

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Adéla Mádlová

**Specifické potřeby klientů ve výkonu trestu odnětí svobody –
kazuistiky**

The Specific needs of clients in in the execution of a custodial sentence – case
studies

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D.

Praha, 2022

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 4. 2022

.....

Adéla Mádlová

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

MÁDLOVÁ, Adéla. *Specifické potřeby klientů ve výkonu trestu odnětí svobody – kazuistiky*. [The Specific needs of clients in in the execution of a custodial sentence – case studies]. Praha, 2022. 64 s., 1 příl. Diplomová Práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Pavlína Gabrhelíková, Ph.D.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce, paní doktorce, Mgr. Pavlíně Gabrhelíkové, Ph.D., za významnou podporu, odborné vedení, cenné rady, ochotu a věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala všem klientům a odborným pracovníkům, díky kterým jsem mohla realizovat svou závěrečnou práci. A v neposlední řadě patří velký dík mým rodičům, kteří mi zajistili kvalitní podmínky pro studium, za jejich vstřícnost a psychickou podporu.

ABSTRAKT

Východiska: Penitenciární péče o klienty s adiktologickou problematikou je doposud nedostatečně diskutovaným tématem. Především pokud zdůrazníme, že značná část klientů, tedy uživatelů návykových látek (především nelegálních) má zkušenosti s výkonem trestu odnětí svobody. Skutečnost, že péči o uživatele nelegálních návykových látek ve vězení je nutné věnovat větší pozornost, potvrdila vězeňská služba ČR tím, že v roce 2018, po úspěšném pilotním projektu, vytvořila ve věznicích pozice pro adiktology.

Cíl: Jádrem závěrečné práce jsou případové studie se s cílem prozkoumat problematiku párování potřeb v jednotlivých adiktologických službách nabízených věznicí Bělušice. Vzhledem k omezeným možnostem věznice v poskytování adiktologických služeb, také odpovědět na otázku, zda jsou poskytované programy a intervence dostačující, či zda by v budoucnu nemohla být zvažována možnost zřídit či pozměnit některý z intervenčních programů.

Soubor: Data k případovým studiím jsou získána od dvou klientů poradny drogové prevence věznice Bělušice, kteří byli vybráni na základě záměrného účelového výběru a splňovali kritéria jako je navázaná spolupráce s poradnou drogové prevence a účast na více než jedné adiktologické intervenci.

Metody: Pro klinickou část závěrečné diplomové práce byla využita výzkumná metoda případové studie. K získání informací byla využita metoda dlouhodobého pozorování a studium dostupné dokumentace. K analýze dat bylo využito především redukce a organizace informací, tedy obsahové analýzy a výsledky popsány tak, aby zachycovaly co nejkompaktnější odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Výsledky: Z výsledků vyplývá, že s ohledem na omezené možnosti Vězeňské Služby České republiky a platnou legislativu, se určité odborné a efektivní péči klientům ve věznicích dostává. Přesto je třeba dbát na větší koordinaci mezi jednotlivými profesemi spolupracujícími na vytváření individuálních plánů pro uživatele návykových látek.

Závěry: Ze závěrů diplomové práce a doporučení pro další a efektivnější praxi je patrné, že by se ve věznicích uplatnila služba specializované následné péče, takzvaný doléčovací oddíl, který by mohl přímo navazovat na odbornou péči na specializovaném oddílu. Je však v současných podmínkách vzhledem k financování, prostorům a personálního obsazení tento závěr nereálný uskutečnit.

Klíčová slova:

uživatelé drog, léčba závislostí, profesní přístup, penitenciární péče

ABSTRACT

Background: Penitentiary care for clients with addictology issues is still an insufficiently discussed topic. Especially if we emphasize that a significant number of clients, ie users of addictive substances (especially illegal ones) have experience in serving a custodial sentence. The fact that more attention needs to be paid to the care of users of illegal addictive substances in prisons was confirmed by the Prison Service of the Czech Republic by creating a position for addictologists in prisons in 2018, following a successful pilot project.

Targets: The core of the final work are case studies with the aim of examining the issue of matching needs in individual addictology services offered by Bělušice Prison. Given the prison's limited capacity to provide addictology services, also answer the question of whether the programs and interventions provided are sufficient or whether the possibility of setting up or amending one of the intervention programs could not be considered in the future.

Research group: The research method of the case study was used for the clinical part of the final diploma thesis. The method of long-term observation and the study of available documentation were used to obtain information. Reduction and organization of information was used for data analysis, ie content analyzes and results were described in such a way as to capture the most comprehensive answers to the set research questions.

Methodology: The practical part of the final bachelor's thesis was implemented with the contribution of a partially controlled interview, with standardized questions based on the anamnestic sheet, further the own questions concerning the studied subject were used, the study of the available medical documentation and the interview with the staff of the department.

Results: The results show that, given the limited possibilities of the Prison Service of the Czech Republic and the applicable legislation, clients receive certain professional and effective care in prisons. Nevertheless, there is a need for greater coordination between the various professions working together to create individual plans for drug users.

Conclusions From the conclusions of the diploma thesis and recommendations for further and more effective practice, it is clear that the service of specialized aftercare would be used in prisons, the so-called aftercare section, which could directly follow the professional care in the specialized section. However, in the current conditions, given the funding, premises and staffing, it is unrealistic to make this conclusion.

Keywords:

drug users, addiction treatment, professional approach, penitentiary care

Obsah

1. ÚVOD.....	1
2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	3
2.1. Standardy odborné způsobilosti	3
2.2. Matching	7
2.2.1. Definice.....	7
2.2.2. Diagnostika a standardizace.....	7
2.2.3. Indikace pro léčbu	8
2.2.4. Potřeby a potřebnost	9
2.3. Vězeňství České republiky.....	10
2.3.1. Výkon trestu odnětí svobody	10
2.3.2. Rizika a potřeby vězňených osob	12
2.3.3. Adiktologická péče ve VTOS	14
2.3.4. Věznice Bělušice	21
3. KLINICKÁ ČÁST	23
3.1. Výzkumné cíle a otázky	23
3.2. Etické náležitosti	24
3.3. Předmět kazuistické studie	25
3.4. Použité metody	26
3.5. Kazuistiky a analýzy kazuistik	27
Klient A.....	27
Klient B.....	40
4. DISKUZE A ZÁVĚR	56
6. POUŽITÁ LITERATURA	60
7. PŘÍLOHY	64

1. ÚVOD

Téma závěrečné diplomové práce „Specifické potřeby klientů ve výkonu trestu odnětí svobody“, pojaté jako kazuistiky, u kterých bych ráda demonstrovala možnosti a meze specifické adiktologické péče ve výkonu trestu odnětí svobody a poukázala na problematiku matchingu, která je mi blízká a provází mne nejen po dobu studia, ale také po dobu své krátké praxe ve službách, jsem si zvolila především z důvodu interakcí s klienty, kteří procházeli službami, aniž by byli odborníky posouzeni z komplexního hlediska a doporučení ke vhodné péči, která by odpovídala jejich aktuálním potřebám a možnostem.

Již několikrát jsem se setkala s klienty a jejich klíčovými pracovníky, kteří pracovali například s motivací na změně k úplné abstinenci, a klient přitom především řešil základní potřeby, jako byla potřeba střechy nad hlavou a obstarání si potravy.

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice matchingu v rámci léčebného procesu a zaměřovala jsem se na postupování klienta jednotlivými službami v terapeutickém kontinuu adiktologických služeb. Ráda bych v tématu a problematice, zaměřující se na vhodné párování potřeb v léčbě pokračovala i ve své diplomové práci a zaměřila se na možnosti a meze poskytované odborné péče klientům s adiktologickou problematikou za branami věznic, konkrétně ve věznici, ve které jsem měla příležitost pracovat dva roky jako adiktolog.

Penitenciární péče o klienty s adiktologickou problematikou je doposud nedostatečně diskutovaným tématem. Především pokud zdůrazníme, že značná část klientů, tedy uživatelů návykových látek (především nelegálních) má zkušenosti s výkonem trestu odnětí svobody. Není výjimkou, že i značná část našich klientů se s pravidelným užíváním nelegálních látek setkala až za zdmi věznic, kde si postupně budovali podmínky pro rozvoj své závislosti.

Skutečnost, že péči o uživatele nelegálních návykových látek ve vězení je nutné věnovat větší pozornost, potvrdila Vězeňská služba České republiky i tím, že v roce 2018, po úspěšném pilotním projektu ve Věznici Rýnovice, vytvořila i v dalších věznicích pozice pro adiktology.

Za dobu svého působení ve věznici jsem se měla možnost setkat s různým typem klientů. Cílová skupina byla dosti široká, přes experimentátory s návykovými látkami až po závislé klienty s výrazným rizikovým chováním, včetně klientů, potýkající se s nelátkovou závislostí. Pracovala jsem s klienty s různou mírou motivace. Většina klientů ambulanci navštěvovala „účelově“ (jak se ve věznici s oblibou používá), tedy za účelem navázání spolupráce, která se po čase promítne pozitivně v komplexní zprávě o klientovi, který bude mít větší šanci při žádosti o pracovní zařazení, změnu ubytovny, volnější režim či dokonce pozitivního hodnocení při přípravě na soudní jednání o podmíněném propuštění.

Vzhledem ke své profesi i účelové jednání vnímám jako formu určité motivace. Každý z nás přeci chce něčeho dosáhnout a kroky, které podnikáme k dosažení svých cílů, nás ovlivňují. Je pouze otázkou, zda je dokážeme využít ve svůj prospěch k osobnímu růstu, či nikoli...

Závěrečná diplomová práce se skládá ze dvou částí – části teoretické, která blíže seznamuje čtenáře s problematikou a teoretickými východisky, ukotvenými v odborné literatuře, a částí praktickou, jejímž obsahem jsou podrobné kazuistiky dvou klientů a demonstrování příkladů optimální a skutečné praxe.

Účast klientů v těchto kazuistických studiích byla zcela dobrovolná. Každý z klientů byl podrobně seznámen s účelem a cílem závěrečné diplomové práce a souhlasil s poskytnutím osobních údajů ze zdravotnické i nezdravotnické dokumentace. Klienti též byli obeznámeni s faktem, že získané osobní informace budou zpracovány a publikovány tak, aby jejich anonymita byla zcela zajištěna a bylo tak zabráněno zneužití těchto informací a poškození všech zúčastněných osob.

Informovaný souhlas s využitím osobních informací, získaných studiem dokumentace zdravotnického i nezdravotnického charakteru, pro účely zpracování závěrečné diplomové práce, který podepisovali účastníci kazuistických studií je též přílohou této práce.

2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Diplomovou práci můžeme teoreticky ukotvit v několika rovinách. Jedna spočívá v podstatě u samotného stěžejního tématu, kterým je právě matching, neboli párování potřeb s vhodným typem péče pro individuálního klienta, což je stále aktuálním tématem nejen v adiktologických službách. Pod tímto pojmem se skrývá nejen diagnostika a standardizace, vhodná indikace, ale také termíny jako je potřeba a potřebnost. Teoretická část také přináší stručný přehled o legislativním ukotvení a adiktologických službách v těchto zařízeních.

2.1. Standardy odborné způsobilosti

„Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby jsou minimálními požadavky na odbornou způsobilost služeb a programů. Certifikace či akreditace využívající tohoto typu standardů je výrazem záruky státu ve spolupráci s odbornými společnostmi, že služby jsou dostupné místně, finančně, že jejich praxe odpovídá mezinárodně uznávaným standardům odborné způsobilosti, která představuje širší pojetí kvality – jsou kvalifikovaně personálně zajištěny, řídí se platnými právními normami, procedury odpovídají nastaveným organizačním parametrům, dokumentace je vedena s ohledem na legislativní, etické i praktické požadavky, je zajištěno bezpečí, práva pacientů i pracovníků apod. Nejedná se o standardy jednotlivých metod nebo postupů odvozených od případů či diagnózy“ (Libra a kol., 2015).

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické služby jsou rozděleny na obecné standardy odborné způsobilosti a speciální standardy odborné způsobilosti. Obecné standardy odborné způsobilosti popisují minimální požadavky všech typů služeb v České republice. Tyto obecné standardy jsou dle Standardů odborné způsobilosti (2015) členěny do sedmi dílčích oddílů:

1. Charakteristika služby a práva pacientů/klientů
2. Personální práce a zajištění odbornosti služby
3. Vstup pacienta/klienta do služby
4. Zásady poskytování služby, individuální plán, vedení dokumentace a ukončení služby
5. Organizační aspekty, finance, vnější vztahy a návaznost služby
6. Prostředí, mimořádné události a nouzové situace
7. Hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby

Následující podkapitoly se věnují detailněji oddílům **obecných standardů**.

1. Charakteristika služby a práva pacientů/klientů

První oddíl se zabývá vymezením cílové skupiny a posláním dané služby, cílem poskytovaných služeb, přístupností a dostupností poskytované péče.

Poskytovaná péče musí být v souladu s odbornými a humanistickými principy, při kterých jsou respektována a zajištěna práva klientů, taktéž efektivně brání zneužití moci a porušování práv. Své poslání, cíle, zásady poskytování služeb a cílová skupina musí být u každé odborné služby písemně definována. Odborné služby poskytované v daném zařízení jsou dle svých cílů a poslání přístupné potenciálním klientům mimo jiné bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství, společenské postavení a zdravotní stav (Libra a kol., 2015).

2. Personální práce a zajištění odbornosti služby

Druhý oddíl popisuje výběr a další vzdělávání pracovníků vzhledem k odbornosti služby a potřebami uživatelů služeb. Veškerá odborná praxe odpovídá platným právním normám, včetně povinnosti pracovníků, řídit se ve své praxi etickým kodexem (Libra a kol., 2015).

3. Vstup klienta do služby

Tento třetí oddíl obecných standardů odborné způsobilosti popisuje jednání zařízení se zájemcem o službu, příjem nového klienta do odborné péče a uzavření dohody o poskytování odborné péče.

Každé zařízení, poskytující odborné adiktologické služby, má stanovené podmínky a způsoby pro vstup, průběh i ukončení odborné péče. Při přijímání nových klientů do terapeutického programu jsou pracovníci zařízení povinni seznámit zájemce o službu s kritérii a způsobem poskytování odborné péče, zhodnotit celkový stav a aktuální potřeby klienta a posléze s ním uzavřít ústní či písemnou dohodu o poskytování služby (Libra a kol., 2015).

Dle Standardů odborné způsobilosti (2015) je cílem těchto postupů především seznámit klienta srozumitelnou formou s daným typem a formou nabízené služby, aby se klient mohl rozhodnout vzhledem ke svým aktuálním potřebám a možností, zda službu využije, či nikoli.

Sestavení individuálního terapeutického a léčebného plánu předchází komplexní zhodnocení stavu klienta včetně somatických, psychologických a psychiatrických komplikací i sociálního stavu. Míra a komplexnost vyšetření a zhodnocení klienta závisí na kompetencích a možnostech každého typu zařízení. Na sestavení plánu poskytování odborné péče by se měl zájemce o službu sám podílet a poskytovatel odborné služby by měl brát zřetel na klientovi aktuální možnosti, zájmy a především potřeby (Libra a kol., 2015).

4. Individuální plán

Čtvrtý oddíl zachycuje zásady poskytování odborné adiktologické služby, a především stanovení individuálního plánu odborné péče.

Stanovení vhodné léčby klienta předchází zhodnocení fyzického a psychického zdravotního stavu, sociální situace i zhodnocení stupně závislosti s typem a rozsahem užívání návykové látky. Stanovená léčba by měla odpovídat individuálním a aktuálním potřebám klienta a vést ho k optimální kvalitě života (Libra a kol., 2015).

Standardy odborné způsobilosti (2015) uvádí, že ve stanoveném individuálním plánu odborné péče je obsažen cíl, kterého by klient chtěl prostřednictvím odborné služby dosáhnout. Individuální plán je přizpůsoben možnostem klienta a odráží jeho aktuální potřeby. Odborný program se snaží vést klienta k realizování stanovených cílů. Individuální plán odborné péče je též v trvání programu aktualizován. Průběžně se též hodnotí realizace stanovených cílů vzhledem k aktuálním možnostem klienta.

5. Návaznost služby

Pátý z oddílů udává organizační aspekty odborných programů. Odborné služby by měli pracovat na rozvoji a udržování vztahů mezi ostatními poskytovateli odborných služeb. Každý program by měl mít ucelené informace o poskytování odborné péče v jiných zařízeních ve svém okolí a aktivně se podílet na budování vztahů v souvislosti se zachováním kontinuity léčebného procesu jednotlivých klientů. Tyto vzájemné vztahy by měli dopomoci k tomu, aby byla klientovi poskytnuta kompletní péče, která je pro něj vzhledem k jeho aktuálním potřebám nezbytná (Libra a kol., 2015).

6. Prostředí, mimořádné události a nouzové situace

Další z oddílů standardů odborné způsobilosti (2015) uvádí, že materiální a technické zázemí je v souladu s kapacitou služby a potřebami klientů. Taktéž nouzové situace a mimořádné události jsou řešeny dle stanovených postupů a jsou činěna opatření k jejich minimalizaci.

7. Hodnocení kvality, bezpečí a efektivity služby

Poslední oddíl obecných standardů udává, že odborné služby by měly být poskytovány klientům kvalitně a efektivně a měly by být též nakloněny dalšímu zkvalitňování odborné péče. Písemně ukotvená kritéria hodnocení kvality jsou nástrojem služby, jak jednou ročně provádět hodnocení kvality, naplnění poslání a cílů (Libra a kol., 2015).

Speciální standardy odborné způsobilosti charakterizují a popisují typy služeb a programů v České republice. Všech deset typů služeb a programů jsou ve standardech odborné způsobilosti zachyceny v souvislosti se svou cílovou populací a popisem poskytované odborné péče.

Dle Standardů odborné způsobilosti (2015) jsou typy odborné léčebné péče členěny takto:

1. Detoxifikace
2. Terénní programy
3. Kontaktní a poradenské služby
4. Ambulantní léčba
5. Ambulantní stacionární péče
6. Krátkodobá a střednědobá lůžková péče
7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách
8. Doléčovací programy
9. Substituční léčba
10. Adiktologické služby ve vězení

Adiktologické služby ve vězení jsou poskytovány jako služby v oblasti prevence recidivy, jak drogové, tak kriminální a léčby závislostí. Tyto služby se snaží poskytovat dostatečnou péči dle svých možností a aktuálních potřeb jednotlivých klientů. Adiktologické služby se v jednotlivých věznicích liší. Některé věznice poskytují substituční léčbu, jiné harm reduction terapie či poradensko-terapeutické programy. Délka léčby a frekvence kontaktu je individuálního charakteru. Důvěra klientů k jednotlivým pracovníkům v adiktologických službách ve věznicích je postavena na civilních pracovnících a externistech. Přesto jsou tyto služby poskytovány za spolupráce vězeňské služby (Libra a kol., 2015).

2.2. Matching

2.2.1. Definice

„Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem matching“ (Nešpor, 2003).

Termínem matching v adiktologii rozumíme párování akutních a individuálních potřeb pacienta/klienta s vhodným typem péče. Dle Wachtela (2000) je nezbytné vhodně určit intervenci s ohledem na typ klienta, jeho problém a zakázku. Dle stavu a aktuálních možností pacienta/klienta hledáme vhodný typ léčby.

Nalézt vhodnou odbornou péči usnadňuje i stanovení správné diagnózy. Je ale zcela nezbytné pohlížet na potřeby klienta z různých úhlů. Krom samotné diagnózy jsou dalšími kritérii pro nalezení vhodného typu péče například vnější vlivy – prostředí, ve kterém se klient pohybuje, socioekonomická situace, trestně právní odpovědnost, psychický a zdravotní stav, či míra motivace. Při hledání nejvhodnější péče pro klienta musíme uvážit široké spektrum okolností (Nešpor, 2003).

