

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Podatelna
09 -04- 2008
Čís. 1608 příl. 4



**SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK
V ČESKÉ REPUBLICE
(SE ZAMĚŘENÍM NA ZÁVISLOST U ŽEN)**

Klára Krchňavá, Dis.

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, PhD.

Praha 2008

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s pomocí citované a uvedené literatury.

V Praze dne 10.dubna 2008

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Doc. PaedDr. Evě Šotolové, PhD. za cenné rady a podněty při psaní celé diplomové práce a celé své rodině za veškerou podporu při studiu.

Anotace

Práce shrnuje základní informace o systému péče o uživatele nealkoholových drog v České republice vzhledem k problematické skupině žen uživatelk. Přináší základní informace o psychoterapeutických přístupech ke klientům a k jejich rodinám v procesu léčby. Uvádí specifika přístupu k ženám uživatelkám a popisuje několik zařízení v České republice nabízejících léčebné služby pouze pro tuto skupinu. Popisuje také několik příkladů ze zahraničních zkušeností s touto klientelou.

Klíčová slova: systém péče o uživatel nealkoholových drog, ženy, drogy, těhotenství, léčebná zařízení

Anotation

The thesis summarizes significant information about the treatment system of non-alcoholic drug users in the Czech Republic with focus on the problematic group of women drug users. It describes psychoterapeutic approaches to clients and their families in the process of treatment. It mentions the specifics of approach to women drug users and describes some institutions offering services for this specific group in the Czech Republic. It also brings some examples of women drug users treatment from other European countries and from the USA.

Key words: treatment system of non-alcoholic drug users, women, drugs, pregnancy, treatment centers.

OBSAH

Úvod.....	7
1. Cíl projektu.....	9
2. Vymezení základních pojmů.....	9
3. Systém péče o klienta užívajícího návykové látky v ČR.....	11
3. 1 Terénní sociální práce.....	11
3. 2 Nízkoprahová centra.....	16
3.3 Detoxifikační jednotky.....	17
3.4 Ambulantní léčba.....	18
3.5 Substituční léčba.....	19
3.6 Denní stacionáře.....	21
3. 7 Střednědobá ústavní léčba.....	21
3. 8 Terapeutická komunita.....	23
3. 9 Následná péče, doléčovací centra.....	24
3.10 Chráněné bydlení.....	25
4. Specifika péče o ženy uživatelky nealkoholových drog.....	25
4. 1 Těhotné uživatelky drog.....	28
5. Psychologické přístupy v léčbě uživatelů nealkoholových drog.....	30
5.1 Behaviorální terapie.....	31
5. 2 Kognitivní terapie.....	32
5. 3 Kognitivně-behaviorální terapie.....	34
5. 4 Další psychologické přístupy.....	37
5. 5 Svěpomocné skupiny.....	37
6. Práce s rodinou závislého.....	38
6. 1 Negativní činitele v rodinné výchově působící na klienta.....	39
6. 2 Pozitivní činitele v rodinné výchově působící na klienta.....	41
6. 3 Rodinná terapie.....	41
7. Příklady péče o ženy uživatelky nealkoholových drog v ČR.....	45
7. 1 Denní stacionář Sananim o.s.....	45
7. 2 Terapeutická komunita Karlov Sananim.....	49
7. 3 Centrum následné péče Sananim.....	58
7. 4 Centrum pro rodinu Drop in.....	61
8. Příklady péče o závislé ženy v zahraničí.....	64

8. 1	Evropská unie	64
8. 1. 1	Rakousko.....	65
8. 1.2	Německo.....	66
8. 1. 3	Dánsko.....	67
8. 1.4	Velká Británie.....	68
8. 2	Spojené státy americké.....	69
	Vyhodnocení a závěr	74
	Použitá a prostudovaná literatura.....	76

Úvod

Postavení ženy ve společnosti prochází ve své historii velkými změnami. Pokud se podíváme do minulosti a porovnáme ji s dnešní dobou, vidíme, že dnes se svět ženy a muže velice rychle sblíží. Žena již není tou, která se doma stará „pouze“ o děti a domácnost, ale realizuje se také v zaměstnání a buduje svoji kariéru. Kariéra tak nezřídka posunuje věkovou hranici novopečených matek směrem vzhůru, a tudíž počet narozených dětí ve vyspělých zemích všeobecně klesá. Samostatnost žen se objevuje také v péči o děti, kde případ matky samoživitelky není výjimečným případem. Vidíme, že nároky na ženu se zvyšují a její role ve společnosti nabývá nových rozměrů.

Hezky se píše o tom, jaké role a povinnosti je žena schopna zvládnout, všednodenní život však ukáže, kolik je k tomu všemu potřeba sil. Ve chvíli, kdy zůstane matka dvou dětí po rozvodu sama, přijdou problémy v práci, děti rostou a potřebují péči... Jaká řešení některé ženy hledají, když síly docházejí a na blízku není nikdo, kdo by jim pomohl, poradil nebo jen povzbudil? Úlevou v těchto chvílích může být alkohol, léky, drogy. Toto ale není jediná cesta k závislosti a osamělé matky nejsou jedinými ohroženými. V současné době ukazují výzkumy rapidní snižování věku klientů a postupné přibývání závislých žen. V této diplomové práci se snažím popsat spíše stávající sekundární prevenci.

Co mě osobně vedlo ke zpracování tématu? Po celou dobu studia jsem se věnovala primární, sekundární a terciální prevenci v etopedických zařízeních i soukromých aktivitách. Jednalo se především o krátkodobé stáže, exkurze a jednorázové akce, tyto zejména pro děti a mládež. Práce s lidmi v terénu mě ujišťovala o správném výběru zaměření mého studia. Při mé stáži v zahraničí (Španělsko 2006) jsem měla také možnost porovnat své zkušenosti z domova a práci kolegů v programu „Proyecto Hombre“ na jihu Španělska. Měla jsem možnost exkurze v terapeutické komunitě, kde mě zaujala program léčby žen. Po návratu jsem se o problematiku aktivně zajímala a na základě prostudované literatury se rozhodla zpracovat toto téma ve své diplomové práci. K volbě tématu mě inspirovalo i vlastní těhotenství a mateřství, což mi umožnilo pochopit, byť jen částečně, složitou problematiku léčených těhotných žen a matek na vlastní kůži.

Moje práce se nejprve věnuje systému péče o závislé na nealkoholových drogách všeobecně (tím myslím péče o ženy i muže bez rozdílu). Pokusila jsem se charakterizovat jednotlivé složky systému, který je v České republice dobře propracovaný a péče je zajišťována především nestátními neziskovými organizacemi. Zaměřila jsem se zde především na charakteristiku cílů, cílové skupiny, základních poskytovaných služeb,

terapeutického týmu, délku péče o klienta a způsob poskytování péče. Myslím si, že tento přehled je důležitý právě pro ujasnění si ucelenosti a struktury zařízení, která v našich podmínkách existují. Jednou ze základních a stěžejních složek léčby jsou psychoterapeutické přístupy ke klientům. Ty nejpoužívanější jsem se pokusila stručně charakterizovat a také nastínit případnou spolupráci s rodinami klientů. V této kapitole jsem se více zaměřila na rodinnou terapii v terapeutických komunitách, jejíž stěžejní roli vidím v léčbě klientek matek. Právě rodina se může stát největší oporou, nebo také zkázou pro následnou resocializaci klientky po návratu z léčby do vlastního prostředí. V léčbě žen také existují určitá specifika, aspekty, které se stávají stěžejními v léčbě klientky. Tyto jsem se pokusila shrnout v kapitole „Specifika péče drogově závislých žen“. Alarmující pro mě byl průzkum jednotlivých zařízení, která se věnují léčbě žen užívajících nealkoholové drogy. V České republice existují pouze čtyři!, což je opravdu velice málo v porovnání se zahraničím (a zvláště s velikostí skupiny žen závislých na nealkoholových drogách u nás). Tato zařízení jsem měla možnost navštívit, či konzultovat s řediteli programů (pouze řešitelka programu Centra pro rodinu Drop In nebyla ochotná podat informace pro diplomovou práci, ani umožnit stáž, s odkazem na placenou konzultaci s kolegyní) a získané informace jsem shrnula ve stručné charakteristice. Zajímavé je toto shrnutí v porovnání s příklady ze zahraničí, kde se zdá praxe mnohem bohatší. Informace o zahraničních projektech jsem měla možnost získat pouze z odborné literatury a internetových odkazů, proto přináším pouze stručnou charakteristiku jednotlivých projektů.

Cílem mé práce bylo zmapování jednotlivých složek systémů péče o drogově závislé v České republice ve vztahu k léčbě žen a přinést tak ucelený pohled na programy, které se tímto specifickým problémem zabývají. Předpokládala jsem, že existuje síť specializovaných zařízení zabývajících se drogovou závislostí ženy a její léčbou, a že tato síť je rozšířena po celém našem území s centry spíše ve velkých městech. Dále jsem očekávala studium speciálních psychoterapeutických přístupů, popř. konkrétních zaměření na práci se ženami uživatelkami.

1. Cíl projektu

Metodou našeho průzkumu zařízení pečujících o ženy užívající návykové látky byla především sekundární analýza poznatků z odborné literatury (včetně odborných časopisů), statistické údaje z výročních zpráv organizací zabývajících se péčí o drogově závislé klienty a v neposlední řadě výroční zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti přibližně za rok 2001-2006. Bylo nám umožněno také několik odborných konzultací s pracovníky zařízení Sananim, o.s. .

V české odborné literatuře bychom těžko hledali monografie zabývající se hlubší analýzou péče o ženy užívající nealkoholové drogy. Nejvíce prostoru tomuto tématu věnuje v textu citovaný Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003. Jako editor dává dohromady ucelený pohled na drogovou oblast a péči o drogově závislé v České republice, mimo jiné i ženy. Také odborný časopis Adiktologie se v posledních letech tématu více věnuje (v loňském roce vyšlo dokonce specializované číslo). Cílem této práce je učinit si z dostupných materiálů komplexní obraz o systému péče o ženy užívající návykové látky. Jelikož je tento obor multidisciplinární, je nutné studium i odborných časopisů, jejichž primární zaměření zasahuje i do jiných oborů. V závěru studia tématu očekáváme hlubší porozumění a zmapování péče o ženy uživatelky nealkoholových drog v České republice a jednotlivým složkám péče o ně.

2. Vymezení základních pojmů

V úvodu této práce je nutné si definovat pojmy, s kterými budeme operovat v textu a které vidíme jako stěžejní pro námi vybrané téma. Jde především o pojetí drogové závislosti jako **bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu**. Do dnešní doby nebyla potvrzena žádná predispozice pro vznik závislosti. Odborné publikace nás informují o komplexnosti příčin závislosti a vlivu jejich kombinací. Určité shrnutí je však možné. Jde o vliv *biologických faktorů*, jako jsou např. teratogenní vlivy v těhotenství, okolnosti porodu a krátce po porodu dítěte, neurobiologické patologie, celý psychomotorický vývoj, různá traumata a nemoci apod. V dnešní době „výzkumy CNS identifikují důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony ve vztahu k závislosti. Věda odhaluje souvislosti mezi změnami elektrických potenciálů v CNS a změnami neurotransmise a rovněž souvislostí mezi změnami afektivních a kognitivních funkcí.“¹ Významným *psychogenním vlivem* při rozvoji závislosti může být již

¹ Kudrle, S.: Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: Kalina, K. (ed.): Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003, s. 91

psychické rozpoložení matky v těhotenství a např. vliv stresu na plod. Lidskou psychiku velice ovlivňuje také výchova v rodině, míra uspokojování jeho základních potřeb, přítomnost přirozených hranic v chování, podpora v dospívání, v hledání vlastní identity, různých psychických onemocněních apod.

Na jedince působí také širší *sociokulturní prostředí*. „Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování.“ a zároveň vliv primárního sociálního okruhu - rodiny, jako jsou mezigenerační vztahy, pravidla, také přítomnost všech členů, či přítomnost rodiny vůbec. *Spirituální složku* modelu charakterizuje potřeba přesahu člověka. Můžeme také mluvit o smyslu života, ke kterému se náš život vztahuje.

Dalším z pojmů jsou drogy a drogová závislost vůbec. Pokud vymezíme základní znaky **drogy**, mluvíme především o látce, která má psychotropní účinek a ovlivňuje prožívání, vnímání skutečností u jedince a působí změny na jeho psychice. Jde o látku, která „po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí“.³ **Drogovou závislost** zahrnuje Mezinárodní klasifikace nemocí jako „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:

- a), silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b). potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,
- c). tělesné projevy odvykacích stavů,
- d). 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

² srv. tamtéž, s. 92

³ Nešpor, K., Provazníkové, H.: Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, SZÚ, Praha 1996

alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

e). postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku,

f). pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivními stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení."⁴

Pojem **gender** zahrnuje rozdíl mezi mužem a ženou v jakkoliv zkoumané problematice, ale v praxi upozorňuje především na tzv. „ženskou otázku". Jde především o popsání postojů, chování a jejich rozdílů u obou pohlaví.

3. Systém péče o klienta užívajícího návykové látky v ČR

Podle Národní strategie protidrogové politiky⁵ se systém péče o toxikomany v České republice dělí na několik částí. Ve svých východiscích, principech a cílech navazuje na dosavadní pozitivní kroky, které se v protidrogové politice za posledních 12 let udály. Jako každá protidrogová strategie v rámci EU je založena na vyváženém uplatňování intervencí v oblasti snižování poptávky (prevence, léčba a resocializace), minimalizace rizik a potlačování nabídky (snižování nabídky drog). Síť služeb je podle této strategie⁶ stabilizovaná a zahrnuje široké spektrum nabídek od primární prevence, přes terénní služby a nízkoprahová centra, po ambulantní či pobytová léčebná a resocializační centra. V této kapitole uvádíme stručný přehled.

3.1 Terénní sociální práce

Terénní sociální práce zahrnuje práci s klientem přímo v terénu. Patří sem nejen činnosti typu asistenční služby v bytě zdravotně postižených, práci s mládeží a také streetwork - práci s klientem přímo na ulici - v neinstitucionalizovaném prostředí, v prostředí často beze střechy. Rozlišujeme tři základní typy terénní práce s uživateli drog - nezávislou

⁴ Nešpor, K.: Návykové chování a závislost, Portál, Praha 2007

⁵ Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009, Úřad vlády České republiky, Praha 2005

⁶ tamtéž

terénní práci, terénní práci v domácnostech a komunální terénní práci.⁷ Zásadní důvody pro práci v terénu uvádí ve své publikaci Rhodes:

„cílovou populaci se nedaří efektivně oslovit existujícími způsoby intervence existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují

Většina uživatelů drog v mnoha evropských městech není v kontaktu s existujícími institucionalizovanými službami. Tito uživatelé drog jsou pravděpodobně náchylnější k rizikovému chování. Střediska poskytující sterilní injekční stříkačky nemohou například dodávat tak velké množství stříkaček, jaké by bylo potřeba, a navíc je neposkytují právě těm uživatelům, u kterých je nejvíc pravděpodobné, že si stříkačky vzájemně půjčují. Je nutné, aby se existující služby staly dosažitelnější, a zároveň je třeba oslovit uživatele, kteří dosud nemají zkušenost s institucionalizovanými službami nebo u kterých nelze předpokládat, že by tyto služby sami vyhledali.”⁸

Jde tedy o terénní sociální práci, která zahrnuje aktivní depistáž, sociální intervenci, krizovou pomoc i podporu skupin a jednotlivců, doprovázení klienta a nízkoprahovou nabídku sociální pomoci. Pracovník zároveň mapuje lokalitu (včetně sběru), navazuje kontakt s členy skupiny, analyzuje situaci v dané lokalitě. Sociální pracovník kontaktuje samotného klienta v době a na místě, kde se obvykle zdržuje, schází se spontánně s ostatními a přirozeně sem přichází - jde především o kluby, hospody, parky, nádraží, herny, opuštěné domy, byty, sklepy atd.

Proto je nutné, aby byl sociální pracovník flexibilní i např. v doprovázení skupiny do jiné lokality, změně sociálního prostředí (místa setkávání). Přesun skupiny může zapříčinit např. obyčejné počasí, změna ročního období, den a noc apod.

Z výše popsaného je jasné, že práce streetworkera klade vysoké nároky na pracovníka.

Sociální pracovníci

V terénním programu jsou základním předpokladem samotné osobnostní kvality pracovníka. Rhodes uvádí:

⁷ Rhodes, T.: Terénní práce s uživateli drog. Sdružení Podané ruce Brno, Nakladatelství Albert, Boskovice 1999, s. 27

⁸ Rhodes.T.: tamtéž, s.11

„Pro nábor terénních pracovníků neexistují žádná přísná pravidla. Nejdůležitějšími kritérii výběru je charakteristika cílové populace z hlediska užívání drog, rodu, pohlavní orientace, etnické příslušnosti, a dále schopnost terénních pracovníků efektivně komunikovat s cílovou populací. Terénní kontakty se často odehrávají v prostředí, pro které je příznačná nedůvěra a podezíravost. Z pohledu cílové populace je pro úspěšného terénního pracovníka nejdůležitější důvěra, respekt a hodnověrnost. Z hlediska úspěchu intervence je důležité, aby dokázal efektivně předávat zdravotnické informace a povzbuzovat klienty, aby změnili své chování. Terénní pracovníci musí mít důvěru a respekt uživatelů drog, a navíc musí být schopni vysvětlovat zdravotnickou prevenci.“⁹

Samotné formální vzdělání je možné doplnit postupně během praxe (jedná se např. o obor sociální práce, speciální pedagogika...), samozřejmě je výjimkou zdravotnický personál a sociální pracovník (zde je nutné vzdělání okamžité).

Psychická a fyzická náročnost této práce vyžaduje další vzdělávání v oboru, proškolení, výcvik, individuální supervize i supervize týmu, věnovat pozornost bezpečnosti, prevenci syndromu vyhoření atd.

Výběr týmu

Terénní programy v zahraničí i u nás využívají také „indigenní“ pracovníky (v našich podmínkách se používá pojem „exuser“) přímo z řad uživatelů drog (nebo abstinujících, stabilizovaných) v rámci svých vrstevníků. Jde o lidi, kteří se orientují v dané oblasti a mají volný přístup např. do bytů (uzavřenost drogové scény). V tomto případě můžeme exusery rovněž označovat za vzdělavatele vrstevníků, tzv. peer educators. Exuseři jsou bývalí uživatelé drog, kteří vzdělávají své vrstevníky a šíří mezi nimi osvětu. Můžeme je také definovat následovně:

„Příslušníci referenční skupiny vrstevníků nebo sociální skupiny, kteří se zapojují do terénní práce v rámci své referenční skupiny vrstevníků nebo sociální skupiny a poskytují zdravotně vzdělávací služby.“¹⁰

Zapojení bývalých uživatelů do terénní práce je klíčové, jelikož sami terénní pracovníci nejsou schopni oslovit větší množství klientů, zvláště ne skrytou populaci. Bývalý uživatel se také dokáže lépe vcítit do situace a pocitů klienta, lépe chápe problémy, které uživatel může řešit.

⁹

Rhodes, T.: tamtéž, s.31

¹⁰ Rhodes, T.: tamtéž, s.17

Takovému pracovníkovi často chybí formální vzdělání (i profesionální terénní pracovník si může vzdělání doplnit postupně), mohou používat rozdílné metody od profesionálních pracovníků, nemají zdravotnické vzdělání atd. Mimoto v komunitě, do které přichází exuser jako spolupracovník terénního programu, může ztratit svůj původní status a skupina ho nemusí přijmout, hrozí také možnost relapsu.

Součástí týmu terénních pracovníků je také sociální pracovník a zdravotnický personál, kde se formální vzdělání předpokládá a vyžaduje. U ostatních pracovníků je možné si vzdělání doplnit postupně při samotné práci. Terénní programy mají také zajištěnou spolupráci s řadou odborníků z řad lékařů, např. stomatology, chirurgy, gynekology atd., kteří jsou schopni klientům nabídnout řešení jejich zdravotních problémů.

Z výše popsaného je zřejmé, že práce terénního sociálního pracovníka je fyzicky, psychicky i emočně velice náročná. Je proto důležité, aby pracovníkům byla poskytnuta řádná příprava na jejich činnost v terénu a stálá supervize.

Služby terénní práce

- výměna injekčního materiálu+ distribuce HR materiálu
- základní zdravotní, sociální a právní poradenství
- distribuce informačních materiálů
- krizová intervence
- motivační trénink
- poradenství a testování VHB, VHC a HIV
- informace o zařízeních následné péče (infekční oddělení, K-centra, detoxy, léčebny...)
- zdravotní ošetření drobných poranění
- sociální práce a asistence (poradenství a asistence při jednání s úřady, hledání práce...)
- poradenství v otázkách "bezpečného braní" a sexu
- vitaminový program
- zprostředkování další odborné péče (např. detoxu, léčby v lůžkovém zařízení, atd.)
- motivační výjezdy
- informace o rizicích spojených s užíváním syntetických drog a testování extáze přímo na tanečních akcích

Výměna injekčního materiálu + Harm reduction (HR)

Terénní pracovníci distribuují mezi klienty nové injekční stříkačky, jehly, aluminiové folie, alkoholové tampony, náplasti, filtry, kyselinu askorbovou a sterilní vodu do injekcí. Některé projekty rozdávají klientům také lžice na zahřívání a přípravu roztoku. (Výzkumy prokázaly možnost nákazy HIV a hepatitidou C sdílením filtrů, lžic a vody na oplachování injekčních stříkaček).¹¹

Harm reduction znamená minimalizaci zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním drog. Přístup se zaměřuje na individuální potřeby a perspektivy klienta se snahou o minimalizaci, omezení či zmírnění rizik a poškození vyplývající z užívání drog. Přitom je akceptována skutečnost, že klient není motivován pro změnu, tj. nechce či nemůže aktuálně přestat brát drogy.

