

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra pedagogiky

Diplomová práce

# Sekundární prevence drogových závislostí

Vedoucí práce: doc. Michal Kaplánek, Th.D.

Autor práce: Michaela Vodová

Studijní obor: Pedagogika volného času

Ročník: osmý

2011

*Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.*

*Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.*

*V Českých Budějovicích, 31. 3. 2011*

---

*Michaela Vodová*

## ***Poděkování***

*Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce doc. Michalu Kaplánkovi, Th.D., za vstřícné, podnětné a odborné vedení práce.*

*Mgr. Tomáši Veberovi, Th.D. za možnost aktivních konzultací a za vstřícné, podnětné a odborné rady.*

*Mým přátelům za cenné rady, připomínky, korekturu a možnost diskutovat o dané problematice.*

*Mé rodině za lásku, trpělivost a podporu při studiu.*

*Tuto práci bych ráda věnovala svým rodičům za jejich životní postoj, který mi dal sílu překonat životní krizi.*

<b>Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Vymezení pojmů .....</b>	<b>10</b>
1.1 <i>Pojem droga</i> .....	10
1.2 <i>Pojem závislost</i> .....	11
1.2.1 Znamky závislosti .....	12
1.2.2 Chápání závislosti v dobovém kontextu .....	15
1.2.2.1 Biomedicínský model.....	16
1.2.2.2 Bio-psycho-sociální model .....	17
1.2.2.3 Sociální a sociálně-pedagogický přístup.....	17
1.2.2.4 Holistický model .....	18
1.3 <i>Pojem sekundární prevence</i> .....	18
1.3.1 Problematika pojmu sekundární prevence.....	19
1.4 <i>Vymezení pojmu sekundární prevence drogových závislostí</i> .....	21
<b>2. Protidrogová politika v České republice .....</b>	<b>23</b>
2.1 <i>Snižování nabídky</i> .....	24
2.2 <i>Snižování poptávky</i> .....	25
2.2.1 Primární prevence.....	25
2.2.2 Léčba a resocializace .....	26
2.3 <i>Snižování rizik</i> .....	26
<b>3. Systém prevence, léčby a sociální reintegrace.....</b>	<b>27</b>
3.1 <i>Primární prevence</i> .....	27
3.2 <i>Prevence a péče nejen o drogově závislé</i> .....	29
3.2.1 Nízkoprahové služby .....	30
3.2.1.1 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež .....	31
3.2.1.2 Terénní práce s dětmi a mládeží .....	32
3.2.1.3 Kontaktní centra.....	33
3.2.1.4 Terénní programy.....	36
3.2.2 Ambulantní a krátkodobá léčba.....	38
3.2.3 Střednědobá léčba.....	39
3.2.4 Dlouhodobá léčba – terapeutické komunity .....	41
3.2.5 Následná péče a doléčovací programy.....	42
3.2.5.1 Chráněné bydlení, chráněná práce.....	43

3.2.6 Programy metadonové a jiné substituce.....	44
3.2.7 Svépomocné programy .....	45
3.2.7.1 Anonymní alkoholici .....	45
3.3 Shrnutí .....	48
<b>4. Cílové skupiny sekundární prevence drogových závislostí.....</b>	<b>48</b>
4.1 Rizikové a protektivní faktory.....	55
<b>5. Preventivní intervence v rozsahu sekundární prevence drogových závislostí.....</b>	<b>58</b>
5.1 Včasná detekce .....	60
5.2 Včasná intervence .....	61
5.2.1 Svépomocné příručky pro rodiče.....	62
5.3 Poradenství .....	63
5.3.1 Motivační rozhovory .....	66
5.3.1.1 Pět základních postupů.....	68
5.3.1.2 Strategie.....	70
5.3.1.3 Klíčové dovednosti .....	71
<b>6. Dobrá praxe – NZDM Likusák Brno.....</b>	<b>71</b>
6.1 Osobní průzkum .....	77
<b>Závěr.....</b>	<b>80</b>
<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>85</b>
<b>Vysvětlivky.....</b>	<b>90</b>
<b>Příloha č. 1 .....</b>	<b>91</b>
<b>Příloha č. 2 .....</b>	<b>92</b>
<b>Příloha č. 3 .....</b>	<b>93</b>
<b>Abstrakt .....</b>	<b>94</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>95</b>

## ÚVOD

---

*Motto:*

*Jsem něžný, jsem krutý, ale jsem život.*

*Pláčeš? I v slzách je síla.*

*Tak jdi a žij.*

*John Lennon*

Sekundární prevence tvoří část protidrogové prevence, která je pozapomínána a podle mého názoru není řešena a uskutečňována. Tak, jak je sekundární prevence drogových závislostí pojmána a chápána v ČR (včasná intervence, poradenství a léčba), tak tvoří největší část protidrogové prevence. Myslím si, že pozornost se samostatné sekundární prevenci drogových závislostí nevěnuje už z toho důvodu, že je prezentována i jako léčba závislostí na návykových látkách, které se věnuje opravdu mnoho místa. Dalším z důvodu může být nevyjasnění hranic mezi prevencí primární, sekundární a terciární. Co ale s dětmi a mládeží, které sice jsou s návykovými látkami v kontaktu a občas to zkouší, občas „berou“, ale o syndromu závislosti se zde nedá mluvit? Dá se říci, že pro ně v systému prevence a péče v rámci drogové problematiky není místo. Pravda, ještě tu máme včasnou intervenci, ale co potom, když poznáme, že dítě je v těžké životní situaci a navíc „něco zkouší“. Podle různých výzkumů, které budou v textu dále zmíněny, je nejvíce experimentujících a příležitostně užívajících návykové látky mezi dětmi a mládeží. Je otázkou, zda včasná intervence či poradenství dostává jako řešení, nebo je potřeba s těmito dětmi individuálně a dlouhodobě pracovat na tom, aby si v konečné fázi byly vědomy možných rizik, následků a mohly se odpovědně rozhodovat? Ale není tento postoj zvláštní? Není to přece na nás, dospělých, kteří jsme si následků vědomi a můžeme tak rozhodnout za dítě?

Systém péče o drogově závislé se v České republice začal tvořit až po roce 1989. Před tímto datem se o léčbu alkoholiků zasadil Jaroslav Skála, který je považován za zakladatele systému péče o závislé osoby. Nechci tím říci, že před rokem 1989 a před založením Apolináře Skálou nebyla péče o tyto lidi v českých zemích uskutečňována. Sám Skála měl za to, že první svépomocné skupiny vznikaly již v 19. století jako pomoc sedlákům po zrušení nevolnictví, kdy si nevěděli rady s nově vzniklou svobodou a

propíjeli své grundy.<sup>1</sup> Ovšem až uvolněním politických vlivů po roce 1989 postupně vzniká prostor pro uskutečňování nových pohledů na péči o závislé osoby a protidrogovou politiku a její koncepcí.

V roce 1993 vláda ČR přijala závazky, které vyplývají z Úmluv OSN<sup>2</sup> a jmenovala v těchto otázkách svým poradním orgánem Meziresortní protidrogovou komisi. Vzniká tak oficiální protidrogová politika, které je stanovena ve čtyřech koncepcích z let 1993, 1998, 2000 a 2005. Nyní je schválená další strategie na období 2010 – 2018.<sup>3</sup>

Problémem protidrogové politiky, a to nejen v České republice, jsou převažující strategie, které jsou zaměřené na represii. Poslední tři koncepce však dávají důraz na ochranu občanů před negativními důsledky, které plynou z užívání drog. Protidrogová politika ČR se tak zaměřuje na snižování poptávky (primární prevenci, léčbu a resocializaci). Obecně je snižování poptávky chápáno jako prevence, tudíž k prevenci patří i léčba a sociální reintegrace.

V České republice je pojem sekundární prevence drogových závislostí užíván jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčbu. Přináší to terminologické obtíže v pochopení tohoto pojmu, jelikož zasahuje svým vymezením do oblasti primární i terciární prevence. Navíc je otázkou, zda léčba je prevencí nebo se zároveň s léčbou preventivní intervence využívají jako doplňující opatření před dalším poškozením?

Cílem práce je vymezit pojem sekundární prevence drogových závislostí, který není v rámci České republiky jednotně vnímán. Reflektovat nově vymezenou sekundární prevenci v protidrogové politice a v systému prevence a péče v rámci drogové problematiky v ČR a pokusit se nově přiřadit cílové skupiny a nastínit možné metody práce.

---

<sup>1</sup> Srov. NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutických komunit pro drogově závislé. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha: TK Magdaléna, 2004, s. 185.

<sup>2</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Úmluvy OSN (UN Conventions)* [online]. 2003, poslední aktualizace 08. 12. 2010 [cit. 2011-03-13]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/u/umluvy\\_osn\\_un\\_conventions](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/u/umluvy_osn_un_conventions)>.

<sup>3</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 schválena vládou* [online]. 2010, poslední aktualizace 11. 05. 2010 [cit. 2011-03-13]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/narodni\\_strategie\\_protidrogove\\_politiky\\_na\\_obdobi\\_2010\\_az\\_2018\\_schvalena\\_vladou](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/narodni_strategie_protidrogove_politiky_na_obdobi_2010_az_2018_schvalena_vladou)>.

Nejprve se zaměřím na pojmy slovního spojení sekundární prevence drogových závislostí obecně – droga, závislost, prevence a pojem sekundární prevence. Ukážu zde, že chápání těchto pojmů je závislé na kontextu doby a stále se vyvíjí. Dále se pokusím vymezit sekundární prevenci drogových závislostí (dále SP) tak, jak by mohla být vnímána a aplikována.

V dalších dvou kapitolách ukážu na systému protidrogové politiky, prevence a péče v rámci ČR, že sekundární prevence jako taková není v systému reflektována. Pro kompletní obraz vnímání protidrogové problematiky a jejího řešení v rámci českého státu a jeho strategií, se v těchto kapitolách budu zabývat podrobnějším popisem systému prevence a péče. Pokusím se v nich porovnávat pojetí SP podle vymezení Světové zdravotnické organizace (dále WHO), které je nejčastěji užíváno, s mým chápáním SP. Rozsah této kapitoly se může zdát zavádějící, mě jde ale o porovnání toho, že SP je v ČR chápána i jako léčba a sociální reintegrace (proto je v textu reflektuji a popisuji), kdežto mé chápání SP se omezuje pouze na prevenci před léčbou syndromu závislosti. Zasazení SP v tomto systému a svou snahu na to poukázat pro přehlednost zhodnotím na konci kapitoly „Systém prevence, léčby a sociální reintegrace“.

Ve čtvrté kapitole, po charakteristice různých možných cílových skupin, které jsou v drogové problematice obecně popisovány, se pokusím vymezit cílové skupiny SP. V této kapitole se také krátce zmíním o názoru veřejnosti (odborné i neodborné) na realitu experimentování s návykovými látkami u dětí a dospívajících.

V páté kapitole se budu věnovat metodám SP, které by mohly být nebo jsou používány v této souvislosti. Nejcennější metodou práce s již zachyceným klientem je podle mého názoru „motivační rozhovor“ neboli „motivační rozhovory“ jako součást strukturovaného poradenství pro děti a mládež, kteří jsou v náročné životní situaci a tzv. „zkouší“ různé návykové látky.

Šestá kapitola bude věnována příkladu dobré praxe. Během psaní této diplomové práce jsem se setkala s málo programy SP (podle mého chápání), které by poskytovaly nebo měly (určením cílové skupiny) poskytovat služby experimentujícím dětem a dospívajícím. Proto jsem se rozhodla tento určitý příklad uvést, i když jde pouze o zprostředkování jednoho článku z publikace Kontaktní práce 2010. Na základě tohoto



článku jsem si udělala malý osobní průzkum v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež na Vysočině a výsledky tohoto emailového šetření uvedu v závěru této kapitoly.

# 1. VYMEZENÍ POJMŮ

---

K objasnění, co to sekundární prevence drogových závislostí je, je potřeba se zaměřit nejprve na obecné vysvětlení pojmů tohoto slovního spojení. Co je droga, závislost a sekundární prevence, dále tyto pojmy rozvedu a popíšu je ve vztahu k oblasti drogové problematiky. Ke konci této kapitoly se pokusím vymezit pojem SP.

## 1.1 POJEM DROGA

---

Základním pojmem v problematice drog a drogových závislostí je pojem „droga“.

Pojem droga se historicky vyvíjel. Ne vždy byl pojem droga spojován s nebezpečím jejího užití. Původně toto slovo<sup>4</sup> znamenalo „*sušené orgány rostlin a živočichů, které se používaly jako léčivo*“.<sup>5</sup> V roce 1969 WHO definovala drogu jako jakoukoliv látku, která při vpravení do živého organismu pozmění jednu nebo více jeho funkcí.<sup>6</sup>

*„V Úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje“* pojem droga „*látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejítí nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt*“.<sup>7</sup>

Nejobecněji se dá říci, že drogou může být každá látka, přírodní či syntetická, která splňuje dva základní požadavky:

---

<sup>4</sup> Z francouzského „drogue“, nebo podle jiných zdrojů z holandského „droog“ – suchý.

<sup>5</sup> ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, s. 14.

<sup>6</sup> Srov. tamtéž, s. 14.

<sup>7</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Droga (drug)* [online]. 2003, poslední aktualizace 08. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/droga\\_drug](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/droga_drug)>.

- „*má takzvaný psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění, působí na psychiku.*
- *může vyvolat závislost; má tzv. „potencionál závislosti“, který může být větší či menší, ale přítomen je vždy.“<sup>8</sup>*

Z tohoto určení pojmu budu nadále ve své diplomové práci vycházet. Znamená to, že droga, vlastně návyková látka, je i alkohol a tabák.

## 1.2 POJEM ZÁVISLOST

Slovo závislost (ale i slovo droga) se v dnešní v době užívá velmi hojně. Lidé tímto slovem chtějí většinou vyjádřit, že jsou velmi zaujati něčím, co je může ovlivňovat ať pozitivně, nebo negativně. Závislost se týká pouze návykových látek, ale jsou snahy například gamblerství brát také jako závislost. I když si lze představit (a je to v podstatě výzkumem dokázáno), že gamblerství provází silná touha hrát a neovládání se (viz znaky syndromu závislosti), nelze si představit herní automat jako návykovou látku. Odborná veřejnost tyto rozdíly odlišuje v názvosloví jako za a) syndrom závislosti a za b) návykové chování.<sup>9</sup>

Podívejme se na definici závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, z které vychází diagnostika této nemoci:

*„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:*

- ***silná touha nebo pocit puzení užívat látku;***

<sup>8</sup> PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: MAXDORF 1995, s. 9.

<sup>9</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby.* Praha: Portál, 2000, s. 15.

- **potíže v sebeovládání** při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- **tělesný odvykací stav.** Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tuto látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- **průkaz tolerance k účinku látky** jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšeného množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků:** poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.<sup>10</sup>

Podle těchto znaků se posuzuje stupeň syndromu závislosti, a zda lze diagnostikovat či ne. Syndrom závislosti se diagnostikuje tehdy, pokud došlo během jednoho roku nejméně ke třem znakům závislosti. Protože dále v textu bude potřeba jasná definice syndromu závislosti – jako nemoci – popíšu zde znaky závislosti blíže.

### 1.2.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI

Pokud se osoba závislá na návykové látce rozhodne pro abstinenci, očekává se, že ji budou provázet stavy, které se klasifikují jako znaky závislosti. V této problematice budu vycházet z letitých zkušeností Karla Nešpora.

#### Znak: Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving).

Již v padesátých letech se komise odborníků Světové zdravotnické organizace shodla na definici bažení (craving) a objevilo se doporučení odlišovat tělesné a psychické bažení. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm a psychické bažení se může objevit i při delší abstinenci.

<sup>10</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 14-15.

Příznaky cravingu lze rozdělit na objektivní a subjektivní. Objektivním příznakem je například oslabení paměti, zvýšení tepové frekvence systolického krevního tlaku, prodloužení reakčního času (zhoršení postřehu) a další. Subjektivní příznaky jsou svírání na hrudi, žaludku, bušení srdce, sucho v ústech, vzpomínky na pocit pod vlivem návykové látky nutkavého charakteru apod. Silný craving nezřídka předchází relapsu<sup>11</sup> či recidivě, ale může také vést k větší opatrnosti a vyhýbání se nebezpečným situacím. To vše za předpokladu, že si nemocný plně uvědomuje tyto pocity a správně na ně reaguje. K tomu mimo jiné přispívají různé strategie jak zvládat bažení.<sup>12</sup>

### Znak: Potíže v sebeovládání.

Potíže v sebeovládání jsou s cravingem úzce spojeny, bažení sebeovládání zhoršuje, ale jak jsem již zmínila výše, může sebeovládání i posilovat. Jsou ale i lidé, kteří nepocítují silné bažení, protože si ho plně neuvědomí. „Špatné sebeovládání bez předchozího bažení se typicky objevuje za následujících okolností:

- *Pacient si špatně uvědomuje sám sebe a své emoce. V tom případě bývá logicky užitečné naučit se lépe vnímat své tělo, psychiku a zvláště emoce, k nimž má bažení blízko. K tomu lze využít psychoterapii, relaxační a meditační techniky i některé další postupy.*
- *Malé sebeuvědomění může souviset i s nadměrnou únavou a s dlouhodobým vyčerpáním. V tomto případě je na místě změna životního stylu.*
- *Zhoršit sebeuvědomění (a přímo oslabit i samotné sebeovládání) může i návyková látka, a to jiná než ta, na které je člověk závislý (např. u závislých na heroinu alkohol).*
- *Asi nejčastějším důvodem špatného vnímání cravingu a nedostatečného sebeovládání bývá to, že k recidivě návykového chování dojde rychle a automaticky*

---

<sup>11</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Relaps* [online]. 2003, poslední aktualizace 07. 12. 2010 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/t/relaps](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/relaps)>; Relaps - návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocit viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry. Někteří autoři odlišují relaps a laps (uklouznutí), označující izolované užití alkoholu nebo drog.

<sup>12</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 16; NEŠPOR, K. *Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 119 – 123.

ve vysoce rizikovém prostředí. To může být restaurace, rockový klub nebo jiné místo, které měl pacient spojené s návykovým chováním. I zde je důležité doporučit změnu životního stylu a často i přátel nebo zaměstnání. Prospěšný bývá také nácvik sociálních dovedností (např. dovednosti odmítání).

- Někdo může mít sklon bažení popírat a potlačovat je. Úzkost, která takto vzniká, může však bažení ještě zesílit a ještě dále oslabit sebeovládání.<sup>13</sup>

Tato zhoršená schopnost kontroly ve vztahu k začátku a konci užití drogy, i k jejímu množství se například projeví tak, že klient ztrácí pojem o čase, není si vědom množství užití látky. Setkáváme se s tím, že si množství vykonstruuje a leckdy i na něm agresivně trvá. Mnohdy nejsou tito lidé schopni dodržet sliby, které dají svým blízkým.

#### Znak: Somatický (tělesný) odvykací stav.

Definice podle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) zní: „skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle protražovaném) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou.“<sup>14</sup> Odvykací stav je typický projev syndromu závislosti a je nejčastějším kritériem pro zvažování léčby či rozhodnutí se pro léčbu osobou závislou na návykové látce. Projevy odvykacího stavu záleží na druhu látky, zjednodušeně se dá říci, že řada příznaků má opačný charakter než je účinek dané návykové látky.

#### Znak: Růst tolerance.

K tomu, aby se dosáhlo stejného účinku návykové látky, je potřeba stále zvyšovat dávku. Například u opiátů nebo alkoholu může závislý dojít do fáze, kdy potřebuje natolik vysoké dávky drogy, že by to mohlo usmrtit uživatele bez tolerance. S abstinencí tolerance opět klesá. Je důležité, aby uživatel-abstinující byl informován

---

<sup>13</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 18.

<sup>14</sup> NEŠPOR, K. *Odvykací syndrom a craving – Klinické a behaviorální aspekty*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*, 2003, s. 119.

o tom, že pokud by se chtěl někdy k droze vrátit, musí začít s malými dávkami, jinak může dojít k předávkování.<sup>15</sup>

#### Znak: Zanedbávání jiných potěšení a zájmů.

Závislí se postupně dostanou do stadia, kdy jim veškerý volný čas zabere shánění peněz na drogu, drogy samotné a zotavování se z jejich účinků. Tento čas je vhodné po skončení léčby pro abstinujícího naplnit něčím smysluplným. Součástí léčby je také společné hledání činností abstinujícího s terapeutem/sociálním pracovníkem, které po léčbě naplní jeho volný čas (např. návrat ke starým koníčkům).<sup>16</sup>

#### Znak: Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků.

V tomto případě se jedná o znak závislosti, jestliže je uživatel informován o škodlivých následcích svého užívání a pokračuje v užívání návykové látky i přes tato upozornění a své uvědomování si těchto negativních důsledků.<sup>17</sup>

### 1.2.2 CHÁPÁNÍ ZÁVISLOSTI V DOBOVÉM KONTEXTU

---

V této kapitole bych se velmi krátce zastavila u pojetí závislosti, jak bylo vnímáno v různých dobách, u různých společností. Nechci zde probírat dějiny užívání drog, dějiny války proti drogám.<sup>18</sup> Jde mi zde pouze o poukázání na to, že se pojetí závislosti a užívání návykových látek vyvíjí v určitém dobovém kontextu a má vliv na drogovou politiku a její metody boje. Z toho pak vychází i metody pomoci buď spojené s předsudky, nebo vzájemnou solidaritou mezi občany dané společnosti. Ne vždy bylo chápání závislosti takové jako dnes.

Za to, že závislost na návykových látkách je chápána jako nemoc, vděčíme ne moc vzdálené době – byla tak definována v USA v roce 1934.<sup>19</sup> Před tímto datem se o užívání návykových látek sice vědělo, ale bylo považováno za soukromou věc

---

<sup>15</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 22 - 23.

<sup>16</sup> Srov. tamtéž, s. 23-25.

<sup>17</sup> Srov. tamtéž, s. 25.

<sup>18</sup> K tomu mohou doporučit hojnou literaturu zabývající se tímto tématem do hloubky. Např. EVANS, K. *Válka bez konce aneb krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. Praha: Volvox Globator, 2003.; DAVENPORT-HINES, R., *Honba za zapomenutím. Světové dějiny narkotik 1500 – 2000*. Praha: BB art, 2004; HERER, J. *Spiknutí proti konopí aneb císař nemá šaty!* Bystřice pod Hostýnem: Cannabis Sativa, 1994.

<sup>19</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. TK v systému služeb pro uživatele návykových látek. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Praha: TK Magdaléna, 2007, s. 12.

bohatších vrstev, a nebylo to užívání problematické. Až poté, co užívání návykových látek proniklo i do chudších vrstev k potenciálně nebezpečným skupinám, se mění vnímání společnosti. Užívání se tak stává problematické, ohrožující morálku a zájem společnosti. Reakcí odborné veřejnosti je právě uznání závislosti jako nemoci a umožnění léčby závislým lidem.<sup>20</sup>

Podle Kamila Kaliny se rozlišují tři období<sup>21</sup>:

1. První navazuje na předchozí odstavec, kdy je problematika drog vnímána jako odborný problém, který řeší specialista kriminalista a psychiatr. Tím je ale dáno omezení v pojetí závislosti jako nemoci, i když to přispělo k zavrnutí tradičního modelu závislosti jako škodlivé sociální deviace.
2. Po roce 1960 se problematika stává společenským problémem. Je to období změny koncepce a přístupu drogových politik, a to hlavně z důvodu neúspěchu politiky předchozí.
3. Od roku 1990 se problematika drog charakterizuje jako problém globální, a to zejména z důvodu rozsáhlého nelegálního trhu s drogami. V tomto kontextu to znamená, že se tato problematika týká každého a je nutné její řešení, které nelze zredukovat na jeden přístup.

V těchto dobových kontextech vznikají různé přístupy pomoci ovlivněné také vědou a výzkumy. Chronologicky seřazené jsou to: biomedicínský model, bio-psycho-sociální model, public health, harm reduction, sociální a sociálně-pedagogický přístup a holistický model.<sup>22</sup>

### 1.2.2.1 BIOMEDICÍNSKÝ MODEL

Základem biomedicínského modelu je pojetí patogenních faktorů, které stojí za vznikem nemoci. Odstranění těchto vnějších příčin nemoci vedlo k úzdavě člověka. Postupem doby se ale ukazovalo, že v pozadí zhoršeného zdravotního stavu může stát i rizikové chování (kouření, nedostatek pohybu, nadměrná konzumace alkoholu apod.).