2.2.2. Diagnostika a standardizace

Co nejpřesnější diagnostika nám slouží k zařazení klienta do vhodného typu léčby, ale také nám usnadňuje přenos informací o klientovi mezi jednotlivými pracovišti za pomoci standardizovaných diagnostických nástrojů. Standardizace léčebných postupů by nemohla existovat bez diagnostiky. Například, pokud bychom hodnotili efektivitu určité léčby, museli bychom znát správnou diagnózu klientů. Přesná diagnostika je zvláště důležitá při vědeckých výzkumech, kde je nezbytné znát podrobnou charakteristiku zkoumaných respondentů (Nešpor, 2003).

Dle Nešpora (2000) je při diagnostice užitečné porovnání informací od pacienta/klienta a také jeho okolí, abychom zabránili určení nesprávné diagnózy. Příčina může být jak popírání problému či zkreslování faktických informací například kvůli strachu ze stigmatizace.

Při diagnostice vycházíme především z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kde se diagnostická kritéria „*Duševních poruch a poruch chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek*“ označují skupinou F10 – F19 dle toho, o jakou psychoaktivní látku se jedná. Dále se také kóduje typ poruchy, například F10.1 označuje poruchu vyvolanou účinkem alkoholu (F10.x) a jeho škodlivé užívání (F1x.1).

2.2.3. Indikace pro léčbu

Dle Kaliny (2003) hodnotíme kritéria indikací k jednotlivým typům léčby dle důležitých a předem určených parametrů. Zaměříme se především na:

- *Potenciálu pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky*, kdy je při nulovém potenciálu pro případ z odnětí drogy nejvhodnější indikací ambulantní péče. Naopak při velkém potenciálu pro příznaky z odnětí drogy je nejvhodnějším řešením intenzivní ústavní léčba řízená lékařem.

- *Biomedicínské stavy nebo komplikace*, kdy je nutné zhodnotit, zda klientův zdravotní stav umožňuje účast v některých typech programů. Pokud je klient bez vážných zdravotních komplikací, které by nenarušovaly léčbu, nejvhodnějším typem programu může být i intenzivní ambulantní léčba.

- *Emocionální a behaviorální stavy a komplikace*, kdy může při psychologické a psychiatrické nestabilitě docházet ke snížení schopnosti léčbu plně absolvovat, či se do ní alespoň efektivně zapojit. Pokud u klienta pozorujeme zmiňované komplikace a je zapotřebí zvážit spíše strukturovaný celodenního program, nejvhodnějším typem léčby by poté tedy mohla být intenzivní ústavní péče.

- *Akceptování nebo odpor k léčbě*, kdy hodnotíme míru motivace pacienta/klienta k léčbě a ochotu jeho spolupráce. Pokud pozorujeme problémy v tomto ohledu a hodnotíme je jako značné, které mohou klientovi znemožnit zapojení se do programu, je zapotřebí intenzivní práce s motivací ve strukturovaném programu.

- *Potenciál pro relaps*, při kterém musíme brát v úvahu schopnost realizaci cílů, míru rizika porušení abstinence a nutnost potřeby chráněného prostředí. Pokud zhodnotíme, že je klient schopen abstinovat, vhodnou intervencí může být i ambulantní léčba s minimální kontrolou.

- *Vztah okolí k léčbě*, kde hodnotíme jak rodinné prostředí, tak i partnerské vztahy a okruh blízkých přátel, kteří mají na klienta nějaký vliv. Pokud usoudíme, že sociální prostředí není pro klienta rizikové, či pokud má v léčbě od blízkých podporu, ambulantní péče je pro klienta dostačující a vhodná. Naopak pokud je situace okolí vzhledem k léčbě nepřátelská a klient není schopen zvládnout situaci v tomto ohledu sám, uvažujeme spíše o intenzivní ústavní léčbě se strukturovaným programem, podporou a v bezpečném prostředí.

2.2.4. Potřeby a potřebnost

Základem pro ideální nastavení odborné péče a intervencí je zjišťování a vyhodnocování potřeb dané cílové skupiny. Tomuto procesu obecně říkáme *needs assessment*, který chápe potřebu jako rozdíl mezi současným stavem a stavem, kterého má být dosaženo. Pokud získáme představu o tomto rozdílu, můžeme minimalizovat rizika využití neefektivních či nevhodných intervencí (Watkins, 2012).

Dle Kavalíra (2006) je proces identifikování potřeb ovlivněn také znalostmi, postoji a hodnotami toho, kdo je formuluje.

V kontextu sociálních služeb Bradshaw (1972) formuloval a rozlišil 4 typy potřeb, jako normativní, pociťované, vyjádřené a komparativní. Normativní potřeby jsou definované ve vztahu ke specifickým standardům a například k poskytovateli služeb. Systematicky zohledňují informace z různých zdrojů. Rizikem tohoto typu je možné odrážení hodnot toho, co je interpretuje. Pociťované potřeby jsou vyřčené cílovou skupinou na základě dotazování, ale nemusí být nutně vyjádřené. Jsou zachyceny subjektivní pocity a bývají málo zkreslené, přesto je zde riziko při interpretaci spíše ideálního přání nežli aktuální potřeby, či naopak odmítání nabízené pomoci (Kavalír, 2006).

Vyjádřené neboli pociťované potřeby můžeme zachytit z jednání klientů. Jedná se o konkrétní poptávku po určitém typu intervence či služby, která již existuje (Bradshaw 1972).

2.3. Vězeňství České republiky

„Vězeňská služba je státní ozbrojený bezpečnostní sbor zajišťující výkon vazby, výkon trestu odnětí svobody i ochranu pořádku a bezpečnost“ VSČR(2022). V České republice je v současné době zřízeno celkem 35 věznic, z toho 10 věznic vazebních. Dle informací z Generálního ředitelství VS ČR (2022) bylo ve všech věznicích ke dni 28. 3. 2022 umístěno celkem 19 438 vězňených osob.

Hlavním úkolem Vězeňské služby ČR je dle deklarace výchovné působení na odsouzeného pachatele TČ, které by mělo vést k pozitivním změnám v jeho chování a zdárnému navrácení do společnosti.

2.3.1. Výkon trestu odnětí svobody

Výkon trestu odnětí svobody, dále jen VTOS je podmíněný trestním řízením u soudu a ukládá se pachateli za spáchaný trestný čin, dále jen TČ (Zákon č. 169/1999 Sb.). Výši trestu a trestní sazbu určuje zákon č. 40/2009 Sb., avšak soud rozhodne o konečné výši trestu.

Dle platného zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody je definováno, že *„účelem výkonu trestu odnětí svobody je prostředky stanovenými tímto zákonem působit na odsouzené tak, aby snižovali nebezpečí recidivy svého kriminálního chování a vedli po propuštění soběstačný život v souladu se zákonem, chránit společnost před pachateli trestných činů a zabránit jim v dalším páchání trestné činnosti“* (§ 1).

Účelem VTOS je tedy náprava odsouzené osoby, tak aby se v budoucnu již nedopouštěla stejné, nebo jiné trestné činnosti, začlenění zpět do společnosti, tak aby mohla tato osoba vést soběstačný a spořádaný život. Hlavní zásady VTOS jsou respektování důstojnosti odsouzeného a zbavení svobody. Musí být zachováno jak fyzické, tak duševní zdraví, musí být kladen důraz na dovednosti, které odsouzeným usnadní návrat do společnosti (zákon č. 169/1999 Sb.).

Existují 4 typy trestů odnětí svobody:

1. Nepodmíněný trest odnětí svobody
2. Podmíněný trest odnětí svobody
3. Podmíněné odsouzení k trestu odnětí svobody s dohledem
4. Výjimečný trest

Výjimečný trest soud stanoví nad patnáct až do dvaceti pěti let, nebo trest odnětí svobody na doživotí (Zákon č. 40/2009 Sb.).

Parlament České republiky usnesl obecná ustanovení v zákoně 169/1999 Sb. Tato ustanovení se týkají právní úpravy o VTOS. Mimo jiné tento zákon stanovuje práva a

povinnosti odsouzených ohledně rizikového chování a nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Tomuto tématu věnuje pozornost §28 odstavec 2 (g), (n) a odstavec 3 (b), (c), (e) zákona č. 169/1999 Sb.

Od roku 2017 koncepce vězeňského systému člení typy věznic na:

a) věznice s ostrahou

- s nízkým stupněm zabezpečení
- se středním stupněm zabezpečení
- s vysokým stupněm zabezpečení

b) věznice se zvýšenou ostrahou (Zákon č. 58/2017 Sb. §12 a)

Mapa organizačních jednotek Vězeňské služby (Statistická ročenka VSČR, 2021)



V jedné věznici mohou být zřízena oddělení různých typů, nesmí tím být ohrožen účel výkonu trestu. Do věznic se zvýšenou ostrahou jsou zařazeni doživotně odsouzení pachatelé, pachatelé odsouzení za zvláště závažné TČ, pachatelé s výjimečným trestem, členové organizovaných zločineckých skupin, pachatelé s minimálně osmiletým trestem odnětí svobody a vězni, kteří uprchli z vazby nebo z výkonu trestu. (vyhláška č. 279/2017 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody).

2.3.2. Rizika a potřeby vězňených osob

Díky novele trestního zákoníku (Zákon č. 58/2017), mohla Vězeňská služba České republiky rozdělit jednotlivé odsouzené pachatele ve věznici s ostrahou po celkovém prozkoumání vnějších a vnitřních rizik do jednotlivých stupňů zabezpečení. Proces zahrnuje zhodnocení rizik vyplývajících z délky stanoveného trestu (aktuálního, nebo i nově uloženého) a druhu trestné činnosti.

Dále jsou též posuzována rizika spojená s osobností odsouzeného jedince a dosavadní způsob jeho života. O zařazení do konkrétního stupně zabezpečení rozhoduje ředitel věznice na základě návrhu odborné komise. Možnost přeřazení odsouzeného do nižšího stupně zabezpečení zpracovává odborná komise (složená ze zaměstnanců vězeňské služby dané věznice) na základě přístupu odsouzeného k plnění jeho povinností. Právě dodržování vězeňských pravidel je pro odbornou komisi stěžejním indikátorem pro přeřazení do nižšího stupně zabezpečení.

Možnost přeřazení do nižšího stupně zabezpečení může motivovat odsouzené k dobrému chování a aktivnímu přístupu k plnění všech povinností a témat programu zacházení.

Dle Draheho (2018) je hlavním diagnostickým nástrojem při zařazování odsouzeného do příslušného stupně zabezpečení je nástroj SARPO (Souhrnná Analýza Rizik a Potřeb Odsouzeného), na základě, kterého se poté tvoří komplexní zpráva, předkládaná odborné komisi. V systému SARPO je zachycena nejen kompletní trestněprávní kariéra včetně (dle SARPO podstatného) údaje o věku prvního odsouzení posuzovaného jedince, ale také jsou zde zachyceny jednotlivé „rizikové oblasti“, které mohou s trestnou činností přímo souviset. Systém SARPO rozlišuje dynamické a statické faktory. Dynamické faktory jsou na rozdíl od statických přístupny změnám a může je v budoucnu chování odsouzeného jedince ovlivnit. Mezi dynamické faktory řadí tvůrci tohoto diagnostického nástroje především oblast bydlení, zaměstnání, finance, rodina a sociální vztahy, vzdělání a výchova, závislosti, osobnostní charakteristiky a chování.

Tento nástroj sám vyhodnocuje míru rizik a protektivních faktorů v jednotlivých oblastech. Tento diagnostický nástroj též připouští i subjektivní hodnocení odsouzeného, které by se mělo též promítnout v komplexní závěrečné zprávě. Zpracovatel (většinou speciální pedagog) může při tvorbě komplexní zprávy doplnit subjektivní hodnocení míry rizik a míru motivace ke změně odsouzeného, která může ovlivnit hodnocení vzniklé na základě hodnotícího systému SARPO (Drahý et al., 2018).

Zajímavostí tohoto nástroje je jeho schopnost predikce pravděpodobnosti selhání a recidivy. Nutné je však zdůraznit, že nástroj SARPO není a nemůže být náhradou např. standardizovaných psychologických diagnostických metody ...

Komplexní závěrečná zpráva slouží nejen ke stanovení zařazení odsouzeného do příslušného stupně zabezpečení, ale na jejím základě a vplynulých rizikových faktorů také ke stanovení individuálního programu zacházení, jehož cíle je minimalizace rizik a recidivy trestné činnosti (Drahý et al., 2018).

Vyhláška č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody, rozlišuje programy zacházení na aktivity pracovní, vzdělávací, speciálně výchovné, zájmové a na oblast utváření vnějších vztahů. Jedná se tedy o jakýsi individuální osobní plán odsouzeného se stanovenými aktivitami, které redukuje rizikové faktory a tím snižuje pravděpodobnost recidivy. *„Program zacházení obsahuje konkrétně formulovaný cíl působení na odsouzeného, metody zacházení s odsouzeným směřující k dosažení cíle a způsob a četnost hodnocení.“*¹³ (Zákon č. 169/1999 Sb.). Takový stanovený program se poté pro odsouzeného stává závazným a je povinen ho plnit.

Každá věznice má různou nabídku aktivit ve všech rizikových oblastech. Každou jednotlivou aktivitu vede a řídí civilní pracovník, např. vychovatel, speciální pedagog, terapeut, sociální pracovník, psycholog či kaplan (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015).

Dalším stěžejním dokumentem a do jisté míry i nástrojem VS ČR je „Koncepce vězeňství do roku 2025“. Koncepce vězeňství do roku 2025 utváří globální cíl a to *„Vytvořit dobře fungující, efektivní, mezinárodní standardy dodržující vězeňství propojené s prevencí kriminality, postpenitenciární péčí, sociální sférou a vzdělávacím systémem a směřující k reintegraci pachatelů trestné činnosti do společnosti.“* (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015).

Tento dokument se věnuje devíti zásadním tématům, kterým je dle předešlých koncepcí a jejich výsledků zapotřebí věnovat pozornost. Jedná se o témata, jako jsou: Zaměstnávání odsouzených, zdravotnictví ve vězeňství, vzdělávání odsouzených, programy zacházení a systém SARPO, legislativní změny, problematika drog a jiných návykových látek, financování, resocializace a kontinuita v postpenitenciární péči a v neposlední řadě též bezpečnost ve vězeňství.

Koncepce vězeňství do roku 2025 (2015) specifikuje u každého tématu cíle a definuje nástroje k dosažení těchto cílů. Například v oblasti drogové problematiky je jedním z hlavních cílů vytvořit a aplikovat účinný a kontinuální standardizovaný systém odborné péče pro uživatele návykových látek a minimalizovat rizika recidivy. Dalším cílem je co nejvýrazněji omezit průnik nelegálních návykových látek do vězeňského prostředí a potlačit tak jejich užívání a tím i páchaní trestné činnosti. Nástrojem pro naplnění stanovených cílů má být kromě intenzivnějšího testování odsouzených na přítomnost návykových látek v těle a vymáhání odpovědnosti za zneužívání těchto látek, také zajištění kontinuity terapeutického kontinua adiktologických služeb. Jedním z těchto nástrojů bylo právě vytvoření a zařazení do praxe pozice pro adiktologa (po pilotním programu ve věznici Rýnovice) a to v roce 2018.

2.3.3. Adiktologická péče ve VTOS

I v roce 2021 se VS ČR v oblasti realizace protidrogové politiky opět řídila „Plánem činnosti VS ČR v protidrogové politice na období 2020 až 2021“. Dále se protidrogová politika VSČR řídila aktuálním akčním plánem „Koncepce vězeňství do roku 2025“. Podíl problémových uživatelů drog na celkové populaci vězňů je dle výroční zprávy VS ČR (2021) stále vysoký a to zhruba 30 %.

Jak uvádí Miovský (2013), adiktologické služby jsou v českém vězeňství zacílené na změnu životního stylu a prevenci recidivy kriminální i drogové. Tato péče má statut zdravotních i sociálních služeb a cílovou populaci tvoří jak motivovaní k abstinenci, tak i nemotivovaní jedinci. Jedná se jak o osoby experimentující, tak i o problémové uživatele či hazardní hráče.

Specifika práce s uživateli návykových látek ve výkonu trestu odnětí svobody obnáší jak pohled samotného oboru adiktologie, tak i trestního práva, což v praxi může znamenat komplikace ve smyslu účinného i systémového řešení (Gabrhelíková in Kalina, 2015).

Adiktologická péče, konkrétně tedy prevence i léčba je ve vězeňství v České republice dle NMS (2022) realizována většinou v rámci poradny drogové prevence, bezdrogových zón se standardním a terapeutickým zacházením, specializovaných oddílech (ochranné léčení), specializovaných oddílech pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek (dobrovolné). Většina věznic také spolupracuje s externími pracovníky, tedy neziskovými organizacemi, kteří poskytují adiktologické služby. Tento efekt externisty, je přínosný a účinný právě díky tomu, že odsouzení více důvěřují pracovníkům, kteří nejsou součástí vězeňského systému (Miovský et al., 2013).

Poskytování adiktologických služeb bylo však v předchozích letech výrazně omezeno, kvůli pandemii COVID-19 a následnými opatřeními vězeňské služby, a to například tak, že po část roku byl znemožněn vstup do věznic pracovníkům NNO (Chomynová, 2022).

Pro doplnění adiktologických služeb a zajištění účinnějšího a kontinuálního systému odborné adiktologické péče byla ve věznicích zřízena (v rámci Koncepce vězeňství do roku 2025) zdravotnická pozice pro adiktologa. Již od roku 2016 působil adiktolog v rámci pilotní studie na oddílu pro ochranné léčení v Rýnovicích a od roku 2018 byla v dalších 12 ti věznicích zřízena pozice pro adiktologa na zdravotním středisku (Mravčík et al., 2019). Dle výroční zprávy VSČR (2021) poskytovalo v roce 2021 odbornou adiktologickou péči celkem v 11 věznicích 13 adiktologů.

Koncepce vězeňství do roku 2025 (2015) uvádí, že protidrogová politika se v českých věznicích realizuje především dle NGR č. 36/2010.

Poradna drogové prevence

Činnosti poradny drogové prevence se řídí částí druhou NGR č. 36/2010 a vesměs spočívají v koordinaci a realizaci protidrogové politiky v dané věznici. Za pomoci interdisciplinárních odborných služeb se snaží řešit problémy spojené s užíváním návykových látek či hraním hazardních her a kriminalitou vězněných osob. Poradny poskytují soubor různých adiktologických služeb a aktivit v dané věznici s ohledem na individuální potřeby daného jedince (Koncepce vězeňství do roku 2025, 2016). Služby, které poskytují poradny drogové prevence, se v každé věznici liší. Záleží na kapacitě odborného personálu a jejich zaměření a specializaci věznice. Poradny drogové prevence ve všech věznicích ale poskytují minimálně individuální poradenství a informační servis. Personální obsazení poradny je většinou složeno z odborníků, jako je psycholog, sociální pracovník, vychovatel-terapeut, speciální pedagog a zdravotník (VSČR, 2020).

Cílovou skupinou poraden jsou osoby ve výkonu vazby či trestu odnětí svobody, u kterých při vstupním šetření byly vykázány znaky zvýšeného, či vysoce rizikové chování, čímž se rozumí užívání návykových látek či hraní hazardních her (zejména v posledních 12 měsících před uvězněním). Mezi specifické cíle této poradny a dílčích aktivit a adiktologických služeb, které pod poradnu drogové prevence spadají, či je odborníci z poradny jsou schopni zprostředkovat patří především „nakontaktování“ osob z cílové skupiny a předání informací o možné a nabízené péči, zajištění kontinuity v adiktologické péči, motivace ke změně životního stylu, zamezení v prohlubování adiktologické problematiky a dosažení změny v oblasti rizikového chování (Fidesová et al., 2016).