Základní sociální, zdravotní a právní poradenství

Tato služba je zásadní při snaze pracovníků stabilizovat klientův způsob života. Ve vztahu k uživatelům jde především o intervenci, doprovázení, motivaci a psychoterapii. Kontakt s klientem je navázán v terénu (kde navazuje kontakt spíše pracovník) nebo v kontaktním centru (kde předpokládáme aktivitu klienta). Terénní pracovník může poskytnout klientům základní informace ústně, na letáku popř. prostřednictvím jiných informačních materiálů. Další z možností je také telefonické poradenství.

Zdravotní poradenství zprostředkovává informace o správném nitrožilním užívání drog, o bezpečnějších způsobech užívání drog, které se neužívají nitrožilně (amfetamin, kokain), jednoduché návody na dezinfekci injekčních prostředků atd. Některé materiály vytváří sami toxikomani - časopisy, komiksy apod.

Krizová intervence

„Cíle krizové intervence jsou jednak aktuální - uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, jednak perspektivní - propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem: (a) usnadnit komunikaci (jak mezi klientem a pracovníkem, tak ale převážně mezi klientem a jeho okolím), (b) umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, (c) pomoci klientovi při vyjadřování emocí, (d) pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, (e) zmapovat možnosti podpory v okolí

¹¹ Srv. Rhodes, T.: tamtéž, s.23

klienta (jak laické, tak profesionální). Má-li být krizová intervence účinná, je nutné využít intervalu zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a možnost změn. Jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost ke změnám se zmenšuje."¹²

3. 2 Nízkoprahová centra

Nízkoprahové centrum (kontaktní centrum, „káčko“) je určeno především pro klienty, kteří jsou minimálně nebo vůbec motivováni k léčbě své závislosti (a nemohou, nebo nechtějí vyhledat institucionální pomoc).

Poskytuje klientovi služby harm reduction (výměnný program stříkaček a jehel, distribuce zdravotnického materiálu, základní zdravotní servis včetně testování na HIV, VHC a syfilis, hygienický servis, vitaminový a potravinový servis), pracovní programy (chráněná pracovní místa), krizovou intervenci, sociální práce, možnost právního poradenství, terapeutické služby, asistenční služby. Tento servis by měl pomoci vytvářet především podmínky pro navázání kontaktu s klientem. Klient není povinen při spolupráci s „káčkem“ přestat drogu užívat.

Klient může zůstat v kontaktu s pracovníky zcela v anonymitě (evidence probíhá prostřednictvím kódů, které jsou nutné kvůli hodnocení efektivity programu).

Nízkoprahové centrum je otevřené také osobám, které přicházejí do kontaktu s drogově závislým, jejich rodičům, rodinám, partnerům, přátelům.

Tým pracující v zařízení

Podle Standard MPSV by složení personálu mělo navazovat na stanovení kapacity zařízení, potřeb cílové skupiny uživatelů služeb a specifických potřeb jednotlivých uživatelů.¹³ Je důležité, aby v týmu byly zastoupeny profese, které odpovídají nabízenému programu. V praxi to znamená, že mezi zaměstnanci Kontaktního centra jsou zastoupeni kontaktní pracovníci, specialisté (externí, interní) i dobrovolníci.

Do multidisciplinárního týmu mohou patřit sociální pracovníci, speciální pedagogové, psychologové, adiktologové, zdravotní sestry, lékaři (často jako externí spolupracovníci - praktičtí lékaři, gynekologové, stomatologové, infekcionista, psychiatři), právníci atd. Záleží vždy na potřebách cílové skupiny a profesionálních možnostech týmu a zařízení.

¹² Kalina, K.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, o.s. Filia Nova, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2001 (odkaz na www.drogy-info.cz)

¹³ viz. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele, MPSV, Praha 2002

Libra uvádí postřehy z praxe kontaktních center a jejich nároku na pracovníky: „...určité „společné minimum“, které všichni pracovníci týmu mají ovládat, lze definovat na základě praxe. Tento společný základ kompetencí (míněno pracovník zná, umí, ví, kdy použít - má k tomu informace, dovednosti i etické postoje) se týká oblastí: navázání kontaktu, udržení a rozvoj kontaktu, kontraktování služby, posouzení potřeb klienta základní poradenství závislým, problémovým uživatelům i rodinným příslušníkům, přátelům klientů....Pracovníci by měli rovněž umět službu ukončit, stáhnout se, je-li neproduktivní, měli by umět její individuální efekt vyhodnotit. Ke společnému základu rozhodně patří i týmotvornost pracovníků a jejich loajalita, včetně zvládání konfliktů loajality...Dále všichni musí znát a umět vést agendu programu: výkaznictví činností, znát a postupovat podle pracovní strategie týmu. Pracují s lidmi - tedy musí být otevřeni osobnímu profesionálnímu růstu, dalšímu vzdělávání, měli by mít do své práce zakomponovány postupy prevence vyhoření.“¹⁴

Rozhodující roli ve fungování „káček“ má samozřejmě také vedoucí programu. Předpokládá se jeho odborná fundovanost. „Podle standardů MZ i MPSV by měl být program řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti sociální práce, speciálně pedagogické práce, zdravotní péče apod., s vyšším odborným, bakalářským nebo úplným vysokoškolským vzděláním příslušného směru. Odborná zdatnost vedoucího programuje rozhodující.“¹⁵

3.3 Detoxifikační jednotky

Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) nebo dlouhodobá (několik týdnů) lékařská a psychologická pomoc při zvládnání odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou (pokud nevyžadují péči jiného zařízení, např. na jednotce intenzivní péče).

Nejčastější důvody detoxifikace jsou:

- člověk je nebezpečný pro sebe i své okolí (stavy při odvykání)
- nejasný stav, kdy je nutné rozhodnout, zda jde o intoxikaci nebo psychickou poruchu
- klient po těžkém úrazu nebo jiné zdravotní komplikaci
- příprava na léčbu
- snížení tolerance vůči užívané látce
- aktuální nepříznivá sociální situace

¹⁴ Libra, J.: Nizkoprahová kontaktní centra. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2003, s.168

Libra, J.: tamtéž, s.166

Detoxifikace se provádí ve speciálním zdravotním zařízení nebo oddělení psychiatrické nemocnice. Pacient dostává během detoxu léky na zmírnění abstinčních příznaků; k propuštění (převážně do následné léčby) dochází několik dní po odeznění odvykacích příznaků a vysazení léků.

Detoxifikaci organismu může klient uskutečnit také v (domácím) neformálním prostředí, kde ho navštěvuje lékařský personál a rodině nebo přátelům je poskytována podpora.¹⁶

3. 4 Ambulantní léčba

Pokud se klient rozhodne k abstinenci a životu bez drogy (patří sem ale také soudně uložená ochranná protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba nebo povinnost zdržet se užívání návykových látek), nabízí se několik různých forem léčby - v psychiatrické léčebně pro léčbu závislosti nebo na speciálním oddělení psychiatrické léčebny, terapeutická komunita, substituční léčba (při závislosti na opiátech), denní stacionáře nebo ambulantní léčba.

Při ambulantní formě léčby klient zůstává ve svém prostředí, nikam se nestěhuje, pouze pravidelně dochází do ordinace. Pokud mluvíme o lékařské ambulantní léčbě, je poskytována v ambulantních léčebných střediscích (v ČR mluvíme o ordinacích AT, tj. alkoholicko-toxikomanických ordinacích, pro prevenci a léčbu závislosti), státních i nestátních.

Z nabízených služeb střediska vyjmenujme komplexní lékařské vyšetření doplněné laboratorními a dalšími pomocnými vyšetřeními, dále farmakoterapii, psychologické a sociální poradenství, psychoterapii a vzdělávání. Některá centra nabízejí komplex služeb včetně např. substituční léčby.

Cílová skupina jsou všechny potřebné osoby bez jakéhokoliv omezení (nestátní zařízení mají tendenci cílovou skupinu zužovat) od osob experimentujících až po pravidelné uživatele, také rodinní příslušníci a blízké osoby uživatelů.

Samotná léčba je prováděna bez jakéhokoliv vyčlenění klienta z původního prostředí. Pacient dochází do zařízení a samotnou délku kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je přizpůsobená jeho potřebám (případně je ústně či písemně s terapeutem či zařízením dohodnutá).

¹⁶ Kalina, K.: Mezioborová glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR, Praha 2001 (dostupné na www.drogy-info.cz)

Častou formou ambulantní léčby jsou individuální terapeutické nebo poradenské rozhovory (30 - 60 minut/ 1-2x týdně). Pokud je to nutné a mimořádná situace si to vyžaduje, může jít o denní kontakt pacienta se zařízením (na počátku léčby, potřeba krizové intervence), pokud jde o situaci stabilizovanou, interval mezi návštěvami se prodlužuje. Pokud jde o skupinovou formu léčby, dochází pacient obvykle 1x týdně na dobu 2 hodin (o častější kontakt jde výjimečně).

Ve zdravotnických zařízeních aplikuje lékař farmakoterapii např. ke zmírnění příznaků z vysazení drogy (při ambulantní detoxifikaci) a v případě potřeby i v průběhu ke zmírnění doprovodných psychických příznaků (deprese, vztahovačnost).

Součástí služeb ambulantní péče je také sociální práce, rodinná terapie, volnočasové a klubové aktivity, pracovní a právní poradenství atd.

Ambulantní léčba se doporučuje především pro pacienty s nižším potenciálem pro relaps, s větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s dobrým sociálním zázemím (alespoň neškodícím). Léčba může přejít do ambulantního doléčování.

3. 5 Substituční léčba

Jde o léčbu, která je zvažovaná u osob, které nejsou schopny zastavit užívání drog a udržet abstinenci. Substituční léčbu nabízejí mimo jiné některá ambulantní střediska. Jde o jednu z forem medicínské léčby závislosti na opioidech při použití předepisovaných opioidních agonistů, které mají obdobné nebo stejné vlastnosti působení na mozek jako heroin a morfin a které zmiňují abstinenci symptomy a snižují bažení po nelegálních opiátech. Příklady opioidních agonistů jsou metadon, diamorfin (heroin) a morfin...při léčbě opiátové závislosti se používají také antagonisté. Tyto látky obsazují stejné receptory mozku jako opiáty a tudíž blokují účinky ostatních opiátů. Antagonisté bažení snižují, ale neodstraňují.¹⁷

Substituce je náhrada původně užívané návykové látky látkou jinou (lékařsky předepsanou), která má podobné účinky a vlastnosti. Ilegální látka účinkuje často krátkodobě, obsahuje nebezpečné příměsi s neznámou koncentrací; lékařsky předepsaná látka má podobné vlastnosti ale se známou koncentrací bez toxických příměsí (v ČR se jako substituční přípravek používá metadon nebo buprenorfin).¹⁸ Substituce může také znamenat změnu rizikového způsobu užití. Např. injekční užití je nahrazeno orálně podanou látkou). Cílem

¹⁷ Verster, A., Bunning, E.: Buprenorfin: rozbor kritických otázek, Úřad vlády ČR, Praha 2007, s.20

V zahraničí se setkáváme také s možností předepisování heroínu jako podpůrného prostředku při léčbě klientů těžce závislých na heroínu (u kterých ztroskotaly jiné formy léčby). Výdej heroínu je řízen počítačem. Pacientovi je tak nabídnuta látka, v níž je obsažena lékařsky předepsaná legální heroin. Pacient přichází jednou až třikrát denně a látku si může aplikovat pod dozorem specialistů (dodržení hygienických podmínek) v místnostech k tomu určených. Heroin je možné užívat také orálně.

substituční léčby je snížení užívání drogy (abstinence je odložena na dobu, kdy je jí klient schopen). Léčba je doprovázena psychoterapií, poradenstvím a socioterapií.

Léčba může trvat několik týdnů i let; pro některé klienty jde o velmi dlouhodobou záležitost (pacient léčený tímto způsobem a abstinující od ostatních návykových látek je z klinického hlediska považovaný za zcela abstinujícího).

Substituční program zahrnuje několik fází, kterými klient prochází. Zde uvádíme příklad Substitučního programu vedeného v Centru poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum:

„Po vstupním kontaktu - obvykle v rozsahu 2-4 sezení během jednoho, maximálně dvou týdnů - vstupuje klient do motivační skupiny (MS). Během vstupního kontaktu zmapujeme klientovu situaci, vysvětlíme mu pravidla SPS,¹⁹ případně doporučíme jinou formu péče. Podmínky spolupráce všech tří zúčastněných stran - klienta, lékaře a CMPR²⁰ - jsou popsány v kontraktu SPS, který všechny tři zúčastněné strany podepisují na začátku SPS. V kontraktu SPS jsou popsána všechna základní pravidla programu, jedním z nich je pravidelný kontakt v CMPR, který je podmínkou preskripce Subutexu. Klient také dává souhlas o vzájemném informování CMPR a lékaře o své docházce. Docházka do CMPR se v rámci SPS řídí kreditním systémem..., který má klienty jednak motivovat k docházce. Za každou absolvovanou konzultaci či skupinu dostává klient 1 kredit... Nulový počet kreditů může být důvodem k vyloučení klienta z programu, rozhodně je však důvodem k přehodnocení léčebného plánu... Po dohodě se svým garantem přechází klient do individuální fáze programu. Dochází 2-3 krát týdně na individuální konzultace ke svému garantovi. Cílem této fáze programu je pomoci klientovi stabilizovat svou situaci natolik, aby se mu zdařilo snížit dle plánu dávky Subutexu až k úplnému vysazení a abstinenci si udržet...“²¹

Zajímavá je zkušenost z anglického Birminghamu, kde existuje neobvyklý způsob metadonové substituce, díky kterému dochází do služeb centra lidé, kteří vyžadují naprosto nízkoprahový přístup. Jde o práci organizace Safe Project. Podmínkou zde absolutně není zároveň se substitucí abstinence od nelegálních drog, klientky (jedná se o program výhradně pro prostitutky) mohou prostě přijít a metadon přímo dostat. Ten den nemusí proto jít prostituovat, nechat se znásilňovat, zbit atd. Jde o to, že jim centrum pomáhá od „finanční

¹⁹ Substituční program Subutexem, poznámka autorky

~ Centrum poradenství pro mládež a rodinu, poznámka autorky

Miláčková, M.: Zamyšlení nad substitučním programem - příklady z praxe. In: Adiktologie 2005/3, s. 422-423

závislosti" na prostituci. Ženy občas ale z programu vypadnou, což není problém, přijít mohou kdykoliv znovu.²²

3. 6 Denní stacionáře

Denní stacionář (centrum) je nelůžkové zařízení, které poskytuje klientům denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, sociální, výchovnou a rehabilitační), obvykle pouze v pracovní dny.

Struktura programu byla převzata z terapeutických komunit a také denních center pro duševně nemocné; léčba v denním stacionáři se pokládá za alternativu ústavní nebo rezidenční léčby a je určena především pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat ve svém prostředí (dobré sociální zázemí může klientovi velice pomoci zůstat integrován do svého okolí).

Mezi základní body strukturovaného programu patří:

- přesný časový rozvrh
- pravidla, která stanoví podmínky léčby a charakterizuje žádoucí a nežádoucí chování klientů
- skupinové terapeutické aktivity
- pracovní terapie
- sportovní
- kulturní a další volnočasové aktivity.

Systém těchto podnětů má komplexně působit na klienta, jeho psychiku, sebepojetí, postoje, chování; program se zaměřuje především na dosažení a udržení abstinence, podporu v osobním zrání, zlepšení sociálního fungování a osvojení si základních dovedností každodenního života.

Program probíhá denně 4-5 hodin, pět dní v týdnu; délka trvání je 3-6 měsíců. Důležitou a nezbytnou součástí je prevence relapsu a práce s rodinou.²³

3. 7 Střednědobá ústavní léčba

Tento druh léčby probíhá především na speciálních odděleních psychiatrických léčeben, popř. na specializovaných odděleních nemocnice.²⁴

2~>

" Běláčková, V.: Prostituce funguje pro ženy jako měna. In: Mladá fronta DNES, 1.12. 2007, rubrika Kavárna-řezhovor, s. 3

Srv. Kalina, K.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, o.s. Filia Nova, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2001

Cílovou skupinou jsou dlouhodobí a problémoví uživatelé návykových látek alespoň se základní motivací k léčbě nebo s předchozím neúspěchem v ambulantní léčbě, osoby vyžadující lékařské sledování (psychotické stavy, pokus o sebevraždu), s těžkými emočními problémy a problémy chování a osoby, kterým byla soudem nařízena protialkoholní nebo

25

protitoxikomanická léčba v ústavní formě.

Jedná se o pobytovou léčbu o délce zhruba 3-6 měsíců (ochranná léčba má trvat tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel). Cílem léčby je trvalá abstinence klienta a zvýšení kvality jeho života. Cíle jsou vytyčeny individuálně podle klienta, zde citujeme některé:

- „stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí
- vybudování náhledu (uznání závislosti jako svého problému, jejich důsledků a potřebných kroků k jejich kompenzaci, včetně uznání potřeby dlouhodobě se léčit a nadále dodržovat některá pravidla)
- postupné řešení důsledků drogové kariéry, respektive zahájení řešení těchto problémů
- přebudování motivace (z původního vnějšího tlaku na vnitřní pozitivně formulovanou motivaci)
- zvnitřnění abstinčních norem
- zvnitřnění struktury dne a týdne (zejména časové struktury spojené se získáním schopnosti nestavět se k libým a nelibým situacím nutkavě)
- současné řešení problémů dalších, se závislostí přímo nesouvisejících (např. zahájení léčby souběžné psychické poruchy)
- identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik
- některé změny v původním prostředí (např. změna nevhodného zaměstnání, rizikových známostí, rizikových míst pro trávení volného času apod.)
- přiměřené zlepšení sebehodnocení
- přiměřené zlepšení prožívání.²⁶

²⁴ pojem střednědobá léčba se používá i pro krátkodobý, cca. šestiměsíční, program terapeutické komunity

Soudní ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická je uložena na základě trestného činu spáchaného pod vlivem psychoaktivní látky nebo v souvislosti s jejím užíváním. V ČR existuje ve formě ambulantní nebo ústavní. Tyto formy mohou vzájemně jedna v druhou přecházet. O uložení léčby rozhoduje soud zpravidla na základě doporučení znaleckého posudku....Ústavní formu léčby lze vykonávat během výkonu trestu na uzpůsobených specializovaných odděleních ve věznicích Rýnovice, Znojmo a Opava nebo v psychiatrických zařízeních, jejichž příslušnost je stanovena Ministerstvem zdravotnictví (Vondráčková, P.: Klinický pohled na stav soudní ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické ve zdravotnických zařízeních v ČR. In: Adiktologie 2006/4, s.508).

Dvořáček, J.: Střednědobá ústavní léčba. In Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády ČR, Praha 2003, s.196

Pro klienta se oddělení stává ochranným prostředím, kde není dostupnost návykových látek a nenabízejí se situace, které v běžném životě fungují jako spouštěče. Je zde také odborná péče (multidisciplinární tým tvoří psychiatr (převážně tým vede), lékaři, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální pracovníci, pracovní terapeuti) a organizovaný program - režimová terapie.

„Základem principu léčby je režimový přístup založený na časové struktuře dne a pravidlech určujících systém účasti v léčebném programu.²⁷ Pacient postupně dosahuje nejrůznějších výhod (vycházka, dovolenky) na základě plnění úkolů, které jsou systémem předepsány. Za aktivity na oddělení jsou pacienti odměňováni (pracovní terapie, skupinová terapie, úklid) a za prohřešky proti pravidlům oddělení sankcionováni. Cílem režimové terapie je zvnitřnit jedinci, který má potíže s dodržováním pravidel a společenských norem, řád, a tak mu pomoci lépe se přizpůsobit požadavkům vnějšího světa, osvojit si zdravější životní styl, postupně získávat sebedůvěru, sebeúctu a zařadit se tak do běžného života. V případě neúspěchu je mu umožněno prožít si stav frustrace bez pomoci psychoaktivní látky.

Psychiatrické léčebny poskytují možnost tzv. opakovacích pobytů (několik týdnů v prvním roce abstinence), což je možné považovat za prvek následné péče.

3. 8 Terapeutická komunita

Terapeutickou komunitu můžeme chápat jako léčebný přístup využívající dynamiku malé skupiny, kde na svém problému pracuje jak sám klient, tak celá skupina.²⁹

Jde o specializované pobytové zařízení (nestátní) zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci osob závislých na nealkoholových drogách.³⁰ Terapeutická komunita poskytuje léčbu střednědobou a dlouhodobou (6-18 měsíců). Léčba v terapeutické komunitě sleduje několik cílů:

- změna životního stylu, motivovanost klienta k vlastní změně
- dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní boj s chutí na drogu
- změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování
- učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé
- vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství

²⁷Heller, J., Pecinová, O.L.: Závislost známá neznámá, Praha, Grada 1996, s.85

²⁸Skála, J. et al.: Závislost na alkoholu a jiných drogách, Praha, Avicenum 1987
srv. Hartl, P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. Slon, Praha 1997
srv. Výroční zpráva Sananim 2005

- získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, dovednosti řešit konflikty
- osvojení si pracovních a hygienických návyků
- změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama
- poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama
- uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice

Samotný život v komunitě se stává prostředkem k dosažení těchto cílů. Společný život se snaží přibližovat maximálně reálnému životu s jeho pravidly, řádem, režimem a vztahy. Pobyt i odchod je zcela dobrovolný.

3.9 Následná péče, doléčovací centra

Následná péče je v současné době standardní součástí léčby. Nastává ve chvíli, kdy se uživatel drog rozhodne s drogami přestat. Jeho cesta vede přes nízkoprahové zařízení do léčby (ambulantní nebo ústavní).

V době, kdy člověk odchází z léčby a ví, že se vrací zpět do původního prostředí, měl by se kontaktovat se zařízením následné péče. Úkolem následné péče je pracovat s klientem v reálných podmínkách jeho života (hlavně kvůli zamezení relapsu). Klient se má sám sobě stát terapeutem.

