

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Eva Rubášová

Kontrolované užívání a specifické poradenské přístupy k podpoře abstinence klientů
v nízkoprahovém zařízení

Controlled usage and specific counseling approaches to promote abstinence of
clients in low-threshold facility

Bakalářská práce

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

Praha
2012

Prohlášení

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

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

V Praze

jméno a příjmení

.....

Identifikační záznam

RUBÁŠOVÁ, Eva. *Kontrolované užívání a specifické poradenské přístupy k podpoře abstinence klientů v nízkoprahovém zařízení [Controlled usage and specific counseling approaches to promote abstinence of clients in low-threshold facility]*. Praha. 2012. 117 s., 2 příl. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce, Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce panu Doc. MUDr. et PhDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. za odborné vedení, lidský přístup a rady při zpracování bakalářské práce.

Obsah

1 Úvod.....	Chyba! Záložka není definována.9
2 Teoretická část	11
2.1 Syndrom závislosti - neurobiologické aspekty vzniku závislosti a systém odměny	11
2.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti v nízko-prahových programech	15
2.3 Abstinence bez podpory chráněného prostředí.....	16
2.4 Adiktologické poradenství v procesu změny	20
2.5 Metoda regulace užívání návykových látek a kontrolované užívání.....	24
2.6 Psychoterapeutické možnosti nízkoprahových programů.....	26
2.7 Nápomocné faktory v resocializaci klienta	29
3 Výzkumná část studie případových ilustrací bakalářské práce.....	32
3.1 Úvod do problematiky případových ilustrací.....	32
3.1.1 Cíle studia případových ilustrací.....	32
3.1.2 Výzkumný soubor, etika výzkumu.....	32
3.1.3 Použité metody (získání a zpracování).....	34
3.1.4 Způsob analýzy dat.....	36
3.2 Anamnestické informace.....	36
3.3 Integrace/ resumé vývoje onemocnění a intervenčních opatření.....	41
3.3.1 Resumé vývoje dlouhodobého abúzu NL.....	41
3.3.2 Resumé vývoje intervenčních opatření nízkoprahového centra	44
3.4 Mapování rizikových faktorů a problematických fází případů	49
3.5 Význam nízkoprahového centra z pohledu dlouhodobých uživatelů návykových látek	52
4 Diskuze a závěry.....	57
4.1 Specifika kontrolovaně užívajících a abstinujících klientů.....	57

4. 2	Návrh doporučených adiktologických intervencí a zprostředkování v bodech 61	
4. 3	Diskuze a závěry.....	62

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá problematikou kontrolovaného užívání a abstinence u dlouhodobých uživatelů ilegálních drog, kteří ukončili drogovou kariéru, nebo výrazným způsobem změnil dosavadní životní styl bez podpory ústavní a rezidenční léčby. Syndrom závislosti a abúzus ilegálních látek je z hlediska procesu úzdravy spojován s léčbou v „kamenných“ zařízeních specializujících se na léčbu drogových závislostí. Výzkumné studie zabývající se ukončením nebo výraznou regulací užívání drog u dlouhodobých uživatelů rozšiřují málo prozkoumanou oblast, kterou představuje samovolně řízená a s minimální podporou dosažená změna (abstinence, regulace abúzu). Studie případových ilustrací dlouhodobých uživatelů drog předkládá názornou ukázkou možnosti dosažení změny bez pobytu v ústavním zařízení a vyzdvihuje interindividuální odlišnosti, které jsou při procesu indikace, diagnostiky a doporučení z hlediska adiktologických odborníků stěžejní. Konkrétně poukazuje na intervenční možnosti nízkoprahového centra, jako výchozího programu při zamítnutí jiné odborné pomoci ze strany klientů. Z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního modelu a neurobiologického modelu závislosti je nastíněn možný rámec poradenského procesu se zvláštním zřetelem na účinné faktory terapie a se zohledněním zpětné vazby na průběh poradenského procesu od dlouhodobých uživatelů ilegálních drog s využitím clusterové analýzy. Téma významu nízkoprahového centra z pohledu dlouhodobých uživatelů představuje významný cíl studie případových ilustrací. Stěžejním tématem jsou rizikové faktory procesu změny a cílené zjištění odlišností mezi skupinou abstinujících a kontrolovaně užívajících klientů, které přinášejí významné poznatky pro proces plánování intervenčních opatření.

Klíčová slova: neurobiologie závislosti - abstinence - kontrolované užívání drog - adiktologické poradenství - nízkoprahové zařízení - motivace

Summary

The bachelor thesis deals with the topic of abstinence and controlled drug use in former long-term users of illegal drugs who have terminated their drug use or made significant changes to their hitherto lifestyle while not being aided by an institutional or residential therapy. When it comes to the process of rehabilitation, the addiction and illegal substance abuse syndrome is associated with therapy conducted in brick-and-mortar institutions that specialize in the treatment of drug addiction. Research studies concerned with significant regulation or termination of drug use in long-time abusers broaden the little explored area that the self-regulated, minimum support transition is (abstinence, abuse control). A case study of long-term drug users presents a hands-on example of the possibility to achieve transitive change without the need to be stationed in an institutional facility. It also accentuates interpersonal differences, which are essential in the process of indication, diagnosis, and recommendation, according to addiction specialists. In particular, the study points out intervention possibilities of the low-threshold center, which constitute the default program that is employed when the client refuses professional help of any other sort. From the perspective of the bio-psycho-socio-spiritual model and the neurobiological addiction model, a possible framework for the consultation-therapeutic process is outlined, with a special regard for effective therapy factors, while taking into account the feedback that has been acquired about the consulting process from long-term illegal drug users by using cluster analysis. The topic of low-threshold centers as viewed by long-time users constitutes a significant goal of the case study. The most important topic of the thesis is risk factors in the transition process along with targeted determination of differences between the abstaining client and clients who are controlled users. Such differences produce knowledge that proves important in the process of planning intervention measures.

Key words: neurobiology of addiction - abstinence - controlled drug use - addiction counselling - low-threshold devices/services – motivation

Úvod

Hlavní důvody vzniku této práce vycházejí ze snahy poukázat na problematiku kontrolovaného užívání a abstinence u dlouhodobých uživatelů ilegálních drog – konkrétně klientů nízkoprahového centra, kteří se rozhodli k výrazné změně dosavadního životního stylu a opustili rámec závislostního vzorce chování bez podpory ústavní léčby. Léčba závislosti ilegálních drog zůstává empirickou doménou a výlučným spojením s ústavními zařízeními. Do této oblasti směřuje většina výzkumů i indikací klientů z řad odborníků; okruh samovolně řízené abstinence a kontrolovaného užívání zůstává v rámci adiktologických témat značně opomíjený.

Tato bakalářská práce, která je studií několika případových ilustrací, vychází z výzkumů, jež se věnují procesům změny u dlouhodobých uživatelů z hlediska transformace identity (jako bazálního principu pro proces nastartování změny) a z procesu kontroly nad užívanou látkou. Ve studii případových ilustrací naznačím význam bio-psycho-socio-spirituálního a neurobiologického modelu závislosti v souvislosti s individualizací poradenského procesu. Dále bude popisován rámec poradenských a psychologických přístupů, jež lze s výhodou aplikovat a využívat i na pomezí nízkoprahových programů.

Dlouhodobé užívání ilegálních drog a syndrom závislosti nemusí být nutně přímou indikací klienta do ústavního zařízení. Subsidiarita nízkoprahových programů je podle principu Harm reduction a kompetentnosti klienta k rozhodnutí o možnosti podpory v procesu změny klíčová. Uvedené případové ilustrace jsou zkoumány z více pohledů; a to na základě rozdělení do skupiny abstinujících a kontrolovaně užívajících klientů, kdy se pokusím vymezit specifika odlišující zmíněné kategorie z hlediska vzniku, udržování a rozvoje závislostního chování. Dále pak popsat odlišnosti potřeb s ohledem na teoretický podklad BPSS modelu a integrovat rizikové faktory procesu změny u obou popisovaných skupin.

Proces změny a význam podpůrných faktorů při ukončení dlouhodobého abúzu bez podpory ústavní léčby je stále značně opomíjenou oblastí. Výzkumně a mediálně oblíbeným odborným tématem zůstává procentuální úspěšnost jednotlivých ústavních zařízení se specializací na léčbu závislosti. Je nasnadě zamyslet se nad důvody, které zmíněnou skutečnost zesilují a uvádějí v živou realitu – celospolečensky uznávané normy vzhlízejí k psychiatrickým léčebnám a terapeutickým komunitám jako k mocnému nástroji, který přetransformuje abnormalisticky nahlíženou skutečnost do normalizace společenského

vnímání. Jakoby však byla zcela opomíjena autonomie osob závislých na drogách a stigmatizační proces jejich možnosti omezoval na vytváření nových závislostí v rámci léčebných systému – systémová závislost? Pomezí svobody volby a upjatých norem v rámci terapií závislosti stojí na křižovatce zvyku, přežitku a minimalistického osvícenství moderní doby.

Téma „Kontrolované užívání a specifické poradenské přístupy k podpoře abstinence klientů v nízkoprahovém zařízení“ jsem si zvolila na základě svých vlastních zkušeností při práci s klienty nízkoprahového centra, kteří souhrou motivačních a interindividuálních okolností změnili dosavadní styl života a účastnili se pouze ambulantního programu podpory a individuálního poradenství. Významné se jeví respektování zájmů a přání klienta s převahou motivačních technik tam, kde je tato oblast deficitní. Intervenční opatření v poradenském procesu a užití rámce psychoterapeutických technik lze v kontextu měřítek výsledků evaluace procesu hodnotit jako úspěšné.

2 Teoretická část

2.1 Syndrom závislosti - neurobiologické aspekty vzniku závislosti a systém odměny

Na konci 20. století, v roce 1976, byla Edwardsem a Grossem vytvořena koncepce syndromu závislosti na alkoholu, která obsahovala sedm zásadních symptomů ve vztahu k požívání alkoholu (Jeřábek, 2008). V návaznosti na problematiku alkoholismu vznikla širší koncepce syndromu závislosti zahrnující i drogovou problematiku a ostatní psychoaktivní látky vyvolávající závislost. Medicinalizace a klasifikace syndromu závislosti v MKN-9 a DSM-III-R znamenala odmítnutí konvenčního hlediska duševní nemoci jako škodlivé sociální deviace a pokrok v oblasti empirického zkoumání závislosti.

Současná diagnostická kritéria syndromu závislosti se řídí desátou decenální revizí Mezinárodní klasifikace nemocí; MKN-10 (2008) definuje syndrom závislosti jako souhrn fyziologických, kognitivních a behaviorálních fenoménů, které se objevují po opakovaném úzu substance a zahrnují typické symptomy (viz tabulka 1).

Tabulka č. 1 Diagnostika syndromu závislosti dle MKN-10 (WHO) a DSM-IV (APA)

Symptomy	Kritérium trvání	
	MKN-10	DSM-IV
	3 jevy trvající souvisle: <ul style="list-style-type: none">▪ měsíc▪ kratší dobu opakovaně v posledních 12 měsících	maladaptivní vzorec užívání látky, klinicky významný, projevuje se více než třemi jevy kdykoliv během 12 měsíců
Craving	+	-
Narušená kontrola užívání (vyšší dávka nebo četnost)	+	+ (nelze kontrolovat)
Odvykací stav	+	+
Růst tolerance	+	+
Zaujetí užíváním: <ul style="list-style-type: none">▪ zanedbáváním aktivit▪ věnování většiny času	+	+ +
Užívání navzdory následkům	+	+
Subtyp	-	s fyzickou závislostí či bez ní

Zdroj: (Jeřábek, 2008)

Diagnostická kritéria umožňují posouzení „závažnosti“ problematiky spojené s abúzem látek vyvolávajících závislost.

V adiktologických službách se k orientačnímu zhodnocení i komplexnímu posouzení klienta nabízí velké množství psychometrických nástrojů, které je nutné volit na základě znalosti jejich reliability a validity. Vhodným posuzovacím nástrojem může být dotazník AUDIT, CAGE, TWEAK, T-ACE, CRAFT, MAST a SMAST (více Millerová, 2011).

Zařazení závislosti mezi nemocí a vliv medicínského modelu závislosti byl klíčový pro další vývoj v oblasti návykových poruch. Neurobiologický model - empirické paradigma medicínského modelu - závislost vykládá jako nemoc mozku, která je chronická, recidivující, a kde je nemyslitelná úplná úzdrava. Východiskem modelu je dopaminová hypotéza, podle níž odměňující účinek drog podléhá činnosti mezolimbického dopaminergního systému – neuronálním sítím (např. Dvořáček, 2008; Hyman, 2005), jež jsou známé pod názvem systém odměny. Přirozená funkce systému spočívá ve vnitřní autoregulaci, která je spojená s kontinuálním uspokojováním potřeb. Uspokojení následně vede k odměně v podobě vnitřní libosti, čímž se zvyšuje pravděpodobnost opakování celého procesu. Přirozené zdroje odměny, jako je potrava a sex, způsobují vylučování dopaminu v nucleus accumbens septi (Dvořáček, 2008). Charakteristickým znakem pro návykové látky, které označujeme za umělé zdroje odměny, je schopnost zvyšovat vyplavování dopaminu z ventrální tegmentální arey do nucleus accumbens septi (Dvořáček, 2008); tím lze vysvětlit cirkulární konsekvenci libosti a odměny.