Dle NMS (2022) využívá služeb poradny drogové prevence ročně zhruba 12 tisíc odsouzených, přičemž zhruba 83 % z nich tvoří přímo uživatelé nelegálních drog.

Bezdrogové zóny

Bezdrogové zóny jsou v rámci českého vězeňství legislativně řešeny částí třetí NGR č. 36/2010. Jedná se o samostatná oddělení věznic, buď se standardním, či také s terapeutickým zacházením. Tato oddělení byla ve věznicích zřízena s cílem vytvoření co „nejbezpečnějšího bezdrogového“ prostředí a zabránění či alespoň omezení kontaktu odsouzeného s drogou, což by mělo napomáhat snížení zdravotních a sociálních dopadů užívání nelegálních návykových látek (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015).

Do bezdrogových zón se standardním zacházením se mohou dostat odsouzení, kteří například nepáchali primárně drogovou trestnou činnost, či neužili během výkonu trestu (nelegálně) návykovou látku. Bezdrogové zóny s terapeutickým působením mají na rozdíl od zón se standardním zacházením kromě pomyslného bezdrogového působení i specifický motivační, psychologický a pedagogický přístup s intenzivními terapeutickými aktivitami s cílem motivovat odsouzeného ke změně životního stylu. Do zón

s terapeutickým zacházením jsou umístováni pouze uživatelé návykových látek (Vavrušová, 2014).

Takzvané bezdrogové zóny se standartním zacházením jsou zřízeny ve všech 35 věznicích, přičemž zóny s terapeutickým působením poskytují prozatím pouze 3 věznice a to Znojmo, Vinařice a Příbram (Mravčík et al., 2020).

Mezi další zónou bez návykových látek můžeme zařadit i takzvanou nekuřáckou zónu. Nekuřácké zóny byly zřízeny v roce 2019 jako pilotní projekt. Tohoto projektu se účastnily 3 věznice. Na tento oddíl mohli být ubytovaní odsouzení nekuřáci, či kuřáci, kteří abstínují. „*Na nekuřácké zóny bylo v průběhu r. 2019 zařazeno 108 vězňů, z nich nejčastěji bývalí kuřáci (45 %) a nekuřáci (41 %)*“. (Mravčík et al., 2020).

Specializované oddíly

Specializované oddíly v českém vězeňství dělíme na následující typy:

- Specializovaný oddíl s ochranným léčením (soudně nařízená léčba)
- Specializovaný oddíl pro výkon trestu odsouzených s poruchou chování, způsobenou užíváním návykových látek (dobrovolná léčba)

Léčbu závislosti zle dle Souhrnné zprávy o závislostech (2022), absolvovat během VTOS na specializovaných oddílech ve 14 věznicích, z toho v 11 věznicích dobrovolně.

- Specializovaný oddíl s ochranným léčením

Ochranné léčení může odsouzený vykonat/absolvovat formou ústavní či ambulantní. Záleží vždy na základě pravomocného rozhodnutí soudu. Dle § 83 zákona č. 373/2011 Sb. (Zákon o specifických zdravotních službách) může odsouzený vykonat ochranné léčení v rámci VTOS. (Schubertová, 2020).

Soudem nařízené ochranné léčení bylo ještě v roce 2020 možno absolvovat na 4 specializovaných oddílech ve 3 věznicích (Mravčík et al., 2021).

Od roku 2021 ale vězeňská služba ČR reagovala na společenskou potřebu posílit kapacitu pro péči v soudem nařízeném ochranném léčení a „*revitalizovala specializovaný oddíl ochranného léčení protialkoholního ve Věznici Heřmanice, a to k 1. dubnu 2021*“ (VSČR 2022). Stávající kapacita se tak rozmohla o dalších třicet míst v adiktologické péči poskytované v českém vězeňství. Dle výroční zprávy VSČR (2022) vězeňská služba počítá s dalším nárůstem kapacity pro poskytování péče ochranného léčení i v roce 2022 a to plánováním a výstavbou nového specializovaného oddílu ve věznici Ostrov.

Jak je již zmíněno výše, specializované oddíly s ochranným léčením (protitoxikomanským a protialkoholním) jsou zřízeny za účelem vykonání soudně nařízené

léčby v rámci výkonu trestu odnětí svobody. Bohužel ne každý odsouzený, který má soudně nařízené ochranné léčení, může absolvovat léčbu v rámci VTOS. Přijetí na tento specializovaný oddíl podmiňuje délka trestu odnětí svobody, míra motivace odsouzeného k léčbě spolu s dalšími faktory, které mají vliv na přínos léčení, a také samozřejmě i kapacita a dostupnost oddílů (Bolková, 2019).

V rámci ochranného léčení na specializovaném oddíle jsou pod záštitou vězeňské služby ČR uplatňovány psychologické, pedagogické a terapeutické přístupy, které by měli motivovat odsouzeného ke změně životního stylu. Dostupná je zde i kvalifikovaná zdravotní péče zajišťovaná pracovníky vězeňské služby. V rámci léčení absolvuje odsouzený minimálně 21 hodin terapeuticko – výchovných aktivit týdně, zaměřených na získávání sociálních dovedností, podporu v motivaci ke změně, změnu postojů k návykové látce, prevenci relapsu a podobně... (§ 27 NGR č. 36/2010)

- Specializovaný oddíl pro výkon trestu odsouzených s poruchou chování, způsobenou užíváním návykových látek

Tyto specializované oddíly poskytují v rámci VTOS intenzivnější terapeutické programy a intervence pro uživatele návykových látek na principu dobrovolnosti, přesto se umístěný odsouzený musí zapojit do aktivit tohoto oddílu (Bolková, 2019).

O umístění odsouzeného na specializovaný oddíl rozhoduje tým pracovníků vězeňské služby právě z tohoto oddílu na základě žádosti odsouzeného a individuálního pohovoru. Většinou se jedná o profese, jako psycholog, terapeut, sociální pracovník a speciální pedagog. Důležitým kritériem je také délka trestu, motivace ke změně a opět kapacita a dostupnost specializovaných oddílů. V rámci oddělení s terapeutickým zacházením na bázi dobrovolného léčení jsou intervence jako: prevence relapsu, edukativní program, poradenství, skupinové terapie, individuální terapie, zajištění následné péče apod... (§ 21 NGR č. 36/2014).

Substituční léčba

Substituční léčba je dle § 30 NGR č. 36/2010 považována za „zvláštní“ formu terapeutického zacházení a její realizace se řídí vnitřními předpisy (Metodickým listem ředitele odboru zdravotnické služby č. 8/2006).

Pro odsouzené, kteří se potýkají se závislostí na opiátech, je umožněna substituční terapie formou opioidních agonistů, jako je například metadon, či buprenorfin, což jsou látky, předepisované pod lékařským dohledem. Substituční léčba je v mnoha zemích ve věznicích dostupná a je vnímána jako přínosná z hlediska zamezení šíření infekčních nemocí (HIV, VHC...) (WHO, 2014).

Substituční léčbu má v současnosti povolení poskytovat 10 věznic, z toho pouze 5 věznic roce 2019 substituci opravdu poskytovalo (Zbylé věznice substituční léčbu neprováděly) (Mravčík et al., 2020).

Podmínkou, k udělení substituční léčby ve věznici je již započatá substituční léčba před vazbou, či nástupem do VTOS. Substituční látkou, dostupnou ve věznicích je pouze metadon. (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2015) Či tomu alespoň tak bylo do roku 2019, kdy v dubnu 2019 ve dvou věznicích (Praha – Pankrác a Brno) byl zahájen pilotní projekt, v rámci kterého je možné zahájit substituční léčbu až ve věznici po nástupu k VTOS. Do tohoto projektu ale byly zařazeny pouze jen dvě osoby. (Mravčík et.al., 2020)

Odsouzení, kteří před nástupem k VTOS užívaly jako substituční látku buprenorfin, mohou v užívané léčbě pokračovat i ve vězení, musí si však substituční preparáty hradit sami (Mravčík et al., 2020).

Deoxifikace

Dle WHO (2014) je důležitý i přístup k detoxifikaci po nástupu do vězení, vzhledem k možné intoxikaci odsouzeného či stavům, které provází syndrom z odnětí drogy. Ať už se jedná o zdravotní komplikace, či psychické následky.

V roce 2019 prováděli detoxifikaci pouze dvě věznice, což je o čtyři méně, než v roce 2018. Pro takzvané „zklidnění“ odsouzených, kteří se potýkají s nepříznivými odvykacími stavy, se ve věznicích využívají krizové oddíly, v nichž nalezneme individuální cely. V roce 2019 na tyto cely vězeňská služba umístila 24 osob (Mravčík et al., 2020).

Spolupráce s nestátní neziskovou organizací (NNO)

Nestátní neziskové organizace ve věznicích poskytují služby preventivního i léčebného charakteru. Právě tyto služby, zajišťované externími pracovníky, hrají důležitou a dnes již nepostradatelnou roli na poli adiktologické péče ve VTOS (Schubertová, 2020).

Jak je již zmíněno výše, externí pracovníci ve vězeňství mohou v klientech vzbudit daleko větší důvěryhodnost a snáze proniknout do jádra problematiky a tím i nalezení optimálního řešení situace.

Cílem pracovníků NNO a jejich preventivních a léčebných intervencí je dle Koncepce vězeňství do roku 2025 (2015) především práce na motivaci ke změně životního stylu a postoji k návykovým látkám, ale také kontakt s organizací jako takovou a tím zajištění možné následné péče po výstupu z vězení. NNO tedy poskytují své služby nejen

osobám ve VTOS, ale také klientům, kteří se z VTOS vrací zpět do běžného života, či jsou jiným způsobem v tzv. v konfliktu se zákonem a také jejich osobám blízkým.

Mezi klasické intervence, které mohou poskytovat NNO ve věznicích řadíme například individuální poradenství, krizovou intervenci, informační servis, postpenitenciární péči a zprostředkování jiné či následné péče. V ojedinělých případech může NNO poskytnout svým klientům například i sociálně materiální pomoc či spolupráci při probačním dohledu (Schubertová, 2020).

NMS (2022) uvedlo, že v roce 2021 spolupracovalo intenzivně s NNO pouze 22 věznic. Přesto je nutné zmínit, že tato data jsou značně ovlivněna pandemií COVID-19, vzhledem k publikovaným závěrům výroční zprávy z roku 2020, kdy intenzivní spolupráci s NNO vykazovalo celkem 33 věznic (Mravčík et al., 2020).

Harm reduction programy ve věznicích

Koncepce „Harm reduction“ označuje intervence a programy zaměřené především ke snížení/minimalizaci dopadů na jedince, kteří vykazují rizikové chování. Primárně se jedná o uživatele nelegálních návykových látek, a tedy zdravotní a socioekonomické dopady (IHRA, 2010).

Kinner a Rich (2018) zmiňují výsledky studií, při kterých byl potvrzen daleko větší výskyt infekčních chorob (VHC, HIV/AIDS) u osob ve VTOS než v běžné populaci, přičemž zohledňují možnosti nákazy ve věznici i mimo ni. Dle WHO (2014) ve většině případů souvisí právě rizikové chování ve věznicích s nově nakaženými osobami infekční chorobou, a právě z tohoto důvodu uvádí programy harm reduction ve věznicích jako nezbytné.

Na konci 20. století byly v řadě států zavedeny harm reduction programy, jako například informační a edukativní intervence, dobrovolné testování, substituční léčba, distribuce prezervativů a desinfekčních přípravků, včetně výměnného servisu injekčního náčiní (WHO, 2006). Bohužel, vzhledem k legislativě, v České republice výměna injekčních stříkaček a jehel možná prozatím není, přesto je řada z výše zmíněných intervencí v českém vězeňství dostupná.

Značný pokrok v souvislosti s koncepcí harm reduction učinila vězeňská služba v roce 2015, kdy započala realizace projektu HA-REACT (Joint Action on HIV and Co-infection Prevention and Harm Reduction) ve spolupráci s NMS. V rámci tohoto projektu, jsou od roku 2018 prezervativy dostupné bezplatně ve věznici Praha-Pankrác (v rámci 4 automatů) a od dubna roku 2019 ve věznici Praha-Ruzyně (v rámci 5- ti automatů) (Mravčík et al., 2020).

Adiktologická ambulance

Jak uvádí Chomynová (2022) v Souhrnné zprávě o závislostech v České republice, od roku 2016 „působí ve věznicích profese adiktologa, kteří jsou ve věznicích jedinými zaměstnanci specializovanými výhradně na poskytování péče osobám s adiktologickou poruchou“. V roce 2020 navázalo spolupráci s vězeňským adiktologem přibližně 2600 osob v konfliktu se zákonem a téměř šedesát procent klientů užívalo drogy nitrožilně.

Jak uvádí operační manuál Adiktologické ambulance (2019), který vznikl pro potřeby popisu náplně práce adiktologa a ukotvení jeho pozice ve vězeňském systému, adiktolog jako takový poskytuje specializovanou adiktologickou léčebnou a preventivní péči. Klientem/pacientem ambulance ve věznici je uživatel všech typů návykových látek či člověk potýkající se s patologickým hráčstvím. Adiktologická péče zahrnuje především komplexní diagnostiku, individuální a skupinové terapie, poradenství a edukaci v problematice, práci s motivací, prevenci relapsu včetně předvýstupního poradenství a zajištění následné péče.

Adiktologická ambulance je součástí zdravotního střediska v dané věznici, přesto však má úzké vazby a spolupracuje s odborníky (psychology, terapeutky, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy) z oddělení výkonu trestu – především v rámci poradny drogové prevence a specializovaných oddílů. Celkový rozsah péče se odvíjí od dané věznice a jejího zaměření (vazební věznice, věznice se specializovaným oddílem, věznice poskytující substituční terapii apod...). Podmínkou pro adiktologickou péči řízenou adiktologem musí být i úzká spolupráce s lékařem s odbornou způsobilostí, nejlépe psychiatrem. Indikace této péče psychiatrem je také nutností při vykazování zdravotnických úkonů zdravotním pojišťovnám. V neposlední řadě je též pro adiktologa, poskytujícího ambulanci či stacionární péči, spolupráce s neziskovými organizacemi, které dochází do věznic a věnují se klientům s adiktologickou problematikou.

Cílem této služby je tedy především snížení rizika možné recidivy kriminálního chování spojené s užíváním návykových látek, snížení či eliminace poptávky po návykových látkách v českých věznicích a prevence prohloubení adiktologické poruchy klientů/pacientů (Koňák et al., 2019).

2.3.4. Věznice Bělušice

Věznice Bělušice leží v obci Bělušice v Ústeckém kraji, mezi městy Most a Louny. Profiluje se jako věznice s ostrahou, ve středním a vysokém stupni zabezpečení pro výkon trestu odnětí svobody odsouzených mužů. Současná normovaná ubytovací kapacita je 578 míst, přesto v současné době zde vykonává trest odnětí svobody přes 650 odsouzených.

Jedním z hlavních cílů vězeňské služby je snižování kriminogenních faktorů odsouzených, a to v rámci individuálně stanovených programů zacházení, do kterých spadají především pracovní, vzdělávací, speciálně výchovné a zájmové aktivity (VSČR 2022).

Jak stanoví Vnitřní Řád pro odsouzené Věznice Bělušice (2020), kromě standardní poradny drogové prevence a bezdrogovou zónou, disponuje věznice také zónou nekuřáckou, krizovým oddílem, ale také především specializovaným oddílem pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek, jehož kapacita je plně obsazovaná 39 osobami. Do konce roku 2020 zde působil na zdravotním středisku také adiktolog.

Personální obsazení poradny se ve věznici Bělušice skládá z psychologa specializovaného oddílu, speciálního pedagoga specializovaného oddílu, sociálního pracovníka, vychovatele-terapeuta ze specializovaného oddílu, vychovatele-terapeuta, vedoucího oddělení výkonu trestu, zdravotní sestry ze zdravotního střediska a do konce roku 2020 byl také v poradně zařazen adiktolog (NŘ VB 2020).

Dle nařízení ředitele věznice Bělušice (2020), v rámci poradny drogové prevence, funguje několik možných aktivit a služeb, kterých odsouzený z cílové skupiny poradny může využít. Konkrétně se jedná o navázání spolupráce s nestátní neziskovou organizací, která do věznice pravidelně dochází na individuální i skupinová poradenství s cílem navázání dlouhodobější spolupráce a podílení se na výstupním poradenství, případně pomoci se zajištěním následné péče po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody. V případě věznice Bělušice se jedná o neziskové organizace Most k naději a Drug Out Klub (Mravčík et al., 2020).

Další nabízenou možností je zapojení se do nějaké z aktivit, kterou zajišťuje odborný personál. Konkrétně v této věznici se jedná například o aktivity speciálního pedagoga a vychovatele-terapeuta, nazývané „Život bez návykových látek“ a „Edukativní skupinové intervence“, či aktivity psychologa, nazvaná „Život bez drog“. Tyto aktivity se formou skupinových setkání snaží působit na motivaci odsouzených ke změně životního stylu a plnit tak stanovené cíle poradny a protidrogové politiky v českém vězeňství.

Další nabízenou možností, jak se v rámci poradny aktivizovat, je ucházení se o místo na specializovaném oddíle, či navázání spolupráce s adiktologem. Odsouzený má možnost

zapojit se během výkonu trestu odnětí svobody do více aktivit a využívat více služeb, které mu jsou k dispozici (NŘ VB 2020).

Není výjimkou, že odsouzený po nástupu do věznice absolvuje například skupinovou aktivitu a naváže spolupráci s pracovníky neziskových organizací či s adiktologem a poté si zažádá o umístění na specializovaný oddíl, který je díky absolvovaným aktivitám a znatelné snaze po navázání kontaktu s další službou lépe dosažitelný.

Veškeré výše zmíněné aktivity jsou zaznamenány v systému SARPO a v rámci individuálního programu zacházení, ve kterém osoby s adiktologickou problematikou prostupují poradnou drogové prevence, je u odsouzených hodnocen a porovnáván takzvaný „Kriminogenní faktor Závislosti“. Tento faktor je díky absolvovaným aktivitám a využívaným službám postupně „snižován“. Postupné snižování kriminogenních faktorů, a tedy například absolvování zmíněných aktivit a služeb usnadňuje odsouzenému průchod vnitřní diferenciací odsouzených (III., II., a I. Stupeň) a postupem času může zajistit i znatelné výhody, jako je například možnost zaměstnání mimo věznici či bez zrakové a bez sluchové kontroly při návštěvách, vyšší úspěšnost při soudním jednání o podmíněném propuštění či o přeřazení do jiné věznice apod...

Vnitřní diferenciaci je tedy takzvaný motivační systém zařazování odsouzeného do tří stupňů dle přístupu odsouzeného k naplňování stanoveného cíle programu zacházení, způsobu chování a jednání, postoje je spáchanému TČ a přístupu k plnění povinností v průběhu VTOS (VSČR 2020).

3. KLINICKÁ ČÁST

Klinická část závěrečné diplomové práce je členěna na několik dalších dílčích částí, které zahrnují cíle závěrečné práce, výzkumné otázky, dále metodiku získávání, zpracování, analýzu a interpretaci získaných dat a v neposlední řadě i etické aspekty.

Předmětem klinické části závěrečné diplomové práce je představit dva účastníky kazuistických neboli případových studií, kteří jsou klienty poradny drogové prevence ve Věznici Belušice a procházejí různými adiktologickými službami a aktivitami, které věznice Belušice nabízí.