V České republice existuje 12 zařízení tohoto typu zřizované nestátními neziskovými organizacemi. Mezi programy následné péče patří:

- ambulantní doléčovací programy
- chráněné bydlení,
- chráněné pracovní dílny a rekvalifikace.

31

Doléčovací centra využívají většinou strukturovaný program zahrnující ambulantní individuální a skupinovou terapii, poradenství v sociální sféře, především ohledně získání zaměstnání po léčbě, vyřešení právních problémů z minulosti, dokončení nedodělaných škol atd. Mohou zde také probíhat další aktivity jako je arteterapie, volnočasové aktivity pro klienty, kteří se podílí na přípravě (divadlo, výtvarné činnosti, výlety, sport). Program probíhá často ve večerních hodinách, aby do něj mohli docházet i klienti, kteří si našli práci nebo studují.

³¹ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001, Úřad vlády ČR

3.10 Chráněné bydlení

Některá doléčovací centra poskytují pro klienty po absolvování léčby chráněné bydlení. Chráněné bydlení je možnost ubytování na určitou omezenou dobu (zpravidla šest měsíců až jeden rok) pro lidi, kteří se po příchodu z léčby nemají kam vrátit nebo je jejich rodinné a sociální zázemí problematické a ohrožující. Za pobyt v chráněném bydlení se platí nízký nájem a klient je vázán určitými povinnostmi, má možnost terapeutické podpory, dochází do doléčovacího programu. Za základní pravidla se považuje to, že klient nesmí přinést drogy nebo alkohol na chráněné bydlení a nesmí být v chráněných prostorách pod vlivem drogy. Dobu strávenou v chráněném bydlení má klient využít k tomu, aby zvládl rizikové období po příchodu z léčby, osamostatnil se, našel si zaměstnání a zajistil si svoje bydlení, kam půjde po odchodu z chráněného bydlení.

4. Specifika péče o ženy uživatelky nealkoholových drog

Mezi odbornou veřejností se stalo v posledních několika letech téma ženy a závislosti na návykových látkách tak trochu „módním“ tématem. Jedním z ústředních témat v této diskusi je nárůst počtu závislých žen a v současné době nedostačující nabídka léčebných programů pouze pro ženy. Otázkou také je, co hraje významnou roli v tomto postupném nárůstu a nás zajímá, jaká je reakce odborné veřejnosti. Podle zprávy Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) „...si zdravotnická zařízení po celé Evropě začínají uvědomovat, že ženy užívající drogy mají specifické potřeby, které vyžadují speciální přístup...“³²

Pokládáme si otázku, v čem jsou ona ženská specifika závislosti? Příčin závislosti u žen může být mnoho a často jde o kombinaci více z nich. Zde si pro přehled některé uvádíme:

- 1) Ženy v minulosti prošly řadou traumat a psychických potíží.

Nejčastěji si dívka nese různá psychická zranění z původní rodiny, ze vztahů s rodiči. Objevuje se zde agresivní chování otce, častá je jeho závislost na alkoholu, sexuální zneužívání, chladná či hyperprotektivní výchova matky apod. Dívky si nesou tento vzor do dospělosti a fakt, že přechází do vztahu často s násilnickým mužem, jim přijde úplně normální. Tento uzavřený kruh je jedno z náročných témat pro případnou psychoterapii dívek.

³~ Užívání drog z hlediska gender, prohlášení EMCDDA 2006, dostupné na <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

2) Závislost partnera, který pije, nebo bere drogy.

Tento případ je častý. Žena společným soužitím s partnerem může přijímat jeho způsob života. Opačný případ, kdy muž přebírá životní styl partnerky, je mnohem méně častý.

3) Život s partnerem neuživatелеm.³⁴

V institucích pracujících se závislými ženami se v poslední době objevují případy, kdy dívka žije s partnerem neuživatелеm, který má ale psychotické sklony. Ženu vlastně informací o její závislosti muž vydírá a drží jí tak v jejich „vztahu“. Navenek se vztah jeví jako ideální a odloučení od násilníka je často náročným úkolem, jelikož tento dokáže ženou manipulovat a vydírat ji, a tak oddalovat a mařit úspěšnou léčbu.

4) Partner uživatel.

Samostatná a dá se říci emancipovaná žena se dostane v drogovém prostředí většinou do jakési závislosti na partnerovi, který buď ženě drogy dává, je jejím „průvodcem po drogové scéně, využívá ji apod. Zpočátku volné partnerství přerůstá v závislost na muži, od kterého později nedokáže odejít. Zajímavá je také skutečnost, že hlavní postavy drogového světa, popř. dealeři jsou převážně muži.

5) Osobní únik.

Heller ve své publikaci charakterizuje ženský přístup k drogám jako „potřebu osobního úniku ze skutečnosti“.³⁴ Sociální tlak na ženu a její komplikovaná role je známá z historie i ze současnosti. Jejich zvládnutí však žena však musí zvládnout sama a právě tato osamocenost ji často vede k úniku k alkoholovým i nealkoholovým drogám.

6) Závislost na psychogenním podkladu.

Příčinou může být už samotná struktura osobnosti, psychická odchylka, či choroba ženy. V odborných publikacích se používá termín „alkoholická toxikomanie“.³⁵ Jde o jakousi „vnitřní“ potřebu drogy, která navozuje pocit doplnění osobních schopností a možností. Pro takovou ženu je typické samotářské brání drog, díky nimž získá např. schopnost mluvit otevřeněji s lidmi, zlepšení nálady, popř. uklidnění před stresovou situací. Okolí se může závislost jevit jako bez jakýchkoliv důvodů a zcela nepochopitelné.

7) Prostituce.

³ srv. Preslová, I.: Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách. In: Adiktologie No: 3/2007, s. 388

^{3s} Heller, J., Pecinovská, O. a kol.: Závislost známá neznámá, Grada, Praha 1996, s.29

Heller, J., Pecinovská, O. a kol.: Závislost známá neznámá, Grada, Praha 1996, s. 27

Dívky si v praxi často vydělávají na drogy přímou či nepřímou (žijí s mužem kvůli drogám) prostitucí. Prodávají svoje tělo proto, aby měly z čeho financovat svoji závislost a nejen to. Vydělávají si tak i na jídlo, jízdu taxíkem apod. Tělo se stává jejich měnou.³⁶

Prostituující ženy užívají často drogy proto, aby se s touto prací vyrovnaly. Otázkou ale je, co do jejich života přišlo první. Drogy se pak stanou nutností proto, aby potlačily pocity z toho, že se jim dělo při sexu násilí. Ani násilí v dětství není výjimkou (v poslední době se objevují případy zneužívání matkou).³⁷

8) Závislost ženy na lécích.

Nadužíváním léků je u žen v České republice velice častá. Léky si ženy dlouhodobě řeší různé psychické problémy, nespavost, ale také touhu po „zázračném zhubnutí“. Je prokázáno, že účinky některých léků, které užívají bez konzultace s lékařem, mohou být velice škodlivé. „Hubnoucí reklamní kampaně“ farmaceutických firem jsou podporovány zřejmě s cílem změnit naši populaci v „hubený národ“. Firmy nezajímá, co léky dělají s psychikou ženy a zda se mohou stát návykovými.

9) Duální diagnóza, komorbidita.

Převážně zahraniční studie informují o tzv. duální diagnóze. Jde o kombinaci drogová diagnóza a diagnóza další. U žen jde především o problémy s příjmy potravy - bulimií, mentální anorexií, dále se při léčbě musí řešit sexuální zneužívání v dětství nebo dospívání, fyzické týrání apod.

10) Stigmatizace - dvojí deviace.

Naše společnost je v současné době ve svém myšlení poznamenána různými feministickými hnutími za práva žen. Zároveň ale zůstávají jistá očekávání od ženy typická spíše pro patriarchální společnost - jde především o zodpovědnost vůči vlastní rodině, roli matky, manželky a určitou závislost na muži. Závislá žena se ve společnosti tudíž jeví jako tzv. „dvojí deviant“. To znamená, že je žena vnímána jako problém z hlediska užívání drogy a zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Společnost tak vlastně působí negativně na psychiku ženy, která se obává vystoupit z anonymity a léčit se. Žena se samozřejmě obává odebrání dětí z péče, což se často

viz Běláčková, V.: Prostituce funguje pro ženy jako měna. In. Mladá fronta DNES, 1.12. 2007, rubrika Kavárna-rozhovor, str. 3
tamtéž

děje bez reálných ukazatelů zanedbání péče.³⁸ U mužů je společnost mnohem tolerantnější. Nevadí ani, že se muž opijí, či bere drogy pravidelně na veřejnosti.

10) Tělesné dispozice.

Časnému rozvoji závislosti u žen přispívá jejich fyziognomie těla. Je známo, že ženy mají menší játra než muži a zvláště v játrech se metabolizují hormony. Vede to k tomu, že návykové látky působí u žen silněji než u mužů. Také souvislost mezi menstruačním cyklem a závislostí je výzkumy prokázána, období před menstruací je rizikovější. Také mateřství a klimakterium jsou rizikovější období v životě ženy. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotní následky přicházejí mnohem dříve u žen než u mužů.

V posledních letech dochází k nárůstu počtu závislých žen, především v ekonomicky a hospodářsky vyspělých zemích. Postavení ženy ve společnosti prochází stále svým vývojem a obraz moderní ženy současnosti ukazuje osobnost ekonomicky, společensky i právně nezávislou a žena přestává být schována a chráněna za zdmi domova. Nové role a úkoly s sebou nesou i proměnu hodnot. Jedno však zůstává a to je potřeba harmonického vztahu, manželství, rodiny a dětí. Je očividné, že nároky na ženu se zvyšují, náročné jsou na sebe i ženy samy. Tabu kolem alkoholu a drog v současné době mizí a jejich dostupnost je mimořádná. Není proto daleko k tomu vyhledat drogu jako pomoc pro rozšíření svých schopností a možností.

Oproti tomu bývají ženy zpravidla k návykovým látkám a jiným rizikům (např. hazardní hry) zdrženlivější a opatrnější, snadněji si vytváří zdravý životní styl a mají silnější pud sebezáchovy, čímž můžeme vysvětlit relativně menší počet závislých žen, než mužů.³⁹ Otázkou ale je, kolik žen zůstává se svojí závislostí skryto našim výzkumům a rostoucím křivkám grafů.

4.1 Těhotné uživatelky drog

Problematika matek nebo těhotných uživatelky je téma velice zajímavé a rozsáhlé. V této kapitole je uvádíme pro jasný přehled.

Život závislých žen je charakteristický svojí neuspořádaností, je ovlivněn kriminalitou, Prostitucí, nezaměstnaností apod.. To vše je ale život ženy samotné. Pokud ale žena užívá

³⁸ viz. Vobořil, J.: Gender-ženy jako specifická skupina. In.: Kalina, K. (ed.): Drogy a drogová závislost 2, Úřad vlády, Praha 2003, s.239

" Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Portál Praha 2000, ISBN 80-7178-432-X

návykové látky v těhotenství, zhoršuje tím zdravotní stav dítěte a nejenže ho ohrožuje na životě, ale také dítě prožívá závislost na návykové látce.

U závislých žen (zvláště u zneužívajících heroin) je velice častá porucha menstruačního cyklu, častá je i neplodnost. Možné těhotenství si proto ženy vůbec nepřipouštějí, proto k návštěvě lékaře přicházejí někdy velice pozdě, bývá problém se získáním anamnestických údajů a informace jsou nepřesné. Žena si nemusí ani vzpomenout na délku drogové kariéry.

Lékaři uvádějí, že u mnoha gravidních žen se vyskytují somatické poruchy a tzv. „nutriční deficit“, což znamená oslabení centrálních mechanismů hlásících sytost a hlad.⁴⁰ Shánění drogy jim zabere mnoho času a droga slouží jako hlavní jídlo.

Zneužívání drog s sebou nese další komplikace, jako jsou změna psychiky, nedostatečná hygiena, promiskuita, prostituce, nechráněný sex a s ním související onemocnění hepatitidou, HIV virem, špatná výživa. To vše může zapříčinit různé infekce a následné ohrožení plodu, jeho nedostatečnou výživu, přenos drogy přes placentu (plod se tak stává pasivním narkomanem), potrat, předčasný porod, zánět porodních cest, předčasné prasknutí plodové vody apod. Různé studie dokazují, že některé drogy - např. alkohol, barbituráty, kokain a jiné vyvolávají vznik vrozených vad.

Také v případě, že se žena rozhodne pro abstinenci, je možné bez pravidelného vyšetření a monitorování ohrožení plodu. Pokud matka zvládne donosit dítě a porodit ho, objevuje se u něj téměř vždy neonatální abstinční syndrom (NA5), který nastupuje nejčastěji 48-72 hodin po porodu a projevuje se mimo jiné neklidem, třesy až křečemi, zvracením, průjmami, dítě neprospívá, potí se, jeho teplota je nestabilní. Záleží na tom, jak velkou dávku drogy matka užívá, v jakém časovém intervalu byl porod od poslední dávky, vůbec doba trvání závislosti a stáří plodu v děloze. U dítěte se v těchto případech doporučuje jemné zacházení, zajištění kalorického příjmu, někdy i farmakologická léčba.

Farmakologickou léčbou se dosahuje ústupu abstinčních příznaků a léčba může být postupně vysazována. Příznaky mohou trvat u novorozence několik dnů až týdnů (v akutních stavech i měsíce). O negativním vlivu na celý plod a jeho vývoj nepochybujeme. V jeho dalším vývoji se vyskytují převážně somatické poruchy, poruchy růstu, poruchy chování, učení, někdy agresivita, hyperaktivita apod.

Po porodu je matka i dítě pod odborným dohledem lékařů. Nejčastěji řeší sociální situaci OSPOD (opatření odboru přichází zpravidla po zveřejnění těhotenství). Opatření úřadu

⁴⁰ srv. Trávníčkové, I.: Specifické aspekty zneužívání drog u žen, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2001

znamená většinou stanovení předběžného opatření a dítě je svěřeno do péče prarodičů, nebo do ústavní péče. Nastává také případ vzdání se dítěte ve prospěch pěstounství, adopce apod. U nás je možná léčba matky spolu s dítětem pouze v jednom zařízení — v Terapeutické komunitě Sananim v Karlově u Písku.⁴¹ Pokud matka nemá dítě ve vlastní péči, po dohodě s úřadem je předáno do péče komunity a matka se o něho po celou dobu léčby stará.

Od drogově závislé matky očekávají takřka všichni zralé a zodpovědné chování. Očekává se, že podstoupí detoxifikaci, léčení a bude se řádně starat o své dítě. Ne vždy je pro klientku dítě motivací k přerušení konzumace drog. Stává se, že vyšší dávka drogy či lékařský zásah vyvolá potrat, což pro klientku může leckdy vypadat jako nejjednodušší řešení. Dochází k případům, kdy dojde ke zjištění těhotenství v době, kdy není potrat možný a klientka je postavena před hotovou věc. Partner, který drogy zneužívá také, se může postavit k dítěti pozitivně, ale bez ochoty se jakkoliv angažovat. Žena může vyhledat pomoc odborníků, což ale znamená vystoupit z anonymity a vystavit se případné stigmatizaci (špatná žena, matka, manželka...). Odborníci jí v tuto chvíli mohou obětavě pomáhat, ale rozhodnutí je zcela na ní.

V případě, že se žena rozhodne pro léčbu, abstinenci, je otázkou, zda je v našich podmínkách a vůbec v Evropě, dostatek zařízení, která dokáží reagovat na potřeby závislé ženy. Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA)⁴² si Evropa uvědomuje nedostatek zařízení poskytujících péči drogově závislým ženám s jejich specifiky a potřebami. Výzkumy ukázaly, že hlavní obavou z léčby představuje pro ženu zajištění péče o dítě. Vývoj zařízení vychází těmto potřebám vstříc a snaží se gender Problematiku poctivě řešit.

5. Psychologické přístupy k drogově závislému

Psychoterapeutické přístupy se neliší a nerozlišují podle pohlaví. Je to i z toho důvodu, že terapeutické skupiny jsou vesměs smíšené a podle pohlaví se nerozlišují. Proto zde uvádíme přehled těch nejpoužívanějších psychoterapeutických směrů v našich podmínkách. Jedná se především o behaviorální psychoterapii, kognitivní psychoterapii a kognitivně-behaviorální psychoterapii.

⁴¹

⁴² o této komunitě informujeme podrobně v dalších kapitolách
~ www.emcdda.europa.eu

5.1 Behaviorální psychoterapie

Vlastní vědecké základy behaviorální terapie vycházejí z výzkumů, které probíhaly od konce devatenáctého do poloviny dvacátého století. Koncem 19. století prozkoumal a zformuloval první zákonitosti učení v živém organismu ruský fyziolog I. P. Pavlov, který objevil tzv. klasické podmiňování, tj. učení na základě pasivního vytváření asociací mezi podněty. Americký psycholog Edward Thorndike v pokusech na kuřatech a na kočkách prokázal, že se živý organismus učí metodou pokusu a omylu, při níž opakuje chování, které vede k žádoucímu důsledku, a přestává používat chování, které vede k nežádoucímu důsledku. V roce 1913 použil jako první název „behaviorismus“ americký psycholog John B. Watson, který hlásal, že má-li mít psychologie pevné vědecké základy, musí se zaměřit na experimenty a pozorování zjevného chování a objevit zákonitosti jeho vzniku a změn. Kritizoval v té době používané metody introspekce a tvrdil, že nemohou poskytnout objektivní informace.

Behaviorismus se rozšířil v USA rychle a v první polovině 20. století zde představoval jeden z nejvlivnějších směrů psychologického výzkumu. Svého vrcholu dosáhl behaviorismus v díle B. F. Skinnera a jeho žáků, kteří objevili a zkoumali další typ učení u živých organismů, tzv. operantní podmiňování. Behavioristé („behavior“ = angl. chování) sledovali a analyzovali zjevné chování živého organismu v určité situaci a to, jakými vnějšími podněty lze toto chování měnit. Pro tento směr byl charakteristický vědecký přístup ke zkoumání skutečnosti - tedy vytváření hypotéz, jejich ověřování pomocí experimentů, využívání zvířecích modelů, měření jednotlivých sledovaných proměnných a práce za jasně kontrolovaných podmínek v laboratoři. Vzhledem k využívání zvířecích modelů při zkoumání zákonitostí učení však nebyly do těchto teorií zahrnuty mentální procesy, které nejsou přístupné přímému pozorování a které jsou typické pouze pro člověka.

V 50. a 60. letech došlo k prvním pokusům o uplatnění teoretických poznatků behaviorismu v praktické terapii. Ve Velké Británii se behaviorální terapeuti zaměřili především na léčbu neurotických potíží. Vycházeli přitom z teorií Pavlova, Watsona a Mowrera a z klinických prací Wolpeho. Hlavním představitelem behaviorální terapie ve Velké Británii byl H. Eysenck, který vytvořil pevný teoretický základ nových teorií behaviorální terapie.

Behaviorální terapie se zaměřuje na přesnou definici symptomu a s ním spojené projevy chování klienta. Důležitým předpokladem a součástí terapie je behaviorální diagnostika - dojde k přesnému popisu cílového chování, k volbě metod. Součástí diagnostiky

je také pozorování klienta v přirozených situacích, sebezpozorování klienta, dotazníky a fyziologická měření.

Terapie je založena na využití principů učení k získání žádoucích reakcí a vzorců chování výměnou za nežádoucí (vychází z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím). Nechtěné vzorce chování mohou být změněny jejich využitím ke změně. Zdůrazňuje důležitost vnímání určité skutečnosti a souvislostí s následným hodnocením a prožíváním pro lidské jednání. Existují ale různé přístupy a podle toho se odvíjí míra důrazu na změnu prostředí nebo individuálních reakcí na prostředí. Zásadním krokem je zapojení technik zahrnující situace, ve kterých probíhá nové chování v situacích problematických pro klienta. Využívá k tomu především technik sebekontroly, systematické desenzibilizace (postupný trénink - oslabování příznaku) a zaplavení (paradoxní zesílení příznaku - vydržet tak dlouho, dokud příznak nepoleví). Patří sem také různé relaxační postupy, biofeedback, krátké relaxace atd.

Cíle léčby jsou předmětem dohody mezi klientem a terapeutem. Nemusí jít pouze o abstinenci a klient je tak více poután k cíli, který si zvolil a k jeho dosažení. (Např. Rotgers zdůrazňuje „harm reduction“ jako přístup, který malými kroky přistupuje ke konečnému cíli - abstinenci, nebo rapidnímu snížení dávky drogy. „Z tohoto hlediska je třeba podporovat všechny změny v prostředí či chování klienta, které vedou k omezení jeho užívání drog.“⁴³ Dalším cílem mohou být nové dovednosti a vzorce chování, které se klient učí aplikovat do svého života.

Tento přístup je v současné době využíván jako nedílná součást ambulantní i ústavní léčby. V léčbě závislostí je ale nutné kombinovat tyto techniky např. s dynamicky orientovanou psychoterapií, která je schopna propracovat různé motivační roviny s klientem, Porozumění vlastnímu cravingu, schopnost s ním vnitřně pracovat apod.⁴⁴

Ke značnému obohacení behaviorální terapie přispělo propojení s terapií kognitivní. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) tak zahrnuje změnu na poli chování i ovlivnění myšlení. Jedná se ale o dva různé směry, které je potřeba nespřesňovat a nezaměňovat.

5. 2 Kognitivní terapie

Mnohé studie dokázaly, že ačkoli je behaviorální terapie v léčbě mnoha problémů úspěšná, u jiných problémů je její účinnost neuspokojivá, a že přenášení změn dosažených v

Rotgers, F. a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, ISBN 80-7169-836-9, s.62

Miovský, M., Bartošíková, I.: Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 1993, s.38

terapii do běžného života - tzv. generalizace - je v mnoha případech nedostatečná. Jednou z psychických poruch, u které metody behaviorální terapie nevedly k uspokojivým výsledkům, byla léčba deprese. Právě tyto neúspěchy vedly v dalším období mnohé behaviorální terapeuty ke zkoumání dalších faktorů a hledání terapeutických metod, které by mohly účinnost behaviorální terapie zvýšit. Těmito faktory byly kognitivní procesy a tímto směrem byla kognitivní terapie.

