

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**KTERÉ ASPEKTY MOTIVUJÍ KLIENTY  
VÝMĚNNÝCH PROGRAMŮ K LÉČBĚ**

Jana Molnárová

Katedra: Pastorační a sociální práce  
Vedoucí: *RNDR. Mgr. Ivana Čihánková*  
Studijní program: Sociální práce  
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Které aspekty motivují klienty výměnných programů k léčbě*: napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne:

Jana Molnárová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat RNDR. Mgr. Ivaně Čihánkové za trpělivý a lidský, ochotný, a přitom věcný přístup. Dále pracovníkům K-centra ve Strakoniciích a v Českých Budějovicích (organizace o.s. Prevent99) za poskytnutí rozhovorů pro mou práci. A v neposlední řadě také patří dík mému příteli, který mi byl oporou po dobu psaní bakalářské práce a studií.

## **Annotation**

The aim of the bachelor thesis entitled Which aspects of exchange programs lead their users to treat is to introduce the importance and role of contact center workers in the life path of an addicted (drug addicted) client. Further focus on aspects of their treatment process through harm reduction, which can lead to lifestyle changes and associated abstinence. This was done by the testimonies of two k-center workers in the South Bohemian region, who helped to map their activities and consequently the difficulties of dependent clients.

The theoretical part describes the nature of dependence, the concept of motivation and related terms such as motivational interviews and case management. This section also includes types of facilities that provide services to drug addicts (hospitals, therapeutic communities, aftercare centers, substitution treatments).

The practical part contains qualitative research, which was created from interviews with four workers of k-centers. Followed by a discussion of the results obtained and the conclusion of the thesis.

### **Keywords:**

Dependency, addiction

Motivation

Harm reduction

Motivational talks

Exchange programme

## **Anotace**

Cílem bakalářské práce s názvem *Které aspekty výměnných programů vedou jejich uživatele k léčbě* je představit význam a úlohu pracovníků kontaktních center v životní cestě závislého (drogově závislého klienta). Dále se zaměřit na aspekty jejich léčebného procesu díky *harm reduction*, které mohou vést k změně životního stylu a s tím spojené abstinence. K tomu bylo použito výpovědi pracovníků dvou k-center v jihočeském kraji, kteří tímto pomohli zmapovat jejich činnost a následně obtíže, kterými prochází závislí klienti.

V teoretické části je popsána podstata závislosti, dále pojem motivace a s tím související další pojmy jako jsou např. motivační rozhovory a case management. Tato sekce zahrnuje i druhy zařízení, která poskytují služby drogově závislým (léčebny, terapeutické komunity, doléčovací centra, substituční léčby).

Praktická část obsahuje kvalitativní výzkum, který byl tvořen z rozhovorů se čtyřmi pracovníky k-center. Následuje diskuze nad získanými výsledky a závěr celé práce.

### **Klíčová slova:**

Závislost

Motivace

Harm reduction

Motivační rozhovory

Výměnný program

# Obsah

Úvod .....	8
Teoretická část .....	9
1 Podstata závislosti .....	9
2 Motivace .....	12
3 Motivační rozhovor (úvod).....	14
3.1 Ambivalence .....	14
3.2 Obhajovací reflex .....	15
3.3 Napravovací reflex .....	16
3.4 Relaps, laps a recidiva .....	17
3.5 Abstinence, bažení (craving) .....	18
4 Motivační faktory k léčbě na straně klienta.....	24
4.1 Nemotivovaní klienti .....	25
5 Case management s uživateli drog .....	26
5.1 Druhy case managementu.....	26
5.2 Dialogická konverzace .....	27
5.3 Assesment .....	28
5.4 Společné plánování .....	29
6 Zařízení k léčbě pro závislé v ČR, Harm Reduction.....	30
6.1 Terénní programy .....	30
6.2 Nízkoprahová kontaktní centra .....	31
6.3 Detoxifikační jednotky .....	32
6.4 Substituční léčba .....	32
Praktická část .....	34
7 Cíl výzkumného šetření.....	34
8 Metoda šetření.....	35
9 Zkoumaný vzorek.....	36

10	Způsob získávání dat.....	37
11	Získaná data.....	38
12	Diskuse nad získanými daty.....	43
	Závěr.....	44
	Seznam literatury.....	46
	Seznam příloh.....	48

# Úvod

Závislost je závažné onemocnění, které výrazně zasahuje do jedincova života, a často do jeho okolí. Provází jej řada změn, především v oblasti hodnotové orientace, kdy droga se pro člověka stává nikoliv požitkem ale již nutností. Pomalu se tak dostává na prvním místo. Závislostní užívání drogy s sebou nese řadu rizik (zdravotní, sociální, ekonomická). Pokud dotyčný včas nevyhledá adekvátní pomoc, jeho závislost se prohlubuje. V určité fázi už závislý jedinec nemusí být schopný správně rozpoznat, že skutečně podporu a pomoc potřebuje.

Ve společnosti se vyskytují různé názory ohledně toho, jak by případná pomoc takovýmto lidem, měla vypadat. Určité skupiny lidí jsou pro represivní opatření (potírání drogové aktivity, trest), protože nevnímají závislost jako nemoc, ale jako neschopnost člověka unášet realitu a neochotu chtít se podílet na tvorbě zdrojů v systému. To může vést ke stigmatizaci a sociální exkluzi drogově závislých. Může se i poukazovat na to, že dotyčný nemá přání se změnit, a to je v podstatě ten jediný důvod, proč všechny jeho dosavadní pokusy o „normální život“ zklamaly.

Je však zapotřebí chápat toto onemocnění v širším kontextu, a to především v sociálním. Důsledkem dlouhodobějšího braní drog bývá často sociální izolace anebo zprětrhání rodinných, profesních vazeb. V oblasti terciární ale i sekundární prevence se osvědčila kontaktní centra, která nabízí širokou škálu služeb pro závislé, ale i jejich rodiny. Pracuje se zde i s motivací.

Osobně mě téma motivace u klienta výměnných programů (k-center) zaujalo, a rozhodla jsem se více prozkoumat tuto oblast. Především, *jak pracovníci k-center pracují se závislými. Dále, jaké jsou motivy klientů výměnných programů pro léčbu, co jim v tom pomáhá?*

To vše chci zjistit prostřednictvím rozhovorů s pracovníky k-center a analýzou jejich výpovědí.



# Teoretická část

## 1 Podstata závislosti

Závislost je uvedena dle Mezinárodní klasifikace nemocí jako diagnóza MKN-10. Závislost je tedy závažné onemocnění, které postihuje jak fyzickou stránku člověka, tak i psychickou a duševní. Závislost má šest průvodních znaků. Aby se dalo hovořit o závislosti, je zapotřebí existence alespoň tři kritérií z těchto šesti:<sup>1</sup>

- 1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- 2) potíže v sebeovládání,
- 3) tělesný odvykací stav,
- 4) prokázaná tolerance k účinku látky,
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů,
- 6) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

V následujícím odstavci se pokusím blíže vysvětlovat podstatu vyjmenovaných znaků závislosti.

- 1) Silná touha nebo pocit puzení užívat tuto látku

Bažení (craving): „Je silná touha po psychoaktivní látce (droze) nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním ze základních kritérií pro diagnózu závislosti. „Silná touha po droze“ je také příznakem některých odvykacích stavů.“<sup>2</sup> Jedinec si vybavuje pozitivní zkušenosti s drogou, probíhá i racionalizace (odůvodňování, proč si chce drogu dát). Bažení se projevuje i po somatické stránce, stavy jako je pocení, třes, sucho v ústech, apod. Po psychické to je především neklid, podrážděnost, skleslost, deprese, nesoustředěnost. Kalina uvádí, že téměř u 100 % relapsů se vyskytuje bažení.<sup>3</sup> Craving je však i znakem uzdravujícího se klienta, ačkoli je mnohdy zároveň stresujícím i pro terapeutické

---

<sup>1</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, s. 14. ISBN 80-7178-432-X.

<sup>2</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o. s. Filia Nova, 2001, s. 24. ISBN 80-238-8014-4.

<sup>3</sup> KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015, s. 229. ISBN 978-80-247-4331-8.

pracovníky. V léčebně či v komunitě se zpravidla bažení (craving) zvládá lépe, nežli „venku.“

Pokud se však klientovi nepodaří v těchto zařízeních zvládnout bažení, a to ani za pomoci léčebného personálu a spolupacientů/klientů, následuje zpravidla dobrovolný (mnohdy i nedobrovolný) odchod a s tím často spojovaná recidiva. Někteří klienti výměnných programů mají za sebou zkušenost s léčebnami nebo komunitami.

## 2) Potíže v sebeovládání

Projevuje se především v chování závislého (není subjektivní jako bažení). Ke vzniku bažení je zapotřebí tzv. spouštěče. Jako příklad lze uvést rizikové prostředí, kterému by se měl dotyčný raději vyhýbat, není-li přímo nutné, aby tam pobýval. Pokud se spouštěče množí (kumulují), má to za následek zvyšování bažení. Zlepšené sebeovládání lze rozpoznat právě tak, že člověk přestane navštěvovat riziková místa, osoby. Tím se znovu aktivuje dobrá schopnost sebeovládání. Bohužel může nastat situace, kdy dotyčný získá na chvíli pocit, že danou situaci zvládnul bez následků. To vyvolá iluzi, že pro příště je již uchráněn od užití návykové látky. To je právě příznak zhoršeného sebeovládání, které pak zpravidla vyústí v laps (s možným přesahem v relaps, recidivu).

## 3) Somatický (tělesný) odvykací stav

O somatickém (tělesném) odvykacím stavu hovoříme tehdy, jestliže závislý splňuje tři kritéria, jimiž jsou:<sup>4</sup>

- nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném či dlouhodobém užívání,
- příznaky v souladu se známými známkami odvykacího syndromu,
- příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální poruchou.

## 4) Růst tolerance

Nešpor charakterizuje růst tolerance takto: „*Jak už víme, tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo*

---

<sup>4</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, s. 20. ISBN 80-7178-432-X.

že stejné dávky mají nižší účinek. Jak tolerance vzniká, není zcela jasné.“<sup>5</sup>  
Tolerance však nemusí pouze růst, může se i snižovat. To se projevuje v několika krocích:<sup>6</sup>

- psychologické vlivy (cizí prostředí),
- onemocnění (žloutenka B, C),
- důsledek předchozí abstinence,
- pokročilá stádia rozvoje závislosti.

5) Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů

V důsledku užívání drog se stává život závislého monotónní rutinou, kdy vzniká bludný kruh. Ten se skládá z intoxikace, zotavení se, shánění finančních prostředků na drogu a opětovné intoxikace.<sup>7</sup>

6) Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Zde je zapotřebí stanovit diagnózu, což znamená následně i poučit pacienta (drogově závislého) o následcích, které s sebou nese opětovné užití drogy. Závislost jako nemoc se projevuje právě tím, že dotyčný užije drogu i přes to, že byl informován o škodlivých vlivech na jeho zdraví.

---

<sup>5</sup> NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000, s. 23. ISBN 80-7178-432-X.

<sup>6</sup> Tamtéž.

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 24.

## 2 Motivace

Motivace je považována za jednu z nejobtížnějších oblastí v psychologii. Motivaci lze považovat za fenomén. Nakonečný (1996) tvrdí, že motivace objasňuje psychologické důvody chování, jeho subjektivní význam a zároveň popisuje variabilitu chování, příčiny orientace různých lidí na různé cíle. Nakonečný definuje motivaci takto:<sup>8</sup> „*Motivace je intrapsychický proces, který má svůj zdroj ve vnitřní a vnější situaci individua.*“ Vnitřní situaci může být např. stav hladovění, což je považováno za primárně endogenní zdroj motivace. Vnější situace pak může být, jestliže se dostane hladový blízko zdroje potravy. Neznamená to ovšem, že takový podnět motivuje jedince potravu si opatřit, pouze jej stimuluje. Nakonečný (1996) rozlišuje motivy a vnější motivující podněty (incentivy). I když se tyto dva pojmy od sebe liší, nevyhnutelně na sebe navazují. Podnět se začne stávat incentivou jen ve vztahu k motivacím. Potrava (podnět) je tudíž incentivou k pocitům hladu (stávající motivace). Východisky u motivační struktury osobnosti jsou především dvě základní, hlavní otázky:<sup>9</sup>

- 1) Proč je daný jedinec aktivní?
- 2) Proč má jeho aktivita právě daný a nikoli jiný směr, vyústění?

Pojem motiv, o kterém jsem se zmínila již v předchozím odstavci, lze označit jako tzv. pohnutku. Pohnutek může být nepřeborné množství. „*Jsou to slitinny vrozených a získaných charakteristik zaměřenosti osobnosti, které se působením incentiv projevují v aktualizovaných činnostech (vnitřních a vnějších aktivitách) jako vzbuzené motivy.*“<sup>10</sup> Nejzákladnějším činitelem ve struktuře motivace je uvědomělá poznávací aktivita. Předměty a jevy vnějšího světa lze vnímat nejen jako objekty, ale také jako hybné síly chování, popudy. Motiv se stává motivační vlastností jedince teprve tehdy, když je zobecněn a ukotven v podmínkách, které vyžaduje situace. Dále je zapotřebí fixace, poté nastává vyjevování a aktualizace. Motivační vlastnost má u každého jinou kvalitu, proto je specifická. Její podstatou je schopnost psychické regulace a určení

---

<sup>8</sup> NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, s. 17. ISBN 80-200-0592-7.

<sup>9</sup> MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum, 2001, s. 65. ISBN 80-246-0240-7.

<sup>10</sup> Tamtéž, s. 66.

(determinace) lidského usilování o nějaký cíl. V psychologii jako takové je důležité pochopit specifickou motivační strukturu jedince. To znamená dobrat se zdrojů, hierarchické stavby a interakčních důsledků motivace. Hierarchická stavba sestává z pohnutek biotických a těch specificky lidských. Mezi biotické (zabezpečující přežití) patří potřeba dýchat, přijímat potravu, spát. U pohnutek specificky lidských může jít o potřeby vyššího řádu (nalézání smyslu v životě, potřeba seberealizace). V průběhu 20. a 21. století se vyvinulo několik teorií o motivaci, kde výše uvedené potřeby chápali autoři pokaždé jinak. S potřebou souvisí i další pojmy, těmi jsou postoje a sklony. Mikšíkova definice postojů zní: „*Postojem rozumíme obsahové sjednocení, seskupení či integrování různých motivů do konkrétního vztahu daného jedince k určitým oblastem, předmětům a jevům životní reality, k aktivitám a jejich cílům apod.*“<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum, 2001, s. 68. ISBN 80-246-0240-7.

### 3 Motivační rozhovor (úvod)

O co vlastně jde v motivačním rozhovoru? „*Motivační rozhovory (MR) jsou komunikačním přístupem zaměřeným na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování.*“<sup>12</sup> K léčebným metodám u závislosti patří často metoda tzv. cukru a biče, zejména v protialkoholních léčebnách (terapeutická metoda dle doc. Skály). Také terapeutické komunity pro drogově závislé fungují na obdobné bázi. Motivační rozhovory se především mají odehrávat na půdě s rovnocenným přístupem ke klientům, kteří rovněž mohou obohatit étos sociálního pracovníka. Podstatou MR je princip opravdového lidského setkání a proklientský přístup. Vznik MR se datuje do 80. let 20. století. MR existují jako samostatná metoda, ale i jako doplněk k jiným oborům (mohou doplňovat kognitivně-behaviorální terapie). Tato metoda pracuje s pojmy jako je změna a také motivace k tomu něco vůbec chtít změnit. Změnu nelze jednoznačně shrnout do několika znaků, mnohdy je to nepředvídatelný proces s nejasnými výsledky. Lidé často mění buď věci, které jsou viditelné, nebo proces změny přichází zevnitř (vnitřní procesy). Změna je u závislého klienta klíčovým pojmem. V tomto procesu hraje důležitou roli hned několik faktorů najednou. Jedná se o ambivalenci, obhajovací reflex, napravovací reflex.