Oba respondenti kazuistické studie byli seznámeni se záměrem získaných materiálů. Účastníci případových studií spolupracovali s pracovníky poradny drogové prevence, účastnili se dotazníkových šetření, byli po určitou dobu pozorováni a se souhlasem zmiňovaných respondentů byla data získána za pomoci dokumentace dostupné ze systému SARPO, ze zdravotnické dokumentace na zdravotním středisku, či ze specializovaného oddílu pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek.

Analýza a popis fenoménu, jakým je právě matching, či stanovení optimálního léčebného plánu u klientů v této věznici je jádrem klinické části této práce.

3.1. Výzkumné cíle a otázky

Cílem této práce je prozkoumat problematiku matchingu a postup klientů terapeutickým kontinuem adiktologických služeb, které daná věznice nabízí. V klinické části závěrečné diplomové práce, se autor zaměřuje na klienty, kteří spolupracovali s odborníky různých profesí v rámci poradny drogové prevence věznice Belušice a využívali více jak jednu nabízenou aktivitu či adiktologickou službu.

Hlavním cílem závěrečné diplomové práce je zhodnotit, porovnat, analyzovat a popsat reálný postup odborných adiktologických služeb ve věznici Belušice s tím, co uvádí teorie jako kvalitní a efektivní praxi. Dílčím cílem je demonstrovat, popsat a zhodnotit optimální léčebný plán pro individuálního klienta s ohledem na jeho aktuální potřeby.

Vzhledem k omezeným možnostem věznice v poskytování adiktologických služeb, si práce také za cíl odpovědět na otázku, zda jsou poskytované programy a intervence dostačující, či zda by v budoucnu nemohla být zvažována možnost zřídit či pozměnit některý z intervenčních programů.

Výzkumné otázky jsou formulovány takto:

- Shodují se indikované/zvolené intervence s aktuálními potřebami klientů poradny?
- Jakým způsobem klienti prostupují službami nabízenými poradnou drogové prevence (náhodně, či jsou odborníky posuzováni a k vhodným intervencím doporučení?)
- Existuje nějaký typ intervenčních programů, který by klienti poradny využívali a který ve věznici chybí, či je zastoupen jen v malé míře?

3.2. Etické náležitosti

Oba dva participaci, tedy účastníci výzkumu, kteří figurují v kazuistické/případové studii, byli informováni o záměru, pro který budou získaná data využita. Respondenti byli seznámeni s cílem a účelem závěrečné diplomové práce, využitými metodami a etickými otázkami, též byli seznámeni a souhlasili se skutečností, že uvedená jména a osobní údaje, dle kterých by mohli být identifikováni, budou upraveny a osobní životní příběhy uzpůsobeny tak, aby nebylo možné uvedené osoby v této práci identifikovat. Souhlas se zpracováním a vyhodnocením získaných údajů vyjádřili klienti ve formě písemného i ústního souhlasu zcela dobrovolně.

V závěrečné diplomové práci tedy nejsou záměrně uváděna pravá jména osob, ani skutečná vlastní jména obcí či měst, uvedený věk respondentů je též uveden pouze orientačně. Rovněž jsou zde pozměněny některé osobní údaje uvedených klientů a jejich rodinných příslušníků tak, aby nebyla osoba participanta této studie identifikovatelná, ale zároveň aby nedocházelo ke zkreslení prezentovaných údajů a jejich výsledků. Veškerá tato opatření jsou provedena za účelem zajištění anonymity klientů poradny drogové prevence věznice Belušice.

3.3. Předmět kazuistické studie

Předmětem této kazuistické studie jsou osudy a příběhy dvou klientů poradny drogové prevence věznice Bělušice, kteří se potýkají se závislostí na nelegálních návykových látkách.

V rámci drogové trestné činnosti a tím souvisejícího nepodmíněného odsouzení k výkonu trestu odnětí svobody spolupracují dobrovolně s odborníky poradny a využívají více dostupných intervencí a adiktologických služeb, které poradna nabízí a zprostředkovává. Všichni respondenti se při sběru a analýze dat nacházeli ve věznici Bělušice.

Příběhy klientů jsou popsány jako jednotlivé a individuální případy, zabývající se popisem především výchozího stavu, ale i historie onemocnění. Dále jsou srovnávány zejména v aspektech poskytnutí optimálního léčebného plánu v souvislosti s aktuálními individuálními potřebami.

Základní soubor tvoří všichni klienti zařazení do poradny drogové prevence ve věznici Bělušice. Výběrový soubor pak tvoří dva klienti, vybraní na základě záměrného účelového výběru (Patton in Miovský, 2006) podle nastavených kritérií:

1. zařazení do poradny drogové prevence na základě vstupního vyšetření – tzn. vyššího či vysokého kriminogenního faktoru závislosti
2. navázaná spolupráce s odborníky z poradny
3. účast na více než jedné adiktologické intervenci, kterou poradna drogové prevence poskytuje či zprostředkovává

3.4. Použité metody

Pro zpracování závěrečné diplomové práce byly využity standardizované výzkumné metody jak k získání dat, tak k jejich třídění, redukci a analýze.

Metody použité k získání dat

Z metod, použitých k získání informací a relevantních dat, byla využita metoda dlouhodobého pozorování respondentů, dále studium dostupné dokumentace zdravotnického i nezdravotnického charakteru.

Dostupná dokumentace zahrnuje informace ze systému SARPO, kde je k dispozici komplexní zpráva o klientovi, znalecký posudek, psychologická vyšetření, záznamy z aktivit programu zacházení a jiné. Další dostupnou dokumentací o klientovi je zdravotnická dokumentace na zdravotním středisku, kde je k dispozici komplexní zdravotnická anamnéza včetně psychiatrických a adiktologických vyšetření a konzultací. Dalším zdrojem informací jsou záznamy z aktivit na specializovaném oddělu a záznamy z individuální psychoterapie s klienty.

Metody analýzy a interpretace dat

Záměrem a hlavním úkolem analýzy dat je především redukce a organizace informací s cílem dát výsledkům určitý význam (Miovský 2006). Pro analýzu dat bylo nutné fixovat informace formou písemného zachycení údajů se souhlasem daného respondenta. Dále jsou data zpracována metodou obsahové analýzy, tedy analýzou obsahu. Obsahová analýza je významnou vědeckou metodou, která se soustřeďuje právě na rozbor (většinou) písemných sdělení (Ferjenčík, 2010).

V této závěrečné práci jsou zpracované písemně zachycené informace získané popsáním pozorování, studiem dostupné zdravotnické a nezdravotnické dokumentace. Data byla systematizována pro jejich analýzu dle kritérií, která vycházela z výzkumných otázek. Podstatné informace byly zachyceny do záznamového archu a po jejich ucelení přepisovány do textového editoru.

Využitou výzkumnou metodou je využití kazuistik, neboli-případové studie, která je specifickou formou kvalitativního výzkumu. Kazuistika se věnuje podrobnému rozboru jednoho případu, či několika málo případů. Zaznamenává komplexnost případu a vyzdvihuje jednotlivé detaily zkoumaných jevů a jejich vztahů (Olecká & Ivanová, 2010).

Interpretace výsledků zachycuje analýzu dat z dostupné a získané dokumentace. Výsledky budou popsány tak, aby zachycovaly co nejkomplexnější odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

3.5. Kazuistiky a analýzy kazuistik

Klient A

Adam (29 let) je závislý na pervitinu a v současné době pobývá ve věznici, kde vykonává trest odnětí svobody za výrobu a distribuci OPL. Adam je svobodný, má šestiletého syna s bývalou přítelkyní. Maturitu získal na gymnáziu v rodném městě a na vysokou školu pedagogickou, na kterou byl přijat, již nenastoupil. Před výkonem trestu bydlel se svým otcem, náruživým konzumentem alkoholu, který je doposud klientovou oporou. Klientova matka o syna zájem nejeví. Když bylo klientovi 12 let, vyhodila ho matka na ulici kvůli vyjádřenému přání bydlet po rozvodu se svým otcem. Od té doby klient se svou matkou nemluvil. Jelikož však chodil do školy do města, kde matka žila, potkával ji pravidelně na ulici. Adam popisuje, jak matku neustále zdravil a snažil se s ní komunikovat. Adamova matka však na pozdravy ani volání nereagovala a dělala, že Adama nezná. Matčino chování Adama velice mrzelo a vyčítal si, že chtěl žít s otcem. Adam popisuje velký smutek, zklamání i vztek na svou matku. Celé své studium na gymnáziu údajně Adam směřoval k tomu, že by rád vystudoval pedagogickou fakultu. Adam uvádí, že se chtěl zavděčit své matce, která jeho i jeho sestru celé dětství vedla k profesi učitele. Otec se Adamovi snažil vše vynahrazovat, a proto spolu trávili spoustu času. Věnovali se sportu a cestování. Později si otec přivedl novou partnerku a Adamovi se již nedostávalo tolik pozornosti. Začal tedy trávit více času s přáteli a později zanedbával i školu a své zájmy vyměnil za experimentování s drogami. Adam od 13 let kouří marihuanu a pervitin začal užívat rekreačně v 16 letech (nosem), od 18 let užíval pervitin pravidelně 1x-2x týdně a od 19 let užívá intravenózně. Adam má též zkušenosti s extází a houbičkami (16-18 let), kdy zkoušel experimentovat. S bývalou partnerkou docházeli do kontaktního centra pro čisté náčiní, kde v čase těhotenství oba využívali individuálního poradenství. Klient má též zkušenost s ambulantní léčbou, která mu již v minulosti byla soudně nařízená. Ambulantní léčbu však nedokončil a testování na OPL úspěšně „obcházel“.

Potenciál pro akutní intoxikaci je u klienta vysoký. Ve výkonu trestu sice užívá nepravidelně, či velice výjimečně, carving se dostavuje neustále, především o víkendech, kdy spolubydlíci mají možnost drogy užívat a Adam je u těchto situací přítomen. Zvláště po výstupu trestu mohou nastat situace, kdy Adam chutě nezvládne (znovu nabytá svoboda, setkání s přáteli, stresové situace...) a jelikož skoro dva roky neužívá pravidelně, nemusí správně odhadnout množství či nebude znát kvalitu látky, kterou se chystá užít.

Co se **biomedicínských stavů či komplikací** týče, Adam byl při nástupu do věznice testován na HIV a VHC. Veškeré testy byly negativní, ale Adam užíval i ve VTOS společnou jehlu, tudíž má obavu, že by mohl být nakažený. V současnosti se ve věznici testovat nechce, neboť se bojí, že by musel přiznat užívání ve VTOS. Testovat se nechá až po výstupu.

Klientovi **emocionální a behaviorální stavy** jsou přiměřené situaci, kdy se člověk ocitá ve výkonu trestu odnětí svobody. Klient trpí pocity viny a depresemi ze ztráty svobody. Často hovoří o přání „dát rodinu dohromady“, což se snaží řešit během 20 minutových telefonátů každý den. Adam netrpí a nikdy netrpěl suicidálními myšlenkami.

Co se **akceptování či odporu k léčbě** týče, Adam je v celku motivovaný k léčbě, vidí problém v dosavadním životě i ve své drogové a kriminální kariéře, ale připouští i myšlenku, že sám abstinovat nezvládne. Pochybuje často o své vůli. Chtěl by být dobrým otcem pro svého syna a dobrým synem pro svého otce, který se mu celý život obětoval. Právě rodina je jeho hlavním a nejspíše i jediným zdrojem motivace ke změně. Klient však nevidí smysl v ambulantní léčbě, ve které je pro něj snadné recidivovat (což se stalo) a léčbu obcházet. Zde se objevují rysy strachu z neúspěchu předešlé zkušenosti s léčbou.

Kolo změny: Adam se nachází ve fázi přípravy-rozhodování, uvažuje o změně svého závislostního jednání, je si vědom kladů i záporů svého jednání, střízlivě vnímá a dokáže popsat výhody a nevýhody užívání návykových látek a kriticky přemýšlí i o svých možnostech absolvovat léčbu v nějakém adiktologickém programu.

Potenciál pro relaps je u klienta vysoký. Craving se dostavuje skoro každý týden, přesto již dva roky se klient snaží držet si od drog odstup (užije drogu velice výjimečně). Klient však přiznává, že je to především z důvodu možné hrozby „nášupu“ dvou let navíc ve výkonu trestu, kdyby se prokázal jako pozitivní. V minulosti u klienta nastal relaps po prvních měsících ambulantní léčby. Setkal se s přáteli z minulosti a znovu začal užívat pervitin a páchat trestnou činnost. Klient se pokoušel v minulosti sám abstinovat, ale po pár dnech, kdy se objevili abstinenční příznaky, relapsoval.

Co se **vztahu okolí k léčbě** týče, Adam má oporu ve svém otci a jeho přítelkyni. Sestra, se kterou je klient občas v kontaktu ho vnímá jako „nenapravitelného feťáka“ a klientova matka se stále zdržuje jakéhokoli kontaktu. Bývalá přítelkyně klienta netuší, že je klient ve výkonu trestu, tudíž s ní ani se synem nejsou v současné době v kontaktu. Přátelé, které klient kolem sebe má, jsou všichni uživatelé, se kterými léta užíval.

ANAMNÉZY

Adiktologická anamnéza

Poprvé se Adam dostal do kontaktu s návykovými látkami ve 13 letech, kdy s přáteli společně užívali marihuanu. Klientovi se stav, který po marihuaně nastoupil, velice zalíbil a v užívání pravidelně pokračoval. Nejprve zhruba 2x měsíčně, poté již pravidelně každý víkend. V 16 letech začal Adam s přáteli experimentovat i s jinými látkami, nejprve s extází, houbičkami a po čase i s pervitinem. Nejprve užívali tyto látky v situacích, kdy společně docházeli na koncerty či „party“. Pervitin se ale Adamovi zalíbil více, než jiné látky a tudíž ho Adam začal vyhledávat i za jiných okolností. Frekvence v užívání se postupně zkracovala. Od rekreačního užívání po dobu dvou let, Adam nosem užíval až 2x týdně. Intravenózně Adam užíval pervitin až v 19 letech, kdy mu ho aplikoval jeho nejlepší kamarád. Od té doby Adam injikoval téměř denně.

Adam nikdy injekční náčiní nesdílel (vyjma VTOS). Pravidelně docházel do kontaktního centra společně s přáteli a poté i se svou partnerkou. V kontaktním centru využívali všech nabízených služeb, včetně individuálního poradenství, které se v posledním roce týkalo především těhotenství partnerky a možností léčby.

Kromě nízkoprahových služeb, které Adam pravidelně využíval, má též zkušenost i s ambulantní léčbou, která mu byla soudně nařízena na 1 rok. Ambulantní léčbu však klient nedokončil. Adam sice docházel pravidelně na kontroly a testování, ale uvádí, že mu individuální přístup lékařky nic nepřines a přiznává se, že testování moči na přítomnost OPL „obcházel“ cizí čistou močí, či svou močí „znehodnocenou“.

Ve výkonu trestu, který klient nastoupil před třemi lety, také užíval pervitin. Jelikož ve vězení není přístup k čistému injekčnímu náčiní, klient sdílel jehlu s ostatními. V současné době klient neužívá pravidelně. Ve výjimečných a stresových situacích polkne v papíru malé množství látky, což se za poslední rok stalo dvakrát. Již několik měsíců se setkáváme na individuálním poradenství v rámci poradny drogové prevence.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Po rozvodu rodičů a reakcích matky se klient často cítil méněcenný a traumatizovaný. Žádného psychologa však v dětství nenavštěvoval. Klient uvádí, že mu otec byl dostatečnou oporou a jinou pomoc nepotřeboval. V péči psychiatra byl až v rámci soudně nařízené ambulantní léčby, což ale klient nenazývá péčí. U klienta v čase užívání nikdy nedošlo k žádné toxické psychóze ani k suicidálním myšlenkám či pokusům. V současné době, kdy klient trpí mírnými depresiemi, plynoucími ze ztráty svobody, je klient v péči psychologa i psychiatra. Klient však neužívá žádnou medikaci.

DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

Na diagnostické nástroje, jako jsou dotazníky, bychom v tomto případě měli nahlížet s určitým odstupem a nadhledem. Situace, kdy jsou klienti ve výkonu trestu odnětí svobody, je dosti specifická a nelze ji posuzovat stejně, jako kdyby byli klienti ve svém domácím prostředí. Výsledky ovlivňuje nejen ztráta svobody, ale také spousta stresových faktorů, které by se v běžném životě u klientů nemuseli vyskytnout – omezený kontakt s rodinou, nehody se spolubydlícími apod...

Dále výsledky dotazníkového šetření může ovlivnit skutečnost, že je ve VTOS daleko těžší sehnat drogu, než by tomu tak bylo na svobodě, s čímž souvisí samozřejmě i omezené možnosti aplikace drogy a komplikace s tím spojené. V neposlední řadě musíme zmínit i možnou hrozbu, která klientům hrozí, pokud se prokáže, že ve výkonu trestu skutečně drogu užíli...

Dotazník závislosti

„Všechny následující otázky se týkají období posledních 12 měsíců. Vyberte tu z následujících odpovědí, která se nejvíc blíží skutečnosti, a zatrhněte ji. „Droga“ znamená i alkohol nebo marihuanu nebo kombinaci různých návykových látek.“

Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - Někdy - Často
Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - Někdy - Ne
Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Často - Někdy - Ne
Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - Ne
Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Často - Někdy - Ne
Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?	Často - Někdy - Ne

Vyhodnocení

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“

0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.

1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“ - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.

3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.

Adam na první otázku, která se týká carvingu odpověděl „ČASTO“ – klientova odpověď pramení z faktu, že je během posledních dvanácti měsíců ve výkonu trestu, kde užívá jen výjimečně, pokud se vůbec k drogám nějakým způsobem dostane. To podpořilo klientovu touhu užít drogu více, než když ji měl nadosah. Craving také pramení ze stereotypu soužití na oddělení a také se stresovými situacemi, které klienta během výkonu trestu potkávají.

Na druhou otázku týkající se kontroly v ovládnání se, klient odpověděl „NĚKDY“. I tato odpověď dosti souvisí s výkonem trestu odnětí svobody, kdy porušuje zákon tím, že drogu užije. Klient se občas dostane do stresových situací, kdy se nedokáže ovládnout, přesto že si je vědom možných následků.

Další otázka se týká tělesných odvykacích potíží při odnětí drogy, načež klient odpověděl „NE“. Klient popisuje určité odvykací příznaky, jako je úzkost, nervozita, poruchy spánku a silná touha po droze, které se u něj projevovali před několika lety při pravidelném užívání, ale v posledním roce, kdy klient užívá výjimečně, se dostavuje pouze carving a mírné úzkosti, které však nemusí dle klienta souviset s drogami.

V dalším bodě, týkajícím se zvyšování tolerance klient uvedl „NE“. Tolerance se u klienta snížila ve výkonu trestu a následnou abstinencí. V současné době klientovi postačuje minimální množství účinné látky k tomu, aby unikl z reality.

Na další otázku, která se týká upřednostňování drogy před zájmy, klient odpověděl „NĚKDY“. I tato odpověď dosti ovlivňuje skutečnost, že je klient ve výkonu trestu odnětí svobody. Zájmy, kterým by se chtěl věnovat, skoro neexistují. Měl by se věnovat činnostem, které by dopomohly k lepším podmínkám ve věznici, jako je práce pro věznici a účast na specializovaných aktivitách. Tyto činnosti však klienta nijak zvlášť nelákají, přesto však projevuje snahu se určitých aktivit účastnit.

Na poslední otázku, zda klient pokračoval v užívání drog i přes zjevné škodlivé následky, odpověděl „NĚKDY“. Klient si je vědom dopadů své závislosti a porušení abstinence (převážně ve VTOS), přesto se občas neovládne a drogu užije. V této souvislosti se jedná o následky plynoucí z prokazatelné positivity testované moči.