V 60. letech byl behaviorismus jako dominující směr psychologického výzkumu překonán a opuštěn a v psychologii došlo k tzv. „kognitivní revoluci“. Psychologové uznali existenci „mysli“ a subjektivních prožitků a začali intenzivně zkoumat procesy vnímání a procesy zpracovávání informací v mozku - tzv. kognitivní procesy. Vznikl rychle se rozvíjející vědní obor - kognitivní psychologie.

V 60. letech 20. století, i když do značné míry nezávisle, se v USA začala kognitivní terapie rozvíjet. Za její tvůrce jsou považováni A. Ellis, který svůj přístup nazval racionálně emoční terapie (RET), a A. T. Beck, který svůj přístup k léčbě deprese nazval kognitivní terapie. Oba se zaměřili na vědomé či předvědomé kognitivní procesy, tj. na aktuální způsob myšlení a hodnocení svých klientů, zkoumali jejich současné problémy a oba v rámci své terapie doporučovali klientům, aby si platnost svých myšlenek a předpokladů ověřovali konkrétním chováním. Oba také uznávali nezbytnost empirického zkoumání účinnosti svých terapeutických postupů.

Na rozdíl od behaviorální terapie, která se zaměřovala především na zkoumání zjevného chování, se kognitivní terapeuti zaměřovali primárně na zkoumání kognitivních (poznávacích) procesů. Jedná se o procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího i vnitřního prostředí. Jde tedy o procesy myšlení, pozornosti, uvažování^a ukládání do paměti a vybavování. Kognitivní terapeuti vycházeli ze základního předpokladu, že organismus nereaguje primárně na podněty ze svého okolí, ale na mentální reprezentaci těchto podnětů. Podle kognitivní teorie vznikají psychické problémy proto, že klient nesprávně vnímá či interpretuje podněty z vnějšího i vnitřního prostředí, nebo že vychází z iracionálních přesvědčení. Proto se kognitivní terapie zaměřovala především na zjištění chyb v kognitivních procesech klienta a jeho „iracionálních přesvědčení“, či »dysfunkčních schémat“. Cílem kognitivní terapie je, aby se klient naučil o svých myšlenkách kriticky přemýšlet, aby byl schopen si uvědomit, jakých chyb se v myšlení dopouští a v čem jsou jeho názory a přesvědčení iracionální a škodlivé, a aby tato iracionální přesvědčení či dysfunkční schémata opustil a nahradil je myšlením více logickým, funkčním a prospěšným.

5.3 Kognitivně - behaviorální terapie

Kognitivně - behaviorální terapie je v současné době jedním z nejrozšířenějších psychoterapeutických směrů. Vznikl ve druhé polovině 20. století jako výsledek úspěšné integrace behaviorální a kognitivní terapie.⁴⁵

V této době došlo k výraznému rozvoji kognitivní psychologie a k odklonu zkoumání modelů učení na zvířatech. Behaviorální terapie se na poli teorie dostala do krize, protože analýzou zjevného chování nedokázala přesvědčivě vysvětlit, proč na tytéž podněty reagují klienti velmi rozdílně a proč je tentýž terapeutický postup u některých klientů velmi účinný a u jiných nikoli. Oproti tomu teorie kognitivních procesů a vytváření kognitivních modelů psychických poruch se rychle a úspěšně rozvíjelo.

Z behaviorální terapie převzal nový terapeutický směr důraz na empirické ověřování nových teorií i účinnost terapeutických postupů pomocí vědeckých metod. Z kognitivní terapie převzal zájem o zkoumání a měření mentálních proměnných jako jsou očekávání, přisuzování, hodnocení, a také základních předpokladů a hodnotových schémat. Kognitivní terapie doplnila obsah terapie o další sledované aspekty, které umožnily lépe porozumět problému a předvídat účinek terapie. Ověřeně účinné postupy behaviorální terapie, např. odstupňovaná expozice a behaviorální experiment, se velmi dobře doplňují s účinnými metodami kognitivní terapie, např. sokratickým dotazováním, nebo zpochybňováním automatických negativních myšlenek.

Základní rysy kognitivně behaviorální terapie:

Kognitivně behaviorální terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie, zaměřená na řešení konkrétních problémů a potíží, které klienta přivádí k terapeutovi, na dosahování specifických, předem definovaných cílů pomocí řady psychologických metod, kterým se klient ve spolupráci s terapeutem v průběhu terapie aktivně učí tak, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně.⁴⁶

Kognitivně behaviorální terapeuti se snaží přizpůsobit terapii individuálním potřebám konkrétního pacienta, a proto jsou ve své praxi velmi flexibilní. Jakákoli snaha o všeobecnou charakterizaci tohoto směru představuje velkou míru zjednodušení a v praxi nalezneme více výjimek než terapií, které by odpovídaly níže uvedené charakteristice. S tímto upozorněním lze uvést, že KBT charakterizují tyto základní rysy: Terapie trvá obvykle několik měsíců,

⁴⁵ srv <http://www.poradna-brno.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>
⁴⁶ <http://www.poradna-brno.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>

pouze ve výjimečných případech déle. Počet sezení je od jednoho do dvaceti (jedno sezení trvá 45-90 min), frekvence sezení je na začátku terapie jednou až dvakrát týdně, později mezičas prodlužuje.

Sezení samotné má předem dohodnutý program s pevnou strukturou, se zaměřením na zvládnutí konkrétních problémů a dosažení dohodnutých cílů. Na začátku je aktivnější terapeut, ale postupně přenáší odpovědnost za průběh terapie na klienta. Základem terapeutického vztahu v KBT je otevřená aktivní spolupráce. Terapeut poskytuje pacientovi veškeré informace, vysvětlí mu smysl každého terapeutického postupu. Je otevřený, vcitňuje se a akceptuje klienta. Používá pouze pojmy, kterým klient rozumí, nesnaží se ho manipulovat. Od pacienta očekává, že bude k řešení svých problémů přistupovat aktivně, bude otevřeně sdělovat své myšlenky, emoce a zážitky, a že bude ochoten zkusit nové způsoby myšlení.

I když poznání podmínek, za nichž problém (závislost) klienta vznikl a proces jeho rozvoje jsou součástí vyšetření a analýzy problému, nejvíce času terapie věnuje řešení současných problémů a překonání vnějších a vnitřních faktorů, které problémy udržují. Pro KBT vyšetření se zaměřuje na přítomné, konkrétní, pozorovatelné, vědomé a ohraničené problémy. KBT usiluje o jasné definování problému. Také formulování cílů je konkrétní a praktické, abychom mohli říci, že jich bylo dosaženo. Důležité je především to, že klient mění své chování mezi sezeními v přirozeném prostředí (dostává „domácí úkoly“ práce s novými způsoby chování). Ze získaných údajů se vytvářejí hypotézy, které se empiricky ověřují. Cílem je především soběstačnost klienta. Pacient pravidelným procvičováním získává určité dovednosti, učí se zvládat vnitřní stavy i vnější situace a úspěšným zvládnutím obávaných situací zvyšuje pocit vlastní zdatnosti a své sebevědomí. Postupně dokáže své problémy úspěšně zvládat a přestává terapeuta potřebovat.

Díky své prokázané účinnosti, praktické využitelnosti formou individuální, skupinové, párové i rodinné terapie u širokého spektra psychických potíží se KBT stala jedním z vedoucích a nejdynamičtější se rozvíjejících psychoterapeutických směrů současnosti. Ve své teorii i praxi KBT pružně integruje podněty z mnoha dalších psychoterapeutických směrů.

Kognitivně behaviorální terapie je psychoterapeutický směr, který se od svého vzniku stále dynamicky rozvíjí a proměňuje. Setrvačnost jednou vzniklých názorů je velká. Proto je kognitivně behaviorální terapie i v současné době mnohými psychology a psychiatry stále spojována s obrazem klasické behaviorální terapie z doby před padesáti lety, což je zcela mylné.

KBT totiž v posledních letech rozvíjí především svou kognitivní teorii a praxi, takže i když si ponechala některé ze svých behaviorálních kořenů - jako je systematické zkoumání konkrétních forem chování, měření intenzity jednotlivých příznaků, nácvik a rozvíjení vhodnějších způsobů chování a kritické hodnocení účinnosti jednotlivých terapeutických metod - v současné době se zaměřuje především na zkoumání a ovlivňování „vnitřních“ psychických procesů, jako jsou interpretace a hodnocení sebe i okolního prostředí, jádrová přesvědčení a předpoklady o tom, jaký jsem a jaký je svět okolo a na zjišťování, jak se vzájemně ovlivňují emoční prožitky a kognitivní procesy v konkrétních situacích obvykle interpersonálního charakteru. Daleko větší, ne-li výlučný, důraz se klade na vnitřní motivaci pacienta, která je nositelem změny. Na ovlivňování vnějšího prostředí terapeutem se KBT spoléhá jen ve výjimečných případech - například v programech nácviku instrumentálních dovedností u těžce mentálně retardovaných či autistických jedinců, u kterých je zjištění a navození vnitřní motivace formou verbálního ovlivňování velmi obtížné.

U současné KBT tedy platí, že:

- není zaměřená na příznaky, ale považuje změnu v intenzitě příznaků za významný indikátor změn, k nimž v terapii dochází. Nedokáže si představit úspěšnou terapii, v níž by nedošlo k žádnému ovlivnění nežádoucích příznaků, kvůli kterým klient do terapie přišel
- není povrchní. Je zaměřena na příčiny poruch a usiluje o komplexní změnu v přístupu k sobě, k okolí a ke svým problémům. Cílem je jak zvýšení tolerance vůči frustraci, tak zlepšení emočního prožívání a zvýšení kvality života pacienta (což je např. u leckdy emočně labilních závislých jedinců velice důležité)
- není manipulativní. I když terapeut pacienta vzdělává a radí mu, jaké metody a nové způsoby chování a myšlení se má učit, nikdy není autoritativní a nejedná s pacientem z pozice síly, ale vždy otevřeně a na základě vzájemné dohody
- vztah důvěry a vzájemné spolupráce je v KBT považován za nezbytnou, avšak nikoli postačující podmínku k dosažení úspěchu v terapii
- nepopírá významný vliv nevědomých psychických procesů. Ve své teorii nevědomých psychických procesů se opírá o poznatky kognitivní psychologie a neurověd. Vědomé kognitivní procesy považuje za základní zdroj údajů a za východisko k poznání konkrétního individuálního obsahu nevědomých předpokladů a přesvědčení u každého pacienta. Nepředpokládá, že by byl člověk svým nevědomým procesům vydán zcela

napospas. Vědomé úsilí o změnu považuje za základní předpoklad terapeutického úspěchu

- není mechanická. Považuje každého pacienta a jeho problém za jedinečný, vyžadující podrobnou analýzu a terapeutické metody uplatňuje „na míru“, flexibilně a kreativně
- nedochází při ní k „přesunu příznaků“. Výzkumy ukazují, že pozitivní změny dosažené během úspěšné KBT nejen přetrvávají, ale mnohdy dochází k dalšímu zlepšování. Například u deprese se prokázalo, že po ukončení léčby klesá riziko relapsu ve srovnání se skupinou lidí léčených pouze psychofarmaky⁴⁷

5. 4 Další psychoterapeutické přístupy

Mezi další psychoterapeutické směry, které se objevují v léčbě závislostí a úspěšně se využívají patří např.:

- hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie
- humanistická psychoterapie
- rodinná a systemická psychoterapie (o ní více v kapitole „Práce s rodinou drogově závislého“)
- hypnotické a relaxační postupy
- integrativní přístup

, v* 48

Bohužel ale nejsou tak rozšířené jako behaviorální, kognitivní nebo kognitivně - behaviorální psychoterapie. Zdá se, že jedním z hlavních důvodů je nedostatečné publikační zázemí (přestože jsou u nás mnohé školy zastoupeny), zastoupení na akademické půdě a zapojení do výzkumných projektů. V této kapitole jsme chtěli shrnout pouze základní informace o těch nejhojněji využívaných směrech v našich podmínkách.

5 Svépomocné skupiny

Jednou z forem účinné psychosociální pomoci jsou považovány svépomocné skupiny (nejde tedy přímo o léčbu). Svépomocné skupiny jsou vlastně nezávazná setkání lidí, kteří řeší stejný problém, jsou ve stejné situaci a sdílení s ostatními lidmi „na stejné lodi“ pro ně může být podporou. V řadě zemí je setkání lidí v nějaké stejně obtížné situaci běžnou záležitostí (jedná se o stejnou nemoc, partner smrtelně nemocný, skupiny závislých na alkoholu, jiných návykových látkách apod.). Pro nás jsou asi nejznámější svépomocné skupiny Anonymních

⁴⁷ <http://www.poradna-brno.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>

⁴⁸ srv. Miovský, M., Bartošíková, I.: Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády ČR, Praha 2003

alkoholiků, nebo Anonymních narkomanů. Svépomocná hnutí staví svoji filosofii na tzv. dvanácti krocích:

- „1, Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu - naše životy začaly být neovladatelné.
- 2, Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše nás může vrátit duševnímu zdraví.
- 3, Rozhodli jsme se předat svojí vůli a svůj život do péče Boha tak, jak ho chápeme.
- 4, Provedli jsme důkladné a nebojácné sebezpytování, inventuru sebe samých.
- 5, Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
- 6, Byli jsme zcela svolní s tím, 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 provádět tyto nápravy ve všech případech, kdy to situace dovolí, s výjimkou těch situací, kdy by takové počínání druhým ublížilo.
- 10, Pokračovali jsme v provádění morální inventury, a když jsme pochybili, pohotově jsme to přiznali.
- 11, Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostávalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.
- 12, Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně probudili, snažili jsme se předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech svých záležitostech.⁴⁹“

Jak je patrné z těchto bodů, hnutí začleňují do svých aktivit určité duchovní principy, filosofii a praktický přístup v boji se závislostí.

Tento způsob léčby je ve světě velice rozšířený a efektivní, o čemž existují i záznamy v odborné literatuře.

6. Práce s rodinou drogově závislého

Vycházíme-li z bio-psycho-sociálního modelu závislosti, musíme vnímat komplexně vzájemně spolupůsobící rizikové faktory biologické a psychologické predispozice klienta. Všimáme si tak společnosti, sociálních skupin a rodiny, do které patří. Je zjevné, že práce s rodinou a vůbec blízkými lidmi (i mezi blízkými navzájem) klienta může mít v léčbě významnou roli.

⁴⁹ Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha 2007

Chování drogově závislého může ničit a často také rozbít vlastní rodinu (vzhledem k věku jde většinou o primární rodinu). Odborné studie dokazují, že zapojení rodinných příslušníků (nebo partnerů) má pozitivní vliv nejen na léčbu, ale také na další život bez drogy. Zvláště pokud je klient nezletilý a bydlí u rodiny, je nutné rodinu a vůbec blízké osoby do léčby zapojit. Rodinná psychoterapie působí i na rodinu ozdravně. Často přichází zejména rodiče s potřebou dozvědět se informace o droze, závislosti, o tom, jak se ke svému dítěti mají chovat, jak spolupracovat při léčbě atd.

Existuje několik možných přístupů, které se v psychoterapii v přístupu k rodině využívají. Tyto teorie vycházejí z předpokladu, že v rodině dochází k patologickému narušení vyváženosti vztahů a celého rodinného systému. Odborná literatura⁵⁰ popisuje celou řadu různých činitelů, které mohou být spojovány se závislostí na návykových látkách.

6.1 Negativní činitelé v rodinné výchově působící na klienta

1). Přehnaně ochraňující výchova rodičů, stejně jako nedostatečná pozornost a neadekvátní reakce na chování dítěte:

Cohen a Slade uvádějí ve své studii, že děti, jejichž rodiče citlivě vnímali a reagovali na emocionální projevy dítěte v prvních letech jeho života, dokáží projevit emocionální nesoulad přímo ve vztahu k pečující osobě a ve svém životě jsou schopny zvládnout reakci na stres. Tato seberegulující schopnost je považována za ochranný faktor, díky němuž se může jedinec sociálně adaptovat a redukuje tak riziko problémů s chováním během školních let a dospívání. Děti s citlivými rodiči dokáží díky výchově lépe rozlišovat negativní a pozitivní reakce a zvládnout reakce na ně, zatímco děti s méně empatickými rodiči reagují později spíše odmítáním a jinými patologickými reakcemi (mají negativní zkušenosti v reakci na své chování).⁵¹ Zároveň víme, že sebejistota člověka se odvíjí od způsobu výchovy a přístupu k dítěti a jeho chování se utváří do jisté míry souběžně s očekáváním rodičů.⁵² Experimenty s drogou také mohou přijít v době, kdy se rodiče nezajímají, nebo nemají čas zajímat o to, co dítě prožívá, kde tráví volný čas apod. Patří sem také absence pravidel v chování dítěte.

2). Nejasné nebo chaotické mezigenerační vztahy a hranice:

např. Hajný, M.: Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti, In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 1, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2003, s.140

Slade, A: Cohen, L. J.: The process of parenting and the remembrance of things past. Infant Mental Health journal. 1996. In: Nešpor, K: Návykové chování a závislost, Portál, Praha 2007, s.

~ Matějček, Z.: Co, kdy a jak ve výchově dětí, Portál, Praha 2007

Rodina je ohrožena např. ve chvíli, kdy děti fungují mezi rodiči jako důvěrníci, prostředníci, spojenci, „náhradní partneři“. V manželském páru dochází v jeho vývoji k různým neshodám a možným rozkolům, existuje ale tzv. "skrytý rozkol", do kterého mohou být děti vtahovány. V této roli mohou být děti vázány i v dospělosti, což může bránit jejich odpoutání se.

3). Zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem:

Často se opakuje vzorec ochraňující matky a chladného či nepřítomného otce. Mužský vzor může znamenat pravidla a řád ve výchově a dlouhodobá nepřítomnost konkretizujících reakcí a disciplíny může jako jeden z faktorů přispět ke vzniku závislosti. Ale také matky mohou být ohrožujícím faktorem, zvláště pro dcery, kde matka hraje důležitou roli v identifikaci s ženskou rolí. Zkušenosti s příliš kontrolující a přísnou matkou s chladným přístupem k dětem, alkoholickou, či závislou matkou zmiňují závislé ženy v častěji.

4). Skryté city (zvláště hněv a agrese) v rodině:

Především to bývá otec agresor, týrané dítě, sexuální zneužití - např. Cuskey uvádí, že až 90% závislých žen v jeho výzkumu zažilo sexuální zneužití v rodině.⁵³

5). Přehnaná přísnost a nepřiměřené fyzické tresty

6). Obavy rodičů ze separace dítěte:

Rodiče mohou mít také obavy ze separace dítěte a jeho osamostatnění. Závislost je v tom případě prvek, který rodinu udržuje v zaběhnutých kolejích. Dítě se sice díky droze cítí samostatné, ale jeho závislost na rodičích roste. Motivem k tomuto přístupu se může stát obava rodiče ze samoty, odkrytí dosud neřešených problémů manželů, může vyhovovat osobnostním potřebám některých členů.

7). Výskyt závislosti v rodině:

Výskyt závislosti v rodině je nesporně kritický faktor pro vznik a vývoj závislosti u dítěte. Může se jednat o závislost těhotné matky, alkoholismus rodičů (identifikace

³ Cuskey W.R., Richardson A., Berger L.H.: Specialized therapeutic community program for female addicts. In: NIDA, Serv.Research Rep., DHEW No. (ADM) 79-880. US Government Printing Office, Washington D.C.,1979. In: Hajný, M.:Rodinné faktory vzniku a rozvoje závislosti, In: Kalina, K. (ed.):Drogy a drogové závislosti 1, Úřad vlády České republiky, 2003, s.141

s rodičem), patologické hráčství, závislost u sourozence (může se stát modelem pro závislost sourozence).

8). Špatné sociální podmínky rodiny:

Taktéž sociální zázemí dítěte hraje svojí roli v pozdějším vývoji závislosti, stejně jako špatné sociální podmínky rodiny (chudoba rodiny, nedostatek hmotného zajištění).

6. 2 Pozitivní činitele v rodinné výchově působící na klienta⁵⁴

- 1). Spolupráce obou rodičů na výchově dítěte, zodpovědnost neleží jen na jednom rodiči
- 2). Dostatek času na výchovu dítěte, společně trávený čas, pevné citové vazby
- 3). Výchova, kde je dítě respektováno
- 4). V rodině se odmítají drogy
- 5). Upuštění od přemrštěného očekávání od dítěte/jeho podceňování
- 6). Vzor zdravých mezigeneračních vztahů
- 7). Výchova, která má pravidla odmítající drogy

3 Rodinná terapie

Rodinná terapie se zaměřuje na způsoby interakce v rodině, někdy také na motivy a očekávání rodinných příslušníků. Jako příklady možných cílů můžeme zmínit jasnější komunikaci, ujasnění rolí členů rodiny a hranic mezi jednotlivci (i mezi rodinnými subsystemy), komunikace o potřebách jednotlivců, naučit se brát ohled a zvýšit empatii vůči ostatním.⁵⁵ V rodinné terapii se nejvíce uplatňují přístupy psychodynamické, behaviorální, systémové (systemické) a přístup „nemoci rodiny“ založený na psychodynamické teorii kodependence.⁵⁶ Výzkumy ukázaly, že zapojení rodiny do léčby jejího člena má pozitivní vliv na celou léčbu a zároveň pomáhá předejít narušování a sabotování léčby ze strany rodinného příslušníka. Rodina se tak stala významnou podporou a pomocí.

⁵⁴ Nešpor, K.: Návykové chování a závislost, Portál Praha 2007

Rodinné poradenství pro ženy závislé na návykových látkách se např. v denním stacionáři nevyužívá ve všech případech, jde o součást doplňkových služeb a jsou zaměřeny na základní fungování rodiny. Podmínkou rodinné terapie v denním stacionáři je souhlas klienta, nejen rodiny.