#### 3.1 Ambivalence

Závislý se ocitá v ambivalentním postavení už jenom v tom, že jeho činnost (drogová) není samotnou společností moc akceptována. Skoro každý klient na sobě pociťuje tíhu své závislosti a mnohdy i chuť s takovýmto životním stylem skoncovat. Protože však je drogová kariéra u každého velice specifická, a to jak v otázce délky, tak i intenzity a dalších okolností, nelze na každého uplatňovat to stejné měřítko a vyžadovat náhlé rozhodnutí pro změnu. Čím delší dobu je člověk závislý, tím se jeho rozhodovací schopnost zhoršuje. A to platí zejména o pozitivních věcech, které nesouvisí s drogou (závislý tráví převážnou část svého času sháněním drogy a následnou aplikací). Tato situace se jeví jako

---

<sup>12</sup> SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014, s. 15. ISBN 978-80-262-0607-1.

paradoxní, neboť jde o drogový stereotyp. Podobný stereotyp, před kterým se závislý snažil uniknout, než se vlastně závislým stal. Ovšem tento stereotyp má často pro některé uživatele fatální následky. Pokud bych měla citovat Soukupa, zní jeho odborná definice takto: „*Ambivalence je prožitek při rozhodování. Jakékoli rozhodování s sebou nese určitou míru ambivalence, tj. prožívání rozporu mezi současným stavem a představou stavu změněného. Je tedy přirozenou a nutnou součástí procesu změny, předchází každou záměrnou změnu. Potíže nastávají tehdy, když je ambivalence obtížně řešitelná a případně když se chronifikuje.*“<sup>13</sup> I pokud má člověk dobrý důvod k tomu chovat se určitým způsobem, ne vždy jsou zvolené prostředky, jak toho dosáhnout, adekvátní situaci i silám (schopnostem) dotyčného.

### 3.2 Obhajovací reflex

Dalším jevem v procesu změny je již výše zmiňovaný obhajovací reflex. Se slovem reflex se pojí význam dělat něco automaticky. Jedná se o tzv. psychologickou reaktanci. „*Stručně jej lze vysvětlit jako reakci na pocit reálného či hrozícího omezení vlastní svobody a možností výběru. Tato reakce zahrnuje chování směřující k obnovení svobody – zpochybnění řečeného, skrytý nebo otevřený odpor a často i nepřátelské a agresivní pocity směřující vůči zdroji ohrožení.*“<sup>14</sup> Jde o jakousi přirozenou obranu závislého klienta. Typickým slovním projevem je známé „Ano, ale když...“ V začátku tohoto tvrzení dotyčný přiznává, že je něco špatně, obratem ale však zároveň sděluje, že přes všechna negativa se přeci nic tak zlého neděje. Může to být např. situace, kdy v abstinenčním stavu sháněl na drogu nelegální cestou (krádež v supermarketu nebo tzv. „el passo“ na závislé kamarády), nebo distribuoval drogy, případně i vyráběl.

---

<sup>13</sup> SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014, s. 22. ISBN 978-80-262-0607-1.

<sup>14</sup> Tamtéž, s. 23–24.

### 3.3 Napravovací reflex

Poslední kategorií je tzv. napravovací reflex. Jde o tendenci uvádět věci do pořádku, ale často podle sebe. Bohužel mnohdy je sociální práce toho ukázkovým příkladem. Následující věty jsou typické pro tento postoj:<sup>15</sup>

- 1) musím svému klientovi ukázat problém v jeho chování,
- 2) musím poskytovat informace, aby můj klient pochopil problém,
- 3) musím svého klienta naučit některé dovednosti, aby mohl změnit své chování,
- 4) musím svého klienta dostatečně vyděsit, aby změnil své chování.

Tyto postupy zcela jasně vypovídají o tom, že veškeré nátlaky ze strany pracovníka požadující klientovu změnu jsou neefektivní. Ukázat jádro klientova problému, poskytnout informace (drogová osvěta anebo třeba právní záležitosti), učení se sebeovládání nebo snad negativní motivace („Když budeš dál fetovat, přijdeš o rodinu a zničíš si zdraví.“), zpravidla nestačí k tomu, aby se započal proces změny. Často a opakovaně recidivující klienti jsou toho důkazem. Konfrontovat klienta je určitě nezbytné, ale zůstat pouze u konfrontace jako takové, bez porozumění a celkového pochopení jedincova příběhu, zdaleka nestačí. A nejen tyto vlastnosti jsou zapotřebí. Protože MR jsou humanistického rázu, pojí se s nimi automaticky i respekt ke klientovi. Ten lze však budovat pouze v atmosféře vzájemné důvěry, kde posléze může začít „klíčit“ víra ve změnu a následné rozhodnutí také změny uskutečňovat. Vnitřní motivy jsou většinou silnější než ty, co přicházejí zvenčí. Ovšem nemusí tomu tak být vždycky. Pokud však už takový stav nastane, lze hovořit o fázi změny. Změna je proces, který se vyznačuje cykličností.<sup>16</sup> Existuje i čas, který je ještě před samotným uvažováním o změně. Po době, kdy o změně uvažujeme, následuje rozhodování a plánování. To vyústí v realizaci. Tento stav by se měl nadále udržovat, aby nedošlo ke změně. Onou změnou je právě relaps. Můžeme se setkat i s dalším podobným pojmem, a tím je laps. V čem se navzájem od sebe liší a co vlastně znamenají?

---

<sup>15</sup> SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014, s. 25. ISBN 978-80-262-0607-1.

<sup>16</sup> Tamtéž, s. 26.



### 3.4 Relaps, laps a recidiva

Definice pro laps zní: „*Jakékoli samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanovil a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování.*“<sup>17</sup>

Relaps se naopak často kryje s tzv. recidivou, která má delší trvání. Pro relaps/recidivu platí, že jde o zpětné propuknutí onemocnění, vlivem užití návykové látky. „*Relaps může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity následující po pokusu tuto aktivitu ukončit nebo redukovat.*“<sup>18</sup> Na druhou stranu je relaps velice častým jevem u lidí, co podstoupili nějakou z forem léčby anebo se dostávali z drog svépomocí (Anonymní narkomani, příručky k překonávání závislosti na drogách, atd.). Relaps byl zpočátku vnímán odborníky jako závažné porušení léčby, nicméně postupem doby se toto pojetí v lékařských řadách zmírnilo. Na relaps se začalo pohlížet i jako na užitečnou zkušenost (pro jedince i pro okolí).

#### *Recidiva jako užitečná zkušenost*

Recidiva je brána jako užitečná zkušenost, dokonce i tehdy, když závislý přijde o práci, bydlení, apod. Může ho to upozornit na to, co dělal špatně před nástupem recidivy. Věhlasný odborník na závislost, prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc., vyjadřuje svůj názor na recidivu takto: „*Recidivám je samozřejmě nejlépe předcházet. Jenže aby člověk recidivě účinně předcházel, musí brát svůj problém vážně. A právě tomu může recidiva naučit.*“<sup>19</sup>

Recidiva je u závislosti běžnou záležitostí, nicméně mnohdy nemusí dopadnout dobře a může skončit i smrtí. Proto je dobré jí předcházet. V praxi se mluví o tzv. spouštěčích. Jsou to faktory, které zpravidla vedou k recidivě i relapsu. Závislý se kvůli nim dostává do stresu a jediné východisko vidí v droze (napodmiňované reflexy). V léčebných programech se často apeluje na dodržování režimu. Ten zpravidla zahrnuje rituál potřebných činností k fungování v denním životě (osobní hygiena, pracovní povinnosti, potřebná

---

<sup>17</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 227. ISBN 978-80-2471411-0.

<sup>18</sup> Tamtéž, s. 227.

<sup>19</sup> NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Praha: FIT IN, 2006, s. 34. ISBN 80-260-3874-6.

sociální síť vztahů, volnočasové aktivity, aj.). Další významnou roli hraje doléčování. To se realizuje zpravidla docházením do denních stacionářů, přestupem z léčebny či komunity do chráněného bydlení, návštěvou psychiatra či psychologa. Časté je i navštěvování svépomocných skupin (Anonymní narkomani). Pokud závislý některou z těchto činností vynechá, může to mít za následek vznik problémů, které právě často eskalují i v případnou recidivu či relaps. Ovšem nemusí tomu tak být vždycky. S vynecháváním doléčování či neřešenými problémy se pojí řada nepříjemných pocitů a stavů. Mezi časté (dle MUDr. Nešpora) patří:<sup>20</sup> vztek, sebedoceňování, samota, nuda, vyčerpání, smutek, naivita, nevhodná společnost, spory, touha užít drogu, lehkomyšlnost. Nešpor hovoří také o tzv. bludném kruhu závislosti. Všechny tyto uvedené stavy vedou k opětovnému užití drog, které je někdy velmi těžké zastavit. Čím déle recidiva trvá, tím hůře se ji daří přerušit. Vedle bludného kruhu závislosti však existuje i dobrý kruh. Ten je tvořen z abstinence a zdravého způsobu života.

### 3.5 Abstinence, bažení (craving)

Abstinence (opak recidivy): „Je to jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv v současné době abstínuje, může být nazýván „abstinent“.“<sup>21</sup> Pokud se dotyčnému podaří znovu najet na režim abstinence, může dojít k uvědomění toho, co dělal špatně. Sociální síť závislých tvoří povětšinou také závislí jedinci. V tomto prostředí se často vedou tzv. toxi řeči. Ty mohou způsobovat bažení (craving). Bývá i častým jevem, že závislý žije s další závislou osobou. Společné vyabstinování není tak náročné jako udržení dlouhodobé abstinence. Partneři se tak mohou navzájem „stahovat“, pokud jeden z nich poruší abstinenci. Dalším spouštěčem může být špatná volba povolání (nevhodné a rizikové prostředí, kde jsou drogy či alkohol, vysoce stresující pracovní prostředí orientované hlavně na výkon), přerušení doléčování, špatná organizace času, nízká nebo žádná opatrnost, pozdní rozpoznání bažení nebo cílené nevšímání si jej.

---

<sup>20</sup> NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Praha: FIT IN, 2006, s. 33. ISBN 80-260-3874-6.

<sup>21</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o. s. Filia Nova, 2001, s. 30. ISBN 80-238-8014-4.

Mnoho závislých jde z léčby do léčby a střídání života venku s častými pobyty v instituci, se mění v zaběhnutý životní styl. I přesto se ale najdou tací, kterým se podaří dlouhodobě abstinovat, ačkoli za sebou mají dlouhodobou kariéru pobývání v léčebnách. Když už nic významného, tak alespoň jde o prodloužení života (a někdy i možnou šance na celkovou úzdravu). Umění (schopnost) předcházet bažení není u závislého automatická, ale musí se vypěstovat na základě poznatků zkušených adiktologů, psychiatrů apod. Kognitivně-behaviorální terapie vnímá u bažení jako nejdůležitější situaci, která je vysoce riziková.<sup>22</sup> Vysoce riziková situace má tři kritéria:

- 1) negativní emoční stavy,
- 2) interpersonální konflikty,
- 3) sociální tlak.<sup>23</sup>

U negativních emočních stavů (30 % relapsů) jde o interpersonální příčinu (vzteky, deprese či nuda, apod.). Interpersonální (neboli vztahové) konflikty, jsou zpravidla příčinou bažení v 16 % relapsů. Sociální tlak (nabídnutí drogy) je přítomen u relapsů z 20 %. Dovednost zvládnout relaps se skládá ze dvou částí.<sup>24</sup> První částí je fakt, že jedinec dokáže zvládat i vysoce rizikové situace. Ve druhé části se pak setkáváme s tvrzením, že jedinec disponuje dovedností zvládat i běžné životní stresory.

#### Koncept pro potenciál úzdravy

S pojmem craving souvisí další pojem, a tím je tzv. koncept pro potenciál úzdravy. Toto označení vzniklo ve 20. století v Německu. Později jej převzala WHO (1983), která ji definovala jako: „*Stav maximálně dosažitelného stupně rozvoje tělesného, duševního i sociálního potenciálu.*“<sup>25</sup> Maxová to ještě dále rozvádí: „*Zásadní přínos těchto úvah a tezí je, že neabsolutizují „nemoc,“ ale staví do popředí „zdraví“, smazávají ostrou dělicí čáru mezi oběma stavy a stanoví jako zásadní cíl podporovat „potenciál zdraví“ i u nemocných či*

---

<sup>22</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 230. ISBN 978-80-2471411-0, s. 230

<sup>23</sup> Tamtéž, s. 229.

<sup>24</sup> Tamtéž, s. 231.

<sup>25</sup> MAXOVÁ, Veronika. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 13. ISBN 978-80-904536-7-8.

*handicapovaných.*“<sup>26</sup> Co se týče mechanismu odměny, u závislého jedince převažuje jednoznačně oblast Id-procesů. Pro tu je charakteristická impulzivnost, nelogičnost, bezčasovost, aj.<sup>27</sup> U Ego-procesů je tomu právě naopak. Vyznačují se časovostí (minulost, přítomnost a budoucnost), odehrávají se v určitém společenství, aj.<sup>28</sup> Ego-procesy souvisí se schopností sebekontroly, umět oddálit okamžik uspokojení. Sebekontrolou je myšleno dostání impulsivních reakcí pod kontrolu. Závislí se často rádi dostávají do stavu „bez kontroly,“ právě aby buď nemuseli nic řešit, nebo naopak mohli lépe čelit obávané situaci. K tomu se přidává účelové (funkcionální chování), na které si dotyčný už zvykl. Obvykle jde o to, jak sehnat drogu anebo jak ji prodat. Síť sociálních vztahů je často tvořena též ze závislých osob, kde právě ono funkcionální chování probíhá. Jedinec se nedokáže vztahovat k ostatním ani sám k sobě zdravým způsobem. Co to ale vlastně znamená? Představy o sobě samotném, jsou často nereálné, a dotyčný má tendenci podléhat sebedoceňování (možné je ale i sebedpřečehování). Závislý si sám sebe neváží, proto si taky málokdy váží i ostatních kolem sebe. Zejména po dlouholetém abúzu drog je velmi těžké uvěřit, že by ještě někdy mohl nalézt cestu sám k sobě, nemluvě o cestě k ostatním. Koncept změny, jehož tvůrcem by byl on sám, je důležitý. Někdy se však může zdát těžko dosažitelný. Teprve tehdy, když se začne učit, jak přijímat sám sebe a také svět, objevuje se i ztracená sebedůvěra. Důvěra v ostatní i v sebe může pomoci vyklíčit semínku naděje na změnu. Poté začíná vnitřní řízení.<sup>29</sup>

Co je specifického pro vnitřní řízení? Především se zde vyskytuje tzv. zralé Já.<sup>30</sup> To dokáže odlišit mezi správným a špatným (pro něj i pro společnost). Projevuje se to v přínosu pro společnost i pro sebe. Vyskytuje se zde samozřejmě i to negativní. Včasné rozpoznání destruktivního jednání. Pro závislého je typická právě oblast destrukce, která má silné zastoupení v repertoáru jeho aktivit. Destruktivita plynoucí z užívání drog se promítá nejen do života jedince,

---

<sup>26</sup> MAXOVÁ, Veronika. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 13. ISBN 978-80-904536-7-8.

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 14.