Dopamin je považován za klíčový v celém procesu vzniku závislosti; Kalivas (2005) se však opírá o dopaminovou hypotézu pouze v případě akutního efektu drog (první stadium závislosti). Stadium přechodu z rekreačního do závislostního užívání a stadium vytvoření závislosti vysvětluje adaptačními změnami v neurochemických procesech. Význam na udržování závislého chování mají podle Dvořáčka (2008) i glutamátergní projekce do nucleus accumbens septi z prefrontálního kortexu.

Stádium závislosti je charakteristické snížením hodnoty přirozených zdrojů odměny a převahou uspokojování potřeb zdroji umělými.

Tabulka č. 2 Akutní drogový efekt – přehled účinků vybraných skupin drog

Typy drog	Droga	Hlavní neurotransmitery	Hlavní mechanismus účinku – akutní drogový efekt	„Reward“ („odměna“)
Stimulancia	Kokain	Dopamin, noradrenalin	Inhibice reuptake dopaminu ze synaptické štěrby	Euforie, vzrušení
	Amfetamin	Dopamin, noradrenalin, serotonin	Zvýšené uvolňování monoaminů a inhibice reuptake, blokace DAT	Euforie, vzrušení, změněné vnímání
	Nikotin	Dopamin, noradrenalin, acetylcholin	Aktivace nikotinových ACH receptorů, uvolnění NT	Euforie, koncentrace, Uvolnění
Tlumivé látky	Alkohol (etylalkohol)	Dopamin, GABA, glutamát	Zvýšené uvolňování dopaminu, potenciace GABA _A receptorů	Euforie, uvolnění, amnézie
	Benzodiazepiny	GABA	Potenciace GABA _A receptorů	Anxiolytický účinek
	Barbituráty	GABA	Potenciace GABA _A receptorů	Útlum
Disociativní anestetika	Phencyklidin (PCP) Ketamin	Glutamát	Blokace kanálů NMDA receptorů	Útlum, amnézie, změněné vnímání
Opiáty	Morfín, heroin Metadon	Endorfíny	Agonisté opioidních receptorů	Euforie, útlum, analgesie
Kanabinoidy	Marihuana, (tetrahydrokanabinol)	Anandamid	Agonisté THC receptorů	Euforie, uvolnění, změněné vnímání
Halucinogeny	Diethylamid kyseliny lysergové (LSD), meskalin	Serotonin, dopamin	Agonisté a antagonisté specifických serotonergních receptorů, účinek na katecholaminy	Změněné vnímání

Zdroj: (Fišerová, 2003)

Na klinické úrovni jsou výše uvedené neurobiologické mechanismy příčinou behaviorálních projevů závislého člověka souvisejících s preferováním jednoduchých strategií k rychlému dosažení odměny (uspokojení potřeby). Projev cravingu lze vztáhnout do modelu systému odměny (pozitivní posilování) společně s odvykacím stavem, který představuje negativní posilování (více Dvořáček, 2008).

Tyto základní znalosti jsou teoretickým podkladem pro využití v praxi, při práci se závislým člověkem. Nabízejí lepší pochopení toho, proč závislý mozek opakuje již naučené

strategie a v zásadě se chová velice ekonomickým způsobem. Na základě neurobiologické podstaty vzniku závislosti formuloval Dvořáček (2004, 2008) sedm základních principů terapie, které zatím nebyly podloženy žádným výzkumem. Tyto principy jsou srovnatelné se základními prvky terapie závislosti.

Sumarizace základních principů podle MUDr. Dvořáčka:

- Dlouhodobost celého procesu - terapie závislosti je dlouhodobý proces, stejně jako její vznik. Rozsáhlé změny způsobené přetvarováním mozkových sítí jsou důsledkem dlouhodobého užívání návykových látek. Za zcela neúčinné můžeme považovat jednorázové intervence, nebo krátkodobý program léčby bez dalšího plánování.
- Práce s odložením odměny - droga jako nositelka silného zdroje odměny bude nahrazena zdroji, které jí nemohou v míře libosti konkurovat. Navíc je jejich dosažení náročnější a strategicky složitější. Intervence by měly směřovat k učení zvládat odložit vyřešení odměny, ale i nelibosti (např. úměrný časový horizont). Zde se může uplatnit kognitivně behaviorální princip terapie, struktura průběhu terapie s jasnými povinnostmi, výhodami a pravidly.
- Směřování k obnovení přirozených zdrojů odměny - pro klienta je důležité, aby věděl, jak dosahovat odměny přirozenými zdroji. Psychoterapie a volnočasové aktivity rozvíjejí klientovy dlouhodobější strategie zisku stejně jako interpersonální vztahy, které jsou primárním zdrojem odměny. Tyto intervence nemusí být součástí pouze rezidenční léčby – relaxační, společenské a kulturní programy lze aplikovat i do ambulantních zařízení.
- Posilování motivace - dlouhodobý proces uzdravy je nutné podpořit motivačními prvky, které zvyšují pravděpodobnost pokračování v celém procesu.
- Obnovení barevné škály emocí - černobílé vnímání světa je důsledkem oploštění emoční složky. Pro běžné životní situace a uspokojení z jejich prožitku je třeba značná paleta nejrůznějších emočních výrazů, které s nimi korespondují. Možnost práce s klientem se otevírá v programech zaměřených na prožívání různých situací. Metodou volby v terapii jsou imaginativní techniky, dramaterapie, sportovní aktivity.
- Práce s relapsem v kontextu s pamětí - relaps může být důsledkem paměťové stopy na účinné drogové strategie. Zde lze intervenovat formou léčebných programů, které propojují dosavadní souvislosti s nedrogovými strategiemi – jedná se zejména o techniky prevence relapsu. Účinně zde figuruje i ambulantní léčba.
- Zvyšování frustrační tolerance, zvládnání stresu - stresové systémy jsou propojené se systémem odměny a ostatními systémy. Používají se techniky na zvyšování odolnosti v zátěžových situacích. Techniky zvládnání stresu jsou klíčové z hlediska rizika relapsu, které

stres představuje. Zvyšovat odolnost nepřímo lze sportem, tréninkem fyzické odolnosti, posilováním sebevědomí a podporou autonomie.

2.2 Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti v nízko-prahových programech

Model kombinuje biogenetické, psychosociální a spirituální rysy, a doplňuje tak úzce specializované modely závislostí o zásadní poznatky. Podle Millerové (2011) poskytuje integrovaný pohled na komplexní souhru faktorů a přináší tak značná pozitiva v možnostech při práci se závislým klientem. Zejména možnost:

- Individuálního posouzení uživatele drog na základě znalostí faktorů, které vedou ke vzniku a udržování závislosti, ev. k abstinenci.
- Komplexního přístupu k uživateli drog při zachování individuality.
- Rozšíření spektra terapeutických i poradenských intervencí v důsledku rozšíření diagnostického záběru.

Model lze aplikovat ve všech adiktologických službách; v nízko-prahových programech pro uživatele drog je model využíván jako východisko pro sekundární a terciární prevenci. Jak uvádí Kudrle (2008), léčebné intervence poskytované v rámci sekundární prevence lze rozdělit na intervence, které vedou k abstinenci, ke kontrolovanému užívání anebo k substituční terapii. Terapeutické intervence by měly respektovat všechny složky z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu a orientovat se nejen na klienta, ale i na jeho „krajinu“.

Model z důvodu širokého diagnostického záběru může v praxi přinášet komplikace při stanovení důležitosti problémů klienta v poradenském procesu. Jako východisko lze využít Maslowovu hierarchii potřeb, která nabízí bazální strukturu posloupnosti při řešení problémů v poradenském procesu. Cílem je uspokojení primárních potřeb klienta, aby mohly být syceny vyšší potřeby.

Sumarizace základních okruhů pro poradenský proces podle bio-psycho-socio-spirituálního (BPSS) modelu (Kudrle, 2008) a Maslowovy hierarchie potřeb:

- Biologické hledisko – pomoc k dosažení trvalého uspokojení primárních fyziologických potřeb. Zvyšování zájmu a odpovědnosti klienta za jeho vlastní fyzické i psychické zdraví a léčbu somatických komplikací vzniklých před i v době užívání. Pomoc při zvyšování

kvality života, změně životního stylu, a podpora v péči o fyzické zdraví. Potenciace sebeuvědomění v souvislosti se vznikem a udržováním závislostního chování.

- Psychologické hledisko – primární je uspokojení potřeby jistoty a bezpečí, lásky (přijetí) a úcty. Tyto potřeby může sytit i vztah mezi terapeutem a klientem v rámci poradenského procesu. Cílem je seberealizace klienta, pomoc při budování náhledu na jeho chování, abúzus a závislost; stabilizace v oblasti psychického prožívání. Pomoc při zpracování autobiografických informací a souvislostí s abúzem a při identifikaci sebeudržujících tendencí. Cílem je i schopnost otevřené komunikace, učení se asertivitě, tvorbě vlastní denní struktury, využití volného času, vyváženosti životního stylu a zodpovědnosti. Vhodné je využít motivační techniky, techniky prevence relapsu, psychoterapii, rodinné poradenství/konstelace, edukaci, a zvyšovat sebedůvěru a autonomii klienta.
- Sociální hledisko- podpora je zacílená na klienta, k prostředí klienta a k interakcím mezi klientem a jeho prostředím. Intervence směřují k náhledu na sociogenní vzorce podporující vznik a udržování závislosti, k sociální práci, stabilizaci klienta v sociální oblasti, péči o interpersonální vztahy a k podpoře sociální reintegrace klienta. Podpora je důležitá i při hledání práce, bydlení, při kontaktu s institucemi, vytvoření socioekonomického statusu a při integraci do nového komunitního společenství. Snaha je rozvíjet pro-sociální chování, dobrovolnost a pomoc druhým.
- Spirituální hledisko - respektuje oblast duchovního a duševního rozsahu klienta, jeho životních hodnot a smyslu života. Podporují se zážitky z nemateriálních zisků, orientace k vnitřním hodnotám a k naslouchání vnitřnímu Já. Motivace je směřována k pozornosti na pozitivní hodnoty, životní sny, cíle, svědomí a k vlastnímu vztahu životní víry (více Týmal, 2003).

Ač je bio-psycho-sociálně-spirituální model v dnešní době hlavním paradigmatem při práci se závislým klientem, v praxi je jeho aplikace obtížnější. DiClemente (2006) popisuje problematiku integrace všech tří částí modelu, nemožnost intervenovat ke všem částem modelu současně, a nemožnost změny v některých rizikových a protektivních faktorech. Maslowovu hierarchii potřeb lze vnímat jako konstrukt při postupu od primárních oblastí problémů klienta.

2.3 Abstinance bez podpory chráněného prostředí

Z neurobiologického hlediska se po vysazení návykové látky objevuje odvykací stav, který vzniká v důsledku útlumu činnosti dopaminergního systému a rozsáhlých adaptačních

změn v neuronálních sítích, jako výsledek specifického působení návykové látky (Dvořáček, 2008). Schopnost zvládnout odvykací stav je ovlivněna typem užívané substance a interindividuálními faktory. Abstinence je na základě bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu výsledkem změn v rámci celého spektra jednotlivých složek, které jsou zároveň i předpokladem pro cestu k trvalejším životním hodnotám. Abstinenci je nutno chápat jako prostředek klienta k možným a nutným změnám, nikoliv jako jediný cíl (Skála, 1987).

K významným faktorům, které ovlivňují proces změny a uzdravy na straně klienta, patří věk prvního úzu návykové látky, kontinuita drogové kariéry, kriminální kariéra, psychopatologické komplikace a motivace (EMCDDA, 1999).

Rizikové faktory abstinence představují oblast problémů, které je nutné v období změny zahrnout do poradenství a minimalizovat tak jejich dopad na klienta. Tato oblast zahrnuje:

- Problematiku spojenou s návykovou látkou – relaps, craving a vysoce rizikové situace (bod 2.7), sociální vakuum (absence pocitu sounáležitosti k určité sociální skupině), absenci smyslu žití života bez drog, podceňování schopnosti abstinovat.
- Interindividuální dispozice – nízká frustrační tolerance, problematika navazování vztahů, komunikační bariéra, partnerská a rodinná problematika.
- Stanovisko k procesu odborné pomoci – porušování pravidel a hranic, nedůvěřivost, skepse.
- Emoční stavy – „hight a down“ (více Kalina, 2008).

Na straně odborníků v adiktologických nízkoprahových službách lze sumarizovat okruhy, které podporují léčebné intervence poskytované v rámci podpory při změně životního stylu - účinné faktory zařízení v sobě zahrnují aktivní zapojení a udržení klienta v programu, konzistenci a délku programu, náplň a terapeutický styl v programu, a kontinuita v poskytování péče (Kalina, 2008). Za zásadní faktor lze považovat i vhodný výběr léčebného programu podle kritérií indikací k léčbě a metod využívaných v léčbě drogových závislostí.