Kalina, K.: Rodinná terapie a práce s rodinou. In: Kalina, K.: Drogy a drogová závislost 2, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2003

Podle výzkumu v ČR z roku 2000⁵⁷ odborníci při práci s rodinou nejčastěji využívají rodičovské skupiny. Terapie musí pružně reagovat a vycházet z potřeb rodiny, jinak se stává neúčinná. Radimecký uvádí zkušenosti v práci s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě: „přehled nejčastějších potřeb rodinných příslušníků klientů terapeutické komunity White Light I. v pořadí podle subjektivně přiřazené důležitosti:

1. Zda a jak mu/jí mohu nyní pomoci.
2. Jak podobný problém řešili druzí.
 1. Způsob návratu z terapeutické komunity.
 2. Úspěšnost léčby závislostí.
 3. Zjistit, proč začal/a brát drogy
 4. Mám na tom nějaký podíl já?
 5. Zjistit, zda a co jsem dělal/a špatně.
 6. Řešit svůj konkrétní problém
 7. Dozvědět se více o závislostech.
 8. Financování terapeutické komunity.
 9. Skupiny rodičů v místě bydliště.
 10. Dozvědět se více o terapeutické komunitě.
 11. Různé typy služeb pro uživatele drog.
 12. Praktické otázky (kapesné, nemocenská, sociální dávky)."⁵⁸

Díky znalosti těchto potřeb lze plánovat různé formy práce s rodinnými příslušníky. Podle Matouška⁵⁹ existuje několik forem práce s rodinou, aplikovaných podle potřeb rodiny. Jde především o situace, kdy pracovník vystupuje vůči rodině jako někdo, kdo je odborník na danou problematiku a předává rodině instrukce a informace. Bere tím na sebe odpovědnost za řešení rodinných problémů a těžkostí. Další formou je přístup terapeutický, kdy se soustřeďuje pozornost spíše na rodinné vztahy, interakce a pracuje se s těmito vzorci. V tomto případě je důležitá přítomnost supervize. Podpurná, neboli edukativní forma se snaží spíše

⁵⁷ viz Radimecká, I., Radimecký, JI: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě pro závislé. In: časopis Konfrontace, No. 3/2001, s.l 16

Radimecká, I., Radimecký, J.: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě pro závislé. In: časopis Konfrontace, No. 3/2001, s.l 18

srv. Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť. Slon, Praha 1993

rodině poskytnout informace, pomoci se sehnáním financí apod. Jde o přímou podporu rodiny. Terapeut tyto způsoby využívá smíšeně, roli také hraje jeho vlastní vzor rodiny a zkušenosti.

Rodinný psychoterapeut

Nároky na znalosti a dovednosti rodinného terapeuta vzrůstají. Kompetentnost pracovníka vyžaduje samozřejmě psychologické vzdělání a často také formální trénink, kterým procházejí ve specializovaném výcviku v kursech rodinné terapie. Výcvik v rodinné terapii využívá mnoha technik, z nichž některé jsou obvyklé i v jiných oblastech výcviku. Nejvíce se s ním spojuje užívání hraní rolí a živé supervize.

„Různé pohledy lze získat z různých perspektiv, terapeuti mohou žádat o konzultaci, když oni sami nebo jejich klienti cítí, že se systém terapeuta a klienta „zablokoval“, tj. že terapie nevede k řešení obtíží tak, jak to terapeut a klienti očekávají. Tuto konzultaci je možno hledat u kolegů nebo uznávaných odborníků. Primární předpoklad není to, že konzultant může pomoci, protože je dovednější než ten, kdo konzultaci potřebuje, nýbrž to, že je díky své roli konzultanta schopen zastávat meta-pozici (tzn., že je ve vztahu, ale ne součástí) ve vztahu k „zablokovanému systému“. Tato pozice je relativní, nikoliv absolutní. Konzultant se tím, že se angažuje v konzultaci, stává součástí nového systému. Ten je determinován problémem ve vztahu k situaci, ze které vyplynula žádost o konzultaci.“⁶⁰

Rodinná terapie v terapeutických komunitách

Významnou součástí je rodinná terapie v terapeutických komunitách. Do patnácti terapeutických komunit v České republice přicházejí klienti z celého území a léčba využívá každé možnosti k navázání kontaktu s rodinnými příslušníky. K prvnímu kontaktu dochází většinou při přijímacím pohovoru do komunity, kdy rodič často své dítě doprovází. K dalšímu kontaktu dochází při návštěvách klienta v komunitě. V TK Karlov např. v první fázi pobytu (2. - 3. měsíc pobytu) může mít klient návštěvu rodiny cca po 14-ti dnech v neděli odpoledne. V dalších fázích jsou návštěvy a výjezdy do domácího prostředí častější. Někdy také rodiče doprovázejí klienta zpět z výjezdu do komunity a sami mají také možnost strávit v komunitě víkend, prodloužený víkend i celý týden. Mimoto se využívají i individuálně sjednaná rodinná sezení.

⁶⁰ Jonesová, E. | Terapie rodinných systémů, vývoj v milánských systemických terapiích, Konfrontace, Hradec Králové 1996

Např. víkend, kdy mohou rodiče přijet a být s klientem v komunitě, jsou u rodinných příslušníků oblíbené a využívané. Plánují se pravidelně po dvou až třech měsících a mohou sem přijet i jiní blízcí klienta/ky (o jejich návštěvách se v komunitě hlasuje). Komunita se zde snaží nabízet aktivity, které odpovídají potřebám blízkých. Celý víkend probíhá většinou formou intenzivní skupinové práce,⁶¹ odděleně skupiny rodinných příslušníků a klientů, jejich společná skupina a individuální práce s rodinami. Intenzivní práce se „prokládá“ společnými zážitkovými a sportovními aktivitami kvůli posílení atmosféry, vzájemné důvěry a spolupráce všech stran.

V každé komunitě je jiná praxe ohledně místa setkávání - neutrální půda mimo areál komunity, přímo v areálu apod.

Podle dostupných výzkumů⁶² je doporučovaná péče o rodinu a rodinné příslušníky i v době před nástupem uživatele do léčby. Důležitá je proto dostupnost svépomocných nebo vrstevnických skupin. V zahraničí (ale v současné době i u nás) existují skupiny Anonymních alkoholiků, Anonymních narkomanů atd. Rodiny zde mohou najít někoho, kdo zná osobně jejich problém a jen samé sdílení těžkostí rodiny dodává potřebnou psychologickou podporu. K této problematice se vyjadřují i Standardy odborné způsobilosti: „doporučuje se, aby v TK které běžné rodičovské skupiny samy z praktických důvodů neprovádějí (velká vzdálenost, klienti z různých měst), organizovaly zapojení rodičů jinou vhodnou formou a/ nebo nabízely rodinným příslušníkům svých klientů podpůrné skupiny v místě bydliště ve spolupráci s jinými organizacemi.“⁶³ Americké terapeutické komunity zapojily rodinnou terapii do celého systému léčby v sedmdesátých letech dvacátého století. Rodiče se tak stali významnými pomocníky v léčbě. Stalo se tak v reakci na skutečnost, že většina klientů, kteří prošli léčbou, se k rodině opět vracela a pokud nebyla rodina zapojena a informována o léčbě, docházelo velice často k zhoršení stavu klienta a jeho následnému relapsu, v mnoha případech

⁶¹ viz Radimecká, I., Radimecký, J.: Model práce s rodinnými příslušníky v terapeutické komunitě pro závislé. In: časopis Konfrontace, No. 3/2001, s.1 18

" viz. Radimecký, J.: Zapojování blízkých osob do léčby uživatelů drog v podmínkách terapeutické komunity, dosud nepublikovaná disertační práce

<http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>

Poznámka na závěr

V současné době je již běžné zapojit rodinu do léčby klienta, klientky. Ptáme se ale, jak se postupuje v případě léčby závislých partnerských dvojic nebo rodičovských párů? Víme, že v terapeutických komunitách se vylučuje partnerství klientů (v ČR existuje pouze jedna TK, která se umožňuje léčbu partnerů společně/⁶⁴ a pouze v TK Karlov Sananim je možný společný pobyt matky a dítěte. Praxe v zahraničí je této u nás nestandardní nabídce více otevřená, jako příklad uvádíme léčebné zařízení pro uživatele návykových látek Tannenhof v Berlíně.⁶⁵

v

7. Příklady péče o ženy uživatelky nealkoholových drog v ČR

7.1 Denní stacionář Sananim o.s.

Vývoj zařízení tohoto typu se odehrával v době psychiatrických reforem v 60. - 80. letech. V České republice vznikala tato zařízení v 70. a 80. letech. Kalina uvádí první sanatoria vznikající převážně v hlavním městě - Horní Palata pro neurózy, Denní socioterapeutické sanatorium ve FN v Praze 2 či Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Praha 4.⁶⁶

Denní stacionáře, jak je známe dnes, jsou zařízeními na pomezí ambulantní a ústavní péče. Stacionáře vznikaly především na základě zjištění, že opakovaná léčba v terapeutických komunitách je nákladná a neúčinná. V našich podmínkách vzniklo zařízení, pracující přímo s drogovou klientelou, v září 1996 v Praze, oddělením psychoterapeutické činnosti K - centra (Sananim). Tento projekt se vyvíjel na základě zahraničních zkušeností a standardů. V současné době u nás existuje pouze jedno zařízení vyhovující zahraničním standardům.

Denní stacionář je psychoterapeutické ambulantní zařízení se sekundární prevencí drogových závislostí, poskytující především pomoc, poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání návykových látek.⁶⁷ Poskytuje služby přes den, pět dní v týdnu. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby (DS může předcházet, doplňovat, případně nahrazovat ústavní léčbu) pro klienty, kteří jsou

⁶⁴ viz. Hošková, H.: Léčba drogově závislých partnerů, rodičů. In: www.adiktologie.cz

⁶⁵ více na www.tannenhof.de

⁶⁶ viz. Kalina, K.: Denní stacionáře. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2003

⁶⁷ srv. www.sananim.cz

schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí a případné dlouhodobé izolaci od přirozeného sociálního prostředí.

V denním stacionáři Sananim o.s. existuje od r. 2003 speciální program pro závislé matky a těhotné ženy (včetně pomoci při řešení sociálně-právní problematiky dětí těchto žen). Důležité je poznamenat, že klientem stacionáře je matka, ne dítě. Dítě je klientem jiných institucí, jejichž ochota ke spolupráci je ale nezbytná pro úspěšnost řešení celého problému. Na úvod je důležité také uvést, jakým způsobem se matky dostávají ke spolupráci s denním stacionářem. Existují čtyři různé způsoby:

- 1). Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy možné sní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji atd.
- 2). Žena bere drogy, porodí dítě s abstinčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor, sociální pracovnice a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení.
- 3). Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti. Na situaci upozorní většinou okolí (sousedí, rodina, škola).
4. Informace o stacionáři získá klientka z letáku, od známých, ostatních uživatelů apod.

Oblasti péče denního stacionáře

Denní stacionář zahrnuje tři oblasti péče:

- 1). Stacionář funguje jako celostátní filtr pro terapeutickou komunitu Karlov (viz další kapitoly), kde probíhá speciální program pro matky uživatelky s dětmi (případně těhotné).
- 2). Práce denního stacionáře (dále jen DS), kam dochází klienti, kteří jsou schopni abstinovat bez „izolace“ v komunitě, a nejsou tudíž vytrženi ze svého sociálního prostředí. Denní léčba nahrazuje v indikovaných případech ústavní a rezidenční léčbu, popř. se osvědčuje jako adaptační přechod mezi ústavní léčbou a doléčovacím programem.⁶⁸ Klienti mají možnost se v DS zapojit do tříměsíčního programu. Znamená to denní program od 9 hod do 16 hod. Program intenzivní stacionární léčby zahrnuje:

- v přesném časovém rozvrhu stanovená pravidla podmínky léčby a charakteristiku žádoucího a nežádoucího chování klientů,
- skupinové terapeutické aktivity (otevřená skupina),
- pracovní terapii,
- sportovní terapii,
- kulturní terapii,

⁶⁸ Výroční zpráva Sananim o.s. za rok 2005

- další volnočasové aktivity (v DS si mohou i vařit za finanční příspěvek, jinak je léčba bezplatná),
- sociálně-právní poradenství apod.

Systém těchto podnětů má komplexně působit na klienta, jeho psychiku, sebepojetí, postoje, chování; program se zaměřuje především na dosažení a udržení abstinence, podporu v osobním zrání, zlepšení sociálního fungování a osvojení si základních dovedností každodenního života.

Pokud má klientka svěřené dítě do vlastní péče, je nutné si najít na tuto dobu hlídání (případně mateřskou školku), jelikož v DS není dostatek prostoru ani personálu na pobyt dětí. Dítě svěřené do péče kojeneckého ústavu může matka pravidelně po programu v DS navštěvovat a pečovat o ně (některé kojenecké ústavy umožňují ve výjimečných případech ubytování i pro matky). Spolupráce DS a kojeneckého ústavu je intenzivní (konzultace po telefonu, nepravidelné zprávy od pracovníků). Kontakt s DS navazují také sociální pracovníce z městských částí, kde klientky žijí,⁶⁹ psychiatrická zařízení, různá protidrogová zařízení (kvůli konzultacím nad postupem práce s těhotnou uživatelkou).

3). Ambulantní forma péče poskytuje klientkám program psychoterapie a poradenství, kontroly, sociální servis (konzultace se sociální pracovnící)... Tuto formu péče mohou vyhledat klientky samy (poradenství), ale mohou být také poslány soudem, úřady, může je donutit rodina, okolí atd. S klientkou je možné dohodnout individuální docházku do DS, nebo se řeší její momentální psychosociální situace. Důležité je také poradenství ohledně mateřství klientky. Zde se snaží pracovníci dát matce potřebné informace a posílit vztah matky a dítěte. (Zajímavá je možnost nabídky hrazeného kurzu plavání s miminkem, masáže kojenců, nebo zapůjčení baby šátku na nošení miminka díky sponzorům DS.) Pro každou ženu je těhotenství a mateřství velkým zlomem v životě (ani žena, která drogy neužívá asi neví přesně, co ji čeká a co se od ní očekává po porodu dítěte). Je proto důležité věnovat klientce zvýšenou péči, informace jí zprostředkovat a pomoci zpracovat.

Intenzivní stacionární léčba zahrnuje skupinovou terapii (formou otevřené skupiny), v ambulantní formě může být terapie také individuální. Při příchodu do DS dostává klient svého garanta - terapeuta, který ho léčbou provází, řeší s ním širokou škálu věcí a problémů kolem braní drog, sociální problematiky, péče o děti atd. Na začátku léčby mluvíme o zadání zakázky a její plnění během léčby. Garant se snaží klientce předložit nabídku DS, možnou spolupráci a doprovázení, ale samotné rozhodnutí je ponecháno na klientce (stává se i to, že

⁶⁹ soukromí klientek je ale zaručeno; informace mohou získat pouze o docházce klientky na program

klientka se rozhodne dítě si neponechat). Pracovníci se snaží mluvit s nimi o problémech každodenního soužití s dítětem, nabízejí pomoc a doprovázení v péči o dítě, mluví o abstinenci, motivaci k dalším životním krokům směrem k samostatnosti klienta a životu bez drogy, o sociálně-právních otázkách (případně o represivních krocích v případě relapsu).

Klientky - matky se účastní psychoterapeutické skupiny spolu s ostatními, skupina je smíšená. Klientům tak umožňuje přítomnost ostatních reflexi vlastní osobnosti (reedukace a restrukturalizace osobnosti) a možnost pochopení problému i u ostatních. Přítomnost obou pohlaví je příležitostí i pro řešení vztahových problémů (vztahy a interakce probíhají nejen mezi klienty, ale také s terapeutem/ty) atd. Otevřená skupina (členové do skupiny v různou dobu přicházejí a odcházejí, délka léčby je stanovená) umožňuje zapojení do skupiny, která už o sobě něco ví, proto může být snazší (nebo také ne) otevření se pro nového klienta. Tým pracující v zařízení zahrnuje sociální pracovníce, dva socioterapeuty, psychology, speciálního pedagoga, psychiatra.

Před odchodem z léčby by si měl klient zajistit kontakt na centrum následné péče v místě, kde bude žít. Centrum pracuje s klientem v reálných podmínkách života, zaměřuje se hlavně na prevenci relapsu. Klienti DS jsou posíláni do doléčovacích center - Doléčovací centrum Sananim o.s., Centrum následné péče Drop-in, Doléčovací centrum Magdaléna o.p.s. Pro matky v tísní jsou nad DS k dispozici chráněné byty. Součástí léčby v DS je také rodinná terapie a rodičovské skupiny.⁷⁰

⁷⁰ Viz kapitola v této diplomové práci Rodinná terapie

7.2 Terapeutická komunita Karlov Sananim

Terapeutická komunita jako metoda a systém

V této kapitole bychom se chtěli podrobněji zamyslet nad principy terapeutické komunity a jako příklad uvést Terapeutickou komunitu Karlov, kde existuje program pro závislé matky s dětmi.

Terapeutické komunity, jako léčebné modalities pro drogově závislé, mají ve světě více než čtyřicetiletou historii. První terapeutické komunity v České republice začaly vznikat po roce 1989 díky významným politickým, ekonomickým, sociálním a kulturním změnám ve společnosti. Roku 1991 vznikla první komunita v Němčicích a v druhé polovině 90.let 20. století postupně vzniklo 15 dalších. V současné době má tato léčba také oporu v zákoně č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákovými výrobky a dalšími návykovými látkami.

Definice terapeutické komunity nejsou jednotné. V našich podmínkách se teorii a praxi mezi prvními odborníky věnoval Stanislav Kratochvíl. Podle tohoto autora⁷¹ je terapeutická komunita určitá *forma psychoterapie*, kde se využívá dynamiky skupiny lidí, která spolu sdílí po určitou dobu stejný prostor pro život.

Klient, jako jednotlivec, zde může zažívat společný život s dalšími lidmi různého pohlaví a věku, což se pro něho stává jistým modelem společnosti, ve které dříve žil. Klienti zde sdílejí společný rozmanitý program, který jim umožňuje projekci svých vztahů a problémů z vlastního života do tohoto malého vzorku. Terapeutická komunita umožňuje vycházet z těchto projekcí a podněcuje klienta ke změně patologického chování, získání nadhledu nad problémy ve vlastním životě. Primárním cílem je strukturální přestavba klientovy osobnosti a jeho socializace.

Terapeutickou komunitu můžeme také chápat jako určitou *formu organizace léčebného oddělení*, kde se klade důraz na všeobecné otevřenou komunikaci a vzájemné spolupráce a rozhodování personálu i pacientů. Pacient v tomto případě přestává být pasivní příjemce léčby, je aktivní a s ostatními pacienty si vzájemně pomáhají v léčbě. Důraz se klade také na pravidelné schůzky členů týmu s klienty, kde dochází ke sdělování informací a projednávání problémů ve vzájemných vztazích. Členové týmu se scházejí k projednávání dění v komunitě, objasnění reakcí týmu vůči klientům i sobě navzájem.

⁷¹ Srv. Kratochvíl, S.: Terapeutická komunita, Academia, Praha 1979

Metoda či systém terapeutické komunity se uplatňuje v různých typech zařízení.

79

Mluvíme zde spíše o „klasicky, léčebnicky orientovaných programech“ komunitního typu. Jedná se např. o psychiatrická oddělení nemocnice, léčebny, psychoterapeutická střediska, venkovský statek i část věznice pro delikventy.

Principy terapeutické komunity (dále jen TK)

Mezi základní principy terapeutické komunity patří: 1). aktivní podíl rezidentů na léčbě, 2). otevřená a méně formální komunikace a atmosféra, 3). společná práce na chodu komunity, 4). pravidelná skupinová setkání, 5). sdílení možnosti rozhodovat v komunitě, 6). terapeutická úloha klientů

ad1). Aktivní podíl rezidentů na léčbě:

Klienti se aktivně podílí na vlastní léčbě, což je velký rozdíl oproti relativně pasivní roli v léčebných institucích a může být také motivací k práci na sobě samém. Již při příchodu do komunity podepisuje první kontrakt o průběhu léčby, který klient sám s klíčovým pracovníkem sestavuje a stará se o jeho plnění. Klient je zodpovědný sám za sebe. Hned na začátku se tak klient dozví, že může jednat zodpovědně a převzít aktivní roli ve své rehabilitaci (a může tak dokonce pomoci nejen sobě, ale i druhým).

ad2). Otevřená a méně formální komunikace a atmosféra:

Komunikace probíhá na všech úrovních bez ohledu na funkci a postavení člověka. Členové týmu přijímají kritiku a zpětnou vazbu od klientů a naopak. Klienti mohou vyjadřovat své názory a emoce (samozřejmě chování každého má své hranice, neznamená to, že vše je povoleno). Jde spíše o to, že se nikdo nemusí stydět za slzy a smích. Neformální atmosféru také podporuje to, že všichni chodí oblečení v civilním oblečení, nenosí se uniformy ani lékařské pláště. Návštěvník komunity může mít problém rozeznat klienta od pracovníka týmu.

ad3). Společná práce na chodu komunity.

Určitou část práce v každé komunitě zajišťují klienti, což je nepopíratelně důležité pro ně samotné. Plnění těchto každodenních činností a povinností posiluje pocit sounáležitosti

¹² Douda, I.: Život v komunitě - léčba drogové závislosti. In: Právo a rodina, No:12/2006

s komunitou a vlastní užitečnosti. Při práci s ostatními si také klient vyzkouší schopnost spolupráce s ostatními i za cenu různých mezilidských problémů (což se může řešit na skupině). Někteří jedinci, pokud během svého života neměli možnost, zde přirozeně získávají pracovní návyky a dovednosti, které mohou po odchodu využít.

ad4). Pravidelná skupinová setkání.