<sup>28</sup> Tamtéž, s. 15.

<sup>29</sup> MAXOVÁ, Veronika. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 17. ISBN 978-80-904536-7-8.

<sup>30</sup> Tamtéž.

ale i do životů těch ostatních (přátelé, rodina, pracovní kolektiv). Z odborného hlediska se mluví o uchýlování se k tzv. bezpečnému scénáři nezodpovědnosti, který je důsledkem vnitřních obran (obraných mechanismů). Mezi obranné mechanismy patří: negace, potlačení, vytěsnění, racionalizace, intelektualizace, regrese, transgrese, fixace, útek do fantazie, apod.<sup>31</sup> Dostí častý je systém racionalizace. Ten se projevuje jako omlouvání svého chování: „Vzal jsem si drogu, protože mě vyhodili z práce,“ „Nemám už žádnou jinou radost, než si dát...“ Racionalizační systém má ještě podkategorii, která obsahuje *reakci kyselých hroznů* a *reakci sladkých citronů*.<sup>32</sup> Reakci kyselých hroznů lze také jinak označit jako bagatelizaci. Dochází u ní k negaci možného vyléčení, člověk pochybuje a ještě si svůj postoj tímto potvrzuje. „Sladké citrony“ pak mohou představovat situaci, kdy závislý obhajuje svoje brání, a dokonce uvádí i jeho přednosti.

V jedné z kapitol jsem se zmínila o tzv. ambivalenci v chování závislého člověka. V motivačních rozhovorech se často pracovník setkává u klienta i s tzv. řečí statu quo. „*Řeč statu quo je přirozenou součástí lidské konverzace a vyskytuje se – při rozhovoru o změně a ambivalenci – bez ohledu na kvalitu vztahu, téma, prostředí i pozici lidí, kteří spolu hovoří. Není tedy čímsi specifickým pro naše klienty a nesvědčí o osobních charakteristikách ani o jeho nevědomých obranách.*“<sup>33</sup> Soukup to zdůrazňuje především z toho důvodu, že v dřívějších dobách bylo zvykem vnímat klienty jako ty, kteří jsou v odporu. Taková situace s sebou přinášela ale i odpor ze strany pracovníků. Vznikala tak oboustranná frustrace. Pokud v rozhovoru nefunguje něco, jak má, je to povětšinou způsobeno právě špatnou připraveností pracovníka na vznik řeči změny. Tento nový postoj vnáší do situace více porozumění a dobré podmínky pro další spolupráci s klientem. Existuje několik typů řeči statu quo:<sup>34</sup>

- 1) přání neměnit se,
- 2) poukaz na nevýhody současného stavu,

---

<sup>31</sup> PETERKOVÁ, Michaela. EGO-OBRANNÉ MECHANISMY. *Psychologický klub PSYX.cz* [online]. 2014 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.psyx.cz/ego-obranne-mechanismy/>

<sup>32</sup> Tamtéž.

<sup>33</sup> SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014, s. 67. ISBN 978-80-262-0607-1.

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 68.

- 3) poukaz na nevýhody změny,
- 4) vyjádření pesimismu, bezmoci, neschopnosti změnu uskutečnit,
- 5) vyjádření závazku, záměru neuskutečnit nějaký krok,
- 6) popis kroků či změn, které klient již uskutečnil (ve směru od změny).

Klient tedy volí mnohdy různé strategie, jak můžeme vidět. Velký vliv má na to i jeho prostředí, ze kterého vychází (drogová subkultura). To, co může na první pohled vypadat jako sociální exkluze, je ale ve své vlastní podstatě pro závislého sociální inkluze. Proč je tomu tak? Matoušek vidí problém v několika rovinách. Sociální vyloučení nazývá spíše soc. vylučováním, což se popisuje jako proces.<sup>35</sup> Ten se dle něj nikdy neukončuje. Navíc oba dva procesy (soc. inkluze a exkluze) se navzájem prolínají. Uvádí to na příkladu, kdy se dotyčný dostane „na ulici“ a začne trávit čas s ostatními bezdomovci, co užívají alkohol. Posléze ještě spadne do drog, tudíž jej čeká opět jiná společnost, a tu se rozhodne následovat. Musí však opustit svoje místo mezi bezdomovci, protože ti jej nechtějí. Nemají narkomany rádi. Z prvního hlediska jde tedy o soc. exkluzi (změna místa i lidí). Ve druhé fázi pak nastává již inkluze (vstupuje do prostoru, kde jsou lidé již užívající drogy). Seznamuje se ještě více s jejich subkulturou. Přejímá drogový slang, ale i stigma narkomana. Pro určitou část společnosti je skutečně jenom „tím pouhým narkomanem, feťákem.“ Jakákoliv jiná složka osobnosti (než ta závislostní) v jeho chování není pro okolí moc směrodatná. Společnost jej hodnotí především podle vnějších znaků (zjev, chování na veřejnosti, apod.). I média významně ovlivňují pohled veřejnosti na závislé narkomany. Autor článku (Matoušek) dále poukazuje na to, že mnohem důležitější je sledovat společnost, do jaké míry je schopná se semknout a dotyčného ze svých řad vyloučit. „*Mnohdy je důležitější pro pochopení toho, proč jsem se ocitl v procesu vylučování, pochopit to, proč se lidé inkludují – český jazyk používá slovo: semknou. V tomto kontextu je tedy velké nepochopení stále trvat a opakovat výčtové definice sociálně vyloučených skupin.*“<sup>36</sup> Narkoman (pokud je přijat určitou skupinou, povětšinou závislých jedinců) zažívá právě ono zmiňované semknutí. Někteří z nich pak mají problém

---

<sup>35</sup> MAXOVÁ, Veronika. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 71. ISBN 978-80-904536-7-8.

<sup>36</sup> MATOUŠEK, Petr. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 71. ISBN 978-80-904536-7-8.

rozhodnout se vůbec pro jakýkoli typ léčby. Drogová subkultura je zcela pohlcuje. Mají v ní své určité místo (hierarchie) – od uživatele až po dealera, tudíž to znamená, že nejsou pasivními činiteli. Hrají svou úlohu, tudíž jsou aktivní. Musí se naučit reagovat na zátěžové situace ve skupině, ale mohou získávat i pozitivní zážitky. Může i nemusí to být chování specifické pro drogové prostředí. Každopádně většina závislých má nejvíce vztahů právě mezi sebou, více než v majoritní společnosti. Matoušek zdůrazňuje potřebu užívat pojem sociální koheze. Sociální kohezi definuje jako „stav rovnováhy mezi většinovou společností a subkulturami na okraji. Stav, ve kterém je ponechána volnost být na okraji, ale zároveň stav, ve kterém je kladen důraz na rovnost přístupu ke zdrojům.“<sup>37</sup> Z toho pak vyplývá i problematika přístupu k závislým osobám. Patří sem např. problém uznání síly sociálních procesů, problém dichotomie, problém uznání strategií aktérů, problém jazyka (odborné či neodborné používání).<sup>38</sup> U problému s uznáním síly sociálních procesů lze hovořit o tom, od koho se čeká odstranění strukturálních procesů sociální vyloučenosti. Problém s uznáním strategie aktérů zase znamená položit si otázku, zda se zneschopňují (nějakým způsobem) klienti. U problému ohledně dichotomie se lze setkat s problematickým užíváním slova zdravý versus nemocný. Z toho všeho vyplývá, že nejde vnímat jen samotného klienta bez přihlédnutí k dalším věcem. Mezi ně patří klientův vztah ke společnosti, ale i síly ve společnosti, které na dotyčného působí.

---

<sup>37</sup> MATOUŠEK, Petr. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015, s. 73. ISBN 978-80-904536-7-8.

<sup>38</sup> Tamtéž, s. 74.

## 4 Motivační faktory k léčbě na straně klienta

Klient může být motivován jak vnitřními důvody, tak i vnějšími okolnostmi. U vnějších okolností často není hned vnitřní důvod. Vnějšími okolnostmi mohou být například smrt někoho blízkého z okolí (předávkování), těhotenství (ženská role + role budoucí matky), vznik duševní poruchy (schizofrenie, často v důsledku pervitinových psychóz), somatická poškození (hnisavé procesy, bakteriální endokarditida, poškození cévního nervového systému, infekční choroby – HIV, hepatitida B a C, atd.). Velký vliv na motivaci klienta k léčbě má i samotné léčebné zařízení. Tím je myšlena vhodná volba léčebného programu a jeho integrita. Léčba také zahrnuje terapeutický styl, délku léčení, zapojení a udržení v programu. Nejprve bych začala vysvětlením pojmu motivace. Jedna z definic jej vysvětluje následovně: „*Motivace je proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince.*“<sup>39</sup> O motivaci lze hovořit i v jiném slova smyslu, a to v otázce zdrojů přirozené odměny. Existují dvě základní koncepce:<sup>40</sup>

- 1) Motivační teorie oponentních (protijdoucích) procesů.
- 2) Motivační teorie založená na principech podmiňovacího posilování, na podnětové motivaci a na vytvoření motivační významnosti.

V první teorii jde o dva protichůdné procesy, a to emočně pozitivní a emočně negativní stav. První se projevuje po požití návykové látky (systém odměny). Po určité době se však začínají objevovat i emočně negativní stavy (tzv. abstinční příznaky), které se tiší buď stejným množstvím látky, anebo i vyšším. Hovoří se o tzv. průkazu zvyšování tolerance, jenž je jedním ze šesti znaků závislosti (definovaným dle WHO). Vedle pozitivních účinků drogy se objevují už i ty negativní (abstinční syndrom). V konečném stadiu převažuje tišení abstinčního syndromu nad bezstarostným užíváním pozitivních chvil s drogou.

Druhá teorie se zabývá principem podmiňovacího posilování. Zpravidla jde o to, že závislý jedinec si postupem času vytvoří v sobě stereotypní reakce

---

<sup>39</sup> KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. Filia Nova, 2001, s. 66. ISBN 80-238-8014-4.

<sup>40</sup> KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015, s. 146. ISBN 978-80-247-4331-8.



v souvislosti s drogou. To může zahrnovat způsoby shánění drogy, bažení neboli craving, reakce na negativní odezvy z okolí, apod.

#### **4.1 Nemotivovaní klienti**

Někdy se také označují jako „vypadávající klienti.“ Je velmi obtížné tuto kategorii přesně definovat. Nicméně existuje několik společných znaků, kterými disponují. Dle Kaliny sem patří: a) věkové období vzniku závislosti, b) délka drogové kariéry, c) psychopatologické komplikace, d) kriminální anamnéza, e) motivace.<sup>41</sup> Soukup je však jiného názoru. Dle něj neexistuje skutečně nemotivovaný klient. Příčinou tohoto problému je pracovníkův interpersonální styl a rozdílné pojetí motivace u každého člověka.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 294. ISBN 978-80-2471411-0.

<sup>42</sup> SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014, s. 85. ISBN 978-80-262-0607-1.

## 5 Case management s uživateli drog

Je důležité pracovat s uživateli drog komplexně a dlouhodobě. Velkou roli zde hraje tzv. case management. Case management lze definovat následovně: „*Case management bývá chápán jako metoda sociální práce, my jej chápeme šířeji, jako přístup nebo způsob práce, a popisujeme jej slovy koordinovaná spolupráce v rámci případu.*“<sup>43</sup>

V sociální práci se objevuje několik typů case managementu. V současnosti se užívají tyto: brokerský, intenzivní, asertivní komunitní léčba, funkční asertivní léčba, klinický model.

### 5.1 Druhy case managementu

Brokerský model – „*je hlavní snahou tohoto přístupu identifikovat klientovy potřeby a pomoci mu zpřístupnit potřebné zdroje pomoci*“<sup>1</sup>. Spolupráce mezi case managerem a klientem je krátká. Case manager zprostředkovává (brokerage) klientovi nákup služeb.

Intenzivní model (strenghts-based) – byl založen Rappem a Chamberlainem v r. 1985, původně byli cílovou skupinou mentálně postižení občané a jednalo se o jejich snazší přechod z institucionalizovaného prostředí do samostatnějšího způsobu života. Klade důraz na silnější stránky klienta a je vhodný pro práci s malou specifickou skupinou. Case manager navštěvuje klienta převážně v jeho přirozeném prostředí.

Asertivní komunitní léčba – tento model vznikl v 60. letech jako snaha reagovat efektivněji na fenomén tzv. „otáčivých dveří“ (šlo v něm o jakýsi bludný kruh, do které se dostávají pacienti, pokud se stanou závislími na institucionální péči, po nějaké době po propuštění ze zařízení se opět nechají hospitalizovat). Case manager se v tomto případě snaží přistupovat ke klientovi velmi individuálně.

Klinický/rehabilitační model – case manager má úlohu jak terapeutickou, tak i jako jeden z možných zdrojů pomoci pro klienta. Do popředí vyvstává situace

---

<sup>43</sup> NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, s. 13. ISBN 978-80-7440-076-6.

klienta a vliv prostředí na něj. Vlastní přání a cíle znamenají víc než jasné stanovené pořadí intervencí.<sup>44</sup>

Case management se odehrává na více úrovních. Může to být např. doprovod klienta na úřady a instituce, společná práce na počítači, podpůrné rozhovory. Pro case management je důležité, v jakých podmínkách se odehrává. Jde o podmínky prostorové a materiální, dále personální, organizační, ekonomické, informační, metodické, koncepčně-metodické. Důležité je vyvarovat se rušivých podnětů. Také možnost mít vlastní dopravní prostředek je určitě lepší varianta, nežli používat MHD. Pokud je potřeba se dostat do určitého místa autem nebo MHD, měla by organizace toto cestovné proplácet. Nejdůležitější ze všeho však je umět klienta nejprve oslovit. To by se mělo provádět aktivní formou. To je možné uskutečňovat např. i v prostorách výdejních center metadonu, v celách předběžného zadržení, na jednotkách intenzivní péče, apod. Pracovník by měl disponovat přirozenou vstřícností, zvědavostí a nasloucháním soukromému dialogu. O dialogické konverzaci se hovoří tehdy, jestliže dokážeme citlivě reagovat na druhého a soustředit se na to, co říká.

## 5.2 Dialogická konverzace

V dialogické konverzaci pak dochází ke vzájemnému propojení, k míšení perspektiv, sdílenému zkoumání (reflexe, zájem, dotazování se). Cenné je to, když je pracovník schopen otevřeně sdílet s klientem vlastní vnitřní dialog, dále se orientovat na každodenní obyčejný život. Důležité je umět snášet nejistotu, která vyplývá ze samotné práce s klientem. Co se týče administrativních úkonů, většinou až po sezení se vyplňují formuláře a podepisuje informovaný souhlas. Zpravidla existuje několik doporučení, která mohou přispět k navázání spolupracujícího vztahu. Jsou to:<sup>45</sup>

- 1) dát prostor druhému a možnost nechat jej vyprávět příběh svým vlastním způsobem,
- 2) naslouchat pozorně a pečlivě klientovi,

---

<sup>44</sup> NEPUŠTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, s. 15–17. ISBN 978-80-7440-076-6.

<sup>45</sup> Tamtéž, s. 33.

- 3) pokusit se porozumět problému z klientovy perspektivy,
- 4) všítmat si toho, jak druhý reaguje,
- 5) držet chvílemi i přestávky, nebát se ticha,
- 6) umožnit druhému, aby si vybral, co chce.