Tabulka č. 3 Ambulantní služby – kritéria indikace, metody léčby

Kritéria / Úroveň péče	Úroveň I. Ambulantní léčba	Metody / Formy léčby	Úroveň I. Ambulantní léčba
1.Potenciál pro akutní intoxikaci a příznaky z odnětí drogy	Nulový potenciál pro příznaky z odnětí drogy	1.Farmakoterapie	Pro zvládnutí odvykacího syndromu a komplikací / sine medikace
2. Biomedicínské stavy a komplikace	Žádné, nebo stabilizované	2. Individuální terapie	Klíčová složka programu

3. Emocionální a behaviorální stavy a komplikace	Žádné, nebo stabilizované	3. Skupinová terapie	Důležitá složka programu
4. Akceptování nebo odpor k léčbě	Ochota ke spolupráci, potřeba dispenzarizace a podpory	4. Rehabilitace, výchova, volnočasové aktivity / sociální práce	Doplňkové, ale žádoucí cíle / nezbytná
5. Potenciál pro relaps	Schopnost abstinence a dodržení cílů léčby za minimální podpory	5. Léčebný režim / práce s rodinou	Dodržování docházky a základních pravidel / nezbytná a soustavná
6. Vztah okolí k léčbě	Okolí léčbu podporuje / pacient je schopen léčbu zvládat	6. Principy terapeutické komunity / testování na přítomnost drog	Neuplatňují se / důležité a průběžné

Zdroj: (Kalina, 2003)

V případě, že se klient rozhodne k abstinenci mimo ústavní zařízení, je nutné zvážit možnosti na straně odborníků i na straně klienta. Za kontraindikace k podpoře abstinence v nízkoprahových centrech lze považovat důvody odvozené z výše uvedených indikací – jedná se například o vysoký potenciál pro akutní intoxikaci a abstinenci syndrom, závažné biomedicínské komplikace, narušující a těžké emocionální a behaviorální stavy, neakceptaci léčebného programu, vysoké riziko pro relaps, a nepodpůrné sociální zázemí společně s nemožností zvládnutí situace.

Pozitivní léčebné výsledky, kromě úplné abstinence, znamenají i snížení užívání drog a kriminality, zlepšení psychického stavu klienta a zvýšení sociální integrace (Kalina, 2008). Podle principu Harm reduction se jedná o zcela legitimní léčebné cíle, které jsou nízkoprahovými centry velice často opomíjeny.

Základní nabídku služeb kontaktních center k podpoře abstinence představuje:

- Individuální terapie a poradenství, které vychází z dlouhodobého plánu odborné péče. Základem je vztah mezi pracovníkem a klientem, aktivní zapojení klienta do procesu, dodržování pravidel a hranic, sestavení kontraktu a krizového plánu. Důležité je zprostředkování adekvátní odborné pomoci a vhodný obsah programu terapie. Dílčí cíle a potřeby klienta se průběžně vyhodnocují a reagují na aktuální situaci. Základní okruhy v poradenském procesu (bod 2.4) zahrnují oblast zdravotní, sociální, právní, osobní a rodinnou.
- Práce s motivací představuje kontinuální intervence, které včasně reagují na problémy klienta. Motivační trénink je klíčový ve všech fázích modelu změny.

- Prevence lapsu/relapsu a práce s lapsem/relapsem je významná součást procesu podpory v udržení žádoucí změny. Cílem je vybavit klienta znalostmi a dovednostmi ke zvládnutí cravingu, strategiemi souvisejícími s prevencí relapsu, a informovat jej o možnosti ovlivnit relaps vlastními strategiemi – zvyšováním sebeúčinnosti.
- Testování na detekci drog, průběžné a namátkové. Detekce se provádí na základě souhlasu klienta a zakontraktováním testů do smlouvy jako podmínky programu podpory v abstinenci.
- Skupinová terapie s využitím podpůrného skupinového efektu při společném setkávání abstinujících klientů v bezpečném prostředí. S možnou účastí terapeuta a s využitím dynamických, behaviorálních a gestalt technik. Významná je koheze skupiny, podpora, pomoc při získávání náhledu na situaci, a sounáležitost.
- Case management a matching představují důležitou oblast při zprostředkování adekvátní odborné péče, která přesahuje kompetence služeb nízkoprahového programu. V případě Case managementu se jedná zejména o aplikaci Brokerského modelu.
- Poradenství pro rodinné příslušníky a práce s rodinou je významným aspektem v procesu změny. Možnost uplatnění matchingu pro rodinné příslušníky je vhodná zejména s odborníky v oblasti psychoterapie, rodinných konstelací, rodinné a skupinové terapie.
- Program následné péče a resocializace akceptuje aktuální potřeby klienta. Vychází se z obecných principů v následné péči, soustavně se pracuje s rodinou, a zohledněna je oblast zdravotních, právních a sociálních problémů klienta.

Intervence k podpoře abstinence v ambulantních zařízeních by měly respektovat bazální principy, které vyplývají z obou výše uvedených modelů.

Podle Nepustila (2009) není nezbytná odborná pomoc, pokud je člověk rozhodnutý ukončit dlouhodobé užívání návykové látky, konkrétně pervitinu – přítomnost jiných lidí a jejich podporu však považuje za významnou. V případě absence podpory sociálního zázemí je přítomnost odborníků nutná. Proces transformace identity u dlouhodobých uživatelů pervitinu a abstinenci popisuje Nepustil (2009) jako proces změny self s růstem síly ke konání, rozmachem reflexivity, tvorbou závazků a utvářením nového etického rámce.

Motivace jako nekončící proces

Motivovanost klienta představuje charakteristické behaviorální projevy, ke kterým patří přijímání a souhlas s terapeutem, akceptace diagnózy, vyjádření touhy po pomoci, akceptace rad terapeuta a nespokojenost se stávající situací (Miller a Rollnick, 2003).

Podle modelu změny, který vytvořil Prochaska a Diclemente v 90. letech je motivace chápána jako aktuální stav, který ovlivňují vnější faktory. Terapeutický přístup ke klientovi by měl být kongruentní s aktuální fází procesu změny klienta, zvyšovat tím motivaci a bránit odporu klienta.

Za účinné motivační prvky považuje Miller a Rollnick (2003) předávání rad, které jsou cílené, obsahují poučení o potřebě změny, a navrhují změnu; odstraňování bariér na cestě ke změně, nabídku možnosti volby, zvyšování přitažlivosti procesu změny, uplatnění empatie, aktivní pomoc při řešení problémů, poskytování zpětné vazby, a společné vyjasňování cílů.

Posilování závazku k udržení změny s využitím motivačních technik musí zohledňovat rizika, jež představuje ambivalence a přílišné i nedostatečné směřování klienta v poradenském procesu. Jak uvádí autoři, ambivalence a předčasná sebedůvěra, která může být příčinou předčasného opuštění programu, vzniká z vnitřního odporu klienta a z tlaku okolí, typicky se objevuje na začátku a konci udržovací fáze. Motivační rozhovory jsou vhodnou technikou, která umožňuje práci s ambivalencí klienta, a která dokáže nedirektivním způsobem odhalit stávající i potenciální problémy a reagovat na vzniklou situaci.

Mezi základní principy motivačních rozhovorů patří schopnost vyjadřovat empatii, rozvíjet rozpory mezi stávajícím chováním a životními cíli, schopnost vyhýbat se konfrontaci a argumentaci, využívat odpor klienta a podporovat schopnosti klienta (Miller a Rollnick, 2003).

2. 4 Adiktologické poradenství v procesu změny

Základem pro poskytování kvalitního poradenství je znalost teoretických východisek, které slouží k formování teoretického rámce pro poradenství a na kterých stojí celý poradenský proces. Poradce by měl disponovat flexibilním teoretickým rámcem, který reaguje na aktuální potřeby klienta v různých fázích poradenského procesu (Millerová 2011).

Hlavní teorie poradenství související s léčbou závislostí (Millerová, 2011):

- Psychoanalytická terapie – cílem je z nevědomého učinit vědomé a racionální pochopení problému. Hlavní technikou je interpretace, analýza snů, odporu a přenosu, a volná

asociace. Model se v klinické práci se závislými využívá v kombinaci s jinými modely a vychází zejména ze znalosti vývojových fází psychosexuálního vývoje podle Freuda. Pro práci s klienty je často využíváno některých specifických aspektů psychodynamického modelu.

- Adlerovská terapie – cílem je, aby klient přehodnotil dosavadní životní cesty a cíle a stanovil si jiné, posiluje se klientova autonomie. Terapie se zaměřuje na subjektivní prožívání klienta, podporu a povzbuzení při hledání dalších potenciálů pro život. Zajímavé techniky představují rodinná schémata a rané vzpomínky, techniky však nejsou v terapii prioritou.
- Existenciální terapie – cílem je pomoc při uvědomění zodpovědnosti, svobody a možností. S úzkostí se pracuje jako s významnou součástí života, která posiluje sebeuvědomění. V terapii je hlavní snahou vymezit faktory, jež brání svobodě. Hlavní terapeutickou technikou je porozumění a konfrontace. Klíčový je vztah klienta s terapeutem, který vytváří prostředí s bezprostřední empatií, vřelostí a opravdovostí.
- Terapie zaměřená na člověka – pomáhá vytvořit podmínky pro sebezkoumání i zkoumání okolí. Cílem je poznat své já se všemi dříve popíranými skutečnostmi, větší sebedůvěra, otevřenost, spontaneita, a znalost svého okolí. Základní terapeutickou technikou je terapeutův přístup ke klientovi. Klade se důraz na aktivní naslouchání, reflexi pocitů, vyjasňování, a přístup zde a nyní.
- Gestalt terapie – vede klienta k integraci svých pocitů, myšlenek a chování. Cílem je zvýšit sebeuvědomění. Hlavní terapeutické techniky představuje cílená práce s tělem na základě vzpomínek a dřívějších zkušeností. Uplatňuje princip zde a nyní, poradce pomáhá klientovi prožít intenzivněji daný okamžik a sloučit veškeré pocity a emoce v jeden celek. Přínos je důležitý i v oblasti interpersonálních vztahů.
- Teorie kontroly, terapie realitou – cílem je, aby klient efektivně dokázal naplňovat své potřeby, obnovil kvalitní sociální vazby a byl seznámen s teorií volby. Důraz je kladen na zodpovědnost klienta za veškeré své myšlenky, jednání, pocity a činy. Poradce musí být velmi aktivní, musí hledat potřeby, které klient neřeší a společně s ním plánovat jejich možné uspokojení. Terapie slouží klientovi, aby zhodnotil své dosavadní chování, umožní mu zjistit, zda je rozhodnutý pro změnu. Pokud klient zjistí, že chce změnu realizovat, terapie pokračuje sestavením individualizovaného plánu a „smlouvy“ s klientem. Terapie kontroly, terapie realitou nabízí použití modelu WDEP, který je zaměřený na praktické užití a lze jej kombinovat s motivačními technikami.

- Behaviorální terapie – cílem terapie je postupně nahrazovat maladaptivní vzorce chování a osvojit si efektivnější vzorce prostřednictvím léčebných intervencí. Aktivní roli v terapii má klient, který si stanovuje cíle a hodnotí jejich dosažení. Mezi terapeutické techniky patří relaxační metody, modelování, domácí úkoly, asertivita, nácvik sociálních dovedností, techniky posilování a modelování. Diagnostika klienta se provádí v první fázi, využívají se i kontrakty s klienty. Teorie je velice vhodná i v rámci poradenství v době abstinence klienta. Poradce pomáhá najít klientovi nové posilující prvky pro udržení změny, nové interpersonální kontakty (nápodoba vzoru) a nové dovednosti, které zvyšují šanci na udržení změny (relaxační, asertivní a sociální techniky). Při práci s abstinujícím klientem jsou možné i techniky protipodmiňování a vystavování podnětům.
- Kognitivně behaviorální terapie – zaměřuje se na negativní způsob myšlení, který následně ovlivňuje i chování a pocity. Cílem je pomáhat klientovi odhalit mylná přesvědčení prostřednictvím konfrontace a získat náhled na své myšlení a měnit jej. Jednou z forem terapie je REBT – racionálně emotivní behaviorální terapie, která využívá teorii operativního podmiňování a model ABC. Hlavní techniky se zaměřují na debatování o iracionálních představách, na získávání nových dovedností ke zvyšování frustrační tolerance, ale také na změnu jazykových vzorců a vzorců myšlení. Tato teorie může sloužit v období abstinence k vypořádání se s negativním postojem k sobě samému a změnit iracionální přesvědčení. Vhodné je použití techniky hraní rolí, psaní domácích úkolů a vedení záznamů o svých prožitcích.

Volba teorie v poradenském procesu by primárně měla vycházet ze znalostí poradce a zájmu klienta. Jak uvádí Miller a Rollnick (2003), stejně důležité, a možná i důležitější než přístup a teorie, je způsob, jakým mezi klientem a poradcem probíhá interakce.

K posílení struktury teoretického rámce lze využít i fáze poradenského procesu. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii fáze rozděluje na začátek, střed a závěr.

Počáteční fázi charakterizuje vstup klienta do procesu. Hlavním úkolem je navázat pracovní vztah s klientem, objasnit a vymezit problémy klienta, vyhodnotit situaci, posoudit své kompetence, zodpovědět otázky, informovat o pravidlech, podmínkách a přibližné délce účasti v procesu. Výsledkem by mělo být rozhodnutí klienta i poradce o spolupráci, vymezení povinností klienta i poradce, sestavení společné dohody a cílů, a předběžná dohoda dalšího přístupu. Výhody pro klienta přináší jeho aktivní zapojení v procesu, možnost

rozhodnutí o odborníkově kompetenci, a přebírání zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí. Transakční analýza věnuje počáteční fázi, zejména navázání poradenského vztahu, velký význam, s důrazem na raport (vytvoření vhodného emočního prostředí) a komplementární transakce, které představují využívání shodného jazyka s klientem (Lister-Ford, 2006).

