku zajištěné.

6.7 Doléčování (ambulantní služby, pobytové služby)

Zařízení poskytující doléčování může mít dvojitou formu. Jedná se buď o standardní ambulantní léčbu, nebo může být doléčování realizováno pobytovou formou. Pak se obvykle jedná o samostatný byt nebo několik bytových jednotek obývaných dvěma až pěti klienty.

Cílovou skupinou doléčovacích zařízení jsou klienti, kteří mají absolvováno některou z pobytových forem léčby. Přitom je u nich pravděpodobné, že rychlý návrat do běžného života by pro ně znamenal značné riziko. Doléčovací zařízení pobytového typu je vhodné volit mimo prostředí, ve kterém klient dříve užíval drogy, obvykle v jiném městě. Ambulantní forma doléčování obecně neposkytuje tak silnou podporu v abstinenci a navíc bývá využívána v prostředí, kde se klient dříve pohyboval. Pobytová forma doléčování je spojena s docházením do ambulantního doléčování a se skupinovými aktivitami. Režim v pobytové formě je postaven na plnění povinností, docházení do ambulantního doléčování a dodržování abstinence. Doléčování je obvykle postaveno na individuální psychoterapii, prevenci relapsu a sociální rehabilitaci.

7. SPECIFIKA PRÁCE S UŽIVATELI DROG

S uživateli drog a jiných návykových látek, stejně jako třeba s patologickými hráči, se můžeme potkávat celkem běžně v řadě druhů služeb. Je pravda, že přímo s uživateli drog se v nedrogových službách potkáme jen zřídka a mnohdy, díky neschopnosti respektovat pravidla, se tito klienti ve službě pouze „mihnou“. Přesto chceme následující kapitolu věnovat krátkému přehledu základních metod práce s takovými klienty. Výskyt například alkoholiků a patologických hráčů ve službách cílených např. na osoby bez přístřeší je častý a jistý náhled do specifik práce s touto cílovou skupinou může být pro pracovníky užitečný.

7.1 Atmosféra změny

Pojem z největší části čerpá z humanistické psychologie Carla Rogera. Stejně téma bychom ale mohli popisovat i z pohledu Paradoxní teorie změny Arnolda Beissera. Atmosféru změny popisuje Rogers následovně. Prostředí, v němž člověk nalézá motivaci ke změně, se skládá ze dvou významných faktorů. V první řadě je důležité bezpečné a důvěryhodné prostředí. Klient by měl mít možnost zkoumat vlastní vztah k droze a to, co mu jeho současný životní styl bere a dává. Proto, aby se mohl zamyslet nad těmito tématy, potřebuje bezvýhradně přijímající prostředí, které ho nebude nutit ke změně. Úkolem pracovníka je tedy nechat klienta volně mluvit a přemýšlet o svém chování bez toho, aby mu říkal, že to nebo ono dělá špatně a že by měl své současné chování opustit. Hned v druhé řadě musí mít klient přístup ke kritickému prostředí, kde by mohl nenásilně získávat náhled na své chování. Klienti s dlouhou drogovou kariérou nebo klienti, kteří se díky své kariéře nestačili plně socializovat, nemohou svůj životní styl porovnávat s tím, co je ve společnosti běžné. Jednoduše proto, že s tím nemají žádnou zkušenost. Zde je místo pro pracovníkovu intervenci, která v bezpečném prostředí poskytuje klientovi zpětnou vazbu a pomáhá mu zasazovat jeho potřeby a chování do reálných souvislostí. Pokud se pracovníkovi podaří vhodně namíchat obě dvě tyto složky, poskytne klientovi ideální prostor pro hledání motivace ke změně jeho závislého chování.