Do tohoto procesu je možné zapojit i další osoby. Uvádí se, že málokterý problém vznikne jen tak sám o sobě. Přichází v kontextu se vztahovou i sociální historií klienta. Pokud začneme spolupracovat s klientem, stáváme se tím příběhem také. Při zapojení dalších osob se zvyšuje možnost podpory i od dalších osob. Vytváří se i tzv. plastičtější pohled na případ. Připravuje se vhodný podklad pro trvalejší práci s klientem. Mohou se sdílet i poznatky, informace nebo expertízy (informace od sociální pracovnice z ÚP o možnostech sociální podpory). Obecně u sdílení informací o klientovi platí hned dvě hlavní zásady. Tou první je, že klient musí souhlasit s jakýmkoli sdílením osobních informací. Druhá zásada mluví o minimalizaci sdílení informací bez přítomnosti klienta.

Bylo statisticky prokázáno, že u závislých klientů hraje velkou roli v procesu úzdravy také přizvání rodinných příslušníků a blízkých osob. Šance na úzdravu se tak zvyšuje. Při takovém setkání by měli být účastni alespoň dva odborníci, aby nedocházelo k pocitům ohrožení, a to na obou dvou stranách. Hlavní význam se zde klade na dialogický prostor. Doporučuje se střídat mluvení s nasloucháním. Účastníci takového setkání musí zažívat především pocit bezpečí a nehraného zájmu. Výše popsané aktivity patří do tzv. navigačních (koordinujících) aktivit. Nyní se zaměříme na společné zkoumání neboli tzv. assessment.

### **5.3 Assessment**

Assessment by se měl odehrávat již při prvních setkáních s klientem. Nejde pouze o to diagnostikovat klienta, nýbrž o spolupráci při zkoumání. Měli bychom se vystříhat i zabývání se osobnostními charakteristikami u klienta. Namísto toho bychom měli spíše zkoumat celý případ. Sociální pracovník může být vlastně takovým kvalitativním „výzkumníkem.“ Nejde ale jen o sběr informací. Už během sezení zažívá klient s pracovníkem určitou vztahovou zkušenost, která jej může buď pozitivně, či negativně ovlivnit do budoucna.

Pokud ale chceme vůbec praktikovat assessment, měli bychom posoudit, zdali je tento přístup vhodný a potřebný. To se děje v následujících krocích:<sup>46</sup>

- 1) přítomnost širšího spektra oblastí, ve kterých klient potřebuje pomoci,
- 2) ochota identifikovaného klienta ke koordinované spolupráci,
- 3) absence potenciálně efektivnějších způsobů pomoci.

## 5.4 Společné plánování

Namísto pojmu individuální plánování se zde hovoří spíše o tzv. společném plánování. To znamená, že zahrnuje i osoby, které jsou rodinnými příslušníky, blízkými lidmi. Mohou to být i instituce. Klient ale nemusí s takovými cíli souhlasit. Nicméně je důležité vnášet toto téma do společného dialogu. Není ale podmínkou spolupráce, aby klient takovéto požadované cíle plnil. Hlavním důvodem je především klienta vystavit takovýmto situacím. Dlouhodobé plánování u tohoto typu

klientely není moc efektivní. Existuje zde riziko dramatických změn (dané hektickým životním stylem drogově závislých). Klient se náhle odstěhoval, ztratil telefon (stejně jako i osobní doklady).

Někdy jsou to i vnější vlivy (špatná dopravní situace ve městech, počasí), které nemůžeme moc ovlivnit, ne-li vůbec. Pracovník by měl mít proto v záloze alternativní řešení kontaktování se navzájem.

---

<sup>46</sup> NEPUŠTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013, s. 39. ISBN 978-80-7440-076-6.

## 6 Zařízení k léčbě pro závislé v ČR, Harm

### Reduction

V současné době je k dispozici několik druhů péče o závislé. Patří sem terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčba, ambulantní léčba, denní stacionáře, střednědobá ústavní léčba, terapeutické komunity, doléčovací programy, ostatní zařízení a služby. Nyní bych se pokusila blíže popsat jednotlivé typy.

#### 6.1 Terénní programy

Lze je považovat jako jeden z prvních stupňů péče o závislé. Terénní program je svou prací specifický, a to hned ve dvou bodech. Je to místo (poskytované služby) a způsob přístupu ke klientovi. Místem se myslí buď otevřená drogová scéna nebo uzavřená drogová scéna. Mezi otevřenou drogovou scénou patří zejména ulice, parky, náměstí (např. v Praze – hlavní nádraží, výstupy u metra, apod.). Do uzavřené drogové scény patří byty (squaty, ale i standardní bydlení). Ohledně způsobu přistupování ke klientovi je to nízkoprahový přístup a aktivní vyhledávání. Nízkoprahový přístup znamená, že služba je místně dostupná, časově flexibilní a bezplatně poskytovaná.

Cílem je minimalizovat negativní důsledky drog, motivovat uživatele k bezpečnějšímu braní drog, sledovat drogovou scénu. Negativní důsledky drog je třeba minimalizovat i pro společnost (nejen pro uživatele). Mezi negativní důsledky pro společnost patří především šíření infekčních nemocí (HIV/AIDS, hepatitida B, C), šíření kriminality, počet úmrtí v souvislosti s drogami.

Existuje několik způsobů, jimiž se činnost terénní práce realizuje. Jsou to:<sup>47</sup>

- 1) výměna injekčního materiálu, distribuce zdravotnického materiálu,
- 2) poradenství (základní zdravotní, sociální, krizová intervence, motiv. trénink),

---

<sup>47</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 371. ISBN 978-80-2471411-0.

- 3) informace,
- 4) monitoring (zmapování, sledování) drogové scény, sběr použitého injekčního materiálu.

Terénní práce má také několik fází. První z nich je seznamování, dále navazování osobních kontaktů, vytváření vztahu (budovaném na základě důvěry), práce na změně vzorců chování u klienta.

## 6.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Jsou specifická svou dostupností, a to jak časovou, tak i místní. Je založená na principu public health a harm reduction. Dále se orientuje na člověka (humanistický přístup). Orientací na člověka je myšlen především pozitivní potenciál, který umožňuje změnu a vývoj.

Klientela je tvořena opět uživateli návykových látek v různých stádiích závislosti. To umožňuje lepší vyhlídky na spolupráci do budoucna, než jak je tomu např. u samotných výměnných programů. Nemusí tomu tak ale být vždycky. Nízkoprahová kontaktní centra však nenavštěvují pouze samotní uživatelé, ale také jejich rodinní příslušníci a lidé z blízkého okolí.

Výhodou pro uživatele těchto center je nepožadování abstinence od všech návykových látek.

Cílem těchto center je minimalizace zdravotních a sociálních rizik, ale také motivace jejich klientů k celkové anebo alespoň částečné změně životního stylu. Tyto cíle lze označit jako tzv. obecné. Ze specifických cílů lze pak jmenovat např. tyto:<sup>48</sup> podpora klienta při změně životního stylu, pomoc v krizi, pomoc rodinám či blízkým osobám uživatelů, osvěta veřejnosti ohledně drog, vzdělávání klientů, sociální stabilizace klientů, zajištění potřebných podmínek k přežití (pracovní programy, hygienický a potravinový servis), aj.

Činnost kontaktních center je velmi různorodá. V první řadě ji tvoří základní zdravotní servis (bazální ošetření v akutních případech), dále krizová intervence, výměnný program, základní poradenství apod. Důležitou metodou práce v těchto zařízeních je také strukturované poradenství a motivační trénink. Ten vzniká kontraktem (smlouvou) mezi uživatelem služby a pracovníkem.

---

<sup>48</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 373. ISBN 978-80-2471411-0.

### 6.3 Detoxifikační jednotky

Jsou součástí léčby závislých klientů. Neznamená to však nutně, že po detoxu musí následovat léčba. Je to zcela individuální. V ojedinělých případech je ale zapotřebí léčbu nastoupit. Bývá to zpravidla na základě soudního rozhodnutí. Někdy se tak děje i v případě, je-li závislý nebezpečný sám sobě nebo svému okolí (často to bývá u toxických psychóz). Pokud je zapotřebí určit správně diagnózu (podezření na duševní nemoc), je detox také dobrou pomůckou při rozhodování.

Cílem je vhodná úprava léků při odvykacích stavech (farmakologický zásah, postup), s možným doporučením dále užívat konkrétně doporučené léky (antidepresiva, substituční léky, aj.).

Některé detoxy mají vedle pravidelného základního režimu oddělení, i nabídku strukturovaného programu. Mezi léčebny, které toto poskytují, patří např. Psychiatrické léčebna v Havlíčkově Brodě<sup>49</sup> nebo Léčebna návykových nemocí v Nechanicích.<sup>50</sup>

### 6.4 Substituční léčba

Probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních.<sup>51</sup> Používají se léky jako je buprenorfin, metadon. Užívají se perorálně. Existují tři typy (formy) substituční léčby:

- 1) krátkodobá – 1 až 2 týdny,
- 2) střednědobá – několik týdnů až měsíců,
- 3) dlouhodobá – několik týdnů až měsíců (v některých případech i několik let).

Substituční léčbu podstupují klienti s těžkou dlouhodobou závislostí na opiátech. Dále to jsou klienti, kteří mají za sebou řadu neúspěšných pokusů

---

<sup>49</sup> Oddělení 1 - oddělení pro detoxifikaci a krátkodobou léčbu. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/oddeleni-1-oddeleni-pro-detoxifikaci-kratkodobou-lecbu>.

<sup>50</sup> Oddělení A. *Psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradec králové* [online]. ©2019 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/oddeleni-a>.

<sup>51</sup> Hledání v organizacích. *Drogový informační sever* [online]. ©2019 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.drogy.net/databaze-kontaktu/>.



v léčbách a recidiv. Klienti závislí na opiátech disponují často nemalým množstvím nemocí infekčního typu (přenosných krevní cestou), z nichž jako nejzávažnější se jeví HIV-pozitivita; dále to může být poškozený žilní systém, hepatitida B, C – ohrožení funkčnosti jater). V neposlední řadě to pak jsou těhotné ženy a klienti s jazykovou bariérou (znesnadňující léčebný proces v jiném než substitučním zařízení).<sup>52</sup>

Cílem substituční léčby je motivovat uživatele ke snížení braní drog. To má pozitivní dopad i na omezení kriminality. Důležitým prvkem substituce je i ochrana klientova zdraví a minimalizace zdravotního poškození (v důsledku užívání drog). Snížení nárůstu kriminality, ochrana a minimalizace klientova zdraví významně ovlivňuje i jeho sociální stabilizaci.

Substituce však není pouze o těchto opatřeních. Poskytuje daleko širší oblast pomoci. Mezi nástroje substituční léčby patří psychoterapie a poradenství, práce s rodinou, pracovní terapie, sociální práce, pravidla a režim. V těchto zařízeních nepracují pouze sociální pracovníci a terapeuti, ale i zdravotničtí pracovníci.

Když jsem měla praxi v Drop inu, dostala jsem se díky tomu i k pravidlům, která musí uživatelé substitučního programu dodržovat. Uživatel se musí dostavit v přesně stanovenou dobu (povětšinou jsou to dopolední hodiny). O víkendu je zavřeno. Klient může dostat i tzv. stopku. To znamená, že pokud (od data nástupu) má tři absence, po čtvrté již následuje vyloučení, a to na měsíc. V tomto případě nastává opět nelehká situace, protože uživatel má pak tendence shánět drogu na černém trhu, a to povětšinou nelegálním způsobem. Klient nesmí přijít v intoxikovaném stavu (ať už pod vlivem drog nebo alkoholu). V prostorách substituční místnosti se nesmí jíst, pít, ani aplikovat drogy či užívat alkohol. Zdržovat se v čekárně je dovoleno pouze po krátkou dobu (na rozdíl od kontaktních center, kde je k dispozici jak výměnný servis s okénkem či vstupem do výdejní místnosti, tak i místnost pro trávení volného času). Dávky léku se dají buď navyšovat, nebo snižovat. Pouze lékař smí navrhnout, jak vysoké dávky může klient užívat. Po prvním užití metadonu je klient povinen setrvat v čekárně zhruba 60 minut.

---

<sup>52</sup> KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008, s. 371–372. ISBN 978-80-2471411-0.

## **Praktická část**

### **7 Cíl výzkumného šetření**

Cílem mé práce je zjistit, které faktory vedou u závislých klientů k-center k rozhodnutí se jít léčit a jak pracovníci k-center pracují se závislými.

To vše chci zjistit prostřednictvím rozhovorů s pracovníky k-center a analýzou jejich výpovědí a porovnáním s tím, co mám v teoretické části.

## 8 Metoda šetření

Ke své práci jsem využila metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum více definuje ve své knize Hendl: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

## 9 Zkoumaný vzorek

Předmětem mého zkoumání byly výpovědi pracovníků k-centra ve Strakonících a v Českých Budějovicích (vše spadající pod neziskovou organizaci Prevent99). Tato nezisková organizace je největším poskytovatelem, co se týče primární, sekundární a terciární prevence v oblasti drog. Poskytuje i služby rodinám s dětmi a pěstounům.

Sama jsem v té době také pracovala v Preventu (nizkoprahový klub ve Strakonících), takže pro mě bylo i snazší s nimi navázat bez problémů kontakt.

Co se týče požadavků, tak jediný požadavek byl, aby to byli pracovníci k-centra. Dotazované osoby byly ženy i muži ve věkové kategorii 22 až 30 let.

Pracovníci k-centra souhlasili s uvedením jejich jména (bez příjmení), věku a pracovní pozice.

## 10 Způsob získávání dat

S vybranými pracovníky k-center jsem uskutečnila rozhovory, které jsem po celou dobu nahrávala na diktafon v mobilním telefonu. Takto získané informace jsem přímo (bez zvláštních a velkých zásahů) přepsala do textového editoru.

Pro každého z pracovníků jsem měla připravený soubor polostrukturovaných otázek (zhruba o počtu 11), v některých případech jsem nějaké otázky vynechala a nahradila je jinými, abych tak oživila více výpovědi a získala ještě hlubší rozměr své práce. První soubor otázek byl spíše cílený na samotnou činnost k-center a jejich cílovou populaci. Druhý soubor otázek se už více zabýval stylem práce s uživateli, jejich motivací a motivačními faktory k léčbě.

Otázky se vztahovaly ke zkušenostem a znalostem pracovníků, dále také k jejich vnímání.

## 11 Získaná data

První otázka byla obecná a týkala se toho, jaké služby k-centra svým klientům poskytují. Jindra s Jirkou rozdělili služby jejich zařízení na strukturované a nestrukturované, Tereza na primární a sekundární, Klára mluvila o možnosti asistence na různé úřady. Dále se zmínila o možnosti odpracovat si veřejně prospěšné práce.

(Jindra: „*Poskytujeme výměnný program injekčního materiálu, kontaktní práci, dalo by se to rozdělit na strukturované aktivity a nízkoprahové aktivity. Do těch nízkoprahových patří právě ta výměna, kontaktní práce, ty strukturované aktivity jsou nějaký podpory v abstinenci.*“)

(Tereza: „*Tak my máme jako primární a sekundární služby. Mezi tou klíčovou službou je harm reduction, nebo výměna harm reduction materiálu, a k tomu distribuce harm reduction materiálu, což jsou šňupátka, kapsle a informační servis o tom, jak brát bezpečně, jak užívat a nějaký informace, jak se šíří choroby, apod.*“)

(Klára: „*Dále nabízíme asistenci na různé úřady, potom tady probíhá pracovní program, že si klienti můžou přivydělat nějaký peníze. Probíhá tady, že si můžou odpracovat obecně prospěšný práce, které nařídí soud.*“)

### Typologie klientů (dle výpovědí pracovníků), stigma „narkomana“

Druhá otázka měla zodpovědět, jaký typ klientů chodí do k-centra ve Strakonících a v Českých Budějovicích. Strakonické k-centrum poskytuje poradenské služby nejen závislým na drogách, ale také závislým na alkoholu, co žijí na ulici. Spolupracuje i s rodinou závislého. Jirka se zase zmínil o týdně testování, který je otevřen celé veřejnosti. Místní obyvatelé tak mají větší možnost nahlédnout do fungování k-centra, ale také si zjistit, jak na tom jsou zdravotně. Pracovnice Tereza dělí klienty (závislé na drogách) do několika skupin – ti, co využívají jenom některé služby (především výměna) a pak ty, co využívají celou sortu služeb. Pracovnice Klára zase oproti ostatním podala věkové rozpětí klientů k-centra.