V prostřední fázi dochází k vymezení problémů klienta a jejich řešení. Hlavním úkolem je diagnostikovat problémy a těžkosti, sestavení individuálního plánu, budování náhledu, udržování vztahu, a průběžné vyhodnocování individuálního plánu. Výsledkem by mělo být postupné naplňování dílčích cílů, zlepšení stavu, a přínos pro klienta ve formě zvyšování sebeúčinnosti.

Závěrečnou fázi charakterizuje účinné jednání ze strany klienta, schopnost plánování a ukončování poradenského vztahu. Hlavním úkolem je získání nových dovedností a vědomostí, udržování změny, rozšíření možností klienta a jeho přechod k autonomii (Culley a Bond, 2008; Lister-Ford, 2006).

Poradenství v kontaktních centrech se nejčastěji zaměřuje na:

- psychologické poradenství – orientace na intrapersonální a interpersonální problematiku
- právní poradenství – pomoc při uplatňování zákonných práv, informace o zákonných právech a nárocích
- zdravotní poradenství – informace o specifických chorobách, jejich prevenci a léčbě
- sociální poradenství – orientace na bydlení, hospodaření, náplň volného času, na vzdělání a práci (více Broža, 2008).

Poradenský proces s klienty v nízkoprahovém zařízení má mnoho společného se základními úkoly Case Managementu. Americký expertní konsensuální panel definuje úkoly case managementu v Protokolu pro zlepšení léčby (Treatment Improvement Protocol, TIP-series Nr. 27) ve vztahu ke klientovi v pěti bodech – assessment (posouzení), planning (plánování), linking (propojování), advocacy (obhajování), monitoring (monitorování/zhodnocení) (SAMHSA, 1998). Veškeré tyto body se promítají do spolupráce s klienty v nízkoprahových centrech v rámci dlouhodobého individuálního plánu odborné péče. Case management nabízí možnost případového vedení klientů s ohledem na jejich aktuální potřeby a rozšiřuje možnosti nabídky služeb. Zejména využití Brokerského modelu case managementu je vysoce aktuální.

2.5 Metoda regulace užívání návykových látek a kontrolované užívání

Teorie kontrolovaného užívání jsou velice dobře popisované v zahraniční literatuře, autoři se věnují zejména kontrole užívání „tvrdých“ drog a popisují hlavní faktory, které ovlivňují možnost užívat je kontrolovaně.

Kontrola předpokládá takové vzorce chování a jednání, jež v důsledku nevedou k rozvoji chronické závislosti. Kontrolu lze také vnímat jako souhrn vnitřních motivů, které vedou ke změnám závislostních vzorců chování. V České republice se tématem kontrolovaného užívání v oblasti měkkých drog (zejména marihuany) zabýval Morávek, jenž ve svém výzkumu shrnuje základní poznatky o teoriích kontrolovaného užívání. Podle Morávka (2007) kontrolu nad užíváním drogy ovlivňuje především osobnost uživatele a jeho stanoviska, farmakologické vlastnosti dané drogy, míra její dostupnosti, sociální prostředí a životní struktura. Velký vliv na vytváření vzorců při užívání návykové látky přisuzuje normám společnosti (zákonům) a užšímu prostředí uživatele.

Na základě těchto vlivů je nutné předpokládat, že kontrolované užívání nelze plošně vztahovat na celou populaci uživatelů drog. Metoda však představuje možnosti zcela nového přístupu a práce v adiktologických službách. Morávek (2007) zmiňuje velký přínos výzkumů o kontrolovaném užívání v oblasti Harm reduction, kde lze klientům nabídnout i jinou možnost než tu, kterou představuje úplná abstinence. Nutno podotknout, že abstinence je pro mnoho uživatelů nepředstavitelný cíl, který odmítají. Metoda regulace užívání návykových látek přináší možnosti nejen uživatelům, ale i odborníkům, zejména v postupu životních změn a motivace.

Regulace užívání je v současnosti málo využívanou metodou při práci s klientem, přesto je její opodstatnění v rámci služeb a přístupů Harm reduction zjevné. V České republice v roce 2010 vyšla ojedinělá metodická příručka s názvem Efektivní regulace užívání marihuany, kterou vydalo středisko pro problematiku alkoholu a drog Turning Point v Austrálii. Titul umožňuje získání základních informací o tom, jak pomáhat klientovi docílit regulovaného užívání, eventuelně abstinence. Následný přehled ukazuje hlavní intervence směřované k regulovanému užívání, jež vycházejí z výše uvedené metodiky (vztaženo na uživatele konopných drog).

Poznamenávám, že intervence jsou omezené na metodu regulace a že práce s klientem by měla reflektovat holistický přístup podle výše uvedených modelů.

Tabulka č. 4 Popis léčebného modelu integrovaná krátká intervence (IKI):

<u>Posouzení vhodnosti IKI:</u>	Intervence vhodná pro osoby, které vykazují:	- motivaci ke změně, zvýšenou míru kontroly, nízkou až střední míru závažnosti užívání, mírné problémy související s užíváním, žádnou nebo minimální předchozí léčbu, podporu okolí, neškodící zázemí
	Intervence nevhodná pro osoby s:	labilním/chronickým duševním onemocněním, dlouhodobou psychosociální dysfunkcí, kognitivní poruchou, chronickým závislostním užíváním, nízkou motivací ke změně, nepodporou v sociálním prostředí.
<u>Struktura modelu IKI - fáze:</u>	<u>Základní úkoly</u>	<u>Charakteristické cíle</u>
Setkání a screening	Představení služby a programu	- aktivní zapojení klienta do procesu, získání důvěry, ustanovení klíčového pracovníka, normalizace problematiky pomoci a léčby
	Posouzení vhodnosti IKI pro klienta	- seznámení klienta s intervencí a strukturou dalších sezení, zhodnocení závažnosti problémů v užívání, stupně motivace a dostupnosti sociální podpory, zjistit očekávání klienta, popřípadě doporučit jinou odbornou pomoc
Poskytnutí/rozesílání informací	Předání informací v tištěné podobě o: službě, podmínkách programu, termínu příští schůzky, svépomocných prostředcích. Klinickým prostředkem je pracovní arch: Evidence užívání a seznam otázek (viz příloha č.)	- posílení klientovy motivace - zamyšlení klienta nad dopady užívání návykové látky
Jednorázové sezení	Navázání a udržení terapeutického vztahu, zhodnocení klienta ve vztahu k užívání návykových látek, předání informací podle výsledků zhodnocení potřeb klienta	- seznámení klienta s technikami prevence relapsu, technikami motivačního rozhovoru, s přístupem minimalizace rizik a strategiemi, s informacemi o zvládnání odvykacího stavu, a s technikami zvládnání cravingu - seznámit klienta s fází změny a kolem změny - cílem je schopnost rozpoznávat rizikové situace a nalézání vlastních strategií zvládnání

Zdroj: (Engelander, Lang, Lacy, & Cash, 2010)

Jako klinický prostředek pro práci s klientem se využívají pracovní a informační archy.

Struktura modelu IKI může být vhodnou intervencí k navázání dlouhodobého poradenského procesu za účelem regulace užívání návykové látky.

2. 6 Psychoterapeutické možnosti nízkoprahových programů

Kalina a Miovský (2008) uvádí psychoterapii v procesu léčby adiktivních poruch jako klíčovou metodu, která se prolíná do všech oblastí systému léčebné péče pro uživatele návykových látek a závislé. Psychoterapii charakterizuje odborné a účelné použití psychologických principů s cílem napomáhat lidem v procesu uzdravy a žádoucí změně jejich chování, kognice a emocí (Prochaska a Norcross, 1999). Tato definice odkazuje na znalosti teoretických psychoterapeutických metod, jež jsou základem pro teoretický rámec každého odborníka pracujícího terapeuticky.

Různorodost psychoterapeutických metod a znalosti odborníků spojují společné účinné faktory psychoterapie, které Prochaska a Norcross (1999) nazývají transteoretickými. Pokud máme k dispozici výzkumem a praxí prověřené faktory, jež ovlivňují účinnost terapie, je nutné jejich význam při práci s klientem reflektovat.

Společné transteoretické faktory (volně podle: Prochaska a Norcross, 1999):

- Pozitivní očekávání – charakterizuje očekávání klienta nad výsledkem terapie v přímé úměře.
- Terapeutický vztah – předpokládá práci s přenosy a protipřenosy, vytvoření skutečného vztahu a vznik terapeutické aliance.
- Hawthornský efekt – faktor popisuje zlepšení chování klienta vlivem zvláštní pozornosti, kterou zažívá v terapeutickém vztahu.
- Zvyšování vědomí – je vnímáno jako jeden ze základních dějů v procesu změny – uvědomování si, činění vědomého z nevědomí.
- Katarze – v procesu změny chápána jako prostředek poskytující uvolnění. Terapeutický proces směřuje k uvolnění emocionálních bloků.
- Vybírání – děj v procesu změny, který vyžaduje od klienta přijetí zodpovědnosti za svou volbu.
- Podmíněný podnět – představuje protiklad změny, jíž je dosaženo vybíráním. Změna dosažená na základě odlišného reagování na podnět, nebo změnou prostředí, která minimalizuje výskyt určitého podnětu.
- Manipulace s následky – změna chování dosažená v důsledku změny následků v prostředí.

Terapeutické možnosti nízkoprahových programů jsou do značné míry závislé na personálním složení kolektivu a úrovni vzdělání jednotlivých členů v oblasti

psychoterapie. Adiktologičtí pracovníci v nízkoprahových centrech nemusí být nutně psychoterapeuti, přesto přístupy, které ve své praxi používají, patří do psychoterapeutické oblasti. Z běžné praxe vychází používání motivačních technik, technik souhrnně označovaných jako prevence relapsu, krátké intervence, technik odvíjejících se od plánování – tyto techniky stojí mezi psychoterapeutickým přístupem, jenž by měl být využíván při každém kontaktu s klientem a systematickou individuální psychoterapií (více Kalina a Miovský, 2008). Na paměti je nutné mít zlaté pravidlo, které odkazuje na kompetentnost prováděných činností – *primum noli nocere*. Ve stávající praxi nízkoprahové programy využívají individuální i skupinové terapie. Rámec využívaných technik představuje KBT, BT, terapie zaměřená na řešení, a vysoce strukturovaná, na problém orientovaná psychoterapie. Orientace nízkoprahových center v psychoterapii lze sumarizovat pod pojmem podpora (více než léčba), proto se daleko více uplatňují techniky a přístupy, které přinášejí „rychlé“ výsledky a neohrožují klienta odkrýváním a nezpracováním bolestivých témat. Snaha zamezit retraumatizaci je klíčová, přesto využití rámce psychoanalytických, analytických a hlubinně orientovaných psychodynamických psychoterapií nelze ani v nízkoprahových centrech vyloučit.

Z psychoterapeutických systémů jsou v terapii závislosti využívány ty, které autoři dále rozdělují na přístupy zaměřené na změnu chování a na přístupy zaměřené na změnu osobnosti a podporu jejího zrání. Nízkoprahové programy využívají zejména první skupinu přístupů. V komplexní péči o klienta by neměla být opomíjena ani druhá složka psychoterapie, zejména pokud je cílem dlouhodobější udržení změny.

První skupinu zastupuje behaviorální terapie (BT) a kognitivně behaviorální terapie (KBT). BT využívá pro změnu chování teorii protipodmiňování a operativního podmiňování, jednotlivé behaviorální metody reprezentuje nácvik sociálních dovedností, nácvik odolnosti vůči stresu, nácvik asertivního chování a nácvik relaxace (Prochaska a Norcross, 1999). Behaviorální teorie poskytují možnost flexibilního přístupu k redukci užívání drog a neomezují cíl léčby pouze na abstinenci (Rotgers, 1999). KBT a její metody přináší využití v technikách prevence relapsu a motivačních rozhovorů nejen pro zařízení „vysokoprahového typu“. Pokud sledujeme kritiky vztahující se k BT a KBT, nacházíme v nich jasná poselství o povrchnosti přístupu, odosobnění, nerespektování potřeby změny klienta v holistickém přístupu, a úplnou absenci doprovodných environmentálních faktorů (Prochaska a Norcross, 1999).

V adiktologických službách mají přístupy zaměřené na změnu chování nezastupitelný význam, zejména pokud jsou následně kombinovány s přístupy, které se orientují psychodynamicky nebo humanisticky. Obecně je doporučováno behaviorální metody začleňovat do terapie v počátečních fázích abstinence (Miovský a Bartošíková, 2003), s postupem léčby by nad behaviorálními metodami měly převládat přístupy zaměřené na změnu osobnosti a podporu jejího zrání. Tyto přístupy vycházejí zejména z humanisticky orientované psychoterapie a hlubinné (dynamické) psychoterapie.

Autoři dále zmiňují existenci širokého spektra různých metod, jež nelze přímočaře aplikovat na jednotlivé typy klientů, a vyzdvihují důležitost matchingu v celém procesu. Mezi nejvíce používané a uznávané přístupy řadí (kromě výše uvedených) rodinnou a systematickou psychoterapii, hypnotické a relaxační postupy, a integrativní přístup.