---

<sup>20</sup> Srov. RADIMECKÝ, J. TK v systému služeb pro uživatele návykových látek. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*, 2007, s. 13.

<sup>21</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy, s. 15.

<sup>22</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. Kapitola 1/8 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog., s. 78 – 81.



Proto se začíná mluvit o prevenci nemocí a biomedicínský model se doplňuje mimo biologickou dimenzi o další dvě – psychologickou a sociální.<sup>23</sup>

V souvislosti s drogovou problematikou tento model předpokládá, že závislost na návykových látkách je nemoc a tudíž jsou příslušnými odborníky na tuto nemoc lékaři-psychiatři. Stigmatizování nemoci jako chronické vede k tomu, že osoba závislá je celý život odkázána na aktivní abstinenci. Tento přístup zastává i dnes v mnoho lékařů – psychologů, psychiatrů. Kritici uvádějí, že nerespektuje psychosociální složky nemoci. Metody, které odpovídají tomuto modelu, staví na celoživotní abstinenci a léčbě vedoucí k ní – ústavní péče – izolace, detoxikace, léčba prací.<sup>24</sup> Tento přístup odpovídá podle Kaliny prvnímu období tzv. „droga jako odborný problém“.

### 1.2.2.2 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL

---

Bio-psycho-sociální model vychází z modelu biomedicínského, ale zároveň respektuje osobnost člověka s jeho psychickými funkcemi a vztahy k okolí ve vzájemných interakcích. „*Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.*“<sup>25</sup> Pozitivní na tomto modelu je, že člověk podle něj má schopnost (v podpoře vnitřních a vnějších podmínek) svou závislost „přerůst“ a plně se tak uzdravit. Metody, které odpovídají tomuto modelu, vycházejí z komplexnosti problému závislosti, tedy obsahují všechny tři jmenované faktory. Jsou to detoxikace, farmakoterapie, psychosociální terapie (individuální, skupinové a rodinné terapie, terapeutická komunita).<sup>26</sup> Model bio-psycho-sociální odpovídá podle Kaliny období druhému - droga jako společenský problém, a je doposud uznáván jako hlavní přístup v problematice závislosti a její prevence.

### 1.2.2.3 SOCIÁLNÍ A SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÝ PŘÍSTUP

---

Tento model zdůrazňuje vnější faktory vzniku závislosti, jako je nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova a neschopnost integrace do společnosti. Metody

<sup>23</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002, s. 20 – 21.

<sup>24</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/8 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog., s. 78.

<sup>25</sup> Tamtéž, s. 78.

<sup>26</sup> Srov. tamtéž, s. 78 – 79.

jsou tedy zaměřené na poradenství, resocializaci, reedukaci, rekvalifikaci, nácvik soběstačnosti, sociální komunikace a pracovních dovedností.<sup>27</sup>

#### 1.2.2.4 HOLISTICKÝ MODEL

---

Holistický - celostní<sup>28</sup> model vychází z modelu bio-psycho-sociálního, ale přináší do praxe pohled na člověka, který má navíc své spirituální potřeby. Podle mého názoru se holistický model zbytečně redukuje na používání alternativních metod léčby (akupunktura, tai-či apod.). I přes jejich nesporné, individuálně cílené, pozitivní výsledky si myslím, že lépe je využít tohoto modelu jako bio-psycho-sociálně-spirituálního.<sup>29</sup> Tento pojem se stále častěji objevuje v různých souvislostech, nejenom v léčbě závislostí a respektuje člověka jako „systém v systému“. V podstatě znamená potřebu komplexnosti složek systému péče a léčby závislostí, tedy multidisciplinárního přístupu, a integruje v sobě nejen bio-psycho-sociální přístup spolu se spirituální složkou, ale také například přístup sociální a sociálně-pedagogický. Zde nelze říci, že by na problematiku závislosti byl někdo odborníkem, ale můžeme upřednostnit závislého člověka jako odborníka na sebe, nebo alespoň kompetentního k poznávání sebe v rámci léčby a různé profese jako provázející ho v tomto procesu poznávání. Samozřejmě je zde patrné, že například farmakoterapie bude v kompetenci odborníka – lékaře.

Public Health a Harm Reduction budou popsány níže v kapitole „Terénní programy“.

### 1.3 POJEM SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

---

Pojem prevence obecně (z lat. *praevenire*, předcházet) je soubor opatření, kterými se má předcházet různým nežádoucím jevům jako jsou např. zločiny, ekologické katastrofy, nehody, násilí, drogové závislosti, sociální konflikty apod. To znamená, že tato opatření jsou určená k ochraně, něčemu se předchází.

---

<sup>27</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/8 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog., s. 80.

<sup>28</sup> Pojem vychází z řeckého slova *holos* (celý).

<sup>29</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/8 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog., s. 81.

„Prevence drogových závislostí je v širším smyslu slova definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu a šíření škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog.“<sup>30</sup>

Obecně sekundární prevence směřuje ke snížení míry stanovených případů poruchy nebo nemoci v populaci (prevalence).<sup>31</sup> Je tedy určená ke snižování prevalence, což je údaj, pomocí něhož se vyjadřuje, jaký počet osob má daný zkoumaný stav. Rozlišuje se prevalence bodová – kolik osob z definované populace má v daném okamžiku zkoumaný stav, a prevalence intervalová – kolik osob z definované populace má nebo mělo zkoumaný stav během daného časového období.<sup>32</sup>

Z medicínského hlediska je sekundární prevence odhalení nemoci či poruchy včas, aby nedošlo k jejímu rozvoji.

### 1.3.1 PROBLEMATIKA POJMU SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

---

První klasifikační systém prevence – primární, sekundární a terciární se v dnešní době již nedoporučuje používat. Namísto toho je výborem Ústavu pro lékařství americké akademie věd (IOM)<sup>33</sup> v roce 1994 doporučeno vyhradit pojem prevence u duševních poruch pouze pro ty intervence, ke kterým dochází před prvním nástupem onemocnění. Navrhuje tak systém intervencí, který se skládá z prevence, léčby a doléčování (tzv. udržování)<sup>34</sup>, a to proto, že klade důraz na důležitost celého spektra intervencí u duševních poruch, nejen pouze na prevenci. K prevenci řadí nový klasifikační systém – prevence všeobecná, selektivní a indikovaná, který ale v žádném případě není možné zaměňovat za předchozí systém klasifikace prevence. V léčbě je

---

<sup>30</sup> NÁRODNÍ A MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence – souhrn*, [online]. 2003, poslední aktualizace 07. 06. 2003. [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/zakladni\\_pojmy\\_z\\_oblasti\\_primarni\\_drogove\\_prevence\\_souhrn](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn)>.

<sup>31</sup> Srov. MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [online]. Washington, D. C.: National Academy Press, 1994 [cit. 2011-03-11], s. 20. Dostupné na WWW: <[http://books.nap.edu/catalog.php?record\\_id=2139#toc](http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=2139#toc)>.

<sup>32</sup> Srov. ZÁBRANSKÝ, T. Drogová epidemiologie. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 42.

<sup>33</sup> Institute of Medicine of the National Academies (IOM) [online]. Washington D. C.: National Academy of Sciences, posl. úpravy 07. 03. 2011 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.iom.edu>>.

<sup>34</sup> Viz příloha č. 1.

zahrnuto snížení doby onemocnění, zastavení progresu a opakování nemoci. Do „udržování“ řadí intervence, které snižují postižení spojené s poruchou.<sup>35</sup>

Systém všeobecné, selektivní a indikované prevence byl navržen Robertem Gordonem (1983), ale byl zaměřen na fyzické zdraví. Přesto se jeho rozdělení prevence ujalo pro popis preventivních intervencí u problematiky duševních poruch, závislostí na návykových látkách a návykového chování (poruchy příjmu potravy, gamblerství, atd.). Vývojem chápání rizikových a protektivních faktorů se tak nový systém prevence stal populární. Možnost rozvoje zneužívání návykových látek se tak charakterizuje jako komplex vztahů mezi více riziky a progresí poruchy, vedoucí až k diagnostikování syndromu závislosti.<sup>36</sup>

Zároveň nový klasifikační systém prevence poukázal i na problémy dělení prevence na primární, sekundární a terciární v těchto oblastech problematiky. Tyto problémy jsou hlavně ve vymezení hranic mezi jednotlivými preventivními intervencemi a také nejasné hranice vymezení k léčebným intervencím. Popíši je v kapitole „vymezení sekundární prevence drogových závislostí“.

Popsaný systém „prevence, léčba a udržování“ je platný pro všechny duševní poruchy. Tento systém intervencí je v podstatě srovnatelný se systémem prevence, léčby a sociální reintegrace v oblasti závislostí na návykových látkách v České republice jen s tím rozdílem, že v ČR je celý tento systém pojímán jako prevence. V systému prevence (snižování poptávky) v České republice se pojem sekundární a terciární prevence moc neužívá. V literatuře ale nacházím mnoho odkazů<sup>37</sup> na snižování nabídky popisované jako primární, sekundární a terciární prevenci. A nejen to, také jsou například metody řazeny k tomuto třídění prevence. Je to možná s odkazem na starší pojetí v národní strategii protidrogové politiky, kdy pilíř snižování poptávky byl dělen na primární, sekundární a terciární prevenci drogových závislostí. Proto je také snižování poptávky obecně pojímáno jako prevence.

---

<sup>35</sup> Srov. MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 22 - 24.

<sup>36</sup> Srov. WHO. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options* [online], s. 17. [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)>.

<sup>37</sup> Srov. např. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 11, 20.

„Nový“ klasifikační systém prevence je v rámci ČR zasazen do systému primární prevence. Po vymezení sekundární prevence drogových závislostí popíší protidrogovou politiku v České republice, v které systém prevence, léčby a udržování tvoří pilíř snižování poptávky po drogách, a poté uvedu v kapitole „Prevence a péče nejen o drogově závislé“ návaznost různých složek tohoto systému a pokusím se v něm vymezit místo SP. Chci tím poukázat na problematiku chápání a vymezení jak preventivních a léčebných intervencí a prevence obecně, tak i zasazení sekundární prevence jako takové.

#### 1.4 VYMEZENÍ POJMU SEKUNDÁRNÍ PREVENCE DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

---

Jak jsem již výše napsala, pojem prevence obecně není pojímán jednotně. Výše bylo řečeno, že prevence obecně jsou opatření, která něčemu předcházejí. Doporučení Ústavu pro lékařství americké akademie věd<sup>38</sup> je používat slovo prevence v problematice duševních poruch pouze do propuknutí nemoci, v tomto případě do propuknutí syndromu závislosti (viz kapitola znaky závislosti). Znamená to tedy, že v České republice se pojem prevence aplikuje i na ty intervence, které jsou používány až při diagnostikování závislosti, viz léčba a sociální reintegrace. U sociální reintegrace je to ale sporné v tom, že ji jako metodu lze aplikovat v kterémkoli stádiu užívání návykové látky.<sup>39</sup>

Sekundární prevence drogových závislostí je podle WHO vymezena jako *„předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ni stali závislími. Obvykle používána pro souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.“*<sup>40</sup>

Sekundární prevence i léčebné intervence usilují o snížení prevalence (včasné odhalení, snížení doby trvání nemoci účinnými zásahy, snížení pravděpodobnosti

---

<sup>38</sup> Institute of Medicine of the National Academies [online]. Washington D. C.: National Academy of Sciences, posl. úpravy 07. 03. 2011 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.iom.edu>>.

<sup>39</sup> Srov. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010, s. 33.

<sup>40</sup> KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17.

recidivy).<sup>41</sup> Znamená to, že k sekundární prevenci by patřila i léčba. Na druhou stranu se preventivní intervence snaží snížit samotný výskyt nemocí, bylo by tedy příhodné používat pojem prevence pouze pro ty intervence, které jsou aplikovány před začátkem nemoci.<sup>42</sup> Tato problematika není jednotně pojímána ani u odborníků-lékařů. Léčba není prevence, ale „(...) v klinické praxi nejsou hranice mezi prevencí a léčbou jasné (...).“<sup>43</sup> Například použití farmakoterapie je léčba, ale pokud užitím léků předejde lékař nějakému možnému sekundárnímu postižení klienta v závislosti na depresivním syndromu, je možné to interpretovat jako preventivní intervenci.<sup>44</sup> Podle Karla Hampla ale nelze léčebnou péči oddělit od poradenství a preventivních aktivit. „*Oblast sekundární prevence je pak nezbytnou součástí léčebné péče. U všech uživatelů drog, nejen u těch se škodlivým užíváním, má sekundární prevence zabránit vzniku a rozvoji psychických a somatických komplikací užívání návykových látek. Nelze tedy od sebe zcela oddělit péči preventivní a léčebnou: proto mluvíme o léčebně preventivní péči.*“<sup>45</sup>

Oproti tomu dokumenty OSN definují sekundární prevenci jako včasnou intervenci, edukaci a poradenství u osob, které se již v kontaktu s drogou ocitly – experimentátoři, rekreační uživatelé, mírně až středně problémoví uživatelé.<sup>46</sup> OSN jasně vymezuje, že sekundární prevence se zabývá intervencemi u osob, které jsou sice rizikové, jsou v kontaktu s drogou, ale o závislosti se tu nemluví. Můžeme jen předpokládat, že vymezením skupin je tento okruh uzavřen a nezasahuje do primární nebo terciární prevence. Jak ale uvidíme dále, i toto vymezení je značně problematické. Cílové skupiny budou popsány níže, zde jen uvedu, že experimentátoři a rekreační uživatelé se nevnímají jako závislí. Mírně až středně problémový uživatel je těžce definovatelná skupina, a proto bych nedoporučila tyto pojmy používat. Problémový uživatel je klasifikován jako jedinec, který užívá drogy injekčně a/nebo dlouhodobě, pravidelně. Nevím, jak dalece je myšlen pojem mírně až středně problémový uživatel a v literatuře jsem se s tímto pojmem nesešla.

---

<sup>41</sup> Srov. MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 20.

<sup>42</sup> Srov. tamtéž, s. 61.

<sup>43</sup> Tamtéž s. 24, (volný překlad M. Vodová).

<sup>44</sup> Srov. tamtéž, s. 24.

<sup>45</sup> HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 174.

<sup>46</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 18.

Sekundární prevence zasahuje i do vymezení primární prevence. „*Primární prevence*“ je „*předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo alespoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.*“<sup>47</sup> Zaměřuje se na populaci jako celek nebo na rizikové skupiny uvnitř populace, ale podle některých autorů i na rizikového jednotlivce. Sekundární prevence se zabývá rizikovým jednotlivcem, čímž vzniká průnik hranic s PP. Primární prevence má vedle cíle odložit kontakt s drogou i cíl snížit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami.<sup>48</sup> Tento cíl také již zasahuje do sekundární prevence.

Dle mého názoru by se pojem prevence drogových závislostí měl vztahovat pouze na intervence aplikované před propuknutím syndromu závislosti. Dále je potřeba jasně vymezit hranice cílových skupin, na které se SP bude zaměřovat. V neposlední řadě je důležité srozumitelně vymezit strukturu programů SP, aby cíle byly měřitelné.

Podle těchto vymezení za sekundární prevenci drogových závislostí považuji intervence zaměřující se na rizikového jednotlivce, u kterého není diagnostikována závislost na návykových látkách (tudíž nejde o léčbu), ale je s drogou v kontaktu a jsou u něj prokazatelné vysoce rizikové faktory pro možné rozvinutí závislosti.

Hranice různých preventivních programů, jak je chápu, jsem znázornila v tabulce.<sup>49</sup> Cílové skupiny, které se dají takto vymezenou SP zachytit a ovlivnit, popíši v samostatné kapitole.

## 2. PROTIDROGOVÁ POLITIKA V ČESKÉ REPUBLICE

---

Již v roce 1993 vláda České republiky položila základy národní protidrogové politiky.

Výchozími dokumenty protidrogové politiky ČR jsou mezinárodní úmluvy OSN o drogách, Politická deklarace o základních principech snižování poptávky po drogách Zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN z června 1998, Amsterdamská úmluva

---

<sup>47</sup> KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17.

<sup>48</sup> Srov. BÉM, P.; KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 276.

<sup>49</sup> Viz příloha č. 2.

Evropského společenství, závěry Dublinské konference o podobě budoucí protidrogové strategie EU – Cesta vpřed z května 2004 a program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století.<sup>50</sup>

*„Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Konečným cílem těchto opatření je snížit užívání všech typů drog a/nebo potencionální rizika a škody, které jednotlivcům a společnostem mohou v důsledku jejich užívání nastat.“<sup>51</sup>*

Nezákonný trh s drogami má stranu nabídky (programy represe) a stranu poptávky (programy prevence). Podle tohoto dělíme hlavní strategické přístupy drogové politiky na „snížování nabídky drog“ a „snížování poptávky drog“. Protidrogová politika v ČR má tři základní strategie – snížování nabídky drog, snížování poptávky po drogách a snížování rizik spojené s užíváním drog. Tyto strategie jsou vzájemně nezastupitelné a měly by se doplňovat. Jejich společným cílem je předcházení a/nebo snížování nepříznivých důsledků užívání všech návykových látek pro jednotlivce i společnost. Opakuji to zde z toho důvodu, že mezi zastánci jednotlivých strategií panují názorové střety.<sup>52</sup> Nemohu ovšem ze své pozice posuzovat jednotlivé výroky jako pravdivé či opodstatněné, není to cílem této práce.

## 2.1 SNIŽOVÁNÍ NABÍDKY

---

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009 definuje snížování nabídky jako „kontrolu prodeje a distribuce legálních drog a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog“. Aktéry snížování nabídky jsou policie, celní služba, justice, vězeňství a kontrolní a správní úřady ČR (např. Inspektorát omamných a

---

<sup>50</sup> Srov. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, s. 7.

<sup>51</sup> Tamtéž, s. 13.

<sup>52</sup> Příklady střetů a názorů: Srov. NEKOLA, M. Pragmatici, represionisté a preventisté v drogové politice. *Zaostřeno na drogy*, 2010, roč. 8, č. 6, 12 s.



psychotropních látek na MZ).<sup>53</sup> Cílovou skupinou jsou distributoři a výrobci legálních a/nebo nelegálních drog.

## 2.2 SNIŽOVÁNÍ POPTÁVKY

---

Zastřešujícím pojmem pro snižování poptávky drog je prevence obecně. Národní strategie snižování poptávky krátce definuje jako *primární prevenci, léčbu a resocializaci*. Cílem této strategie je snížit vyhledávání a konzumaci drog jak potenciálního, tak již existujícího konzumenta drog. Především se zde usiluje o snížení zájmu o užívání drog, a to prostřednictvím preventivních a edukačních programů odrazujících od experimentování a/nebo užívání, poradenských a léčebných programů zaměřených k dosažení a udržení abstinence, snižování frekvence užívání nebo dávek drogy, vzdělávacích programů a léčby jako alternativy trestu a prací s rizikovými skupinami.<sup>54</sup>

Zde je patrný problém v pojmání prevence obecně. Výše v textu jsem poukázala na doporučení IOM užívat pojem prevence obecně pouze pro preventivní intervence zaměřené na osoby, kterým není diagnostikován syndrom závislosti. Na druhou stranu v rámci protidrogové politiky je pojem prevence hlavně vnímán jako snižování poptávky, tudíž sem jasně patří všechny služby a programy, které poptávku snižují, tzn. i léčba a sociální reintegrace.

### 2.2.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE<sup>55</sup>

---

Součástí primární prevence z hlediska národní strategie protidrogové politiky jsou „*aktivita zaměřené na předcházení užívání drog, popřípadě oddálení první zkušenosti s drogou do vyššího věku.*“<sup>56</sup> Za primární prevenci odpovídá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Podle národní strategie odpovídá „*za realizaci preventivních programů ve školách a školských zařízeních a financování*

---

<sup>53</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 16.

<sup>54</sup> Srov. tamtéž, s. 17.

<sup>55</sup> Srov. *Výroční zpráva ve věcech drog ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009; *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*; ČERNÝ, M. LEJČKOVÁ, P. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a co nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* [online]. 2007, č. 2 [cit. 18. 3. 2010]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/)>.

<sup>56</sup> *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*, s. 15.

*dalších preventivních programů realizovaných státními i nestátními organizacemi“*, „za profesní přípravu pedagogických pracovníků pro účinné preventivní působení při výuce, vzdělávání a výchově dětí a mládeže.“<sup>57</sup> Hlavní cíle v této oblasti jsou zakotveny ve strategii prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009-2012. Strategie mimo jiné obsahuje také rozbor silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb v oblasti primární prevence u dětí a mládeže. MŠMT rozděluje primární prevenci na všeobecnou, selektivní a indikovanou prevenci.

### 2.2.2 LÉČBA A RESOCIALIZACE

---

Léčba a resocializace v rámci Národní protidrogové strategie obsahuje „spektrum služeb léčby k abstinenci dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez jejich užívání.“<sup>58</sup>

### 2.3 SNIŽOVÁNÍ RIZIK

---

Podle národní strategie jsou součástí Harm Reduction *aktivita snižování možných zdravotních a sociálních rizik a dopadů užívání drog zaměřené na uživatele, kteří nejsou v daný čas rozhodnutí pro život bez drog, a na společnost.*<sup>59</sup>

Přístup Harm Reduction vychází z poznatků, že člověk je tvor komplexní a nelze jej proto redukovat na biologické, psychologické nebo sociální části. Přístup ke klientovi tak nevyhází z předem daných schémat, vychází z jeho jedinečné situace a potřeby.<sup>60</sup> Základními principy HR je alternativa k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti. Abstinence je ideálním výsledkem, ale alternativa pracující i s neabstinujícím klientem snižuje riziko jeho poškození a ochraňuje i společnost.<sup>61</sup>

Kamil Kalina zmiňuje terminologický a koncepční problém strategie snižování škod. HR „předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog, čímž jasně splňuje charakteristiky terciární prevence dle WHO a tudíž

---

<sup>57</sup> Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, s. 24.

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 15.

<sup>59</sup> Tamtéž, s. 15.

<sup>60</sup> Srov. HRDINA, P. Harm Reduction – snižování poškození drogami. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 263 – 268.

<sup>61</sup> Srov. tamtéž, s. 263 - 268.

*patří k opatřením snižujícím poptávku – na druhé straně explicitním cílem HR není snižování poptávky, ale snižování rizika. (...) HR lze tedy pokládat za třetí strategii, „třetí pilíř“ drogové politiky (...).“<sup>62</sup>*

### 3. SYSTÉM PREVENCE, LÉČBY A SOCIÁLNÍ REINTEGRACE

---

Prevence, léčba a sociální reintegrace v oblasti drogové problematiky se navzájem prolínají. Preventivní intervence jsou jak samostatnou součástí pro obecnou populaci, rizikové skupiny a jednotlivce, experimentátory a příležitostné uživatele, tak i zároveň spojené s léčbou a sociální reintegrací pro pravidelné, problémové a závislé uživatele. Sociální reintegrace je zase možná v kterémkoli stadiu užívání drog.

Z důvodu, který jsem uvedla výše, jsem zvažovala rozdělení systému na jeho tři složky, prevenci, léčbu a sociální reintegraci. Znamenalo by to, že bych uváděla například nízkoprahové služby jak v prevenci, tak i v sociální reintegraci. Proto jsem se rozhodla popsat systém krátce tak, jak na sebe jednotlivé složky mohou navazovat a podle typu služeb. Samozřejmě je to velmi zjednodušené, jak jsem již podotkla, vše se prolíná. Začnu primární prevencí, která je poskytována hlavně nestátními neziskovými organizacemi, ale také například AT ordinacemi<sup>63</sup> na vyžádání.<sup>64</sup> Poté popíši systém prevence, léčby a resocializace, v jehož rámci je pouze prevence sekundární a terciární, ale například některé nízkoprahové služby poskytují i prevenci primární. U každého typu služby se pokusím reflektovat možnost zasazení SP podle mého vymezení a na konci této kapitoly vše zhodnotím.