(Jindra: „*Tak jsou to drogově závislí, potom jsou to lidi, závislostí ohrožení, a vlastně jejich rodina. A ještě taky pracujeme s bezdomovci, tam je to vlastně navedený na to, že tam je ohrožuje alkoholová závislost.*“)

(Tereza: „Takže když jde o narkomany, konkrétně teda máme rozdělený právě jenom výměnáře, to je typická sorta lidí, co chodí jenom na výměnu, který přijdou k okýnku...prostě zazvoní, vymění injekční stříkačky, prohodí jak se maj a podobně, ale nezdržují se na káčku, že si nedaj tu polívku, nedaj si kafe a odejdou. A potom tady máme narkomany, který přijdou a posedí, na tý kontaktce a využijou jakoby celou sortu služeb na tý kontaktní místnosti, což může být ten internet, potraviny, sprcha a tak.“)

Klára se jako jediná zmínila o průměrném věku uživatelů, co navštěvují k-centrum:

(Klára: „Tak kontaktní centrum navštěvují aktivní uživatelé drog nebo alkoholu. Ted'ka máme průměrný věk (více to navštěvují muži), průměrný věk je ted'ka asi kolem 40 let, protože se nám zvedla ta věková hranice, kvůli alkoholikům, což jsou starší muži.“)

Dále uvedla i zajímavost, co se týče uživatelů drog kolem 15 let, a zdůraznila také pravidlo anonymity, které se však na tyto uživatele úplně nevztahuje.

„Jinak kontaktní centrum můžou navštěvovat i od 15 let s tím, že kdyby přišli rodiče nebo je hned hledali, tak jim musíme říct, že ty lidi sem chodí (i když jsou tady anonymně). Potom od 18 let, jsou tu všichni anonymně, že je máme vedený jenom pod kódama...“

Na řadu přišlo i téma stigmatu *být narkomanem*.

(Jirka: „U nás teda ne, samozřejmě nestigmatizujeme. Ale myslím, že venku se s tím potýkají často, protože nějaký delší užívání na tom člověku může být vidět, a naše společnost je proti nim hodně netolerantní,...“)

Stigma člověk může pociťovat i po léčbě:

(Jirka: „...a naše společnost je proti nim hodně netolerantní, i když je to třeba člověk, kterej je vyléčen, má rodinu, nějakým způsobem funguje,...“)

### **Motivační faktory**

Další otázky už byly zaměřeny na motivaci, a to konkrétně na motivační faktory na straně klienta, jít se léčit.

Pracovníci zmiňovali často pojem dno anebo impuls, co vede závislého k rozhodnutí se jít léčit. Může jím být např. rodina, kdy odmítne už závislému nějakým způsobem dál pomáhat. Často to jsou také infekční nemoci jako je žloutenka typu C.

(Jindra: „Já si myslím, že musí padnout na úplný dno...“)

(Klára: „Ale z velkým částí to bývá kvůli rodině, že třeba u těch mladších lidí, že vopravdu ta matka jim dá ultimátum, „půjdeš se léčit anebo půjdeš z domů“.)

Čtvrtá otázka se naopak zabývá negativními vlivy, které mohou klienta odrazovat (oddalovat) od léčby. Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že klient většinou sám nestojí o změnu a droga se významně stala součástí jeho života. Drogy jsou pro některé často jedinou jistotou, kterou mají. U některých klientů hraje roli i to, že mají stálý přísun peněz, a rodina je podporuje. Může to však být i strach z řádu (terapeutické komunity).

(Jindra: „*Vono vlastně ze začátku to dost dobře vidět není, nebo si to ten člověk neuvědomuje, takže třeba tam ještě funguje rodina, co ho nějakým způsobem podporuje, aby si na to dno nedošáh, dávají mu peníze, mají ho doma a tak, a nenutí ho to, aby s tím fetováním přestal, když to takhle řeknu, takže to může být nějaká podpora rodiny a né vždycky, občas je to podpora rodiny, co jim hodně pomůže.*“)

(Tereza: „*Mně přijde prostě, že ty drogy jsou pro ně jediná jistota, co znají, co jim dává nějaký pocit možná i toho bezpečí, jak prostě ví, jaký stav na tý droze nastane, často ty stavy jsou pro ně dost příjemný.*“)

Může to však být i strach z řádu (terapeutické komunity) a netrpělivost, pokud se už třeba rozhodnou pro nějakou formu pomoci (např. léčebna).

(Klára: „*Já vím, že klienti říkají, že se bojí toho řádu,... Bojí se...třeba nějaký komunity jsou zaměřeny na práci, jo bojí se, že to nezvládnou.*

„*Oni si to mnohdy taky potom rozmyslí, ti klienti...jakmile to není okamžitě, tak ty lidi si to pak často rozmyšlí, že třeba ta situace se trochu změní.*“)

V jiném případě je to třeba i to, že nějakým způsobem zvládnout odvykat sami doma.

(Klára: „*že si zkusí sami odvykat, zjistí, že si týden nemusí dávat a jsou čistí a už se nemusí jít léčit, že jo...*“)

### **Práce s motivací, léčba**

Další otázka se týkala motivačních metod. Pracovníci používají k motivaci nejčastěji metodu motivačních rozhovorů:

(Jindra: „*...takže taková fakt základní metoda jsou ty motivační rozhovory, kdy se vlastně nachází klient v tom kole změny...*“)

(Jirka: „*Nejčastější jsou asi motivační rozhovory, který v sobě zahrnují tu metodiku práce s klientem.*“)

Důležité je včas rozpoznat motivaci klienta ke změně a vytvořit vztah založený na respektu a důvěře. Pracovnice Tereza zmiňuje i předléčebné poradenství, které se poskytuje už v individuálnější spolupráci.



(Tereza: „Rozpoznat to, kde je ta jejich motivace...Ta práce s klientem je hlavně o tom, vytvořit nějakou důvěrnou, respektující vztah, já myslím, že to je fakt základ při jakýchkoliv spolupráci...“)

(Tereza: ...nejčastěji to předléčebný poradenství, a to je takový individuální poradenství ohledně léčby. Takže pro mě je jako nejdůležitější bezpečný vztah, respekt, hranice, důvěra k těm pracovníkům.“)

Někdy však bývá obtížné, rozpoznat klientovu skutečnou motivaci.

(Klára: ...je i těžký potom to jako poznat, protože některý klienti mají třeba i motivaci, aby nešli do vězení, což je potom takový stěžejní, protože ten klient nejde za účelem se léčit, ale aby prostě unikl před zákonem.“)

Další otázka byla zaměřena na to, jaký typ léčby klienti k-center preferují. Všichni pracovníci uvedli jako nejvyužívanější typ léčebného zařízení, léčebnu.

(Jindra: „Většinou, co já tady mám tu zkušenost, tak je to léčebna...“)

(Tereza: ...velmi často spíše léčebny než komunity...“)

(Jirka: ...co si takhle pamatuju, tak mi přijde, že hodně odesíláme do toho Červeňáku, jako že spíše do tý léčebny.“)

(Klára: „ale ve většině případů to jsou vždycky jenom ty 3 měsíční psychiatrický léčebny...“)

Jindra: „Většinou, co já tady mám tu zkušenost, tak je to léčebna...“)

(Tereza: ...velmi často spíše léčebny než komunity...“)

(Jirka: ...co si takhle pamatuju, tak mi přijde, že hodně odesíláme do toho Červeňáku, jako že spíše do tý léčebny.“)

(Klára: „ale ve většině případů to jsou vždycky jenom ty 3 měsíční psychiatrický léčebny...“)

Někteří uživatelé, co mají za sebou opakovaně léčebnu, anebo jsou už delší dobu závislí, pak volí komunitu. Patří sem i ti, co si nejsou jistí svou abstinencí, i když už prošli 3 měsíční léčbou.

(Klára: ...A dlouhodobější uživatelé, tak ty potom jdou radši do komunit nebo lidí, který už absolvovali hodně těch léčení, protože přeci jenom 3 měsíce je hrozně krátká doba, jo takže ty potom si domlouvaj komunitu. Nebo z léčebny, co si nejsou jistý...“)

### **Situace po léčbě**

Poslední oblastí, na kterou jsem se dotazovala, bylo období, kdy závislý jedinec už má po léčbě, a co je (podle pracovníků) ze všeho nejdůležitější, aby

znovu neupadnul do závislosti. Všichni pracovníci uvedli, že je důležité doléčování.

(Jindra: „*Já si myslím, že je hodně důležitý, aby teda si potom prošel ještě něčím, ať už je to komunita nebo doléčovák.*“)

(Jirka: „*Musí s tím nějak pracovat, vždycky je tam možnost nějakýho jako to s někým probrat, přijít z anějakým terapeutem.*“)

Jako další podstatný faktor abstinence uvedli změnu bydliště, místa, především ve spojitosti s lidmi z drogové minulosti závislého.

(Jirka: „*...myslím, že by bylo dobrý, kdyby se úplně hned nevrátil do toho prostředí, kde vlastně žil...*“)

(Tereza: „*a určitě jako prospívá změna toho prostředí, těch jako lidí, protože když se vrátí mezi ty prostě smažky, tak může začít znovu, s velkou pravděpodobností začne, protože je prostě mezi nima a má ten přístup k tomu...*“)

Vedle změny místa bydliště a zajištění doléčování je však i dobré si najít nějaké nové koníčky.

(Tereza: „*Já znám spousty lidí, co přišli z léčebny a začli chodit do práce, měli i nějakou ubytovnu, ale co s tím volným časem po práci prostě... Takže vybudovat si v tý léčebně, jako v hlavě nějaký záliby, nejlepší je, když ty záliby mají už jako z předešlý doby, a začít nějak znova no.*“)

Důležitá však je síť přátel, a podpora rodiny.

(Tereza: „*Určitě mít se kam vrátit,..*“)

„*Je fajn mít nějakou síť, což vás podpoří, což je jako rodina, přátele, nějaký teda čistý*“)

Někteří závislí klienti se (dle slov Terezy) za svou minulost dost stydí:

(Tereza: „*A prostě ona jim nechtěla říct, že prostě profetovala půlku života, takže říkala, že si vymýšlela příběhy, bylo to pro ni hrozně těžký...*“)

## 12 Diskuse nad získanými daty

Obě dvě k-centra mají různorodou klientelu, ovšem injekční uživatelé převažují. Nejvyužívanější službou je výměnný servis. Zajímavé je rozšíření služeb i na závislé uživatele alkoholu, kteří povětšinou žijí rizikovým způsobem života (na ulici). Více jsem tuto kategorii klientů ale už nezkoumala, neboť moje práce se zaměřuje výhradně na drogově závislé.

Pracovníci se snaží na klienty nevyvíjet zbytečně nátlak, avšak je s dostatečnou pozorností zachytit ve fázi změny. Nicméně těch, co se nakonec odhodlají nastoupit léčbu, je dle jejich slov prý minimum. Denně (myšleno ve dny, kdy je otevřeno pro klienty, což jsou v podstatě všechny dny mimo úterý) navštíví a využije služeb strakonického k-centra v průměru cca 3 až 5 lidí (u k-centra v Českých Budějovicích jsme se k této otázce nedostali). Není to mnoho, avšak je možné, že ostatní drogově závislí využívají spíše terénní programy, které v dané lokalitě také fungují. Tuto službu zajišťuje stejná organizace, pod které spadá i k-centrum (Prevent99).

U práce s motivací se nejvíce osvědčily motivační rozhovory, ale jen polovina pracovníků v k-centrech má za sebou kurz motivačních rozhovorů. Je to způsobeno i tím, že někteří nejsou dostatečně dlouhou dobu v organizaci (např. pracovník Jindra z k-centra ve Strakoncích, který tam je zaměstnán půl roku, společně s ním i Jindra, který tam pracuje rok).

## Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jak pracovníci k-center pracují se závislími a které faktory vedou u závislých klientů k-center k rozhodnutí se jít léčit.

Nejdříve se mi podařilo zjistit, co v dané lokalitě nabízejí tato k-centra konkrétně za služby (Strakonice a České Budějovice).

Oblast poskytovaných služeb je skutečně široká, ať už je to výměnný servis, který je nejvíce využívanou službou, anebo předléčebné poradenství, práce s motivací, zprostředkování léčby, pomoc s vykonáním obecně prospěšných prací, osvěta (přednášky na školách).

Jak pracovníci k-center pracují se závislími? Pracovníci k-center pracují s motivací v podstatě už od samého začátku. Pro klienty, kteří nebyli zvyklí přebírat za své zdraví plnou zodpovědnost, může taková „pouhá výměna injekčního materiálu“, znamenat první krok na cestě ke stabilizaci. Pro mnohé z nich však znamená jen ten první krok a také poslední. Mají tendence v tomto stavu setrávat. Není to vždy pouze jeden faktor sám o sobě, ale váže se na něj naopak faktorů více. Především však nenastala fáze změny (jedna z fází kola změny). Touha, ale i potřeba být pod vlivem, je často tím jediným hnacím motivem v jejich životě s drogou. Dokazují to tak i výpovědi pracovníků, kteří často mluví o tom, že droga je pro dotyčného něco jako jistota. Ačkoliv tato „jistota“ má i odvrácenou stránku.

Další výzkumná otázka se týkala toho, které faktory vedou u závislých klientů k-center k rozhodnutí se jít léčit. Nejčastějším důvodem k léčbě je dosažení dna, ovšem pro každého závislého má jinou podobu. Tehdy záleží na jeho rozhodnutí a snaze něco s problémem dělat a pokud navštíví zmiňované k-centrum, může s pracovníkem konzultovat danou situaci. Pracovníci využívají nehodnotící přístup, a schopnost dobře zreflektovat klientovu situaci, pojímat ji jako „klientův příběh“. Snaží se klienta nemanipulovat k rozhodnutí, ale spíše provázet a poskytnout radu. Odborný výraz pro tento postup zní jako dialogická konverzace, což je jeden z nástrojů case managementu (stejně tak jako

doprovázení na úřady, což např. k-centrum v Českých Budějovicích<sup>54</sup> poskytuje).

Nejdůležitější ze všeho se mi jeví především možnost doléčování a to přímo v k-centru. To znamená především jistý typ návaznosti, klient nemusí být odkázán na jiné zařízení, ale může jít tam, kde mu jako první pomohli. Tím se vytváří i jistý vztah, vazba, která je v sociální práci velmi důležitá. Nicméně je důležité, aby klient, co podstoupil nějaký druh léčby, nezačal být na službě závislý a nepozbyl schopnosti pokračovat dál na své životní cestě již bez drog.

Domnívám se, že tato práce alespoň v jistém slova smyslu dokázala naplnit i cíl, který jsem si zadala. Zajímavým tématem do budoucna by mohlo být zkoumání udržení abstinence po léčbě. Například nějakou formou svépomocných skupin (např. Anonymní Narkomani) anebo právě ve spolupráci s k-centrem, organizace Prevent99 z.ú. či jinou sociální službou (např. církevní).