V současnosti se v oblasti adiktivních poruch objevují nové terapeutické přístupy, které společně se stávajícími ve své knize popisuje Millerová (2011). Za základní přístupy, jejichž využití je při práci s klienty vhodné, považuje pozitivní psychologii, rezilienci (odolnost klienta), fáze modelu změny, motivační rozhovor a krátkou terapii. Následně budou popisovány výše nezmíněné metody:

- **Pozitivní psychologie** – přístup charakterizuje hledání pozitivních vlastností, dovedností a „zdravých“ stránek klientovy osobnosti. Uplatňuje princip zde a nyní, který klientovi pomáhá snáze se orientovat a směřuje k dosažení hodnotného života. Pozitivní důvod k životu je bazální myšlenkou, na které přístup stojí a která výrazně facilituje motivaci.
- **Rezilience** – odolnost klienta vůči sociálním, pracovním a finančním stresorům, nepřízní osudu, ale i vůči běžným problémům je velmi důležitá. Souvisí i se zvyšováním frustrační tolerance a předpokládá možnost učení se rezilientním dovednostem v každé životní situaci. Klienty podporujeme ve vytváření interpersonálních vztahů, v pozitivnějším přístupu k sobě samému, v plánování a v získávání dovedností k řešení problémů.
- **Krátká terapie** – synonymem je plánovaná krátkodobá psychoterapie. Pro adiktologické pracovníky nejen v nízkoprahových centrech představuje validní nástroj pro práci s klientem. Terapie probíhá omezený počet sezení, zaměřuje se na specifické cíle, zvyšování frustrační tolerance, posilování rezilience a schopností klienta při uplatňování principu zde a nyní. Autorka uvádí, že metoda nalézá své místo i v terapii závislosti, směřuje totiž klienta k dílčím změnám prostřednictvím podpory. Zdůrazňuje však význam následné péče v podobě kontrolních návštěv s jasně vymezenými pravidly.

- Fáze modelu změny – posouzení klienta podle modelu změny umožňuje párování intervencí s příslušným stupněm motivace.

Psychoterapie v nízkoprahových programech nalézá své opodstatnění nejen v individuální terapii, která je považována za klíčovou (Kalina, 2003), ale také v párové, rodinné a skupinové terapii. V rámci holistického přístupu k léčbě by neměla být opomíjena krajina rodinného prostředí klienta a systematická práce s rodinou.

Práce s rodinnou a rodinná terapie vychází z přesvědčení o síle rodinného systému a jeho potenciálu pomoci k úzdavě. Cílem může být edukace rodiny o problematice související s návykovými látkami, individuální a skupinové rodinné poradenství se zaměřením na aktuální problémy, rodinná terapie s aplikací intervencí k ošetření dysfunkčních vzorců. Nejčastější formou práce s rodinou jsou skupiny s blízkými závislých a rodinná terapie. Využívá se skupinové dynamiky, vzájemné podpory, sdílení, zpětné vazby a uvolnění emocí (Frouzová a Kalina, 2008). Rodina je považována za významný prvek, který může napomoci úzdavě v případě, že dojde k nápravě případných patologických vzorců v rodinném systému (Kalina Miovský 2008). Jak uvádí Broža (2003), hlavní cíle při práci s rodinou v kontaktním centru představuje:

- Vytvoření bezpečného prostoru a zklidnění rodičů, aby mohli otevřeně mluvit o své situaci.
- Projev opravdového zájmu o řešení problémů.
- Strukturování situace, vyhodnocení a nabídka možností řešení.
- Nabídka možností péče o sebe samé.

Pokud nízkoprahové služby nejsou kompetentní k zajištění této oblasti, matching předpokládá vhodné doporučení nejen klienta, ale i blízkých osob, do širší odborné sítě.

2.7 Nápomocné faktory v resocializaci klienta

Resocializaci doprovází získání potřebných sociálních znalostí a dovedností k integraci do podmínek normálního života. Abstinence je zde prostředkem k dosažení změn. Jak uvádí Dvořák (2003), cílem je reintegrace prostřednictvím znovunabytých profesních a sociálních dovedností, podpůrných sociálních vztahů a prostřednictvím podpůrného sociálního prostředí.

Autor specifikuje nejčastější okruhy problémů spojených se sociální rehabilitací ve formě pěti oblastí:

- Neexistující, narušená síť blízkých vztahů a ztráta schopnosti vytvářet, udržovat a rozvíjet blízké vztahy.
- Nedostačující sociální dovednosti v oblasti „adekvátního“ sebeprosazení, komunikace a projevu emocí.
- Nedostačující nebo žádné profesní dovednosti a návyky společně s nízkým stupněm dosaženého vzdělání.
- Nízký socioekonomický status, právní a finanční problémy.
- Nedostatek pozitivního sebehodnocení a sociálního ocenění jako důsledek životního stylu.

Za účinnými faktory na efektivitě změny stojí kombinace vzdělávacích, tréninkových a poradenských aktivit, které se věnují výše uvedeným oblastem. Délka a způsoby poskytovaných intervencí se odvíjí od individuálních potřeb klienta (Dvořák, 2003).

Nápomocné faktory v resocializaci klienta souvisí s nezbytnými složkami programu následné péče. Kromě práce s rodinnými příslušníky je nutné věnovat pozornost bytové situaci klienta a oblasti související se zaměstnáním a rekvalifikací.

Kuda (2008) dále uvádí potřebu podpurné psychoterapie s cílem zvyšování vlastní účinnosti klienta, sociální práci se zaměřením na sociálně-právní problematiku, lékařskou péči s cílem stabilizace klienta v oblasti fyzického zdraví, a práci v oblasti volnočasových aktivit.

Skupinová psychoterapie s využitím skupinové dynamiky a analýzy procesů je významnou k získání podpory, zpětné vazby, náhledu a ke zvyšování autonomie klienta. Uplatňuje se zejména po období individuálního přístupu v rámci individuální psychoterapie. Způsob práce skupiny se odvíjí od cíle skupiny a zaměření terapeuta (Miovský a Bartošíková, 2003). Následné doporučení svépomocných a podpurných skupin představuje důležitý aspekt podpory klienta mimo odbornou pomoc (Miovský a Bartošíková, 2003).

Z kontextu bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti je resocializace výsledkem dílčích změn ve všech složkách modelu (více viz bod 2).

Prevence relapsu

Prevence relapsu patří mezi základní faktory, které podporují self-efficacy klienta a proces resocializace. Techniky prevence relapsu jsou kognitivně behaviorálním přístupem. Kuda (2008) uvádí východisko technik z kognitivní intervence, dovedností zvládání a ze stabilizace životního stylu. Cílem je vybavit klienta takovými dovednostmi a znalostmi, jež zvyšují jeho schopnost sebekontroly, minimalizují riziko lapsu/relapsu, a tím zvyšují sebeúčinnost klienta.

Zvýšenou pozornost je nutné věnovat rizikovým faktorům abstinence, které představují vysoce rizikové situace a craving. Podle Marlatta a Gordona (1985) patří k těmto situacím negativní emoční stavy, sociální konflikty a tlak. Kuda (2008) popisuje i negativní fyzické stavy a testování kontroly. Craving je běžnou komplikací abstinence, podle Kudy (2008) je přítomen u 100% relapsů - na základě těchto informací je přístup ke klientovi zaměřen na zvýšení anticipace a efektivního zvládání situace.

Jak uvádí Marlatt a Gordon (1985), je potřebné klienta během procesu údravy vybavit specifickými dovednostmi:

- identifikovat vysoce rizikové situace a podmíněné spouštěče cravingu; najít možnosti a strategie k jejich omezení
- pomoc při zvládání cravingu
- učení, jak se vyrovnat s myšlenkami spojenými s dřívějším územ návykové látky
- učení, jak zvládnout nevyhnutelnou vysoce rizikovou situaci
- vytvoření základního krizového plánu
- učení se novým dovednostem, které zvyšují sebevědomí
- objevování nových aktivit a vztahů, které přinášejí potěšení a kompenzují pocit prázdnoty.

Dovednosti zvládání představují společně se zvyšováním uvědomění a stabilizací životního stylu pilíře prevence relapsu. Jak uvádí Kuda (2008), cílem je klient, jenž je seznámen s možností lapsu, ale je vybaven takovými strategiemi a dovednostmi, které mu umožní zabránit relapsu.

3 Výzkumná část studie případových ilustrací bakalářské práce

3.1 Úvod do problematiky případových ilustrací

Tato práce je studií jednotlivých případových ilustrací klientů nízkoprahového kontaktního centra pro drogově závislé, u kterých byl diagnostikován syndrom závislosti na návykových látkách a kteří se rozhodli k výrazné změně svého životního stylu (abstinence, kontrolované užívání) bez podpory klasické ústavní léčby. Nízkoprahové centrum klientům poskytovalo podporu v rámci poradenského procesu a v programu podpory v abstinenci a následné péči.

V této studii dokumentuji a popíši jednotlivé případové ilustrace a chronologický vývoj onemocnění a poskytnutých intervencí. Stěžejním tématem je mapování rizikových faktorů při změně životního stylu, problematických fází případových ilustrací a významu adiktologických intervencí nízkoprahového centra v podpoře klientů. Z důvodu obsáhlosti sledované problematiky je pro přehlednost a ucelenost výsledků užitá kvalitativní analýza dat clusterovou metodou. Závěr práce věnuji popisu specifík kontrolovaně užívajících a abstinujících klientů, zhodnocení procesu změny podle měřítek evaluace výsledků, a návrhu potenciálních adiktologických intervencí.

3.1.1 Cíle studia případových ilustrací

Práce si klade za cíl zjistit, jaký význam má nízkoprahové centrum pro klienty v abstinčním období a ve snaze o kontrolované užívání. Cílem bude i popsat specifické charakteristiky klientů – abstinujících a kontrolovaně užívajících -, kteří odmítají ústavní léčbu; zejména odlišnosti mezi popisovanými skupinami.

Výzkumná otázka studie případových ilustrací zní: „Jaký význam má nízkoprahové centrum pro klienty v abstinčním období a ve snaze o kontrolované užívání, a čím se od sebe tyto významové kategorie odlišují?“

3.1.2 Výzkumný soubor, etika výzkumu

Výzkumný soubor tvoří šest klientů nízkoprahového kontaktního centra pro uživatele ilegálních drog ve věku 26 až 33 let (dva muži, čtyři ženy). Nízkoprahové centrum se nachází na maloměstě, se spádovou oblastí působnosti na 100 000 obyvatel. Jedná se o certifikované odborné zařízení, které klientům v rámci služeb nabízí i program podpory v abstinenci a

pracuje s kontrolovaným užíváním jako alternativou abstinence. Ostatní nabízené služby jsou shodné s širokou sítí kontaktních center v České republice.

Zásadním kritériem pro zařazení klientů nízkoprahového centra do výzkumného souboru bylo dlouhodobé, anamnesticky doložené problémové užívání drog - pro účely této práce minimálně pět let. Dalším požadavkem při výběru byla abstinence či výrazná změna v životním stylu v délce minimálně jednoho roku, s předchozí absencí pobytu v ústavním zařízení specializujícím se na léčbu drogových závislostí (tolerance neúspěšné léčby s pobytem v zařízení maximálně čtrnáct dní). Do výzkumného souboru byli zařazení pouze ti klienti, kteří byli (či aktuálně jsou) zapojeni v poradenském procesu a v posledním roce navštívili kontaktní centrum.

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí metody totálního výběru vzorku. Jedná se o nepravděpodobnostní metodu výběru, která principiálně vede k tomu, že základní soubor je totožný s výběrovým souborem (Miovský, 2006). Důvodem užití metody totálního výběru byla potřeba dostatečné teoretické saturace při stávajícím malém počtu prvků základního souboru. Tento důvod výběru metody, jak uvádí Miovský (2006), je zcela legitimní.

Výběrový soubor tvoří čtyři ženy a dva muži. Hlavní charakteristikou výzkumného souboru je intravenózní užívání drogy a anamnesticky doložená diagnóza syndromu závislosti (F.15 a F.12). V současné době více než jeden rok abstínuje polovina výzkumného souboru. Druhá polovina vykazuje kontrolu v užívání návykových látek minimálně devět měsíců, charakteristicky po kratším abstinčním období (od třech měsíců).

Tabulka č. 5 Charakteristika výzkumného souboru

Respondent/pohlaví	A/žena	B/žena	C/žena	D/žena	E/muž	F/muž
Věk/ skupina (A/K)*	26/ A	27/K	28/A	30/K	33/K	33/A
Diagnóza/MKN 10	F.15	F.15	F.15	F.15	F.15	F.12
Počet let PUD**	6	5	8	8	13	14
Kontakt s ústavní léčbou ***	Ne	Ne	Ne	Ano	Ne	Ano

*A/K – abstinující/kontrolovaně užívající **PUD – problémové užívání drog – podle EMCDDA definováno jako injekční nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu, nebo amfetaminů ***viz anamnestické listy A-F – příloha č.1

Zdroj: vlastní

V rámci výzkumného šetření a sběru dat byly dodržovány etické aspekty výzkumu v sociálních a zdravotních vědách. Podle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, byla získaná data označena kódy (písmena abecedy). Všichni respondenti výzkumného souboru byli seznámeni s účelem sběru a použití dat, s cílem práce a formou prezentace práce; účastníci podepsali informovaný souhlas, který byl uložen v osobních kartách. Účastníci souhlasili s využitím poskytnutých údajů z rozhovoru a z dokumentace nízkopražského centra pro výzkumné a studijní účely práce na téma „Kontrolované užívání a specifické poradenské přístupy k podpoře abstinence klientů v nízkopražském zařízení“. Prohlašuji, že v této bakalářské práci dodržuji anonymitu a ochranu osobních údajů všech zúčastněných osob.