#### 3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

---

Primární prevence se rozděluje na programy, které jsou zaměřeny specificky a nespécificky. Hlavní důvod tohoto rozdělení tkví v nedávné minulosti, kdy byly jako primární prevence finančně podporovány i některé programy pro vhodné trávení volného času, u nichž se nemohl preventivní dopad ani potvrdit ani vyvrátit. Proto se

---

<sup>62</sup> KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy, s. 18.

<sup>63</sup> Ambulantní lékařská péče o závislé. Srov. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 172 - 178.

<sup>64</sup> Srov. tamtéž, s. 174.

primární prevence bez zvláštního rozlišení cílové skupiny začala označovat jako nespecifická, zatímco primární prevence, při níž se cílové skupiny rozlišují, se považuje za „specifickou“.

Mezi nespecifické programy primární prevence tedy řadíme ty, které se věnují zdravému životnímu stylu podporou smysluplného trávení volného času a nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek (zájmové kroužky, sportovní aktivity).<sup>65</sup>

Programy specifické primární prevence se dělí na další tři úrovně podle rizikivosti cílových skupin, na které jsou zaměřené. Jsou to všeobecná, selektivní a indikovaná primární prevence.<sup>66</sup>

Všeobecná primární prevence je zaměřená na běžnou populaci všech věkových kategorií, ve které nejsou přítomny rizikové faktory. Příkladem jsou preventivní intervence na školách, které jsou v rámci ČR součástí minimálně preventivních programů (MPP). Poskytovateli všeobecné PP jsou hlavně neziskové organizace a pedagogicko-psychologické poradny ve školách.<sup>67</sup>

Selektivní primární prevence je zaměřená na skupiny, které již vykazují vysoké rizikové faktory pro vznik závislosti a jsou tudíž více ohroženy než obecná populace. Tyto skupiny se dají identifikovat na základě přítomností biologických, psychologických, sociálních a environmentálních faktorů.<sup>68</sup> Příkladem takových preventivních intervencí je například program vytvořený na míru určité problémové třídy jako řešení určitých problematických situací třídy.<sup>69</sup>

Indikovaná primární prevence je zaměřená na jednotlivce, kteří vykazují vysoké rizikové faktory pro vznik závislosti a jsou tudíž ohroženi více než vrstevníci a obecná populace. Příkladem jsou individuální odborné konzultace nejen pro rizikové jedince, ale i např. pro pedagogy a rodiče. Jsou zaměřené na komunikaci, zvýšení sebedůvěry

---

<sup>65</sup> Srov. ČERNÝ, M. LEJČKOVÁ, P. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a co nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* [online]. [cit. 18. 3. 2010], s. 2.

<sup>66</sup> Srov. tamtéž, s. 2.

<sup>67</sup> Srov. tamtéž, s. 2.

<sup>68</sup> Srov. MCGRATH, Y., a kol. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, s. 15.

<sup>69</sup> Srov. ČERNÝ, M. LEJČKOVÁ, P. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a co nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* [online]. [cit. 18. 3. 2010], s. 2, 5.

apod.<sup>70</sup> Selektivní prevence je zaměřená na práci se skupinou, indikovaná prevence je individuální intervence přímo zaměřená na jedince. V různých popisech indikované prevence vzniká dilema. Popis výše by znamenal, že indikovaná prevence se zaměřuje na jedince, kteří vykazují vysoké rizikové faktory pro možný vznik závislosti, ale nejsou s drogou v kontaktu. Oproti tomu Bém a Kalina identifikují indikované preventivní intervence jako zaměřené na jedince, kteří již vykazují známky užívání drog a komentují to, že se tímto vymezením ocitáme na hranici primární prevence s prevencí sekundární.<sup>71</sup> Podle mého názoru výše uvedené rozmezí zaměření indikované prevence je jasnější a nezasahovalo by do prevence sekundární. Byla by tak vymezena hranice, kdy indikovaná preventivní intervence je práce s jedincem zvlášť, ne v rámci skupiny (selektivní prevence), a sekundární preventivní intervence jsou zaměřené na práci s jedincem, který již je s drogou v kontaktu. Indikovaná preventivní intervence se tak může zaměřit i na jiné rizikové chování, zatímco SP je zaměřená na problematiku užívání drog. SP je neziskovými organizacemi poskytována jako včasná intervence a poradenství. Je však dle mého názoru někdy zaměňována s indikovanou prevencí v rámci prevence primární.

### 3.2 PREVENCE A PÉČE NEJEN O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

---

Systém prevence a péče lze rozdělit do kategorií podle různých kritérií. Rozdělení podle prahu dostupnosti služeb, podle typů intervence (typ poskytované služby) a podle sektoru, do kterého péče spadá (státní, nestátní, ziskový, neziskový). Myslím, že toto rozdělení je zřejmé a že není potřeba se o tom dále rozepisovat. Z tohoto tématu bych ale přeci jen chtěla vyzdvihnout pojem „prahovost“ a dále tento pojem vysvětlit. Práhovostí se zde míní dostupnost služeb a to tak, že čím nižší je práh možnosti vstupu klienta do programu, tím je program dostupnější. Nízkoprahová zařízení fungují tak, že vyžadují jen takové osobní údaje, které jsou nezbytné k dosažení cíle a řešení zakázky u konkrétního klienta. Pro některé uživatele drog je nepřekonatelný práh už jen zaměření zařízení na toxikomany, stud, strach, že ho někdo

---

<sup>70</sup> Srov. ČERNÝ, M. LEJČKOVÁ, P. Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a co nefunguje v primární prevenci. *Zaostřeno na drogy* [online]. [cit. 18. 3. 2010], s. 2, 7.

<sup>71</sup> Srov. BÉM, P.; KALINA, K. Úvod do primární prevence: východiska, základní pojmy a přístupy. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 278.

uvidí apod. Spousta uživatelů zařízení nenavštíví také z důvodů předsudků nebo neinformovanosti.<sup>72</sup>

Pro přehlednost a také pro dobrou možnost systém prevence a péče v ČR takto popsat, jsem si vybrala jako hlavní rozdělení podle typu poskytované služby. V textu se ale bude prolínat i rozdělení podle prahu dostupnosti služeb od nízkoprahových služeb po vysokoprahé léčebné programy.

Služby a programy, které budu popisovat v rámci systému péče o drogově závislé, patří ve své podstatě do SP, jak je vymezená podle WHO. Sekundární prevence drogových závislostí tak probíhá v rámci nízkoprahových služeb (velmi zjednodušeně – poradenství, včasná intervence), ambulantní i ústavní léčby. V následné péči, substitučních programech a svépomocných programech jsou již prvky terciární prevence (opět podle vymezení WHO).

Podle méj definice SP jsem zúžila tento okruh na preventivní intervence zabývající se jednotlivcem, který je sice s drogou v kontaktu, užívá ji, ale není u něj diagnostikována závislost, tj. na intervence u experimentátorů a příležitostných uživatelů návykových látek.<sup>73</sup>

### 3.2.1 NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

---

Jak již bylo řečeno výše, cílem těchto služeb je zachytit co možná nejvíce osob užívajících návykové látky, poskytnout jim pomoc a péči a minimalizovat rizika poškození jejich a okolí. Sekundární prevence by zde mohla být hlavně poskytována v rámci včasné intervence a poradenství jedincům, kteří již návykové látky užívají (není u nich diagnostikován syndrom závislosti),<sup>74</sup> a rovněž v rámci poradenství pro blízké osoby. Poradenství by se neomezovalo pouze na blízké osoby, ale i na blízké okolí, např. učitele a vychovatele.

---

<sup>72</sup> Srov. KALOUSEK, L.; STANÍČEK, J. Systém péče o uživatele drog. *Éthum*, 2002, č. 34, s. 77.

<sup>73</sup> Viz kapitola č. 4.

<sup>74</sup> Ale ne proto, že by u nich nebyl syndrom závislosti diagnostikován, ale proto, že nenesou znaky pravidelného a/nebo problémového užívání.

Nízkoprahové služby jsou:

- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (dále NZDM) – nejsou zaměřená na problematiku závislostí, ale v jejich rámci je největší potenciál pracovat s dětmi a mládeží experimentujícími s návykovými látkami a tudíž jsou v mém zájmu stejně jako terénní práce s dětmi a mládeží,
- kontaktní centra,
- terénní programy pro drogově závislé.

### 3.2.1.1 NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Jelikož nemám prostor se zabývat problematikou NZDM do hloubky, zmíním zde pouze základní informace pro orientaci. První, co zde chci napsat je, že NZDM „*vyplňují bílé místo v kontaktu společnosti s dospívající populací*“.<sup>75</sup>

Obecně jsou tato zařízení zaměřená na bezpečné trávení volného času s možností preventivního působení na uživatele svých služeb. Jejich posláním je „*usilovat o sociální začlenění a pozitivní změnu v životním způsobu dětí a mládeže, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, poskytovat informace, odbornou pomoc, podporu, a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení*“.<sup>76</sup> Cílové skupiny jsou dle Pojmosloví NZDM děleny na čtyři oblasti. Vymezuje se tak podle nepříznivé sociální situace klientů, podle věku klientů od 6 do 26 let, podle lokality, kde klient žije, a podle dalších charakteristik (např. nemohou nebo nechtějí se zapojit do standardních volnočasových aktivit, vyhýbají se standardním formám institucionalizované pomoci a péče, dávají přednost neproduktivnímu trávení volného času atd.).<sup>77</sup> „*Základním cílem NZDM jakožto preventivní kontaktní sociální služby je kontaktovat a udržovat kontakt s jednotlivci a skupinami, kteří nevyužívají nebo nechtějí využívat běžných služeb a nabídek v regionu (sociálních, vzdělávacích, volnočasových). Na základě individuálního přístupu k jejich potřebám podporovat jejich samostatný rozvoj a pomáhat k soběstačnosti a svéprávnosti – činit dospívající kompetentními. Dalším významným cílem je snížení škod, které si může cílová skupina rizikovým chováním a jednáním*

<sup>75</sup> RACEK, J., HERZOG, A. Fenomén NZDM, tedy nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce*. ČAS a Národní vzdělávací fond, 2007, s. 319.

<sup>76</sup> Tamtéž, s. 320.

<sup>77</sup> Srov. tamtéž, s. 322 - 323.

*způsobit. NZDM se snaží jak o individuální změnu u jednotlivců čerpajících služby, tak o změnu skupinové normy.*<sup>78</sup>

Z výše uvedeného je patrné, že v rámci služeb poskytovaných NZDM je velký prostor jak pro prevenci primární, tak i pro prevenci sekundární. V oblasti NZDM se pohybují děti a mládež, které jsou rizikovými skupinami již z pohledu věku (např. krize období dospívání) a nepříznivé životní situace. Pracovníci NZDM se často setkávají s klienty, kteří jsou s návykovými látkami v kontaktu (u dětí a mládeže jde i o tabák a alkohol). Problematiku práce s klientem pod vlivem návykové látky popíší v kapitole „Dobrá praxe – NZDM Likusák“. Ovšem ne všechna NZDM mají cílovou skupinu vymezenou tak, aby jim dávala prostor pro práci s dětmi, které jsou pod vlivem návykové látky nebo se o nich ví, že „občas“ návykové látky užívají. Pravidla těchto klubů se většinou nastavují tak, že „pod vlivem“ děti do klubu nesmí, proto nemají důvod problematiku drog poté s pracovníky rozebírat. Je tak vyřčeno tabu, o kterém se dětem těžce mluví. Je to začarovaný kruh, ze kterého lze vystoupit reflektováním reality v problematice užívání návykových látek dnešními dětmi a mládeží.

### 3.2.1.2 TERÉNNÍ PRÁCE S DĚTMI A MLÁDEŽÍ

Terénní práce s dětmi a mládeží se odehrává v přirozeném prostředí klientů této služby, na ulicích a veřejných prostranstvích. Má podpůrný a preventivní charakter. Děti a mládež často bojují s pocitem nudy a separace a jejich životní styl přináší rizikové faktory pro rozvoj rizikového chování.<sup>79</sup> Metodami terénní práce obecně jsou monitoring a vyhledávání, první kontakt, práce se skupinou, sociální práce s jednotlivcem. Terénní pracovník ve své práci uplatní principy primárních, sekundárních i terciárních intervencí ve vztahu k drogové problematice. Samozřejmě to není jeho primárním cílem. Uvedu zde specifické úkoly podle Klímy:

- *„pomoc jednotlivcům a skupinám zorientovat se a přijímat okolní širší svět, který přesahuje zúžený rámec skupinového vidění,*
- *rozšiřovat životní příležitosti klientů,*
- *zprostředkovávat řešení každodenních problémů,*

<sup>78</sup> RACEK, J., HERZOG, A. Fenomén NZDM, tedy nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. In KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce*, s. 323.

<sup>79</sup> Srov. tamtéž, s. 315.



- *napomáhat při zmírňování nebezpečí (např. při vyhrocení různých společenských konfliktů),*
- *pomáhat změnit postoje sociálního okolí k atypickému chování – bránit marginalizaci a diskriminaci (zážitky a pocity diskriminace jsou běžnou zkušeností našich klientů – tyto zážitky prohlubují marginalizaci) – důsledkem je pocit odcizení, zneschopnění a znerovnoprávnění osobního prožitku a názoru, absence citlivosti, selhávání v podněcování, ústí v nečinnost, nezájem, odmítání kontaktu a komunikace,*
- *odborně participovat na prevenci či řešení společnost ohrožujících a rizikových forem chování.*<sup>80</sup>

Tato metoda práce je velmi významná už z toho hlediska, že pracuje s dětmi a mládeží, které jsou stále více ohrožovány různými rizikovými situacemi. Vzhledem k věku a málo zkušenostem je tato cílová skupina více ohrožena než dospělá populace. Navíc podle různých výzkumů, které uvedenu dále, jsou děti a mládež skupinou „přirozeně“ experimentující s návykovými látkami.

### 3.2.1.3 KONTAKTNÍ CENTRA<sup>81</sup>

Kontaktní centra slouží k včasné intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě, rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům, pedagogům těchto uživatelů.<sup>82</sup> Dolní věková hranice je 15 let. Problematická tu ovšem je právě nízkoprahovost. Je otázka, jak poznáme uživatele mladšího 15 let, když o něm nemáme žádné osobní údaje.

Kontaktní centra jsou zaměřená hlavně na pravidelné a problémové uživatele. V rámci svých metod práce však můžou rozpoznat i uživatele, který pouze experimentuje nebo užívá příležitostně, a působit na něj preventivně. Tudíž je zde prostor i pro sekundární prevenci, která tak bude probíhat obdobně, jak již bylo zmíněno výše. Musím ale ze zkušenosti podotknout, že tak, jak je komplikovaná pozice

<sup>80</sup> NEDĚLNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20], s. 127. Dostupné na WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Metodicka\\_prirucka\\_TSP.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Metodicka_prirucka_TSP.pdf)>.

<sup>81</sup> Srov. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 165 – 171; HORT, J. Drogově závislí. In *Rozvoj odborné přípravy a vzdělání terénní sociálních pracovníků vedoucí k začlenění sociálně vyloučených osob a skupin*. Odborný manuál projektu. Kotec o. s., 2007, s. 70 – 164.

<sup>82</sup> Srov. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*, s. 165.

kontaktního pracovníka v případě rozpoznání hranic věku, tak je i komplikované rozpoznání zda jedinec drogu jen „zkouší“. Za prvé se nestává často, že by K-centrum navštívili i experimentující jedinci. Je možné, že ho spíše navštíví rodiče, nebo partneři těchto jedinců. Za druhé k rozpoznání, zda si jedinec jen chce drogu „bezpečně“ vyzkoušet, je zapotřebí čas a důvěra klienta v pracovníka. Za třetí je důležitá osobnost kontaktního pracovníka a jeho míra vzdělávání se v tomto směru.

### Metody práce:

#### Kontaktní práce

Navázání a prohlubování kontaktu s klientem, vytváření vzájemné důvěry, zjištění základních potřeb a problémů a poskytování základního servisu k „přežití“. Tato služba je základní nabídkou kontaktního centra. Probíhá v kontaktní místnosti a vážou se na ni pravidla pobytu na „káčku“. Pravidla využití služby včetně sankcí za jejich nedodržení jsou většinou vyvěšena v kontaktní místnosti, kde kontakt, služba probíhá. Jsou tedy volně dostupné všem klientům a ze strany pracovníků se pečlivě dodržují.

#### Výměnný program

Výměnný program znamená výměnu injekčního náčiní – použitý za sterilní, distribuci alkoholových tamponů, filtrů, sterilní vody do injekcí a drobného zdravotního materiálu, kondomů, aluminiových folií, kyseliny askorbové a informačních materiálů pro bezpečnější braní drog a bezpečnější sex. Probíhá buď v rámci K-centra, nebo v terénním programu. Nedílnou součástí samotné výměny je i komunikace s klientem, kdy pracovník zjišťuje, zda klient ví o bezpečnějších způsobech aplikace, je poučen o tom, jak zacházet s veškerým materiálem, který je mu nabízen v rámci výměnného programu, zda nemá nějaké problémy, které by chtěl řešit, a to vše samozřejmě takovou formou, aby komunikace klientovi nebyla nepříjemná. Na těchto setkáních se může postupně vybudovat vztah a důvěra klienta k pracovníkovi, který pak může správně klienta motivovat ke změně.

V rámci výměnného programu nelze poskytovat sekundární prevenci, neboť se již jedná o specifický program pro problémové uživatele.

## Základní zdravotní péče

Obsahuje základní zdravotní ošetření a testování na přítomnost viru HIV nebo infekčních nemocí, např. hepatitidy. Dále pak i neodkladnou péči podle potřeby a zprostředkování kontaktu do návazných zdravotnických zařízení regionu.

## Základní poradenství

Základní poradenství poskytuje povinně každá sociální služba podle zákona o sociálních službách.<sup>83</sup> V kontaktních centrech se k základnímu poradenství počítá poradenství ohledně zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykové látky, minimalizace těchto rizik, informace o možnostech léčby a sociální rehabilitace, zprostředkování léčby. Poradenské služby jsou na K-centrech dostupné i pro osoby, které přicházejí s uživateli drog do styku ať už osobně, či pracovní apod.

## Strukturované poradenství a motivační trénink

Je to práce hlavně s motivací klientů K-centra. Pomáhá jim motivaci získat, udržet si jí a dále s ní pracovat ve směru k abstinenci. Zde již končí anonymita klienta, klient vstupuje do poradenského vztahu. Patří sem také případová práce, předléčebné poradenství a krizová intervence. Některé tyto intervence nejsou zaměřené pouze na závislé, ale i na příležitostné uživatele, s cílem posílit jejich motivaci k omezení či ukončení užívání návykových látek. Je zde také prostor pro práci s rodinou.

## Sociální práce

Poskytuje se pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů. Sociální asistence při kontaktu s úřady, policií, soudy, probační službou, právní poradnou apod.

## Doplňkový servis, který zvyšuje atraktivitu zařízení.

Hygienický servis (praní prádla, sprchování), potravinový servis (polévka, čaj), vitamínový servis a pracovní programy.

---

<sup>83</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 1. 7. 2010.

Kontaktní centra jsou většinou prvním vstupem klienta do systému péče a mimo jiné záleží na provázanosti služeb a na kvalitě poskytnutých služeb K-centra, zda se klient pokusí, bude-li mít možnost, o změnu.

Ukázala jsem, že kontaktní centra mají prvotní cíl zachytit pravidelné a problémové uživatele. Zároveň by ale pracovníci těchto center měli být připraveni na možnost sekundární prevence u experimentátorů a příležitostných uživatelů.

#### 3.2.1.4 TERÉNNÍ PROGRAMY

---

Terénní práci charakterizujeme jako specifickou formu sociální služby, která je poskytovaná přímo v přirozeném prostředí klienta. V terénní práci s uživateli drog se to týká zejména míst, kde se uživatelé scházejí – veřejná místa, kluby, herny, nádraží, ale i byty, neobydlené budovy apod. Cílem této služby je oslovit co nejvíce potenciálních klientů, kteří z různých důvodů sami institucionální pomoc nevyhledávají, či ji odmítají. Základními principy terénní sociální práce obecně jsou princip nízkoprahovosti, dodržování práv uživatelů, „posilování“ uživatelů, práce v přirozeném prostředí uživatelů, kontinuita a návaznost služeb.<sup>84</sup> Cílovou skupinou terénní sociální práce s uživateli drog je obtížně dosažitelná klientela, tzv. skrytá populace. Skrytá populace se používá ve spojení s uživateli drog, *„kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými programy. Důvodem může být například odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezájem o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod. Na skrytou populaci se zaměřují terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra. Poskytování těchto služeb je anonymní, jejich pracovníci usilují o vyhledávání klientely (TP), navázání kontaktu, překonání nedůvěry a zvýšení informovanosti, vlastním cílem programů je především snížení rizik spojených s užíváním drog. Výzkum prováděný ve skryté populaci používá specifických kvalitativních přístupů.“*<sup>85</sup> Na drogové scéně do skryté populace řadíme

---

<sup>84</sup> Srov. NEDĚLNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20], s. 14.

<sup>85</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Skrytá populace (Hidden population)* [online]. 2003, poslední aktualizace 04. 10. 2005 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/skryta\\_populace\\_hidden\\_population](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/skryta_populace_hidden_population)>.

experimentátory, „děti ulice“, pravidelné uživatele drog bez zdravotních či sociálních problémů, problémové uživatele, kteří často nejsou schopni, i přes svůj zájem, služby pomoci vyhledat.<sup>86</sup> Terénní programy jsou hlavně zacílené na problémové uživatele drog, tudíž jsou zaměřené na snižování rizik. Podle definice EMCDDA<sup>87</sup> jsou tito uživatelé injekční uživatelé a/nebo uživatelé opiátů, a/nebo dlouhodobě užívají amfetaminy. Při práci s problémovými uživateli drog se vychází z koncepcí nízkoprahovosti, Harm Reduction a Public Health.<sup>88</sup>

Nízkoprahovost jsem vysvětlila výše, zde pouze dodám, že od uživatelů drog není vyžadována abstinence, je respektována volba klienta. Takový přístup umožňuje práci s klientem v jakékoli fázi jeho drogové kariéry.

Harm Reduction jsou programy zaměřené na snižování poškození drogami pro osoby, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány toho zanechat. Rizika, která se snaží zmírnit, nebo jim předejít jsou:<sup>89</sup>

- Infekce a jejich další šíření např. sdílením injekčního náčiní při aplikaci drog, nechráněným pohlavním stykem (AIDS, hepatitidy).
- Další tělesné komplikace (abscesy, záněty).
- Dlouhodobé působení vysokých dávek.
- Předávkování.
- Sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti.

Přístup minimalizace poškození je přístupem bio-psycho-sociálním. K minimalizaci či předcházení poškození se používají metody poradenství a edukace, výměnný program, základní zdravotní péče, podávání náhradní nebo původní drogy pod dohledem lékaře, potravinový, hygienický a vitamínový servis, sociální intervence a asistence, informace o možnostech léčby atd.<sup>90</sup>

---

<sup>86</sup> Srov. HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159 – 164.

<sup>87</sup> *Evropské monitorovací středisko pro problémy drog a závislosti* [online]. Lisabon. Poslední úpravy 16. 12. 2010 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373CS.html>>.

<sup>88</sup> Srov. NEDĚLNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20], s. 94.

<sup>89</sup> Srov. HORT, J. Drogově závislí. In *Rozvoj odborné přípravy a vzdělání terénní sociálních pracovníků vedoucí k začlenění sociálně vyloučených osob a skupin*, s. 77 - 78.

<sup>90</sup> Srov. tamtéž, s. 78.

Public Health je přístup, který vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Jeho zájmem je ochrana veřejnosti před přenosnými infekčními chorobami. Vznikl v souvislosti s šířením viru HIV – zde je historický počátek metody výměny jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů. Tento přístup je zaměřený na širokou veřejnost, proto může vést k zanedbání individuálních potřeb uživatele.<sup>91</sup>

Práce terénního pracovníka s uživateli drog sestává z oblastí - výměna a distribuce zdravotního materiálu, poskytování informací převážně související s bezpečným bráním a sexem, sociálně – právní poradenství, krizové intervence, vitamínový servis a zdravotní ošetření.<sup>92</sup> Není důvod je podrobně popisovat, není to předmětem této práce.