Skupinové setkání klientů a členů týmu se koná víceméně každý den. Diskutují se zde interpersonální vztahy, motivy k určitému chování mezi sebou navzájem, výměna názorů, hodnotí se celý den atd. Klient se tak také podílí na chodu komunity, která jeho připomínkám naslouchá a zabývá se jimi. Díky těmto setkáním se celá komunita dozvídá informace, rozdělují se úkoly a řeší se provozní věci, vše otevřeně a ne za zavřenými dveřmi. Člověk už jen svojí přítomností nasává zprávy a je tak plně součástí informačního proudu. Vzájemné sdílení zdánlivých maličností posiluje také soudržnost skupiny a posiluje pocit klienta být součástí celé komunity. Z večerní komunity se pořizuje zápis.

Přibližně jednou za měsíc se všichni klienti a celý tým setkávají na tzv. „velké komunitě“.⁷⁴ Zde se řeší a rozhodují základní věci, týkající se celé komunity-změna pravidel, plán činnosti na příští měsíc, přestupy klientů do vyšších fází, žádosti klientů atd. Pořizuje se také zápis do knihy Velkých komunit.

ad5) Možnosti spolurozhodovat v komunitě.

Klienti se mohou podílet na rozhodování např. o programu, nákupech, využití společných financí, složení jídelníčku atd. Posiluje to tak jejich sebevědomí a také spoluzodpovědnost. Členové týmu zde fungují spíše jako „koordinátoři aktivit“, kde je důležité udržet režim komunity. Oproti tomu má tým některá práva a povinnosti, které neplatí pro rezidenty.

ad6) Terapeutická úloha klientů

Rezidenti se také sobě navzájem stávají terapeuty, přebírají zodpovědnost za průběh léčby vlastní, ale jsou také podporováni v zodpovědnosti za léčbu ostatních. Klient se tak stává spoluterapeutem. Sám se může stát vzorem pro nové klienty, což zvýší jeho sebedůvěru a motivuje k pozitivnímu chování. Společně trávený čas při práci, při terapii i volnu, přináší

⁷³ srv. Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. Terapeutická komunita jako metoda a systém. In: Kalina, K.: Drogy a drogové závislosti 2, Úřad vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2003, s.56

⁷⁴ Těmínová, M.: Terapeutická komunita v Němčicích. In: časopis Konfrontace, No: 2/ 1997, s. 15

přirozené kontakty a snad i přátelství mezi rezidenty a se vzájemným sdílením může vše působit terapeuticky.

TK pro drogově závislé má oproti komunitám jiného druhu (např. komunity pro psychotiky, neurotiky, delikventy atd.) svá specifika. Jde především o přísnější režim, který má v sobě některé represivní prvky a prvky záměrného zatěžování (fyzického i psychického). Součástí režimu je i bodové ohodnocení, které může fungovat jako kontrolní mechanismus a zároveň být motivací ke intenzivnější spolupráci⁷⁵.

Cíle TK

Hlavním cílem léčby je změna životního stylu spojená s abstinencí. Důležité je dosažení klientovy osobnostní změny, změny v sebepojetí, prožitku, chování a vztazích. Život v komunitě se snaží co nejvíce přiblížit reálnému životu a pomoci klientům vést po odchodu z TK spokojený život. Během pobytu se tím snaží, aby se klient stal odolným vůči dalším selháním a aby byl připraven na chutě („craving“, bažení) na drogu, přijal zodpovědnost sám za sebe a za svá rozhodnutí, získal sociální a komunikační dovednosti, osvojil si pracovní a hygienické návyky, přijal sám sebe, naučil se řešit konflikty a uměl si vážit svého zdraví a pokud možno zlepšoval svoji fyzickou kondici⁷⁶.

Samotný život v komunitě se snaží co nejvíce přibližovat reálnému životu se svými pravidly, režimem a řádem ve vztazích. Základními prostředky, které TK využívá jsou: individuální a skupinová terapie, relaxace, práce s rodinou, režim, pracovní terapie, sport, turistika, sociální servis, zátěžové programy⁷⁷ a další.

Oblastmi hlavního zájmu a největší důraz se klade na chování klienta a jeho maximální změnu, na vývoj jeho osobnosti a emocí, podporuje se duchovní dimenze člověka.

Odlišnosti TK

Ne všechny terapeutické komunity jsou ale navlas stejné. Mohou se lišit minimálně velikostí (několik klientů až desítky), svojí polohou (jde o léčebny, venkovské statky, staré fary), nabízenou délkou pobytu (několik měsíců až rok), stupněm strukturovanosti časového programu (zaměstnání na několik hodin i celý den). Některé komunity fungují spíše pracovní s prvky psychoterapie, jiné se orientují spíše na klasické terapeutické přístupy (individuální,

⁷⁵ Kratochvíl, S. : Terapeutická komunita, Academia, Praha 1979

⁷⁶ Těmínová, M.: Terapeutická komunita v Němčicích. In: časopis Konfrontace, No: 2/ 1997, s. 15

⁷⁷ srv. Těmínová, M.: Terapeutická komunita v Němčicích. In: časopis Konfrontace, No: 2/ 1997, s. 15

skupinové). Komunity získávají svoji tvář a často i úspěšnost osobností vedoucí komunitu. Mělo by se jednat o silnou osobnost, která se postupně stává legendou a klíčovým prvkem celého systému.

Od roku 2003 jsou k dispozici, v tuto chvíli již povinné, certifikace jednotlivých zařízení pro uživatele omamných a psychotropních látek.⁷⁹ Tyto „definují nutnou základní kvalitu léčebných zařízení a jejich zařazení do určitých typů.“⁸⁰ Certifikace jsou v současné době jednou z podmínek dotací od státních (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky - RVKPP, ministerstvo) i lokálních zdrojů (od města, regionů, kraje, EU..).

„Mezi prvky kvantitativního hodnocení efektivity je relevantní: (a) počet a struktura výkonů a pacientů/klientů, (b) naplnění kapacity programu, (c) četnost mimořádných událostí a režimových komplikací, (d) návštěvnost otevřených skupinových forem práce, jako jsou skupiny pro rodiče a partnery nebo přípravné - motivační skupiny, (e) četnost časných vypadnutí z programu, (f) četnost vypadnutí v první třetině programu, (g) četnost úspěšně dokončených léčebných plánů, (h) počet a struktura realizovaných doporučení do dalších zařízení, zejména zajištěné doléčování, (i) katamnestické sledování pacientů/klientů (1,2,3 roky). Nezbytný je průběžný rozbor účinných faktorů a komplikací programu a případová práce na poradách a při supervizi.“⁸¹

Standardy odborné způsobilosti definují také personální zabezpečení terapeutické komunity. Terapeutický tým je multidisciplinární, výběr pracovníků má svá kritéria. Např. vzdělání (lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, sociální apod.), specializované výcviky (skupinová a individuální psychoterapie, psychodynamické a interaktivní, kognitivně behaviorální směry, rodinná terapie, sociální komunikace atd.), osobnostní vlohy a praktické zkušenosti a dovednosti. Program je řízen kvalifikovaným odborníkem/manažerem s praxí v terapeutické komunitě, skupinové psychoterapii, léčení závislostí, rodinné terapie, kognitivně - behaviorálních přístupech apod. V týmu jsou také zdravotničtí pracovníci - lékaři, zdravotní sestry apod. Počet pracovníků je stanoven v takovém poměru, aby jeden pracovník vycházel maximálně na 10 klientů.⁸²

Terapeutická komunita Karlov

⁷⁸ Douda, I.: Život v komunitě - léčba drogové závislosti. In: Právo a rodina, No.12/2006

⁷⁹ <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>

⁸⁰ Douda, I.: Život v komunitě - léčba drogové závislosti. In: Právo a rodina, No: 12/2006

⁸¹ <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>

⁸²srv. <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>

Ojedinělým projektem zaměřeným na uživatelky matky je u nás terapeutická komunita Karlov Sananim (cílová klientela matky s dětmi, mladistvé a mladé). Program pro závislé matky s dětmi funguje od října 1999. Zpočátku byly matky umístěné v jedné budově s mladistvými klienty. Jednalo se o nedokončený dům, určený a uzpůsobený jejich potřebám.

V listopadu 2001, byl otevřen v rámci stejné terapeutické komunity nový dům pro matky s dětmi. (S názvem „Laura“ - podle jména prvního dítěte narozeného matce v době léčby). V současné době projekt nabízí místo pro 12 mladistvých klientů a 9 matek s dětmi.

Léčba je určena motivovaným matkám s dětmi (nezáleží na věku matky ani dítěte), které mají v anamnéze závislost na nealkoholových návykových látkách, příp. kombinovanou závislost (heroin, pervitin, marihuana, alkohol apod.) (ne pouze pro závislost na alkoholu). Komunita přijímá i matky se soudně nařízenou léčbou a matky, jímž bylo dítě na základě předběžného či soudního rozhodnutí odebráno z péče (pokud se podaří domluvit s Orgánem péče o mladistvé a děti svěřením péče komunitě). Do léčby mohou být přijaty i těhotné klientky (v ideálním případě se po porodu vrátí do léčby). Léčba není určena matkám s postiženými dětmi, matkám s těžkou psychiatrickou poruchou a matkám a dětem, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou každodenní lékařskou péči. Jasnou kontraindikací je pobyt klientky bez dítěte, přítomnost partnera klientky v komunitě a indikace pouze jako sociální pobyt.

Klientky přichází do komunity nejčastěji přes Kontaktní centrum, Denní stacionář (Denní stacionář Sananim v Praze je celorepublikovým filtrem pro Terapeutickou komunitu Karlov Sananim) a detoxifikační jednotku. Klienti jsou v terapeutické komunitě dobrovolně. Klientka hned na začátku odevzdá své doklady a peníze a dostane základní informace o léčbě (o které byla informována již při konzultaci v jiném zařízení). Důležitá jsou pravidla (kardinální a další), která musí klienti dodržovat během léčby, a jejichž porušení může znamenat i vyloučení z komunity (čistota od drog a alkoholu, zákaz fyzické agrese a psychického nátlaku, účast na všech aktivitách, podřízení se rozhodnutí skupiny a týmu, zákaz sexuálních kontaktů a partnerských vztahů v komunitě, zodpovědnost za své dítě). Mimo kardinální pravidla musí klienti dodržovat mlčenlivost, společné stolování a společná jídla, kouření na vyhrazených místech, společné peníze, večerku, telefonování, žádosti o opuštění komunity, pobyt dítěte mimo komunitu, zákaz zvířat v komunitě atd.

Celý pobyt je rozdělen do čtyř fází, kterými se klient postupně přibližuje opuštění komunity a životu bez drog. Základním cílem léčby je především zapojení klienta zpět do života bez drog. Podmínkou dosažení cíle je samozřejmě trvalá abstinence a získání schopnosti odpovědného rozhodování. Základním prostředkem léčby je samostatný život v terapeutické komunitě, který nabízí otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem,

spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě a společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorů chování.⁸³

Dalšími prostředky léčby jsou:

- skupinová terapie (22 hodin skupinové terapie týdně),
- individuální psychoterapie (pouze ve výjimečných případech),
- pevně strukturovaný program, podrobná vnitřní legislativa (6 kardinálních pravidel),
- rodičovské poradenství (rodičovské skupiny, rodinné poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě)
- výchova a vzdělávání - zaměřeno především na trénink zodpovědnosti, získání hygienických, pracovních a společenských návyků
- pracovní terapie (zabezpečení chovu domu, brigády a pracovní poměry mimo komunitu)
- volnočasové aktivity (sport, zátěžové a zážitkové akce)
- sociální služby (poskytování sociální práce v rámci léčby v TK, odstranění negativních sociálních důsledků drogové scény a jejich vyřešení pro budoucnost)
- evidence klienta na příslušném pracovním úřadě s možností získání dávek sociální péče
- pomoc při získání osobních dokladů (v případě jejich ztráty, nebo vypršení platnosti)
- pomoc při řešení trestných problémů z minulosti
- zdravotní péče (zajištěny služby psychiatra v rámci TK, mimo komunitu služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, stomatologa a hepatologa
- psychiatrická péče, kterou zajišťuje externě psychiatr (zajišťuje také vstupní psychiatrická vyšetření, péči o klienty s psychiatrickým onemocněním a medikaci).⁸⁴

O chod komunity se stará personál, který bydlí spolu s klienty v komunitě. Patří sem: odborný ředitel, vedoucí komunity, zástupce vedoucího komunity, tři psychologové, dva sociální pracovníci, dva pedagogovi, dvě dětské vychovatelky, pracovní terapeut, hospodářka.

Po příjezdu do komunity odevzdá klient lékařské zprávy, léky, peníze a mobilní telefon. Vše mu je uschováno v kanceláři. Starší klienti prohledají věci příchozího, jde o prevenci výskytu drog a jejich připomínka. Na seznamovací skupině se setká a seznámí s ostatními lidmi v komunitě. První den je na vybalení věcí na pokoji, pročtení pravidel života,

⁸³ viz. interní materiály Terapeutické komunity Karlov Sananim

⁸⁴ viz. interní materiály Terapeutické komunity Karlov Sananim

bezpečnosti práce, vlastních práv atd. **Nultá fáze** léčby začíná druhý den po příchodu a trvá čtrnáct dní.

Nultá fáze je čas na rozkoukání, seznámení se s ostatními klienty, týmem, pravidly a režimem. Každému je také v této fázi přidělen „garant“ („klíčový pracovník“), který ho provází léčbou a na začátku pomůže sepsat „celkový plán léčby“, tedy to, na čem všem bude pracovat a kdy s tím začít. Zúčastňuje se také všech společných programů, ale nesmí telefonovat, psát a přijímat dopisy a nemá nárok na návštěvy (ani sám nesmí opustit areál komunity). Přestup do **první fáze** (3-4 měsíce) musí odsouhlasit ranní komunita. Klient/ka se v této fázi učí mluvit o sobě před skupinou. O tom, jak se v komunitě cítí, jak jí jde práce, jestli jí kontaktuje někdo z rodiny, přátel, o vzpomínkách, o vztazích s rodinou, sociálních či právních problémech, o svém dítěti apod. V této fázi si klient/ka musí vyřešit svoji sociální situaci (dát si do pořádku doklady, zjistit případné trestní stíhání, dluhy a další věci) a hodně přemýšlet o svém dosavadním životě s drogou, očekávání od abstinence, o tom, co je k droze táhne atd. V této fázi smí psát dopisy, telefonovat, po dohodě jít mimo areál, vzít si své peníze, mít návštěvu rodiny (partnera, sourozenců...). Je důležité také konzultovat s garantem vlastní měsíční a finanční plán.

Součástí této fáze je také aktivní zapojení do práce v komunitě a pro ni. Zahrnuje to práci v kuchyni, úklid domu, pomoc v hlídání dětí a práce na zahradě. Platí pravidlo, že ty nejméně kompetentní práce dělají ti, co jsou v nižších fázích. Na konci této doby se opět žádá o přestup komunitu, shrnuje se, co se klientovi povedlo nebo nepovedlo. **Druhá fáze** (2-4 měsíce) už znamená, že klient/ka umí mluvit na skupině o svých pocitech a problémech, měla by v tom také pomáhat těm v nižších fázích. Osobní volno už je možné trávit mimo Karlov, mohou přijet rodiče a blízcí na celý víkend, komunita jim také nabízí pobyt na prodloužený víkend, či týden (rodinná terapie). I v této fázi má klientka své funkce - šéfová domu (zajišťuje chod domu, organizuje práci spolu s terapeuty, příprava plánů) a zdravotnice (doprovody, zajištění prohlídek, vzorky jídla...). Velice důležité je to, aby si klienti zajišťovali, kam odejdou po léčbě (domů, do chráněného bydlení, do vlastního bytu, do školy, do práce...). Přestup musí opět potvrdit a dovolit komunita. Následuje **třetí fáze**, která je závěrečnou pro celou léčbu. Znamená to přípravu na odchod (některé komunity nechávají bydlet „třetí fázi“ i o samotě, odděleně od ostatních) a osamostatnění se. Práce ve třetí fázi se organizuje podle času a péče, kterou vyžaduje dítě. Některé klientky nastoupí na plný úvazek do práce, některé na brigádu, popř. se starají plně o dítě a zapojují se do práce v domě. Klientka má u sebe peníze, o svých výjezdech už nehlasuje, ale jen oznamuje, může kdykoliv telefonovat, sama si určuje večeřku apod. Datum odchodu z komunity je pevně stanoveno a jen ve výjimečných případech se

odkládá. Komunita podporuje klienty v co největší samostatnosti a zodpovědnosti za vlastní život (a život dítěte).

Po ukončení léčby v Karlově (zakončí se slavnostním rituálem) je nutné a doporučované nastoupit do některého Doléčovacího centra. Doléčování je velice důležité a pomůže zvládnout první období po odchodu z komunity (pomoc s prací, bydlením, chutěmi na drogy apod.).

Celou dobu léčby v komunitě jsou v komunitě součástí programu aktivity zaměřené na podporu rodičovských kompetencí a podporu vztahu matky a dítěte. Matka se svým dítětem tráví většinu svého času, stará se o ně a to přispívá k upevnění citové vazby s dítětem. Program je založen na skupinové psychoterapii, přičemž je flexibilní a je přizpůsoben potřebám dítěte. V době, kdy se matka účastní terapie, se o dítě stará kvalifikovaná vychovatelka. Starší děti mohou navštěvovat školku a školu v přilehlých obcích. Matce a dítěti je poskytnuta i lékařská péče a sociální pomoc, kterou zajišťují lékaři-externisté a sociální pracovníci.

Překážkou může být někdy motivace matek k léčbě. Jsou totiž často nemotivované či motivované „pod tlakem“ (OSPOD). Do komunity přicházejí s tím, že léčbu přetrpí a po návratu domů se vše vrátí do starých kolejí. Je jasné, že práce s motivací klientky je na prvním místě a je nezbytná.

Pomocí v léčbě, by se zdálo, může být partner klientky, který by jí měl v léčbě podporovat. Často je ale opak pravdou. Pokud partner také zneužívá drogy, sám nepodstoupil léčbu a v braní pokračuje, hrozí při návratu ženy její relaps a návrat k drogové kariéře. Současnou klientelu matek tvoří často ženy, které byly týrány ze strany svých partnerů, otců, prostituovaly, byly zneužívány apod. Tato náročná témata jsou pravidelně konzultována s terapeutem.⁸⁵

Péči o klienty zajišťuje multidisciplinární profesionální tým. Patří sem vedoucí komunity, zástupkyně vedoucího, pracovní terapeut, hospodářka, sociální pracovníce, terapeuti a vychovatelky dětí.

⁸⁵ Poláková Vodenková, M.: Problematika těhotných žen a matek užívající návykové látky a výchovně-léčebné přístupy k této skupině. Diplomová práce Praha 2005

7. 3 Centrum následné péče Sananim

Doléčování a následná péče jsou vlastně dva pojmy, které se používají v souvislosti s léčbou drogové závislosti a mají stejný význam. Mezi odborníky u nás není shoda v jejich používání, v praxi se v našich podmínkách používá spíše pojem „doléčování“, v zahraničních materiálech najdeme název „aftercare“ nebo „postcare“ (v překladu jako „následná péče“).⁸⁶ V tomto textu používáme oba pojmy současně.

Následná péče je jedním z posledních, ale neméně důležitých článků léčby. Jde o další část komplexního systému péče. Doléčovací centrum Sananim funguje s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace (obecně není nutný statut zdravotnického zařízení). V posledních několika letech se věková hranice lidí závislých na nealkoholových drogách rapidně snižuje. Je proto důležité přehodnocovat způsoby práce, které se v současné době užívají. V první řadě je potřeba si uvědomit, že následná péče znamená pomoc při začleňování klienta do jeho sociálního prostředí, při získání či obnovení sociálních dovedností a přijetí sociálních norem společnosti.⁸⁷

Cílovou populací následné péče jsou „abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce“, dále osoby, „které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční) s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci se zajištěným bydlením.“⁸⁸

Doléčovací centrum Sananim klientům nabízí ambulantní doléčovací program v délce minimálně 6 měsíců, jehož náplní je především:

- skupinová terapie - základní terapeutický prostředek, kde postupy a cíle jsou adekvátní délce programu a potřebám klienta, terapie se soustřeďuje na prevenci relapsu - je snaha předat klientovi tolik vědomostí a dovedností ke zvýšení sebekontroly a sebeporozumění, na přiznaný a zpracovaný relaps se pohlíží jako na účinný faktor doléčování
- otevřené skupiny - podpůrné aktivity, vhodné pro nabídku po skončení základního programu nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu

⁸⁶ Viz. Kuda, A.: Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti. In: časopis Adiktologie, No. 1/2001, s. 84

⁸⁷ srv. www.mpsv.cz/cs/1071

⁸⁸ <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>

- individuální poradenství (klient spolupracuje především se svým garantem, který je součástí týmu)
- osvojování dovedností a znalostí pro každodenní život
- sociální práce - neoddelitelná součást doléčovacího programu, prováděna s cílem optimalizovat sociální podmínky pacienta pro jeho sociální integraci a vytrvání v abstinenci
- uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému
- arteterapii
- volnočasové aktivity
- sport
- rodinné poradenství - prováděna v každém případě, kdy je to možné s ohledem na individuální podmínky pacienta
- pracovní terapii (uplatnění v chráněné dílně)⁸⁹
- poradenství s pracovním uplatněním a kvalifikací
- součástí je také zdravotní, sociální a právní poradenství
- toxikologická vyšetření - využívají se v indikovaných případech
- farmakoterapie - slouží k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit. Provádí výhradně lékař podle příslušných předpisů a zásad správné léčebné praxe.

