

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Bakalářský studijní obor Adiktologie

Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN



MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP V ADIKTOLOGII

Bakalářská práce

Autor: Macháčová Kateřina

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Datum předložení: 21. září 2009

PRAHA

Děkuji Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc. za jeho trpělivost, odborné rady a cenné komentáře, které mi poskytl v průběhu psaní práce.

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Praze 17. 8. 2009

.....

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Kateřina Macháčová

Obor: **Adiktologie**

Rok imatrikulace: 2006

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Oponent: PhDr. Jiří Libra

Počet stran: 46

Název bakalářské práce: MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP V ADIKTOLOGII

Abstrakt bakalářské práce:

Předložená práce v teoretické části shrnuje dostupné poznatky o mezioborovém přístupu v adiktologii. Na úrovni multioborovosti, charakterizuje disciplíny, které tvoří její jádro. Ukazuje, jak se tato problematika promítá do případové práce.

Cílem této bakalářské práce je srozumitelně objasnit koncept interdisciplinarity v kontextu adiktologie na úrovni konkrétního případu.

Základem praktické části práce je propracovaná případová studie klientky závislé na pervitinu, která dochází do nízkoprahového zařízení.

Výsledkem práce je propojení teoretického bádání s kazuistikou. Tato část se soustředí na vysvětlení mezioborovosti v adiktologii na základě citovaných teoretických poznatků. Dále je pozornost věnována návrhům možných intervencí na multioborové úrovni, které mohou být klientce poskytnuty v kontaktním centru v blízké budoucnosti. Zohledňují, že se nachází ve fázi kontempace, není tedy rozhodnuta, zda chce abstinovat.

V závěru práce jsou vyhodnoceny cíle práce a shrnuty výsledky.

Klíčová slova práce:

mezioborový přístup – multioborový přístup – kritické myšlení – adiktologie –
případová práce

ABSTRACT OF THE BACHELOR WORK

Name: Kateřina Macháčová

Specialization: **Addictology**

Head of the bachelor work: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Opponent: PhDr. Jiří Libra

Pages: 46

Thesis of bachelor work: INTERDISCIPLINARY APPROACH IN ADDICTOLOGY

Abstract:

In the theoretical part of my thesis, there is summarized the available knowledge of the interdisciplinary approach in Addictology. At a multidisciplinary level, the branches of science that form the core of addictology are characterised. It shows how this issue translates into the case work.

The aim of this thesis is to clearly explain the concept of interdisciplinarity in the context of addictology through the case study.

The basis of the practical part is a case study of a woman client, addicted on methamphetamine. She attends low-threshold services.

The result of this thesis is a linkage of theoretical studies to the case report. In addition, attention is drawn to the proposals of possible interventions on a multidisciplinary level that can be provided to the client in a first contact services in the near future. The proposals regard she is at the stage of contemplation, and she is not decided to abstain.

At the end of my thesis aims are evaluated and results are summarized. This section focuses on the explanation of the interdisciplinary approach in addictology on the basis of quoted theoretical knowledge.

Key words:

interdisciplinary approach – multidisciplinary approach – critical thinking –
addictology – case work

OBSAH

1.	ÚVOD	7
2.	CÍL PRÁCE	8
3.	TEORETICKÉ UKOTVENÍ	9
3.1	ZÁKLADNÍ PILÍŘE OBORU ADIKTOLOGIE	9
3.1.1	<i>Medicína</i>	10
3.1.2	<i>Klinická adiktologie</i>	12
3.1.3	<i>Psychologie, psychoterapie</i>	12
3.1.4	<i>Sociologie, sociální politika</i>	14
3.1.5	<i>Právo</i>	17
3.2	MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP	18
4.	KAZUISTIKA	21
4.1	ZÁKLADNÍ INFORMACE O KLIENTCE	21
4.2	ANAMNESTICKÉ ÚDAJE	22
4.2.1	<i>Osobní anamnéza</i>	22
4.2.2	<i>Rodinná anamnéza</i>	24
4.2.3	<i>Sociální a pracovní anamnéza</i>	26
4.2.3	<i>Drogová anamnéza</i>	29
4.3	SITUACE VÝCHOZÍHO BODU	31
4.4	USKUTEČNĚNÉ LÉČEBNÉ INTERVENCE	31
4.4.1	<i>Psychiatrické oddělení</i>	31
4.4.2	<i>Nízkoprahové kontaktní centrum</i>	32
5.	DISKUZE NAD PŘÍPADEM	33
5.1	MEDICÍNSKÉ PŘÍSTUPY	33
5.2	KLINICKÁ ADIKTOLOGIE	34
5.3	PSYCHOLOGICKÉ, PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	38
5.4	SOCIÁLNÍ PŘÍSTUPY	39
5.5	PRÁVNÍ PŘÍSTUPY	39
5.6	KOMENTÁŘ K PŘÍSTUPŮM	40
6.	ZÁVĚR	41
7.	LITERATURA	44

1. ÚVOD

Kvalifikační a specializační studium oboru adiktologie stojí na mezioborovém principu, na základech bio-psycho-sociálního přístupu. Ústředním tématem je prevence, léčba a výzkum závislostního typu chování, dochází-li k prokazatelné újmě jedince či společnosti (Miovský, 2007). Adiktologie je integrací vědních disciplín jako je medicína, sociální práce, psychologie, právo, kriminologie, sociologie, politologie, religionistika, kulturní a sociální antropologie,.... O adiktologii se tedy dá uvažovat jako o oboru, který hledá propojení mezi výše zmíněnými vědami a usiluje o celkový teoretický i praktický přístup k dané problematice. Je nezbytné, aby si adiktolog byl vědom mezí jednotlivých věd v komplexní situaci lidského života, který není redukovatelný na jednotlivosti ani součet těchto jednotlivostí. Velice zjednodušeně a obrazně by se dalo říci, že motivem pro sepsání bakalářské práce na toto téma je snaha naučit se podívat na fenomén závislostního typu chování nejen očima jednotlivých disciplín, ale především vidět charakter interdisciplinárních vazeb a celek. A to vše ve zcela konkrétní případové studii.

2. CÍLE PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je srozumitelně objasnit koncept mezioborovosti v kontextu adiktologie na úrovni konkrétního případu. Pojem mezioborovost je velmi často zmiňován v odborných publikacích, na přednáškách či konferencích. Účelem práce je tento pojem ozřejmit, aby nebyl nadále jen „mantrou, kterou všichni stále opakujeme“, ale aby se čtenář pozastavil a zamyslel nad jeho skutečným významem. Není možné se tímto tématem zabývat a neuvědomit si pojem multioborovost, který je neméně podstatný a často je s pojmem mezioborovost zaměňován. Tato slova však neznamenají totéž. Dílčím cílem této práce je tedy tyto pojmy od sebe odlišit a prakticky k nim poukázat v případové studii.

3. TEORETICKÉ UKOTVENÍ

Pro účely této práce budeme rozlišovat dvě roviny oboru adiktologie. Ta první by se dala označit jako „funkční“ či „praktická“. Na tomto místě je hlavním posláním adiktologa pomoci druhému jedinci, jeho okolí, případně celé společnosti, dochází-li prokazatelně k jejich újmě či poškození, v důsledku závislostního typu chování. K tomu je mnohdy zapotřebí několika specialistů (např. lékaře, psychoterapeuta, psychologa, sociálního pracovníka, právníka, sociologa,...). Zde je možné nahlédnout spíše multidisciplinární moment adiktologie.

Druhou rovinu adiktologie si nazvěme jako „obecnou“ či „teoretickou“. Ta se v praxi jeví jako méně hmatatelná, nicméně není méně důležitá. Více se ptá, nežli odpovídá na otázky. Táže se, co je nosným tématem mezi jednotlivými obory spoluutvářejícími adiktologii. Jaké je místo adiktologa v multidisciplinárním týmu? Jak pomáhat efektivně? A co to vlastně znamená? Je evidentní, že neexistuje univerzální způsob, jak pomoci člověku, jenž má problémy s drogami. Dokonce i multidisciplinární tým často nedokáže pomoci. Mezioborový způsob uvažování je jednou z možností, jak na tuto situaci reagovat.

Oba výše jmenované rozměry adiktologie se vzájemně prolínají. Bez jednoho není možné nahlédnout druhý a naopak.

3.1 ZÁKLADNÍ PILÍŘE OBORU ADIKTOLOGIE

Curriculum studijního oboru adiktologie je sestaveno z kmenových předmětů určených všem studentům bakalářských oborů 1. lékařské fakulty (anatomie, fyziologie, patologie a patofyziologie, biologie člověka, psychiatrie, ...), ze speciálních adiktologických předmětů (systém léčebné péče, klinická adiktologie, historie užívání návykových látek, metodologie výzkumu v adiktologii, specifické cílové skupiny v adiktologii, intervence zaměřené na rekreační užívání drog, etnické minority a migranti v kontextu drogových služeb, ...) a ze základů vědních disciplín spoluutvářejících a dotvářejících interdisciplinární obor adiktologii (úvod do sociologie a sociální psychologie, obecná a speciální psychoterapie,

základy práva, kriminologie, religionistika,...) ("Studijní plán pro I., II., III. ročník obor adiktologie v akademickém roce 2008/2009 (Prezenční forma studia)"). Když nahlédneme do výše citovaných studijních plánů, je snadné si všimnout hlavních oborů, které spoluutvářejí adiktologii. Z toho budeme vycházet v následující části, která je členěna do pěti oddílů. Jednotlivé úseky by samozřejmě šlo rozvést do celých knih, ale to zde není možné a ani nutné. Jsou to jen ukázky toho, jak lze v jednotlivých rovinách smýšlet o problematice užívání návykových látek. Nejedná se o vyčerpávající texty.

3.1.1 Medicína

Studium adiktologie je zájemcům o tento obor umožněno na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy, což je významný fakt související s tím, že medicína tvoří její jádro (Miovský, 2007).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v r. 1967 zdraví jako stav celkové tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci či poruchy (Kalina, 2003a). Později americký lékař a psychoanalytik George Libman Engel reagoval na krizi, která tehdy v psychiatrii nastala, návrhem bio-psycho-sociálního přístupu k onemocnění (Engel, 1977), který je v souladu s výše zmíněnou definicí duševního zdraví a byl také WHO rychle přijat. Bio-psycho-sociální model přispěl nejen k rozvoji psychosomatické medicíny, ale pronikl i do mnoha dalších vědních disciplín včetně adiktologie, kde tvoří jeden z jejích základních pilířů. V adiktologii se můžeme setkat s jeho modifikací, bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti (např. Kalina et al., 2008; Kudrle, 2003b; Rotgers, Keller, & Morgenstern, 1999), či jeho kombinací s kriminologickými modely (Gajdošíková, 2001). Bio-psycho-sociální přístup vychází ze zdravotnictví a pracuje s lékařskou terminologií, přitom na zdraví nahlíží v širších souvislostech (koncept zdraví dle WHO). To má své výhody, ale samozřejmě i limity (Kalina, 2003a).