Drug abuse screening test (Screeningový test zneužívání drog) – DAST

„Následující otázky se týkají informace o vašem zacházení s drogou. Zneužívání drog se vztahuje na použití (1) léků buď předepsaných nebo ve volném prodeji, použitých pro jiný než svůj účel, a (2) jakékoli jiné nelékařské použití drog. Berte v úvahu minulý rok (12 měsíců) a pozorně si přečtěte každou položku. Potom se rozhodnete, zda je vaše odpověď ANO nebo NE a zaškrtněte odpovídající políčko. Prosím, ujistěte se, že jste odpověděl (a) na každou otázku.“

- | | |
|---|-----|
| 1. Užíval jste někdy drogy pro jiné než lékařské účely? | ANO |
| 2. Zneužíval jste léky na předpis? | NE |
| 3. Užíval jste více než jednu drogu najednou? | NE |
| 4. Můžete se přes týden obejít bez drog (resp. jiných než předepsaných)? | ANO |
| 5. Jste vždy schopni přestat s užíváním drog, když to chcete? | NE |
| 6. Užíváte drogy průběžně? | NE |
| 7. Jste schopni omezit své užívání za určitých situací? | ANO |
| 8. Měl jste „výpadky“ nebo „flashbaky“ jako následek užití drogy? | NE |
| 9. Cítil jste se někdy špatně kvůli svému užívání? | ANO |
| 10. Stěžoval si někdy váš (vaše) partner (partnerka), (nebo rodiče), že užíváte drogy? | ANO |
| 11. Vědí přátelé nebo příbuzní o vašem užívání, nebo vás z toho podezřívají? | ANO |
| 12. Působilo vaše užívání někdy problémy ve vztazích s partnerem (partnerkou)? | NE |
| 13. Vyhledával někdo z vaší rodiny pomoc pro vaše problémy způsobené užíváním? | NE |
| 14. Ztratil jste někdy přátele v důsledku vašeho užívání drog? | NE |
| 15. Zanedbával jste někdy svou rodinou nebo vynechával jste práci z důvodu užívání? | ANO |
| 16. Měl jste někdy problémy v práci kvůli vašemu užívání drog? | ANO |
| 17. Ztratil jste někdy práci v důsledku užívání drog? | NE |
| 18. Zapletl jste se někdy do rvačky pod vlivem drog? | ANO |
| 19. Byl jste někdy zatčen kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog? | NE |
| 20. Byl jste někdy zatčen za řízení pod vlivem drog? | NE |
| 21. Účastnil jste se někdy nelegálních aktivit za účelem získat drogu? | ANO |
| 22. Byl jste někdy zatčen za držení nelegálních drog? | NE |
| 23. Měl jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdé drogy? | ANO |
| 24. Měl jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog?
(ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení, atd.) | NE |
| 25. Žádal jste někoho o pomoc se svými problémy v důsledku užívání drog? | ANO |
| 26. Byl jste někdy v nemocnici v souvislosti se zdrav. problémy v důsledku užívání drog? | NE |
| 27. Byl jste někdy zapojen do specializovaného léčebného programu? | ANO |
| 28. Byl jste kvůli užívání drog léčen ambulantně? | ANO |

Počet bodů 13

„Bodové hodnocení a interpretace: 1 bod je dán za každou kladnou odpověď (ANO), vyjma položky 4, 5 a 7, u kterých se počítá bod za odpověď NE.“

-Méně než 6 bodů – klient s vysokou pravděpodobností **nemá** problém se zneužíváním návykových látek,

-6-11 bodů - klient **může, ale nemusí mít** problém se zneužíváním návykových látek,

-12 bodů a více - klient s vysokou pravděpodobností má problém se zneužíváním návykových látek.

Klient v tomto testu získal 13 bodů, přesto ale musíme zohlednit některé otázky, na které klient nemohl odpovědět jednoznačně, jelikož se nachází ve VTOS.

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Pokud zohledníme diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami, konkrétně u užívání pervitinu, a dále budeme vycházet z mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10), mohli bychom usoudit, že klient vykazuje známky syndromu závislosti, jednalo by se tedy o diagnózu F15.2. Tato diagnóza se může stanovit, pokud klient vykazuje alespoň tři ze šesti následujících kritérií:

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku- toto kritérium klient **splňuje**. Dle profilu klienta a dotazníkového šetření je zřejmé, že klient pociťuje silnou touhu užívat drogu, dokonce i v nevhodných situacích má klient problémy se ovládnout.

2. potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky- Toto kritérium klient nespĺňuje. Klient nevykazuje problémy s kontrolou množství či ukončením „jízdy“.

3. psychosomatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky- klient již v posledních dvou letech neprožívá psychosomatický odvykací stav, pouze přetrvává silný carving.

4. průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami- Toto kritérium klient v současné době nespĺňuje. Je zjevné, že klientova tolerance mírně stoupala v uplynulých letech, ale v posledních dvou letech klientovi postačuje malé množství účinné látky.

5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku- Klient **splňuje** toto kritérium. Dle profilu klienta a dotazníkového šetření je patrné, že klient kvůli občasnému užívání pervitinu začal zanedbávat svou rodinu (netelefonoval domů, když byl pod vlivem látky či odmítal návštěvy a měl výčitky svědomí při uvědomění si relapsu) a dále se odmítal účastnit určitých aktivit. Klienta v souvislosti s relapsem nebavily ani volnočasové aktivity – četba, arteterapie, sport)

6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků- I toto kritérium je Adam **splňuje**. Klient si je vědom následků, které vznikají či v budoucnu mohou vzniknout kvůli jeho užívání. Jedná se jak o následky zdravotní-možnost nakazit se ve VTOS sdílenou jehlou, abscesy apod..., dále o možnost prodloužení trestu kvůli pozitivnímu vzorku moči, tak dopady na jeho rodinu, kterou vnímá jako základní stavební kámen pro svou motivaci k budoucí léčbě.

CMRS a kolo změny

Proces změny je přirozený, postupný, různě dlouho trvající vývoj motivace ke změně aktuálního jednání (Pešek, 2018). Model, který je dnes hojně využívaný i v adiktologické praxi rozvinuli a popsali již před desítkami let psychologové Prochaska a DiClement (1982), kteří popsali šest fází vývoje při snaze změnit své chování (prekontemplace, kontemplace, příprava – rozhodování, akce, udržování změny a relaps).

Jak uvádí Kalina (2015), není výjimkou, že klient projde jednotlivými fázemi několikrát, než nalezne stabilitu a ukotví své postoje směrem k navození trvalé změny svého chování. Pro odborníka, který je s klientem v kontaktu je však důležité rozpoznat v jaké fázi se daný klient nachází. Pokud odborník dokáže správně rozklíčovat aktuální fázi, může tak zvolit co nejvhodnější intervenci, kompatibilní s klientovými potřebami a možnostmi.

Dle profilu klienta Adama a zhodnoceného dotazníkového šetření, bychom mohli usoudit, že se klient v modelu změny dle DiClementa a Prochasky, nachází ve fázi PŘÍPRAVY – ROZHODOVÁNÍ – tedy reálně uvažuje o změně svého závislostního chování a hodnotí možnosti a rizika určitých terapeutických programů.

U klienta je patrné, že vnímá svou závislost jako problém, je si vědom dopadů, které jeho užívání způsobuje či by mohlo do budoucna způsobit. Vnímá klady i zápory užívání OPL a léčby závislosti, je však alespoň částečně motivován k abstinenci a je též ochotný pracovat na svém problému.

OKOLNOSTI- Okolnosti, které klienta k této fázi vedly, jsou především jeho otec a syn, o které by se do budoucna rád postaral a byl by pro ně oporou. Dalším faktorem je klientova kriminální činnost, kterou vnímá negativně. Především má obavy z možnosti dalšího trestu odnětí svobody.

MOTIVACE- klient je převážně motivovaný ke změně svého životního stylu. Hlavním motivačním faktorem je pro něj jeho rodina a dále ukončení kriminální kariéry. Na druhou stranu klient připouští, že doživotní abstinenci bez možnosti občasného úniku z reality si však neumí prozatím představit.

PŘÍPRAVENOST- Přesto, že je klient částečně motivovaný k léčbě, nevidí však jinou alternativu jak změnit svůj život a životní styl, než že léčbu podstoupí. Klient od léčby

očekává, že ukotví jeho negativní postoj k drogám. Klient sám připouští, že pokud by se rozhodl abstinovat sám prostřednictvím sebekontroly a vůle, mohl by mít s udržení abstinence problémy. Klient by mohl být připraven na léčbu, pokud bychom podpořili jeho motivaci a podporovali jeho sebedůvěru, ukotvovali klientovo uvědomění si škodlivosti užívání a podporovali vyjádřené potřeby po změně.

VHODNOST- Vzhledem ke klientově motivaci a připravenosti na léčbu soudím, že vhodná alternativa pro klienta by byla nejen intenzivní práce na motivaci a ukotvování negativních postojů k návykovým látkám, ale také poradenství a individuální psychoterapie vzhledem k zátěži traumat z dětství. Další z důležitých intervencí konkrétně u Adama je také prevence relapsu, případně otevřeně hovořit o možnostech, když relaps nastane, jak je možné situaci řešit, aniž by musela utrpět jeho sebedůvěra.

OPTIMÁLNÍ LÉČEBNÝ PLÁN

Zdůvodnění

S klientem bylo by vhodné intenzivně pracovat a podporovat ho v jeho motivaci, jak je již zmíněno výše. Motivaci k léčbě postupně zvyšovat a ukotvovat jeho přesvědčení o nutnosti léčby. Klientova částečná motivace pochází z potřeby osobní změny, s čímž se dá poměrně dobře pracovat a klienta k vhodné léčbě postupně nasměrovat. Je důležité neopomenout párování potřeb a intervencí, tedy nabídnout klientovi takový program a přístup, který je vhodný k jeho aktuálním potřebám a možnostem a zároveň naplňuje zakázku, se kterou k nám klient přichází.

Kritéria, která je třeba dle profilu klienta hodnotit, jsou následující:

1. potenciál pro akutní intoxikace nebo abstinenční příznaky- **III. Úroveň**
2. Biomedicínské stavy nebo komplikace- **I. Úroveň**
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace- **II. Úroveň**
4. Akceptování nebo odpor k léčbě- **II. Úroveň**
5. Potenciál pro relaps- **III. Úroveň**
6. Vztah okolí k léčbě- **II. Úroveň**

Adam má velký potenciál pro vznik abstinenčních příznaků, jeho strach, pramenící z další neúspěšné léčby, především té, kde by se spoléhal na vlastní sebekontrolu, je dosti znatelný. Je nutné klienta neustále a intenzivně motivovat ke změně chování a posílit jeho vlastní sebeúctu, postupně budovat zdravé sebevědomí, aby věřil vlastnímu přesvědčení.

Klient má také značný potenciál pro relaps, obzvláště v péči I. úrovně, kvůli ohrožujícímu prostředí, ve kterém se nachází, a proto by bylo zapotřebí nad klientem mít

častější dohled a umístit klienta do prostředí lidí s podobnou či vyšší mírou motivace, než má jeho okolí doposud. Největší problém u klienta je tedy v neukotvené motivaci a ohrožujícím okolí.

Dostupné léčebné programy:

1. Úroveň – ambulantní léčba: Ambulantní adiktologickou péčí se ve VTOS, konkrétně ve věznici Bělušice rozumí především adiktologická ambulance, zřízená pod zdravotním střediskem, ve spolupráci s psychiatrem. Dále pod ambulantní formu péče můžeme zařadit aktivity poradny drogové prevence, které jsou uskutečňovány především skupinovou formou edukativního a informačního charakteru. V neposlední řadě by se pod I. Úroveň léčby dala zařadit i spolupráce s neziskovými organizacemi, která probíhá formou individuálních i skupinových interakcí s klienty.

Vzhledem k tomu, že klient v současné době pobývá na klasickém oddělení, kde pobývá s klienty, kteří pravidelně užívají, což zapříčiňuje častý craving, není v tomto případě pouze I. Úroveň léčby dostačující. I přes určitý negativní postoj Adama k ambulantní léčbě můžeme zhodnotit, že určité intervence, nabízené těmito službami v prostředí VTOS by mu mohli být přínosem. Například pravidelné interakce s adiktologem, či s pracovníky NNO a jejich individuální přístup by mohl dopomoci ke zvýšení motivace, zvýšení sebevědomí a vytváření určitého bezpečného terapeutického vztahu.

2. Úroveň – intenzivní ambulantní léčba: Intenzivní ambulantní léčba například v podobě stacionární péče není v této věznici dostupná. Stacionární péčí můžeme ve VTOS rozumět například nařízené ochranné léčení ve věznici Rýnovice. Pokud by měl klient soudně nařízenou léčbu stacionárního typu, mohla by být tato forma péče vcelku dobrou alternativou za předpokladu, že bude pobývat s alespoň částečně motivovanými klienty. Vzhledem k tomu, že se ve VTOS ale nebavíme o zcela dobrovolném léčení, není možné tuto stacionární péči přirovnávat k běžnému stacionáři. Strukturovaný týdenní program by pro klienta mohl být přínosný z hlediska intenzivnějších intervencí, individuálního přístupu, který by klient ocenil, a zastoupené psychoterapii.

3. Úroveň – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dohledem: Do III. Úrovně adiktologické péče ve věznici Bělušice můžeme zařadit specializovaný oddíl pro odsouzené s poruchou chování, způsobenou užíváním návykových látek. Zařazení na tento oddíl je zcela dobrovolné a setkáme se zde s prvky terapeutické komunity. Pro tento typ péče jsou indikováni klienti, kteří mají za sebou dlouholetou drogovou kariéru, jsou nezralí s určitou motivací k léčbě, schopni abstinence a jsou problémoví z psychosociálního hlediska. Léčba na specializovaném oddílu by našemu klientovi mohla pomoci ke zvýšení motivace, schopností ukotvit své životní cíle a postoje, a především k získání schopností a dovedností k tomu, aby svůj život přizpůsobil svým představám ve zdravé společnosti. A zvýšil tak svou sebeúctu. Individuální terapie, kterou by klient vyžadoval je zde poměrně často zastoupena i s jinými metodami, které by klientovi mohly

být prospěšné. Přínosem pro klienta na specializovaném oddíle by mohlo být také přemístění na samostatnou ubytovnu, kde jsou odsouzení s podobnou či vyšší motivací k léčbě. Navíc je vhodné přihlédnout ke zbývajícím dlece trestu odnětí svobody, která je konkrétně u Adama zhruba rok a půl, což by i časově korespondovalo s možností zapojit ho do programu na tomto oddíle a absolvovat jej. Případně by zbylo dostatek prostoru pro práci na možné následné péči.

4. Úroveň – intenzivní ústavní léčba řízená lékařem: Bohužel ani tato forma péče není ve věznici Belušice dostupná. Opět by bylo zapotřebí klienta přemístit do jiné věznice, kde takový program nabízejí, avšak pouze za předpokladu, že by měl ústavně nařízenou léčbu, či by potřeboval léčbu substituční. Domnívám se, že ani pobyt ve vězeňské psychiatrické nemocnici Brno nenabízí intenzivní ústavní léčbu řízenou lékařem, pokud pod tímto pojmem nerozumíme pouze zamedikování klientů farmaceutickými přípravky. V případě Adama však můžeme konstatovat, že nevykazuje potřebu nepřetržitého lékařského dohledu či problémy v psychiatrické sféře.

U klienta Adama bych spatřovala jako nejvhodnější formu adiktologické péče v kombinaci ambulantní a intenzivní péče s prvky terapeutické komunity. Klient by v léčbě mohl získat nadhled nad svou situací a svým životem. Individuální a skupinové terapie, které by zde byly zastoupeny ve větší míře, by mohly pozitivně ovlivnit jeho postoj k abstinenci a jeho novému životu, který by si přál realizovat.

V rámci poradny drogové prevence by klient zprvu mohl navázat spolupráci s vězeňským adiktologem, či s adiktologem z nestátní neziskové organizace, který by se mu pravidelně a individuálně věnoval a pracoval s ním na jeho motivaci a budoval zdravé sebevědomí. V mezičase by mohl být klient doporučen k zařazení na specializovaný oddíl, což z pravidla trvá zhruba pár měsíců vzhledem ke kapacitě oddílu - 39 osob.

I přes případné umístění klienta na Specializovaný oddíl by bylo vhodné nepřerušovat kontakt s adiktologem, se kterým by navázal již určitou spolupráci. Intenzita kontaktů by mohla být menší, přesto ale udržovatelná i vzhledem k následné péči po absolvovaném programu na specializovaném oddílu, či při případném relapsu a vyřazení klienta ze specializovaného oddílu. V případě dalšího selhání je důležité být s klientem v kontaktu a případně se snažit podporou a snahou o porozumění relapsu zabránit rozvoji recidivy.

Pokud by klient úspěšně absolvoval léčbu, měl by být před výstupem z VTOS směřován k nějaké následné péči, například do určitého centra následné péče či by mohl vyhledat určitou svépomocnou skupinu, kde by se dočkal pomoci při udržení změny chování a podpory v abstinenci. S přihlédnutím na riziko jeho sociálního prostředí, by měl být také kladen důraz na prevenci relapsu. Dále by měl být věnován čas a prostor na téma resocializace (bydlení, práce, naložení s volným časem...)

Metody, které by byly zapotřebí u klienta využít a které mu můžeme poskytnout v adiktologické péči ve věznici jsou v první řadě **motivační rozhovory, individuální terapie**, kdy je pozornost terapeuta směřována právě k osobě klienta, by mohla klientovi pomoci v náhledu na jeho závislost a problémy s ní spojené. Terapeut, se kterým by klient vytvořil bezpečný vztah, by klienta mohl ovlivnit v mnoha faktorech, především by mohl přispět ke zvýšení motivace, aby klient v léčbě a v dalším životě obstál.

Dále nesmíme opomíjet i prosté **poradenství**, které klient využívá v různých aspektech svého života. Nejedná se tedy pouze o „nasměrování“ klienta do určité léčby, ale také především o běžné záležitosti, týkající se všedního života.

Díky **skupinové psychoterapii**, například na specializovaném oddílu by klient mohl pocítit přijetí do skupiny, kde by se cítil být členem. Pocítil by emoční podporu, kterou mu v dětství nedávala jeho matka, ale zároveň by se cítil i potřebný, jelikož by mohl pomoci i jiným členům. Klient by v rámci skupinové terapie dostal možnost se projevit takový jaký je a otevřít se lidem, kteří by pochopili jeho dosavadní jednání. Měl by možnost být konfrontován v bezpečném prostředí, díky čemuž by byl schopen získávat zkušenosti se zpětnou vazbou a vyrovnat se s tím. Dalším důležitým přínosem pro klienta by mohlo být celkové získání nových informací, sociálních zkušeností (zlepšení komunikace, zlepšení mezilidských vztahů) a nácvik potřebných dovedností (hraní rolí, sebeprosazení, sebeovládání...).

V neposlední řadě by mohl mít klient prospěch též z **pracovní terapie**, jelikož nebyl nikdy zaměstnán, mohl by získat určité pracovní návyky a morálku, rozvíjet pracovní dovednosti, získat zkušenosti a převzít zodpovědnost za odvedenou práci.

SKUTEČNÝ LÉČEBNÝ PLÁN

S klientem se setkává adiktolog v ambulanci v rámci poradny drogové prevence, kam byl doporučen na základě pohovoru se speciálním pedagogem z oddílu, kde pobývá. Adam přišel do ambulance dobrovolně se zakázkou – potřeby hovořit o situaci s cravingem a případné pomoci v oblasti jeho zvládnutí. Po prvním kontaktu a zorientování se v situaci klienta a postavení, které zaujímá bylo aplikováno základní poradenství a motivační rozhovor.