Ambulantní doléčovací program je rozdělen do 2 fází, kde délka každé fáze závisí na individuální situaci klienta. Důležitým prvkem při návratu klienta z léčení je mít kde bydlet. Pro některé klienty je nemožné a nebezpečné vrátit se původního prostředí (hrozba relapsu). Pokud se tedy nevrací k vlastní rodině (rodina je často dysfunkční, afunkční, či ohrožující a někdy nechťejí vyléčeného přijmout zpět), nabízejí se další alternativy, jako je např. chráněné bydlení a azylové domy. Doléčovací centrum Sananim nabízí pro své klienty 7 chráněných bytů, které jsou umístěny přímo v budově Doléčovacího centra a 2 byty určené pro matky s dětmi. Program chráněného bydlení lze využívat po dobu 6 měsíců a klienti zde platí měsíční nájem za ubytování a služby s ním spojené. Celková kapacita je v současné době 25 lůžek.⁹⁰ Chráněné bydlení by mělo umožnit také odpoutání se od léčebného zařízení a rodiny a naučit se žít samostatně, získat praktické zkušenosti života ve vlastním bydlení a pomoci mu toto bydlení shánět.⁹¹

⁸⁹ srv. <http://www.sananim.cz/zarizeni-23-Dolecovaci-centrum/info.html>

⁹⁰ tamtéž

⁹¹ tamtéž

Základními cíli doléčovacího centra jsou podpora klientů v samostatnosti, zvýšení jejich sebedůvěry a zvláště pomoc v začátku nového života. Klienti se postupně zapojují do pracovního procesu, hledají si vlastní bydlení, snaží se stabilizovat vlastní osobnost a dokončují tak postupně léčebný proces. V Doléčovacím centru se přirozeně vytvoří volné společenství, ve kterém je klient přijímán ostatními a navazuje tak vzájemné kontakty.

Péči o klienty v Doléčovacím centru Sananim zajišťují: 1). vedoucí zařízení 2). zástupce vedoucího 3). psychoterapeutka 4). psycholog 5). sociální pracovníce 6). socioterapeut 7). dvě terapeutky.

Práce s klienty je zaměřena individuálně a musí být flexibilní, protože každý klient má jiné potřeby a nevyužije všechny služby najednou. Musíme počítat s tím, že život klienta s drogou byl možná dlouhý a je potřeba pomoci mu postupně najít novou vizi a naplnění života, pomoci změnit vzorce chování. Kvalitní následná péče by měla pomoci začít žít nový a kvalitní život bez drog.

7. 4 Centrum pro rodinu Drop in

Dalším nestátním zdravotnickým oddělením na území Prahy je Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN o.p.s. (pod tímto názvem existuje od roku 1999). Jde o registrované nestátní zdravotnické zařízení, které se svojí činností zaměřuje na ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů.

V rámci tohoto zařízení byl v lednu 2000 otevřen projekt „Resocializace matek užívajících psychotropní návykové látky a monitoring dětí v dětských domovech a kojeneckých ústavech“.

V Centru pro rodinu DROP IN o.p.s. (dále jen CPR) existuje program zaměřený na gravidní ženy a matky s drogovou anamnézou strukturovaný do dvou let. Podmínkou přijetí klientky do programu je především motivace k léčbě a ochota k řešení svých problémů.

92

Dílčí cíle projektu:

1. Motivace klientek k abstinenci.
2. Stabilizace zdravotního stavu během těhotenství i po porodu.
3. Motivace a asistence stabilizace sociální situace klientek. Pomoc při zajišťování bydlení a získání sociálních příspěvků.
4. Rozvoj sociálních dovedností, stabilizace vlastních vztahů a pomoc v pochopení a orientaci v nich, rodinné poradenství, motivace a vedení k zodpovědnému rodičovství.

Hlavním cílem projektu je pomoci zařídít pro dítě bezpečný domov, kde matka plně funguje ve své roli a dítě může žít v přirozeném prostředí. Samozřejmě i v případech, kdy je dítě svěřeno do péče ústavu, je matka vedena k přebírání zodpovědné mateřské role. Jde především o podporu a motivaci klientky v návštěvách dítěte v ústavní péči, a případně také přípravu na mateřskou roli a zodpovědnost za svůj život a život dítěte.

Program navázal ⁹² na dobrou spolupráci s pracovníky OSPOD. Matky dochází do CPR, spolupracují s o.s. Střep a se sociální pracovníci v místě bydliště a dochází k vytvoření adekvátního léčebného programu a resocializačního postupu.

Cílovou populací jsou:

- „1. Ženy, které užívají či užívaly návykové a alkoholové látky a mají v péči děti.
2. Gravidní ženy spadající do výše uvedené skupiny.
3. Ženy z této cílové skupiny, kterým bylo dítě odebráno soudem.
4. Ženy romského etnika užívající návykové a alkoholové látky.

⁹² Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006, s.9

⁹³ Více informací o o.s. Střep - centrum pro sanaci rodiny je na www.strep.cz

5. Abstinující ženy s velmi krátkým trváním období abstinence, kde je nutné upevnit jejich postoje
6. Ženy, které mají v anamnéze návykové látky a mají určen soudní dohled nad péčí o dítě.
7. Partneři klientek
8. Rodinní příslušníci a rodina klientek"⁹⁴

Na centrum se mohou obrátit ženy, v jejichž anamnéze figuruje drogová kariéra a vzhledem k tomu jim byly odebrány děti do ústavní péče. Mezi klienty CPR tak patří ženy, které se rozhodly samy pro abstinenci. V posledním desetiletí se rapidně snížil věk uživatelů drog. V současné době jde o věkové rozmezí mezi 17-22 lety.

Klientky se do centra dostávají několika způsoby.

1. Evidovaná klientka kontaktního centra otěhotní, je tedy možné sní nadále pracovat, doporučit řešení, sledovat ji atd.
2. Žena bere drogy, porodí dítě s abstinčním syndromem a z porodnice je informován příslušný odbor, sociální pracovnice a odtud je kontaktováno příslušné protidrogové zařízení.
3. Žena, která bere drogy delší dobu, má zároveň v péči dítě nebo děti. Na situaci upozorní většinou okolí (sousedí, rodina, škola).
4. Informace o programu získá klientka z letáku, od známých, ostatních uživatelů apod.

Program CPR je rozdělen do tří fází, kterými klientka musí projít.⁹⁵

- 1) Fáze nízkoprahová (doba trvání 1-6 měsíců) - v této fázi dochází k navázání kontaktu s klientkou, její stabilizaci (ve smyslu abstinence, zařazení do substituce). Pokud se v této době zjistí, že klientka není schopná docházet do ambulantního programu, ať z důvodu nedodržování pravidel, pravidelné docházky, neefektivnosti ambulantního docházení apod., jsou doporučeny do terapeutické komunity Karlov Sananim (pro TK Karlov je vstupním filtrem Denní stacionář Sananim). Klientky, které již abstinují, či docházejí pravidelně do substitučního programu, jsou dále posílány na infekční vyšetření. Pokud se vede abstinence/substituce, může klientka přestoupit do druhé - tematické fáze.

⁹⁴ Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice 2006, s.10-11

⁹⁵ Srv. Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice 2006, s. 11-13

- 2) Fáze tematická (doba trvání 6-12 měsíců) - podmínkou tohoto období je abstinence a spolupráce klientky s odborníky v porodnici a dodržování pravidel programu CPR. Důležité je, aby si žena osvojila sociální dovednosti a stabilizovala své sociální zázemí (bydlení, vyřízení sociálních dávek, pravidelná účast v programu atd.) a zajistila tak zázemí pro příchod dítěte. Klientka dochází 1-2krát týdně na konzultace a pracovníce CPR zajišťují návštěvu v domácím prostředí (jde především o gravidní klientky). Je tak monitorována celková situace klientky před porodem a zhodnocení možnosti příchodu dítěte do zdravého prostředí.
- 3) Fáze růstová (doba trvání 12-24 měsíců) - klientky jsou zařazeny do této fáze až po dlouhodobé spolupráci s programem. Důležitá je sociální a zdravotní stabilizace a abstinence. Pokud o to klientka projeví zájem, je možné spolupracovat na řešení dalších životních situací, podporu v růstu osobnosti apod.

Aby byla práce s klientkou ucelená a kvalitní, spolupracuje s CPR mnoho odborníků a odborných institucí. Za všechny jmenujme např. sociální kurátory, pracovníky OSPOD, probační pracovníky, soudy, kojenecké ústavy, dětské domovy, psychiatrické léčebny, gynekology, porodníky, hepatologické poradny, detoxifikační jednotky, Terapeutickou komunitu Karlov Sananim, Denní stacionář Sananim, Centrum následné péče Drop In, Doléčovací centrum a chráněné bydlení Sananim, Střep - české centrum pro sanaci rodiny a mnoho dalších.

Pro přehled uvádíme, jaké základní služby CPR klientkám poskytuje:⁹⁶

- Poradenství v oblasti sekundární prevence užívání návykových látek
- Včasná intervence
- Individuální psychoterapie
- Skupinová psychoterapie
- Zprostředkování lékařské péče
- Sociální služby - sociální práce
- Prevence nechtěného těhotenství a chorob šířících se krevní cestou
- Vstupní filtr do substitučních programů
- Šetření v domácím prostředí klientek ve spolupráci s o.s. Střep
- Konzultace
- Poradenství

⁹⁶ <http://www.dropin.cz/centrumprorodinu.shtml>

- Krizová intervence
- Doporučení do ústavní léčby
- Příprava k porodu
- Fyzioterapie a pohybové aktivity
- Ergoterapie
- Vitaminový program
- Potravinový program
- Základní zdravotní ošetření
- Testy na přítomnost návykových látek
- Gravitesty
- Saliva test HIV/AIDS
- Monitoring hepatitid
- Podpora klientů při léčbě Interferonem
- Měření přítomnosti alkoholu v krvi
- Alko - toxi poradenství

O klientky se stará odborný tým, do kterého patří vedoucí programů (řešitelka programu) Simona Sedláčková, rodinný terapeut (vedoucí ambulantních služeb), zástupce vedoucího programu a další dva terapeuti.

Pro úplnost tohoto textu jsme se snažili získat další informace přímo od vedoucí terapeutky a řešitelky programu, což nám nebylo umožněno, stejně jako krátkodobá stáž. Řešitelka se odvolává na placenou konzultaci s kolegyní a nestojí o osobní setkání a poskytování informací na diplomovou práci.

8. Péče o drogově závislé ženy v zahraničí

8.1 Evropská unie

Podle zpráv Agentury EU pro drogy (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) si zdravotnická zařízení v celé Evropě začínají uvědomovat, že ženy užívající drogy mají specifické potřeby, které vyžadují speciální přístup, nicméně počet zařízení, která se zaměřují na poskytování péče pouze ženám, je i nadále velice omezený. Agentura EU pro drogy se zabývá problematikou drog i z hlediska gender (rozdílů mezi muži a ženami) a každoročně zveřejňuje výroční zprávy o stavu drogové problematiky v Evropě, které stále více zohledňují specifika drogově závislých žen a matek.

Např. v rámci uveřejnění *Výroční zprávy za rok 2006 o stavu drogové problematiky v Evropě*⁹⁷ bylo uvedeno, že v současné době tvoří ženy přibližně 20% všech osob podstupujících protidrogovou léčbu v Evropě. Dále se konstatuje, že v různých studiích bylo zjištěno, že obava ze zajištění péče o dítě je klíčovým faktorem, který ženy odrazuje od vyhledání pomoci. Přibližně jedna ze čtyř žen (23%), které se zapojí do ambulantní léčby, žije v současnosti s dítětem. Z tohoto důvodu představuje problematika péče o děti nejdůležitější prvek v rozvoji systému služeb zaměřených na ženy, který může přesvědčit drogově závislé ženy k tomu, aby zahájily a dokončily léčbu. Programy zohledňující rodičovství léčených osob jsou k dispozici v Belgii, České republice, Německu, Řecku, Francii, Irsku, Itálii, Lucembursku, Nizozemsku, Rakousku, Portugalsku, ve Spojeném království a v Norsku. Ačkoliv jsou služby zohledňující pohlaví pacientů obvykle zaměřeny na matky, v rámci jedné švédské studie byla například potvrzena důležitost otcovství pro drogově závislé muže. Na následujících stránkách uvádíme příklady péče o toxikomanky ve vybraných zemích EU a dále pro srovnání i příklady ze Spojených států amerických.

8. 1.1 Rakousko

Péči o závislé těhotné ženy se v Rakousku věnuje Medizinische Universität Wien a Institut Psychologie na univerzitní klinice. Jak uvádí sborník *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*,⁹⁸ ve Vídni se na oddělení psychiatrie ročně dostává do léčby 50-60 matek. Tyto buď přicházejí z vlastního rozhodnutí nebo na doporučení ošetřujícího lékaře (ať už praktického či gynekologa) nebo sociálního pracovníka. V rámci substituční léčby je matkám podáván metadon, pomalu se uvolňující morfin nebo Buprenorfin.⁹⁹ Terapie je většinou zaměřena na stabilizaci psychického stavu pacientek, neboť ty často pocházejí z neutěšených sociálně patologických podmínek, a proto je snaha zapojit do léčebného procesu pokud možno i rodinu, příp. partnera. U klientek je podobně jako jinde často problém závislého partnera, polymorfního užívání drog či kouření. Terapeutický tým tvoří spektrum odborníků: sociální pracovník, psycholog, lékaři (neonatolog, gynekolog, neurolog).

⁹⁷ Výroční zprávy EMCDDA jsou v češtině ke stažení na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpravy_o_stavu_drogove_problematiky_v_evrope_a_v_ceske_republice_tiskove_zpravy_a_plna_zneni_vyrocnich_zprav_ke_stazeni

⁹⁸ Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006.

⁹⁹ Viz Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): *Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti*. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006, str 24.

Léčebný proces zpravidla sestává z několika fází. Ženy se účastní 1-7krát týdně skupinové psychoterapie, 1krát týdně psychosociální péče, psychologického vzdělávání a případových studií. Péče je samozřejmě zaměřena i na zdraví ženy a dítěte, proto se matka 6krát během těhotenství setká s gynekologem, po 20. týdnu těhotenství participuje na terapii těla, po narození dítěte je dítě v neonatologické péči kvůli možnému výskytu novorozeneckého abstinenčního syndromu a rovněž je dítě vyšetřeno na neurologii 4krát během prvního roku a dvakrát během roku následujícího. Již po prvním roce života je dítě často dáváno do školky, aby získalo správné a zdravé životní návyky, které by doma postrádalo.¹⁰⁰ Jako odbornice na problematiku drogově závislých matek je uváděna prof. dr. Gabriele Fischer.

8.1.2 Německo

V německém Berlíně pracuje organizace **FrauSuchtZukunft**, která byla certifikována v prosinci 2006. V zářijovém čísle roku 2007 odborného časopisu Adiktologie pojednává o této organizaci její vedoucí Carmen Walcker-Mayer.¹⁰¹ Ta uvádí, že první klientka přišla před 25 lety a od té doby přicházejí ženy zpravidla ve věku 26-45 let (v současné době však čím dál mladší ženy), přičemž v posledních letech je péče poskytnuta asi 400-500 ženám, z nichž asi 90% přichází dobrovolně. Ze zkušenosti FrauSuchtZukunft vyplývá, že se o poskytnutí služeb hlásí „stále mladší ženy, často se závislostí na více návykových látkách a téměř vždy se závislostí na kanabinoidech. Stoupá také počet žen z řad migrantů a vystěhovalců. Podíl žen závislých na alkoholu činí 40-50% a je stabilní.“¹⁰²

Vzhledem k tomu, že 70% klientek FrauSuchtZukunft je nezaměstnaných a polovina z nich nemá žádné odborné vzdělání, je základním prvkem práce model komplexní podpory. Organizace poskytuje klientkám praktické vzdělávací kurzy především v administrativě, kancelářských pracech a gastronomii a třem čtvrtinám žen se daří po ukončení dále se profesně rozvíjet.

FrauSuchtZukunft zahrnuje několik zařízení: terapeutickou komunitu, společné a chráněné bydlení, ambulantní péči pro závislé těhotné a matky s dětmi, prevenci relapsu (poradenství, ambulantní terapii, svépomoc, migrantky), integraci (pracovní integrace-

¹⁰⁰ Srv. Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006 s 24-26.

¹⁰¹ Walcker-Mayer Carmen: Genderové rozdíly u žen v drogových službách. In: Adiktologie, Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí. No. 3, září 2007, s. 394

¹⁰² Walcker-Mayer Carmen: Genderové rozdíly u žen v drogových službách. In: Adiktologie, Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí, No. 3, září 2007, s. 394.

poradenství, zaměření, nácvik), kavárnu jako pracovní program a zařízení bez alkoholu a drog pro ženy, zásobování a vzdělávání.¹⁰³ Organizace se zaměřuje na pracovní integraci závislých žen a také na podporu a rozvíjení laskavé mateřské péče klientek, aby byly schopny prakticky a vhodně sloučit zaměstnání i rodinu. Co se týče pracovní integrace, organizace FrauSuchtZukunft přisuzuje účasti na pracovním životě klíčovou roli, neboť „žádná jiná aktivita nemá z dlouhodobého hlediska tak komplexní psychické, sociální a materiální rozměry pro rozvoj osobnosti žen.“¹⁰⁴ Organizace vytvořila pro klientky, které jsou z více než poloviny dlouhodobě nezaměstnané, za účelem trvalé a odpovídající pracovní integrace pružný a individuální program sestávající z poradenství, přípravných profesních kurzů, seminářů, koučování apod.

Ohledně vedení k mateřství je od roku 2005 nabízeno chráněné bydlení pro abstinující těhotné ženy a matky s dětmi. Dívky od 16 let i dospělé ženy přicházejí především ze stacionárních terapeutických služeb. Do péče je v rámci chráněného bydlení možné zahrnout i více dětí, musí však být mladší šesti let. Byty pronajímá FrauSuchtZukunft s cílem převést byt po ukončení péče na klientku. V prvních třech měsících probíhá tzv. „clearing“, v jehož rámci se prověřuje, zda je matka vůbec schopná se o dítě adekvátně postarat. Je třeba vyřídit spoustu úředních záležitostí, pro dítě se hledá vhodné denní zařízení nebo škola dle věku. Dítě projde lékařskými a jinými kontrolami pro stanovení vývojového stupně a dalšího směřování. Pro matky se současně hledá vhodná terapie (následná nebo závislosti). Matky se musí naučit přiměřeně zvládat každodenní život s dítětem a po vyloučení návykových látek znovu hledat a budovat svůj vztah k dítěti. „Od třetího měsíce péče pak začíná intenzivní fáze. Cílem je vybudování nosné sítě pomoci a zakotvení matek i dětí v aktuálním sociálním prostoru. K tomu patří vytváření kontaktů, terapie, pravidelná návštěva svépomocné skupiny a vytvoření smysluplné volnočasové činnosti... Aktuálně je v péči FrauSuchtZukunft pět matek spolu s celkem 12 dětmi. Odejmutí dítěte nebo jeho umístění u cizích osob nebylo dosud nutné.“¹⁰⁵

8.1.3 Dánsko

Dánsko je proslulé svým vynikajícím státním zdravotnictvím a jedním z nejlepších systémů péče pro těhotné ženy včetně matek závislých na drogách. V Kodani byla zřízena

¹⁰³ Srv. Walcker-Mayer Carmen: Genderové rozdíly u žen v drogových službách. In: Adiktologie, Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti. No 3, září 2007, s. 394.

¹⁰⁴ Walcker-Mayer Carmen: Genderové rozdíly u žen v drogových službách. In: Adiktologie, Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti, No 3, září 2007, s. 395.

¹⁰⁵ Walcker-Mayer Carmen: Genderové rozdíly u žen v drogových službách. In: Adiktologie, Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislosti, No 3, září 2007, s. 396-397.

rodičovská ordinace Family Center při Hvidovre hospital a Copenhagen university hospital. „U zrodu mezioborového intervenčního modelu Family Center stála americká dětská lékařka a vědkyně Loretta Finneganová z Fakultní nemocnice Univerzity Thomas Jefferson ve Filadelfii ve Spojených státech amerických... Tato americká lékařka dokázala, že situace dítěte se může výrazně zlepšit v případě včasného a mezioborového zásahu v ranném stadiu těhotenství.“¹⁰⁶ Metody Loretty Finneganové a výsledky dánské studie o dětech, které se narodily matkám závislým na opioidech v 70. letech 20. století vedly k další práci na mezioborovém modelu prevence a péče o závislé těhotné ženy a jejich děti. „Podle rannějších studií provedených v USA byl model vyzkoušen v období 1985-88 jako mezioborový projekt financovaný prostředky z nadací. Výsledky tohoto projektu vedly v roce 1989 k zavedení rodičovské ordinace při nemocnici v Hvidovre a při nemocnici Rigshospitalet. Tato rodičovská ordinace se stala první ordinací, která se zaměřila na péči o těhotné ženy s drogovými problémy a na péči o jejich děti. V roce 1992 dostala rodičovská ordinace povolení z nadace Egmont na provedení tříletého projektu s těhotnými ženami, které mají problémy s alkoholem a na práci s jejich dětmi. Tento projekt se pak stal součástí práce oddělení. V roce 1995 se rodičovská ordinace stala stálým speciálním oddělením v kodaňské nemocnici Hovedstadens Sygehusfaelleskab.“¹⁰⁷

8, 1. 4 Velká Británie

Hebron House v norwichském Norfolku ve Velké Británii existuje terapeutická komunita pro ženy, v níž lze podstoupit detox, léčit se z drogové nebo alkoholové závislosti a v bezpečném zázemí komunity se intenzivně začít vypořádávat s různými životními problémy. Komunita poskytuje přístřeší pro ty, které se rozhodly opustit dosavadní prostředí. V komunitě žije 10 žen ve věku 18 až 45 let, které sdílejí podobné cíle. Základní principy komunity jsou formulovány takto:

- „1. Křesťanský ethos, důležitost modlitby a hledání Boží slávy ve všem konání.
2. Víra v to, že se lidé mohou změnit a posílit převzetím odpovědnosti za vlastní životy.
3. Jedinečnost každého člověka a svoboda změnit se.
4. Závazek k růstu každého člověka a jeho duchovní cestě.

¹⁰⁶ Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006, s. 45.

¹⁰⁷ Drobná Helena, Velemínský Josef (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2006, s. 45.