---

<sup>54</sup> Služby. *Kontaktní centrum Prevent ČB* [online]. [cit. 2019-04-01]. Dostupné z: <http://kccb.prevent99.cz/sluzby>

# Seznam literatury

## Tištěné zdroje

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
- KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o. s. Filia Nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-2471411-0.
- MAXOVÁ, Veronika. *Úzdrava a drogy*. Praha: Sananim, z.ú., 2015. ISBN 978-80-904536-7-8.
- MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0240-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0592-7.
- NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-076-6.
- NEŠPOR, Karel a Marie MULLEROVÁ. *Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka*. Praha: FIT IN, 2006. ISBN 80-260-3874-6.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
- SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0607-1.

## Internetové zdroje

Hledání v organizacích. *Drogový informační sever* [online]. ©2019 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.drogy.net/databaze-kontaktu/>.

Oddělení 1 - oddělení pro detoxifikaci a krátkodobou léčbu. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/oddeleni-1-oddeleni-pro-detoxifikaci-kratkodobou-lecbu>.

PETERKOVÁ, Michaela. EGO-OBRANNÉ MECHANISMY. *Psychologický klub PSYX.cz* [online]. 2014 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://www.psyx.cz/ego-obranne-mechanismy/>.

Oddělení A. *Psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradec králové* [online]. ©2019 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/oddeleni-a>.

## **Seznam příloh**

<b>Příloha č. I: Přepis rozhovoru s Jirkou, K-centrum Strakonice .....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha č. II: Přepis rozhovoru s Jirkou .....</b>	<b>VI</b>
<b>Příloha č. III: Přepis rozhovoru s Klárkou .....</b>	<b>XI</b>
<b>Příloha č. IV: Přepis rozhovoru s Terezou.....</b>	<b>XIV</b>



## **Příloha č. I: Přepis rozhovoru s Jindrou, K-centrum Strakonice**

Rozhovor: s Jindrou, který pracuje půl roku v K-centru, 33 let

### **1) Co všechno poskytujete za služby ve vašem zařízení?**

Tak služby tady máme strukturovaný a nestrukturovaný. Mezi ty nestrukturovaný patří např. Distribuce harm reduction materiálu, krizová intervence, testování na přítomnost drog v moči, testování na žloutenku typu B, C, HIV a Syfilis. Pak jsou to doplňkové služby v kontaktní místnosti, tzn. např. šatník, nebo hygienický servis nebo potravinový servis a mnoho dalších, vlastně. Můžeme tady i klientům vyprat prádlo, nebo pomoci jim s hledáním práce, informovat je o různých věcech. Potom s nima ještě děláme případový práce, to můžou bejt sociální práce, právě ve smyslu toho, že jim pomůžu s hledáním práce, že si to s nima vytisknu, zeptám se jich, co by tak chtěli za práci. A sedneme si k tomu, můžou si od nás zavolat anebo jim pomůžeme se psaním životopisu, atd.

### **2) A kterou z těch služeb využívají klienti nejvíce?**

Je to hodně individuální, ale nejvíc se tady asi využívá ta distribuce harm reduction materiálu, tzn. výměna použitých injekčních stříkaček, pak jim k tomu ještě dáváme materiál ke snižování zdravotních rizik – filtry, dezinfekce, voda, alobal, kondomy, kyselina. Může to bejt i nějaký zdravotní materiál /kapsle, šňupátka/. Potom tady ještě frčí praní špinovaného oblečení, hygienický servis a potravinový servis a sprcha. A v neposlední řadě se ještě lidi docela nechávají testovat na žloutenku B, C, HIV a Syfilis.

### **3) Jaký okruh klientů využívá vašich služeb?**

Tak jsou to drogově závislí, potom jsou to lidi, závislostí ohrožení, a vlastně jejich rodina. A ještě taky pracujeme s bezdomovci, tam je to vlastně navedený na to, že tam je ohrožuje alkoholová závislost.

### **4) To je zajímavý, to mě překvapilo, já původně jsem měla za to, že jsou tu drogový závislosti. Vy už takhle tu práci s těma bezdomovcema ohledně alkoholu, děláte od začátku vzniku zařízení?**

Myslím si, že od začátku to není. Je to v poslední době, kdy se vlastně zjistilo, že bezdomovci tady jsou a nic se s nima neděje. Tak se to aspoň takhle ně trochu napasovalo, aby sem mohli a mohli využít těch služeb. Takže není to služba, co by se děla 10 let dozadu. Neřeknu ti od kdy se to děje, ale vím, že se to nedělo vždycky.

**5) Co je podle vás nejčastějším důvodům k tomu, aby se klient šel léčit?**

Já si myslím, že musí padnout na úplný dno, že nějaký takový dno pod dnem způsobí, že mu tam vyskočí myšlenky na to, že by se měl jít léčit. Takže fakt úplně musí padnout, aby vlastně mohl potom povstat.

**6) A jak to dno u nich může vypadat?**

Je to hodně individuální, u někoho to může znamenat, že se nakazil žloutenkou typu C, u někoho to může znamenat, že je fakt na ulici, stíhá ho zákon, nemá žádné kamarády, jenom tam přežívá od rána do večera. Takže každé to dno má opravdu jiný. U někoho to může znamenat, že ho rodiče vyhodí z bytu, každopádně musí se něco stát, aby to ty lidi jakoby nakopalo, a aby to převážilo ty výhody toho užívání drog jakoby.

**7) Co naopak může klienty odrazovat od léčby?**

To může být právě, že nevidí rizika, co s tím užíváním jsou spojený. Vono vlastně ze začátku to dost dobře vidět není, nebo si to ten člověk neuvědomuje, takže třeba tam ještě funguje rodina, co ho nějakým způsobem podporuje, aby si na to dno nedošáh, dávají mu peníze, mají ho doma a tak, a nenutí ho to, aby s tím fetováním přestal, když to takhle řeknu, takže to může být nějaká podpora rodiny a ne vždycky, občas je to podpora rodiny, co jim hodně pomůže. Takže je to hodně individuální, co se týče těch klientů

**8) Převažují u vás klienti, co spíše měli už nějaký léčby za sebou a recidivují anebo spíše převažují klienti, co dlouhodobě berou a pomoc nevyhledávají?**

Já si myslím, že jsou to spíš ty, co berou dlouhodobě a pomoc spíše nevyhledávají. Ale říkám, vono je to dřív anebo později dožene, a pak jsme tady my, abychom jim s tou nějakou léčbou pomohli, nebo abychom

nasměrovali nějakým směrem, a tak. Ale objevuje se tady i několik klientů, kteří léčbu prodělali a zase se k tomu vrátili.

9) **Vidíš nějaký rozdíly mezi v motivaci u uživatelů drog a uživatelů alkoholu, kteří žijí na ulici?**

Já to nemůže úplně takhle říct, spíše je to člověk od člověka. Člověk, co je na ulici a pije alkohol, se vlastně může potýkat úplně s jiným problémem než narkoman, co je na ulici. Každý má za sebou jiný příběh, každý to vidí trochu jinak a projde si něčím jiným. Tak je nemůže vlastně zaškatulkovat, že ty jsou takový a ty takový.

10) **Pocitují vaši klienti často stigma, že jsou narkomani?**

U nás teda ne, samozřejmě nestigmatizujeme. Ale myslím, že venku se s tím potýkají často, protože nějaký delší užívání na tom člověku může být vidět, a naše společnost je proti nim hodně netolerantní, i když je to třeba člověk, kterej je vyléčený, má rodinu, nějakým způsobem funguje, tak to na něm pořád může být znát, že mu chybí třeba zuby nebo tak. Myslím si, že je hodně často stigmatizovaný, že se s tím potkávají ty lidi, že si to takhle jakoby nesou ještě dlouhou dobu potom.

11) **Jaké metody motivace používáte ve své práci s klienty?**

Vesmíš je dobrý, když tady tu práci člověk dělá, aby měl nějaký delší kurz motivačních rozhovorů, takže taková fakt základní metoda jsou ty motivační rozhovory, kdy se vlastně nachází klient v tom kole změny, v nějakým okamžiku, kdy je k té změně nakloněnej, tak je dobrý mít s ním vlastně vztah pracovník a klient, aby to pracovník poznal, že se mu něco v tom životě děje, a potom, aby tu pozitivní změnu téma motivačníma rozhovorama podpořil. A taky vlastně používáme takový krátký intervence, kdy třeba s klientem vyplňujeme in-come dotazník, jak dlouho bere, a on mi řekne 10 let. Já se ho třeba zeptám, jestli třeba někdy přemýšlel nad tím, že by mohl vyzkoušet léčbu, že nějak to do nich nehustíme, ale občas třeba takhle to téma nadhodíme, aby někam nezapadlo.

**12) Jaký typ léčby klienti upřednostňují?**

Většinou, co já tady mám tu zkušenost, tak je to léčebna, ale existují i výjimky. Teď tady máme holčinu, která vlastně si dala 14 dní detoxu, a potom bude navštěvovat ambulantní léčbu, bude chodit do AT poradny. Myslím si, že spíš frčí ty léčebny, ale zase potom je ten faktor, že každé to potřebuje trochu jinak.

**13) Které metody motivace se moc neosvědčily?**

Nesmíme jim to nutit, tu léčbu, protože právě myslím si, že to celý to jejich široký okolí a kohokoliv potkávají, to do nich hustí, že by se měli jít léčit. A oni jsou už pak na to potom takový alergický. Takže nějak přirozeně, aby oni o to stále, abychom je s tím nešíkanovali, že teď už je ten čas, kdyby se mohli jít léčit. Je to spíše hodně na nich.

**14) Okolí si právě často myslí, že když jde člověk do léčby, tak se potom zbaví závislosti a vše bude vyřešeno hned jako mávnutím kouzelného proutku? (Má okolí, ale i klient často zkreslený náhled na to, jaký bude život po léčbě?)**

To může být taky hodně častý. Ty lidi si myslí, že půjdou do léčby a že se jim celý ten život změní, a potom hned vyjdou, a budou vyléčení a bude to pohodička jazz. Ale prostě to musí překopat celý svůj život, voni vlastně tu drogu z toho života vezmou, ale musí ji mít čím nahradit, a to je prostě hodně náročný.

**15) V jaké fázi procesu změnu (kolo změny) se klienti nejčastěji nacházejí?**

Já si myslím, že je to ještě ta fáze, kdy o tý léčbě ještě neuvažují, chodí si sem vyměnit ty stříkačky a zatím ještě asi nevidí ty rizika nebo ještě se u nich naplno neobjevily. To je taková velká část těch klientů, a potom taková menší část klientů...ty budou někde tady, že už zvažují. V tom zvažování už může pracovník nějak reagovat, využít třeba těch motivačních rozhovorů a pokusit se ho dostat do toho rozhodnutí a do té přípravy, a potom do nějaký té akce takže největší asi skupina je těch, co nad tím. Ale postupem času jak jsou tady, a třeba se o tom i mluví, protože aby se něco měnilo, tak se o tom musí mluvit. Tak se dostávají do těch fází dál.

Pak jsou tady ty, který sem chodí třeba 10 let a pořád jim to nedocvakne, že to není úplně ok, žít na ulici. A že se takhle úplně dobře žít nedá, to je fakt...jak to komu dojde.

**16) Co je podle tebe nejdůležitější v situaci, kdy už má klient po léčbě a vrací se zpět do běžného života?**

Já si myslím, že je hodně důležitý, aby teda si potom prošel ještě něčím, ať už je to komunita nebo doléčovák.

To si myslím, že potom nějaký ty procenta úspěšnosti stoupají. A pak si myslím, že by bylo dobrý, kdyby se úplně hned nevrátil do toho prostředí, kde vlastně žil. Ví, kde si tam ty drogy sežene, má tam kamarády, který ho tam budou potkávat na ulici, budou ho pokoušet, zná tam ty místa, kde si aplikoval. Asi je ze začátku lepší, aby to zkusil úplně někde jinde, v nějakým jiným městě, třeba v tom doléčováku (městě), a až potom, až si bude myslet, že to nějakým způsobem bude dávat, tak teprve potom se tam třeba vracet nebo se tam už nevrátit, to je na něm.

**17) Z toho tedy vyplývá, že je důležité nezapomenout na doléčování, a taky přijmout svou závislost?**

No je to dobrý, aby se ta léčba takhle posilňovala jakoby...dávají to i lidi, že vyjdou z léčebny, a potom nesmaží. Zním dokonce člověka, co ho z té léčebny vyhodili, ten měl problém s alkoholem, voni ho z té léčebny vyhodili, takže tabulkově má vlastně napsáno, že nesplnil léčbu, ale vlastně drží abstinenci, že ho vyhodili...že von potom držel..takže...a ten to zvládnul...myslím, že chodil na AA, to mu hodně pomohlo, ale jinak to zvládnul bez nějakýho doléčování a tak. Myslím si, že je to dobrý, není to nutnost, ale je to dobrý, aby si to nějak zařídili, ještě něco takhle po tom.

## **Příloha č. II: Přepis rozhovoru s Jirkou, K-centrum Strakonice**

Rozhovor: s Jirkou, který pracuje rok v K-centru, 25 let,

### **1) Co všechno poskytujete za služby ve vašem zařízení?**

Poskytujeme výměňej program injekčního materiálu, kontaktní práci, dalo by se to rozdělit na strukturovaný aktivity a nízkoprahový aktivity. Do těch nízkoprahovejch patří právě ta výměna, kontaktní práce, ty strukturovaný aktivity jsou nějaký podpory v abstinenci.

### **2) Jaký okruh klientů navštěvuje vaše služby?**

Jsou to hlavně uživatelé drog, jejich sociální okolí a pak jako veřejnost, třeba když je týden testování. Ale primárně jsou to uživatelé drog, ať už jsou to jakoby injekční uživatelé nebo užívají způsobem bezpečnějším, anebo to sociální okolí (rodina, přátelé, příbuzní různí).

### **3) Já bych se zastavila u těch příbuzných, jaká je jejich zpětná reakce na to, že pracujete s jejich rodinými, závislými příslušníky?**

Většinou nám zpětnou vazbu moc jako klienti nedávají (mají možnost vyplnit dotazníky nebo my se jich vyptáváme). Když sem ale přijdou poprvý, tak je to takovej ten názor, že my jsme ti, co podporují ty feťáky a tak. A odchází s tím, jako že ten názor změní, že my vlastně chráníme i tu veřejnost, a pomáháme uživatelům dostat se zpátky do normálního života.

### **4) Co je podle Vás nejčastějším důvodem k tomu, aby se šel klient léčit?**

Za mě to musí být nějakej impuls jako od nich, musí to bejt něco pro ně důležitý, může to bejt rodina, děti...Stává se, že jsou to děti, že chtějí přestat, protože se jim třeba má narodit dítě. Může to bejt nějakej jako rodič nebo nějaká ta situace, co jej přinutí k tej rodině, že třeba máma už mu to nechce tolerovat, že ten člověk třeba padne, a že už tam není ta záchranná síť těch rodičů nebo těch kamarádů, že si uvědomí, že takhle už to dál nejde. Bejvá to třeba ten život na ulici, kdy ho to přesvědčí k tomu, aby se šel léčit,

protože takhle prostě žít nechce. Protože nechce v mínus deseti stupních prostě bejt na ulici.

5) **Co jej naopak může od tohoto rozhodnutí oddalovat (odrazovat)?**

Já si myslím, že většinou je to to, že ještě na tom není tak špatně, aby se šel léčit. To znamená, že furt má nějaký přísun peněz, kterej mu vyhovuje, to že třeba otáčí ty věci, a to, a furt mu to jako vychází, a všechno je v pohodě. Většinou si to dokážou zařídit tak, že vlastně to pro ně není problém ten jejich život.