Jako přínos pro sekundární prevenci bych zde viděla mapování situace díky kontaktům vznikajícím např. při výměně a distribuci zdravotnického materiálu a tím možnost postupného „odkrývání“ skryté populace. Ze zkušenosti chci říct, že je to ale mravenčí a dlouhodobá práce. Vzhledem k sekundární prevenci je tudíž podle mého názoru tato terénní práce méně účinná a méně cílená než terénní práce s dětmi a mládeží.

### 3.2.2 AMBULANTNÍ A KRÁTKODOBÁ LÉČBA

---

Zde mají největší podíl léčebné intervence, které vycházejí z bio-psycho-sociálního modelu přístupu k léčbě závislostí. Patří sem ambulantní zařízení, jako jsou AT poradny (Alkoholicko-toxikologické poradny), ambulantní péče při odděleních psychiatrických léčeben, či psychiatrických odděleních nemocnic, detoxifikační jednotky. Krátkodobá léčba nepřesahuje 3 měsíce.

Ambulantní léčba se volí tehdy, když klient nechce nastoupit ústavní léčbu, nechce opustit své původní prostředí, práci, rodinu apod., ale léčbu si přeje a terapeut ho uzná schopným této formy léčby (klient je schopný sebekontroly, má silnou motivaci ke změně a má dobré sociální zázemí). Klient se s terapeutem dohodne na individuálním

---

<sup>91</sup> HORT, J. Drogově závislí. In *Rozvoj odborné přípravy a vzdělání terénní sociálních pracovníků vedoucí k začlenění sociálně vyloučených osob a skupin*, s. 77.

<sup>92</sup> Srov. NEDĚLNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20], s. 96; HRDINA, P., KORČÍŠOVÁ, B. Terénní programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 159 – 164.

plánu péče, dochází do ambulance podle předchozí domluvy s terapeutem. Ambulantní léčbu provází a doplňuje sociální práce, rodinná terapie, volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod.<sup>93</sup>

V rozsahu jakýchkoli léčebných intervencí není možná (podle mého vymezení) sekundární prevence. Tzv. preventivní intervence konané v rámci léčby jsou již charakteru minimalizace rizik, protože se snaží předcházet trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Podle Hampla je ale sekundární prevence v rámci ambulantní léčby součástí této léčby.<sup>94</sup> Souhlasím s ním, pokud by šlo pouze o uživatele návykových látek, u kterých není prokázán syndrom závislosti a byla by to individuálně a cíleně zaměřená prevence. U ostatních lze pak podle mého názoru mluvit pouze o intervencích v rámci léčby, které mají charakter snižování rizik spojených s nemocí.

### 3.2.3 STŘEDNĚDOBÁ LÉČBA

---

Do střednědobé léčby se v ČR zahrnuje léčba v rámci psychiatrických léčen, některých specializovaných odděleních nemocnic (psychiatrická oddělení), a také denních stacionářů. Je to léčba trvajíc déle než tři měsíce, obvykle 3-6 měsíců. Obecným cílem je najít optimální rovnováhu mezi trvalou a důslednou abstinencí od všech návykových látek a takovým postojem k relapsu, který v klientovi nenavozuje zbytečné pocity viny a nezvladatelnosti úkolu a tím nezhoršuje klientovu situaci. Ostatní cíle jsou individuální a záleží na aktuálních potřebách klienta.<sup>95</sup>

---

<sup>93</sup> Srov. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Ambulantní léčba* [online]. 2003, poslední aktualizace 14. 10. 2009 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/ambulantni\\_lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/ambulantni_lecba)>; HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, 2003, s. 172 - 178.

<sup>94</sup> Srov. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 174.

<sup>95</sup> Srov. DVORÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 195.

## Jak probíhá léčba v psychiatrických léčebnách.<sup>96</sup>

Klient přichází k léčbě na pozvání, po předchozím doporučení např. K-centra, obvodního lékaře, psychiatrické ambulance apod. Má stanovený přesný čas, kdy se má k přijetí do léčby dostavit. Také je dáno, co si sebou může přivést. Podrobí se osobní prohlídce a nastoupí na detoxikační jednotku. Detox slouží k odstranění návykové látky z těla a celkové stabilizaci pro nástup na oddělení k léčbě. Poté podle spolupráce klient nastoupí řádnou léčbu na oddělení psychiatrické léčebny. Během týdne se vystřídají všechny části programu. Program obsahuje aktivity psychoterapeutické, pracovní, volnočasové atd. Součástí léčby je i režim, který specifikuje výhody a sankce podle toho, jak kdo režim dodržuje. Režim má různé důvody od přehlednosti léčby přes výchovné působení až po terapeutický smysl. Návykové látky mění u klienta strategie chování zaměřené na získání libosti či odměny co nejrychlejším způsobem, nutkavě. Terapie podporuje takové chování, které vede k získání odměny bezpečným a nenutkavým způsobem.<sup>97</sup>

Léčba probíhá na odděleních v komunitě asi 20-30 lidí. Základními aktivitami jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení, přičemž skupiny jsou zaměřené na individuální problémy jednotlivých klientů a komunity na dění na oddělení. Součástí střednědobé léčby je i zapojení rodiny do těchto sezení a individuální psychoterapeutická sezení. Dále během léčby probíhá pracovní terapie, je to podstatná část léčby, učí klienty zodpovědnosti a obnově pracovních návyků a volnočasové aktivity, které jsou významné nejen pro odpočinek ale i pro aktivní a kvalitní trávení volného času. Pomáhají klientům nacházet přirozené zdroje libosti.

Z počátku je klient bez kontaktu s vnějším okolím, například nemá návštěvy, nedostává poštu, později jsou návštěvy povoleny pod kontrolou, kontroluje se i pošta. Postupně klient získává omezenou možnost vycházek např. do okolního města, záleží na jeho spolupráci při léčení. Tzv. propustky jsou tak důležitou součástí programu léčby.

---

<sup>96</sup> Popis je pouze orientační, vycházela jsem hlavně z předstupních informací Psychiatrické léčebny Červený dvůr a ze článku MUDr. Jiřího Dvořáčka, primáře v Červeném dvoře, v publikaci *Drogy a drogové závislosti II*. S jinými psychiatrickými léčebnami jsem informace neporovnávala; Srov. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 195 – 200; ČERVENÝ DVŮR. *Léčba* [online]. © 2011 Červený Dvůr [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://cerenydvur.cz/?page\\_id=5](http://cerenydvur.cz/?page_id=5)>.

<sup>97</sup> Srov. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, 2003, s. 196.



V závěru léčby se plánuje následná péče, někteří klienti odcházejí ze střednědobé léčby do dlouhodobých programů terapeutických komunit, do doléčovacích center, chráněného bydlení či stacionářů. Většina se však vrací do původního prostředí a následná péče tak probíhá formou ambulantní. Psychiatrické léčebny poskytují v rámci následné péče tzv. opakovací pobyty.

### 3.2.4 DLOUHODOBÁ LÉČBA – TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

---

Dlouhodobé léčba v České republice probíhá v rámci terapeutických komunit pro drogově závislé. Terapeutická komunita je „*strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčeni/rehabilitace. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál terapeutické komunity se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.*“<sup>98</sup> Cílem léčby v terapeutické komunitě je změna životního stylu. Trvalé změny v životním stylu lze dosáhnout při osobním růstu. Klienti postupně dosahují změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, mohou prožívat uspokojení ze svého života a zodpovědně se rozhodovat, jak svůj život povedou.

Klient většinou přichází do komunity z jiného zařízení, detoxifikační jednotky, psychiatrické léčebny, kde prošel léčbou či přípravou do terapeutické komunity. Terapeutická komunita obvykle před nástupem jejího dalšího člena vyžaduje od zájemce o léčbu životopis alespoň na 4 strany, kde se zájemce rozepíše o svém dětství, popíše dospívání, drogovou kariéru a další důležité okolnosti svého života a současnou životní situaci. Dále terapeutická komunita vyžaduje napsání žádosti a její zdůvodnění a vyplnění předvstupního dotazníku. Se zájemcem se předem vyjednávají podmínky pobytu, např. finanční spoluúčast apod. Pro přijetí existují i kontraindikace jako je například akutní psychóza, akutní infekce, příbuzenské vztahy, ale i známosti z „ulice“. Záleží na podmínkách té dané terapeutické komunity, kam se zájemce hlásí. Po splnění

---

<sup>98</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Terapeutická komunita* [online]. 2003, poslední aktualizace 08. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/t/terapeuticka\\_komunita](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/terapeuticka_komunita)>.

podmínek se terapeutická komunita rozhoduje, zda zájemce o léčbu přijme a významně se na tom podílí i stávající členové komunity.<sup>99</sup>

Po nástupu do terapeutické komunity se klient nejprve seznamuje s prostředím, programem, a i když se již programu účastní, není ještě členem komunity. O to musí sám požádat, což je po přijetí potvrzeno přijímacím rituálem a podpisem smlouvy. Toto je tzv. nultá fáze léčby v terapeutické komunitě a u roční léčby trvá dva i více týdnů. Klient postupně prochází fázemi 1-3, kdy se učí změně životního stylu, otevřenosti a sebevyjádření, přebírá odpovědné role ve spolusprávě, konfrontuje své vztahy k ostatním s emocemi a zážitky, které jsou spojené s lidmi z jeho minulosti, hledá sám sebe. Později přibývají kontakty z okolí, zejména s rodinou. Při přestupu mezi fázemi se vždy opakuje klientova žádost, komunita hodnotí jeho způsobilost k přestupu a v pozitivním případě rituál přestupu. Ukončení léčby v terapeutické komunitě bývá provázeno mnohdy zhoršením stavu klienta (krize posledního období). Tým klienta podporuje, ale jeho odchod z terapeutické komunity se příliš neoddaluje, klient je podporován v separaci.<sup>100</sup>

### 3.2.5 NÁSLEDNÁ PÉČE A DOLÉČOVACÍ PROGRAMY

Po léčbě následuje péče, která má za cíl podporu a udržení změny u klienta. Změna však může nastat i spontánně nebo po předchozích intervencích. V ČR je následná péče poskytována formou opakovací léčby<sup>101</sup>, doléčovacemi skupinami a také

<sup>99</sup> Srov. ADAMEČEK, D. Fáze komunitního programu a způsob přijetí do TK. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: TK Magdaléna, 2007, s. 91-96.

<sup>100</sup> Srov. ADAMEČEK, D.; RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M.; KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 201 - 207.

<sup>101</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Opakovací léčba* [online]. 2003, poslední aktualizace 06. 12. 2010 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opakovaci\\_lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opakovaci_lecba)>; Opakovací léčba – podle Mezioborového glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí – Jedná se o opakovaný pobyt v léčebném programu, který klient předtím absolvoval. Obvykle trvá jeden týden. Je přínosný jednak pro klienta samotného (v prostředí, kde absolvoval svoji základní léčbu, může zhodnotit své dosavadní zkušenosti, což posiluje jeho abstinenci), jednak pro klienty, kteří se v daném programu aktuálně léčí (mohou korigovat své představy o tom, co život mimo léčebnu obnáší a s jakými problémy se pravděpodobně budou sami potýkat, zároveň jsou konfrontováni se skutečností, že dokončení léčby je možné). Opakovací léčba je jednou z forem následné péče. Opakovací léčba má své limity dané nemožností pravidelného kontaktu s klientem a její nevýhodou je nedostupnost kontinuální podpory pro klienty v praktických otázkách každodenního života.

je využíván princip svépomoci.<sup>102</sup> „Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných AT ordinacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology. (...) je kladen důraz na posilování abstinence, často však s absencí socioterapie - na rozdíl od doléčovacích programů a rekvalifikace/resocializace. (...) Specializovaná pracoviště pro následnou péči se u nás většinou nazývají doléčovací centra. Ta zasahují širší spektrum služeb. Pracují v nich multidisciplinární týmy, které umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta. Díky tomu je následná péče intenzivnější a kratší.“<sup>103</sup> Cílem doléčování je sociální reintegrace klienta, aby byl schopen „normálního“ života. Součástí je například prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky a zdravotní péče.<sup>104</sup>

### 3.2.5.1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ, CHRÁNĚNÁ PRÁCE.

---

Chráněné bydlení je prostředkem sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Cílem chráněného bydlení je zajištění ubytování po léčbě, a to lidem, kteří nemají ve svém bydlišti možnost doléčovacích služeb, popřípadě by návrat do dřívějšího bydliště nebyl žádoucí. Bydlení je časově omezené, klient uzavírá smlouvu s příslušným poskytovatelem chráněného bydlení a nájemné si platí, či na něj přispívá. Klient zároveň absolvuje terapeutický a resocializační program. Základní pravidla jsou dodržení bezdrogového prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních nájemníků.<sup>105</sup>

Chráněná práce slouží ke zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnování pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. Klient při vstupu do programu uzavírá pracovní smlouvu a pracuje za mzdu.<sup>106</sup>

---

<sup>102</sup> Srov. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Následná péče (Aftercare)* [online]. 2003, poslední aktualizace 06. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/n/nasledna\\_pece\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/n/nasledna_pece_aftercare)>.

<sup>103</sup> Tamtéž.

<sup>104</sup> Srov. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Doléčování (Aftercare)* [online]. 2003, poslední aktualizace 15. 10. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/dolecovani\\_aftercare](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dolecovani_aftercare)>.

<sup>105</sup> Srov. DVORÁK, D. Chráněné bydlení a chráněná práce. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 215.

<sup>106</sup> Srov. tamtéž, s. 216.

Služby následné péče již nepatří do okruhu sekundární prevence drogových závislostí, v rámci systému péče o drogově závislé patří tyto služby a programy do terciární prevence drogových závislostí. To platí i pro programy metadonové a jiné substituce a také pro svépomocné skupiny, které popíšu níže.

Chráněná bydlení mají jako cílovou skupinu klienty s diagnózou závislosti. Nelze si představit, že by jedinec, který užívá návykové látky experimentálně nebo příležitostně, měl takové destabilizační problémy, že by musel vyhledat služby chráněného bydlení nebo práce. Tyto služby slouží ke stabilizaci klienta v jeho dalším životě po léčbě.

### 3.2.6 PROGRAMY METADONOVÉ A JINÉ SUBSTITUCE

---

Podle Glosáře je substituce „*způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (...) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, ale s výrazně menšími riziky, než původní droga*“.<sup>107</sup> Náhradní látka je předepisována lékařem, podávána perorálně a substituční léčbu doprovází psychoterapie, poradenství a socioterapie. Tím se předchází škodlivým způsobům užívání nelegálních drog, zdravotním důsledkům z nečistoty drog, z injekční formy aplikace drogy, sdílení jehel apod., sociálním následkům z užívání drog. Substituční léčba trvá od několika týdnů do mnoha let, někdy je i neohrazená. Substituce se nepoužívá pouze u uživatelů nelegálních drog, ale i u uživatelů legálních drog, např. kouření cigaret se nahrazuje nikotinovou náplastí.

Formy substituční léčby jsou:<sup>108</sup>

- Krátkodobá (detoxifikační substituce, nejčastěji se realizuje během hospitalizace klienta). Trvá jeden až dva týdny.
- Střednědobá (prodloužená detoxifikace, realizována během ústavní léčby, ambulantně). Trvá několik týdnů až měsíců.
- Dlouhodobá (udržovací substituce, probíhá ambulantní formou). Trvá řadu měsíců, či let. Při dlouhodobé substituci je větší část klientů, která před tím opakovaně selhávala v opakovaných, dlouhodobých ústavních léčbách, schopna samostatné

---

<sup>107</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Substituce* [online]. 2003, poslední aktualizace 07. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/s/substituce](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/substituce)>

<sup>108</sup> Srov. POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221.

bezproblémové existence. Nejčastěji používané látky pro dlouhodobou substituci jsou metadon a buprenorfin.

### 3.2.7 SVĚPOMOCNÉ PROGRAMY

---

Svépomocné programy jsou programy, či aktivity zaměřené na podporu, „*kteřou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená z jejich užívání.*“<sup>109</sup> V užším slova smyslu se tento termín používá ve spojení s konkrétními programy, jako je hnutí Anonymních alkoholiků (AA) nebo Anonymních narkomanů (AN). Svěpomocný charakter intervencí a různých technik používá řada zařízení v ČR od terénních programů až po terapeutické komunity. Svěpomocný princip se používá i v různých typech příruček „jak si pomoci sám“. Tento typ intervence se zdá být velmi účinný, nabízí podporu uživatelům návykových látek, ale i jiným v jiných svěpomocných skupinách, kteří potřebují sdílet své osudy s lidmi, které potkalo stejné neštěstí, např. úmrtí blízkého, smrtelné onemocnění, zneužívání v dětství apod.<sup>110</sup>

Svépomocné programy nejspíše vyhledá jedinec, který má problémy z užívání návykových látek jako je např. ztráta rodiny, práce, bydlení apod. I tak jsou ale tyto typy pomoci spíše využívány v rámci léčby, nebo až po léčbě. Jako vzácné se mi jeví svěpomocné skupiny pro rodiče osob užívajících návykové látky. K. Nešpor napsal řadu publikací na témata svěpomoci nejen pro rodiče, ale i pro samotné užívající.

#### 3.2.7.1 ANONYMNÍ ALKOHOLICI

---

Hnutí Anonymní alkoholici je celosvětové svěpomocné hnutí, které pod sebe zahrnuje lidi mající problémy s návykovými látkami a chtějící je překonat. Do své filosofie zahrnuje duchovní principy a pracuje s modelem svěpomocných skupin. Vzniklo v roce 1935 v USA a podle jeho vzoru vznikají organizace, pracující na podobných principech, např. Anonymní narkomané.<sup>111</sup> Zakladatel Bill Wilson ve své slavné knize popsal práci s tím, kdo zneužívá alkohol takto: „*Nechte ho, ať vede*

---

<sup>109</sup> VOBOŘIL, J.; KALINA, K. Svěpomocné programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 84 - 89.

<sup>110</sup> Srov. tamtéž, s. 84 – 89; NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 99 – 104.

<sup>111</sup> Srov. VOBOŘIL, J.; KALINA, K. Svěpomocné programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, 2003, s. 84 – 89; NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 99 – 104.

*konverzaci, kudy chce... Nejlépe uděláte, když při práci s alkoholiky nebudete předvádět žádné chtění či křížové výpravy za proměnou. Nikdy se nesnažte alkoholika umluvit... On sám se musí rozhodnout za sebe, jestli chce pokračovat v pití nebo ne. Nikdo by ho neměl pobízet či nutit... Pokud si myslí, že to zvládne nějakým jiným usebráním ducha, podpořte ho, aby šel vlastní cestou. Nikdo nemá monopol na Pánaboha, často nepřicházíme na žádný způsob, který by fungoval s námi samými.“<sup>112</sup>*

### **Dvanáct kroků AA**

- 1. „Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.*
- 2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
- 3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
- 4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.*
- 5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
- 6. Byli jsme zcela povolní k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
- 7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
- 8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*
- 9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou, kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.*
- 10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.*
- 11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.*

---

<sup>112</sup> MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování.* Tišnov: SCAN, 2003, s. 7.

12. *Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech záležitostech.*<sup>113</sup>

Je potřeba zdůraznit, že Anonymní Alkoholici se neváží na konkrétní náboženství a mezi jejich členy jsou i tzv. ateisté. Např. u druhého kroku slovního spojení „silou větší než naše“ lze chápat společenství nebo zkušenosti lidstva.

#### **Faktory, které jsou účinné v přístupu hnutí Anonymních Alkoholiků.<sup>114</sup>**

Přiznání ztráty kontroly. Člověk přijme skutečnost, že se mu užívání návykových látek vymklo jeho kontrole. Příčinou je závislost, onemocnění, které nelze ovlivnit rozhodnutím, vůlí a morálním přesvědčením.

Přijetí modelu nemoci. Člověk musí uznat důsledky užívání návykových látek. Přijme-li „model nemoci“, může mu to pomoci v překonání pocitů viny, studu a zlosti, které mohou provázet zbavení se mechanismů obrany (bagatelizace, racionalizace, popření).

Abstinence. AA odmítají „kontrolovatelné užívání“ jako cíl léčby. Důležité je se rozhodnout pro abstinenci.

Spiritualita. Jestliže si závislý připustí, že nelze svou závislost kontrolovat a uvědomí se bezmocnost vůči návykovým látkám, řeší poté dilema, kdo bude kontrolovat jeho chování. AA podporují své členy, aby uvěřili v existenci něčeho silnějšího, než jsou oni sami. Důraz kladený na spiritualitu může být přínosem, ale i problémem např. pro ty, kdo nejsou věřící.

Podpora společenství. Člověk se může identifikovat s lidmi, kteří prožívají stejné pocity viny, úzkosti a výčitek. Společenství napomáhá emocionální podporou, pocitem sounáležitosti, společným řešením problémů a posilováním motivace k abstinenci.

---

<sup>113</sup> NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 101 – 102.

<sup>114</sup> Srov. VOBOŘIL, J.; KALINA, K. Svépomocné programy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, 2003, s. 84 – 89; NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*, s. 99 – 104.

Uvědomění, sebepoznání, sebekritika, odpovědnost. To, že je hnutí Anonymních alkoholiků efektivní, dokládá spousta odborné literatury. V USA je běžné, že se závislý účastní jak profesionální léčby, tak i svépomocných programů

### 3.3 SHRNU TÍ

---

SP není poskytována v rámci prevence primární, není ani léčbou, sociální reintegrací nebo dokonce snižováním rizik. V SP jde o zachycení jedince, který experimentuje s návykovými látkami (v případě dětí se to týká i alkoholu a tabáku), popřípadě je příležitostně užívá a je u něj vysoké riziko rozvinutí syndromu závislosti. Dále jde o působení na něj určitými metodami tak, aby měl dostatek informací o rizicích a možných důsledcích, zdravé sebevědomí a možnost se sám rozhodnout (podle situace a věku) a aby došlo ke snížení nebo zastavení užívání návykových látek.

Kde má tedy SP své místo? Hlavně v rámci služeb působících v přirozeném prostředí dětí a mládeže, v nízkoprahových zařízeních, kam děti a mládež dochází řešit své obtížné situace, nebo se prostě pobavit. Její místo je také v rámci specifikovaných služeb kontaktních center a terénních programů zaměřených úzce na drogovou problematiku. Otázkou je, nakolik je SP v rámci zařízení a služeb specializovaných na drogovou problematiku možná a prováděná. Tato zařízení by v rámci prevence a péče měla spolu udržovat úzký vztah a služby, které poskytují, by měly být provázané, na sebe navazující, doplňující se. Dále je sekundární prevence prováděná v rámci včasné detekce rodiči, vychovateli, pedagogy, lékaři a jinými osobami, které jsou v bezprostředním okolí experimentujícího jedince.

## 4. CÍLOVÉ SKUPINY SEKUNDÁRNÍ PREVENCE DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ.

---

V této kapitole budu vycházet z obecného rozdělení cílových skupin prevence drogových závislostí. Cílové skupiny se dají vymezit podle frekvence a následků užívání drogy<sup>115</sup> a podle míry rizika:

---

<sup>115</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17.



- Obecná populace
- Rizikové skupiny
- Rizikovní jednotlivci
- „Děti ulice“
- Experimentátoři
- Rekreační a příležitostní uživatelé
- Pravidelní uživatelé
- Závislí
- Rodiny a partneři uživatelů (blízké okolí)

Ne všechny tyto cílové skupiny může nebo má sekundární prevence drogových závislostí oslovit či zachytit. V textu budu citovat zvláště Kamila Kalinu, který cílové skupiny krátce popsal v monografii *Drogy a drogové závislosti 1*, a některé pojmy také v Mezioborovém glosáři pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Popíšu zde všechny výše vyjmenované cílové skupiny a to z důvodu přesnosti vymezení těchto skupin. Podle modelu „SP je včasná intervence, poradenství a léčba“ by cílovými skupinami měly být všechny tyto vyjmenované skupiny až na obecnou populaci a „sporné“ rizikové skupiny. Podle mého vymezení SP budou cílovými skupinami pouze některé.

#### Obecná populace

Obecná populace je cílová skupina pro primární prevenci.