3. 1. 3 Použité metody (získání a zpracování)

Pro průzkum a sběr dat za účely této práce (odpovědi na výzkumné otázky) bylo zvoleno semistrukturované interview. Informace k průběhu poradenského procesu a k procesu změny byly získány z osobních karet klientů. Pro ucelenost informací k jednotlivým případovým ilustracím byly využity anamnestické listy, které byly získány v rámci diagnostiky a zhodnocení klientů v poradenském procesu nízkopražského centra a které jsou součástí osobních karet klientů.

Semistrukturované interview bylo realizováno ve čtyřech případech ve standardizovaném prostředí (poradenská místnost), ve dvou případech v sociálním prostředí respondentů, délka interview se pohybovala od 30 do 40 minut. Základem byla pečlivá příprava rozhovoru, kdy bylo vytvořeno tzv. „jádro interview“, které podle Miovského (2006) vydefiniuje minimální množství témat a otázek. Jádro rozhovoru

představovaly otázky o přínosu a roli kontaktního nízkoprahového centra ve významné změně životního stylu dlouhodobých uživatelů drog. Další otázky směřovaly ke zjištění názorů klientů na kontrolované užívání, abstinenci, ústavní léčbu a motivační faktory ovlivňující celý proces změny. K fixaci kvalitativních dat z rozhovoru byl použit diktafon a záznamový arch, jenž vytvářel oporu pro strukturu i flexibilitu rozhovoru dle povinného jádra.

Fixovaná data z interview na audiozáznamu byla doslovně transkribována do elektronické textové podoby a v textovém editoru Word dělena novým řádkem pro každou otázku a odpověď. Systematické i nesystematické vlivy výzkumníka na proces transkripce, které je dle Miovského (2006) nutné minimalizovat a odhalit, byly kontrolovány opakovaným poslechem. Transkribovaná část byla porovnáвана opakovaně (minimálně dvakrát s odstupem jednoho týdne) s původním záznamem. Doslovná transkripce audiozáznamu byla provedena u všech interview. Systematizace plné transkripce pokračovala redukcí prvního řádu; tu lze provést vždy, když pracujeme s obsahem (Miovský, 2006). Následně byla data pro analýzu připravena technikou barvení textu podle výzkumných otázek a oblastí.

Získané informace z osobních karet klientů, jež jsou součástí chráněných údajů nízkoprahového centra, byly využity ke kompletaci údajů o poradenském procesu - k sestavení přehledu vývoje onemocnění a intervenčních opatření a k mapování rizikových faktorů a problematických fází případu (viz bod 3.4). Osobní karta klienta slouží k zaznamenávání průběhu poskytnutých intervencí klíčovým pracovníkem centra, který je zodpovědný za správnost uvedených údajů. K použití informací byl klienty udělen souhlas (viz bod 3.1.2).

Informace k anamnestickým listům (viz příloha č. 1 – Anamnestické listy A-F) byly získány z osobních karet klientů a následně byly pro účely této práce přepracovány podle anamnestického listu odvozeného z EURO-ASI. Veškeré údaje, které by mohly identifikovat klienta, byly pozměněny. Anamnestické listy byly využívány jako zdroj dat k chronologickému doplnění informací a k dokreslení průběhu drogové kariéry, diagnostickému zhodnocení a k potvrzení vhodnosti zařazení klienta do výzkumného souboru. Jednalo se o dokumentaci klientů kontaktního centra - osobní kartu, anamnestický list a income dotazník. Tato data existovala v době před výzkumem a jsou součástí chráněných kódově značených karet klientů nízkoprahového kontaktního centra.

3. 1. 4 Způsob analýzy dat

Získaná kvalitativní data z polostrukturovaného interview byla analyzována pomocí clusterové metody - metoda vytváření trsů sloužila k systematizaci výroků podle tematického překryvu v kategorii „význam nízkoprahového kontaktního centra pro klienty v abstinenčním období a ve snaze o kontrolované užívání“. V prvním kroku byly do výše uvedené kategorie vybírány veškeré výroky, které souvisely s nízkoprahovým kontaktním centrem. Ze získaných výroků byly utvářeny základní kategorie, jež zahrnovaly podkategorie vyjadřující různé postoje respondentů k významu kontaktního centra v abstinenci a v kontrolovaném užívání. Důvodem volby metody bylo získání zpětné vazby od klientů a zhodnocení významu nízkoprahového centra v programu podpory abstinence/kontrolovaného užívání podle měřítek evaluace výsledků.

K odpovědi na výzkumnou otázku, jaké jsou charakteristiky kontrolovaně užívajících a abstinujících klientů a jak se tyto dvě významové kategorie odlišují, byla zvolena analýza dat z rozhovoru a anamnestického listu metodou kontrastů a srovnávání. Podle Miovského (2006) je kontrastování významnou technikou ve všech případech, kdy od sebe potřebujeme odlišit dvě identifikovatelné kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi. Kategorie abstinujících a kontrolovaně užívajících byla identifikována podle cílů a behaviorálních projevů ve vztahu k NL. Důvodem volby této metody bylo srovnání případových ilustrací klientů, které na jedné straně reprezentují zastánci úplné abstinence a na straně druhé osoby, jež vykazují vysokou míru kontroly v užívání návykových látek po období závislostního užívání. Vzájemné srovnávání přispělo k vymezení charakteristik jednotlivých skupin, zjištění rozdílů a souvislostí mezi užíváním návykových látek, abstinencí, kontrolovaným užíváním a osobnostními vlastnostmi.

3. 2 Anamnestické informace

Tabulka č. 6 Případová ilustrace A – F; základní informace k případu

Případová ilustrace – A (abstinující)	
Žena (26), klientkou nízkoprahového centra (NC) 5 let, svobodná, 1. dítě v adopci, 2. dítě (1,5) ve vlastní péči. T.č. na mateřské dovolené, druhým rokem obývá azylový dům pro matky s dětmi v tísní, aktivně brigádní činnost kvůli splácení dluhů, kontakt s rodinou úmyslně přerušen, vyjma mladší sestry umístěné v DD. Abstinence 2 roky.	
1. Charakteristika dlouhodobého abúzu,	Primární droga pervitin, první úzus v 18-ti letech, i.v. aplikace ve 21 letech, 6 let PUD. Traumatizující okolnosti udržující

<i>diagnostika podle WHO</i>	abúzus (pokus o znásilnění, fyzické násilí, partner PUD), popisována minimální doba vysazení. Diagnóza F.15.
2. Kontext prvního úzu a ukončení abúzu	První úzus popisován v kontextu úniku z rodinného prostředí (matka alkoholička, útěk otce, odebrání sestry do ústavní péče). Ukončení abúzu ve 23 letech, druhá gravidita - druhý trimestr, odchod od partnera.
3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu	Sociální exkluze, bezdomovectví, omezení sociálních kontaktů na úzkou komunitu UD, odebrání prvního dítěte, vznik finančních dluhů, traumatizace, kachexie, časté drobné infekce močových cest, záněty v dutině ústní, hypovitaminóza.
4. Charakteristika procesu změny	T.č. ukončen poradenský proces a program podpory v abstinenci. Hlavní náplň – stabilizace sociální a psychické situace, incentivní terapie, posilování motivace, sociální práce, Brokerský model Case managementu, terapie zaměřená na řešení.

Případová ilustrace – B (kontrolovaně užívající)

Žena (27), klientkou NC 7 let, svobodná, 1 dítě (2) ve vlastní péči. T.č. na mateřské dovolené, návrat k orientační rodině (spolubydlení), obnovení sociálních vazeb, opuštění partnera - uživatele drog (fyzické násilí), aktivní plnění trestu VPP. Abstinence v době rizika odebrání dítěte OSPOD 2 měsíce, kontrola v užívání 14 měsíců, přetrvávající způsob aplikace i.v..

1. Charakteristika dlouhodobého abúzu, diagnostika podle WHO	Primární droga pervitin, první úzus v 15-ti letech, aplikace sniff po předchozí zkušenosti s kokainem; i.v. aplikace ve 20 letech, celkový abúzus 15 let, 8 let PUD. Okolnosti udržující abúzus – droga jako podpora libida a energizér. Problémy s vysazením negovány. Diagnóza F.15.
2. Kontext prvního úzu a ukončení/změny v dlouhodobém abúzu	První úzus NL (kokain a pervitin) v kontextu vykonávání privátní prostituce – nabídka od zákazníka. Ve 24 letech abstinence 2 měsíce, následná regulace v užívání (snížení frekvence, aplikace i.v.) z důvodu gravidity a potřeby změny dosavadního stylu života (fyzické násilí, ublížení dítěti – partner).

<p>3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu</p>	<p>Sociální destabilizace, pobyt v diagnostickém ústavu, promiskuitní chování, pozitivita na HCV v 17-ti letech (zaléčena), vyloučení kontaktů s rodinou během abúzu, finanční a právní problémy (dluhy), práce v sexuálních službách, neplánované těhotenství a pozdní diagnostika gravidity.</p>
<p>4. Charakteristika procesu změny</p>	<p>T.č. aktivně zapojena do procesu podpory v regulaci užívání NL. Hlavní náplň – stabilizace sociální situace, kontrolní testy na detekci drog v době abstinence, incentivní terapie, edukace o metodě a problematice regulace užívání, individuální terapie se zaměřením na partnerskou a rodinnou problematiku – rámcová terapie orientovaná na řešení. Cílené zaměřením na promiskuitu, kontext abúzu z důvodu vysoké sexuální potřeby a testování na infekční nemoci. Brokerský model – zprostředkování kontaktu s širším sociálním prostředím.</p>

Případová ilustrace – C (abstinující)

Žena (28), klientkou NC 9 let, svobodná, dvě děti (4 a 6) ve vlastní péči, otec dětí ve VTOS (kontakt vyloučen). T.č. končící mateřská dovolená, aktivní rekvalifikace na pozici účetní, společné bydlení se syny v pronajatém sociálním bytě. Poslední rok postupné obnovování kontaktů s orientační rodinou, nový partnerský vztah a řešení PTSD z minulosti. Celková doba abstinence 6 let.

<p>1. Charakteristika dlouhodobého abúzu, diagnostika podle WHO</p>	<p>První úzus ilegální drogy ve 13-ti letech – heroin, aplikace kouřením (užívání při nedobrovolné prostituci). Primární droga pervitin, první úzus v 18-ti letech aplikace i.v., rychlý rozvoj syndromu závislosti. Celkový abúzus NL 7 let, PUD 5 let. Okolnosti udržující abúzus – úzká sociální vazba v komunitě čtyř UD, aplikace drogy od partnera, závislost na partnerovi, užívání popisováno jako nutnost. Diagnóza F.15.</p>
<p>2. Kontext prvního úzu a ukončení/změny v dlouhodobém abúzu</p>	<p>První úzus NL (heroin) pod nátlakem za účelem vynucené prostituce. První úzus primární drogy – aplikace i.v. partnerem. Ukončení abúzu a abstinence od 23 let – potvrzení gravidity.</p>
<p>3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu</p>	<p>Sociální izolace, retraumatizace během abúzu, potrat z důvodu fyzického násilí od partnera, psychické komplikace (úzkosti, depresivní rozlady), výrazné zanedbávání základních potřeb, opakované vážné ohrožení života, kachektizace, chronická vyčerpanost, odmítnutí klientky v rodinném prostředí.</p>
<p>4. Charakteristika procesu změny</p>	<p>T.č. ukončen poradenský proces a program podpory v abstinenci. Hlavní náplň – podpůrná psychoterapie, incentivní terapie, program pro těhotné klientky a individuální terapie se zaměřením na aktuální problémy (rámcová psychoterapie orientovaná na řešení, krátká terapie a krátkodobé cíle). Pomoc při změně sociální situace – stabilizace, opuštění partnera - uživatele, osamostatnění se. Ošeteření PTSD, psychický kolaps po 5 letech abstinence – zprostředkování odborné pomoci.</p>

Případová ilustrace D (kontrolovaně užívající)	
Žena (30), klientkou NC 9 let, svobodná, dvě děti (1, 5) ve vlastní péči společně s novým partnerem. T.č. na mateřské dovolené, uspokojivé bydlení v RD, řešení a placení vysokých dluhů z aktivní drogové kariéry, obnovení vazeb s primární rodinou. Kontrolované užívání pervitinu v délce 2 let, přechod z i.v. aplikace k aplikaci sniff.	
1. Charakteristika dlouhodobého abúzu, diagnostika podle WHO	Primární droga – pervitin, první úzus v 15-ti letech, aplikace sniff, i.v. aplikace od 20-ti let, celkový abúzus NL 15 let , 13 let PUD. Okolnosti udržující abúzus – droga jako prostředek pro interpersonální kontakty, způsob prosociálního začlenění. Abstinence během abúzu vnímána jako důležitá součást uživatelského stylu. Diagnóza F.15.
2. Kontext prvního úzu a ukončení/změny v dlouhodobém abúzu	První úzus NL (heroin) v kontextu sociálním – experiment s partou. Regulace abúzu od 24 let (1. gravidita) jeden rok, relaps do věku 28 let (2. gravidita) a kontrola v užívání do t.č.
3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu	Promiskuitní chování a rizikové sexuální chování – infekce HBV (zaléčena) ve 22 letech, výrazné komplikace v sociální a právní oblasti – dlouhodobá nezaměstnanost, nárazová brigádní činnost, vznik vysokých dlužných částek, rozpad partnerského vztahu, nejisté a neuspokojivé zázemí.
4. Charakteristika procesu změny	T.č. aktivně v procesu podpory ve snaze o kontrolované užívání. T.č. zaměřeni se na prodlužování abstinence období a prodlužování intervalu mezi jednotlivými dávkami. Zapojena ve specifických programech pro ženy - uživatelky (problematika mateřství a těhotenství, postnatální péče, zdravého životního stylu, nutričního poradenství), využívána incentivní terapie.