7.2 Krátká intervence

V průběhu zkoumání léčby a práce se závislými, kteří absolvovali systematickou psychoterapii, dlouhodobé pobytové léčby, nebo s lidmi, kteří nikdy do žádné léčby nenastoupili, se ukázalo, že řada závislých změnila svůj životní styl pouze na základě zjištění, že užívání návykové látky jim poškodilo zdraví. Tento jev byl označen jako „krátká interven-

ce“. V praxi se používá tím způsobem, že při běžné práci s klienty je používáno různých diagnostických metod, na jejichž výsledcích může klient jasně vidět, jak se jeho životní styl projevuje na jeho zdraví nebo sociální situaci. Často jen pouhé zjištění, že je klient již řadu let bez zaměstnání nebo že jeho játra jsou poškozena dlouhodobým pitím, může vyvolat náhlé rozhodnutí k abstinenci, kterou si klient udrží.

7.3 Motivace ke změně (kolo změny, cyklus změny)

Kolo změny je stěžejním nástrojem při práci s osobami závislými. Jeho autory jsou američtí psychiatři James Prochazka a Carlo DiClemente. Opět jde o techniku, která pracuje s motivací jako stěžejním faktorem při změně závislého chování.

Kolo změny nám pomáhá určit stupeň, na kterém se motivace klienta v aktuální chvíli nachází. Zároveň nám poskytuje návod, jakým způsobem s klientem v té které fázi pracovat a jakému druhu intervence se raději vyhnout. Zároveň na kole změny můžeme pozorovat základní mechanismy změny, jako je relaps, a cyklus nalézání a ztracení motivace. Motivace není chápána jako rys osobnosti člověka, ale jako stav připravenosti ke změně. Tento stav se v různých situacích a v průběhu času proměňuje. Tento stav lze navíc ovlivnit. Proces objevování a vývoje motivace je zachycen v kole změny. Je zcela běžné, že klienti projdou celé kolo několikrát za sebou, než se jim podaří změnu skutečně učinit. Podle jednotlivé fáze v cyklu změny je třeba volit i vhodný přístup ke klientovi. „Odpor“ nebo nemotivovanost jsou vždy dány nevhodně zvoleným přístupem ke klientovi.

7.4 Prevence relapsu

Relaps (návrat k návykovému chování) je nedílnou součástí kola změny, a je tedy fenoménem, se kterým se každý závislý při snaze o abstinenci potkává. Prevence relapsu je nezbytnou součástí všech léčebných a doléčovacích programů. Bez prevence relapsu by každý léčebný program ztrácel na úspěšnosti. Techniky prevence relapsu stavějí především na metodách práce KBT.

8. SPECIFIKA PRÁCE S OSOBOU S NÁVYKOVOU PORUCHOU CHOVÁNÍ

V této části jsme se zaměřili především na dvě skupiny návykových poruch, se kterými se v prostředí sociálních služeb setkáváme nejčastěji. Jde o poruchy příjmu potravy a o patologické hráčství.

8.1 Práce s osobou s poruchami příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou obecně spojeny s celou řadou předsudků. Asi častější z nich je ten, že tyto poruchy jsou spojeny se snahou, především pubertálních děvčat, o co nejtíhlejší postavu. To však platí pouze po část osob postižených touto poruchou. Velká část osob stěžných některou z poruch příjmu potravy vůbec nemusí mít tuto poruchu spojenou s vlastní touhou po dokonalé postavě.

Poruchy příjmu potravy jsou spojeny s narušením některé z přirozených funkcí v oblasti sociálních vazeb, vztahu k vlastní tělesnosti nebo sebepojetí. Jedná se o faktory velmi podobné faktorům holistického modelu závislosti. Zejména z tohoto důvodu jsou tyto poruchy se závislostmi porovnávány. Narušení přirozených funkcí formujících osobnost člověka spouští kompulzivní jednání, které se projevuje jako porucha příjmu potravy.

Vzhledem k tomu, že mají poruchy příjmu potravy takto složitý mechanismus rozvoje a také vzhledem k tomu, že jejich příčiny jsou často velmi hlubokou součástí osobnosti klienta, a je vhodné, aby se jejich léčbě věnovali zkušení odborníci z řad psychologů a psychiatrů. Role sociálních pracovníků spočívá především v oblasti primární prevence. Při práci s klientelou, která by mohla být ohrožena touto poruchou, by jí měl být poskytnutý otevřený a bezpečný prostor, kde by o svých problémech mohla mluvit.