#### Rizikové skupiny

Takto se označují skupiny, které jsou sociálním nebo zdravotním jevem ohroženy více než zbytek populace. Například jako rizikovou skupinu můžeme brát věkovou skupinu mezi třináctým a osmnáctým rokem, dále mohou být rizikové skupiny z profesního, etnického či sociálního hlediska, např. různé subkultury (skinheadi, punkeři, apod.).<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17.

### Rizikovní jednotlivci

Míra individuálního rizika se může odvíjet od různých onemocnění psychiky, genetických predispozic, dysfunkcí primární rodiny, poruchami učení, ale také tím, že v okolí je např. blízká osoba, která zneužívá návykové látky.<sup>117</sup>

### Experimentátoři

Experimentátorem je takový člověk, který občas a nepravidelně zkusí různé typy drog a může nebo nemusí mít problémy v jiných oblastech. Většinou má pravidelné zaměstnání, pravidelnou mzdu a nemá žádné sociální a zdravotní problémy v důsledku užívání drog. Pokud experimentuje dítě, mohou být následky hluboké.<sup>118</sup> Výsledky různých studií ukazují, že experimentování s návykovými látkami v nízkém věku (platí i pro alkohol a tabák) zvyšuje riziko rozvoje problémů s drogami v pozdějším věku.<sup>119</sup>

### Příležitostní a rekreační uživatelé

Příležitostné užívání je takové „užívání drog, které nenaplnuje kritéria závislosti a není častější než jednou za týden. Pojmu se dává přednost před pojmem rekreační užívání, který vyvolává dojem, že každé takové užívání je užíváním pro zábavu, a nebere v potaz např. snahu zvládat negativní emoční stavy nebo jiné motivy.“<sup>120</sup>

Rekreační užívání je „neodborný a nepřiliš přesný výraz pro užívání drog (obvykle nelegálních) za různých společenských a rekreačních okolností, za předpokladu, že důsledkem není vznik závislosti a dalších problémů. Typickými drogami jsou marihuana, LSD, Extáze. Typickými okolnostmi rekreačního užívání jsou soukromé večírky, „house parties,“ diskotéky, hudební festivaly a sportovní příležitosti (...). Pojem „rekreační užívání“ odmítají ti, kteří jakékoliv užívání nelegálních drog pokládají za problém. Neměl by se užívat k odlišení příležitostného užívání od užívání návykového, protože všechny typy užívání mohou být čas od času společenské a

---

<sup>117</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy, s. 17.

<sup>118</sup> Srov. tamtéž, s. 17.

<sup>119</sup> Srov. ŠUCHA, M., ŠŤASTNÁ, L. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. Praha: Centrum adiktologie, 2010, s. 11, 31.

<sup>120</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Příležitostné užívání (Occasional use)* [online]. 2003, poslední aktualizace 13. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/p/prilezitostne\\_uzivani\\_occasional\\_use](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/prilezitostne_uzivani_occasional_use)>.

*rekreační*.“<sup>121</sup> Tito uživatelé sice neužívají drogu pravidelně, ale když je jim např. nabídnuta, neodmítnou.

Experimentální a příležitostní uživatelé drog, tzv. skrytá populace, nemají většinou potřebu kontaktovat odborníky. Do skryté populace však patří i závislí uživatelé se stabilizovaným sociálním zázemím a vzorci užívání, protože se nedostávají do konfliktu se zákonem, nevykazují další zdravotní a sociální problémy, tudíž nevyhledávají žádnou institucionalizovanou formu pomoci či péče.<sup>122</sup> Jsou programy, které tyto uživatele drog kontaktují samy, např. programy harm reduction, předávání informací letáky, analýzy tablet extáze jako prevence poškození zdraví, ale i právě včasná intervence, která se řadí do sekundární prevence.

### Pravidelní uživatelé

Jsou to uživatelé, kteří již drogu užívají pravidelně a je to jejich životní styl, stane se tak alespoň jedenkrát do týdne a již je zde „jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Můžeme hovořit o „škodlivém užívání“ podle MKN-10.“<sup>123</sup> Nejsou v nijak závažné sociální a zdravotní situaci, nic je nenutí vyhledávat odbornou pomoc, proto patří do tzv. skryté populace.

### Problémoví uživatelé

EMCDDA definuje problémové užívání jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu. EMCDDA definuje problémové užívání dále i jako dlouhodobé či pravidelné užívání kokainu<sup>124</sup>, které je ale v České republice na tak nízké úrovni, že se jeho prevalence neodhaduje. V České republice je problémové užívání převážně spojeno s pervitinem, heroinem

---

<sup>121</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Rekreační užívání* [online]. 2003, poslední aktualizace 13. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/r/rekreačni\\_uzivani](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/r/rekreačni_uzivani)>.

<sup>122</sup> Srov. MIOVSKÝ, M. a kol. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada, 2008, s. 163.

<sup>123</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Pravidelné užívání (Regular use)* [online]. 2003, poslední aktualizace 13. 12. 2010 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/p/pravidelne\\_uzivani\\_regular\\_use](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/pravidelne_uzivani_regular_use)>.

<sup>124</sup> Srov. NEDELNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20], s. 94.

(popř. Subutexem®), sezonně se objevuje i užívání opia).<sup>125</sup> Do pojmu problémové užívání se nezahrnuje užívání konopí a extáze.<sup>126</sup>

### Závislí

Uživatel návykových látek je diagnostikován jako závislý uživatel drog tehdy, splňuje-li diagnostická kritéria závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992). Tito uživatelé mají zdravotní, psychické a sociální problémy v důsledku abusu<sup>127</sup> drog, ale ne vždy se jedná o problémové uživatele.<sup>128</sup>

### Rodiny a partneři uživatelů

Na tuto cílovou skupinu se převážně zaměřuje sekundární a terciární prevence drogových závislostí, ale i léčba (rodinná terapie, poradenství, aktivní zapojení rodiny do léčby apod.). Sekundární prevence je zaměřená na jednotlivce, ale v rámci poradenství se pracuje i s rodinou. Dne 27. 11. 2003 vydala Rada Evropské unie rozhodnutí o důležitosti zapojení rodin do prevence a včasné intervence drogových závislostí u dětí a mládeže.<sup>129</sup> Mimo jiné se v něm uvádí, že rodiny mají důležitou roli v utváření životního stylu dětí. Důležité je tedy brát v úvahu úlohu rodiny při určování rizikových a preventivních faktorů, které by mohly ovlivnit předčasné užívání drog u dětí. Upozorňuje na nutnost různých školících akcí pro rodiče, aby dokázali včas rozpoznat rizikové chování u svých dětí.<sup>130</sup>

### „Děti ulice“

Zvláštní skupinou jsou „děti ulice“, které odcházejí z domova a na ulici nacházejí dočasné útočiště, např. v drogových bytech, squatech apod. Jejich závislost je

---

<sup>125</sup> Srov. *Výroční zpráva ve věcech drog ve věcech drog v České republice v roce 2008*, s. 24.

<sup>126</sup> KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 15 – 24.

<sup>127</sup> Abusus = zneužívání.

<sup>128</sup> Srov. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Kapitola 1/1 Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy., s. 17.

<sup>129</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Rozhodnutí Rady EU - zapojení a role rodiny v prevenci drogových závislostí* [online]. 2007, poslední aktualizace 21. 02. 2007 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/prevence/rozhodnuti\\_rady\\_eu\\_zapojeni\\_a\\_role\\_rodiny\\_v\\_prevenci\\_drogovych\\_zavislosti](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/rozhodnuti_rady_eu_zapojeni_a_role_rodiny_v_prevenci_drogovych_zavislosti)>;

<sup>130</sup> *Council Resolution of 27 November 2003 on the importance of the role of the families in preventing drug abuse by adolescents* [online]. 2003, [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004G0422\(02\):EN:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004G0422(02):EN:HTML)>.

buď na počátku, nebo je již plně vytvořena. Zde se uplatňuje zejména terénní sociální práce nejen s uživateli drog. „Děti ulice“ patří k tzv. skryté populaci.

Cílové skupiny sekundární prevence jsou tedy: experimentátoři, příležitostní uživatelé, a sekundárně jejich rodina a partneři. Jako zvláštní skupinu lze vymezit podle věku i děti a mládež v experimentálním či příležitostném kontaktu s návykovou látkou.

*„V České republice zkušenost s nelegální drogou u studentů středních škol (...) přesahuje 50 %; přesná čísla jsou dostupná pro šestnáctileté, z nichž má alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 45 %, a v posledním měsíci ji užilo 18,5 %. Alkohol vyzkoušelo přes 98 % českých šestnáctiletých a 73 % „více než pár doušků“ vypilo již před dovršením třináctého roku. 60 % šestnáctiletých pije pravidelně a 20 % v posledním měsíci nejméně třikrát vypilo nadměrné, k opilosti vedoucí dávky. Celá čtvrtina českých šestnáctiletých každodenně kouří tabák.“<sup>131</sup>*

Experimentování s návykovými látkami se převážně týká dětí a mladých lidí přibližně od puberty do konce mladšího dospělého věku. V tomto období je na člověka kladena největší zátěž, utvoření své vlastní osobnosti, vymanění se z vlivu dospělých autorit a najít se, být sám sebou. Pubescent se potřebuje vymanit ze závislosti na rodině, a pokud rodiče mají ke svému dítěti kladný emoční vztah a respektují jeho osobnost, usnadní mu tím přijmutí odpovědnosti za sebe a za svá rozhodnutí.<sup>132</sup> Jsou tedy kladeny nároky i na rodiče, a to hlavně v komunikaci se svým dítětem. Děti jsou v tomto období velmi emocionální a komunikace s nimi je obtížná. Faktem ale zůstává, že pokud je pevná vazba a dobrá komunikace mezi rodičem a dítětem již od začátku, nejsou emoční „výkyvy“ tak bouřlivé a v podstatě jsou chápány jako součást období dospívání. Podle Rosenbaumové se tak základním principem v komunikaci s dětmi stává pravda a upřímnost. Nepomáhá zastrasování, zkreslené a neúplné informace, pokrytecká prohlášení.<sup>133</sup> To ale platí i pro preventivní intervence. Prevence by měla být založená na realistickém přístupu k drogové problematice, a to názorem, že návykové

---

<sup>131</sup> ROSENBAUM, M. *Bezpečnost především ...realistický přístup k drogám* [online]. Praha: Centrum adiktologie, 2006. [cit. 09. 03. 2011], s. 9. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/detail/60/1387/>>.

<sup>132</sup> Srov. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001, s. 234.

<sup>133</sup> Srov. ROSENBAUM, M. *Bezpečnost především ...realistický přístup k drogám* [online]. [cit. 09. 03. 2011].

látky a experimentování s nimi jsou součástí dnešní mladé kultury.<sup>134</sup> To ale neznamená sedět a čekat, jak experiment dopadne. Uvedu zde principy přístupu podle M. Rosenbaumové, které - dá se říci - obletěly svět. Pomáhají dětem a mládeži k bezpečnosti a odpovědnému rozhodování:

- „poskytováním pravdivých, vědecky podložených informací,
- propagováním strídmosti, pokud v experimentování pokračují,
- snahou, aby pochopili právní a sociální následky užívání drog,
- kladením největšího důrazu na jejich bezpečí, za něž zodpovídají především oni sami a mohou tak činit díky svým znalostem.“<sup>135</sup>

Vzhledem k experimentování s návykovou látkou mě zajímaly výsledky studie ESPAD z roku 2007, důvody prvního užití a pozitivní a negativní očekávání u konopných látek. Nejčastějším uváděným důvodem prvního užití je zvědavost a „záměr dostat se do nálady“. Pozitivním očekáváním je hlavně odstranění stydlivosti a zábran a zintenzivnění prožitků a vlastních pocitů. Negativním očekáváním je špatná soustředěnost a ztráta souvislostí při konverzaci.<sup>136</sup> Zvědavost a hledání vlastní zkušenosti je přirozený jev, hlavně u dospívajících. „Většina mladých lidí (...) s drogami, hlavně s tabákem, alkoholem a konopnými látkami, v dospívání experimentuje a většina z nich u experimentu také skončí nebo zůstane u rekreačního, občasného užívání a v budoucnosti nemá s drogami větší potíže.“<sup>137</sup> Část mladých lidí však z této fáze přechází k aktivnímu vyhledávání drogy a postupně k syndromu závislosti.<sup>138</sup> SP se zaměřuje na všechny experimentující a příležitostně užívající návykové látky.

Jak jsem již napsala, nároky jsou kladeny také na rodiče, pedagogy, vychovatele, lékaře a odborné pracovníky nejen v drogové problematice. Nárok je kladem podle mého názoru také na postoj veřejnosti, která experimentování a příležitostné užívání

---

<sup>134</sup> Srov. SMÉKALOVÁ, E. *Studijní texty pro metodiky prevence sociálně patologických jevů*. Olomouc: Filosofická fakulta Univerzity Palackého, 2007, s. 70 – 71.

<sup>135</sup> ROSENBAUM, M. *Bezpečnost především ...realistický přístup k drogám* [online]. [cit. 09. 03. 2011], s. 16.

<sup>136</sup> *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, s. 42 – 43.

<sup>137</sup> PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2009 [cit. 2011-03-11], s. 31. Dostupné na WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/zavislosti/knihy-a-publikace/63-prevence-uzivani-tabaku-alkoholu-a-jinych-drog-u-dospivajicich>>.

<sup>138</sup> Srov. tamtéž, s. 31.

návykových látek u dětí a mládeže vnímá negativně, přitom alkohol a tabák všichni akceptujeme jako součást společnosti.<sup>139</sup>

#### 4.1 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY

---

Ve vymezení sekundární prevence drogových závislostí jsem uvedla, že jde o intervence zaměřené na jedince, který je experimentálně či příležitostně s drogou v kontaktu a jsou u něj prokazatelné vysoce rizikové faktory pro možné rozvinutí závislosti. V této kapitole se pokusím krátce nastínit, jaké rizikové faktory pravděpodobně vedou k rozvoji syndromu závislosti. Vedle rizikových faktorů působí na jedince také faktory ochranné (protektivní). Vycházet budu z prací Nešpora, který dělí rizikové a protektivní faktory na šest oblastí: osobnost dítěte a dědičnost; rodina; škola; nebezpečná zaměstnání; vrstevníci; společnost a prostředí.<sup>140</sup> Některé faktory doplním o své myšlenky inspirované rodinným a systemickým přístupem a jiné poznatky. Uvedu zde jako příklady pouze některé faktory.<sup>141</sup>

##### Rizikové faktory v oblasti osobnosti dítěte a dědičnosti:

- problémy s návykovými látkami a/nebo duševní nemoc u předků,
- poruchy pozornosti s nadměrnou aktivitou,
- setkání s návykovou látkou v mladém věku,
- chronické onemocnění (zejména pokud je bolestivé),
- nemá sociální dovednosti, neumí čelit sociálnímu tlaku, nezvládá stresové situace, nízké sebevědomí, nižší inteligence,
- chronická traumatizace (týrání, zneužívání).

##### Protektivní faktory v oblasti osobnosti dítěte a dědičnosti:

- problémy s návykovými látkami a/nebo duševní nemoci se v rodině nevyskytují,
- normální živé dítě s přiměřenou schopností se soustředit,
- s návykovou látkou se setkává až v pozdějším věku,

---

<sup>139</sup> RADIMECKÝ, J. *Primární fikce prevence užívání drog* [online prezentace]. 2006 [cit. 2011-03-11], s. 4. Dostupné na WWW: <<http://www.pprch.cz/Historie-minule-rocniky/2006/>>.

<sup>140</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001, s. 44 – 54.

<sup>141</sup> Faktory srov. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001, s. 44 – 54.

- má dostatek sociálních dovedností, umí čelit sociálnímu tlaku, zvládá stresové situace zdravým způsobem, umí plánovat a řešit problémy, je schopný se přizpůsobit nové situaci, zdravé sebevědomí a vyšší inteligence.

#### Rizikové faktory v oblasti rodiny:

- citová deprivace, poruchy attachmentu
- nejasně vymezené hranice, přísnost střídaná s nezájmem,
- blízká osoba užívá návykové látky,
- přeceňování či podceňování dítěte
- týrání, zneužívání dítěte

#### Protektivní faktory v oblasti rodiny:

- pevné citové vazby,
- jasně dané hranice, vřelý, středně omezující styl výchovy, rodiče mají zájem o dítě,
- rodina zdravě odmítá návykové látky jako prostředky zábavy nebo uvolnění se, umí vytvářet přirozené prostředí pro zábavu a hry, rodina je stabilní a dítě v jeho vývoji podporuje.

#### Rizikové faktory v oblasti školy:

- škola se nepodílí na kvalitních a fungujících preventivních aktivitách,
- škola nespolupracuje s rodiči,
- učitelé poukazují jen na nedostatky žáků, problémoví nebo selhávající žáci jsou zesměšňováni a ponižováni.

#### Protektivní faktory v oblasti školy:

- dlouhodobá, systematická, interaktivní prevence,
- dobrá spolupráce s rodiči,
- učitelé jsou vnímáni jako pomáhající, podporují rozvoj žáků, dobře komunikují, spolupracují.

#### Rizikové faktory v oblasti zaměstnání:

- dostupnost návykových látek, a to i na základě vztahů s nadřízenými, podřízenými, šikana na pracovišti,



- stres, nárazová práce, trojsměnný provoz, syndrom vyhoření,
- nezaměstnanost.

#### Protektivní faktory v oblasti zaměstnání:

- jasná pravidla pro užívání návykových látek na pracovišti, která jsou dodržována i ze strany vedení,
- jasně vymezené role a odpovědnosti pracovníků, péče o zaměstnance, dobré vztahy na pracovišti,
- zaměstnání, které je hodnoceno jako velmi potřebné ať už pracovníkem nebo společností.

#### Rizikové faktory v oblasti vrstevnických skupin:

- snadný přístup k návykovým látkám díky vrstevnické skupině, preferování užívání návykových látek jako zábavu, podpora v užívání návykových látek.

#### Protektivní faktory v oblasti vrstevnických skupin

- preferují zábavu a zájmové aktivity bez užívání návykových látek,
- nepřijímají jedince, kteří mají zájem návykové látky užívat.

#### Rizikové faktory v oblasti společnosti a prostředí:

- dostupnost návykových látek, žádná nebo nedostatečná prevence, propagace návykových látek jako „normálního“ životního stylu,
- nedostatečné sociální zajištění, nedostatek příležitostí k vzdělání a uplatnění, náhlé sociální a politické změny, nestabilita,

#### Protektivní faktory v oblasti společnosti a prostředí:

- nedostupnost návykových látek, propagace zdravého životního stylu jako součást komunity

V roce 1995 sestavili Nešpor, Csémy a Mülerová volně podle dotazníku „The Drug Use Screening Inventory“ vytvořeného R. E. Tarterem, „Skrínigový dotazník pro dospívající, identifikující rizikové oblasti.“ „Dotazník obsahuje 168 položek, které mapují rizikové chování ve vztahu nejen k užívání drog identifikujících 10 problémových

oblastí. Mezi tyto oblasti patří užívání návykových látek, chování, zdravotní stav, duševní zdraví, sociální zdatnost, rodinný systém, škola, práce, vztahy s vrstevníky, volný čas a rekreace. (...) Odpovědi tedy vypovídají do značné míry o subjektivním vnímání problémů. (...) Tento skriningový nástroj proto bývá vhodné podle potřeby doplňovat rozhovorem, případně dalšími vyšetřeními a údaji z okolí.“<sup>142</sup> Pracovník, který se bude zabývat klientem v rámci sekundární prevence, by tento dotazník mohl volně využívat k identifikaci problémových oblastí klienta. Mohou ho využít rodiče, učitelé, vychovatelé a jiní odborníci. Na tento dotazník poté navazují cílené intervence. Dotazník je výhodný také z ohledu na možnost identifikovat oblasti, ve kterých je dospívající úspěšný.<sup>143</sup>

Chci zde pouze pro náhled na problematiku také podotknout, že vidím jako rizikové již to, že dítě nebo dospívající experimentuje s návykovými látkami. Jak jsem již zmínila výše, můj pohled na tuto problematiku je víceméně takový, že je to realita dnešní doby. To, že je to realita neznamená, že nemáme možnost ji ovlivnit a děti vést k tomu, aby měli více možností a informací ke správnému rozhodnutí v určité situaci. My bychom, jako vychovatelé, preventisté, učitelé a jiní pracovníci v kontaktu s dětmi, měli tento stav reflektovat a vzdělávat se i v tomto směru. Otázkou je, do jaké míry má například učitel možnosti a prostor se v tomto směru vzdělávat. Tato problematika bude zmíněná i v další kapitole.

## 5. PREVENTIVNÍ INTERVENCE V ROZSAHU SEKUNDÁRNÍ PREVENCE DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

---

Experimentátoři a příležitostní uživatelé patří, jak již bylo řečeno výše, do tzv. skryté populace. Základní metodou pro tyto cílové skupiny je kontaktní terénní práce, která je uskutečňována v přirozeném prostředí klienta. Touto metodou lze klienta vyhledat, navázat s ním kontakt a buď s ním pracovat tzv. na ulici, nebo ho v rámci návaznosti péče doporučit např. do nízkoprahového zařízení pro děti a mládež,

---

<sup>142</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Skriningový dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti* [online]. 2005, poslední aktualizace 06. 10. 2005 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/o\\_nas/evaluace/banka\\_evaluacnich\\_nastroju/skriningovy\\_dotaznik\\_pro\\_dospivajici\\_identifikujici\\_rizikove\\_oblasti](http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/skriningovy_dotaznik_pro_dospivajici_identifikujici_rizikove_oblasti)>.

<sup>143</sup> Srov. NEŠPOR, a kol. *Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti (volně podle R. E. Tartera)* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, 1998 [cit. 2011-11-03], s. 4. Dostupné na WWW: <<http://www.drnespor.eu/tartk8.doc>> .

kontaktního centra, probační a mediační služby apod., podle posouzení terénního pracovníka. Mým cílem zde není popisovat terénní práci jako takovou. Dále v textu se zaměřím již na obecný popis preventivních intervencí a více přiblížím metodu „motivační rozhovory“. Chtěla jsem pouze ukázat, jak je možné zachytit klienta, který nemá potřebu řešit své experimentování, či příležitostné užívání drog, jelikož si neuvědomuje negativní důsledky.

Je ale možné, že si klient svým počínáním přivodí problémy, které jsou „viditelné“ a rodiče, pedagog, nebo jiný dospělý z jeho okolí si všimne jeho nepřiměřeného chování. Praxe je taková, že spíše než klient vyhledávají pomoc rodiče sami, nebo jsou také upozorněni pedagogem na nutnost pomoc vyhledat. Dalším možným „zachycením“ klienta je například program primární prevence ve škole, prohlídka u obvodního lékaře apod. Ať je tedy klient zachycen terénním pracovníkem, či všímavostí pedagoga nebo rodičů, je nutná spolupráce na všech možných a potřebných úrovních, pokud to lze. Od experimentujícího s návykovými látkami se očekává jistá míra motivace ke změně. Pro většinu odborníků v oblasti problematiky návykových látek je u těchto klientů motivace a její míra dána tlakem sociálního okolí.<sup>144</sup> Touto problematikou se budu zabývat v kapitole „Motivační rozhovory“. Určitá spolupráce je nutná také ze strany rodiny, pokud to lze, a ze strany školy, sociálního kurátora a jiných odborníků potřebných k řešení klientovy stávající situace. Pracovník řeší nejdříve to, zda klientova problémová situace je důsledkem experimentování s návykovými látkami, či si díky problémovému (rizikovému) chování či problémové situaci k návykovým látkám vytvořil vztah. Posuzuje se zde míra potřebnosti řešit jedno, nebo druhé.<sup>145</sup> Poté pracovník na základě vyhodnocení klientovy situace posoudí míru potřebnosti spolupráce a s kým, nebo doporučí klienta a jeho rodinu do návazných zařízení. Samotné intervence se pak týkají již konkrétních oblastí klienta.

---

<sup>144</sup> Srov. PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 34.

<sup>145</sup> Srov. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*, s. 137.

Preventivní intervence v rozsahu sekundární prevence drogových závislostí jsou:<sup>146</sup>

- včasná detekce (na základě problémové situace či problémového chování),
- včasná intervence,
- poradenství (osobní, telefonické, internetové),
- strukturované poradenství - motivační rozhovory, rodinné intervence, případová práce, krizová intervence v případě potřeby apod.