Případová ilustrace – E (kontrolovaně užívající)	
Muž (33), klient NC 8 let, rozvedený, 1 dítě (12) v péči matky. T.č. zaměstnán jako svářeč, aktivně navázal a udržuje kontakt s dcerou, v péči probační a mediační služby, pravidelné testování na detekci drog – t.č. končící podmíněný trest odnětí svobody. Po dlouhé době obnoven vztah s primární rodinou, návrat k rodině (spolubydlení) a k dřívějším zájmům – posilování, sport. Snaha o kontrolu v užívání 3 roky, z i.v. aplikace přechod k aplikaci sniff.	
1. Charakteristika dlouhodobého abúzu, diagnostika podle WHO	Primární droga – pervitin, první úzus v 15-ti letech, aplikace i.v., celkový abúzus 15 let, počet let PUD 14. Okolnosti udržující abúzus popisovány jako prosociální, v kontextu umocnění sociálního postavení, k posílení maskulinity (akné vulgaris). Abstinence snahy během dlouholetého abúzu běžné a plánované. Diagnóza F.15.
2. Kontext prvního úzu a ukončení/změny v dlouhodobém abúzu	První úzus NL a počátek drogové kariéry charakterizuje zvědavost, nuda, absolutní svoboda a liberální výchova v rodinném prostředí, a vysoký finanční příjem od 15-ti let. Změna v dlouhodobém abúzu – souhra více faktorů (podmíněný trest, kontrolní testy na detekci drog, aktivní zájem dcery o otce).

<p>3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu</p>	<p>Sociální exkluze – nejisté bydlení, absence finančního příjmu ze systému sociálního zabezpečení, dlouhodobá nezaměstnanost, ilegální trestná činnost, psychické komplikace (zrakové a sluhové halucinace), anxieta a fyzické komplikace (podvýživa, zhoršení a. vulgaris). Podle in-come dotazníku opakované rizikové chování – riziková aplikace, promiskuita, nechráněný sexuální styk.</p>
<p>4. Charakteristika procesu změny</p>	<p>T.č. končící dohled probační a mediační služby a podmíněný trest, klient pracuje a nadále dochází na základě vlastního přání na kontrolní testy detekce drog. Z hlediska kontroly v užívání lze testy vnímat jako podporu k udržení regulace dávek. Aktivně v procesu podpory ve snaze o kontrolované užívání - zaměření se na kognitivní problematiku, sny, craving, techniky zvládání cravingu a rizikových situací. Aktivně probíhající poradenský proces se zaměřením na individuální terapii s využitím rámce pozitivní psychologie a rámce vysoce strukturované psychoterapie orientované na řešení. Intenzivní sociální práce.</p>

Případová ilustrace – F (abstinující)

Muž (33), klientem NC 8 let, svobodný, bezdětný. T.č. aktivní snaha při hledání zaměstnání, zapojení do rekvalifikace v rámci ÚP, zvažování odchodu od orientační rodiny a snaha osamostatnit se. Zlepšování finanční situace výkonem OPP, aktivní zájem o fyzické zdraví a vlastní vzhled. Přetrvávající sociální izolace. Snaha o regulaci užívání primární drogy 6 měsíců, následně po relapsu přehodnocení zájmu a abstinence od primární drogy i pervitinu – t.č. 1 rok.

<p>1. Charakteristika dlouhodobého abúzu, diagnostika podle WHO</p>	<p>Primární droga – marihuana, první úzus v 16-ti letech, celková doba abúzu 15 let. První úzus pervitinu v 19-ti letech, i.v. aplikace ve 21 letech, celková doba PUD 8 let. Okolnosti udržující abúzus – snaha o ošetření pocitu sociální izolace, pocitu méněcennosti a stigmatizace v důsledku odlišnosti (barva pleti, vzrůst, fyzická vybavenost). Abstinenční snahy během dlouholetého abúzu primární drogy negované, podmíněné opakovaným kontaktem s ústavním zařízením v maximální délce 7 dní. Diagnóza F.12.</p>
<p>2. Kontext prvního úzu a ukončení/změny v dlouhodobém abúzu</p>	<p>První úzus NL a počátek drogové kariéry charakterizuje snaha o postavení v rámci sociálních kontaktů. Jsou mapovány výrazné problémy v sociálních kontaktech, interpersonální stigmatizace klienta kvůli fyzické indispozici i mezi UD – psychická traumatizace během 14 let abúzu. Ukončení abúzu – důsledek interindividuální potřeby klienta ke změně a k opuštění nevyhovující uživatelské subkultury – potřeba osobního růstu a zájem o partnerský vztah.</p>
<p>3. Komplikace z hlediska BPSS modelu vzniklé během dlouhodobého abúzu</p>	<p>Sociální izolace na uživatelskou subkulturu, omezení kontaktů s primární rodinou přes společné sdílení domácnosti, dlouhodobá nezaměstnanost (13 let), retraumatizace během abúzu NL, stigmatizace a devalvace v rámci kontaktů s uživateli drog, absence vztahu a sexuálního uspokojení,</p>

	absence zájmu o fyzickou pohodu a osobní růst, vysoce narušený životní/denní rytmus. Psychické komplikace a manipulativní projevy, hostilita, agrese, využívání a snaha o dominanci projevující se nejistotou v interpersonálních kontaktech.
4. Charakteristika procesu změny	T.č. aktivní zapojení v programu podpory v abstinenci, probíhající namátkové testování na detekci drog na základě zakázky klienta. Individuální terapie zaměřená na posílení autonomie a osobního růstu, vytvoření pevného vztahu a na nácvik intrapersonálních dovedností s prvky KBT. Využívána edukace a nácvik komunikace při telefonickém kontaktu, při přijímacím pohovoru uchazeče o zaměstnání a při jednání s úřady. Vhodně se uplatnil rámec pozitivní psychologie a vysoce strukturované, na problém orientované psychoterapie (z důvodů omezených kognitivních schopností klienta).

3. 3 Integrace/ resumé vývoje onemocnění a intervenčních opatření

3. 3. 1 Resumé vývoje dlouhodobého abúzu NL

Sledované odlišnosti	Případové ilustrace					
	Abstinující			Kontrolovaně užívající		
	A	C	F	B	D	E
Počet let PUD	6	5	8	8	13	14
Vznik závislosti od prvního úzu v letech	2	1	2	5	6	7
Subjektivní popis odvykacího stavu	- vysoce nepříjemný, silné fyziologické a psychické projevy, snaha o eliminaci odvykacích symptomů opakovaným abúzem, silné projevy v psychickém prožívání (agresivita, sebenenávist, anxieta, ...)			- nepříjemný do míry omezení fyzické výkonnosti, s fyziologickými komplikacemi (obstipace, únava), s problematikou nárůstu hmotnosti, ev. popírání odvykacího stavu		
Abstinence během aktivního abúzu/ důvody	1 den/ zdravotní komplikace	1-2 dny/ vyčerpání organismu	7 dní/ pobyt v ústavním zařízení	8 týdnů/ riziko odebrání dítěte	6-8 týdnů/ konec první gravidity, nechuť k užití	20 dní/ odpočinek, revitalizace organismu
Traumatizace před prvním užitím NL	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne
Stresující a traumatizující událost během abúzu	Ano	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne
Důvody udržování abúzu	Psychické-retraumatizace, snaha eliminovat zážitky i vzpomínky	Psychické-retraumatizace, snaha eliminovat zážitky i vzpomínky	Psychické, sociální – udržování sociálních kontaktů	Sexuální libido, droga jako energizér, součást životního stylu	Součást zaběhlého životního stylu a způsobu vyjadřování se k odlišnostem	Posílení maskulinity, sociálního postavení a udržení neformálního životního stylu

Vztah k rodinnému systému	Úplné vyloučení vazeb, vyjma mladší sestry	Úplné vyloučení kontaktů s rodinou, obnovování v posledním roce po 6 letech abstinence	Omezené kontakty a vazby přes společné sdílení domácnosti	Návrat k rodině při snaze o kontrolu v užívání	Návrat k rodině při snaze o kontrolu v užívání	Návrat k rodině při snaze o kontrolu v užívání
Behaviorální projevy v procesu změny	Vysoká míra autonomie, negace „okatých“ ptp technik	Vysoká míra autonomie, odmítání pomoci, negace „okatých“ ptp technik	Vysoká míra schopnosti seberegulace a osobního růstu. Negace edukace, zaměření na intrapsychické prožitky.	Silná potřeba kontaktu a pevného terapeutického vztahu, podpory a pomoci při změně.	Vyšší míra potřeby nasycení blízkého vztahu v procesu, řešení problémů s dopomocí a odmítání vlastní kompetence.	Silná potřeba ujišťování a posilování vlastní autonomie v procesu, jistá míra netrpělivosti a potřeby silného vztahu s klíčovým pracovníkem.

Zdroj: vlastní

Podle anamnestických informací je první zkušenost s ilegálními psychotropními látkami datována v období časně adolescence u obou sledovaných skupin. Začátek drogové kariéry a první experiment se nejčastěji vyskytují v kontextu sociální integrace a boje za sociální postavení ve skupině vrstevníků, z osobních důvodů zvědavosti, posílení sebevědomí a překonání traumatizující události. Jeden případ ilustruje první úzus pod nátlakem. První užití primární drogy charakterizuje převládající non i.v. způsob aplikace. U mužů převládají pro sociální znaky abúzu, ženy vykazují daleko více psychické důvody – coping, trauma, stresová událost. V rodinném systému převážně nacházíme klienty popisovaný nízký zájem a křivdy ze strany rodičů, vysoce liberální a svobodný výchovný styl, a nepřijetí identity dítěte bez požadavků.

Celý výzkumný soubor charakterizuje dlouhodobé užívání NL; zajímavé je sledování rozvoje závislostního chování ve vztahu k užívané látce, které je od prvního úzu značně posunuto. Celková doba PUD pervitinu se pohybuje od pěti do patnácti let; doba abúzu marihuany (případová ilustrace F) činí 15 let. Doba vzniku syndromu závislosti k užívané látce od první zkušenosti se pohybuje od tří do sedmi let. Průběh onemocnění reprezentují různé motivy k pokračování v abúzu a k rozvoji závislostního chování.

Při sledování skupiny abstinujících klientů je patrná výrazná stresující a traumatizující událost, která vedla k abúzu, či vznikla v kontextu abúzu (znásilnění, pokus o znásilnění, fyzické týrání, sociální vyčlenění ze skupiny vrstevníků na základě fyzických nedostatků). U dvou ze skupiny abstinujících byla diagnostikována PTSD a výrazná retraumatizace během

abúzu. Užití NL je popisováno a chápáno jako řešení vysoce stresujících událostí, které abúzus udržovaly v chodu. Skupina kontrolovaně užívajících vykazuje zcela odlišné příčiny vzniku a udržování abúzu; návyková látka je definována jako součást komunitního životního stylu a osobní potřeby, jako možnost sdílení interpersonálních vztahů a zájmů a prostředek k umocnění prožívání. Skupina explicitně vyjadřuje abúzus jako možnost, nikoliv jako nutnost. Při srovnání obou skupin je u abstinujících klientů pozorována kratší doba od prvního užití NL k rozvoji syndromu závislosti (maximálně 2 roky), u skupiny kontrolovaně užívajících se jedná o období pěti až sedmi let.

V průběhu abúzu a rozvoje závislostního chování vykazují obě skupiny výrazné změny z pohledu BPSS modelu – prvotně jde o pokles zájmu o fyziologické a primární potřeby, zanedbávání péče o zdraví, výrazné snížení kongruence v základní potřebě bezpečí, devalvace sebeúcty a indiferentní vztah k dříve uznávaným psychickým potřebám, adaptace na nové hodnoty a normy v podobě odmítání budoucnosti, s orientací na přítomnost a aktuální prožitky. Sociální složka modelu je výrazná u všech sledovaných ilustrací - dochází k úplnému přerušování kontaktů s rodinou, či k výrazné hostilitě v rodinném systému; sociální kontakty se omezují na úzkou komunitu uživatelů drog. Jsou pozorovatelné znaky sociální exkluze – dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, adaptace na nové normy, snížení pocitu vlastní hodnoty, život v odloučených lokalitách. Spirituální hledisko modelu je zastoupeno orientací na přítomnost a materiální hodnoty. Převládá absence smyslu života, bez orientace na životní sny a potlačení pozornosti k vnitřnímu prožívání a citění. Budoucnost je definována jako nejbližší přítomnost, která se spojuje s přežitím a uspokojením materiálních a primárních potřeb, včetně užívané látky.