5. Uznání celistvosti člověka a jeho fyzických, emocionálních, mentálních a spirituálních dimenzí.
6. Bezpečná komunita založená na respektu, důvěře, čestnosti, přijetí a zodpovědnosti.
7. Vztahy a důležitost rodin, týmové práce a zdravých hranic ve vztazích.
8. Profesionalita a erudovanost péče.

Hebron House byl otevřen v roce 1987 pro poskytování rezidenční léčby a péče pro lidi s drogovými problémy. Celý projekt byl součástí organizace „Life for the World Trust“. Hebron House se postupně stal pečovatelským domem (care home) poskytujícím domov pěti ženám. Později byla kapacita zvýšena připojením dvou bytů na osm míst a vylepšeno vybavení. Když roku 1993 ve Velké Británii vstoupil v platnost „Dokument o komunitní péči“ („Community Care Act“), byl ustanoven Hebron Trust jako registrovaná charita a společnost s ručením omezeným.

Na problém s drogami se pohlíží komplexně a léčba se snaží řešit i problémy, které stojí v pozadí. Program je pevně strukturovaný. Důraz je kladen na individuální a skupinovou terapii, poradenství, nácvik svépomocných technik, reflexe životních příběhů klientů apod.

V pevné organizaci a struktuře léčebného programu je místo pro individuální a dostatečně flexibilní přístup ke každé klientce. Klientky samotné se v rámci komunity podílejí na rozhodování a učí se přebírat zodpovědnost za vlastní jednání, řešení interpersonálních vztahů a dovedností a řešení konfliktů.

Při příchodu do komunity prochází klientka detoxifikací (do terapeutické komunity v ČR přichází klienti z detoxifikační jednotky) a následně je jí přidělen klíčový pracovník. S ním sepisuje klientka první kontrakt, sestavuje individuální plán léčby a konzultuje jeho plnění. S tímto pracovníkem má také možnost využít individuálního poradenství a krizové intervence. Během léčby pak sama přebírá plnou zodpovědnost za správný průběh.

Léčba je rozdělena do tří fází, během níž jsou nabízeny:

- komplexní zdravotní a sociální péče,
- zajištění základních zdravotních potřeb,
- obnovení zdravého spánku,
- celodenní strava
- sport a kultura
- poučení o výživě
- nácvik zvládání stresu, úzkosti
- vedení k sebedůvěře a asertivitě,
- výchovu k mateřství,

- podporu aktivit bez drog a alkoholu atd.

8. 2 Spojené státy americké

Hazelden je americká nezisková organizace, která pomáhá lidem závislým na drogách a alkoholu. Byla založena roku 1949 a v současné době léčí lidi z celých Spojených států i z dalších 42 cizích zemí. Dnes je Hazelden jedním ze světově nejznámějších, nejproslulejších a největších léčebných center svého druhu na světě. Kromě léčby závislostí se dnes Hazelden zabývá i profesním vzděláváním, výcvikovými programy, publikační činností a výzkumem závislostí. Dnes se centra této neziskové organizace nacházejí ve čtyřech amerických státech.

Vzhledem k rostoucímu počtu klientek (např. od roku 1998 do roku 2005 vzrostl počet telefonických intervencí závislých žen ze 100 na 400 za měsíc)¹⁰⁸ a ke specifickým závislých žen bylo nedávno založeno Léčebné centrum pro ženy (Women's Recovery Center) v Minnesotě, které se řídí holistickým heslem „Treating the whole person“ a při léčbě žen co nejvíce akcentuje význam zvládnání praktických problémů a potřebných životních rolí. Léčba žen je zaměřena na stravovací návyky, stress management, spiritualitu, vztahy, intimitu a sexualitu. Hazelden organizuje i čtyřdenní vzdělávací a výcvikové programy pro rodiče a celé rodiny a v rámci léčby závislostí se snaží o pokud možno co největší pozitivní zapojení celé rodiny. Léčebné centrum pro ženy v současné době pracuje pro 64 žen. Během roku 2008 se plánuje rozšíření na 88 lůžek.

V **Hattiesburgu** ve státě Mississippi se nachází další velké, známé a luxusní americké středisko pro léčbu závislostí a poruch chování „**Pine Grove Behavioral Health and Addiction Services**“¹⁰⁹, které má mimo jiné i speciální Středisko pro ženy („Women's Center“).¹¹⁰ Toto centrum má tři programy pro ženy se závislostí na návykových látkách, poruchami příjmu potravy a duální diagnózou. Využívá se behaviorální, kognitivní a emocionální psychoterapie. Léčba vychází z několika teoretických hledisek včetně lékařského, psychiatrického, socio-kulturního, feministického a tzv. „12-kroků“.

Centrum klientkám nabízí zaměření při léčbě na podporu v plnohodnotném prožívání vlastního života a rodinnou terapii. Léčbu zajišťuje multidisciplinární tým, do kterého patří programový ředitel, klinický ředitel, psychiatr, adiktolog, dietolog, klinický terapeut, poradce pro volný čas, instruktor jógy, masér a fyzioterapeut. Léčba je velice flexibilní a ke klientovi se přistupuje zcela individuálně. Celý areál léčebny je v přírodě a tato „izolace“ pomáhá

¹⁰⁸ Hazelden: Why more women need our help?: <http://www.hazelden.org/web/public/wrneedhelp.page>

¹⁰⁹ <http://www.pinegrovetreatment.com/>

¹¹⁰ <http://www.pinegrovetreatment.com/womens-center.html>

klientkám cítit se v bezpečí. Obvyklá délka pobytu je 90 dní a spolu s garantem klient rozebírá úspěšnost léčby a diskutují následnou péči.

The Rose¹¹¹ na pobřeží jižní Kalifornie je léčebné středisko zajišťující léčbu výhradně ženám. Léčba je celkově zaměřena na ženskou problematiku, obtížné životní mezníky pro ženu (dcera, matka, manželka, deprese, nízké sebehodnocení, závislosti na jiných osobách apod.), ale i zvládání spojení těchto životních úkolů s profesní rolí. Léčebný program je velice flexibilní a odpovídá individuálním potřebám a životním okolnostem ženy. Vychází z tradičních psychologických přístupů (kognitivně-behaviorální terapii, individuální a skupinovou terapii), principů 12-step, spolu s experimentálními a alternativními terapiemi. Každá klientka na počátku projde lékařským a psychiatrickým vyšetřením a drogovým a alkoholovým testem.

V nabídce léčebného zařízení lze projít různými alternativními doplňky léčby. Jde např. o nutriční poradnu, duchovní vedení, workshopy pro vztahy, odpouštění, a sebehodnocení, masáže, jógu, tchaj-t'i, sochání, meditaci, arteterapii, řešení traumat atd. Kromě toho The Rose nabízí rodinnou terapii - třídní programy pro rodiny, které se ocitly v krizi v důsledku užívání drog a pomoc rodinných terapeutů.

V Pensylvánii se nachází léčebné středisko **Bowling Green Brandywine**¹¹², které kromě obvyklých služeb pro drogově závislé nabízí i program pro těhotné matky závislé na opiátech. Tato ojedinělá nabídka léčebné modality umožňuje těhotným matkám strávit těhotenství ve středisku a porod absolvovat v místní nemocnici. Před přijetím musí matky předložit lékařské záznamy a lékařská posouzení životaschopnosti plodu. Ženy závislé na opiátech přecházejí v rámci substitučního programu na metadon. Kromě lékařské a psychiatrické matky absolvují kurz mateřství, nutriční kurz pro dítě a každotýdenní prohlídky. Součástí pobytu je i rodinná terapie.

Výhradně na ženy se orientuje i **Pia's Place** v Arizoně.¹¹³ V rámci holistického léčebného přístupu probíhá týdně 25 hodin hlavních skupinových aktivit a několik doplňkových programů, zaměřených především na zvládání praktických životních situací a život v rodině. Součástí nabídky je workshop psychodramatu a řízené imaginace. Součástí léčby jsou i workshopy zaměřené na spiritualitu a na „body image“(na přiměřené přijetí svého těla).

¹¹¹ <http://www.roserehab.com/>

¹¹² <http://www.bowlinggreenbrandywine.com>

¹¹³ <http://www.piasplace.com/>

The Open Door Retreat je centrum následné péče pro ženy po skončení rezidenční léčby. Nachází se v Mexiku, ale nejvíce klientek přichází pravděpodobně ze Spojených států amerických. Poskytuje čtyřtýdenní programy určené pouze pro ženy (které minimálně třicet dní abstinují). Nabízí individuální i skupinovou terapii, arteterapii, hipoterapii, výrobu gobelínů, kulturní aktivity, masáže, meditaci, jógu, enneagramy, interpretaci snů, termální bazén apod.

Komunita **Safe Harbor** v kalifornském Orange County nabízí ženám tříměsíční léčebný program rozdělený do tří fází.¹¹⁴ V první fázi (první měsíc) se klientka intenzivně zapojuje do nového prostředí a je jí stanoven individuální rozvrh a konkrétní cíle týmem odborníků. Ve druhé fázi (druhý měsíc) mají ženy znovuzískat svoji osobní sílu řídit vlastní život. Učí se hledat zaměstnání nebo studovat a rozvíjet svůj potenciál. Také se učí hledat správnou míru pro zvládnání různých oblastí života jako je rodina, práce, spiritualita. Ve třetí fázi plánují svůj život bez drog, přemýšlí co pro ně znamená abstinence. Terapie je zaměřená na prevenci relapsu, stanovení si realistických plánů do budoucna a zvládnání každodenního stresu. Po této fázi se mnoho klientek přestěhuje do chráněného bydlení, kde se pokouší začít nový život bez drogy a mají zázemí a podporu zaměstnanců i mnoha absolventů Safe Harbor (často v komunitách pracují exuseři).

Podobně funguje i arizonská organizace **Women in Retreat**¹¹⁵ nebo minnesotská **The Retreat**¹¹⁶ či texaská **Fulshear Ranch Academy**,¹¹⁷ která hojně využívá hipoterapii a využívají své polohy uprostřed přírody. Rovněž organizace **The Watershed** nabízí v několika amerických státech speciální ženské programy.¹¹⁸ V Severní Karolíně se nachází křesťanské centrum **Faith by the Sea**, pracující s drogově závislými ženami.¹¹⁹ **The Life Center of Galax** ve Virginii se také prezentuje odlišným přístupem k ženám při léčbě.¹²⁰ Podobně **Wellness Resource Center** na Floridě zmiňuje na svých webových stránkách skupinové terapie specializované na gender.¹²¹ **Keyston Treatment Center** v Jižní Dakotě, jehož klienty až ze čtvrtiny tradičně tvoří indiáni, zmiňuje pozitivní zkušenosti s oddělenou skupinovou

¹¹⁴ <http://www.safeharborhouse.com/>

¹¹⁵ <http://www.winr.org>

¹¹⁶ <http://www.theretreat.org/>

¹¹⁷ <http://www.fulshearranchacademy.com/>

¹¹⁸ http://www.thewatershed.com/womens_treatment.html

¹¹⁹ <http://www.faitlibythesea.com/>

¹²⁰ <http://www.galaxrecovery.com>

¹²¹ <http://www.wellnessresourcecenter.com>

léčbou pro ženy i muže. Ženy se lépe vyrovnávají s traumaty (psychickými a sexuálními) v ženské skupině a také muži potřebují mužské skupiny, kde se mohou vyjadřovat otevřeněji. " Oddělený léčebný program pro muže a ženy nabízí i **Newport Harbor Recovery** v Kalifornii.¹²³ Citlivost ke specifikům léčby žen zmiňuje i **Betty Ford Center**,¹²⁴ rovněž v Kalifornii, které poskytuje i program pro děti ve věku 7-12 let drogově závislých rodičů.

¹²² <http://www.keystonetreatment.com>

¹²³ <http://newportharborrecovery.com/womenstreatmentschedule.html>

¹²⁴ <http://www.bettyfordcenter.org/>

Vyhodnocení a závěr

Ve své práci jsem se pokusila o zmapování jednotlivých složek systému péče o závislé na nealkoholových drogách v České republice ve vztahu k léčbě žen a přinést tak ucelený pohled na programy, které se tímto specifickým problémem zabývají.

V základním průzkumu jsem zjistila informace o ucelenosti a provázanosti systému péče o závislé na nealkoholových drogách všeobecně (jednotlivé složky péče o muže i ženy bez rozdílu). K tomuto je v knihovnách a na internetu dostupná kvalitní odborná literatura česká i zahraniční, jejíž zpracování bylo hlavním podkladem pro tuto část mé práce. Zjistila jsem, že většina zařízení v našich podmínkách pracuje s klientelou bez gender aspektu (ve

125

smyslu rozdílu mezi ženou a mužem). Tato část by měla sloužit k přehledu situace v našich podmínkách, což může být alarmující ve srovnání s provázaností a počtem zařízení specializujících se na léčbu pouze žen. Naše zjištění byla dost šokující, protože počet zařízení pracujících převážně se ženami léčícími se z drogové závislosti, je čtyři! v celé České republice (nezapočítáváme sem oddělené ženské skupiny v psychiatrických léčebnách). Z toho jsou tři zařízení součástí služeb Sananim, o.s. (Denní stacionář, Doléčovací centrum, Terapeutická komunita Karlov) a jeden projekt Drop In o.p.s. (Centrum pro rodinu, program Resocializace matek). Všechny jsou centralizované do Prahy (vyjma Terapeutické komunity Karlov, jejímž vstupním filtrem je ale opět pražský Denní stacionář Sananim). Tato zařízení jsme se pokusili popsat více do hloubky, k čemuž jsme nejvíce informací získali z odborných časopisů, internetu, samozřejmě z exkurzí do zařízení a osobních konzultací s pracovníky, méně pak z odborných publikací. Jednotlivé programy mají dobře zpracovanou vlastní agendu na webových stránkách svých domovských organizací a jejich zástupci jsou vesměs vstřícní k osobnímu setkání. Profesionalita zástupců neziskových organizací (které zpravidla služby zajišťují s často nejistou garancí ministerstva a krajů)¹²⁶ a ochota informovat laickou i odbornou veřejnost ukazuje vysokou úroveň poskytovaných služeb. Bohužel jsem měla i zařázející negativní zkušenost s neochotou podávat jakékoliv informace ze strany vedoucí programu Resocializace matek Drop In o.p.s.

Všeobecně programy zaměřené na náročnou klientelu matek uživatelék vznikají často na podkladě zahraničních zkušeností a snaží se reagovat na požadavky terénu. V ostatních regionech, kromě Prahy, bohužel tato zařízení reagující na gender požadavky chybí. Překvapivé je, že ani v moravské metropoli nenajdeme žádné z nich. V praxi dochází

¹²⁵ Vobořil, J.: Gender differences - ženy jako zvláštní skupina zasluhující pozornost - review anglicky psané literatury. In: časopis Adiktologie, No: 1/2002

¹²⁶ srv. Vodenková Poláková, M.: Léčebně výchovné přístupy k drogově závislým ženám. Diplomová práce obhájena na PedF UK 2005, s. 68

k proškolení pracovníků jiných služeb (např. kontaktních či terénních pracovníků) pro práci se ženami uživatelkami nealkoholových drog, jejich stabilizaci a odeslání do specializované péče. Existují ale regiony, kde tato problematika buď není, nebo nechce být viděna. Další otázka se proto sama nabízí - Neexistuje poptávka po takových službách, nebo jde pouze o neadekvátní reakci odborné veřejnosti? Rozsah této práce neumožňuje na tuto složitou otázku odpovědět, proto může zaznít do diskuse.

Zajímavé je srovnání situace v našich podmínkách se situací v zahraničí - zejména v zemích evropských (Rakousko, Německo, Dánsko, Velká Británie) a v USA. Toto srovnání zde uvádíme pouze jako přehled rozsáhlé sítě existujících zařízení a možné inspirace pro další studium. Bohužel nebylo a není v mých možnostech žádná z uvedených míst osobně navštívit během stáže, čímž ale není snížena relevantnost uvedených základních informací.

Tato práce si klade za cíl podat základní přehled o současné situaci v péči o ženy užívající nealkoholové drogy v České republice. Během studia materiálů, setkání s pracovníky zařízení a následného psaní mé diplomové práce jsem zjistila mnoho nových informací a hlouběji porozuměla tématu.

Použitá a prostudovaná literatura

Odborná literatura:

- Bednářová, Z., Pelech, L.: Slabikář sociální práce na ulici, Doplněk, Brno 2003
- Bednářová, Z., Pelech, L.: Sociální práce na ulici-streetwork, Doplněk, Brno 1999
- Corey, G. a kol.: Techniky a přístupy ve skupinové psychoterapii, Portál, Praha 2006, ISBN 80-7367-160-3
- Drobná, H., Velemínský, J. (ed.): Systém péče o těhotné uživatelky drog, drogově závislé matky a jejich děti. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice 2006
- Hajný, M., Klouček, E., Stuchlík, R.: Akta Y - drogový problém versus rodina, Votobia, Praha 1999, ISBN 80-7220-022-4
- Hartl, P.: Komunita občanská a komunita terapeutická, Slon, Praha 1997
- Heller, J., Pecinovská, O.L.: Závislost známá neznámá, Grada, Praha 1996
- Kalina, K.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, o.s. Filia Nova, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Praha 2001
- Jonesová, E.: Terapie rodinných systémů, vývoj v milánských systemických terapiích. Konfrontace, Hradec Králové 1996
- Kalina, K. (ed.): Drogy a drogová závislost 1, Úřad vlády České republiky, Praha 2003
- Kalina, K. (ed.): Drogy a drogová závislost 2, Úřad vlády České republiky, Praha 2003
- Kooyman, M.: Terapeutická komunita pro drogově závislé I., Středočeský kraj/ Magdaléna o.p.s., Lidové noviny Praha 2004, ISBN 80-7106-876-4
- Kratochvíl, S.: Skupinová psychoterapie v praxi, Galen, Praha 2001, ISBN 80-7262-096-7
- Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie, Portál, Praha 2006, ISBN 80-7367-122-0
- Matějček, Z.: Co, kdy a jak ve výchově dětí, Portál, Praha 2007
- Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J.: Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005
- Matoušek, O.: Rodina jako instituce a vztahová síť, Slon, Praha 1993
- Matoušek, O.: Slovník sociální práce. Portál, Praha 2003
- Nerad, J.M., Neřadová, L.: Drogy a mýty, Votobia, Praha 1998
- Nešpor, K., Csémy, L., Sovinová, H.: Programy prevence závislostí a možnost jejich hodnocení, Státní zdravotní ústav, Praha 1998
- Nešpor, K.: Návykové chování a závislost, Portál, Praha 2000, ISBN 80-7178-432-X
- Nešpor, K., Provazníková, H.: Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, SZÚ, Praha 1996

Nešpor, K.: Zůstat střízlivý, Host, Brno 2006, ISBN 80-7294-206-9

Ondrejkoovič, P., Poliaková, E.: Protidrogová výchova, Veda, Bratislava, 1999, ISBN 80-224-0553-1

Píta, D.D.: Nezdravá závislost, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2000

Rhodes, T.: Terénní práce s uživateli drog. Sdružení Podané ruce Brno, Albert, Boskovice 1999

Rotgers, F.a kol.: Léčba drogových závislostí, Grada, Praha 1999, ISBN - 80-7169-836-9

Schlipppe A.von, Schweitzer, J.: Systemická terapie a poradenství, Cesta, Brno 2006 ISBN 80-7295-082-7

Trávníčková, I.: Specifické aspekty zneužívání drog u žen, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha 2001

Skála, J. et al.: Závislost na alkoholu a jiných drogách, Praha, Avicenum 1987

Verster, A., Bunning, E.: Buprenorfin: rozbor kritických otázek, Úřad vlády ČR, Praha 2007

Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence, Portál, Praha 2007, ISBN 978-80-7367-342-0

Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie, Grada, Praha 2003, ISBN 80-247-0253-3

Vymětal, J. a kol.: Obecná psychoterapie, Grada, Praha 2004, ISBN 80-247-0723-3

Vymětal, J.: Psychoterapie, Horizont, Praha 1987

Yalom, I.D.: Teorie a praxe skupinové psychoterapie, Konfrontace, Hradec Králové 1999 ISBN 80-86088-05-7

Časopisy:

Adiktologie

Konfrontace

Mladá fronta DNES

Právo a rodina

Diplomové práce:

Betka, Vojtěch: Trendy v prevenci drogových závislostí ve Švýcarsku. Diplomová práce obhájena na PedfUK Praha 2008

Poláková Vodenková, M.: Problematika těhotných žen a matek užívajících návykové látky a výchovně-léčebné přístupy k této skupině. Diplomová práce obhájena na PedfUK Praha 2005

Internetové odkazy:

www.alkoholik.cz
<http://annualreport.emcdda.europa.eu>
<http://www.bettyfordcenter.org/>
<http://www.bowlinggreenbrandywine.com>
www.drogy-info.cz
http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpravy_o_stavu_drogove_problematiky_v_evr_ope_a_v_ceske_republice_tiskove_zpravy_a_plna_zneni_vyrocnich_zprav_ke_stazeni
<http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=certifikace&SearchButton=Hledat>
www.dropin.cz
<http://www.faithbythesea.com/>
<http://www.fulshearranchacademy.com/>
<http://www.galaxrecovery.com>
<http://www.hazelden.org/web/public/wrcneedhelp.page>
<http://www.keystonetreatment.com>
www.mpsv.cz
<http://newportharborrecovery.com/womenstreatmentschedule.html>
<http://www.poradna-brno.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/ologie>
<http://www.pinegrovetreatment.com>
<http://www.piasplace.com/>
www.proyectohombre.es
<http://www.roserehab.com/>
<http://www.sananim.cz>
<http://www.safeharborhouse.com>
www.strep.cz
<http://www.theretreat.org/>
http://www.thewatershed.com/womens_treatment.html
www.tannenhof.de
<http://www.wellnessresourcecenter.com>
<http://www.winr.org>

Ostatní:

Interní materiály Terapeutické komunity Karlov Sananim

Výroční zpráva Sananim 2005

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2001, Úřad vlády ČR

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele, MPSV, Praha 2002