## 5.1 VČASNÁ DETEKCE

---

Včasná detekce znamená *zjištění problémů s užíváním návykových látek dříve, než dojde k závažnému psychickému, somatickému a/nebo sociálnímu poškození či vzniku závislosti. Mohou provádět: pracovníci v nespecifickém kontaktu s uživatelem – pedagogové, sociální pracovníci, psychologové, praktičtí lékaři apod.; důležití jsou rodiče a blízcí.*<sup>147</sup> Včasnou detekci tedy provádí ten, kdo je s dítětem v kontaktu. Jde o rozpoznání typických známek užívání návykové látky. Nešpor a kolektiv uvádějí například tyto: nález návykových látek nebo pomůcek pro jejich užití, specifické známky intoxikace, svědectví nejbližšího okolí, náhlé zhoršení prospěchu a chování, poruchy spánku, ztráta zájmu o dřívější koníčky a přátele apod.<sup>148</sup> Důležité je si všimnout kontextu a posoudit, zda se u dítěte vyskytuje více těchto známek. V případě, že problém detekuje pedagog, či obvodní lékař, měl by kontaktovat rodinu dítěte a provést včasnou intervenci s odkázáním na odbornou pomoc. Záleží také na situaci dítěte. Pokud není možnost řešit problémovou situaci dítěte s rodinou, měl by se pedagog obrátit na odbornou pomoc v rámci školy (pokud má škola vlastní poradnu, psychologa apod.) nebo v jejím okolí.

---

<sup>146</sup> Srov. NEŠPOR, K., a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence* [online]. Praha: Sportpropag, 1998 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://zavislost.wbs.cz/Ke-stazeni.html>>; Srov. KALINA, K. *Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami* [online prezentace]. Praha, 2006 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <[www.pprch.cz/Dokumenty/105/](http://www.pprch.cz/Dokumenty/105/)> .

<sup>147</sup> KALINA, K. *Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami* [online prezentace]. [cit. 2011-03-11], s. 3.

<sup>148</sup> Srov. NEŠPOR, K., a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 8 - 9.

## 5.2 VČASNÁ INTERVENCE

---

Včasná intervence je podle Kaliny „poskytovaná osobám s počínajícími emočními problémy nebo problémy v chování, které by mohly souviset s užíváním drog. Probíhá nejčastěji ve školním prostředí, kde jejím podnětem je např. zhoršování školního prospěchu či kázeňské problémy. Jejím nositelem musí být informovaný pedagog s dostatečnými osobními kvalitami. Dalším prostředím pro včasnou intervenci může být např. ordinace praktického lékaře nebo pedagogicko-psychologická poradna. Cílem je získat porozumění problému, poskytnout podporu, motivovat ke změně, případně zprostředkovat odbornou péči.“<sup>149</sup>

Kalina dále identifikuje tyto oblasti včasné intervence: zaměření a cíle. Součástí zaměření včasné intervence je motivovat klienta nebo jeho blízké řešit vzniklý problém, pomoci jim uvědomit si rizika spojená s užíváním návykových látek, snažit se o zvýšení sebekontroly a sebemonitorování klienta, pochopit proč dochází k experimentování s návykovými látkami. Jako cíl vidí snahu o snížení či zastavení užívání návykových látek, omezení rizik s tím spojených a motivování k vyhledání odborné pomoci.<sup>150</sup> Některá tato zaměření a některé cíle bych viděla již jako součást strukturovaného poradenství. Během včasné intervence jsou podle mého názoru užívány poradenské dovednosti,<sup>151</sup> které spíše vedou k vyhledání odborné pomoci. Součástí odborné pomoci pak bude strukturované poradenství zaměřené již na konkrétní práci s klientem, jeho situací a jeho blízkým okolím na základě určitých přístupů sociální práce, nebo terapie. Cílem včasné intervence je tedy podle mého názoru poskytnutí podpory a motivace k vyhledání odborné pomoci na základě včasné detekce. Zaměřená bude na motivování k řešení vzniklého problému. Je ale možné, že tato intervence může mít silný dopad na jedince a již nebude potřeba vyhledávat další pomoc. Ovšem záleží na situaci, spolupráci s rodinou a také, má-li dítě například k pedagogovi silnou důvěru a správnou motivaci. Záleží i na osobnosti pedagoga. „*Postavení a role učitele, její „složitost“*“, by tak měla být východiskem pro vymezení jejich práce v oblasti intervence a poradenství.

---

<sup>149</sup> NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Časná intervence (Early intervention)* [online]. 2003, poslední aktualizace 15. 10. 2010 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/c/casna\\_intervence\\_early\\_intervention](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/c/casna_intervence_early_intervention)>.

<sup>150</sup> Srov. KALINA, K. *Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami* [online prezentace]. [cit. 2011-03-11], s. 14.

<sup>151</sup> Srov. CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008, s. 12 - 13.

*Z tohoto pohledu by se měla činnost učitelů soustředit na možné zachycování dětí, u nichž se vyskytnou problémy, identifikaci intenzity problému a následná doporučení k řešení situace buď samotným dětem, nebo rodičům. Učitel by se sám neměl pouštět do poradenské práce s dítětem na řešení problému, pokud k tomu nemá jasně vymezené podmínky a pravomoci ve škole a specifické vzdělání.*<sup>152</sup> Takové doporučení platí i například pro obvodní lékaře, vychovatele nebo vedoucí zájmových kroužků apod. Oproti tomu tato doporučení nebudou platit například pro kontaktní pracovníky v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, ve kterých předpokládám strukturovaně danou orientaci na tuto problematiku a poskytnutí takového strukturovaného poradenství v rámci jejich nabídky služeb. Záleží samozřejmě na cílech a orientaci daného zařízení.

Jak jsem napsala výše, experimentování s návykovými látkami je společenský fenomén. Podle mého názoru by tedy dovednostmi potřebnými k provádění včasné detekce a intervence měl disponovat každý, kdo se nějakou formou pracovně setkává s dětmi a mládeží, a/nebo by měl znát možnosti návaznosti různých služeb v místě.

### 5.2.1 SVÉPOMOCNÉ PŘÍRUČKY PRO RODIČE

---

Karel Nešpor formuloval na základě zkušeností základní doporučení rodičům, co dělat, když jejich dítě užívá návykové látky. Jsou to praktické rady, které vedou k momentální stabilizaci a orientaci rodiče v problému a nedovolí mu panikařit, nebo problém zhoršovat. Jako základní princip zde vidím zájem o dítě a potřebu ho ochránit. Uvedu zde několik příkladů. Jako doporučení, která jsou podle Nešpora vhodná, uvádí například tato:

- V případě, že je dítě pod vlivem návykové látky, volejte lékaře. Postih dítěti nehrozí, jelikož užívání návykových látek není trestné. Lékař je navíc vázán mlčenlivostí.
- Naslouchejte svému dítěti, neztrácejte jeho důvěru. Vyslechnout dítě neznamená přistoupit na jeho pohled na věc. Pokud máte možnost s ním mluvit o návykových látkách, připravte si protiargumenty, když bude určité drogy obhajovat.

---

<sup>152</sup> SKALÍK, I. Základní poradenství a včasná intervence v prostředí školy. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 318.

- Vytvořte pravidla, aby vaše dítě vědělo, že jeho chování bude mít určité a jasné stanovené důsledky.
- Naplňujte dítěti jeho volný čas, nejlépe společně s vámi, tak získáte prostor pro obnovu vztahu.
- Oceňte na dítěti, když se mu něco povede. Buďte k němu upřímní a mluve o svých pocitech.
- Vyhledejte profesionální pomoc jak pro dítě, tak i pro sebe.<sup>153</sup>

Jako opatření vůči dítěti, která vhodná nejsou, definuje Nešpor tato:

- Nepopírejte problém, ztrácíte tím čas, který je v tomto případě velmi cenný.
- Pokud máte druhé dítě, nezanedbávejte ho. Naopak vás bude více potřebovat, protože je v ohrožení a problém v rodině vnímá intenzivně.
- Nenechte se vydírat slovy typu: „Dám si, protože ...“ Pokud na to přistoupíte, dítě a jeho počínání tím posilujete.
- Nevyhrožujte něčím, co nemůžete, nebo nechcete splnit.
- Neztrácejte naději. Dítě si možná momentálně užívá, ale čas je vaším spojencem. Přejdou chvíle, kdy vás bude potřebovat, buďte na to připraveni.<sup>154</sup>

Dá se říci, že jednou z Nešporových specializací jsou svépomocné příručky. Rodičům věnoval bezmála osm příruček, které jsou dostupné i na jeho osobní internetové stránce.<sup>155</sup>

### 5.3 PORADENSTVÍ

Poradenství je dnes velice rozšířeným a stále se rozšiřujícím nástrojem pomoci co do obsahu, tak rozsahu nejen mezi pomáhající profese. Můžeme ho dělit na neformální a formální poradenství. Neformální se týká rad mezi přáteli, zaměstnanci, v rodině a formální poradenství je „pracovní forma – pracuji jako poradce“. V dnešní době je pojmenování poradce velice běžně užívané, ne-li moderní (např. kosmetické

<sup>153</sup> Srov. NEŠPOR, K., a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 18 - 19.

<sup>154</sup> Srov. tamtéž, s. 20 - 21.

<sup>155</sup> NEŠPOR, K. *Osobní stránka* [online]. [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.dnespor.eu/index.html>>.

poradenství, poradenství při prodeji nemovitostí, finanční poradenství apod.). Poradenské dovednosti jsou značně žádanými schopnostmi.<sup>156</sup>

Podle Novosada se roviny cílů poradenské práce prolínají, ale lze je rozlišit do tří kategorií:

1. „V nejobecnější základní rovině je cílem poradenské služby dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím - společenstvím, v němž žije.
2. V rovině cílů speciálních jde o dosažení žádoucí změny v sociálním prostředí klienta. Taková změna by měla předejít ohrožení harmonického vývoje individua nebo by měla napomoci dosavadní nepříznivý vývoj zastavit a navodit situaci příznivější.
3. V rovině cílů individuálních máme již na mysli konkrétní opatření, která se týkají daného případu - klienta - v jeho individuální situaci. Tato opatření vycházejí z působnosti poradce, jehož invence, psychosociální tvořivost, flexibilita a schopnost improvizace jsou zárukou kvality poradenské činnosti.“<sup>157</sup>

Podle něj do všech těchto rovin patří také prevence. Sekundární prevenci definuje obecně jako co nejčasnější rozpoznání odchylek, poruch, nemocí či jiných potíží a opatření, která zabraňují jejich dalšímu vývoji.<sup>158</sup>

Z. Matějček vymezil cíle poradenství pro děti a mládež:

1. „V nejobecnější rovině jde o to, aby poradenský proces pomohl klientovi dosáhnout zdraví. V případě, že klientem je dítě, jde o to, aby dítě bylo přijato svým sociálním prostředím – tj. svou rodinou.
2. Na rovině dílčích cílů jde o to, aby byla žádoucím způsobem změněna situace dítěte. Cílem je dosáhnout toho, aby nepokračovaly nežádoucí vlivy, které ohrožují vývoj dítěte a způsobily vznik problémů, a naopak, aby rodinné prostředí bylo schopno poskytnout záruku pozitivního vývoje. Tato rovina také zahrnuje různá opatření ve prospěch dítěte (např. institucionální).

---

<sup>156</sup> Srov. MICHALÍK, J., a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008, s. 11 – 16; Srov. CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*, s. 10 – 12.

<sup>157</sup> NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000, s. 64.

<sup>158</sup> Srov. tamtéž, s. 65.



3. *Rovina individuálních cílů zahrnuje konkrétní opatření, vyplývající z potřeby konkrétního případu. Závisí tedy na řešení problému, osobnosti a možnosti klienta, v případě dítěte i jeho rodiny (a školy).*<sup>159</sup>

Jak jsem již podotkla výše, v předchozích kapitolách, jsem přesvědčená, že součástí poradenství je již odborná práce s klientem a celým systémem klientových vztahů. Takto chápané poradenství by mělo být podle mého názoru orientováno nedirektivním přístupem, mělo by využívat klientových schopností a odpovědnost nechat na něm.<sup>160</sup> Poradenství pro experimentátory nebo příležitostně užívající osoby by mohlo být strukturováno zhruba takto:

#### Počáteční fáze

- navázání důvěryhodného pracovního vztahu,
- mapování, vyjasnění a zhodnocení potřeb klienta,
- uzavření kontraktu,
- specifikace konkrétních cílů klienta a vytvoření plánu pro jejich dosažení.

#### Prostřední fáze

- samotná práce na cílech klienta vymezená kontraktem (ten se může během práce s klientem doplňovat) – dlouhodobé cíle, krátkodobé cíle a práce na jejich dosažení,
- podpora klienta,
- motivační rozhovory,
- edukační rozhovory zaměřené na rizika.

#### Závěrečná fáze

- reflexe a ukončení spolupráce.

Těmito fázemi se konkrétně zabývat nebudu. Zaměřím se na stručný popis metody „motivační rozhovory“, která je podle mého názoru přímo využitelná v poradenství pro experimentátory a příležitostné uživatele návykových látek.

---

<sup>159</sup> MICHALÍK, J., a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*, 2008, s. 19 – 20.

<sup>160</sup> BOBEK, M., PENIŠKA, P. *Práce s lidmi. Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC Publishing, 2008, s. 110, 146.

### 5.3.1 MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

---

Jak lze motivovat klienta, který není motivován ke změně, nebo má ke změně postoj spíše ambivalentní, jelikož nevnímá své chování jako problematické a do ukončení experimentování s návykovými látkami je ve své podstatě nucen svým sociálním okolím?

Na tuto otázku není jednoduché odpovědět. Součástí nejednoduchosti odpovědi je například nejednotnost chápání pojmu problém. Klient se ocitá v situaci, kde je na něj kladen požadavek ze všech stran (rodina, škola, zaměstnání apod.), aby byl odpovědný za své chování, a přestal si namlouvat, že užívání návykových látek s sebou nese žádná rizika. Navíc je-li klientem dítě, je zaručené, že sociální tlaky jsou ještě silnější. Rodina má starost o dítě, které se „neumí rozhodovat samo a nemůže znát rizika spojená s užíváním návykových látek“: „Braní drog prostě problémem je a my chceme, aby se přestalo (dítě) ohrožovat“, říkají. Podle systemického přístupu je problémové chování klienta reakcí na to, že se „něco děje“ a to hlavně ve vztazích klienta, v jeho okolí. Poradenský rozhovor tak bude směřován na vyhledání řešení a ne na odstranění problému. Nechci se zde zabývat jednotlivostmi různých přístupů. Jako přínosné vidím použití různých technik a přístupů v závislosti na jedinečnosti klienta a jeho rodiny. Souhlasím s tím, že v rámci poradenství pro experimentující, či příležitostně užívající dítě hraje velmi významnou roli rodina. Pracovník by podle mého názoru měl znát různé teoretické přístupy v práci s klienty a využít možnosti eklektického přístupu pro jejich možná sjednocení. To platí i v práci s motivací.

*„Motivací se rozumí připravenost ke změně (přestat užívat drogy) či touha po takové změně. V této souvislosti se také hovoří o odporu, což je naopak více či méně uvědomovaná snaha zachovat stávající stav, tedy dál drogy užívat. Pozitivní motivací je myšleno to, co klient získá, když přestane užívat drogy (např. zlepší se jeho psychický stav, dokončí studium, zlepší se jeho vztahy s blízkými). Negativní motivací se rozumí to, čemu se vyvaruje, když drogy užívat přestane (např. ne onemocní žloutenkou typu C, nebude mít další konflikty s policií). Motivaci lze také rozdělit na vnější („měl bych“, „musím“, „chtějí to po mně“) a vnitřní („chci“ přestat). Projevy motivace lze sledovat*

*jak ve slovech (mnoho klientů o změně jenom mluví), tak v činech (někteří začínou skutečně pro změnu něco konkrétního dělat).*<sup>161</sup>

K práci s motivací bych zde popsala metodu nazvanou motivační rozhovory, která se jako speciální metoda v práci s uživateli návykových látek osvědčila. Tato metoda je vhodná pro klienty, kteří nejsou rozhodnutí, nebo neví, zda jsou nebo nejsou rozhodnutí, pro ty co ví, že nechtějí a i pro ty, kteří chtějí.<sup>162</sup> „*Motivační rozhovor (...) pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat*“. (...) je zaměřen právě na práci s ambivalencí, napomáhá ji překonat a umožňuje tak klientovi učinit první kroky ke změně.“<sup>163</sup> Pracovník zde není expertem na klienta, ale klient zůstává expertem sám na sebe a tím také na něm zůstává odpovědnost za změnu.<sup>164</sup> „*Cílem je vytvořit ve vztahu s klientem pozitivní atmosféru, která napomůže posílení klientových vnitřních motivačních zdrojů. Výsledná změna je pak způsobena namísto vnějších motivačních faktorů proměnou klientova postoje a jeho rozhodnutí*.“<sup>165</sup>

Tuto metodu, pracující s motivací klienta v procesu změny, vidím jako zásadní poradenskou metodu v práci s osobami, které experimentují nebo příležitostně užívají návykové látky. Motivační rozhovory se však používají i jako počáteční fáze léčby, kdy se zjišťuje míra motivace a klient se podporuje v jejím posílení.<sup>166</sup>

Na začátku jde hlavně o udržení kontaktu s klientem, ať již docházejícím z vlastní vůle, či na základě „zakázky“ druhé či třetí strany (rodina, kurátor, škola, soudní rozhodnutí apod.). V počáteční fázi motivačních rozhovorů tak jde o pochopení, zda je klient dostatečně motivován pro řešení problému (experimentování s návykovou látkou). Pokud klient ví, proč chce přestat, může si spolu s pracovníkem vytvořit plán, jak toho dosáhnout. Pokud klient neví, proč by měl přestávat, je na kvalitě a zkušenostech pracovníka posoudit míru potřeby setkávání a práce na klientově motivaci. Vzhledem k problematice dospívajících a jejich experimentování s návykovými látkami je dobré říci, že i vytvoření plánu „jak přestat“ bez předchozího

<sup>161</sup> PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 34.

<sup>162</sup> Srov. CENTRUM ADIKTOLOGIE. *Principy motivačního rozhovoru* [online]. 2006, poslední aktualizace 12. 07. 2006 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/634/Principy-motivacniho-rozhovoru>>.

<sup>163</sup> Tamtéž.

<sup>164</sup> Srov. tamtéž.

<sup>165</sup> Tamtéž.

<sup>166</sup> Srov. DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J. Motivační trénink. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 287.

uvědomění si „proč chci přestat“ je úspěšnější než u dospělých klientů. Navíc by pracovník měl počítat s ambivalencí vůči změně (chci a nechci přestat) jako přirozenou součástí procesu změny.<sup>167</sup>

### 5.3.1.1 PĚT ZÁKLADNÍCH POSTUPŮ

---

*„Je důležité mít na mysli (...), že je to především klient, nikoliv motivátor, kdo argumentuje ve prospěch změny. Motivátor by měl vyjádřit pochopení k tomu, že klient užívá drogy (pochopení ještě neznamená souhlas s braním drog a souhlas s klientovými názory na užívání drog), neměl by uživatele drog soudit, kritizovat a obviňovat ho, neměl by moralizovat. Výhodné je vyhýbat se sporům, protože tím se u klienta vytváří odpor, což je pro motivátora signál, že by měl změnit přístup. Odpor klienta se projevuje v nespolupráci, v námitkách, v přerušování, v ignorování (je nepozorný, neodpovídá aj). Není úkolem motivátora přesvědčovat klienta, aby přestal brát drogy. Cílem je mu pomoci, aby si určité věci „srovnal v hlavě“, cílem je podporovat ho v jeho schopnostech, zvyšovat jeho sebevědomí a vytvářet v něm reálnou naději, že je schopný svůj problém s užíváním drog zvládnout z velké míry sám.“<sup>168</sup>*

Z této citace vyplývá několik principů motivačního rozhovoru.<sup>169</sup>

#### Vyjadřování empatie – „Přijetí napomáhá změně.“

Tento postup se dá nazvat také „přijetí“. Jde v něm o přijetí klienta takového, jaký je, o pochopení jeho pocitů a pohledů na věc, aniž by ho pracovník posuzoval, či nějak jinak se k němu stavěl. Neznamená to s klientem souhlasit, ale empaticky reagovat na klientův náhled. Nejistota vzdát se rizikového chování je pracovníkem vnímána jako očekávaná a jako přirozená v procesu změny. Klienta chápe jako „přešlapujícího na místě“.<sup>170</sup>

---

<sup>167</sup> Srov. PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 37.

<sup>168</sup> Tamtéž, s. 38.

<sup>169</sup> Úvodní nadpisy jsem převzala z článku: CENTRUM ADIKTOLOGIE. *Principy motivačního rozhovoru* [online]. [cit. 2011-03-11].

<sup>170</sup> Srov. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 49 - 50.

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

Tento postup se opírá o skutečnost, že změna může být nastartována, když si klient uvědomí rozpor mezi tím, co dělá, jaký je a tím, jaký by chtěl být a kde by chtěl být. Hlavní důraz je kladen na vnitřní uvědomění rozporu, než aby se využívala vnější motivace (nátlak rodiny, obava ze ztráty zaměstnání apod.). Základním principem je tedy formulace rozporu klientem, ne pracovníkem. Ten pouze naslouchá klientovým formulacím a podporuje ho v procesu změny.<sup>171</sup>

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

Tento postup spočívá ve vyhýbání se argumentaci a přímé konfrontaci s klientem. Konfrontace je tu však účelná a má zvýšit uvědomění si problému a potřebu ho začít řešit. Miller a Rollnick nazývají konfrontaci v rámci motivačních rozhovorů „jemně přemlouvavým stylem“. Pokud se klient staví pracovníkovi na odpor, je potřeba aby pracovník změnil postup. Je důležité začít pracovat s klientem tam, kde se momentálně nachází a nesnažit se ho nátlakem prostřednictvím nálepky, že je „alkoholik“, přimět ke změně.<sup>172</sup>

### Otočení odporu – „Klient sám je cenný zdroj řešení svých problémů.“

Co děláme, když se nehádáme? Protože klient není protivníkem, kterého pracovník musí porazit, je možné mu nabízet jiné úhly pohledu na věc. Díky respektování klienta a jeho volby je možné postupovat podle myšlenky „vezmi si, co chceš a zbytek nech být“. Je tedy na klientovi, čím se rozhodne zabývat a co nechá být a vzniká tak prostor pro aktivní vtažení klienta do procesu změny.<sup>173</sup>

---

<sup>171</sup> Srov. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 50 - 51.

<sup>172</sup> Srov. tamtéž, s. 51 - 52.

<sup>173</sup> Srov. tamtéž, s. 52 - 53.

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

Pro proces změny je zásadní klientova víra ve vlastní schopnosti. Pracovník klienta povzbuzuje a posiluje jeho sebevědomí a důvěru ve své vlastní schopnosti a to například tak, že zdůrazní klientovo převzetí odpovědnosti sám za sebe.<sup>174</sup>

Tyto postupy, principy jsou obecnou filosofií motivačních rozhovorů. Mým cílem zde není popisovat metodu dopodrobna,<sup>175</sup> proto zde popíši již pouze krátce strategie a klíčové dovednosti v této metodě a dále se budu věnovat i jiným možným metodám SP.

### 5.3.1.2 STRATEGIE

Existuje více strategií, které lze využít ke zvyšování motivace klienta. Popíši zde základní čtyři, podle Bella a Rollnicka. Pracovník volí strategii podle svého hodnocení situace. Hodnotí tak fázi motivace, úroveň vztahu mezi pracovníkem a klientem a fázi změny.<sup>176</sup>

#### Probírání typického dne nebo sezení.

Tato vstupní strategie umožní pracovníkovi získat přehled, jak klient tráví svůj „všední den“, a poskytne podklad pro určení fáze užívání návykových látek a motivace ke změně. Zároveň si pracovník může pomoci v budování vztahu s klientem, jelikož vyjadřuje zájem o něj a jeho situaci již jen tím, že se ptá na jeho den.<sup>177</sup>

#### Dobré a méně dobré při užívání návykových látek.

Při hodnocení pro a proti užívání návykových látek klientem může pracovník zjistit na kolik má klient vztah k užívání ambivalentní. Pracovník ale řečené klientem nehodnotí, nechá na klientovi, aby si věci pojmenoval jako problematické nebo méně

---

<sup>174</sup> Srov. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 53 - 54.