6) **Je tam trend, že většinou je zapotřebí souhra více faktorů najednou, aby člověk udělal změnu nebo stačí jeden negativní aspekt (např. nedostatek peněz)?**

Já si myslím, že záleží jak u jakýho. Že když je to ta rodina, tak tam stačí ten impuls, ale když je to...nepřijde mi to, že by nedostatek peněz ty lidi odrazoval anebo zdraví. Občas si myslím, že to zdraví je to to poslední, na co ty lidi myslí.

7) **Jaké motivační metody používáte v práci?**

Nejčastější jsou asi motivační rozhovory, který v sobě zahrnujou tu metodiku práce s klientem. Jinak je to asi o nějakým jako kontaktu, a nějaký empatii, toho člověka jako poslouchat, o čem se baví. Občas to může být jen tak, že tím tématem jenom brnkne, a buď se toho pracovník chytne nebo ne.

8) **Převažují u vás injekční uživatelé nad neinjekčními?**

Většinou injekční, právě že káčko je primárně postaveno na těch injekčních uživatelích.

9) **Které motivační metody se Vám moc neosvědčily?**

Já si myslím, že nefunguje žádná nátlak, a že to musí jít jako z toho člověka. A že nefunguje takový to, že se snaží to člověku vnutit, že by s tím měl něco dělat. On s tím musí přijít. Je tam pak ta nerovnováha toho pracovníka a toho klienta, že ten pracovník to vlastně oddře, chce ho tam donutit. A ten klient je pasivní a vlastně ani nechce.

**10) Souvisí to s tím, že závislí klienti mají dobrou schopnost vycítit manipulaci, neboť sami ve svém životě s manipulací díky závislosti zacházejí?**

Já si myslím, že jo, že oni to poznají. Že je dobrý s nima jednat na rovinu, protože oni jak sami...je s nima manipulováno na té scéně a oni sami manipulují...Takže moc jako dobře poznají, když je někdo chce někam dotlačit, jako vmanipulovat do nějaké situace.

**11) V jaké fázi procesu změny (kole změny) se klienti vašeho zařízení nejčastěji nacházejí?**

Já si myslím, že většinou jdou s tím, že se teprve o tom jako rozhodnou, že se jim ty myšlenky v hlavě rodí...nestává nebo taky se to stane, ale to je úplně menší procento, že by někdo přišel s tím, hele dohodněte mi léčbu. Není to tak častý. A zase na druhou stranu, my nejsme jako služba pro to, abychom je jako nutili do léčby nebo to takže...ta práce není úplně o tom dohadování té léčby. Stane se to, že třeba jeden dva lidi za měsíc, chtějí dohodnout léčbu. Ale většinou je to o tom, že na to té výměně se člověk otom s nima baví, a oni třeba na to téma brknou...hele beru moc, chci to snížit...chci přestat. Není to většinou úplně..ž.eby přišli úplně jako pojd'....ted prostě...zařídíme léčbu a bude to dobrý.

**12) Může to souviset s nějakou nedůvěrou vůči léčebným zařízením (léčebny, komunity)?**

Já bych se nebavil o nedůvěře v ty instituce, ale spíše jako o tom, že opouští známý prostředí, že se jim tam jako moc nechce jinak. Já myslím, že oni v té komunitě ví, co je terapeutická komunita a léčebna, a jak to tam chodí. Voni si to jako řeknou. A právě, že jim to znechucují lidi, který odešli z té léčby dřív, řekli: tam je to hrozný, tam tě do něčeho nutí. Protože nejsou zvyklý na ty pravidla, který jsou tam nějak daný a striktně dodržovaný.



**13) Stojí vaši klienti často na hraně života v důsledku závislosti nebo spíše mají pocit, že to nějak zatím ještě zvládají?**

Já myslím, že jako asi o tom přemýšlí, ale úplně to jako neprobírají. Že pro ně jak žijou teď, tak je to pro ně prostě...tak droga je baví. Myslím, že takhle o tom až zas tak moc neuvažují.

**14) Co je podle vás ze všeho nejdůležitější pro klienta, který má krátce po léčbě a navrácí se zpět do „běžného života“?**

Myslím, že je důležitý mít podporu, mít možnost to probírat, takový to hele jako mám chutě...a že se něco takového děje, že ne to tabuizovat. Chodit někam na doléčování, nebo mít tu podporu v rodině. Určitě je jako dobrý nezanedbat to doléčování, a určitě jako prospívá změna toho prostředí, těch jako lidí, protože když se vrátí mezi ty prostě smažky, tak může začít znovu, s velkou pravděpodobností začne, protože je prostě mezi nima a má ten přístup k tomu, a kolikrát je to o změně práce, tam taky jsou lidi co třeba berou, nebo kterejma by se třeba nechal stáhnout. Musí s tím nějak pracovat, vždycky je tam možnost nějakýho jako to s někým probrat, přijít z anějakým terapeutem. A já myslím, že jako po té léčbě jako bezprostřední je jako dobrý to doléčování. Ne jenom jako přijít doma je to v pohodě, já se o tom bavit můžu. Ale není to jenom o tom, ty lidi, ať už je to ambulantní nebo doléčovák, tak je dobrý se na to úplně nevykašlat, a nevrátit se do toho, jen tak do toho hupsnout.

**15) Jaký typ léčby preferují vaši klienti?**

Podle toho, co si takhle pamatuju, tak mi přijde, že hodně odesíláme do toho Červeňáku, jako že spíše do tý léčebny. Málokdy se stane, že prostě posíláme do komunity, a ambulantní léčbu moc jako nedoporučujeme, protože většinou sem chodí lidi v takovém stádiu tý závislosti, že podle mě amb. léčba nemá úplně cenu.

**16) Z čeho to může pramenit, že klienti spíše volí léčebnu než-li TK?**

Já si myslím, že tady je to daný hlavně kvůli tomu, že Červeňák má věhlas. Že ty lidi ví, že tady nějaký Červeňák je. My je do toho nějak nenutíme, a je

to hlavně taky o tom, že to ví od těch známých, že byli v Červeňáku, že je to tam dobrý, a že ty lidi, tam jsou odborníci.

**17) Navštěvují vás občas bývalí klienti, co absolvovali nějaký druh léčby?**

Určitě, nedávno zrovna byli ve Strkách i v Prachaticích. Byli, že jako přijdou a řeknou hele teď se mám tak a tak, mám rodinu, práci, děti. Jsme rádi, že tihle klienti se z toho dostali, a že neztrácíme s nimi kontakt.

## **Příloha č. III: Přepis rozhovoru s Klárou, K-centrum České Budějovice**

Rozhovor: s Klárou, která pracuje 3 roky v K-centru, 22 let,

### **1) Jaké služby poskytujete ve vašem zařízení?**

Nabízíme výměnný program, potravinový servis, informační servis (že můžou volat na různý ověřitelný čísla – úřady, lékaři, ), potom můžou na internet, můžou si tam hledat práci, bydlení nebo potom na fcb, když je kontaktní místnost. Dále je to hygienický servis, což je že se můžou osprchovat, můžou si vyprat, můžou si vybrat ze šatníku nějaký oblečení. Výměnný program – což spočívá v tom, že se mění kus za kus injekční stříkačky. Dále poskytujeme poradenství v oblasti testování, předléčebné poradenství. Dále nabízíme asistenci na různý úřady, potom tady probíhá pracovní program, že si klienti můžou přivydělat nějaký peníze. Probíhá tady, že si můžou odpracovat obecně prospěšný práce, které nařídí soud.

### **2) Jaký typ klientů vyhledává vaše služby?**

Tak kontaktní centrum navštěvují aktivní uživatelé drog nebo alkoholu. Teďka máme průměrný věk (více to navštěvují muži), průměrný věk je teďka asi kolem 40 let, protože se nám zvedla ta věková hranice , kvůli alkoholikům, což jsou starší muži. Jinak kontaktní centrum můžou navštěvovat i od 15 let s tím, že kdyby přišli rodiče nebo je hned hledali, tak jim musíme říct, že ty lidi sem chodí (i když jsou tady anonymně). Potom od 18 let, jsou tu všichni anonymně, že je máme vedený jenom pod kódama, ale u těch mezi těma 15 až 18 let, co ještě nejsou zletilí, tak kdyby přišli rodiče nebo policie s fotkou, tak...(nedopovězeno)

### **3) Co může motivovat klienta k tomu, aby nastoupil léčbu?**

No tak mnohdy to je rodina, že rodina na ně i tlačí, vono to pak...ty léčby pak nebejvají úspěšný, když ta rodina na ně tlačí. Ale z velké části to bývá kvůli rodině, že třeba u těch mladších lidí, že vopravdu ta matka jim dá ultimátum, „*půjdeš se léčit anebo půjdeš z domu*“. U těch starších to může být i kvůli dětem (že mají i děti), pak je to třeba i nařízený soudně a občas

se stane, že ty lidi už nevidí jiný východisko, než se jít léčit, že už jsou na ulici, úplně na dně, že klesli tam, kam v životě klesnout nechtěli...

**4) A co naopak podle vás může vzdalovat uživatele od rozhodnutí jít se léčit?**

Já vím, že klienti říkají, že se bojí toho řádu, že budou muset chodit na skupiny, že budou muset mluvit před ostatními lidmi, že se stydí (protože většina těch lidí, tedy těch perníkářů, tak to jsou lidi, kteří se normálně stydí nebo věří si jenom na perníku), takže potom mají ostych před skupinou a takhle. Bojí se... třeba nějaký komunita jsou zaměřeny na práci, jo bojí se, že to nezvládnou. Oni si to mnohdy taky potom rozmyslí, ti klienti. My jim třeba domluvíme léčbu, a voni (protože nástup do léčebny je třeba v průběhu 3 měsíců), jakmile to není okamžitě, tak ty lidi si to pak často rozmyslí, že třeba ta situace se trochu změní, že je rodina přijme domů, že už tam můžou bydlet, takže už potom nemusí jít do léčebny, nebo že si zkusí sami odvykat, zjistí, že si týden nemusí dávat a jsou čistí a už se nemusí jít léčit, že jo, přitom to je jakoby dlouhodobá procedura, takže potom je to otázka času, kdy zase začnou chodit a že jsou úplně v háji, a že potřebují do léčebny.

**5) Jaké metody motivace používáte ve své práci?**

My je motivujeme tím, že nemusí žít na ulici, že to jde i jinak, že třeba hodně u těch mladých lidí... hmmm... (ježíšmarjá, nevím, jak to mám pojmenovat)...

**6) Tak ona se ta motivace u každého asi i vyvíjí...**

Určitě, ona je i těžký potom to jako poznat, protože některý klienti mají třeba i motivaci, aby nešli do vězení, což je potom takový stěžejní, protože ten klient nejde za účelem se léčit, ale aby prostě unikl před zákonem. Ale jo, ty lidi se snažíme prostě motivovat, že můžou žít i jinak, že na té ulici to není nejlepší, že jo... pořád je to dokolečka, kolotoč. Hodně často se dostávají do trestné činnosti, aby získali peníze na drogy, rodina je odepíše...

**7) Jaký typ léčby vaši klienti preferují?**

Takhle, ty mladší lidi, preferují spíše psychiatrický léčebny, který jsou třeba jenom na 3 měsíce, aby to rychle zvládli (i třeba pracující lidi).

A dlouhodobější uživatelé, tak ty potom jdou radši do komunit nebo lidi, který už absolvovali hodně těch léčeben, protože přeci jenom 3 měsíce je hrozně krátká doba, jo takže ty potom si domlouvaj komunitu. Nebo z léčebny, co si nejsou jistý, tak jdou potom do komunity, ale ve většině případů to jsou vždycky jenom ty 3 měsíční psychiatrický léčebny, že lidi si řeknou, že 3 měsíce – dobrý, projdu tady tou léčebnou a pak už je to zase dobrý a už nebudu fetovat, což se dost často mívá účinkem a v našem zařízení možná ani není nikdo, kdo by fakt absolvoval jen 3 měsíce, s tím, že by pak už se nevrátil.

**8) Co je podle tebe nejdůležitější pro klienta, který úspěšně ukončil léčbu a vychází zpět do reálného života?**

Největší riziko je, (že když ten člověk začne znova užívat), že se vrátí do toho samýho města, kde má lidi, který ho znají, kde má ty kamarády, kde se prostě pohyboval roky a to je potom otázka času. Takže nejlepší je, když ten člověk změní úplně město, protože úplně odříznout se od známých ve stejným městě úplně nejde. A když teda nezmění město, tak nenavštěvovat takový rizikový místa, jako jsou parky, jako jsou nonstopy, protože tam je těch rizik strašně moc, že se to znova spustí. U alkoholiků je to pak ještě těžší, protože tam vlastně stačí, aby ten člověk si dal i třeba Margotku, která se mu rozpustí v ústech, smíchá se slinama a už se mu roztáhnou receptory a zase má chuť, jo...tam je to trochu těžší. Ale u těch perníkových lidí nebo na opiátech, tak to vidím prostě...přestat se bavit s lidma, s kterejma se bavil, protože ty lidi pokud se vrátí z léčebny a budou se bavit s těma kamarádama, tak je otázka času, kdy jim voni to začnou znova nabízet a ty lidi jednou řeknou ano.

## **Příloha č. IV: Přepis rozhovoru s Terezou, K-centrum České Budějovice**

Rozhovor: s Terezou, která pracuje 6 let v K-centru, 28 let,

### **1) Jaké služby poskytujete ve vašem zařízení?**

Tak my máme jako primární a sekundární služby. Mezi tou klíčovou službou je harm reduction, nebo výměna harm reduction materiálu, a k tomu distribuce harm reduction materiálu, což jsou šňupátka, kapsle a informační servis o tom, jak brát bezpečně, jak užívat a nějaký informace, jak se šíří choroby, apod. To teda všechno probíhá u toho výměnného okýnka, kdy klienti sami přijdou se zakázkou, buď pro čistou injekční stříkačku a my teda...když chtějí tu čistou nebo když jsou tu poprvé, tak jim říkáme, jak je důležitý, aby ta výměna fungovala, jak to funguje, přinesou špinavou, dostanou čistou, že to je bezplatný, apod. Takže to je takhle ta první služba jako harm reduction, a ty další službou jsou hygienický a potravinový servis, kdy klienti si můžou přijít já nevím...právě posedět na kafe, na polívku, osprchovat se, vyprat si, vzít si nějaký oblečení a potom ty strukturované služby, to už jsou jako poradenské služby, kdy když my sami poznáme nebo voni řeknou, že něco sami potřebují po nás...sociální práce ...ted' nevím...vyřizování dokumentů na úřadu práce, cokoliv potřebují...zakázku: „nemám občanku, potřebuju registrovat na pracáku, nemám ubytovnu nebo potřebuju bydlet, apod....tak potom už s nima navazujeme takovou tu sociální práci, anebo když taky z toho rozhovoru vyjde, že už mě nebaví užívat drogy, jsem v krizi, apod....tak nabízím...na to zase nasedají služby krizová intervence nebo třeba předléčebný poradenství, kdy klienty informujeme o tom, jaký jsou druhy léčeb (ambulantní nebo pobytové), a potom s nima můžeme řešit tu léčbu.