Poprvé uznala Americká psychiatrická společnost diagnózu drogové závislosti v dnešním pojetí zavedením kategorie „alkoholismus“ ve Standardní klasifikaci nemocí v roce 1934 (Szasz, 1996). Avšak již na přelomu 18. a 19.

století vznikly spisy, ve kterých jsou shromážděny symptomy závislosti na alkoholu (biologická predispozice, patologická touha, toxicita drogy, farmakologická tolerance, ztráta volní kontroly při příjmu určitého množství alkoholu,...). V těchto raných dílech si můžeme povšimnout i snahy o odlišení pití jako neřesti od pití zapříčiněného nemocí (White, 2000). Na těchto příkladech je patrné, že problematika závislostí je oficiálně řazena mezi nemoci již od 30. let 20. století, avšak pokusy o její definici či zařazení mezi nemoci sahají mnohem hlouběji do minulosti. Expertní výbor pro duševní zdraví Světové zdravotnické organizace se od počátku 50. let 20. století věnoval problematice užívání alkoholu (Edwards, 2007).

Medicínské předměty tvoří přibližně třetinu studijního plánu pro studenty adiktologie, což je dáno nejen historickým vývojem biomedicínského přístupu k závislosti, ale i dalšími fakty. V první řadě je nutné zmínit, že závislost je pouze jedním z důsledků užívání návykových látek. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize jsou diagnózy pod kódy F10 – F19 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek) specifikovány do dalších oddílů. Dle potřeby bychom měli pro každou specifikovanou substanci odlišovat poškození, která mohou být způsobena. Jednat se může o akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem, jiné duševní poruchy a poruchy chování, neurčené duševní poruchy a poruchy chování ("Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize," 2004). Různé stavy s sebou nesou méně či více závažná zdravotní poškození nebo rizika. Adiktolog by měl primárně být schopen řešit některé závažné akutní nebo chronické stavy, případně lehčí zdravotní poškození. V mnoha případech však není v jeho silách ani kompetencích zastoupit roli lékaře a klientovi pomoci.

Dle Dvořáčka se v posledních 15 letech jako hlavní medicínský model závislosti prosadil model neurobiologický. Ten nahlíží závislost jako chronické recidivující onemocnění mozku (Dvořáček, 2008). Kalivas (2005) na základě neurochemických systémů v mozku rozděluje závislost do tří stádií: 1. akutní drogový efekt, 2. přechod z rekreačního užívání drog do vzorců užívání charakteristických pro závislost, 3. vytvoření závislosti.

Výše zmíněné diagnózy (F10 – F19) spadají do oboru psychiatrie, který je specializací všeobecného lékařství. Je nezbytně nutné, aby lékaři a adiktologové byli schopni vést dialog. Lékař je a vždy bude nepostradatelnou součástí komplexní péče o uživatele drog.

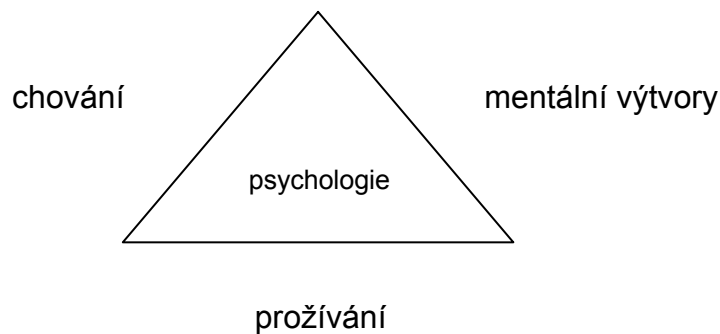
3.1.2 Klinická adiktologie

Klinická adiktologie je nově se utvářející oblast aplikované adiktologie. Její základ tvoří poznatky z odvětví psychofarmakologie návykových látek, dále poznatky etiologických a patogenetických aspektů užívání návykových látek a poznatky komplikací poruch způsobených užíváním návykových látek. Kalina (Kalina a kol., 2008, p. 12) odpovídá na otázku, co je „klinická adiktologie“ následovně: „Tento pojem zužuje ohnisko na téma relevantní pro přímou práci s pacientem či klientem. Jde tedy o „léčbu“ v širším slova smyslu, kam např. v pojetí EMCDDA patří nejen medicínské služby, ale všechny specializované služby, medicínské i nemedicínské, které jsou poskytovány současným nebo bývalým uživatelům drog v souvislosti s jejich užíváním psychotropních látek, tj. různé typy ambulantní léčby a služeb, nemocniční péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách, nízkoprahové služby zaměřené na snižování rizik plynoucích ze zneužívání drog, léčba a služby ve vězení atd.“

3.1.3 Psychologie, psychoterapie

V průběhu studia adiktologie je z oblasti psychologie pozornost věnována především vývojové a obecné psychologii. Obě tato odvětví jsou Geistem (2000, p. 212) řazena do tzv. „čisté (teoretické) psychologie“. Psychologie bývá často vymezována pomocí předmětu, jenž zkoumá (např. vědomí, chování, duše,...) Avšak i to bývá obvykle zjednodušující či nejasné. O přesnou definici většina učebnic psychologie neusiluje (Nakonečný, 2003). Pro účely této práce použijeme

schematické vymezení předmětu psychologie dle Nakonečného (2003, p. 33) následovně:



Psychoterapie doprovází studenty v průběhu celého studia, důraz je kladen na speciální a obecnou psychoterapii a v posledním ročníku i na praktický nácvik některých technik (např. základy poradenství a práce s motivací, sociálně-psychologický a poradenský výcvik). Norcross (in Norcross & Prochaska, 1999, p. 16) psychoterapii definuje: „Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.“

V této části si velice stručně shrneme, co je z této oblasti pro adiktologii podstatné.

Znalost psychologických faktorů a mechanismů vzniku a rozvoje závislosti může v praxi napomoci nejednomu adiktologovi. Na tomto místě Hajný zdůrazňuje následující témata: vztah mezi závislostí a raným dětstvím, narušený vývoj schopnosti vytvářet vztahy s druhými, neschopnost rodičů reagovat na potřeby dítěte, nedostatečná schopnost snášet nepříjemné emoce a afekty, užívání návykových látek jako náhradní prostředek separačních a individuálních tendencí, idealizace a devalvace (černobílé vidění) ve vztahu k druhým, specifická role závislosti v období dospívání (Hajný, 2003).

Aplikace psychologie a psychoterapie jsou také nedílnou součástí primární, sekundární a terciární prevence.

V primární prevenci jsou v popředí zájmu adiktologa např. prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, absence vlastního programu, poruchy chování

a učení, narušené hranice, nízké sebehodnocení u dospívajících jedinců. Tito potenciální uživatelé návykových látek často nejsou vedeni k samostatnosti, nejsou schopni otevřeně komunikovat a sdílet hodnoty s druhými.

Na úrovni sekundární prevence se zajímáme o celý životní příběh klienta a hledáme souvislosti mezi abusem návykových látek a psychologickými potížemi jedince. Pracuje se na náhledu těchto souvislostí a získání odpovědnosti za svoje chování. Z oblasti psychoterapie jsou uplatňovány léčebné prostředky, které nejčastěji souvisejí s typem psychoterapeutického výcviku terapeutického personálu. Psychoterapeutické techniky pak tým implementuje do své práce s klienty (např. do skupinové psychoterapie, individuální psychoterapie, do systému terapeutické komunity). Psychoterapeuti mohou upřednostňovat různorodé směry od behaviorálních přes psychodynamicky orientované postupy až po transcendentálně zaměřené psychoterapie. Rovněž adiktologické poradenství využívá prvky, postupy a účinné faktory psychoterapie, i když si klade méně náročné a konkrétnější cíle.

V rovině terciární prevence lze hovořit především o komplexu doléčovacích aktivit. Velký důraz je v této sekci kladen na individuální a skupinové poradenství, motivační trénink zaměřený směrem k udržení abstinence, prevenci relapsu, rodinné poradenství a edukaci rodiny.

Zapomenout nelze ani na filosofii a principy harm reduction, jež jsou na pozadí nízkoprahových zařízení, jež pracují s klienty, kteří závislost akceptují a nechtějí nebo nemohou s ní nic dělat. Zde je psychologická podpora samozřejmě také na správném místě. Použít lze např. prvky motivačních rozhovorů a krizové intervence (srv. Kudrle, 2003a).

3.1.4 Sociologie, sociální práce a politika

Společenské vědy, mezi něž řadíme sociální práci a politiku a sociologii, mají v adiktologii své nezastupitelné postavení. „Společnost“ je dle Kellera „souhrnem individuí, jednajících s ohledem na jednání druhých, a to v určitém historickém, prostorovém, kulturním a sociálním kontextu, jehož parametry mohou svým jednáním ovlivňovat jen částečně“ (Keller, 1997). Od 60. let 20. století se

drogy staly ve vyspělých zemích společenským problémem, který se dotýká mnoha sociálních skupin a vrstev, a stejně tak mnoha profesí. Začalo docházet k nárůstu užívání drog se zdravotními a sociálními důsledky, což mělo vliv na přístupy a koncepce drogových politik (Kalina, 2003b).

Sociologie zařazuje problematiku alkoholismu a toxikomanie mezi sociální deviace. V této oblasti se zabývá otázkami, co je normální a co je naopak odchylné od společensky přijatelných norem, od jakých norem se chování odlišuje (např. od zvyků, zákonných norem), do jaké míry se odlišuje (každý den nějaké normy překračujeme) a jaké následují sankce (pozitivní, negativní, formálně či neformálně stanovené). Jedná-li se o závažné deviace, pak hovoříme o sociální patologii. „Normální“ chování je v souladu se schválenými normami, je běžné, pro většinu typické. Odchylky pak mohou být vnímány jako pobuřující, amorální, neúnosné apod., a nejsou tolerovány. Přitom, co je považováno za normu, deviaci či patologii se mění společnost od společnosti, v různých společenských skupinách a v čase (v průběhu individuálních životů, mezi generacemi i historicky). Sociologické studium předpokládá znalost všech podstatných vztahů (Havlík, 1997).