Popisované zkušenosti s odvykacím stavem a abstinencí během dlouhodobého užívání drog jsou značně odlišné co do skupiny abstinujících a kontrolovaně užívajících. První skupina vykazuje signifikantní symptomy odvykacího stavu. Tento je popisován, jako vysoce nepříjemný se silnými psychickými a fyziologickými projevy dle užívané drogy. Objevují se výrazné behaviorální snahy k eliminaci odvykacích symptomů a krátká doba vysazení NL; v případě skupiny abstinujících klientů v rozmezí jednoho (ilustrace A) až sedmi dní (ilustrace F) - podmíněně pobyt na detoxifikaci, zdravotními obtížemi, nebo vyčerpáním organismu. Úmyslné vysazení skupina neguje. Skupina kontrolovaně užívajících odvykací stav popisuje jako nepříjemný do míry omezení fyzické výkonnosti a obstipačních problémů, dále s problémem zvýšení hmotnosti a únavou; v jednom případě je odvykací stav (ilustrace E) subjektivně popírán přes objektivně popsané symptomy. Vysazení a regulace je v průběhu

užívání popisována jako součást zaběhlého způsobu života, za účelem doplnění energie k sexuálním aktivitám, fyzických deficitů, k řešení psychických problémů (halucinace) a odpočinku. Vysazení a regulace se odehrává s vědomím osobní potřeby a z důvodu dosažení cíle. Doba vysazení během aktivní drogové kariéry se pohybuje od dvaceti dnů do osmi týdnů.

Při mapování anamnestických dat a hledání souvislostí mezi motivy k přechodu ze stadia prekontemplace a kontemplace k akci nacházíme významné životní mezníky, které jsou subjektivně popisovány jako důvody k odstartování změny v dosavadním životním stylu. Konkrétně se v pěti případech jedná o motiv a potřebu být dobrým rodičem, nedopustit ztrátu dítěte kvůli abúzu a splnit roli, která je určována společenským tlakem a tlakem komunity uživatelů. Jedna ilustrace je charakterizována motivem výlučně intrapsychickým s výraznou potřebou interindividuální změny a osobního růstu (ilustrace F - úplné odloučení od uživatelské subkultury, potřeba nových sociálních kontaktů, potřeba společenského uplatnění – rekvalifikace). Jak uvádí Nepustil (2009), ukončení dlouhodobého užívání NL souvisí s procesem transformace identity a se schopností tvorby nových závazků a utvářením nového etického rámce (viz bod 2.3). Významná je paralelní účast více motivačních prvků a důvodů k rozhodnutí pro změnu, které zároveň působí jako značně stresující situace. Nejčastěji je mapován souběh s rizikem VTOS a rizikem odebrání dítěte.

3. 3. 2 Resumé vývoje intervenčních opatření nízkoprahového centra

První kontakt s nízkoprahovým centrem je charakteristický časovým odstupem od počátku užívání NL v rozmezí dvou až osmi let. Odstup lze vysvětlit tím, že výběrový soubor představují klienti ambulantního zařízení, kteří jej kontaktovali sami a nebyli aktivně osloveni v rámci terénní práce. Doba přidělení „statutu klienta“ se pohybuje od pěti do osmi let. Výlučně převládá první kontakt na základě snowballingu; tedy doporučení ostatními klienty, jež byli aktuálně s centrem v kontaktu, nebo sekundárně využívali výměnný program. Mezi hlavní důvody pro vyhledání nízkoprahového centra, které jsou uvedené v individuálních plánech, nacházíme potřebu změny dosavadní životní situace. Tato je v pěti ilustracích charakterizována jako vysoce stresová (odebrání dítěte, gravidita, rozvod, právní problémy, psychické problémy spojené s abúzem), a je důvodem k vyhledání ústavní léčby, která ani v jednom z případů není v počátku realizována.

V době abúzu převládaly intervence zaměřené na aktuální problémy s cílem minimalizovat dopady spojené s rizikovým životním stylem a užíváním NL. Intervence lze

charakterizovat jako nárazové, nenavazující, vysoce strukturované a směřující k okamžité stabilizaci BPSS složky. Na základě rozhovoru s klienty je významnou měrou oceňována nabídka základních služeb, které zajišťují primární potřeby.

Následně budou popisovány intervence, jež byly poskytnuty nízkoprahovým centrem v době snahy o změnu v životním stylu (abstinence, kontrolovaného užívání). Pro přehlednost údajů budou intervence sumarizovány podle základních opatření, která jsou společná pro všechny uvedené případové ilustrace. K orientaci bude použit model fází poradenského procesu.

V počáteční fázi poradenského procesu byly respektovány výše uvedené principy (viz bod 2.4); důležitým momentem byla volba klíčového pracovníka klientem, která nemusí být definitivní a předpokládá i vklad ostatních členů z multidisciplinárního týmu. Základní okruhy intervencí směřovaly primárně k:

- zhodnocení vhodnosti zařazení klienta do programu podpory a ke komplexní diagnostice - posouzení podle výše uvedených kritérií indikace a metod léčby (viz Tabulka č. 3).
- stabilizaci biologické a fyziologické situace - primárně k potřebě zajištění výživy, fyziologické stabilizace a revitalizace organismu podle BPSS modelu. Podle Maslowovy hierarchie (viz bod č. 2.2) uspokojení fyziologických potřeb, pokračování v sycení vyšších potřeb, které představují oblast dlouhodobějších cílů a přání klientů; dále i intervence k fyzickým projevům vysazení, snížení dávek NL.
- stabilizaci sociální situace - ve směru stabilizace v oblasti bydlení (řešení bezdomovectví, nevyhovující situace), sociálního prostředí (odloučení od subkultury uživatelů, odchod z úzké komunity dlouhodobých přátel), sociálního zabezpečení; pomoc v krizových situacích při kontaktu se sociálním prostředím (OSPOD, sociální odbor), pomoc při uplatnění oprávněných práv a zájmů. Předpokládá se sycení společenských potřeb – potřeba lásky a sounáležitost, omezení pocitu sociální izolace.
- stabilizaci psychické situace – podpora samostatnosti, systematické stanovení pevné struktury denní činnosti, zaměření se na nejbližší přítomnost, téma hledání náhrady za NL v denním režimu, minimální a cílená edukace o psychických komplikacích v časném období (craving, bažení, symptomy odvykacího stavu, negativní emoční stavy). Podle Maslowova sycení potřeby bezpečí, uznání a seberealizace.
- stabilizaci spirituální situace - cílená podpora v důvodech, které vedly ke změně, podpora v prožívání, změně životního tempa a duchovních hodnot. Podpora víry ve vůli, v sebe sama nebo ve vyšší hodnoty.

- mapování, hledání a obnově zdrojů sociální podpory a pomoci - konkrétně zjištění rozsahu zdrojů podpory v sociálním prostředí, a tudíž význam podpory nízkoprahového centra (více Nepustil, 2009; bod č. 3).
- mapování širší krajiny klientů (prostředí) - mapování rodinných zdrojů a podpory, kontaktů s blízkými a významu rodiny v procesu změny.
- bazální edukaci o problematice spojené s abstinencí a kontrolovaným užíváním – prvotně cílenou k předání základních informací o fyzických a psychických problémech spojených s vysazením, nebo regulací NL (zvýšená únava, potřeba spánku, substituce chybějících mikro- a makronutrientů, depresivní rozlady, spánková inverze, problematika zažívacích obtíží, zvýšení hmotnosti, ...). Vždy na základě zásady individualizace k jednotlivým potřebám klienta, bez zbytečného zastrasování či zlehčování.

Výstupem z prvotní fáze poradenského procesu byla informace o vhodnosti klienta k zařazení do programu podpory v abstinenci; kontrolované užívání bylo chápáno, jako legitimní možnost Harm reduction principu s omezením léčebných intervencí, což lze v kontextu poskytnutých intervencí považovat za zcela mylné. Podstatné bylo zaměření poradce na aktuální problémy, které bylo základem pro úspěšné pokračování v procesu. Prvotní fáze končila vymezením zakázky ze strany klienta, kterou lze charakterizovat, jako dlouhodobější. Zásadní z hlediska postavení nízkoprahového centra v síti adiktologických služeb je definování pravidel setkávání a určení rizika, které představuje kontakt v prostředí, které slouží aktuálním uživatelům drog. Střet zájmů byl ve všech případech řešen domluvou setkávání v dopoledních a pozdně odpoledních hodinách, kdy byla uzavřena kontaktní místnost pro uživatele drog. Přes probíhající výměnný program byla k dispozici poradenská místnost, která výlučně zajišťovala soukromí a bezpečí klientů. Podkladem pro celý proces byla znalost anamnestických údajů a specifík klienta, která umožňovala s výhodou plánování a vzhled do potřeb a plánu intervencí.

Na podkladě potřeb klientů a teoretického rámce psychoterapeutických technik byl výchozí volbou v prvotní fázi poradenského procesu, při zachování principu individualismu, využití model fáze změny. K dalším významným teoretickým oporám patřil rámec pozitivní psychologie, krátké terapie, KBT a Brokerského case managementu (zejména posouzení, plánování a propojování v případě nekompetentnosti k požadovaným potřebám). Behaviorální terapie se uplatňovala v intervencích směřovaných k regulaci dávek, nebo kontrolovanému užívání.

Z celého výzkumného souboru se o kontrolu v užívání snažili čtyři respondenti. T.č. tři vykazují vyšší míru kontroly v užívání NL, čtvrtý klient se po opakovaných relapsech v době snahy o kontrolované užívání rozhodl k abstinenci (viz případová ilustrace F). Hlavní principy poradenského procesu u skupiny kontrolovaně užívajících směřovaly k:

- posouzení vhodnosti intervence pro klienta
- poskytnutí a předání bazálních informací k související problematice – předání tištěných informací v podobě tzv. informačních archů (působení NL v organismu – způsob ovlivnění orgánových systémů, způsob odstranění NL z těla; jak to zvládnout bez NL – nouzový plán, alternativní činnosti; detoxikace od NL – zvládání odvykacího stavu, výčet symptomů těla při detoxifikaci od užívané NL; prevence relapsu - vždy alespoň minimální edukace; minimalizace škod spojená s nárazovým abúzem, problematika – spánku, výživy, lékařské péče...) a pracovních archů, které slouží klientovi společně s poradcem aktivně vytvářet plán regulace, omezení, kontroly, změny a vlastních potenciálů k dosažení cílů.
- podpoře zvládnutí kontroly v užívání – doporučení stanovit si jasná pravidla, sepsat je (příděly, velikost dávky, tempo abúzu, četnost a kontext užití...), získat podporu okolí, sepsat a pamatovat na důvody a pozitiva vztahující se ke kontrole, odměnit se za splnění malých cílů.
- zodpovězení otázek klienta k regulovanému užívání (viz bod č. 3.5)

Prostřední fáze poradenského procesu byla zaměřená k řešení vymezených dílčích cílů podle individuálního plánu, jejichž naplnění směřovalo k prioritnímu cíli. Fázi charakterizovala vysoká stabilizace v oblasti bio-sociální; v rámci setkávání byla stěžejním tématem psycho-spirituální oblast bez aktuálně „ohrožujících“ problémů, s převahou „chronických“ problémů/témat. Rodinná témata byla významnou složkou v procesu i v individuálních terapiích; rodina ani v jednom z případů zařízení ani jinou odbornou pomoc nekontaktovala, i přes nabídku služby poradenství pro rodiče, která byla sekundárně nabízena. Hlavní bylo přenechání zodpovědnosti na klientech a aktivizace k co největší míře samostatnosti, tedy pozvolná změna oproti první fázi. Proces lze charakterizovat jako vysoce strukturovaný a orientovaný na řešení problémů se zaměřením na:

- udržování změny a podporu k dosažení stanovených dílčích změn – s využitím motivačních technik, kontrolního testování na přítomnost drog a incentivní terapie, která byla s úspěchem využívána u gravidních respondentek - motiv odměny při udržování změny ve formě kreditů k nákupu vybavy a hygienických věcí pro dítě (případová ilustrace A, B, C, D). Testy na drogy byly prováděny na základě přání respondentů,

definované v zakázce jako podpora v prvních měsících abstinence (případová ilustrace B, E, F).

- řešení témat souvisejících s užíváním NL a zaměření se na rizikové faktory abstinence/změny (viz bod 3.4).
- sociální, právní a zdravotní poradenství – zejména pomoc při zprostředkování právní pomoci k řešení dluhové situace, zprostředkování zdravotní péče a navázání kontaktů se zdravotními službami, pomoc při uplatňování oprávněných práv a zájmů (asistenční služba). U žen zdravotní poradenství zaměřeno na minimální nutriční poradenství, problematiku přibírání po vysazení (redukci) dávek a na postnatální péči o dítě.
- individuální poradenství/terapie – zaměřená na současnou životní situaci, problematiku rodinného soužití, rodinných témat, sociální integraci, pestrost interpersonálních kontaktů a náplň dne.

V individuální terapii se s převahou využíval teoretický rámec terapie kontroly, realitou, pozitivní psychologie a terapie zaměřené na člověka. