

Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik

Seminární práce



Kazuistický seminář

Akademický rok: 2020/2021

Ročník: 2.

Zpracoval: Jan Schiel

Vyučující: Mgr. Silvie Quisová, Ph.D.

Teorie k problematice případu č. 2 závislost na drogách

Definice

Dle Valíčka (2003) je droga upravená nebo neupravená surovina, která je využívána k výrobě léčiv a technicky důležitých farmaceutických surovin anebo se používají přímo k léčebným, technickým či potravinářským účelům. Dále Valíček (2003) uvádí, že dle jiné definice je drogou každá látka, která při vpravení do živého organismu, může změnit různé funkce tohoto organismu.

Pod pojmem návyková látka nebo droga si dle různých definic můžeme představit, že se jedná o látky, které povzbuzují návykové, či pravidelné užívání.

Dle trestního zákoníku § 130 „*se návykovou látkou rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“

Drogovou závislost nazýváme toxikománií. Valíček (2003) dále uvádí, že při toxikománii u jedince vzniká psychická a fyziologická závislost, kdy má jedinec potřebu zvyšovat dávku, aby dosáhl stejného účinku. Pokud jedinec dávku nezíská vzniká v těle abstinční syndrom, který nutí jedince, aby drogu získal včas a za jakoukoliv cenu.

Dále můžeme dle MKN 10 určit klientovu diagnózu, kdy se jedná o F 19.2 -syndrom závislosti, jelikož klient užíval více typů omamných a psychotropních látek.

Dělení návykových látek

V dnešní době existuje velké spektrum produktů, ať syntetických nebo přírodních, se kterými lidé experimentují

Dle MKN 10 dělíme jednotlivé závislosti na 10 skupin:

1. F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu,
2. F11 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů,
3. F12 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů,
4. F13 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik,
5. F14 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu,
6. F15 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu,
7. F16 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů,
8. F17 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku,
9. F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel,
10. F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Dále můžeme drogy dělit na „měkké“ a „tvrdé“ drogy, kdy tímto myslíme rizika spojená s užíváním drogy. Mezi měkké drogy můžeme zařadit například marihuanu, nikotin, alkohol. Mezi tvrdé drogy radíme například kokain, pervitin, heroin, kde již není společensky akceptovatelné riziko. Další možností, jak dělit návykové látky, je rozdělení na halucinogeny, stimulanty, opioidy, kanaboidy, organická rozpouštědla, sedativa. Jak uvádí Vágnerová (2003) každá látka působí na jedince jiným způsobem.

Prevence

Prevence je první věc, kterou využíváme k tomu abychom zabránili užívání drog a problémů, které s tímto přicházejí. Vláda České republiky staví protidrogovou politiku na čtyřech pilířích: primární prevenci, snižování rizik, léčbě a sociálním začleňování a kontrole dostupnosti. Cílem této protidrogové politiky je zabezpečit ochranu jedince a společnosti před rizikem, které může užívání návykových látek přinášet. Každý pilíř má svou koncepci, přístupy a cíle. Prevenci jako takovou dělíme na tři části: primární, sekundární, terciální.

Primární prevence

Cílem primární prevence je co nejvíce snížit poptávku po drogách. Kdy důležitým faktorem efektivního fungování je spolupráce specialistů a odborníků. Kdy základem je na problematiku drog upozorňovat jak ve školním, tak v rodinném prostředí. Díky tomuto se formuje postoj k drogám jak u jedince, tak u jeho vrstevníků. Primární prevence se dělí na dvě části, a to specifickou a nespecifickou primární prevenci.

Specifická primární prevence: *„soubor aktivit a služeb, které se zabývají prací s osobami, u nichž hrozí negativní vývoj. U této skupiny osob je třeba pomocí specifických preventivních programů předcházet nebo zmírňovat výskyt společensky nežádoucího chování.“*

Nespecifická primární prevence: *„Systém aktivit a služeb, jejichž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující „zdravý“ rozvoj osobnosti, včetně možnosti rozvoje nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Zaměřuje se na posílení osobnosti nebo schopností člověka zvládat a řešit problémy.“ (Maradová, 2006, s.22).*

Sekundární prevence

Sekundární prevence pokračuje v primární prevenci, ale je také samostatnou částí, která je tvořena různými programy a službami, které mají za úkol eliminovat problémové situace, ke kterým již došlo. Sekundární prevence se soustředí hlavně na snižování rizik a na práci s uživateli drog. Tento systém je zaměřen tak, že dokáže reagovat na určité podněty ze strany drogově závislých např. fáze závislosti, motivace, ochota. Do sekundární prevence radíme různé ambulantní a terénní programy, ambulantní péči, substituční léčbu.

Ambulantní a terénní programy na snižování rizik

Programy respektují anonymitu a možnost volby pro život s užíváním drog, nebo bez nich. Ambulantní a terénní programy, jsou nízkoprahové, sice problém přímo neřeší, ale brání uživateli v jeho prohlubování. Tyto programy zpravidla stojí na počátku sociální práce a zprostředkovávají uživateli kontakt s ostatními institucemi, které se na procesu změny účastní. Cílem těchto služeb je motivovat uživatele ke změně.

Dále můžeme drogy dělit na „měkké“ a „tvrdé“ drogy, kdy tímto myslíme rizika spojená s užíváním drogy. Mezi měkké drogy můžeme zařadit například marihuanu, nikotin, alkohol. Mezi tvrdé drogy radíme například kokain, pervitin, heroin, kde již není společensky akceptovatelné riziko. Další možností, jak dělit návykové látky, je rozdělení na halucinogeny, stimulanty, opioidy, kanaboidy, organická rozpouštědla, sedativa. Jak uvádí Vágnerová (2003) každá látka působí na jedince jiným způsobem.

Prevence

Prevence je první věc, kterou využíváme k tomu abychom zabránili užívání drog a problémů, které s tímto přicházejí. Vláda České republiky staví protidrogovou politiku na čtyřech pilířích: primární prevenci, snižování rizik, léčbě a sociálním začleňování a kontrole dostupnosti. Cílem této protidrogové politiky je zabezpečit ochranu jedince a společnosti před rizikem, které může užívání návykových látek přinášet. Každý pilíř má svou koncepci, přístupy a cíle. Prevenci jako takovou dělíme na tři části: primární, sekundární, terciální.

Primární prevence

Cílem primární prevence je co nejvíce snížit poptávku po drogách. Kdy důležitým faktorem efektivního fungování je spolupráce specialistů a odborníků. Kdy základem je na problematiku drog upozorňovat jak ve školním, tak v rodinném prostředí. Díky tomuto se formuje postoj k drogám jak u jedince, tak u jeho vrstevníků. Primární prevence se dělí na dvě části, a to specifickou a nespecifickou primární prevenci.

Specifická primární prevence: „soubor aktivit a služeb, které se zabývají prací s osobami, u nichž hrozí negativní vývoj. U této skupiny osob je třeba pomocí specifických preventivních programů předcházet nebo zmírňovat výskyt společensky nežádoucího chování.“

Nespecifická primární prevence: *System aktivit a služeb, jejichž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující „zdravý“ rozvoj osobnosti, včetně možnosti rozvoje nadání, zájmů, pohybových a sportovních aktivit. Zaměřuje se na posílení osobnosti nebo schopnosti člověka zvládat a řešit problémy. (Maradová, 2006, s.22).*

Sekundární prevence

Sekundární prevence pokračuje v primární prevenci, ale je také samostatnou částí, která je tvořena různými programy a službami, které mají za úkol eliminovat problémové situace, ke kterým již došlo. Sekundární prevence se soustředí hlavně na snižování rizik a na práci s uživateli drog. Tento systém je zaměřen tak, že dokáže reagovat na určité podněty ze strany drogově závislých např. fáze závislosti, motivace, ochota. Do sekundární prevence řadíme různé ambulantní a terénní programy, ambulantní péči, substituční léčbu.

Ambulantní a terénní programy na snižování rizik

Programy respektují anonymitu a možnost volby pro život s užíváním drog, nebo bez nich. Ambulantní a terénní programy, jsou nízkoprahové, sice problém přímo neřeší, ale brání uživateli v jeho prohlubování. Tyto programy zpravidla stojí na počátku sociální práce a zprostředkovávají uživateli kontakt s ostatními institucemi, které se na procesu změny účastní. Cílem těchto služeb je motivovat uživatele ke změně.

Ambulantní péče

Zahrnuje zdravotnická zařízení, jež zpravidla navazují na činnost kontaktních center a terénních programů. Ambulantní oddělení poskytují zdravotní péči, která nabízí uživatelům návykových látek poradenství a léčbu.

Substituční léčba

Další možností sekundární prevence je substituční léčba prostřednictvím psychoaktivních substancí v čisté podobě. Používá se nejčastěji při závislosti na opiátech a spočívá v podávání chemicky příbuzných látek, které se stejným úspěchem zabraňují vzniku odvykacího syndromu.

Terciární prevence

Poslední částí prevence je terciální prevence. Cílem terciální prevence je co nejvíce snížit důsledky, které způsobilo užívání drog

Patří sem resocializace, sociální rehabilitace osob, které prošly léčebným programem a nadále se snaží od drog abstinovat.

Dále do tohoto okruhu služeb spadá práce s uživateli, kteří prozatím nemíní na svém životním stylu cokoli měnit. Velký význam v této oblasti má i výměnný program použitých injekčních stříkaček, jehož smysluplnost spočívá ve zmírnění rizika nákazy nebezpečnými infekcemi (HIV a žlutenka) a eliminuje se riziko nakažení zdravé populace. Terciární prevence se prolíná se sekundární s ohledem na fázi problému, v níž se jedinec nachází

Detoxifikační jednotka spadá pod zdravotnické služby a je nápomocna ve zvládnutí akutních odvykacích stavů a intoxikace drogou (Kalina a kol. 2003).

Střednědobá ústavní léčba je nabízena závislým uživatelům návykových látek prostřednictvím psychiatrických léčen. Léčebný proces trvá zpravidla 3–6 měsíců. Tyto léčebné jednotky mají formu léčebné komunity. (Kalina a kol. 2003).

Terapeutická komunita

Terapeutickou komunitou neboli rezidenční léčbou jsou nazývána specializovaná pobytová zařízení, zaměřená na léčbu směrem k abstinenci a sociální rehabilitaci. Poskytují krátkodobý, střednědobý a dlouhodobý typ léčby. Cílovou skupinu tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti. (Kalina a kol. 2003).

Doléčovací program: zahrnuje následnou péči v procesu udržení změn navozených v předchozí léčbě. Zařízení jsou určena absolventům ambulantní nebo rezidenční léčby s celkovou dobou abstinence min. 3 měsíce. (Kalina a kol. 2003).

Zdroje:

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

Maradová, E. (2006). *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 25 s. ISBN 80 86991 70 9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-703-9.

VALÍČEK, Pavel. *Léčivé rostliny a omamné drogy*. V Brně: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita, 2003. ISBN 80-7157-725-1.

Česká protidrogová politika a její koordinace. Vlada.cz [online]. Praha, 2015 [cit. 2020-12-17]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Informacni_letak_RVKPP.pdf

MKN-10 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. MKN-10 [online]. 2020 [cit. 2021-01-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19>

Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Vydání: desáté. Praha: Armex Publishing, 2019. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-64-9.

KAZUISTIKA Č.2

Zpracoval: Jan Schiel 14.12.2020

Použité metody a zdroje dat: rozhovory s klientem, rozhovor s matkou klienta

Délka zpracování: 3 x 30 minut rozhovory

1. Osobní údaje klienta:

Jméno: Honza

Pohlaví: muž

Narozen: věk 27 let roč. narození 1993, malé město

Stav: svobodný

Aktuální bydliště: byt v malém městě

Aktuální stav/problém: neschopnost získat práci

Diagnózy: -

2. Rodinná anamnéza:

Matka: narozena 1975, zaměstnaná jako zdravotní sestra

Otec: narozen 1973, zaměstnán jako dělník na montážích

Sourozenci: sestra, narozena 2008

Rodinné zázemí: Po rozvodu rodičů, vyrůstal u matky, s otcem neměl téměř žádný vztah. Jeho mladší sestru má rád, ale záviděl jí její privilegia, kterým se jí dostávalo.

3. Osobní anamnéza:

Raný vývoj: -

Zdravotní anamnéza: -

Abúzus drog: nikotin (cca 20 cigaret denně), pervitin, marihuana

Krimi: prodej drog, následná podmínka na 3 roky,

V odborné péči: -

Současná rodina: přítelkyně ročník 1994, která ví o problému s drogami,

Bytová situace: bydlí v bytě s přítelkyní

Finanční situace: nyní na úřadu práce, případně brigády s výdělkem do 15 000 Kč/měsíčně.

Zájmy: volný čas: filmy, seriály, počítačové hry

Sociální zázemí: v místě bydliště se stýkal s několika staršími problémovými jedinci, nyní žije s přítelkyní a snaží se o změnu životního stylu

Školní anamnéza: Vystudoval Základní školu, kdy se na škole výrazně neprojevoval, známky měl průměrné. Následně vystudována SŠ strojírenská.

Profesní anamnéza: tři roky zaměstnán jako obsluha CNC stroje, následně práce v další strojírenské firmě po dobu 3 let. Poté práce na dráze jako strojíř, ale neudělal závěrečné zkoušky. Nyní veden na úřadu práce.

4. Historie problému a status praesens:

Klient pochází z dysfunkční rodiny, kdy po rozvodu rodičů byl svěřen matce do péče. Matka jej zvládala do jeho 18 roku života, kdy i on sám jí nechtěl přidělovat problémy. Po rozvodu rodičů, kdy byl společně se sestrou svěřen matce, cítil, že má sestra jako mladší sourozenec určité výhody.

Klient vystudoval základní školu bez vážnějších problémů, kdy jeho známky na základní škole byly průměrné. Přesto se dostal na střední průmyslovou školu, tam se poprvé dostal k marihuaně. V této době peníze, které mu matka dávala na obědy a svačiny začal utrácet za marihuanu. Po dovršení věku 18 let začal často ve škole absentovat, kdy si omluvenky psal sám, aby neměl neomluvené hodiny. S většími obtížemi dostudoval střední školu, kdy po získání maturitního vysvědčení získává práci ve strojírenské firmě jako obsluha CNC stroje. Během této doby se dostává do kontaktu dle jeho slov se špatnými lidmi a také s pervitinem.

Zážitek po první dávce pervitinu byl u něj tak silný, že v užívání této látky pokračoval. Během doby, kdy pracoval jako obsluha CNC stroje, žil stále u matky. Jeho příjmy činily 20.000, - Kč a za drogy byl schopen utratit 15.000, - Kč zbylých 5.000, - Kč dával matce na chod domácnosti. Následně byl z práce za častou absenci v docházce propuštěn. V této době se klient odstěhovává od matky ke svému kamarádovi, který vlastní byt. Nachází si novou práci, s výdělkem přibližně 30.000, - Kč/měsíc. V této práci klient vydrží také 3 roky, kdy opakovaně nezvládá docházku do práce a je propuštěn. Klient se následně nahlásí na pracovní úřad, který jej posílá na rekvalifikační kurz na strojvedoucího. Stále bydlí u svého kamaráda. Za drogy utrácí přibližně 75 % vydělaných peněz. Rekvalifikační kurz trvající jeden rok klient nedokončí, jelikož se nedostaví na závěrečné zkoušky. Opět zapsán na úřad práce. Během této doby, klient není již pouze uživatelem pervitinu, ale začíná jej také prodávat. Jelikož je klient uživatel pervitinu, kdy tento užívá každý den za pomoci kouření, nebo šňupání, je zastaven hlídkou PČR, která u něj dělá test na přítomnost drog, kdy po tomto testu přichází o řídičské oprávnění. Přesto dál prodává drogy, aby si vydělal na pokutu, kterou dostal od správního orgánu. Během této doby zjistí PČR, že klient drogy pouze neužívá, ale také je prodává. Klient se dostává k soudu, který mu uděluje za prodej drog podmínku na tři roky.

V současné době se klient snaží změnit život, kdy si našel přítelkyni a přestěhoval se za ní, aby změnil prostředí a zbavil se kontaktů. Stále je na úřadu práce, v současné době chodí na brigády. Přítelkyně je o jeho problému s drogami obeznámena a snaží se mu pomoci. V současné době klient uvádí, že užívá pervitin 1x týdně. S rodinou se stýká minimálně. Matka se mu snaží pomáhat. Kontakt s otcem nevyhledává. Emocionálně se neprojevuje, udržuje kontakt pouze s pár kamarády a matkou.

5. Přijatá opatření:

1. Podmínka za prodej OPL,
2. Odejmutí ŘP,
3. Podpora přítelkyně,
4. Osamostatnění se,
5. Změna prostředí,
6. Snížení dávek,
7. Přiznání problémů matce,

6. Navržená řešení:

1. Vyhledat odbornou lékařskou pomoc,
2. Absolvovat odvykací léčbu,
3. Navštěvovat terapeutickou komunitu a doléčovací program,
4. Abstinovat,
5. Chodit na konzultace s lékařem, případně probačním a mediačním úředníkem,
6. Najít si stále zaměstnání,
7. Přerušit veškeré vazby na závadové osoby,

7. Prognóza:

Prognóza klienta je nejistá, jelikož je stále uživatelem drog není jisté, jak se jeho život dál bude vyvíjet. Důležité je, aby klient začal abstinovat a odtrhl se od současných přátel, tím by se jeho vyhlídky na získání práce výrazně zlepšili. Díky tomu by se mohl vrátit do běžného života a mohl by fungovat bez větších potíží. Pokud klient naváže lepší kontakt s matkou získá šanci, že ho matka podrží, pokud by přišel o práci nebo o byt. Pokud se klient ocitne na ulici, jako bezdomovec, je možné že začne opět užívat drogy, následně krást, aby získal prostředky k nákupu drog. Čímž by se mohl dostat až do vězení.

8. Katamnéza: případ probíhá

9. Vlastní hodnocení:

S klientem se spolupracovalo dobře, jelikož nemá problém mluvit o své závislosti, nebo o problémech, které si způsobil. Během rozhovoru odpovídal na všechny dotazy, které mu byly kladeny. O matce a sestře neměl problém mluvit, o otci neměl co říct, jelikož k němu nemá žádný vztah. Klient dále uvedl, že do problému se dostal sám a také se sám chce z těchto problému dostat. Z mé strany nebyl s klientem problém vést rozhovor, ale stále si myslím, že mám na čem pracovat. Kazuistika se mi zpracovávala dobře, kdy si myslím, že téma OPL je velmi rozsáhlé.

Příloha: Vztahová mapa