V rámci prvního kontaktu a několika dalších sezení bylo získáno co největší množství informací, potřebných k objektivnímu zhodnocení situace klienta. Postupně byl vytvářen určitý terapeutický vztah a bezpečné prostředí, ve kterém bylo možné hovořit bez jakýchkoli předsudků a obav.

Po 2 měsíční spolupráci, která zahrnuje individuální poradenství 1x za 14 dní se klient rozhoduje pro podání žádosti na specializovaný oddíl pro odsouzené s poruchou chování, způsobenou užíváním návykových látek a plánuje společně s adiktologem další

možné postupy. Kvůli příznivější situaci při hodnocení klientovi žádosti, se klient též účastní jedné ze skupinových aktivit poradny drogové prevence, což zahrnuje 8-12 skupinových tematických edukativních sezení (1x týdně, cca 2 hodiny). V minulosti v tomto výkonu trestu již jednu podobnou aktivitu absolvoval, aby snížil v systému svůj „kriminogenní faktor závislosti“ a měl tak možnost být umístěn na „lepší oddíl“.

Vzhledem k příznivému výstupu z pohovoru na specializovaném oddíle a doporučení adiktologa se Adam za další dva měsíce přesouvá na ubytovnu specializovaného oddílu, kde zahajuje svou „léčbu“ v nulté fázi... Stále dochází na aktivitu poradny drogové prevence a s adiktologem si Adam domlouvá poradenství na měsíční intervalové bázi, aby neztratili kontakt...

Vývoj Adamova pobytu na specializovaném oddílu byl vcelku příznivý. Adam se z počátku zdráhal aktivního přístupu ve skupinových aktivitách na specializovaném oddílu a spíše vyhledával individuální přístup. Po přechodu do další fáze a s tím spojenými rolami, které na oddíle získal se začal projevovat i před skupinou. Dle informací od terapeutického týmu specializovaného oddílu Adam učinil určité pokroky v budování svého sebevědomí, a dokonce kontaktoval bývalou přítelkyni s žádostí o zaslání fotografií svého syna a setkal se s úspěchem.

V současné době Adamovi zbývá půl roku do propuštění z VTOS a pokud by Adam takto prosperoval i nadále, mohl by až do výstupu zůstat na specializovaném oddílu. V rámci blížícího se výstupu Adam uvažuje o kontaktu s nějakou službou, jelikož vnímá určitá rizika spojená s navrácením se do svého přirozeného prostředí. I přes doporučení terapeuta, Adam již žádnou pobytovou léčbu nezvažuje...

V případě Adama lze tady konstatovat, že optimální léčebný plán výrazně koresponduje s léčebným plánem skutečným. I přes omezené možnosti, které věznice a konkrétně věznice Bělušice nabízí, se Adamovi dostala péče, která odpovídala jeho aktuálním potřebám a možnostem.

Klient B

Boris (31 let) – závislý na alkoholu a pervitinu. Boris je svobodný, má dvě dcery, dvojčata - 5 let, nemá žádnou zkušenost se zaměstnáním (pracoval pouze ve výkonu trestu), má dokončené základní vzdělání, od 12 let se živí prodejem marihuany, od sedmnácti let výrobou a prodejem pervitinu. Na svobodě bydlí se starší sestrou a dcerami, které má sestra klienta prozatím svěřeny do péče. Boris s matkou svých dcer nežije a již nejsou ani v žádném kontaktu. Žena je uživatelkou drog a jakoukoli pomoc odmítá, o své děti zájem nejeví již od jejich narození. Boris má další tři starší sourozence, se kterými v současné době neudrhuje žádný kontakt. Boris byl nejmladším dítětem v rodině. Po smrti matky, která zemřela při hromadné dopravní nehodě, se o Borise starala o jeho 10 let starší sestra, svého otce Boris nikdy nepoznal. Na ZŠ byl průměrným žákem, zhoršil se v sedmé třídě po smrti matky. Po základní škole nastoupil na střední odborné učiliště a chtěl se vyučit truhlářem. Školu bohužel opustil již v prvním pololetí prvního ročníku. Od 12 let kouří marihuanu a pije alkohol, nejdříve příležitostně, později téměř denně. Od 15 let užívá pervitin (rekreačně, 2x měsíčně, nosem) od 17 let téměř denně, v 16. letech poprvé intravenózní užití. v 16 letech též začal experimentovat s heroinem a dalšími návykovými látkami (extáze, LSD, houbičky). V 18 letech se u klienta objevila poprvé toxická psychóza – pocity pronásledování. Od té doby se tyto pocity se střídavě objevují doposud. Silné paranoidní představy, že ho sledují a pronásledují policisté i kolemjdoucí když je pod vlivem pervitinu. Pocity, že ho sledují policisté má i doma, především když je sám. Ve VTOS začal i s užíváním léků na předpis, které jsou pro něj dostupné. Jedná se především o léky jako Rivotril, Lyrica, Lexaurin a především Neurol. Boris byl několikrát testován na HIV i hepatitidu C, naposledy před půl rokem při nástupu do VTOS s negativním výsledkem. Ve výkonu trestu odnětí svobody je již po třetí. Boris byl souzen několikrát za výrobu a distribuci OPL a za krádeže automobilů.

Potenciál pro akutní intoxikaci je vysoký, Boris sice neužívá intravenózně, přitom ale občas kombinuje pervitin a jiné návykové látky, současně především léky na předpis. Pervitin a benzodiazepiny jinak užívá skoro denně a tolerance stále postupně stoupá. Abstinenční příznaky u klienta nastávají zhruba po 4 dnech. Klient cítí únavu, je ospalý, má hlad a především popisuje touhu „něco si dát“.

Co se týče **biomedicinských stavů nebo komplikací**, Boris je dle posledních testů na HIV i VHC - negativní, screeningově byl testován před půl rokem ve VTOS, současně má zdravotní problémy s astmatem, s čímž pravidelně dochází na zdravotní středisko ve věznici.

Emocionální a behaviorální stavy a komplikace klienta jsou vcelku stabilní. Krom výkyvů nálad při abstinenčních stavech Boris netrpí úzkostmi ani depresí. Boris uvedl, že

nikdy netrpěl suicidálními myšlenkami. V 18 letech prodělal však toxickou psychózu, kdy se objevily pocity pronásledování, které se střídavě objevují dodnes.

Co se týče **akceptování, či odporu k léčbě** klient není zcela motivován ke změně, vidí problém v dosavadním životě i ve své drogové a kriminální kariéře, ale připouští myšlenku, že jinak žít neumí. Chtěl by být dobrým otcem pro své dcery, které jsou dle všeho jeho hlavním a nejspíše i jediným možným zdrojem motivace k léčbě. Klient však prozatím nevidí smysl léčbě jako takové a nutností zcela abstinovat.

Kolo změny: fáze prekontemplace, Boris sice vnímá své užívání a především následky trestné činnosti jako problém, přesto se utvrzuje, že své chování dokáže kontrolovat a změnu životního stylu, především v užívání OPL odmítá. Přesto si je klient vědom kladů i záporů svého jednání a nevyvrací možnou změnu ve svém přístupu k léčbě. Je nakloněn určitým intervencím, u kterých nebudou na klienta kladeny vysoké nároky.

Co se týče možného **potenciálu pro relaps**, tak se klient pokoušel v minulosti sám již několikrát abstinovat, ale po pár dnech, někdy i týdnech, kdy se objevili abstinenční příznaky zrelapsoval. Nucen abstinovat byl ve výkonu trestu odnětí svobody, kde neměl v minulosti pravidelný přístup k drogám, přesto však občasně užíval i tam. V současném výkonu trestu, kde je již pár měsíců, je situace jiná. Klient má jisté prostředky, kterými si obstarává především pervitin a léky na předpis.

Vztah klientova okolí k léčbě není zcela ideální. Klient má oporu pouze ve své sestře, se kterou žije a která má v péči jeho dcery. Sama sestra má zkušenosti s užíváním návykových látek, ale pouze rekreačně. Dle klienta sama sestra dosti holduje alkoholu a nevnímá alkohol jako návykovou látku. Ostatní sourozenci klienta mají své vlastní rodiny a s klientem se nestýkají. Klientova bývalá přítelkyně, matka dvojčat je uživatelka pervitinu a již přes čtyři roky o ni nemá žádné zprávy. Přátelé, které klient kolem sebe má, jsou všichni uživatelé návykových látek, převážně se jedná o přátele, se kterými Boris páchal trestnou činnost.

ANAMNÉZY:

Adiktologická anamnéza

Poprvé se klient setkal s drogami již na základní škole. Po smrti matky se zhroutil a uzavřel do sebe. Přilnul ke kolektivu starších a problémových žáků, kteří ho vzali pod „svá křídla“. Snažil se zapadnout do jejich kolektivu a ve dvanácti letech poprvé vyzkoušel alkohol a marihuanu. S jedním spolužákem poté začali marihuanu i pěstovat a prodávat, čímž si klient ve svém adolescentním věku přišel i na nemalé peníze. V patnácti letech se stejnou partou starších přátel začal experimentovat i s jinými látkami. Nejprve pervitinem, který klient užíval nosem a postupem času přišel na řadu i heroin, LSD, extáze a houbičky. V 17 letech užíval Boris pervitin už pravidelně skoro každý den. Klient uvedl, že vyzkoušel pouze jednou užít i. v. V této době Boris také často kombinoval pervitin a alkohol. Uvádí, že dokázal vypít během večera dvě lahve vína nebo láhev tvrdého alkoholu. V 18 letech se u klienta prý po jedné večerní párty, kde se hojně užíval pervitin, rozvinula toxická psychóza. Doposud klient prý pociťuje její vliv a to konkrétně stihomamy a pocity pronásledování.

V minulosti se klient snažil již několikrát abstinovat. Vždy se povedlo abstinenci od pervitinu udržet pouze v řádu dní či týdnů. Co se týče alkoholu, klient uvádí na svobodě abstinenci nulovou. Borise údajně svádí okolí lidí, se kterými tráví volný čas a také stresové situace. Boris nikdy v žádné léčbě nebyl. Jedinou službu, kterou využíval, byl servis v kontaktním centru. Přesto, že nevyužíval výměnný servis, docházel do nízkoprahu se svými přáteli a bývalou přítelkyní.

V současné době, po nástupu do VTOS klient přístup k alkoholu nemá, uvádí ale přístup k pervitinu a lékům na předpis, převážně lékům bentodiazepinového typu. Každodenně tedy kombinuje pervitin, Neurol, Lexaurin, Rivotril či Lyricu. S Borisem se setkáváme na individuálním poradenství na základě doporučení psychiatra.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Po smrti matky, začal mít klient problémy v sociální sféře. Experimenty s návykovými látkami ho postupně vyřadili z dosud známého kolektivu přátel. Rodinná situace také nebyla příznivá, jelikož starší sourozenci šli každý svou vlastní cestou a Borisovi se „věnovala“ jedna starší sestra, která k němu měla nejvřelejší vztah, přesto mu matku nahradit nemohla. Boris byl osamělý a uzavřel se do sebe. Ve škole se mu údajně věnoval školní psycholog formou krátkých setkání. Boris si však z té doby údajně nic nepamatuje.

V dospělosti se Boris s psychologem setkal až v prvním výkonu trestu odnětí svobody a s psychiatrem až před pár měsíci, kdy se snažil pod záminkou nesnesitelných úzkostí získat legálně předepsané léky.

DIAGNOSTICKÉ NÁSTROJE

Dotazník závislosti

Cítil jste během posledních 12 měsíců silnou touhu nebo nutkání užívat drogu?	Ne - Někdy - Často
Nedokázal jste se ve vztahu k droze ovládat? (Vzal jste si ji i tehdy, když to bylo nevhodné, nebo jste si vzal víc, než jste původně chtěl?)	Často - Někdy - Ne
Měl jste tělesné odvykací potíže po vysazení drogy nebo jste bral nějakou drogu či lék proto, abyste odvykací potíže mírnil?	Často - Někdy - Ne
Zvyšoval jste dávku, abyste dosáhl účinku, původně vyvolaného nižší dávkou?	Často - Někdy - Ne
Zanedbával jste jiné zájmy kvůli droze nebo jste potřeboval víc času k získání a k užívání drogy nebo k zotavení se z jejího účinku?	Často - Někdy - Ne
Pokračoval jste v užívání drogy přes škodlivé následky, o kterých jste věděl?	Často - Někdy - Ne

Vyhodnocení

Spočítejte odpovědi „často“ a odpovědi „někdy“

0 odpovědí „často“ a „někdy“ znamená, že se patrně nejedná se o závislost.

1 - 2 odpovědi „často“ a „někdy“ - tento výsledek vyžaduje důkladnější vyšetření.

3 - 6 odpovědi „často“ a „někdy“ znamenají, že se patrně jedná o závislost.

Klient na první otázku, která se týká carvingu odpověděl „ČASTO“ – klientova odpověď pramení z faktu, že byl v posledních 12-ti měsících pod velkým stresem kvůli nástupu do VTOS a v současné době ve věznici údajně vládne taková atmosféra, že by ji bez užívání nezvládl. Současné okolí klienta prý ani nedovolí abstinovat, jelikož údajně na ložnici, kterou současně obývá, užívají všichni odsouzení. Navíc klient uvedl, že s některými odsouzenými nemá dobré vztahy a rozčiluje ho jejich chování. Užívání OPL je prý jediná možnost, jak na chvíli uniknout z reality, aby se na ložnici a na patře, které nyní obývá, „nezbláznil“.

Na druhou otázku týkající se kontroly v ovládní se, klient odpověděl „ČASTO“. I tato odpověď dosti souvisí s výkonem trestu odnětí svobody, vzhledem k tomu, že pokud v současné době užívá, porušuje tím klient zákon. Nevhodnými situacemi před uvězněním se rozumí především užíváním alkoholu doma za přítomnosti malých dcer, což klient vnímá jako nevhodné pouze proto, že se opíjel tvrdým alkoholem a uvádí, že byl tak opilý, že se o dcery musela starat pouze jeho sestra.

Další otázka se týká syndromu z odnětí drogy, načež klient odpověděl „ČASTO“. Klient již zmínil, že se odvykací stav projevuje již po čtyřech dnech až jednom týdnu abstinence a vyvolává v něm silnou únavu, ospalost, hlad a silný craving. Úzkosti a deprese klient připouští až nyní ve VTOS, předtím ho deprese údajně netrápily. Suicidální myšlenky klient nepřipouští vůbec.

V dalším bodě, týkajícím se zvyšování tolerance klient uvedl „NĚKDY“. Tolerance se u klienta zvyšuje především v souvislosti s užíváním benzodiazepinových preparátů, které v současné době klient kombinuje s pervitinem. Před pár měsíci údajně užíval dva léky denně (např. Lexaurin), nyní užívá klidně až 8-10 Neuroolů, aby dosáhl „potřebného uklidnění a své nálady“

Na další otázku, která se týká upřednostňování drogy před zájmy, klient odpověděl „NĚKDY“. Klient uvedl, že když užíval denně a do toho pil ve velké míře alkohol, páchal trestnou činnost a nevěnoval dostatek pozornosti svým dcerám. Přesto když se snažil užívat „kontrolovaně“, svým dcerám se věnoval více a dokonce prý měl snahu si najít i stálé zaměstnání.

Na poslední otázku, zda klient pokračoval v užívání drog i přes zjevné škodlivé následky, odpověděl „ČASTO“. Klient si je vědom dopadů svého užívání, přesto ale stále vyzdvihuje spíše klady, nežli zápory (především alkoholu).

Drug abuse screening test (Screeningový test zneužívání drog) – DAST

- | | |
|--|------------|
| 1. Užíval jste někdy drogy pro jiné než lékařské účely? | ANO |
| 2. Zneužíval jste léky na předpis? | ANO |
| 3. Užíval jste více než jednu drogu najednou? | ANO |
| 4. Můžete se přes týden obejít bez drog (resp. Jiných než předepsaných)? | NE |
| 5. Jste vždy schopni přestat s užíváním drog, když to chcete? | NE |
| 6. Užíváte drogy průběžně? | ANO |
| 7. Jste schopni omezit své užívání za určitých situací? | ANO |
| 8. Měl jste „výpadky“ nebo „flashbaky“ jako následek užití drogy? | ANO |
| 9. Cítil jste se někdy špatně kvůli svému užívání? | ANO |
| 10. Stěžoval si někdy váš (vaše) partner (partnerka), (nebo rodiče), že užíváte drogy? | ANO |
| 11. Vědí přátelé nebo příbuzní o vašem užívání, nebo vás z toho podezřívají? | ANO |
| 12. Působilo vaše užívání někdy problémy ve vztazích s partnerem (partnerkou)? | NE |

- | | |
|---|-----|
| 13. Vyhledával někdo z vaší rodiny pomoc pro vaše problémy způsobené užíváním? | NE |
| 14. Ztratil jste někdy přátele v důsledku vašeho užívání drog? | NE |
| 15. Zanedbával jste někdy svou rodinou nebo vynechával jste práci z důvodu užívání? | ANO |
| 16. Měl jste někdy problémy v práci kvůli vašemu užívání drog? | NE |
| 17. Ztratil jste někdy práci v důsledku užívání drog? | NE |
| 18. Zapletl jste se někdy do rvačky pod vlivem drog? | ANO |
| 19. Byl jste někdy zatčen kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog? | ANO |
| 20. Byl jste někdy zatčen za řízení pod vlivem drog? | NE |
| 21. Účastnil jste se někdy nelegálních aktivit za účelem získat drogu? | ANO |
| 22. Byl jste někdy zatčen za držení nelegálních drog? | ANO |
| 23. Měl jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdé drogy? | ANO |
| 24. Měl jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog?
(ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení, atd.) | NE |
| 25. Žádal jste někoho o pomoc se svými problémy v důsledku užívání drog? | NE |
| 26. Byl jste někdy v nemocnici v souvislosti se zdrav. Problémy v důsledku užívání drog? | NE |
| 27. Byl jste někdy zapojen do specializovaného léčebného programu? | NE |
| 28. Byl jste kvůli užívání drog léčen ambulantně? | NE |

Počet bodů 16

Bodové hodnocení a interpretace: 1 bod je dán za každou kladnou odpověď (ANO), vyjma položky 4, 5 a 7, u kterých se počítá bod za odpověď NE.

Méně než 6 bodů – klient s vysokou pravděpodobností **nemá** problém se zneužíváním návykových látek,

6-11 bodů - klient **může, ale nemusí mít** problém se zneužíváním návykových látek,

12 bodů a více - klient s vysokou pravděpodobností má problém se zneužíváním návykových látek.

Klient v tomto testu získal 16 bodů, přesto ale musíme zohlednit některé otázky, na které klient nemohl odpovědět jednoznačně. Například se jedná o otázku č. 16 a 17, která se týká pracovní schopnosti a vlivu drog. Klient nikdy nepracoval (pokud se nebavíme o práci ve VTOS, tudíž nemohl důsledkem drog přijít o zaměstnání. Ve VTOS pracoval vždy narázově a spíše se jednalo o nehodnocenou práci pouze pro potřeby věznice.

AUDIT

Dotazník na zjišťování problémů s alkoholem

„Upozornění: termín „jeden alkoholický nápoj“ znamená: 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu“

1.	Jak často si dáte alkoholický nápoj?	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	2-4krát za měsíc	2
	2-3krát za týden	3
	Vícekrát než 4krát za týden	4
2.	Kolik alkoholických nápojů si dáte v typický den, kdy pijete?	
	Žádný	0
	1-2	1
	3-4	2
	5-6	3
	7-9	4
	10 a více	5
3.	Jak často si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
4.	Jak často jste v posledním roce zjistil/a, že nemůžete přestat pít, když jednou začnete?	