<sup>175</sup> Z tohoto důvodu jsem nezmínila teoretický rámec, z kterého tato metoda vychází. K tomuto doporučuji jako základní literaturu: MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*, s. 3 – 42.

<sup>176</sup> Srov. ROTGERS, F., a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999, s. 220; Srov. DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J. Motivační trénink. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>177</sup> Srov. tamtéž, s. 220; Srov. tamtéž, s. 286.

dobré sám. Vytváří tak prostor pro klientovo zvažování a rozhodování, poukazuje na klientovo vlastní hodnocení věcí.<sup>178</sup>

#### Poskytování informací.

V této strategii jde o poskytování zpětné vazby, rad nebo informací. Pracovník by ale měl počítat s tím, že je velmi důležité, jaký zvolí styl poskytnutí informace. Neměl by se stavět do role odborníka na řešení problémů, protože si klienta tímto způsobem může stavět na odpor. Je nutné zvážit, jestli klient chce nějaké informace, co vše už zná a nechat ho o informaci diskutovat. Tak dá pracovník najevo respekt ke klientovým znalostem a nechá na klientovi, zda a jak s informací naloží.<sup>179</sup>

#### Probírání problému.

Jak již bylo řečeno výše, nemá cenu probírat problém s „někým, kdo žádný nemá“. Záměrem této strategie je posunout klienta k cíli motivačních rozhovorů. Pracovník pomáhá klientovi projít rozhodovacím procesem.<sup>180</sup>

### 5.3.1.3 KLÍČOVÉ DOVEDNOSTI

---

Tyto dovednosti jsou celkově dovednostmi vycházejícími z přístupů zaměřených na klienta a bez nich není možné motivační rozhovory uskutečnit, protože dávají klientovi možnost prozkoumat svojí situaci. Jsou to: používání otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí. Přestože je v motivačních rozhovorech dán důraz na nedirektivní přístup, klient je ke změně veden využitím reflexí a otázek.<sup>181</sup>

## 6. DOBRÁ PRAXE – NZDM LIKUSÁK BRNO

---

---

Během psaní této diplomové práce jsem se dostávala pomalu k otázce, kde je SP (tak, jak jsem si jí definovala) skutečně poskytována. V kontaktních centrech a přidružených terénních programech pro uživatele návykových látek je primární cílovou skupinou pravidelný a problémový uživatel. V podstatě pracovníci těchto kontaktních

---

<sup>178</sup> Srov. ROTGERS, F., a kol. *Léčba drogových závislostí*, s. 220; Srov. DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J. *Motivační trénink*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, s. 286.

<sup>179</sup> Srov. tamtéž, s. 220 - 221; Srov. tamtéž, s. 286.

<sup>180</sup> Srov. tamtéž, s. 221; Srov. tamtéž, s. 286.

<sup>181</sup> Srov. tamtéž, s. 221; Srov. tamtéž, s. 286; BOBEK, M., PENÍŠKA, P. *Práce s lidmi. Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*, s. 134 – 137.

center a terénních programů, podle svých slov, nemají co nabídnout cílové skupině SP, tzn. experimentátorům a příležitostně užívajícím.<sup>182</sup> Zároveň není vůbec jednoduché, ne-li nemožné identifikovat klienta jako experimentujícího či pravidelně užívajícího (a tak službu rozlišit), když služby jsou nízkoprahové a s klientem dochází např. pouze ke kontaktu při výměně injekčního náčiní, nebo informací ohledně snižování rizik. K-centra a přidružené terénní programy pro uživatele návykových látek se tedy velmi často specializují na snižování rizik a poléčebné poradenství. Samozřejmě existují K-centra, která si cílovou skupinu definují jinak a mají širší záběr. Například mají vyškolený personál v motivačních rozhovorech a prostory K-centra jsou strukturované tak, že se klienti „nemísí“ v jedné místnosti. Praxe je ale spíše taková, že dítě nebo dospívající experimentátor či příležitostně užívající si nepůjde popovídat o drogách do K-centra už jen z toho důvodu, že se neidentifikuje s cílovou skupinou tam docházejících klientů. Nehledě na to, že pokud již dochází do NZDM, kde má k pracovníkům vybudovaný vztah, je přirozené, že se svěří jim a nebude chtít vyhledávat někoho jiného.<sup>183</sup>

Otázkou je, zda NZDM je to pravé zařízení pro práci s klientem, který již experimentuje s návykovými látkami.

V této kapitole uvedu příklady podle NZDM Likusák<sup>184</sup> a NZDM PVC<sup>185</sup>, která si dala za cíl poskytovat své služby i klientům, kteří jsou (podle slov pracovníků NZDM Likusák) pod viditelným vlivem návykové látky.<sup>186</sup> Vycházet budu z textu uveřejněného Helenou Kotovou (vedoucí NZDM PVC, Blansko) společně s Martinem Holišem (vedoucí NZDM Likusák, Brno) v publikaci Kontaktní práce 2010.<sup>187</sup> Popíšu zde, jakou cílovou skupinu klientů si vytyčili, z jakých důvodů chtějí pracovat i s dětmi a mladistvými, kteří jsou pod viditelným vlivem návykové látky, a jaké hranice si

---

<sup>182</sup> Srov. KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010, s. 124; Tento názor jsem si také potvrdila rozhovorem s vedoucím K-centra U větrníku v Jihlavě.

<sup>183</sup> Tamtéž, s. 122 – 124.

<sup>184</sup> Popis NZDM Likusák je dostupný na WWW:

<[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail\\_sluzby.do?736c=13482ecc28f61209&SUBSESSION\\_ID=1300280139895\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail_sluzby.do?736c=13482ecc28f61209&SUBSESSION_ID=1300280139895_1)>, [cit. 2011-03-11].

<sup>185</sup> Popis NZDM PVC je dostupný na WWW:

<[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail\\_sluzby.do?jsessionid=1F7DB8F915F03CD623969A179E971A8F.node1?736c=e477fdea3733c1c&SUBSESSION\\_ID=1300279737088\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/detail_sluzby.do?jsessionid=1F7DB8F915F03CD623969A179E971A8F.node1?736c=e477fdea3733c1c&SUBSESSION_ID=1300279737088_1)>, [cit. 2011-03-11].

<sup>186</sup> Srov. KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 117.

<sup>187</sup> Tamtéž, s. 113 – 129.



stanovili v práci s těmito klienty. V cílech těchto dvou Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež vidím dobrou praxi rozvoje místa pro poskytování SP.

Téma „mít či nemít klienty pod vlivem návykové látky v NZDM“ pramení z historického vymezování této služby. Původní vymezení poslání NZDM obsahovalo spíše odmítnutí myšlenky SP:

*„Směrem k odborné veřejnosti šlo o vzkaz: „My jsme ti, co nepracují s drogovými klienty.“ A směrem k laické veřejnosti o vzkaz: „Naše služba je „čistá“““<sup>188</sup>*

Ve většině NZDM je součástí pravidel pro vstup a setrvání v klubu podmínka, že klient není pod vlivem návykové látky, nebo alespoň, že se tato situace neopakuje. V opačných situacích je klient vykázán z klubu a doporučen do návazných zařízení, většinou se jedná o K-centra apod. Podle zkušeností Holiše a Kotkové se s tématem drog setkávají všichni pracovníci v každém NZDM. Záleží pak na stanovených prioritách a cílech každého NZDM zvlášť, do jaké hloubky s tématem drog s klienty pracuje.<sup>189</sup> Pracovníci NZDM Likusák a NZDM PVC si během času pojmenovali důvody pro práci i s klienty, kteří jsou pod vlivem návykové látky:

- nemožnost „odhalit“ všechny klienty pod vlivem,
- ze strany pracovníků dochází ke změně pohledu na tuto problematiku směrem k uvědomění si možností a předností práce i s těmito klienty,
- klienti služeb NZDM se mění, dochází ke zneužívání návykových látek v ranějším věku klienta,
- přichází změna a NZDM na tuto změnu reaguje přizpůsobením svých služeb,
- drogy většinou nejsou jediným „problémem“ se kterým se daný jedinec pokouší potýkat,
- drogové služby jsou limitované, NZDM mají možnost i potenciál s těmito klienty pracovat.<sup>190</sup>

---

<sup>188</sup> KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 114.

<sup>189</sup> Srov. tamtéž, s. 128.

<sup>190</sup> Srov. tamtéž, s. 114 – 115.

Za určitých podmínek jsou tak klienti, kteří by jinak zůstali „na ulici“ bez šance na nějaké služby a preventivní působení, „zachyceni“ a je tak zaručena možnost s nimi pracovat. Je ale důležité si vymezit pravidla pro pobyt těchto klientů v klubu. Výše zmíněné kluby si vymezily pravidla pro poskytnutí určitých služeb podle viditelnosti či neviditelnosti vlivu návykové látky.<sup>191</sup> Také si vymezili hranice do kdy je klient klientem pro NZDM a kdy již klienta hodnotí spíše jako potenciálního uživatele služeb K-center. Záleží na situaci, klientově zakázce a toho, zda pracovník posoudí „drogu“ jako primární problém klienta. Podle toho rozlišují pracovníci zmíněných NZDM dva typy klientů:<sup>192</sup>

1. *„Klubový klient – stávající klient, který v nějakém svém období života začne experimentovat s drogami (...) – necítíme potřebu ho vylučovat ze služby.“*<sup>193</sup> Není pro ně podstatné to, že dříve užíval tzv. akceptovatelné návykové látky (marihuana, alkohol) a nyní „zkouší“ i ty neakceptovatelné (pervitin, heroin, extáze). Jako podstatné vidí to, *„že je to droga, která mu může zničit život (...). V tomto případě je naopak potřeba s klientem více mluvit, pracovat, zároveň však ošetřit hranice a podmínky jeho pobytu v zařízení. Pracovat s ním nejen na tom, aby s drogami přestal, ale primárně, aby pominula věc (problém, situace), kvůli které s drogami začal.“*<sup>194</sup>
2. *„Káčkový klient – klient, který přichází nově do klubu a na naši otázku, co potřebuje, se ptá po službách, které nabízí Kontaktní centrum nebo terénní programy pro uživatele drog.“*<sup>195</sup> Pracovník vyhodnotí, že klientovým primárním cílem je služba, kterou NZDM neposkytuje a v rámci návaznosti ho předá jiné službě (odkáže, dá kontakt apod.). Na těchto klientech je na první pohled zřejmé, že s užíváním návykových látek mají dlouhodobější zkušenost.<sup>196</sup> V tomto bych byla velmi opatrná, pracovník nemůže vědět a znát situaci nově příchozího klienta. Na druhou stranu jsem si jistá, že zde měli pracovníci na mysli naprosto jasné vymezení

---

<sup>191</sup> Viz příloha č. 3.

<sup>192</sup> Srov. KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 124.

<sup>193</sup> Tamtéž, s. 124.

<sup>194</sup> Tamtéž, s. 124.

<sup>195</sup> Tamtéž, s. 124.

<sup>196</sup> Srov. tamtéž, s. 124.

vzhledu, které je viditelné a na první pohled patrné, tudíž z jejich stanoviska tak nelze zaměnit potenciálního klienta za klienta drogových služeb.

Pokud se tedy v NZDM vyskytne klient služby, který je viditelně pod vlivem návykové látky, pracovník ho upozorní, že o tom ví a na klienta působí několika možnými způsoby. Záleží na síle ovlivnění návykovou látkou a na kontextu situace. Klient je vždy pod dohledem a pracovník monitoruje a vyhodnocuje, co se s ním děje.<sup>197</sup> Další možné způsoby práce s klientem podle výše zmíněných NZDM:

1. Včasná intervence – díky aktivnímu kontaktu pracovníků s klienty je velký potenciál v možnosti zachytit experimentátora či již příležitostného uživatele návykových látek.
2. Informační servis - rozhovor o tom, co je rizikové a jak se zachovat, když nastane určitá situace, která je ohrožuje, s tím souvisí i minimalizování rizik.
3. Preventivní aktivity – diskuze, letáky, filmy, beseda, zaměřené na ty klienty, kteří jsou s drogou v kontaktu, motivační oceňování „čistoty“.
4. Poradenství - motivační rozhovory, individuální poradenství ohledně konkrétních situací v životě klienta; rozhovory o tom jaké návykové látky užívají, jak často, jakým způsobem a proč, apod.
5. Předání do návazné péče v případě potřeby.<sup>198</sup>

Nejenže prostor NZDM a již dříve vybudovaný vztah jsou přednostmi této práce s experimentátory, ale tato práce poskytuje i možnost pozitivně působit na komunitu nejen v rámci NZDM. Klient si od pracovníka odnáší názory, rady a informace, které s vrstevníky rozebírá, baví se o nich. NZDM má tak možnost působit nejen na klienty, ale i na potenciální klienty mimo klub.

Práce v klubu s klientem pod vlivem nese sebou také rizika a různá úskalí větší i menší intenzity. Nejvíce diskutovaným „problémem“ je směšování méně a více „problémových“ klientů a „špatná pověst“ klubu jako „doupěte feťáků“. K tomuto problému se Holiš a Kotová vyjadřují velmi jasně a jsou si vědomi rizik, která ale podle mého názoru nepřevažují pozitiva takto nastavené služby v NZDM (týká se pouze

---

<sup>197</sup> Srov. KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 119.

<sup>198</sup> Srov. tamtéž, s. 119 – 120, 125 - 126.

NZDM, kde působí). Argumentem proti špatné pověsti je hlavně důvod, že jako NZDM plní společenskou zakázku „práce s problémovými dětmi a mládeží“. Vychází tak vstřícně potřebám dnešních dětí a mládeže a řeší společně s nimi jejich životní situace. Argumentem proti míchání méně a více „problémových“ klientů je víceméně fakt, že NZDM pracuje s rizikovými a problémovými dětmi a mládeží a není pro ně tedy větším „přirozeným“ rizikem než samotná „ulice, škola, rodina apod.“.<sup>199</sup> Dalšími riziky, se kterými se pracovníci NZDM mohou setkat při práci s klienty pod vlivem, jsou například:

- zvýšené riziko úrazů a konfliktů v klubu,
- zvýšené nároky na pracovníky – schopnost komunikace, odhadu situace a náročnější práce s pravidly a autoritou.<sup>200</sup>

Na druhou stranu, pokud by pracovníci NZDM takové klienty odmítali a nebrali je takové, jací jsou, můžou snadno klienty odradit od pomoci, kterou jsou ještě schopni ve své situaci přijmout. Nehledě na to, že by tím popírali smysl služeb NZDM a „ztráceli“ tak klienty, kteří užívat návykové látky nepřestanou jenom proto, že klientům neposkytnou podporu kvůli daným pravidlům klubu.<sup>201</sup>

Ze zkušeností Holíše a Kotové vyplývá, že s klientem pod viditelným vlivem pracovníci NZDM nepracují tak často. Stává se to, ale ne v neunesitelné míře a klienti možnosti být v klubu i pod vlivem návykové látky rozhodně nezneužívají. Mnohem důležitější je, že klient jejich služby vyhledá znovu (a to hlavně díky důvěře) a pracovníci mají tak možnost s ním o jeho chování a možných problémech hovořit.<sup>202</sup>

Postoj těchto dvou zmíněných NZDM se mi zamlouvá. Argument, který mně zaujal je, že s klientem mají vytvořen určitý vztah založený na vzájemné důvěře a není důvod s ním přestat pracovat, i když užívá neakceptovatelné návykové látky. Právě proto je velká možnost ho oslovit a motivovat ho k ukončení nebo alespoň omezení užívání. Samozřejmě to vše stojí na osobnostech pracovníků a jejich vzdělávání se (např. ve výše zmíněné metodě „motivační rozhovory“) a na koordinaci týmu v rámci

---

<sup>199</sup> Srov. KOTOVÁ, H., HOLÍŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 120, 128 - 129.

<sup>200</sup> Srov. tamtéž, s. 120.

<sup>201</sup> Srov. tamtéž, s. 120 - 121.

<sup>202</sup> Srov. tamtéž, s. 118, 127.

NZDM. Velký potenciál vidím v možných pracovních skupinách nízkoprahových klubů v rámci regionů, kde si mohou pracovníci předávat zkušenosti a motivovat se k této práci.

## 6.1 OSOBNÍ PRŮZKUM

---

Výše citovaný článek H. Kotové a M. Holiše a emailový rozhovor s Martinem Holišem mě přivedl na myšlenku, zkusit zjistit stav práce s dětmi a mládeží, které experimentují nebo příležitostně užívají návykové látky na Vysočině. Pro nedostatek času jsem si zvolila jako metodu průzkumu rozhovor s vedoucím určitého zařízení formou emailového dopisu. Osobně jsem navštívila pouze K-centrum U větrníku v Jihlavě. Emailem jsem se představila a položila konkrétní otázky:

1. Poskytujete služby experimentátorům a příležitostným uživatelům návykových látek?
2. Jakým způsobem s těmito klienty pracujete? Můžete popsat i detailně, např. cíle a principy práce s těmito klienty (záleží ovšem na čase, který máte).
3. Váš pohled na tuto problematiku. Nebo jakékoli jiné připomínky k této problematice.
4. Krátká charakteristika vašeho zařízení a vaší role v něm.

Bohužel jsem dostala pouze jednu odpověď na tyto otázky a vzhledem k typu odpovědi musím konstatovat, že otázky nebyly vhodně položeny. Rozhodně by bylo lepší provést průzkum formou osobního rozhovoru a mít tak možnost si během rozhovoru vyjasňovat terminologii. Přesto jsem podle mého názoru zjistila z osobních rozhovorů s M. Holišem a R. Kneblem, že na Vysočině se s dětmi a mládeží, které experimentují s neakceptovatelnými návykovými látkami, pracuje omezeně. Většina klubů má nastavená pravidla tak, že děti do klubu nesmí ve stavu „pod vlivem“ a není tak prostor pro rozhovory na téma „drogy“. Podle Holiše je to hlavně z těchto důvodů:

1. zařízení se obává nepopulárnosti v případě práce s těmito dětmi,
2. pracovníci zařízení mají „odpor“ k práci s problémovými dětmi (ve většině NZDM je problémem hlavně profilování zařízení jako sociální než jako volnočasové),
3. pracovníkům chybí kompetence k navázání vztahu s „problémovým“ klientem a udržet jej,

4. režim je v NZDM dobrovolný, tudíž motivace klienta je neuvěřitelně křehká a závislá na osobnosti pracovníka a náhodě.<sup>203</sup>

V rámci Vysočiny pracuje s těmito dětmi například NZDM Nadosah<sup>204</sup>, které sídlí v Bystřici nad Pernštejnem. Vedoucím tohoto zařízení je Robert Knebl, který loni vyhrál cenu „Časovaná bota“ jako osobnost roku.<sup>205</sup> V rámci NZDM Nadosah je práce s těmito dětmi uskutečňována jako:

1. ambulantní forma služby - poskytování dle sociální služby, do které lze zahrnout různé metody a formy práce např. rozhovor s uživateli, specifická prevence (filmy, besedy, informace na nástěnkách, situační intervence, poradenství, informační servis),
2. terénní forma služby- rozhovor, informační servis, předávání letáků, kontaktů, doprovázení apod.<sup>206</sup>

Rozhovorem s M. Holišem a R. Kneblem jsem si potvrdila, že sekundární prevence je málo realizována v nízkoprahových službách. Nemohu však v rámci tohoto osobního průzkumu tvrdit, že není realizována vůbec. Jsou velmi konkrétní snahy bojovat o to, aby se i tato práce stala součástí poskytovaných služeb NZDM.

V roce 2004 vznikla "Pracovní skupina Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v oblasti kraje Jihomoravského a kraje Vysočina“ (PS NZDM NUTS II. JV) jako potřeba několika NZDM se scházet a předávat si své zkušenosti, informace a zkvalitňovat tak své služby. Jejimi cíly jsou:

1. dělat dobré jméno oboru
2. společné řešení problémů v jednotlivých NZDM
3. vytváření společných pracovních postupů a manuálů
4. zavádění standardů kvality
5. práce na zjišťování efektivity a evaluace činností NZDM
6. zvyšovat profesionalitu pracovníků NZDM

---

<sup>203</sup> HOLIŠ, M. Re: *Reakce na text* [elektronická pošta]. Message to: Michaela Vodová. 16. března 2011 [cit. 2011-03-24]. Osobní komunikace, textově upraveno a citováno se svolením autora.

<sup>204</sup> Popis NZDM Nadosah je dostupný na WWW: <[http://registr.mpsv.cz/socereg/detail\\_sluzby.do?736c=db1fc89d0b2dcef9&SUBSESSION\\_ID=1300984185137\\_2](http://registr.mpsv.cz/socereg/detail_sluzby.do?736c=db1fc89d0b2dcef9&SUBSESSION_ID=1300984185137_2)> [cit. 2011-03-24].

<sup>205</sup> Rozhovor s Robertem Kneblem k této příležitosti je dostupný na WWW: <<http://www.streetwork.cz/content/view/2765/>> [cit. 2011-03-24].

<sup>206</sup> KNEBL, R. Re: *Diplomová práce* [elektronická pošta]. Message to: Michaela Vodová. 16. března 2011 [cit. 2011-03-24]. Osobní komunikace, textově upraveno a citováno se svolením autora.

7. zdarma rozšiřovat metodické materiály prostřednictvím internetu
8. nezištně pomáhat zkvalitňovat a usnadňovat práci ostatním zařízením<sup>207</sup>

V pracovní skupině je 12 členů, mezi nimi i tři výše zmíněná zařízení. Z cílů vyplývá, že chtějí společně rozšiřovat řady nízkoprahových služeb pro děti a mládež, která se věnují kvalitní sociální práci s dětmi a mládeží. Práce skupiny jsou nejen společná setkávání a práce na zkvalitňování služeb, ale například i uvádění „nováčků“ do problematiky a standardů práce NZDM. Myslím, že vznik této pracovní skupiny je dobrým příkladem nejen jak pracovat na zkvalitnění daných služeb, ale i dobrým příkladem návaznosti služeb v kraji.

---

<sup>207</sup> PS NZDM NUTS II. JV. Informace jsou dostupné na WWW: <<http://nzdm.webnode.cz/>>, [cit. 2011-03-24].

## ZÁVĚR

---

Během psaní diplomové práce jsem postupně otevírala další témata v různých souvislostech, která by stála za to dále a podrobněji prozkoumat a zpracovat. Například jsem si uvědomila, že prevence jako systém práce s rizikovým chováním obecně musí splňovat určité podmínky a musí být vždy evaluována, aby bylo možné posoudit, zda je kvalitní. Je potřeba SP nejen teoreticky vymezit, ale pokusit se vytvořit strukturovaný program a ověřit ho praxí. Tímto tématem jsem se nezabývala pro jeho rozsah, ale vidím jako důležité ho zmínit. Další dilemata a souvislosti, které vyplynuly z psaní tohoto textu, uvedu dále. Mým hlavním cílem bylo hlavně vymezení SP a její nové zasazení do systému prevence a péče v rámci ČR a zároveň také zhodnocení momentální situace v ČR a dále pak vymezení cílových skupin a možných metod SP.

V první kapitole jsem vymezením pojmů droga jako návyková látka, syndrom závislosti a sekundární prevence stanovila základ k vymezení pojmu SP. Zhodnotila jsem krátce i vývoj těchto pojmů a ukázala tak, že se tyto pojmy vyvíjely v kontextu doby a stále vyvíjí. Podle mého názoru je potřeba na základě společenského kontextu pojmy neustále reflektovat. SP jsem definovala jako intervence zaměřující se na rizikového jednatelce, u kterého není diagnostikována závislost na návykových látkách, ale je s drogou v kontaktu a jsou u něj prokazatelné vysoce rizikové faktory pro možné rozvinutí závislosti.

V druhé kapitole jsem popsala protidrogovou politiku České republiky, která prevenci charakterizuje jako snižování poptávky (primární prevenci, léčbu a sociální reintegraci). Tento stav je podle mého názoru neudržitelný, jelikož preventivní intervence ne vždy poptávku snižují (udržování stavu<sup>208</sup>, snižování rizik) a programy a služby, které nabídku snižují, nejsou vždy chápány jako preventivní (léčebné intervence, sociální reintegrace). Na druhou stranu je pravděpodobně nemožné v rámci protidrogové politiky striktně rozdělovat a dodržovat jakkoli stanovené hranice mezi tím, co je prevence a co už ne. V zásadě je to problémem hlavně z důvodu financování.