Lidé se od raných dob sdružovali a formovali si sociální systémy, v nichž žili podle určitých pravidel v sociálním řádu. Utvářeli si sítě vzájemných vztahů, aby mohli vykonávat alespoň základní sociální funkce (žít, pracovat, bydlet, žít se, reprodukovat se). Vznikaly tak nejrůznější instituce a lidé si začali rozdělovat společenské role. Přitom pamatovali i na své členy, kteří měli omezené zdravotní předpoklady ke společnému životu a práci, tudíž i k rozdělování. Dle Tomeše v zájmu udržení pořádku mezi lidmi musí sociální systémy plnit hospodářskou, socializační, integrační a reintegrační, kontrolní a solidaritní, vzájemnostní funkci (Tomeš, 1996). Všechny, vyjma hospodářské funkce, se v adiktologické praxi uplatňují.

Socializační, integrační a reintegrační funkce umožňují lidem stát se sociálními tvory a začlenit se do společenských systémů, příp. se do nich znova začlenit, pokud z nich z jakéhokoli důvodu vypadli. Tyto funkce plní rodina, vzdělávací instituce, obec a státní i nestátní organizace (Tomeš, 1996). V adiktologii se setkáváme s klienty, u nichž dochází k narušení primární

socializace na různých vývojových úrovních. Jedním z úkolů skupinové psychoterapie je pak poskytnout danému klientovi korektivní zkušenost (Dvořák, 2003). Integrační a reintegrační funkce v adiktologických službách nejvíce naplňuje následná péče, která v širším pojetí pracuje na přípravě podmínek pro klientův život bez drog (Kuda, 2008).

Kontrolní funkce plní státní instituce (např. soudy, policie,...) a různé nevládní subjekty (Tomeš, 1996). V adiktologii se to promítá např. do snižování nabídky drog, což je pojem užívaný pro širokou škálu opatření vytvořených za účelem zastavení či omezení výroby a distribuce kontrolovaných drog (Kalina, 2003b).

Solidaritní a vzájemnostní funkce plní sociální instituce (sociální pojištění, podpora a pomoc, sociální služby) (Tomeš, 1996).

Navrátil (2003) doporučuje při práci s uživateli návykových látek klást si následující otázky, které pomohou zmapovat sociální fungování, respektive rysy životní situace klienta:

- Jak vidí svou životní situaci sám klient?
- Které požadavky prostředí klient v důsledku konzumu návykových látek nezvládá, a jaké z toho plynou problémy?
- Které požadavky prostředí klient obtížně zvládá v důsledku odcizení a nedůvěry vůči většinové společnosti a jejím institucím, a jaké z toho plynou potíže?
- Na jaké předsudky klient naráží, a jaké potíže z toho pro něj vyplývají?
- Ke kterým možnostem uspokojit své potřeby, má klient ztížený přístup, a jaké problémy z toho pro něj vyplývají? Které příležitosti uspokojit své potřeby jsou pro klienta, dle jeho názoru dostupné?
- Má klient potíže s uplatněním svých potřeb, přání nebo požadavků, a jaké mu z toho plynou problémy? Kam se obrací se svými požadavky a tužbami bez problémů a proč?
- Má klient psychické nebo vztahové problémy, které plynou z jeho zkušeností?

- Jaké přednosti vyplývající z osobní zkušenosti klienta by se mohly stát zdrojem jeho lepšího sociálního fungování?
- Má životní situace klienta nějaké ojedinělé rysy, které je třeba při řešení jeho situace vzít v potaz?
- Jaké informace, služby nebo prožitky klient potřebuje, aby překonal omezení a využil potenciální přednosti, které vyplývají z jeho situace?
- Odpovídají služby, které mohu nabídnout nebo zprostředkovat klientovi jeho představám o vhodné pomoci?

3.1.5 Právo

O právu se dá smýšlet jako o výkonném systému ideje spravedlnosti. Prakticky se v adiktologii promítá do drogové politiky. „Od roku 1990 již mezinárodní společenství (v Globálním akčním plánu VS OSN z r. 1991) charakterizuje problém drog jako problém globální“ (Kalina, 2003b, p. 15). Z tohoto důvodu jsou aktivní jak jednotlivá regionální seskupení (Evropská unie, Organizace amerických států,...), tak i celosvětové instituce (OSN, WHO). Klíčový význam má Organizace spojených národů a na její půdě uzavřené mezinárodní dohody týkající se omamných a psychotropních látek: Úmluva o omamných látkách, Úmluva o psychotropních látkách, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách (Sotolář, 2003). Úmluvy OSN jsou především zaměřeny na potlačování nezákonného trhu s drogami. Jejich cílem je tedy snížit nabídku drog. Nezákonný trh má však i stranu poptávky, proto stanovil Globální akční plán VS OSN z roku 1991 jako cíl „vyvážený přístup“, který má znamenat vyváženost mezi prevencí a represí (Kalina, 2003b).

Signatářské země musí přijmout legislativní a správní opatření, která jsou nutná k omezení produkce, výroby, vývozu, dovozu, distribuce, obchodu, použití a přechovávání omamných a psychotropních látek. Úmluvy OSN obsahují také rozsáhlá trestní ustanovení. Ta požadují, aby smluvní strany učinily opatření (s výhradou svých ústavních předpisů) nezbytná k zabránění pěstování, produkce, výroby, těžby, přípravy, držby, nabídky, distribuce, koupě, prodeje,

zprostředkování, odeslání, tranzitu, dopravy, dovozu, a vývozu omamných a psychotropních látek a aby tyto i jakékoliv jiné činy, které odporují těmto úmluvám, byly považovány za trestné činy, jsou-li spáchány úmyslně. V již citovaných úmluvách převažuje represe, která má v reakci státu nezastupitelné místo. Avšak možnosti represe jsou omezené, proto je v rámci celosvětové drogové politiky prosazován vyvážený přístup. Dále úmluvy umožňují, aby si otázku vhodnosti postihu, za dané trestné činy řešili jednotlivé státy flexibilně (možnosti využití alternativních trestů). Dodržována bývá také zásada zohledňující situaci člověka, jež trestnou činnost páchá (zda se jedná o aktivního uživatele návykových látek či distributora, který s nimi manipuluje ze ziskových důvodů). Motivy pachatelů však bývají vždy důkladně prověřovány (Sotolář, 2003).

3.2 MEZIOBOROVÝ PŘÍSTUP

Vzdělávání adiktologů je koncipováno jako mezioborové. Miovský (2007) vysvětluje, že obor adiktologie nevznikl procesem diverzifikace, nýbrž soustředěním se na určité významné tematické ohnisko. Dále upozorňuje, že oba procesy je nutno chápat jako vzájemně se doplňující, kdy každý z nich reflektuje jiné potřeby a perspektivy pohledu na problém. Vzhledem ke komplexnosti problematiky tzv. závislostního typu chování, je nutné aby adiktologii tvořilo rozsáhlé seskupení oborů (viz kapitola 3.1). „Absolvent musí zvládnout základní poznatky a slovník těchto oborů a dokázat je integrovat do interdisciplinární aplikace v adiktologii. Šířka záběru znemožňuje příliš hluboké teoretické poznatky v jednotlivých disciplínách, ty však, jak ukazuje praxe, nejsou tak významné jako naopak komplexní přístup a dovednost komunikovat se všemi relevantními odborníky, kteří jsou pak v případě indikace určení právě k tomu, aby v dílčích oblastech šli do takové hloubky, do jaké je potřeba“ (Miovský, 2007, p. 145). Studium adiktologie poskytuje svým žákům výborné vzdělání na úrovni základů jednotlivých speciálněvědních disciplín spoluutvářejících adiktologii i v tzv. adiktologických předmětech. Kde však hledat interdisciplinaritu?

Interdisciplinarita bývá ve slovníku popisována např. jako „metoda propojení a aktivní spolupráce mezi různými vědami za účelem dosažení integrovaného a

synergického výsledku v teoretické i praktické odborné činnosti, ve vědě i výzkumu“ (Kohoutek, 2005-2006). Interdisciplinární je jsoucí mezi odbornými odvětvími. Pojem vyjadřuje potřebu propojit jednotlivé speciálněvědní disciplíny. Krámský (2008) se táže, na povahu onoho propojení a zda není interdisciplinarita více, než jen souřadnou provázaností, o níž se lze dočíst. Hledá ono koncepční propojení a provázanost v univerzitním vzdělávání, kdy upozorňuje že sjednocenost vzdělání má univerzita přímo ve svém názvu (unum = jedno). Vědění univerzitního odborníka tedy není vázáno na to, že ví mnohé z jednotlivých vědních oborů, ale že se k předmětu svého vědění vztahuje jako k celku. Student získává univerzální vzdělání tím, že z vědění mnohého se skrze jeho kultivaci odvíjí myšlení problémové a reflexivně kritické. Je nutné, aby se naučil problematizovat a ptát se, což je prostor pro manifestaci jednoty, která se nazývá interdisciplinarity. Kritickým myšlením lze zpřítomnit skutečnost, že každá speciálněvědní disciplína je především oborem ve své oblasti zkoumání, jenž lze nahlédnout jako určitý problém, a nebrat jej tak jako hotovou a samozřejmou danost. Je možné překročit hranice vědního oboru a tázat se po předpokladech, na kterých stojí. Potom je i možné jej vnímat a vymezit ve vazbě k jiným speciálněvědním oblastem.

Podle Kaliny¹ si studium adiktologie klade jasný cíl: vzdělat *interdisciplinárního* odborníka, který bude schopen „novým“ způsobem propojit znalosti z různých oborů ve prospěch klienta adiktologických služeb. S tím se shoduje studijní plán, který umožňuje vzdělání ve všech potřebných oblastech. Toto vzdělání je však zajištěno *multidisciplinárním* pedagogickým týmem, sestaveným z kompetentních odborníků v jednotlivých oblastech, kteří ale sami většinou nejsou příliš *interdisciplinární*. Stejně tak je dvousvazková publikace „Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup“ z roku 2003, sestavena *multidisciplinárním* kolektivem autorů. Co tedy vytváří celek jako systém, který je „více než součet jeho částí“, jako „dobrý tvar“ ve smyslu gestalt psychologie?

Dle mého subjektivního názoru propojuje výklad jednotlivých pedagogů, či kapitoly v monografii motivace pomoci druhým lidem uchopit svůj život samostatně do svých rukou, uschopnit je k svobodnému rozhodování. Tato motivace

¹ Studijní komunikace pro účely této práce, 2009; nepublikováno.

uschopňuje nejen studenty k „pohybu v mezioborovém prostoru“, zakládaném reflexí, kritickým myšlením, problematizováním. Učinit z toho studijní plán je však problém. V průběhu studia adiktologie jsem vnímala interdisciplinaritu jen při některých přednáškách. To, co měly všechny společné, byl způsob jakým byly přednášeny. Vyučující zde předváděli nejen znalosti a studená fakta, ale byli i osobním vzorem, na kterém je vidět osobní angažovanost, „zasvěcenost“ oboru. To zda absolvent studijního programu adiktologie vnímá celek jako systém, však záleží nejen na pedagogovi, ale i na studentovi a jeho vztahu ke svému oboru, životu.

4. KAZUISTIKA

Pro zvolené téma mezioborového přístupu v adiktologii jsme vybrali studium jednoho příběhu, což umožňuje zachytit složitost případu v jeho různých dimenzích, popis vztahů mezi jednotlivými událostmi a zachycení celistvosti případu. Základ kazuistiky je sestaven z informací, které mi poskytla na základě několika rozhovorů sama klientka. Naše setkání probíhala v kontaktním centru (dále také KC) náhodně, neplánovaně. Mnohé údaje jsou pozměněny (např. jméno, místo jejího působení,...) tak, aby bylo zachováno soukromí klientky. Ta se zpracováním svého příběhu pro studijní účely souhlasila. Jelikož se jedná o kazuistiku, která má sloužit k didaktickým účelům, nikoliv k výzkumným, nejsou z průběhu rozhovorů pořízeny zvukové záznamy. Písemné záznamy byly prováděny vždy bezprostředně po rozhovoru bez účasti klientky. Mezioborový přístup by se měl promítnout v každé případové práci adiktologa, proto nebylo nutné hledat kazuistiku, která by byla něčím výjimečná. Ilustrovat jej lze na jakémkoliv případě.

4.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O KLIENTCE

Případová práce pojednává o klientce Adrianě (27 let), narozené 12. ledna 1982. Její hlavní užívanou drogou je metamfetamin (pervitin). Adriana je klientkou nízkoprahového zařízení. V současnosti se nachází v nepříznivém období, které ji nutí zamyslet se nad sebou a svým životním stylem. Je ve fázi kontempace. Je schopná v jedné větě říci, že chce svou situaci změnit a v následující větě vše popřít.

4.2 ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

4.2.1 Osobní anamnéza

Zdravotní anamnéza

Klientka Adriana prodělala běžné dětské nemoci. Již od útlého věku trpěla častými akutními tonsilitidami (2-3 ročně). V 5 letech z tohoto důvodu byla přibližně 14 dní hospitalizována v nemocnici. V 10 letech si při jízdě na kole zlomila ruku v lokti. Zranění si vyžádalo několikadenní pozorování na dětské chirurgii. Když byla klientka na konci 6. třídy základní školy podstoupila na doporučení dětské lékařky tonsilektomii. Pobyt v nemocnici v souvislosti s touto operací trval 4 dny. Po cca 5 dnech rekonvalescence nastala komplikace a klientka byla převezena zpět do nemocnice, tentokrát na 3 dny. Na jiné závažnější nemoci či hospitalizace si nevpomněla.

Od 13 let Adriana bojovala s mírnou nadváhou. Pomocí „hladovek“ se snažila zhubnout. Několikadenní půst vždy střídalo nezdravé přejídání. Prý se dostala i do bulimické fáze, kdy se přejídala a následně vše vyzvracela. Tímto životním stylem nápadně zhubla během krátké doby o více než 10 kg své tělesné hmotnosti. Uvedla, že v souvislosti s touto poruchou měla kožní potíže (popraskaná kůže na rukou) a zažívací problémy (průjmy, zácpy, bolesti břicha).

Adrianě vyšly negativní výsledky orientačních screeningových testů prováděných v kontaktním centru na HIV a syfilis. Pozitivní nález byl zjištěn u virové hepatitidy typu C. Klientce byla doporučena návštěva specializovaného jaterního centra, kde je možné výsledky ověřit. Adriana uvedla, že měla opakovaně nechráněný pohlavní styk s náhodnou známostí. V posledních letech se chová mnohem opatrněji. Sdílení jehel či jiných parafernálií, se prý vždy vyhýbala. Když přešla k injekční aplikaci, kupovala si jehly v lékárnách. Asi po roce začala navštěvovat kontaktní centrum, kde si materiál měnila. Stále si jehly kupovala i v lékárně, ale tam se obávala, že potká někoho známého, proto preferovala KC. Pamatuje si, že opakovaně užila drogu jehlou, kterou použil někdo jiný. Téměř pravidelně používala jednu jehlu opakovaně (nejčastěji 2x).

Jednou se předávkovala pervitinem – cca na 3 hodiny strnula a nemohla se hnout. Stav překonala bez zásahu lékaře. Několikrát měla abscesy, ale vždy samy zmizely.

Psychologicko-psychiatrická anamnéza

Adriana naplňuje kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize pro diagnózu F15.2 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu – syndrom závislosti).

Klientka byla ve 13 letech donucena matkou navštívit psychologa, kvůli poruchám příjmu potravy. K psychologovi docházela pravidelně půl roku, ale dle jejích slov to k ničemu nevedlo. Stále chtěla zhubnout, na sezeních se snažila říkat to, co chtěl psycholog slyšet. Kontakt s ním byl postupně přerušen. Adriana popisovala, že se kvůli tomu doma často hádali s matkou i otcem. Nakonec prý „zvítězila“.

Myšlenky na sebevraždu měla v minulosti opakovaně, ale spíše v rovině, co by se potom dělo. Smrti se bojí. Toxickou psychózu si uvědomuje 5 krát. Při poslední epizodě si sedla do vlakového kolejiště. Když zahlédla vlak, stihla si lehnout. Následně byla převezena do psychiatrické léčebny. Celé si to si pamatuje dopodrobna.

V současnosti trpí „depresemi“. Má problémy se spánkem a cítí se neklidná. Vše se zhoršilo od té doby, co se odstěhovala z bytu, který ji rodiče „půjčili“.

Sexuální život

Adriana zahájila sexuální život ve 14 letech. Orientací je heterosexuálka, obtíže v sexuální oblasti nejuje. Náhodné známosti doprovázely celou její drogovou kariéru. Tvrdí, že nikdy kvůli drogám neprostitovala a své sexuální chování nepovažuje za promiskuitní. Znásilněna prý nikdy nebyla. Hormonální antikoncepci Adriana užívala v počátcích své drogové kariéry, pak ji vysadila.

4.2.2 Rodinná anamnéza

Adriana vyrůstala v Jablonci nad Nisou, kde žila se svými rodiči a o 5 let mladší sestrou Marcelou v panelovém bytě. Když bylo Adrianě 18 let, rodiče se rozvedli. Adriana od své primární rodiny odešla v 15 letech k babičce do Liberce. Hlavním důvodem bylo její přijetí na střední školu v Liberci. O prarodičích z otcovy strany nemluvila vůbec. Babička z matčiny strany je velice důležitou osobou v Adrianině životě, děda zemřel, když bylo Adrianě 7 let.

Matka

Adriana popisuje svou matku (49), z období, kdy ještě žili všichni ve společné domácnosti, jako velice pořádkumilovnou ženu, obětující se pro rodinu. Adriana charakterizovala tehdejší vztah s matkou jako velice komplikovaný plný neshod a nepochopení. Matku často vnímala jako nesamostatnou, neschopnou cokoliv zařídit. Navíc se jí zdálo, že dělá vše, co jí otec řekne bez ohledu na sebe a svou vůli. Tehdy její matka pracovala v květinářství, ačkoliv je vyučená švadlenou. Adriana si vzpomíná na to, jak její matka celé dny nevařila, když byl doma nějaký problém (například otec se z nějakého důvodu rozčílil). Marcela s Adrianou většinou takové dny trávili zavřené v dětském pokoji, ze kterého téměř nevycházely. Jedly bonbóny a sušenky. Jindy zase jejich rodina fungovala zcela normálně, jezdili společně na výlety, na hrady a zámky nebo do přírody. Adriana to hodnotila slovy, že všechno dění záleželo na konkrétní situaci v rodině, buď fungovalo všechno tak jak má, nebo nefungovalo nic.

Nyní je Adrianina matka zaměstnaná v galanterii a žije se svým přítelem na vsi nedaleko od Liberce. Adrianin vztah s matkou se v posledních několika letech výrazně zlepšil. Adriana to připisuje na vrub matce, protože se prý po rozvodu změnila k lepšímu. Naučila se žít bez otce, vzrostlo jí sebevědomí, a tím stoupla v očích své dcery. Matčina přítelkyně Adriana zná už přibližně dva roky. Znepokojuje ji jeho vztah k alkoholu. Adriana se domnívá, že nadměrně pije a má trochu obavy o svou matku.

Otec

O otci (53) mluvila Adriana zprvu velice rozpačitě. Prozradila, že nadměrně užíval alkohol, což byl hlavní důvod pro rozvod manželství jejich rodičů. Adriana si

vybavuje, že když chodila na základní školu, nebylo výjimkou, že se otec vracel domů z práce nadmíru opilý. Často nebyl schopen chůze, vracel se otlučený, byl agresivní, zvracel po bytě. Otec své dcery často posílal nakoupit alkohol. Na tyto dny se klientka snaží zapomenout. Na druhou stranu si Adriana pamatuje hezké dny, kdy se otec o ně staral a fungoval. Byl zaměstnán v divadle a často tam své dcery brával na různá představení, ukazoval jim i zákulisí a kostými. Adriana dodnes na tyto dny vzpomíná s úsměvem na rtech a říká, že to byly nejhezčí okamžiky jejího dětství. V období, kdy se rodiče rozváděli, cítila úlevu. Tušila, že její matce to prospěje. Krátce po rozvodu manželství Adrianin otec podstoupil střednědobou ústavní léčbu závislosti na alkoholu a dodnes abstinguje. V současné době pracuje opět v divadle, tentokrát však v Praze, kde má i přítelkyni, se kterou žije. Adriana s ní byla seznámena a nemá proti ní výhrady. Je to prý milá paní ve středních letech.

Sestra

Adrianina sestra Marcela (22) se vyučila švadlenou a následně si na textilní škole dodělala maturitu. Zpočátku hovoří Adriana o své sestře velice afektovaně a našťvaně. Vysvětluje mi, že Marcela ji velice zklamala, nejvíce z celé rodiny. Po chvíli se o své sestře rozmluví klidněji. V dětství si prý dobře rozuměly a měly hezký vztah. Problémy s otcem je hodně sblížovaly. Dokonce Marcela začala jezdit na stejný dětský tábor, na který jezdila Adriana. Sestry tak spolu trávily i prázdniny a měly společné přátele. Mnoho věcí se však změnilo v období, kdy zemřela jejich babička. Adrianě byl neoficiálně předán byt, ve kterém žila společně s babičkou a její sestra to vnímala jako velikou nespravedlivost. Když Marcela dostudovala, měla problém najít si zaměstnání. Adriana říká, že si hledala samé divné brigády a nebyla se schopná sama uživit. Žila proto nadále se svou matkou v Jablonci nad Nisou. Také prý často střídala partnery. Půjčovala si peníze od přátel a rodiny, u všech se zadlužila. Utekla s přítelem do Německa, ale po třech měsících se vrátila domů. Dnes se s Adrianou vůbec nestýkají. Adriana tvrdí, že si nemají, co říci.

Babička

Adriana se v 15 letech odstěhovala k babičce z matčiny strany. Tehdy se jí líbila představa, že bude žít bez rodičů. Babičce bylo 70 let a během následujících

několika let se začal její zdravotní stav postupně zhoršovat. Začala se projevovat stařecká demence a Adriana musela na babičku čím dál tím častěji dohlížet. Se zhoršujícím se babiččíným zdravím, se výrazně měnil i Adrianin vztah k ní k horšímu. Babička zemřela ve věku 77 let v nemocnici po prodělání cévní mozkové příhody. Adriana o její smrti hovořila jako o svém vysvobození. Během přibližně posledního roku a půl k babičce docházela také ošetřovatelka, která Adrianě s péčí o babičku výrazně pomáhala. Adriana přesto měla pocit, že ji péče o babičku příliš zaměstnává a omezuje a zato ji nenáviděla.

Adriana se v období posledního půl roku nesešla s nikým z rodiny. Odstěhovala se z bytu a kontaktu s otcem se vyhýbá.

4.2.3 Sociální a pracovní anamnéza

Vzdělání a záliby

Adriana prospívala na základní škole průměrně. Běžně byla hodnocena známkami 2-3. Na prvním stupni základní školy zapadala do kolektivu bezproblémově. Avšak na druhém stupni začala oproti spolužačkám rychle růst a fyzicky dospívat. Také přibrala na váze. Cítila se neforemně, kleslo jí sebevědomí a měla pocit, že do kolektivu již nezapadá tak, jako dříve. O prázdninách po ukončení 7. třídy ZŠ jela Adriana poprvé na dětský letní tábor, na kterém se jí tolik zalíbilo, že tam jezdila opakovaně do 20 let. Našla si tam plno kamarádů, kterým důvěřovala. Po absolvování základní školy Adriana nastoupila na rodinnou střední školu. Studium jí příliš nebavilo, leč dokončila jej bez problémů. Se spolužáky si prý příliš nerozuměla a ani se o to nesnažila. Zdáli se jí pubertální a ona se mezi nimi necítila dobře. Navíc jejich přátelství nepotřebovala, protože měla mnoho starších kamarádů z tábora, se kterými se setkávala nejen o prázdninách, ale i v průběhu celého školního roku, nejvíce v prvním ročníku.

Adriana prý nikdy žádné trvalé koníčky neměla až na balet. Na základní škole chodila 2 roky do umělecké školy na hodiny baletu, ale potom ji to rodiče rozmluvili. Stále jí říkali, že tam začala chodit pozdě (ve 3. třídě ZŠ), a proto nikdy nedožene ty nejlepší baletky, které trénují od 5 let. Adrianu to prý mrzelo, hrozně si přála být dobrá. Navíc jí vyčítali, že to stojí moc peněz. Pak jí řekli, ať si najde

něco jiného, že tam už ji nepustí. Za své největší životní hobby považuje dětské tábory. Když tam začala jezdit, cítila se tam prý opravdu dobře a nikdy se jí nechtělo jet domů. Nejvíce jí to tam však bavilo z pozice instruktorky. Ten poslední rok, kdy tábor navštívila, se s celou partou vedoucích a instruktorů opakovaně hádala. Předmětem hádek bylo její excesivní užívání alkoholu, které překročilo tolerované hranice. Adriana nedokázala druhý den „fungovat“. To, že Adriana nadměrně pije, upozorovali její kamarádi prý už dříve a několikrát jí to vytkli. Také se jí snažili domluvit. Nabízeli jí pomoc, ale Adriana jim nevěřila. Měla pocit, že už ji nemají rádi. Rozešla se s nimi ve zlém.

Zaměstnání, zdroj financí

V průběhu studia střední školy Adriana dostávala od rodičů kapesné a peníze, které jí měly pokrýt náklady na živobytí s babičkou. Podle jejího názoru byly však nedostačující, proto si již od 15 let přivydělávala různými brigádami. Nejčastěji to byly úklidy různých bytů a nebytových prostor. Ve druhém ročníku střední školy si našla novou brigádu, a to v nočním tanečním klubu, kde pracovala bez pracovní smlouvy.

Po maturitě si našla první zaměstnání na plný úvazek. Jednalo se o práci sekretářky ve větší firmě. Zde byla zaměstnána necelý rok, následně ji vyhodili. Poté střídala asi 2 roky mnoho různých profesí a krátkodobých brigád (dělnické profese, prodejna oděvů, práce za barem, šatnářka v divadle,...). Neměla dostatek peněz na drogy. Tyto problémy řešila různými půjčkami (kontokorentní úvěr, Home Credit, Cofidis). Adriana měla pocit, že všechno zvládá a má pod kontrolou. Starala se o babičku postiženou stařeckou demencí, rodina to od ní očekávala. Adriana mluvila o tom, že neměla na výběr. Měla pocit, že nemůže požádat rodiče o pomoc, jelikož by je zklamala. Babičku z velké části však obstarávala i pečovatelka, bez jejíž pomoci, by nebylo možné, aby Adriana chodila do zaměstnání. Nejdelší její období nezaměstnanosti trvalo 4 měsíce. Klientka vzpomíná, že to bylo v období, kdy zemřela babička.

Nové zaměstnání si Adriana hledala pod tlakem rodičů. Ti jí pod podmínkou, že bude mít stálé zaměstnání, slíbili, že jí nechají byt po babičce. Adrianě se podařilo najít zaměstnání poměrně rychle. Nastoupila na pozici

barmanky v nočním tanečním klubu. Byl to podobný klub, jako ten, ve kterém brigádně pracovala ještě na střední škole. V klubu má velice dobrý přístup k návykovým látkám.

Dluhy Adrianě vznikly u Všeobecné zdravotní pojišťovny (pracuje už 4 roky nelegálně a nehradí si pojištění, dále byla celkem cca 7- 8 měsíců nezaměstnaná a současně nebyla nahlášena na pracovním úřadě). Výši dluhu si zatím nezjistila. Půjčku u Home Credit si vzala ve výši 100 000 Kč. Kontokorentní úvěr může čerpat do -20 000 Kč.

Bydlení

Adriana od 15 let bydlela se svou babičkou v prostorném dvoupokojovém bytě v Liberci. Babička tam měla svůj pokoj a Adriana také. Společnou měly koupelnu s WC a kuchyň. Po babiččině smrti byl byt v panelovém domě neoficiálně Adrianin (nebyl na ni přepsán, ale rodiče ji tam nechali bydlet s tím, že později na ní byt přepíší), což byl první spouštěč hádek mezi ní a její sestrou Marcelou, která to vnímala jako velkou křivdu. Adriana žila po smrti babičky v bytě sama s náhodnými známostmi. Když někdo z kamarádů z klubu potřeboval někde přespat, tak mu Adriana nabídla svůj byt. Nikdy si k sobě nikoho nenastěhovala natrvalo. Poplatky za služby a energie platila nepravidelně, peníze odesílala na účet otci, který náklady bydlení hradil. Adriana mu měla dávat pouhou polovinu nákladů, což byla jejich soukromá domluva. Když Adriana otci nezaplatila dohodnutou částku, tak si vždycky našla nějakou výmluvu a otec peníze už zpětně nikdy nevyžadoval, i když ji upozornil, že pokud se to bude opakovat, že jí byt sebere. Takhle to šlo několik let. Adriana nabyla jistoty, že ji otec stejně nevyhodí. Z bytu se odstěhovala poté, co jí bylo doručeno usnesení o nařízení exekuce. Přespává buď v zaměstnání, nebo různě po kamarádech. Toto období trvá poslední půl rok a klientce se o tom příliš mluvit nechce.

Právní problémy

Klientka se dostala do potíží se splácením půjček. Obdržela soudní usnesení o nařízení exekuce. Je podmíněčně odsouzena za zpronevěru firemních peněz.

Důležité osoby

Adriana nikdy neměla vážnou známost. Tvrdila, že nejdéle chodila s klukem na základní škole. Připouští, že by si chtěla najít stálého partnera. Má však pocit, že je ve vztazích „smolařka“, a proto doposud stálého partnera nenašla.

Pro Adrianu byli vždy velice důležití kamarádi z tábora. Tuto partu lidí si v určitém asi dvouletém období cenila více, než svou rodinu. V partě asi 40 lidí měla asi 3 opravdu blízké osoby. Nestýká se s nimi od té doby, co pracuje v nočním klubu. Nyní by je však ráda viděla, stýská se jí.

V klubu si našla nové přátele a známé, avšak nemá mezi nimi žádnou spřízněnou duši, či blízkého člověka.

4.2.4 Drogová anamnéza

Adriana začala pít alkohol ve 14 letech. Hodně se rozpila v 15 letech na dětském táboře, kde byla v pozici instruktorky. Popisuje, že chtěla mezi starší vedoucí a instruktory, které v té době již považovala za přátele, lépe zapadnout. Moc si přála do té party patřit. Viděla, že všichni se oddávají alkoholu, zpěvu a tanci skoro každý večer, nechtěla o to přijít. Výše zmínění přátelé se rituálně scházeli každý týden v restauraci, kde si povídali o všem, co je v životě potkává, a popíjeli alkohol. Samozřejmě přizvali i Adrianu jako novou instruktorku. Ta byla nadšená, že partu lidí, kterou má velice ráda neuvidí už jen jednou do roka na táboře, ale bude se s nimi moci stýkat každý týden. Adriana tak začala již od prvního ročníku střední školy pít pravidelně i přes týden. V průběhu celé střední školy chodila na setkání s táborovými kamarády téměř pravidelně. Později to omezila na návštěvu přibližně jednou za měsíc. Nejčastěji tam požila 6-8 velkých piv. Někdy i více. Pila i tvrdý alkohol nebo víno. Celá parta se setkávala i k příležitosti nejružnějších oslav (např. Velikonoce, narozeninové oslavy, svatby, hodnocení tábora,...), a to průměrně jednou za měsíc. Tam Adriana prý nikdy nesměla chybět a téměř pokaždé se tam opila, tolik, že následný den trpěla palimpsesty. Uvědomuje si, že alkohol je pro ni problém. Nikdy od něj neabstinovala. Kombinovala ho i s pervitinem a extází.

Tabákové výrobky kouřila od 13 let. Konopné drogy ji prý nikdy příliš nezajímaly, ale i tak je několikrát vyzkoušela. Poprvé ve 14 letech.

O stimulancia se klientka začala zajímat již na základní škole, kdy se usilovně snažila snížit svou tělesnou hmotnost (vážila cca 65 kg při 170cm). V 8. třídě základní školy začala chodit na různé taneční párty, kde poprvé užila ve 14 letech extázi. Zpočátku jen občas, pak si už nedokázala představit večírek, kde by ji neužila. Před rodiči to tajila, vždy tvrdila, že spí u kamarádky. Extázi brala víkendově cca 4 roky. Nejintenzivněji první rok, potom začala experimentovat s pervitinem. Pervitin označuje jako svou hlavní drogu. Užívat ho začala intranasálně v 15 letech. Říkala, že to chtěla vyzkoušet. Navíc jí imponovalo, že stimulancia snižují chuť k jídlu. Zpočátku pervitin užívala zřídka (max. 1 krát do měsíce), dominantní látkou byla extáze. V 1. ročníku střední školy, když se Adriana odstěhovala od rodičů, se celá její situace změnila. Adriana si našla nové přátele mezi vrstevníky ve škole, začala žít bez dohledu rodičů, a tak začala pervitin vyhledávat čím dál tím častěji. Závislosti se neobávala, myslela si, že jí se to nikdy nemůže stát. Poprvé si klientka aplikovala pervitin injekčně v 19 letech. Pořád ho užívala víkendově. Intervaly mezi jednotlivými aplikacemi se pozvolna zkracovali. Přibližně po dvou letech klientka užívala obden/denně. V současnosti užívá cca 0,50g-0,75g denně ve 2-3 dávkách. Několikrát vyzkoušela i kokain, ale ten je pro ni prý příliš drahý, proto preferuje pervitin.

Heroin, braun ani jiné opiáty klientka nikdy neužila. LSD užívala na střední škole od 17 do 19 let průměrně 2-3krát za rok. Psylocibin užívala experimentálně sezónně ve věku kolem 18 let. Jednou experimentálně užila i organická rozpouštědla, prý ryze ze zvědavosti. Farmaka nikdy neužívala jinak, než k léčebným účelům v množství předepsaném lékařem.

Adriana svou drogovou kariéru pečlivě tajila před rodiči. Adriana ví, že rodiče to už vědí, ale přesto jim to nikdy nepřiznala. Vždy to popírala.

4.3 SITUACE VÝCHOZÍHO BODU

Adriana je klientkou nízkoprahového kontaktního centra pro drogově závislé, kde opakovaně proběhla naše setkání. Klientka je závislá na pervitinu (F15.2), který užívá celkem 12 let, z toho 8 let injekčně. Nachází se v situaci, kdy nemá, kde bydlet, přátel již také mnoho nemá. Rodina je na ni rozezlena. Před několika týdny jí vyšly pozitivní testy na virovou hepatitidu C.

4.4 USKUTEČNĚNÉ LÉČEBNÉ INTERVENCE

Adriana je v současnosti klientkou nízkoprahového kontaktního centra. Dříve se nepokoušela abstinovat od pervitinu ani jiných návykových látek. Léčebné intervence, které probíhají, či proběhly, byly poskytnuty dvěma odlišnými zařízeními. Jednalo se o psychiatrické oddělení nemocnice a nízkoprahové kontaktní centrum.

4.4.1 Psychiatrické oddělení

Klientka byla ve 26 letech převezena na uzavřené oddělení psychiatrie poté, co si pod vlivem toxické psychózy sedla do vlakového kolejiště. Před jedoucím vlakem se na poslední chvíli zachránila tím, že si lehla. Adriana hovořila o tom, že si ten stav dopodrobna pamatuje. Prý ve stavu psychózy podlehla pocitu, že vlak zastaví. Lehnout si stihla na poslední chvíli. Svědek incidentu jí přivolal sanitu, která ji převezla do nemocnice. Tam proběhla různá vyšetření, která si klientka již přesně nevybavuje. Byla zaléčena psychofarmaky, ale nepamatuje si jakými. V nemocnici zůstala hospitalizována několik dní. Při pobytu na psychiatrii o tom hovořila s psychologem i psychiatrem. Oba se shodli, že by měla vyhledat abstinčně orientovanou léčbu závislosti na pervitinu. Adriana souhlasila, avšak po několika dnech si to rozmyslela a z nemocnice na revers odešla. Dodnes má ze zážitku trauma. Událost se jí vrací ve snech. Obává se, že by se to mohlo někdy opakovat, a že by to nemusela přežít.

4.4.2 Nízkoprahové kontaktní centrum

Klientka dochází do nízkoprahového centra od 20 let. O tomto zařízení se dozvěděla od lidí, kteří jí dávali, příp. prodávali drogy. Zpočátku si tam jen měnila jehly a snažila se tam trávit co nejméně času. Injekční materiál si kupovala i v lékárnách. Tam se však obávala chodit, aby ji někdo ze známých nepoznal a nevšiml si, co kupuje. To byl důvod, proč začala chodit do KC častěji. Postupně se pracovníkům zdařilo navázat s ní kontakt a poučit ji o bezpečné intravenózní aplikaci drogy. O jednotlivých službách, které jí zařízení může poskytnout, věděla od svých známých z drogového prostředí. Postupem času začala některé další využívat. Jednalo se především o základní zdravotní ošetření (několikrát si nechala ošetřit absces), testování na infekční nemoci (součástí bylo i předtestové a potestové poradenství) - využila možnosti screeningového testování na hepatitis, HIV, syfilis).

5. DISKUZE NAD PŘÍPADEM

Tato kapitola se zaměřuje na intervence, které bychom mohli za určitých okolností aplikovat pro to, abychom Adrianě v dané situaci pomohli. Postupovat budeme dle teoretické části (kapitola 3). Vycházíme z údajů, jež o klientce víme, a jsou uvedeny v kapitole 4. Všechny intervence jsou poskytovány kontaktním centrem a soustředěny do blízké budoucnosti. Vycházejí z možností daného zařízení.

5.1 Medicínský přístup

Klientka naplňuje kritéria diagnózy F15.2 dle MKN - 10. revize. Adriana se ve 26 letech ve stavu toxické psychózy ohrozila na životě. Byla převezena na psychiatrické oddělení nemocnice. Tam přiznala, že užívá metamfetaminy. Lékař jí po důkladném vyšetření přiřkl výše zmíněnou diagnózu. Na uzavřeném lůžkovém psychiatrickém oddělení nemocnice strávila několik dní. Byla rozhodnuta, že tam zůstane a začne svou situaci řešit. Začala uvažovat o léčbě. Po několika dnech však utekla na revers. Dále u ní při téže hospitalizaci byla diagnostikována psychotická porucha způsobená užíváním stimulantů (F15.5).

Adrianě pozitivně reagoval orientační test na virovou hepatitidu typu C. Zatím nenavštívila hepatologa, aby provedl konfirmační test. V případě potvrzení positivity, by klientka potřebovala léčbu interferony, která vyžaduje abstinenci a spolupráci, ke které není doposud klientka motivována. Ze somatických potíží spojených s abúzem návykových látek uvedla, že občas měla abscesy, které nevyžadovaly lékařskou pomoc. Kontaktní centrum jí může nabídnout asistenci k hematologovi, dále jí dle potřeb poskytne drobné lékařské ošetření.

Z hlediska neurobiologického modelu závislosti, lze hovořit o umělém zdroji odměny (drogy) pro tzv. „systém odměny“, který organismu slouží k přežití. Člověk potřebuje např. k reprodukci a pocitu tělesné pohody zažívat pocity libosti (přirozené zdroje odměny jsou např. sex, přijímání potravy). „Systém odměny“ je propojen s pamětí, aby si mozek zvýšil pravděpodobnost zopakování pocitu libosti. Stresové systémy v mozku zvyšují pravděpodobnost přežití vyhýbáním se

situacím s negativním biologickým významem. Další mozkové struktury úzce spojené se „systémem odměny“ slouží k výběru komplikovaných strategií chování k dosahování odměny. Klientka se dle klasifikace Kalivase (2005) nachází ve stadiu „vytvořené závislosti“. To se projevuje tak, že mozek chce rychlou odměnu (což droga je), chce ji hned, nechce vyvíjet komplikované strategie a nemyslí příliš do budoucnosti. Výše popsané nutkové chování se projevuje ve všech oblastech klientova chování.

5.2 Klinická adiktologie

Psychofarmakologie návykových látek

Klientka Adriana uvedla jako svou hlavní drogu pervitin (metamfetamin), což je psychomotorické stimulantium patřící do skupiny budivých aminů. Užití pervitinu zvyšuje motoriku, ovlivňuje psychické funkce, snižuje únavu a chuť k jídlu, uvolňuje v těle zásoby energie. Adriana popisovala, že chtěla věci lépe stíhat (péči o babičku, školu, později zaměstnání). Navíc jí imponovalo, že pervitin snižuje chuť k jídlu. Již od 13 let měla potíže s příjmem potravy. Fáze přejídání kompenzovala nejprve hladovkami, pak i zvracením. Pervitin také zvyšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Adriana uvedla, že nikdy neměla pevný dlouhodobý partnerský vztah, ale že po něm touží. Účinek drogy jí mohl napomáhat navazovat kontakty s cizími lidmi na parties. Poruchy spánku, deprese, podvýživa, toxické psychózy a vznik závislosti jsou důsledky dlouhodobého užívání pervitinu, které klientka popisovala.

Etiologie a patogenetické aspekty užívání návykových látek

Vývoj duševní poruchy lze uspořádat do schématu - dispozice, zranitelnost, spouštěče, porucha, úzdrava/chronizace. Pokusme se dle tohoto schématu zhodnotit Adrianu, dle informací, které o ní máme.

Dispozice – genetické a vrozené faktory. Adriana uvedla, že její otec je vyléčený alkoholik. Jistá predispozice k užívání návykových látek se tedy dá přiřknout genetickým faktorům.

Zranitelnost – dispozice potencované emočním vývojem v primární rodině. Adriana mluvila o svém koníčku, lekcích baletu. V souvislosti s tím mluvila o tom, že chtěla být dobrá. Rodiče jí přestali v baletu podporovat a přímo jí opakovaně vysvětlovali, že začala trénovat příliš pozdě na to, aby byla nejlepší. Z takového jednání lze tušit výchovu směřovanou k dokonalosti. Takové jednání v období, kdy si dítě buduje sebevědomí, je dosti ohrožující. Ústředním tématem vývoje (dle Eriksonových stádií vývoje) je konflikt „snaživost vs. pocit méněcennosti“. Nepřiměřené nároky na úspěch ze strany dospělých a neadekvátní odrazování od baletu se podepsali na Adrianině nízkém sebehodnocení a její důvěře ve své schopnosti.

Adriana také hovořila o tom, že matka byla ve svém chování a jednání podřízena otci. V případech, kdy nebylo něco v pořádku, se přestávala o rodinu starat. Adriana zdůrazňovala, že matka i celé dny nevařila. Toto patologické zacházení s jídlem se mohlo podepsat spolu s dalšími faktory (např. perfekcionalisticky orientovaná výchova) na vzniku poruchy příjmu potravy u klientky. Ta uvádí, že ačkoliv chodila k psychologovi, necítila, že by u ní došlo ke změně. Pervitin jakožto její hlavní droga, jí měl pomoci zhubnout a obstát. Být výkonná.

Spouštěče – životní události, nezvládnuté vývojové úkoly, nároky dospívání, sociální a skupinové vlivy. Na Adrianu byly doma kladeny vysoké nároky, dále se u nich v rodině patologicky zacházelo se stravováním a Adriana se dostala do obtíží s příjmem potravy. To vše ji motivovalo k tomu, aby zkusila na party, kam se dostala ve 14 letech, stimulační drogy. Když odešla v 15 letech bydlet k babičce, tak se její rizikové chování ještě zesílilo. Adriana zmínila, že první sexuální zážitek má již od 14 let, což je velice brzy. De facto dříve než došlo k utvoření její identity. Sexuální sblížení s druhou osobou ji mohlo dosti zasáhnout z hlediska vývoje a poznamenat ji oslabeným sebeovládáním, nedostatkem „pevnosti“, spolehlivosti a stálosti. Shrneme-li to, tak spouštěče, o nichž víme již nyní (další se odkrývají klientce i terapeutovi v průběhu léčby) jsou: orientace na výkon ve výchově, patologické zacházení se stravou, touha klientky zhubnout a z tohoto důvodu její zvýšený zájem o stimulantia již od 13 let.

Porucha. Klientčina závislost se manifestovala v průběhu středoškolského studia, kdy se postupně z rekreačního užívání a experimentování s různými návykovými látkami, rozvíjel syndrom závislosti.

Úzdrava/chronizace. Adrianina porucha přešla do chronicity. Klientka není motivována k abstinenci orientované léčbě.

Komplikace poruch způsobených užíváním návykových látek

Adriana uvedla, že prodělala 5 toxických psychóz. Poslední epizoda mohla mít fatální důsledky. Klientka se s touto skutečností doposud nevyrovnala, vrací se jí ve snech, má strach, že se to bude opakovat a ona nevyvázne živá. Dále uvádí, že nyní trpí depresemi a poruchami spánku. Z hlediska somatických komplikací je klientka ohrožena malnutricí, abscesy, poruchami gastrointestinálního traktu. Dále je u ní zjištěna hepatitida typu C.

U klientky je vysoká pravděpodobnost tzv. „duální diagnózy“ (F15.2 a poruchy příjmu potravy). Adriana uvedla, že jednou z motivací pro užívání stimulantů, byl jejich anorektický účinek. V anamnéze má zaznamenáno období, kdy docházela k psychologovi řešit problémy s přijímáním potravy. Dle jejích slov, se však tehdy nic nevyřešilo. Dalo by se říci, že klientka nahradila poruchy příjmu potravy drogovou závislostí. Tato fakta je nutné zohlednit při případné léčbě i adiktologickém poradenství v KC.

Klientka se od známých doslechla o kontaktním centru. Začala jej navštěvovat z důvodu harm reduction (využívala výměnný program). O jiné služby neměla zájem. Její sociální status se za poslední půl rok výrazně snížil (nemá, kde bydlet, nestýká se s rodinou, pracuje nelegálně,...) a to jí přimělo využít další služby KC (hygienický servis, zdravotní ošetření, testování virových onemocnění,...). Ten, kdo klientce „otevřít dveře“ do zařízení, musí také posoudit, jaké intervence jsou pro ni nejvhodnější. Matching zohledňuje nejen diagnostická kritéria, ale i další okolnosti, ve kterých se klient nachází. Pokusme se tedy komplexně zhodnotit fakta, jež o klientce víme a indikovat ji do vhodného zařízení. Vše je hypotetické a závisí na motivační práci s klientkou, která je prozatím v ambivalenci, neví, zda chce či nechce změnu.

Adriana se nikdy nepokoušela abstinovat, ačkoliv jednou o této možnosti uvažovala. Během své drogové kariéry se jednou předávkovala – stav překonala bez zásahu lékaře. Pětkrát prožila stav toxické psychózy, poslední průběh byl velmi závažný – byla hospitalizována. Nemáme žádné specifické informace o průběhu jejích příznaků z odnětí drogy, nemůžeme tedy posoudit potenciál pro akutní intoxikaci nebo abstinenční příznaky.

Z hlediska biomedicínských komplikací lze stručně zhodnotit: klientka má podezření na hepatitis typu C – při potvrzení positivity je třeba zahájit ambulantní dlouhodobou léčbu interferony. Nezbytností jsou pravidelné lékařské kontroly hepatologa. Dále si stěžuje na zažívací potíže, také je podvyživena a je možno pozorovat kožní dermatitidy v oblasti předloktí, o nichž nemluvila.

Klientka popisuje „deprese“, dále je pravděpodobné, že její léčba by byla komplikovaná poruchami příjmu potravy, o kterých hovořila v souvislosti s pubertou a obdobím před počátkem drogové kariéry. V potaz připadá tzv. „duální diagnóza“.

Z hlediska motivace se klientka nachází ve stadiu „kontemplace“. Zvažuje, zda chce změnit svůj životní styl. Kvalitní motivační práce jí může pomoci do fáze „rozhodování“ a následné „akce“.

Klientka má vysoký potenciál pro relaps. Nemá zázemí (bydliště ani podporu okolí). Užívá dlouhodobě vysoké dávky pervitinu.

Adriana v současnosti nemá přátele mezi lidmi z nedrogového prostředí. Se svou primární rodinou nekomunikuje přibližně půl roku. Uvedla, že nikdy neměla dlouhodobý partnerský vztah.

Klientka by byla pravděpodobně indikována pro detoxifikaci a následnou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě. Důvody: dlouhodobá drogová kariéra klientky, vysoký potenciál pro relaps, problémy s motivovaností k abstinenci, špatné sociální zázemí, pracuje nelegálně, právní problémy, potřeba dohledu hepatologa.

5.3 Psychologické a psychoterapeutické přístupy

Psychologické faktory a mechanismy vzniku a rozvoje závislosti jsme zmínili výše v oddíle „klinické adiktologie“. Klinická adiktologie se s psychologickými a psychoterapeutickými přístupy prolíná. Na tomto místě se zaměříme na psychologicko-psychoterapeutické poradenské intervence, které by mělo Adrianě poskytnout KC. Ty by samozřejmě také mohly být uvedeny v části „klinické adiktologie“.

Adrianě je 27 let a od 19 let užívá intravenózně pervitin. Za další látku, se kterou má závažný problém, považuje alkohol. Klientka se nachází v životní situaci, kterou můžeme shrnout následovně: je závislá na pervitinu, screenigový test poukázal na hepatitis typu C, je podvyživená, trpí depresemi, poruchami spánku, nemá bydlení ani legální zaměstnání, není v kontaktu s lidmi z nedrogového prostředí (rodinou ani přáteli). Adriana je klientkou nízkoprahového zařízení. Stručně popíšeme, jaké intervence by klientce mohly být poskytnuty.

Navázání kontaktu

Klientka do KC dochází již řadu let, přesto nikdy nesouhlasila s individuálním sezením, na kterém by mohla řešit své problémy. V kontaktním centru se zdržuje častěji poslední půl rok. Pravidelně chodí využívat hygienický servis a výměnný program. Několikrát využila zdravotnických služeb (ošetření abscesu, testování infekcí).

Motivační rozhovory

Klientka není rozhodnutá pro abstinenci orientovanou léčbu. Na „kole změny“ (Prochaska & DiClemente in Miller & Rollnick, 2004) se nachází v kontemplaci. Toto stádium je charakteristické ambivalencí. Klientka uvažuje a mluví o změně své situace, současně však nechce do léčby. V této fázi je nutné nic neuspěchat, nenutit klientku abstinovat. Spíše ji podpořit v tom, aby se rozhodla pro změnu, např. ji vyzveme, aby sepsala seznam výhod a nevýhod výchozího stavu a změny. Klientka by se měla při kvalitní práci týmu po nějakém čase posunout do fáze rozhodování, kdy již bude mít vytvořený náhled své situace a bude si vědoma toho, že by se svou situací měla něco dělat. Bude se rozhodovat, zda ten krok má nebo nemá učinit.

Krizová intervence

V případě, že se klientka dostane do krizové situace, ví, že jí tým kontaktního centra poskytne pomoc, případně i po telefonu.

Individuální poradenství

Klientka je sice ve fázi kontempace, ale to není důvod, proč jí nenabídnout zda si o tom nechce popovídat v klidu s jedním z pracovníků KC, bez přítomnosti ostatních klientů v kontaktní místnosti. Přestože Adriana opakovaně odmítla nabízené poradenství, může se nacházet v situaci, kdy jej přijme, právě nyní. Pokud by klientka svolila, potom by bylo třeba s ní pracovat na zformulování zakázky a motivaci. Vzhledem ke stádiu kontempace, je nutné klientku podporovat, aby učinila další krok.

5.4 Sociální přístupy

V praxi kontaktního centra můžeme klientce z této oblasti nabídnout několik intervencí či služeb.

Sociální práce

Klientce je nabídnuto sociální poradenství. Adriana je v situaci, kdy má nelegální zaměstnání, ztratila bydlení, není v kontaktu s rodinou, nemá přátele z nedrogového prostředí. Adriana není registrována na úřadu práce. Vzniká jí dluh u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tým je ochoten klientce pomoci nalézt legální zaměstnání. To znamená, že jí pomohou sepsat životopis, poskytnou ji telefon, když si bude potřebovat zavolat do pracovní agentury. Doklady má Adriana v pořádku. Pomohou jí také vyřešit dluhy. Klientka je v situaci, kdy nemá bydlení. I tento problém se dá ve spolupráci s týmem řešit.

5.5 Právní přístup

Klientka byla podmíněně odsouzena za zpronevěru (§ 248 trestního zákona). Adriana má dosti dluhů, ale neví kolik. Obdržela soudní usnesení o

nařízení exekuce. V kontaktním centru jí mohou zprostředkovat právní poradenství. K tomu je však potřeba klientčina spolupráce a aktivita. Je nezbytné, aby si sama klientka zjistila, komu dluží peníze a v jaké výši.

5.6 Komentář k přístupům

Na této situaci je zřetelně vidět, že Adriana, která se nachází ve stádiu kontempace, unikla pozornosti týmu kontaktního centra. Je jí stále nabízen výměnný program a intervence související s harm reduction. A to bez ohledu na to, jak dlouho tam dochází. Kontaktní pracovníci jsou klíčovými osobami, které by měli klientce dodat kompetenci učinit rozhodnutí změnit se. Klientka docházela do kontaktního centra řadu let pouze měnit použitý injekční materiál za čistý. Tato výměna by se měla vždy uskutečňovat v průběhu kontaktu. Ptáme se klienta, jak se mu daří, všímáme si evidentních změn, přemýšlíme o jeho situaci,... Pracovníci se nechali odradit tím, že klientka odmítala individuální konzultaci a po čase se jí přestali ptát. Nevěděli o tom, že se situace Adriany v období posledního půl roku značně změnila. To je však zásadní chyba. Přestali reflektovat klientčinu situaci. Zřejmě ztratili motivaci pomoci Adrianě získat zpět svou svobodu, možnost rozhodovat se, otevírat si svůj život v možnostech.

Každý odborník v „pomáhající profesi“ by si měl stále ujasňovat, proč zrovna on chce pomáhat druhým, pomáhat těm, o nichž si myslí, že si již z vlastních sil nedokážou pomoci sami. Je důležité klást si otázku: jak se mi přihodilo, že zrovna já si na „smysl života“ odpovídám tak, že chci pomáhat druhým. Dále by si měl zodpovědět otázku, jak ho tato motivace předznamenává, posiluje a omezuje pro to uspět ve svém povolání. Pracovník kontaktního centra, ale i kdokoli jiný, kdo pracuje v „pomáhající profesi“, by měl reflektovat svou vlastní motivaci pomáhat.

6. ZÁVĚR

V práci jsem si zvolila jako obecný cíl, srozumitelně objasnit koncept mezioborovosti v kontextu adiktologie na úrovni konkrétního případu. Dále jsem si kladla dílčí cíl, poukázat na rozdílnost významových obsahů pojmů „multioborový přístup“ a „mezioborový přístup“ a prakticky k nim poukázat v téže případové studii. Výše zmíněné cíle se zdařilo z větší části naplnit. Teoretická východiska práce jsou demonstrována v kazuistice. Mezioborový přístup je „prostorem“, který vzniká přesahem daných faktů kritickou reflexí, úsilím o porozumění člověku jako lidské bytosti a jeho místa v celku dnešního světa. Je to oblast myšlení slovy velice těžce uchopitelná, odkazující k „filosofické“ reflexi. Multidisciplinární přístup v adiktologii a intervence směřované od několika specializovaných odborníků ke klientovi jsou nenahraditelné. Práce v týmu je pro pomoc závislému nezbytná. Adiktolog coby člen multidisciplinárního týmu, má zcela specifickou roli tím, že dokáže uvažovat v širších souvislostech a „mezioborovém prostoru“. Mezioborový a multioborový přístup jsou dvě odlišné roviny adiktologie, obě jsou stejně významné, prolínají se a je nutné si je uvědomovat.

Téma mezioborového přístupu je v odborné adiktologické obci málo diskutované a zaslouží si více pozornosti. Přestože se může význam mezioborového přístupu v adiktologii jevit na první pohled samozřejmý, není tomu tak. Jistě by bylo zajímavé se tématem zabývat více do hloubky, případně udělat průzkum mezi odborníky v adiktologii nebo studenty oboru adiktologie s námětem, v čem vidí onu interdisciplinární provázanost jednotlivých speciálněvědních oborů, jež adiktologii spoluutvářejí.

Jak jsem již řekla na začátku, obor adiktologie je charakterizován multidisciplinárním i interdisciplinárním přístupem (Miovský, 2007). Podívejme se v této části, jak se na základě výše uvedené kapitoly „Mezioborový přístup“ dá o této problematice smýšlet v kontextu adiktologie. Základem nám budiž teze, že „celek je více než součet jeho částí“ (Bertalanffy, 1968). Adiktologie je sloučením mnoha vědních regionů a přesto je něčím víc než jen jejich pouhým součtem. Interdisciplinaritu nelze hledat v součtu poznatků jednotlivých speciálněvědních oborů spoluutvářejících adiktologii. Takový součet by se dal označit spíše jako multidisciplinarita, mnoho oborů vedle sebe.

Mezioborovost je něčím, co je „mezi“, je prostorem, který vytváří kritická reflexe faktů, teorií, předpokladů konkrétních speciálněvědních disciplín. Když se dozvídáme medicínská, psychologická, sociálněvědní, právní, psychoterapeutická a jiná data, fakta, teorie, pohledy na člověka při studiu adiktologie, pak se dozvídáme informace, které vyhodnocujeme z hlediska využití budoucích kompetencí pro pomoc klientům adiktologických služeb. Zároveň si však musíme být vědomi toho, že jednotlivé speciálněvědní přístupy mohou být různé, a že v rámci každého z nich lze najít určitá oprávnění, která přináší něco „nového“, „zajímavého“, „dobrého“. Současně každé z nich má své výhody a nevýhody či omezení. Ani jeden z těchto přístupů nevyčerpává plně vše, co může ten daný speciálněvědní pohled na člověka přinést. A stejně tak jednotlivé disciplíny jako celek nevyčerpávají člověka jako takového.

Uvedme zcela konkrétní příklad pro snazší pochopení: Adiktolog si je vědom toho, že v psychoterapii existuje mnoho směrů a škol. Ví, že každý z nich může být účinný, ale zároveň ví, že např. psychoanalytické psychoterapie nevyčerpávají všechno, co psychoterapie jako věda může klientovi přinést. Rozhodne-li se ve své praxi používat psychoanalytické terapie, tak si nemyslí, že jsou jediné správné. Takto by měl adiktolog přemýšlet v rámci jednotlivých oborů spoluutvářejících adiktologii, na úrovni multidisciplinarity. Do „interdisciplinárního prostoru“ přechází tehdy, když na základě této zkušenosti začne přemýšlet o tom, že pokud neexistuje v rámci psychoterapie jeden správný přístup pro pomoc člověku, pak ani v rámci věd není jeden speciálněvědní obor, díky němuž budeme schopni klientovi pomoci. A když poznání všech těchto speciálních věd sečteme, stále to nebude vypovídat o člověku vše. Každý z přístupů, disciplín redukuje celek člověka a adiktolog by si toho měl být vědom a měl by zvažovat, kdy je tato redukce pro pomoc klientovi, ještě přínosná.

Speciálněvědní disciplíny i jejich jednotlivé přístupy, mají své hranice a meze, platí jen za určitých předpokladů, a proto jsou uplatnitelné a přínosné jen v některých případech. Samy ani v součtu tyto disciplíny mnohdy konkrétního člověka závislosti nezbaví. Také je významné se ptát, jak se člověku přihodí to, že ztratí svou svobodu rozhodovat se ve světě a vytvářet si lidské možnosti naplnění

života. Jak tuto schopnost obnovit? Co vlastně ztratil, proč a jak to získá zpět? A jak mu v tom může adiktolog pomoci?

Takto lze interdisciplinaritu vyložit jako prostor mezi vědami, který vzniká kritickým myšlením, „filosofickou“ reflexí. V tomto prostoru lze prověřit nástroje, postupy, metody, které student získává a bude užívat pro svou kompetenci. Je potřeba vědět o jejich mezích a o tom, že existují i jiné. V každém okamžiku si uvědomovat, proč a v jakých souvislostech je lze užít. Přemýšlet, reflektovat, problematizovat a pak se vrátit „zpět“ z „interdisciplinárního prostoru“, neboť je třeba účinně jednat.

7. POUŽITÁ LITERATURA

- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In: K. Kalina a kol.: *Základy klinické adiktologie* (1. ed.). Praha: Grada Publishing.
- Dvořák, D. (2003). Sociální rehabilitace. In: K. Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Edwards, G. (2007). How the 1977 World Health Organization report on alcohol-related disabilities came to be written: a provisional analysis. *Addiction*, 102(11), 1711-1721.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Gajdošíková, H. (2001). Nástin historie právní úpravy drogových trestných činů na historickém území Čech, Moravy a Slezska *Adiktologie*, 1, 14 - 22.
- Geist, B. (2000). *Psychologický slovník* (2. ed.). Praha: Vodnář.
- Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Havlík, R. (1997). *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum.
- Kalina, K. (2003a). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Kalina, K. (2003b). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie* (1. ed.). Praha: Grada Publishing.
- Kalivas, P. W. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Keller, J. (1997). *Úvod do sociologie* (4. ed.). Praha: Sociologické nakladatelství.

- Kohoutek, R. (2005-2006). ABZ slovník cizích slov. Retrieved February 22, 2009, from <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/interdisciplinarita>
- Krámský, D. (2008). *O povaze humanitních věd*. Liberec: Nakladatelství Bor.
- Kuda, A. (2008). Sociální rehabilitace a následná péče. In: K. Kalina a kol.: *Základy klinické adiktologie* (1. ed.). Praha: Grada Publishing.
- Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Kudrle, S. (2003b). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. (2004). Retrieved March 24, 2009, from <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/881-mkn-10-mezinarodni-klasifikace-nemoci.html>
- Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7(2), 138-153.
- Nakonečný, M. (2003). *Úvod do psychologie* (1. ed.). Praha: Academia.
- Navrátil, P. (2003). Sociální práce. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1999). *Psychoterapeutické systémy - průřez teoriemi* (4. ed.). Praha: Grada Publishing.
- Rotgers, F., Keller, D. S., & Morgenstern, J. (1999). *Léčba drogových závislostí* (M. Hajný & M. Sláchalová, Trans. 1. ed.). Praha: Grada Publishing.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování* (1. ed.). Tišnov: SCAN
- Studijní plán pro I.,II.,III. ročník obor adiktologie. (Prezenční forma studia). Karolinka, akademický rok 2008/2009. Praha: Univerzita Karlova.

- Sotolář, A. (2003). Úmluvy OSN a zahraniční legislativa o omamných a psychotropních látkách. In: K. Kalina a kol.: *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 1* (1. ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Szasz, T. S. (1996). *Ceremoniální chemie: Rituální perzekuce drog, toxikomanů a dealerů: Všechno, co chcete říct drogovému establishmentu (a on to nechce slyšet)*. (M. Konvička, Trans.). Olomouc: Votobia.
- Tomeš, I. (1996). *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost* (1 ed.). Praha: SOCIOPRESS.
- White, W. L. (2000). Addiction as a Disease: Birth of a Concept [Electronic Version]. *Counselor*, 1, 46-51. Retrieved July 5, 2009, from <http://www.bhrm.org/papers/Counselor1.pdf>

Identifikační záznam:

MACHAČOVÁ, Kateřina. *Mezioborový přístup v adiktologii. [Interdisciplinary approach in Addictology]*. Praha, 2009. 46 s., Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum Adiktologie / Psychiatrická klinika 1. LF a VFN 2009. Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.