Kazuistika č. 6

Přečtěte si kazuistiku k předcházející kapitole a ve skupině ji prodiskutujte.

8.2 Práce s patologickými hráči

V poslední době je oblast patologického hráčství ve společnosti velmi exponovaná. V řadě obcí se hovoří o vlivu hazardu na populaci patologických hráčů a o snaze regulovat provoz hazardu. Je pravda, že výskyt patologického hráčství v populaci přímo souvisí s četností příležitostí

k hazardu. Stejně tak je řadě sociálních pracovníků zřejmé, že řada jejich klientů se v sociální službě ocitla z důvodu vlastního hraní nebo hraní někoho blízkého.

V případě patologického hráčství se ocitáme velmi blízko definici závislosti, jak co se týče jeho vzniku, rozvoje, tak dalších souvislostí. Podobně jako se závislostmi je také pracováno i s patologickým hráčstvím. V síti sociálních služeb využívají hráči řady služeb jako terciární prevence. Jde o služby pro osoby bez přístřeší, dluhové a rodinné poradenství. S těmito klienty je nutné pracovat na rozvíjení jejich motivace ke změně patologického chování a směřovat je k nastoupení léčby. Sít léčebných služeb je v případě patologických hráčů stejná jako v případě drogových závislostí.

Pro patologické hráčství je typický velmi pomalý rozvoj závislosti a jejich průvodních jevů. Klient většinou hraje řadu let (někdy pět i víc), než se začnou objevovat první dluhy. Další řadu let může trvat, než patologické hráčství rozloží jeho sociální zázemí a on se ocitne v sociálním vyloučení. Zejména z těchto důvodů je práce s patologickými hráči velmi složitá.

ZÁVĚR

Se závislostmi a návykovými poruchami chování se v praxi sociálních služeb setkáváme velmi často. V tomto textu jsme se pokusili zachytit ty nejvýznačnější souvislosti, které tyto fenomény doprovázejí. Šlo nám o to, aby se práce s těmito fenomény stala pro pracovníky sociálních služeb přehlednější. Mimo jiné by mělo být výsledkem kurzu zvýšení kompetencí pracovníků sociálních služeb při práci s klienty stíženými těmito fenomény.

Věříme, že se nám podařilo poskytnout pracovníkům sociálních služeb dostatečné portfolio informací o závislostech a návykových poruchách, které jim pomůže k lepší orientaci v oblasti a umožní jim poskytovat služby v lepší kvalitě.

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA

ENGELANDER, M.: *Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí.* 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády ČR, c2010, 92 s. ISBN 978-80-7440-041-4.

HAJNÝ, M.: *O rodičích, dětech a drogách.* Praha: Grada Publishing, 2001. 133 s. ISBN 80-247-0135-9.

KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, s.r.o., 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

MILLER, W. R., ROLLNICK S.: *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování.* 1. české vyd. Tišnov: SCAN, 2003, 311 s. ISBN 80-86620-09-3.

MIOVSKÝ, M.: *LSD a jiné halucinogeny.* Boskovice: Albert, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9.

MRAVČÍK, V. a kol.: *Výroční zpráva o stavu drog v České republice v roce 2011.* Praha: Úřad vlády, 2012. 174 s. Ročenka.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L.: *Léčba a prevence závislosti.* 1. vyd. Praha 8 – Bohnice: Psychiatrické centrum, 1996. 203 s. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L.: *Jak zůstat fit a předejít závislostem.* 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 120 s. ISBN 80-7178-299-8.

NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost.* 3. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6 73.

PÁLENÍČEK, T., KUBŮ, P., MRAVČÍK, V.: *Nové syntetické drogy – charakteristika a hlavní rizika.*, Praha: Úřad vlády ČR, 2004. 40 s. ISBN 80-86734-26-9.

PAPEŽOVÁ, H.: *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

ROGERS, C. R.: *Způsob bytí.* Praha: Portál, s.r.o., 1998. 292 s. ISBN 80-7178-233-5.

VACEK, J.: *Nelátkové závislosti.* Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/566/3061/> (30. 6. 2013).

ZÁBRANSKÝ, T.: *Drogová epidemiologie.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