### **2) Jaký typ klientů vyhledává vaše služby?**

No podle toho jaký ty služby, protože my na káčku máme pro narkomany, ale i pro alkoholiky. Takže když jde o narkomany, konkrétně teda máme rozdělený právě jenom výměnáře, to je typická sorta lidí, co chodí jenom na výměnu, který přijdou k okýnku...prostě zazvoní, vymění injekční stříkačky, prohodí jak se mají a podobně, ale nezdržují se na káčku, že si

nedaj tu polívku, nedaj si kafe a odejdou. A potom tady máme narkomany, který přijdou a posedí, na tý kontaktce a využijou jakoby celou sortu služeb na tý kontaktní místnosti, což může být ten internet, potraviny, sprcha a tak. A často tady ty narkomani využívají poradenství ohledně léčeben, že se stává za těch 5 let, co jsem tady, že spousta z nich už byla v nějaký léčebně...často to končí nějakým relapsem, že zase třeba skončí na káčku, ale aspoň znaj už ten proces, jak se do léčebny dostat, koho požádat, a ví jak to chodí, funguje a potom sem chodí teda ještě jakoby skupina lidí, to jsou alkoholici, který už jsou třeba starší, už ten život jakoby nějakým způsobem, jak oni říkají, mají za sebou nebo už jako nejsou úplně motivovaný už jako něco měnit. Jsou to většinou bezdomovci, klienti azylovýho domu, a ty sem chodí jenom jako si popovídat a posedět...v zimě se zahřát, fakt jako jde o ten spíš kontakt, přijmout je jako svébytný lidi, co si můžou někde sednout, nikdo se jich neštítí a s nima už se jako neřeší nějaká změna, ale je to jakoby nějaký harm reduction, což je jako rizika spaní na plechu, nebo třeba nemám ponožky, co dělat když nemám ponožky nebo obvazy. Jinak ošetřujeme klienty na nějakou první pomoc, základní, když se spálí...apod.

### 3) **Co může motivovat klienta k tomu, aby nastoupil léčbu?**

Jako z praxe, když ten člověk už neví kudy kam, požádá o to, jaký jsou možnosti, většinou si nevěří, aby šel do ambulantní léčby (protože oni, naši klienti jsou často nespolehliví, třeba na nějaký docházení, na nějaký pravidla prostě), takže pro ně je prostě nějaký řešení ta pobytová léčba, kdy jdou na 3 měsíce do léčebny nebo do komunity, a buď se z toho dostanou nebo ne. Jako často to bývá taky jako „dotlačila mě do toho rodina nebo tak...ale vono to potom většinou končí tím, že ani nenastoupí nebo jsou jako páry, který se tak různě stahávaj ke dnu, jako že oba berou, tak si řeknou Hele půjdeme do léčebny, u těch je to zase komplikovaný, že léčebny často. No řekla bych prostě, že člověk musí být na dně, že mu ta droga víc bere než dává. Dřív na tom byl šťastnej nebo spokojenější, teď už prostě ne, ale neumí to sám no.

### 4) **Hraje nějakou roli v tom i bezmoc ze strany klienta?**

Nesetkávám se často v tý konzultaci s klientem, který řekne: „hele, já jsem úplně bezmocnej“. Druhá strana je, že oni ví, že potřebují pomoc zvenčí, ale nemám pocit, že si jako připadaj úplně bezmocní. Jako často od nich slyším,

„hele, jako já vím, že je to na mě, že stejně tu zásadní roli v tom rozhodnutí mám já, vím, že já musím přestat chtít jako brát drogy nebo musím začít chtít mít jako nový život. A spíše je to vo tom naučit se...jako často ty lidi prostě už nemaj...jsou úplně vytržený ze společnosti, z toho režimu, mám pocit jako že, chodit do práce a nevím ...je jako problém, na kterej narážím jako dost často, jako že oni nemaj nějakou tu síť těch...jako přátel bez drog a je hrozně těžký po tom, co žijou já nevím...5 let na ulici s narkomanama nebo alkoholikama...hele přestanu, ale oni nemají nic, oni musí začít fakt od začátku. A to si myslím, že je jako velká překážka, vybudovat si zase síť jako lidí, třeba nových přátel, apod. A myslím si, že tohle oni si hodně uvědomujou, že nemaj záliby, že nemaj čistý přátele. A tak někdy tu pomoc odkládají, až je nejhůř, a pak prostě...to zkusí no. Víím, že za tu dobu, co tu jsem, je spousty lidí, co byli úplně na dně, co sem tady zažila, klienty na opiátech, který prostě, jak ta tělesná závislost k tomu patří, měli tady různý abstráky, bylo jim fakt zle, zkusili jít do léčebny a vyvázali se tady z toho okruhu přátel. A potom když se s nima pracuje dál, jdou do jinýho města, na doléčovák a takhle. A někdy přijde i ta zpětná vazba k nám na káčko, že se jim dobře daří a že třeba přijdou jako poděkovat, že je to hodně vo tom, že našli jiný lidi, ty koníčky a tak.

**5) A co naopak podle vás může vzdalovat uživatele od rozhodnutí jít se léčit?**

Mně přijde prostě, že ty drogy jsou pro ně jediná jistota, co znají, co jim dává nějaký pocit možná i toho bezpečí, jak prostě ví, jaký stav na tý droze nastane, často ty stavy jsou pro ně dost příjemný. Často slýchám od nich, že prostě s tou drogou vypnou, že samozřejmě tyhle lidi maj hodně starostí, dostávají se do dluhových kolotočů, ty vztahy venku, taky jako nejsou dobrý, že někomu dluží, teď třeba vztahy s přítelkyní jsou naprd, a je toho prostě na ně hodně, těch tlaků...že dělají něco blbě, že by se měli změnit, prostě i ty jako morální věci, že s nima bojujou no a prostě když si daj tu svoji drogu, na kterou jsou závislí, pervitin, heroin nevím no...tak se jim uleví. Takže oni v tý droze vidí úlevu, a je prostě těžký najednou si říct, „hele zvládnou to bez těch drog“...protože často tu úlevu nemají v něčem jiným nebo v někom jiným. Myslím si, že ta droga je uvede prostě do nějaký příjemnější reality pro ně. No a potom, když to už berou nějakou delší dobu,



hlavně opiáty a ten alkohol, tak už je to pro ně nedílná součást, aby mohli fungovat. Protože ty alkoholici...ty když se nenapijou, tak jim začnou epileptáky, různé třesy. Oni nejsou schopný vůbec fungovat, začínají se pomočovat. Takže oni už prostě potřebují tu látku kvůli fungování.

**6) Jaké metody motivace používáte ve své práci?**

Používáme motivační rozhovory. Je důležité netlačit klienta tam, kam nechce. Rozpoznat to, kde je ta jejich motivace, protože když sem samozřejmě chodí lidé, co nechtějí se změnit a my do nich budeme hustit, hele drogy jsou špatný, prostě ničí tvoje tělo...tak oni se nám akorát vzdají. Ta práce s klientem je hlavně o tom, vytvořit nějakou důvěrnou, respektující vztah, já myslím, že to je fakt základ při jakýchkoliv spolupráci, ať ten člověk ví, že nám může věřit, že se tady cítí v bezpečí, tím pádem se začne otevírat. Jak mile se začne otvírat, tak to už s nima pracujeme individuálně. Někdy je ta práce hodně skupinová s partou lidí na kontaktní, ale když se řeší nějaký problém, tak je to individuální práce, tady třeba v týhle místnosti, kde máme nejčastěji to předléčebné poradenství, a to je takový individuální poradenství ohledně léčby. Takže pro mě je jako nejdůležitější bezpečný vztah, respekt, hranice, důvěra k těm pracovníkům.

**7) Řešila jste někdy nějaké dilema v práci se závislým klientem?**

Jo, já si myslím, že hodněkrát. Na začátku týhle práce jsem jako nechápala, že když vlastně to řešení je tak očividný třeba pro toho klienta, tak proč je to tak pro něj těžký a měla jsem jakoby takový ty tendence, vyřešit to jako za něj nebo podbízet mu ten svůj názor, hodně ho do toho tlačit, ale jsem samozřejmě postupem času pochopila, že to jako nemá smyslu mu říkat, jak je supr léčba,) když tam vůbec nechce jít. Jako říct mu to jako můžu, ale samozřejmě úplně tlačit klienta do něčeho, co nechce, je prostě špatně. Teď tady třeba máme klienta, o kterým víme, že selhávají mu játra, má prostě žloutenku, víme, že jednoduše krok je odjet do Prahy, jít si pro prášky, přijet sem. A má nabídku, prášky si tady může schovat, všechno, ale ten klient o tom pořád jen mluví dokola. On je informovaný od nás o tom, že to není problém, my mu s tím pomůžeme, a on nechce. Nebo prostě bojí se, furt je tam ten strach. Nebo prostě je to o tom, že člověk si prostě musí říct, hele je to na něm. Je toho spousta, těch dilemat. Jsou nějaký sympatičtější klienti,

se kterýma je ten vztah bližší, a třeba víc mu člověk chce pomoci, ale musí si uvědomit, že to je vždycky jen na tom klientovi. Může vždycky dostat pomocnou ruku, ale to rozhodnutí je na něm. Já si nevzpomenu konkrétně na nějaký případy, ale já jsem ....no práce s dilematama...vyplývá toho hodně na povrch. A v práci je fajn, že my máme pravidelný supervize a porady, a hodně se o tom jako bavíme v týmu a to člověku strašně pomůže, když ten tým řekne svůj názor a najednou si v hlavě řekneš, jo aha...tak není to prostě zas tak strašný nebo udělá si v tom člověk jasno.

8) **Z toho vyplývá, že je důležité v práci dostatečně rozvinutá schopnost sebereflexe pracovníka?**

Ano, přesně, kde jsou moje hranice a kde jsou hranice klienta. Jenom s tím přijít, a už se s tím dá pracovat.

9) **Jaký typ léčby vaši klienti preferují?**

Hodně lidí, co sem přijde, a neznají káčko...chtějí ambulantní léčbu, že by sem chodili na terapie, a tak. Takže my hodně často zprostředkováváme, buď telefonicky nebo když sem přijdou i osobně, léčbu do adiktologický poradny Prevent, kde vlastně už jsou terapeuti, který na toho člověka mají tu hodinku čas, a řeší s nimi kontinuálně s nimi tu léčbu nebo ten jejich stav, nebo je připravují na léčebnu, apod. To je prostě vyšší práh, kde už ti lidi musí být trochu spolehlivější, chodit včas na schůzky, apod. Často jim zprostředkováváme ambulantní léčbu, ale přímo našim klientům, kteří se rozhodli a žijí na ulici, mají takový ten život bez nějakých hranic časových, apod., tak těm zprostředkováváme léčebnu, velmi často spíše léčebny než komunity, když už se řekne ten rok, komunita, statek zvířata, tak já nevím...nějak je to děs, tak často spíše jakoby ty tříměsíční léčebny, často pro ty alkoholiky, vybíráme nějaký jako jednodušší jakoby ...ta léčba je tam trochu jednodušší, třeba si to sami vyžádají, že jako nejsou moc na ty skupiny, jako kde se fakt jako hodně řeší duševní věci, hodně ta jejich závislost, jde to spíše tak po povrchu, máme takový tipy na léčebny, tak třeba spíše chtějí spíše tyhle...třeba Červeňák je úžasnej, a to je pro lidi, co zase mají čas počkat tři měsíce na tu léčebnu. Záleží na zakázce, chci hnedka do léčebny, najdeme nějakou, co má nejmenší čekací dobu, což bývá právě např. léčebna Lnáře. Když vydrží ještě tři měsíce na ulici, tak jdou třeba

potom do toho Červeňáku, kde jako třeba my máme ty zkušenosti, že ty lidi se vrací docela připravený na reálný život. A potom máme docela jako zkušenosti s mladýma lidma, co sem chodí, 18 letý, 20 letý, ty už se zas tak moc komunitě nebrání, a že třeba mají zájem o ten Karlov, když jim povím, ukážu jim ty fotky, že tam je pro mladistvý 26 let, a že mají chuť jít i tam, že je to fakt široký, jak ambulantní léčba – některý lidi, jak pracujou nebo mají třeba rodinu, tak nechtějí jako úplně vypadnout pryč. A některý jsou hodně rádi, že můžou opustit tohle místo a že můžou do nějaký léčebny, ale zas ten počet na naše káčko není nějaký markantní. Já nevím, kdybych jako odhadem, tak 10 lidí za ten rok, co možná máme s kolegyní na to „předléčebko“, že to zas není tak častý, tak sem fakt chodí lidi, co zase nejsou v tom stavu, kdy nejsou jako úplně motivovaný a tady u těch 10 se nějaká ta motivace najde nebo my to z nich „nějak vydloubnem“, a že o tu léčebnu mají zájem.

**10) Co je podle tebe nejdůležitější pro klienta, který úspěšně ukončil léčbu a vychází zpět do reálného života?**

Určitě mít se kam vrátit, protože klient, co vyjde ven a jde na ulici či do squatu....tak za mě nevydrží čistej, byť má sebesilnější řeči o tom, že dokáže říct ne, že kamarádům odmítne drogu a že toto...tak prostě ze zkušenosti vím, že do pár dnů si dá. Já fakt radím klientům doléčovací centra, návaznej...protože já tady fakt pracuji s lidma, co většinou nemají to stabilní bydlení a nemají se kam vrátit. Takže určitě za mě ten doléčovák, protože to je pro ně nověj start, kde mají čas si najít práci, bydlení a a ještě do toho mají ty terapie, kde se prostě stabilizují. Uvědomují si, že ten život bez drog prostě prožívají a jak je lehký sklouznout do toho, zase brát drogy. Taky si myslím, že je fajn změnit město, protože ...většinou se fetuje nebo pije v partě lidí, a když prostě se vrátí sem, je to těžký se jim vyhýbat, když neznají jiný známý. Takže změnit město mi přijde taky fajn, no a potom mít nějaký aktivity. Mně přijde smutný, že ty lidi s těma koníčkama a takhle , nemají se k čemu vrátit. Tak třeba už v tý léčebně přemýšlet nad tím jakoby, co je vlastně baví. Mně přijdou fajn ty komunity, že tam si uvědomí třeba...jezdí na výlety, na vodu, na kole, tak si řeknou:“ supr, baví mě jízda na kole, pořídím si kolo, budu třeba sportovat“...Protože prostě, když se ten člověk vrátí, ať má i práci i to, tak...Já znám spousty lidí, co přišli z léčebny

a začli chodit do práce, měli i nějakou ubytovnu, ale co s tím volným časem po práci prostě...Sedím sám na ubytovně, starý kámoši prostě chlastaj nebo berou a já nevím...tak prostě zabavit se sám, četbou nebo takhle je úplně nebaví, takže potom většinou jdou za těma kámošema, který jim nabídnou a voni si daj. Takže vybudovat si v tý léčebně, jako v hlavě nějaký záliby, nejlepší je, když ty záliby mají už jako z předešlý doby, a začít nějak znova no. Je fajn mít nějakou síť, což váš podpoří, což je jako rodina, přátele, nějaký teda čistý. Většinou máme klienty, co na tohle štěstí nemají, co jsou většinou úplně sami, a musí zamakat úplně sami. A tak potom fakt doporučujeme nebo za mě, změnit to město, snažit se být na tom doléčováku a budovat si postupně nějakou vztahovou síť. Najít známý třeba i nějaký v práci. Jedna klientka mi říkala, co od 16 let brala opiáty, že potom jako nastoupila do práce, byla jako čistá a teď ty lidi řeší, kde byli na dovolený, nevím...svoje děti nebo příbuzný nebo takhle a teď vona jako říká: „hele, já nemám nic...já jsem v životě nebyla na dovolený, já v životě neměla nějaký trvalejší vztah, neměla jsem rodinu. Takže oni se mě jako vždycky zeptají: „A co ty, kdes byla“? A prostě ona jim nechtěla říct, že prostě profetovala půlku života, takže říkala, že si vymýšlela příběhy, bylo to pro ni hrozně těžký, prostě nepříjemný. Takže rozhodně to není nic lehkýho, no.