---

<sup>208</sup> Práce s jedincem, který užívá návykovou látku na udržování stavu (prevence zhoršení nadužívání, pokud klient nechce s užíváním skončit).



SP podle mého vymezení tak není v systému protidrogové politiky reflektována, jelikož z primární prevence<sup>209</sup> se hned „skáče“ k léčbě a sociální reintegraci.

Třetí kapitolou ukazují směr SP a to jak v zasazení do návaznosti služeb, tak i zhodnocením, kde je pro SP v rámci celého systému optimální místo. V praxi je viditelná mezera pro práci s jedinci, kteří už jsou s návykovými látkami v kontaktu, ale nelze u nich hovořit o syndromu závislosti. Jediná zařízení, která se v omezené míře věnují těmto osobám, jsou nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Otázkou, jak zachytit a ovlivnit dospělé jedince, kteří experimentují, jsem se pro nedostatek místa nevěnovala. Ovšem i toto téma je velmi zajímavé a není víceméně řešené. Předpokládám ale, že dospělý jedinec vyhledá služby například AT poraden, které SP více méně poskytují jako preventivní léčebnou péči. Nedokážu si ale představit, že pokud jedinec sám pomoc vyhledá, stále ještě experimentuje. Možným využitelným principem v SP je podle mě také svépomoc, a to hlavně pro blízké osoby, v konkrétním případě pro rodiče.

Ve čtvrté kapitole jsem popsala cílové skupiny, které jsou nejčastěji uváděny v souvislosti s drogovou problematikou a podle méj definice SP jsem určila jako cílové skupiny SP experimentátory a příležitostné uživatele návykových látek. V návaznosti na třetí kapitolu můj názor je, že pro práci s experimentátory a příležitostními uživateli jsou nejvhodnější nízkoprahové programy pro děti a mládež hned z několika důvodů:

1. mezi dětmi a mládeží je největší procento experimentujících a příležitostně užívajících (proto služby pro tuto cílovou skupinu),
2. experimentátoři nemají důvod řešit svou situaci a jsou tedy tzv. skrytá populace (proto nízkoprahovost a terénní práce),
3. NZDM a terénní služby k nim přidružené jsou zaměřeny na tuto cílovou skupinu (děti a mládež) a na práci s ní a tudíž mají schopnosti a možnosti k ovlivnění jedince i celé skupiny, v níž se jedinec pohybuje,
4. experimentátoři a příležitostní uživatelé nemají důvod vyhledávat „drogové služby“ typu K-centrum nebo terénní služby pro drogově závislé.

V této kapitole jsem také upozornila na potřebu měnit postoj společnosti k drogové problematice, která akceptovatelné návykové látky hojně užívá v různých situacích a

---

<sup>209</sup> SP je zde spíše součástí PP, ale stojí na pomezí a není jí věnována dostatečná pozornost.

vytváří tak pokrytecké stanovisko k návykovým látkám obecně. Další věcí je, že experiment je přirozeným fenoménem dětství a proto bychom ho měli očekávat a dále s tímto fenoménem pracovat. V tomto ohledu je tedy nejdůležitější primární prevence aplikovaná již od tří let. Sekundární prevence nastupuje tehdy, kdy se dítě, dospívající či mladý člověk již stává experimentujícím.

Pátá kapitola je nastíněním metod od počátku „zachycení“ potenciálního klienta k individuální strukturované práci s ním. Zachycení experimentátora je víceméně složité. Cílová skupina SP patří mezi skrytou populaci, a to hlavně z důvodu, že nemá potřebu řešit svoje experimenty, z kterých neplynou žádné negativní důsledky. Základní metodou pro práci se skrytou populací je terénní práce, působící v přirozeném prostředí klienta. Osoby, které se pracovně setkávají s dětmi a mládeží - vychovatelé, pedagogové, pracovníci různých zařízení pro děti a mládež, ale i lékaři - mohou uplatňovat metody včasné detekce a včasné intervence, to znamená, že by měly mít schopnost rozpoznání varovných signálů s cílem pomoci dítěti a jeho rodině vyhledat odbornou pomoc. Pro rodiče jsou vhodné různé svépomocné příručky, které jim mohou pomoci vzniklý problém nezanedbat a uvědomit si potenciální rizika. Poradenství je již metodou práce s individuálními potřebami jedince, a její součástí je podle mého názoru práce s motivací. Pro ty klienty, kteří nejsou rozhodnuti zanechat nebo omezit experimentování či příležitostné užívání návykových látek, je velmi přínosná metoda motivačních rozhovorů, kterou jsem krátce uvedla jejími principy, strategiemi a klíčovými dovednostmi. Podle mého názoru je potřeba vytvořit strukturovaný program SP přímo přizpůsobený vymezené cílové skupině a neaplikovat pouze kusé preventivní intervence různých cílů na různé cílové skupiny. Toto téma mi přijde vhodné jako možnost vytvoření pracovní skupiny pro profese, které se pracovně setkávají s danou cílovou skupinou a hledání společného řešení. Jak je to reálné či ne je téma na další samostatnou práci, tak jako možné vytvoření onoho strukturovaného programu SP.

V šesté kapitole jsem se věnovala dobré praxi (podle mého názoru), která je základem pro práci s experimentátory a příležitostně užívajícími a otevírá tak možnost debaty na téma vymezení cílů, cílových skupin a struktury programu.

Vzhledem k problematice vymezení hranic prevence duševních poruch a onemocnění je vhodné se zamyslet nad možností opustit „starý“ klasifikační systém prevence – primární, sekundární a terciární a po vzoru návrhu IOM se zaměřit na

prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou. Otázka by v tomto směru zněla: „Kde má místo práce s experimentátory a příležitostnými uživateli návykových látek.“ Tomuto tématu se chci v budoucnu věnovat v rámci své praxe.

Cílem mé práce bylo hlavně definování pojmu sekundární prevence drogových závislostí. I když si myslím, že jsem tohoto cíle úspěšně dosáhla a SP se mi podařilo vymezit, jsem si také jistá, že hranice SP jsou a nadále budou předmětem diskuse odborné veřejnosti, takže můj pokus o vymezení je pouze jedním hlasem v této diskusi. Považuji ovšem za nezbytné, aby se odborná veřejnost na definici SP domluvila a tak poskytla možnosti a podněty k vytvoření programů SP, které by nezahrnovaly léčbu.

Dalším cílem bylo reflektovat SP v protidrogové politice a v systému prevence a péče v rámci drogové problematiky v ČR. Podle mého názoru se sekundární prevence buď zahrnuje pod primární prevenci (včasná intervence, poradenství), nebo pod léčbu. V praxi jsem se přesvědčila,<sup>210</sup> že reálně není vytvořen v těchto zařízeních prostor pro děti a mládež, kteří s návykovými látkami experimentují nebo je příležitostně užívají. NZDM a přidružené terénní programy s těmito cílovými skupinami mnohdy odmítají pracovat pro mnoho překážek. A právě v NZDM a k nim přidružených terénních programech vidím smysluplnost a výhodu pro práci s těmito dětmi a dospívajícími.

Dalším rámcovým cílem byla snaha o určení a charakteristiku cílových skupin a návrh metod SP. Jako cílové skupiny jsem vymezila experimentující a příležitostně užívající děti a mládež. Sekundární skupinou je rodina a blízké osoby. V této kapitole jsem také upozornila na potřebu změnit náhled veřejnosti na experimentování s návykovými látkami, ale to je podle mého názoru úkol pro primární prevenci.

Metody jsem pouze krátce navrhla, je nutné se tomu dále věnovat do hloubky a pokusit se vytvořit strukturovaný program SP. Jako hlavní metodu vidím motivační rozhovory, protože její struktura se zaměřuje a umožňuje práci s nemotivovaným klientem, respektuje jeho osobnost, což podle mého názoru (nejen) mladí lidé potřebují, povzbuzuje to jejich důvěru a otevření se.

---

<sup>210</sup> Přesvědčila jsem se nejen svým osobním průzkumem, který popisuji na konci poslední kapitoly, ale i vlastní praxí, když jsem pracovala jako kontaktní pracovník na K-centru a zároveň jako terénní pracovník s cílovou skupinou - pravidelní a problémoví uživatelé návykových látek.

Celkově se domnívám, že jsem splnila všechny cíle, které jsem si stanovila, a že předložená práce může být solidním východiskem k dalšímu ujasňování místa SP v práci s dětmi a mládeží.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

---

1. BOBEK, M., PENIŠKA, P. *Práce s lidmi. Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC Publishing, 2008. ISBN: 978-80-903858-2-5.
2. CENTRUM ADIKTOLOGIE. *Principy motivačního rozhovoru* [online]. 2006, poslední aktualizace 12. 07. 2006 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/634/Principy-motivacniho-rozhovoru>>.
3. *Council Resolution of 27 November 2003 on the importance of the role of the families in preventing drug abuse by adolescents* [online]. 2003, [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004G0422\(02\):EN:HTML](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004G0422(02):EN:HTML)>.
4. CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-452-6.
5. ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Národní vzdělávací fond, 2010. ISBN: 978-80-86728-42-1.
6. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-463-X.
7. ČERNÝ, M. LEJČKOVÁ, P. *Systémový přístup v prevenci užívání návykových látek. Co funguje a co nefunguje v primární prevenci. Zaostřeno na drogy* [online]. 2007, č. 2 [cit. 18. 3. 2010]. Dostupné na WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2007\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2007\\_02\\_cislo\\_2\\_2007](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2007_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2007_02_cislo_2_2007)>.
8. ČERVENÝ DVŮR. *Léčba* [online]. © 2011 Červený Dvůr [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: <[http://cervenydvur.cz/?page\\_id=5](http://cervenydvur.cz/?page_id=5)>.
9. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010. ISBN: 978-92-9168-427-4.
10. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN: 978-80-87041-94-9.

11. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. ISBN 0-238-8014-4.
12. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
13. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
14. KALINA, K. *Včasná detekce a intervence u problémů s návykovými látkami* [online prezentace]. Praha, 2006 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <[www.pprch.cz/Dokumenty/105/](http://www.pprch.cz/Dokumenty/105/)>.
15. KALOUSEK, L.; STANÍČEK, J. Systém péče o uživatele drog. *Éthum*, 2002, č. 34, s. 77 – 80.
16. KLÍMA, P. a kol. *Kontaktní práce*. ČAS a Národní vzdělávací fond, 2007. ISBN: neuvedeno.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2002. ISBN: 978-80-7367-568-4.
18. MCGRATH, Y., a kol. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací, nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN: 978-80-87041-16-1.
19. MICHALÍK, J., a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 2008. ISBN: 978-80-903658-2-7.
20. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN, 2003. ISBN: 80-86620-09-3.
21. MIOVSKÝ, M. a kol. *Konopí a konopné drogy*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
22. MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [online]. Washington, D. C.:

- National Academy Press, 1994 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: [http://books.nap.edu/catalog.php?record\\_id=2139#toc](http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=2139#toc).
23. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, © 2003-2006, [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz>.
24. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Glosář pojmů* [online]. 2003 [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu).
25. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-39-0.
26. NEDĚLNÍKOVÁ, D., a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce* [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Metodicka\\_prirucka\\_TSP.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Metodicka_prirucka_TSP.pdf).
27. NEŠPOR, a kol. *Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti* (volně podle R. E. Tartera) [online]. Praha: Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, 1998 [cit. 2011-11-03]. Dostupné na WWW: <http://www.drnespor.eu/tartk8.doc>.
28. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.
29. NEŠPOR, K., a kol. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí. Časná a krátká intervence* [online]. Praha: Sportpropag, 1998, [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <http://zavislost.wbs.cz/Ke-stazeni.html>.
30. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-525-6.
31. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-197-5.
32. PEŠEK, R., NEČESANÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících* [online]. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2009 [cit.

- 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.prevence-praha.cz/zavislosti/knihy-a-publikace/63-prevence-uzivani-tabaku-alkoholu-a-jinych-drog-u-dospivajicich>>.
33. PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. rozšř. vyd. Praha: MAXDORF 1995. ISBN: 80-85800-25-X.
34. RADIMECKÝ, J. *Primární fikce prevence užívání drog* [online prezentace]. 2006 [cit. 2011-03-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.pprch.cz/Historie-minule-rocniky/2006/>>.
35. ROSENBAUM, M. *Bezpečnost především ...realistický přístup k drogám* [online]. Praha: Centrum adiktologie, 2006. [cit. 09. 03. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1387/>>.
36. ROTGERS, F., a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN: 80-7169-836-9.
37. *Rozvoj odborné přípravy a vzdělání terénní sociálních pracovníků vedoucí k začlenění sociálně vyloučených osob a skupin*. Odborný manuál projektu. Kotec, 2007. ISBN: neuvedeno.
38. SMÉKALOVÁ, E. *Studijní texty pro metodiky prevence sociálně patologických jevů*. Olomouc: Filosofická fakulta Univerzity Palackého, 2007. ISBN: 80-7326-118-9
39. ŠUCHA, M., ŠŤASTNÁ, L. *Problémy související s užíváním drog u dětí do 15 let*. Praha: Centrum adiktologie, 2010. ISBN: 978-80-254-6806-7.
40. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Praha: TK Magdaléna, 2004. ISBN: 80-7106-876-4.
41. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha: TK Magdaléna, 2007. ISBN: 978-80-7106-937-9.
42. *Výroční zpráva ve věcech drog ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
43. WHO. *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options* [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné na WWW: <[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)>.



44. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003.  
ISBN 80-2440709-4.

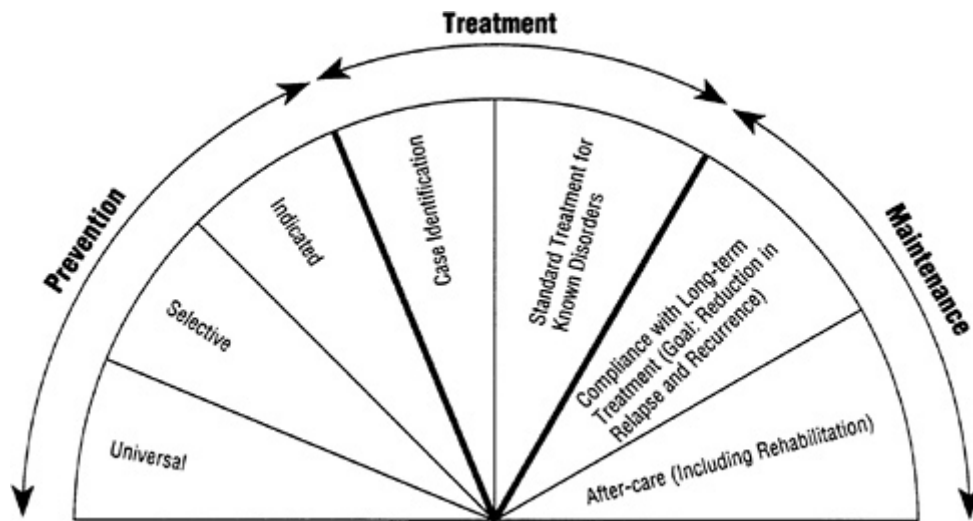
## VYSVĚTLIVKY

---

AT	Alkoholicko-toxikologické poradny.
ČAS	Česká asociace streetwork.
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti se sídlem v Lisabonu. Zabývá se výzkumy v oblasti adiktologie. Dostupné na WWW: < <a href="http://www.emcdda.europa.eu">www.emcdda.europa.eu</a> >.
HR	Harm Reduction.
IOM	Institute of Medicine of the National Academies (IOM) [online]. Washington D. C.: National Academy of Sciences, posl. úpravy 07. 03. 2011 [cit. 2011-03-08]. Dostupné na WWW: < <a href="http://www.iom.edu">http://www.iom.edu</a> >.
PP	Primární prevence drogových závislostí.
PS NZDM NUTS II. JV	Pracovní skupina Nízkoprahových zařízení pro děti a mládež v oblasti kraje Jihomoravského a kraje Vysočina. Informace jsou dostupné na WWW: < <a href="http://nzdm.webnode.cz/">http://nzdm.webnode.cz/</a> >, [cit. 2011-03-24].
SP	Sekundární prevence drogových závislostí.
TK	Terapeutická komunita.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

## PŘÍLOHA Č. 1

---



Tento obrázek<sup>211</sup> ukazuje rozložení různých typů intervence v problematice prevence a léčby duševních onemocnění jako alternativní systém místo používání „starého“ klasifikačního systému prevence – primární, sekundární a terciární.<sup>212</sup>

---

<sup>211</sup> MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research* [online]. [cit. 2011-03-11], s. 23.

<sup>212</sup> Popis tohoto systému viz kapitola 1.3.1.

## PŘÍLOHA Č. 2

Prevence	Primární prevence				Sekundární prevence	Terciární prevence
	Nespecifická	Specifická				
		Všeobecná	Selektivní	Indikovaná		
Cílové skupiny	Všichni.	Všichni.	Rizikové skupiny.	Riziková jednotlivci.	Experimentující a příležitostně užívající návykové látky.	Experimentující a příležitostně užívající návykové látky. Pravidelní a problémový uživatelé.
Rizika	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
Metody	„Zdravé“ naplňování volného času.	Různé způsoby informování.	Práce se skupinou – interaktivní přístupy.	Práce s jednotlivcem – přístup zaměřený na klienta.	Včasná detekce, intervence, strukturované poradenství.	Snižování rizik – HR přístup.
Cíl prevence	Aby populace trávila volný čas „zdravým způsobem“, popř. aby si populace uměla volný čas „zajímavě vyplnit“.	Aby populace měla dostatek konkrétních informací k drogové problematice.	Aby rizikové skupiny měly konkrétní informace a dovednosti potřebné k „umění“ návykové látky neužívat, popř. oddálit jejich užití do pozdějšího věku.	Aby riziková jednotlivci měli konkrétní informace a dovednosti potřebné k „umění“ návykové látky neužívat, popř. oddálit jejich užití do pozdějšího věku.	Aby cílová skupina měla dostatek informací a dovedností potřebné k zodpovědnému rozhodnutí se návykové látky přestat užívat či užívání omezit.	Aby cílová skupina, v případě užívání návykových látek, „netrpěla“ riziky, které z užívání vyplývají.

V této tabulce jsem se pokusila stručně vystihnout hranice různých prevencí, jak je chápu. Není zde zahrnuta léčba a sociální reintegrace, jelikož je nepovažuji za prevenci.

## PŘÍLOHA Č. 3

Rozdělení klientů v různých fázích „byť pod vlivem“ a následně jim poskytované služby.<sup>213</sup>

POSKYTNEME NĚJAKOU SLUŽBU VŠEM KLIENTŮM			
Pro pracovníky neviditelný vliv	Pro pracovníky viditelný vliv		
<b>Nejsou pod vlivem, či vliv nerozpoznáme:</b>	<b>„Neohrožující, kontrolovatelný“ vliv:</b>	<b>„Ohrožující, nekontrolovatelný“ vliv:</b>	<b>Je úplně mimo – „kóma“:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· klientovi se dostává kompletní nabídka služby,</li> <li>· klient nepodléhá této metodice přímo, ale nepřímo – přihlíží jejímu uplatňování u druhých klientů,</li> <li>· práce na změně v přítomnosti skupiny je také prací se skupinou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· musí od pracovníka dostat informaci, že víme nebo máme podezření, že je „pod vlivem“,</li> <li>· není podstatné, zda svůj vliv přizná či ne, nemusíme mu jej dokazovat! – již podezření nás opravňuje k použití této metodiky z bezpečnostních důvodů,</li> <li>· sebekontrola u něho funguje,</li> <li>· je vnímán se zvýšenou kontrolou pracovníky,</li> <li>· v klubu jich může být libovolné množství (limitované kapacitou zařízení),</li> <li>· dostává informace, že pokud začne „divočít“ můžeme ho přesunout do kontaktní místnosti nebo na jiné klidné místo, anebo pokud je plná, jde domů; pokud klient nechce spolupracovat, nedodržuje pravidla, je z klubu vykázán.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· v kontaktní místnosti mohou být maximálně tři klienti „pod ohrožujícím vlivem“,</li> <li>· <b>pro klienta platí speciální pravidla:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zákaz využívání jiných služeb zařízení, vyplývající z prostorového rozdělení a běžné nabídky služeb,</li> <li>2. omezený pohyb v klubu (jen venku, kontaktní místnost či WC),</li> <li>3. nespí a pracovníci jej komunikací udržují v bdělém stavu,</li> <li>4. i po vystřízlivění může využívat pouze omezenou nabídku klubu (venkovní prostor, kontaktní místnost a WC);</li> </ol> </li> <li>· <b>pro pracovníka platí také speciální povinnosti:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. informovat jej o tom, že se na něj vztahují zvláštní pravidla, a vysvětlí mu tento režim,</li> <li>2. nenechává jej o samotě a neustále na něj mluví</li> <li>3. mluví s ním o situaci – jak mu je, kolik čeho do sebe dostal atd.,</li> <li>4. v případě, že je podezření na otravu návykovou látkou, volá sanitku (155) nebo rodiče, případně obojí.</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· moc mimo, není schopen samostatné chůze,</li> <li>· prakticky nulová komunikace, kamarádi ho podpírají a je mimo,</li> <li>· zkontrolovat stav, snažit se ho dostat z klubu a případně zavolat sanitku,</li> <li>· nesmí být sám.</li> </ul>

<sup>213</sup> KOTOVÁ, H., HOLIŠ, M. Vstup do nízkoprahového klubu pod vlivem návykových látek a práce s klienty zneužívajícími návykové látky ve větší než malé míře. In ČAS. *Kontaktní práce 2010. Antologie textů České asociace streetwork*, s. 117.

## ABSTRAKT

---

VODOVÁ, M. *Sekundární prevence drogových závislostí*. České Budějovice 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce M. Kaplánek.

**Klíčová slova:** sekundární prevence, syndrom závislosti, protidrogová politika, systém prevence a péče v ČR, experimentální a příležitostné užívání návykových látek, včasná intervence, motivační rozhovory

Cílem této práce je vymežit pojem sekundární prevence drogových závislostí, který není v rámci České republiky jednotně vnímán. Reflektovat nově vymezenou sekundární prevenci v protidrogové politice a v systému prevence a péče v rámci drogové problematiky v České republice a pokusit se nově přiřadit cílové skupiny a nastínit možné metody práce sekundární prevence.

Práce se zabývá vymezením pojmů droga, syndrom závislosti a prevence a konkrétně vymezuje pojem sekundární prevence drogových závislostí na základě analýzy různých definic a názorů na tuto problematiku. Popisuje a krátce hodnotí systém protidrogové politiky České republiky a místo sekundární prevence v něm. Dále popisuje a posuzuje systém prevence a péče nejen o drogově závislé v rámci českého státu a zasazení nově vymezené sekundární prevence v tomto systému. Jako cílové skupiny sekundární prevence drogových závislostí charakterizuje experimentující a příležitostné uživatele návykových látek a jejich rodinu a blízké. Dále se zabývá metodami sekundární prevence a jako nejvýraznější metodu stručně popisuje motivační rozhovory.

Práce je členěna do šesti kapitol, přičemž v poslední kapitole je popisována dobrá praxe sekundární prevence drogových závislostí na základě dvou praktikujících nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

## ABSTRACT

---

### **Secondary prevention of drug addiction.**

**Key words:** secondary prevention, dependence syndrome, drug policy, prevention and care in the Czech Republic, experimental use, occasional use, early intervention, motivational interviewing

The main aim of this graduation thesis is to define the term of secondary prevention of drug addiction, which is sometime apprehended in different ways in The Czech Republic. I try to include this new definition to our drug policy and classify target groups and bring new methods to the secondary prevention of drug addiction.

The thesis is focused on the terms drug, dependence syndrome and prevention and I use various definitions and opinions. I describe and briefly evaluate the system of drug policy and the place of secondary prevention. The occasional users and their families and friends are defined as a target group. The motivational interviewing is the main method in the secondary prevention.

The thesis is structured into six parts and in the last part there are some practical examples from two low-threshold facilities for children and youth.