		Nikdy	0
		Méně než jednou za měsíc	1
		Měsíčně	2
		Týdně	3
		Denně nebo téměř denně	4
5.	Jak často v posledním roce jste kvůli pití nezvládl/a udělat něco, co se od vás očekávalo?		
		Nikdy	0
		Méně než jednou za měsíc	1
		Měsíčně	2
		Týdně	3
		Denně nebo téměř denně	4
6.	Jak často v posledním roce jste se potřeboval/a napít alkoholu (včetně piva) po ránu, abyste se dal/a do pořádku po předchozím pití?		
		Nikdy	0
		Méně než jednou za měsíc	1
		Měsíčně	2
		Týdně	3
		Denně nebo téměř denně	4
7.	Jak často v posledním roce jste měl/a po předchozím pití výčitky svědomí nebo lítost?		
		Nikdy	0
		Méně než jednou za měsíc	1
		Měsíčně	2
		Týdně	3

	Denně nebo téměř denně	4
8.	Jak často v posledním roce jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc?	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
9.	Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný zranění jako výsledek vašeho pití?	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4
10.	Byl člen vaší rodiny, partner, kamarád, lékař apod. znepokojený vašim pitím nebo vám doporučil, abyste přestal?	
	Nikdy	0
	Méně než jednou za měsíc	1
	Měsíčně	2
	Týdně	3
	Denně nebo téměř denně	4

Hodnocení: 14 bodů

„Součet bodů vyšší než 8 svědčí o rizikovém chování, které vyžaduje hlubší pozornost a/nebo další sledování. (Vermeulen et al., 2004).“

Klient v tomto testu dosáhl 14 bodů, což jak je zmíněno výše, značí rizikost chování. Přesto je zřejmé z klientova portrétu, že užíval alkohol ve větší míře a nyní dle

diagnostického nástroje AUDIT vykazuje vysoké hodnoty. V posledních měsících ve VTOS však nemá klient k alkoholu přístup, tudíž nedobrovolně abstinuje. Můžeme však předpokládat, že pokud se nezmění klientův přístup a pohled na alkohol, po propuštění z VTOS bude situace s užíváním alkoholu podobná, jako tomu bylo v předešlém roce.

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Pokud zohledníme diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami, konkrétně u užívání pervitinu a alkoholu (v současné době nejspíše i farmak) a dále budeme vycházet z mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10), mohli bychom usoudit, že klient vykazuje známky syndromu závislosti, jednalo by se tedy o diagnózu F19.2. Tato diagnóza se může stanovit, pokud klient vykazuje alespoň tři ze šesti následujících kritérií:

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku- toto kritérium klient **splňuje**. Dle profilu klienta a dotazníkového šetření je zřejmé, že klient pociťuje silnou touhu užívat drogu, dokonce i v nevhodných situacích má klient problémy se ovládat a vyhledává látky i za cenu porušení trestního zákona a hrozby navýšení trestu odnětí svobody.

2. potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky- Toto kritérium klient nespĺňuje. Klient nevykazuje problémy s kontrolou množství či ukončením „jízdy“ a to i především s ohledem na současné „omezené“ množství dostupných látek. Přesto bychom neměli opomenout stále více nerůstající množství léků, které klient užívá téměř denně.

3. psychosomatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky- uvedené kritérium klient **splňuje**. Již po několika dnech se dostavují prokazatelně symptomy, které nasvědčují syndromu z odnětí látky. Klient též prožívá silné nutkání užít drogu.

4. průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami- Toto kritérium **splňuje** Boris především, pokud se jedná o farmaka benzodiazepinového typu. Co se týče pervitinu, sám klient uvedl, že tolerance mírně stoupá, především pokud užívá pravidelně.

5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku- Boris **splňuje** i toto kritérium. Dle profilu klienta a dotazníkového šetření můžeme konstatovat, že za dobu před uvězněním prokazatelně zanedbával péči o své děti v souvislosti s užíváním pervitinu a alkoholu. Páchal trestnou činnost za účelem obstarání si drog a financí.

6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků- Poslední kritérium Boris též **splňuje**. I přesto, že si je vědom následků užívání, rizik spojených s páčáním trestné činnosti, klient nezměnil své jednání, ani se o to nepokusil. Například sám klient vnímá i přes odmítání škodlivosti alkoholu, že opíjet se tvrdým alkoholem před svými dětmi není zcela v pořádku.

CMRS a kolo změny

Mohli bychom usoudit, že se klient v modelu změny dle DiClementa a Prochasky, nachází ve fázi PREKONTEMPLACE- tedy vnímá určité aspekty svého jednání jako problém. Především vnímá jako problém trestnou činnost, kvůli které se opět dostal do VTOS. Utrvuje se v myšlence, že kontrolovanější užívání pervitinu a legální přísun peněz by byl dostačující pro běžný a spokojený život. V užívání alkoholu Boris nevidí žádný problém.

S ohledem na tyto klientovi postoje je znatelné, že klient léčbu jako takovou odmítá. Nedokáže si představit úplnou abstinenci a k návykovým látkám má prozatím kladný vztah. Přesto ale je klient nakloněn určitým intervencím, které by nevyžadovali abstinenci.

OKOLNOSTI- Okolnosti, které klienta k této fázi vedou, jsou spojené se silným carvingem a malé podpoře okolí. Dále můžeme zmínit i nedostatek sebedůvěry, nedostatek důvěry k ostatním lidem a s tím i související určitý odpor k nějaké léčbě. Další okolností spojenou s fází prekontemplace, může být i neschopnost převzetí role jako otce a nepřijetí zodpovědnosti.

MOTIVACE- klient není motivovaný ke změně svého životního stylu. V současné době klient připouští, že si neumí představit, že by razantně změnil svůj život, jelikož tímto způsobem žije již řadu let a jinak žít neumí. Hlavním motivačním faktorem by pro něj v budoucnu mohly být jeho dvě dcery, pokud by chtěl s nimi tvořit a udržovat nějaký vztah. Dalším bodem motivačního rozvoje by mohla být i sestra, která částečně převzala roli jeho matky. Rozvoj motivace by také v budoucnu mohl pramenit z možnosti ukončení kriminální kariéry.

PŘIPRAVENOST- Přesto, že klient není motivovaný k léčbě, je v současnosti možnost pracovat na jeho motivaci. Klient je nakloněn ke spolupráci určitou formou a vzhledem k situaci ve VTOS by byl nakloněn na práci s cílem kontrolovaného užívání. Z tohoto pohledu můžeme tvrdit, že klient není připraven zapojit se do léčebného procesu jako takového. Jeho motivace není ukotvená a přes uvědomění částečné škodlivosti užívání, stále obhájuje svůj životní styl.

VHODNOST- Vzhledem ke klientově nízké motivaci a nepřipravenosti na léčbu můžeme usoudit, že vhodná alternativa pro klienta by byla nejprve intenzivní práce na motivaci a zvědomování aspektů škodlivosti užívání OPL. Vzhledem k občasným paranoidním

představám je zde na místě uvažovat o krizové intervenci a případně spolupráci s psychiatrem. Co se týče případné medikace, je zapotřebí zvážit okolnosti VTOS i fakta, že již v současné době se klient „medikuje sám“ farmaky na předpis. S ohledem na možnost snižování tolerance je opět zapotřebí krizových intervencí a intenzivní práce s motivací. Také je důležité brát ohledy na podporování klienta a akceptování jeho rozhodnutí, podporou klientovi sebedůvěry a sebeúcty. Je důležité, aby klientovi aktuální potřeby byly naplněny a aby bylo přihlédnuto k jeho přáním a možnostem určitý program absolvovat.

OPTIMÁLNÍ LÉČEBNÝ PLÁN

Zdůvodnění

Přesto, že klient není motivovaný k léčbě a na léčbu připravený, bylo by vhodné s klientem intenzivně pracovat a podporovat ho v motivaci. Motivaci k léčbě zvýšit a zvědomovat možnosti a meze dostupné péče. Klientova motivace by mohla být založena na přání určité osobní změny, což můžeme považovat za základ v práci s jeho motivací a klienta postupně nasměrovat prozatím ke snižování užívané dávky a vysazování farmak. Opět je důležité především myslet na vhodné intervence, tedy nalézt takový program a přístup, který vhodně koresponduje s aktuálními potřebami a možnostmi klienta.

Kritéria, která je třeba dle profilu klienta hodnotit, jsou následující:

1. potenciál pro akutní intoxikace nebo abstinенční příznaky- **III. Úroveň**
2. Biomedicínské stavy nebo komplikace- **I. Úroveň**
3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace- **II. Úroveň**
4. Akceptování nebo odpor k léčbě- **IV. Úroveň**
5. Potenciál pro relaps- **III. Úroveň**
6. Vztah okolí k léčbě- **III. Úroveň**

Klient má velký potenciál pro akutní intoxikaci a vznik abstinенčních příznaku, jeho odpor k léčbě je značný a je zapotřebí s klientem pracovat intenzivněji na jeho motivaci alespoň k nějaké změně jeho chování. Přitěžující okolností může být i fyzický odvykávací stav, který zřejmě nastane po vysazení benzodiazepinů. Značné riziko můžeme vnímat i v potenciálu pro relaps, jelikož klient nemá žádné zkušenosti s dlouhodobou abstinencí, nemůžeme očekávat, že bychom čerpali z pozitivních zkušeností. Vzhledem k prostředí, ve kterém se Boris nachází, také nemůžeme očekávat podporující faktory k případnému udržení nějaké navozené změny chování.

Dostupné léčebné programy:

1. Úroveň – ambulantní léčba: Jak je již uvedeno u klienta A, léčbou I. úrovně můžeme ve věznici Bělušice rozumět adiktologickou ambulanci, aktivity poradny drogové prevence a spolupráci s adiktologem nestátní neziskové organizace.

Vzhledem k obrazu klienta, který s léčbou soupeří a nedostatku motivace ke změně i „toxickému“ prostředí, by klasická forma ambulantní péče nemusela být vhodná ani účinná. Ve věznici však nalezneme formy péče, které by klient mohl akceptovat, a u kterých by na klienta nebyli kladeny přehnané nároky. Vzhledem k absenci úplné abstinence bychom měli spíše volit služby, u kterých klient může otevřeně hovořit o svém užívání, aniž by za to byl trestán. Formy edukativní práce s klientem by však také v tomto případě mohli přispět k určitému uvědomění.

2. Úroveň – intenzivní ambulantní léčba: Vzhledem k tomu, že klient nemá stanovenou soudně nařízenou léčbu stacionárního typu, ani by v této věznici nebyla dostupná, nemůžeme o ni uvažovat. Pokud by však dostupná byla, nebyla by pro klienta vhodnou alternativou, pokud by klient zůstával ubytován ve stávajícím prostředí. Pozitivní formou této péče můžeme vnímat intenzivnější intervence a strukturovaný program, který by mohl působit na jeho motivaci. Mohl by mít ale také opačný účinek, vzhledem k nárokům, které by tento program kladl na klienta.

3. Úroveň – intenzivní ústavní léčba pod lékařským dohledem: Specializovaný oddíl, který můžeme zařadit ke třetí úrovni adiktologické péče je opět pro klienta nevhodný. Přesto, že má klient za sebou dlouholetou drogovou kariéru, není zcela motivován k podstoupení léčby v tomto programu. Je zde vyžadována úplná abstinence, což by u klienta bylo reálné v případě, že by získal psychiatrické láky legálně a postupně by je vysazoval. Pozitivními aspekty této péče by byla jednoznačně změna v prostředí. V ideálním případě by se Boris pohyboval v bezpečném prostředí, kolem lidí s motivací ke změně, medikovaný léky, potlačující craving a za pomoci terapeutického působení by procházel změnou. Profitovat by klient mohl také z intenzivnější individuální a skupinové terapie, která je zde zastoupena více než v jiné péči nabízené věznicí.

4. Úroveň – intenzivní ústavní léčba řízená lékařem: Jak je již zmíněno výše, tato péče zde není dostupná. Ani Boris nemá soudně nařízenou ústavní léčbu. Přesto můžeme poznamenat, že pokud by Boris měl soudně nařízenou ústavní léčbu a nacházel by se ve věznici, která by umožnila léčbu pobytovou vykonávat, mohl by z ní profitovat, pokud by došlo k navázání důvěryhodného terapeutického kontaktu a podpoře motivace ke změně. Boris má však k léčbě určitý negativní postoj a bylo by možné, že by snaha o motivaci a nedobrovolná léčba mohla mít opačný účinek.

Co se odborné péče u Borise týče, vzhledem ke zhodnocení aspektů možné nabízené péče by bylo nejvhodnější vytrhnout klienta z jeho současného prostředí a intenzivněji s ním pracovat individuální formou na motivaci. Bohužel v tomto prostředí není možné uchýlit se k takovým krokům jednoznačně. Pokud Boris nezmění svůj přístup, nebude se moci zasloužit o přesun na jiný oddíl. Ani to však nezaručuje ve věznici výběr spolubydlících či možnost pobývat s někým, kdo nebude pro klienta rizikový.

Z diagnostických kritérií a celkového obrazu klienta je zřetelné, že klient není na léčbu jako takovou připraven a nechce ji akceptovat. Léčebné programy, které by klientovi mohli pomoci ve změně životního stylu tedy nemůžeme klientovi indikovat. Při nepřipravenosti a umístění Borise do služby, na kterou není připraven by mohlo klienta odradit a utvrdit ho v jeho negativním postoji ke změně.

Vzhledem k odporu k léčbě by bylo vhodné zprvu nepřehánět s motivačními rozhovory a intenzivní prací na změně a spíše nechat hovořit klienta o jeho představách a potřebách. Musíme uvážit možnosti klienta akceptovat danou intervenci, kterou mu nabízíme. Vhodné se zdá v první řadě navázání důvěryhodného terapeutického vztahu, kde klient může otevřeně hovořit o své závislosti a problémech s ní spojené, aniž by za své chování byl trestán.

Vzhledem k důležitosti důvěryhodného „poradce“ by bylo vhodné nakontaktovat Borise s externím pracovníkem. Ve spolupráci s externistou, který není primárně zaměstnancem vězeňské služby by se mohl klient více otevřít a navázaný vztah by mohl snáze rozvíjet Borisovu motivaci a posouvat ho k určité změně. Další výhodou práce s externistou je možnost kontaktu odborníka s rodinou mimo věznici, což by v tomto případě mohlo být velice přínosné. Nesmíme však opomenout zmínit, že ani tento kontakt zdaleka nesupluje prvky rodinné terapie.

Metody, ze kterých by Boris mohl mít prospěch by mohly být v první řadě **motivační rozhovory**, které by směřovaly klienta k omezení množství užívaných návykových látek, či postupně posouvat klienta v „kole změny“ a k pochopení škodlivých vlivů drog a jejich souvislostí s problémy v sociální a kriminální sféře.

Dále by klient mohl profitovat z **individuálního poradenství a terapie**, kde by mohl otevřít různá témata, se kterými se doposud nechtěl zabývat, či jim neporozuměl. Mohl by se v rámci bezpečného terapeutického vztahu poprvé setkat i s konstruktivní podporou a oceněním. Nesmíme opomíjet ani **edukaci a poradenství**, jak v problematice drogové, či například zdravotní, socioekonomické a trestněprávní...

Pokud by se klient zapojil do **skupinových aktivit**, například edukativních aktivit poradny drogové prevence, mohl by i z nich čerpat určitou motivaci. Skupiny jsou složeny z klientů s různým stupněm motivace v různých stádiích změny a setkal by se například i s lidmi, kteří mají pozitivní zkušenosti s nějakým typem léčby či intervence. Pokud by ve

skupině došlo k diskuzi či interakci s takovým člověkem, mohlo by to mít na klienta pozitivní vliv.

Vzhledem ke klientovým pracovním návykům a zkušenostem, které jsou téměř nulové, bych i z hlediska náplně volného času a rozptýlení volila zapojení se do pracovního procesu ve věznici. Jelikož zde v současné době není možnost účastnit se intenzivní léčby, měl by Boris možnost požádat o pracovní zařazení. Dalším pozitivním aspektem práce ve vězení by krom získávání pracovního návyku, zodpovědnosti a pracovních zkušeností byl i přivýdělek a možné postupné splácení dluhů.

Jako velice produktivní metodu pro tohoto klienta bychom mohli volit i **práci s rodinou**, jelikož se zdá, že právě jeho rodina by do budoucna mohla být hlavním důvodem motivace ke změně. Tato metoda by mohla dopomoci nejen klientovi, ale také jeho sestře v uvědomění určitých aspektů jejich vztahu a závislostí. Do budoucna by mohl klient mohlo dojít k vyjasnění a stanovení pravidel a rolí v domácnosti, klient by mohl převzít i více zodpovědnosti za své děti a podílet se na chodu domácnosti. Bohužel v tomto prostředí je terapie zaměřená na fungování rodiny nerealizovatelná, tudíž se můžeme bavit pouze o scénáři možného vývoje této terapie po výstupu klienta z výkonu trestu odnětí svobody.

SKUTEČNÝ LÉČEBNÝ PLÁN

V rámci adiktologického poradenství v ambulanci, kam byl klient doporučen psychiatrem poté, co se dožadoval léků na úzkosti a poruchy spánku se Boris setkává s vězeňským adiktologem. Vzhledem k tomu, že Boris nastoupil do výkonu trestu odnětí svobody před pár měsíci, teprve nedávno byl umístěn z nástupního oddílu na oddíl klasický. V rámci poradny drogové prevence se již setkal s psychologkou a na oddíle, kde nyní pobývá je v kontaktu se svým speciálním pedagogem a spolupracuje na vytváření svého programu zacházení.

Vzhledem k nabízeným možnostem poradny drogové prevence a programu zacházení si klient zvolil aktivitu pedagoga s názvem „Život bez návykových látek“ aby plnil potřebu vězeňského systému a ponížovat svůj kriminogenní faktor závislosti, který mu v systému SARPO vyšel velice vysoký. Na tuto aktivitu dochází a bude docházet pravidelně zhruba další dva měsíce. Rád by si též podal žádost a nechal se umístit na nekuřácký oddíl, vzhledem k tomu, že je Boris nekuřák a navíc by uvítal změnu svých spolubydlících, se kterými nevychází. Bohužel vzhledem k přeplněnosti věznice a omezeným možnostem není zcela jasné kdy a zda se na jiný oddíl dostane.

Boris se v adiktologické ambulanci ocitl na žádost psychiatra, tedy nepřichází zcela dobrovolně. Na začátku sezení klient nekomunikuje a je odtažitý. Jeho zájem se upíná

k možnostem získat léky na předpis. Po prvním kontaktu se klient ale nechá přesvědčit k další návštěvě, která se uskuteční po 14 dnech.

Během dalších dvou sezení je získáno od klienta značné množství informací, které můžeme využít k sestavení komplexnějšího obrazu o výchozí situaci. Klient přistupuje na pravidelný kontakt 1x za 14 dní či za 3 týdny, vzhledem k vidině možných výhod v budoucnu s usnadněním života ve věznici.

Na klientovi je ale patrné, že si stále drží určitý odstup. Vzhledem k vyjádřené nedůvěře ze strany klienta na vězeňskou službu a její pracovníky, nabízí adiktolog možnou spolupráci s adiktologem nestátní neziskové organizace, která dochází pravidelně do věznice a poskytuje individuální poradenství a terapie. Bohužel ani tento návrh se klientovi nikterak nezamlouvá a vyjadřuje se vůči další péči nedůvěřivě.

Adiktolog tedy ponechává prostor a čas možnému vývoji na straně klienta a dále s ním udržuje kontakt. Klade si ale za podmínku určitý cíl, na základě kterého se budou setkávat. Na další schůzce je vytyčen cíl stabilizace a případného postupného snižování benzodiazepinů. Každé setkání je věnováno motivačním rozhovorům, technikám zvládnutí agresivity, možnostem, jak trávit čas apod.

Vývoj Borise byl vcelku kolísavý. Setkání probíhala sporadicky, většinou se Boris odmítl dostavit na setkání, když nezvládl udržet užívání látek pod kontrolou a záměrně se vyhýbal kontaktu s adiktologem. Můžeme se domnívat, že nechtěl hovořit o svém užívání, či se mohl bát nějakých trestů či konfrontace. Vzhledem k jeho nedůvěře k pracovníkovi by to bylo jisté vysvětlení. Boris se dostavoval na setkání jen pokud měl dobrou náladu a chtěl být oceněn, když se měl možnost pochlubit výsledkem při snižování užívání. V rámci těchto sezení se však nechtěl příliš vracet k situacím, kdy se nedostavil.

Nakonec spolupráci s adiktologem přerušil na základě žádosti o přeložení do jiné věznice, kvůli vzdálenosti od rodiny (sestry), která by ho nemohla jezdit navštěvovat tak daleko. Borisovi bylo po pár měsících vyhověno a byl eskortován do jiné věznice s příslibem, že sám vyhledá kontakt a bude se snažit spolupracovat například s neziskovou organizací.

Na případu Borise můžeme demonstrovat, že i přes snahu vytvořit co nejoptimálnější léčebný a intervenční plán, narážíme na spoustu dalších vlivů, které mohou ovlivnit cestu klienta. V tomto případě tedy nebyl optimální léčebný plán realizován. Přesto se můžeme domnívat, že snaha všech účastníků v těchto interakcích přinesla klientovi určitou možnost získat pozitivní zkušenost s kontaktem s odbornou službou.

4. DISKUZE A ZÁVĚR

V závěrečné diplomové práci jsem se chtěla zabývat tématem problematiky vhodného párování potřeb a efektivních intervencí ve vězeňském prostředí. Jelikož jsou služby, které věznice poskytují odsouzeným klientům s adiktologickou problematikou dosti omezené, můžeme však konstatovat že s ohledem na vývoj adiktologických služeb v Evropě a potažmo i tedy v České republice, učinila Vězeňská služba České republiky značný pokrok a odsouzeným se v této oblasti určitá péče dostává. Rozhodně však vzhledem k legislativě, kapacitnímu přetlaku obloženosti věznic, personálním možnostem a jiným důvodům, není stále reálné poskytovat ve věznicích stejně kvalitní a efektivní adiktologické intervence.

Na případových studiích dvou odsouzených klientů můžeme názorně demonstrovat určitý postup terapeutickým kontinuem adiktologických služeb ve věznici Bělušice. Hlavním cílem závěrečné diplomové práce bylo prozkoumat tuto problematiku. Jak můžeme vidět u obou zmíněných klientů, docházelo v rámci úvodního hodnocení klienta při vstupu do věznice k určitému utváření obrazu o klientovi, na základě kterého mohli další odborní pracovníci utvářet individuální plány pro práci s klientem a indikovat tak vhodné intervence k co nejefektivnějšímu využití aktivit jednotlivce.

Ze svého osobního pohledu však musím konstatovat, že přesto, že jsem měla určitý základní obrázek o klientovi z úvodního zhodnocení, bylo zapotřebí dostatek času k získání komplexnějšího obrazu a aktualizaci určitých aspektů vývoje osobnosti jednotlivých klientů. Teprve až v adiktologické ambulanci se někteří klienti poprvé setkávají s určitými diagnostickými metodami či prostorem k vyjádření se k situaci a objasnění určitých nesrovnalostí, které jsou zaneseny v dokumentaci a provázejí je od počátku prvního konfliktu se zákonem. Zdá se tedy reálné, že klasické „párování potřeb s vhodnou intervencí“ zde není zcela zastoupeno. Musíme též zohlednit hledisko, že se na postupu v indikaci klienta ke vhodné péči podílí více lidí/odborníků, kteří spolu úzce nespolupracují, mají omezenou kapacitu a čas, který mohou věnovat jednotlivým klientům a je zde spíše kladený důraz na kvantitu...

Co se týče přímo adiktologických služeb a péče o klienty se závislostní poruchou, posuzování a plánování aktivit souvisí s pracovníky poradny drogové prevence. V souvislosti s vyhodnoceným faktorem závislosti, který určí systém SARPO na základě určitého naprogramovaného algoritmu se klient buď dostane, či nedostane ke spolupráci s poradnou. Kriminogenní faktory jsou hodnoceny v systému od 1-10, pokud má klient hodnotu kriminogenního faktoru 5 a více, automaticky spadá pod klientelu poradny drogové prevence, kde se ho ujímají odborní zaměstnanci, kteří mu nabízejí alternativy aktivit, jejichž absolvování umožní tento faktor snížit. Čím více aktivit klient absolvuje, tím více se mu faktor stanovený systémem snižuje a klient tak dosahuje lepších podmínek ve vykonávaném trestu, včetně přesunu ve vnitřní diferenciaci věznice. Specializované

aktivity členů poradny drogové prevence tak tedy plní účel snižování kriminogenních faktorů a napomáhají tak k plnění celkového programu zacházení. Nelze však tvrdit, že je to jediný účel těchto aktivit. Můžeme zmínit také určitý přínos pro odsouzené z hlediska edukativní a částečně i výchovné perspektivy.

Kromě těchto aktivit mají též odsouzení možnost v rámci poradny podat svou žádost o zařazení na specializovaný oddíl s terapeutickým působením a strukturovanějším programem. Bohužel však musí splňovat určité podmínky či předpoklady, včetně optimální délky trestu, motivace ke změně a psychologicko-psychiatrické schopnosti program absolvovat. Vzhledem k omezené kapacitě tohoto oddílu (39 osob) je i z hlediska vysokého zájmu o tuto službu a dlouhým čekacím lhůtám obtížné se na specializovaný oddíl dostat. I tento oddíl může být klienty vyhledáván účelově, jelikož z pobytu zde plynou určité výhody, jako je například příjemnější prostředí, více zájmových aktivit, či skutečnost, že nevzniká dluh za pobyt ve VTOS, jelikož je pobyt zde stanoven jako léčebný.

Další možnou alternativou, jak se zapříčinit o své snižování kriminogenního faktoru závislosti mají odsouzení, pokud se kontaktují sami, či za pomoci odborného personálu s nestátní neziskovou organizací. NNO, které docházejí do věznice Bělušice a pracují s klienty s adiktologickou poruchou jsou dvě a to konkrétně Drug Out Klub a Most k něději. Tyto organizace pracují formou skupinového i individuálního poradenství a spolupracují s adiktologem i s terapeutickým týmem specializovaného oddílu, a vzájemně si předávají potřebné informace a kontakty, aby zajistili co možná nejefektivnější kontinuitu potřebné péče. Například NNO Drug Out dochází do věznice jednou v týdnu na celou pracovní dobu a věnuje se zhruba 6-8 klientům individuálně formou poradenství/terapie. S jednotlivými klienty mívá pravidelný kontakt jednou za 14 dní až jedenkrát za 3 týdny. Tyto organizace si především nakontaktovávají klienty, kterým zbývá rok a méně do výstupu z VTOS, aby zajistili i zprostředkování následné péče a převzetí klienta po výstupu.

Možností věnovat pozornost své závislosti mají klienti též i prostřednictvím individuální i skupinové péče vězeňského adiktologa, ke kterému mohou být doporučení buď svým vychovatelem na daném oddílu, lékařem, psychiatrem či jakýmkoli jiným pracovníkem poradny drogové prevence i na svou vlastní žádost.

Právo mají odsouzení též odmítnout v rámci poradny drogové prevence jakékoli zapojení se do programu zacházení a aktivit nabízených poradnou drogové prevence. Bohužel však poté „spadají do červených tabulek“ a jsou vedeni v poradně jako nespolupracující klienti a pokud se sami nezapříčiní o změnu, není možné žádat lepší podmínky ve výkonu trestu.

Prostupovat těmito možnými alternativami mají klienti možnost libovoně. Většinou se však stává, že bývají v kontaktu buď s adiktologem či nestátní neziskovou

organizací, v závislosti na jejich motivaci jsou poté doporučováni na specializovaný oddíl, či zůstávají na klasickém oddílu a jsou zařazováni do práce. Nezávisle na této péči se mohou účastnit i jednotlivých aktivit poradny drogové prevence.

Co se týče určitého typu intervenčního programu, který ve věznici nenalezneme a který by jistě byl vzhledem ke zjištěným potřebám uživatelů přínosný, ráda bych zmínila kromě programů harm reduction, který již zhodnocen jako potřebný dle WHO (2006) byl a byl již uveden, také metody práce s rodinou a především ucelený doléčovací program po absolvování programu na specializovaném oddíle.

Absence rodinné terapie či práce s rodinou se ve vězeňském prostředí snaží suplovat z části intervence specializovaného oddílu, kde je možné případně při návštěvě rodinných příslušníků přizvat terapeuta. Ne však vždy je možné toto sezení zajistit a především se nemůže z časových i organizačních důvodů jednat o pravidelná setkání. Další možností, jak alespoň částečně zapojit rodinné příslušníky do procesu léčby je kontaktem skrze nestátní neziskové organizace, které s rodinou mohou navázat kontakt. Společná intervence klienta, adiktologa a rodiny je však v tomto prostředí nerealizovatelná.

V tomto prostředí však vnímám jako nejvýraznější chybějící službu právě doléčovací oddíl. Samozřejmě zde nalezneme, jako v každé věznici, výstupní oddíl, ve kterém se s odsouzenými rozebírají aspekty socializace na svobodě a s tím spojenými záležitostmi, včetně tématu prevence relapsu. Na výstupním oddílu jsou ubytováni odsouzení pár měsíců před výstupem z výkonu trestu odnětí svobody, avšak jsou zde ubytováni všichni odsouzení před výstupem, bez rozlišení absolvované či neabsolvované léčby a životních postojů. Často se tak může stát, že po absolvování léčby na specializovaném oddílu, odchází klient motivován k abstinenci zpět na běžný oddíl mezi odsouzené, se kterými rok nebyl v kontaktu a v minulosti s nimi například užíval návykové látky. Vracíme tak klienta po léčbě s určitými „zdravými“ postoji a nadhledem na svou drogovou a kriminální kariéru zpět do toxického prostředí. Přesto, že by klient měl být vybaven určitými schopnostmi a dovednostmi, jak zvládnout carving a předcházet relapsu, tímto krokem zbytečně klienta pokoušíme a riskujeme zvrát v jeho úsilí a navozeným změnám, které nemusí být ještě tolik ukotvené.

Z tohoto ohledu však není pravidlem, že by všichni klienti po ukončení programu odcházeli zpět na klasický oddíl. Každý případ je posuzován individuálně, a pokud klientovi zbývá například pár týdnů do výstupu, je možné mu pobyt na specializovaném oddílu prodloužit, aby se eliminovalo riziko možného toxického prostředí. V tomto ohledu pak ale musíme opět zdůraznit omezenou kapacitu oddílu, na který čeká další potenciální klient, připraven na léčbu... Toto jsou především důvody, proč je před nástupem na specializovaný oddíl brán zřetel na zbývající délku trestu. Nehledě na situace, kdy je možné, že si odsouzený bude po polovině svého trestu žádat o podmíněné propuštění a je zde šance, že mu bude vyhověno...

Uplatnil by se zde dle mého názoru doléčovací oddíl, kam by mohli klienti přestoupit po absolvované léčbě na specializovaném oddílu a před výstupem z VTOS. Tento oddíl by mohl tvořit kvalitní, efektivní a bezpečný most mezi léčbou ve věznici a realitou života na svobodě. Je však nutné zmínit fakta, která nejspíše brání realizovat tuto službu. Můžeme zmínit absenci odborného personálu pro zajištění tohoto oddílu, absenci místa a prostoru, vzhledem k vysoké obloženosti věznice či absenci financí ...

Z výsledků pozorovaných jevů a demonstrovaných případových studií, nelze zcela zobecnit odpovědi na výzkumné otázky. Nalezneme případy, kdy intervence vhodně korespondují s doporučenými postupy, stejně jako nalezneme případy klientů, které jsou naprosto nevhodně umísťovány a indikováni k intervencím, které nejsou schopni akceptovat a prosperovat z nich. Důvodem může být především neucelený a nejednoznačně definovaný systém odborné péče, jak uvádí ve své práci o zkušenostech se zaváděním nové adiktologické služby Nováková (2021), a účast různých a především nekomunikujících a úzce nespolupracujících odborností na vytváření individuálních plánů.

Závěrem této závěrečné práce a jejího zaměření je také nutné zmínit osobní zkušenost s prací adiktologa ve věznici a konstatovat, že jako čerstvý absolvent bakalářského studia oboru adiktologie, s téměř nulovou praxí a bez sebezkušenostní fáze psychoterapeutického výcviku, či bez jakéhokoli absolvovaného certifikovaného kurzu, například kurzu krizové intervence, se v prostředí věznice, bez dohledu zkušeného terapeutického týmu či jiného zkušeného kolegy, při setkání s náročnou a specifickou klientelou, kterou klientela věznic zajisté v různých ohledech je, můžeme setkat nejen s výzvou v naší profesní kariéře... My i náš potenciální zaměstnavatel bychom měli mít na paměti, že nejen potřeby a možnosti klientů jsou důležité párovat, abychom zvýšili šance na úspěch...

6. POUŽITÁ LITERATURA

Bolková, M., (2019) *Užívání návykových látek a rizikové chování uživatelů drog ve výkonu trestu odnětí svobody*. [Substance use and risk behavior of drug users in prison.]. Praha, 41 s., 2 příl.. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Janíková B.

Bradshaw, J., (1972) A Taxonomy of Social Needs. In: McLachlan, G. (ED.) *Problems and progress in medical care: essays on current research*. Oxford. Oxford University Press.

Drahý, František, Jindřich Hůrka a Michal Petras. *SARPO: charakteristiky odsouzených v českých věznicích: deskriptivní studie*. [Praha]: Vězeňská služba České republiky, 2018. ISBN 978-80-270-5197-7.

Ferjenčík, J., (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Chomynová, P., Grochmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J., Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021* [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2021] Chomynová, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-293-7. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-ceske-republice-2021/>

IHRA (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, UK: IHRA

Jargus, M., (2003). *Klienti ve vazbě a výkonu trestu*. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. et al., (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR-Filia Nova.

Kalina, K., (2003) *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky).

Kalina, K., (2003) *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 2. díl. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky).

Kalina, K. et al., (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kavalír, A. (2006). *Komunitní plánování sociálních služeb-příklad uplatnění antropologie v praxi*. Diploma Thesis. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta filozofická.

Kinner, S., & Rich, J. (Eds.), (2018). *Drug Use in Prisoners: Epidemiology, Implications, and Policy Responses*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Koňak, T. et al., (2019). *Operační manuál Adiktologické ambulance. Pracovní verze č. 1* - Interní dokument. Praha, VSČR.

Libra, J. et al. (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Dostupné z <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/certifikace/inovovane-standardyodborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-127658/>

Statistická ročenka VSČR (2021). DOSTUPNÉ Z: <https://www.vscr.cz/sekce/statisticke-rocenky-vezenske-sluzby>

Ministerstvo spravedlnosti ČR (2015). *Koncepce vězeňství do roku 2025*. Dostupné z <https://www.justice.cz/documents/12681/762277/Koncepce-vezenstvi.pdf/21e4adce-3e8b48de-b2e4-2cca9d63475b>

Miovský, M. et al., (2013) *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. ISBN: 978-80-905717-0-9.

Miovský, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MKN –10, (2020). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10: desátá revize. (2017). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., Vopravil, J. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Dostupné z: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/33122/871/VZdrogy2018_web%202020-01-13_V02.pdf

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2019/>

Nařízení č. 15/2020 Sb., *Sbírka nařízení ředitele Věznice Bělušice*.

Nešpor, K. (2003). Úvod do problémů diagnostiky a matchingu. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. 1. díl. Praha: Úřad vlády ČR.

Nováková, E. (2021). *Adiktologická péče v prostředí českých věznic: Zkušenosti se zaváděním nové adiktologické služby*. Praha, Diplomová práce. Univerzita Karlova, fakulta humanitních studií. Vedoucí práce: Mgr. Jiří Mertl, Ph.D.

Olecká, I., Ivanová, K. (2010). *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku*. Dostupné

z: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/pdfwww/oleckacasestudyclanek.pdf>

Pešek, R. (2018). *Jak se zbavit závislosti na alkoholu* (1. vyd.). Praha: Pasparta.

Schubertová, A., (2020). *Služby pro klienty v konfliktu se zákonem v kontextu změněného systému poskytování adiktologické péče*. [Services for clients in conflict with the law in the context of he changed system of providing addictological care]. Praha, 50 stran, 5 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce, Mgr. Hana Fidesová, Ph. D.

Trestní zákoník č. 40/2009 Sb., § 88 Podmíněné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

Ullwer, D. (2012). *Systém léčebné péče a rozsahu nabídky drogových služeb ve vězeňském systému v ČR*. (Bakalářská práce). Dostupné z

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/53894/BPTX_2010_1_11110_0_272_680_0_102923.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vavrušová, E. (2014). *Možnosti a meze práce s uživateli drog ve vazbě a výkonu trestu odnětí svobody* (Diplomová práce). Dostupné z

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/71759/DPTX_2012_1_11110_0_340_254_0_133381.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vermeulen, E., Osseman, D., Buisman, W. et al. (2004). *Medical education in substance use management*. Amsterdam: EATI (European Addiction Training Institute).

Vězeňská služba České republiky, (2022). Dostupné z: <https://www.vscr.cz/organizacni-jednotky/veznice-belusice>

Vězeňská služba České republiky, (2022). *Výroční zpráva za rok 2021*. Praha. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/uredni-deska/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-vs-cr-2021.pdf>

Vnitřní řád pro odsouzené, věznice Bělušice. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/belusice/ostatni/vrv-od-01102020.pdf>

Vyhláška č. 345/1999 Sb., *Vyhláška Ministerstva spravedlnosti, kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-345>

Wachtel, P. L. (2000). *Integrative psychotherapy*. In Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Oxford: Univerzity Press.

Watkins, R. et al. (2012). *A Guide to Assessing Needs: Essential Tools for Collecting Information, Making Decisions, and Achieving, Development Results*. World Bank. Dostupné z: <http://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2231>

WHO (2006). *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády ČR.

WHO (2014). *Prisons and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupné z http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-andHealth.pdf

World Health Organization. (2014). Prisons and health. Staženo 14.2. 2022. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf

Zákon č. 40/2009 Sb., *trestní zákoník*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

Zákon č. 58/2017 Sb., *Zákon, kterým se mění zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-58>

Zákon č. 169/1999 Sb., *o výkonu trestu odnětí svobody*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-169>

7. PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Informovaný souhlas s využitím osobních informací, získaných studiem dokumentace zdravotnického i nezdravotnického charakteru, pro účely zpracování diplomové práce s názvem

Specifické potřeby klientů ve výkonu trestu odnětí svobody – kazuistiky

Získané informace budou využity ke zpracování závěrečné diplomové práce vedené Mgr. Pavlínou Gabrhelíkovou, Ph.D. na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Diplomová práce je psána na oboru adiktologie, Adélou Mádlovou.

Já

Souhlasím s využitím získaných osobních informací o mé osobě za účelem zpracování diplomové práce. Dále souhlasím s nahlížením do dostupné zdravotnické i nezdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu. Byl jsem seznámen s cílem a záměrem závěrečné diplomové práce a úpravou osobních údajů tak, aby byla zajištěna má anonymita.

V:

Dne:

Podpis:

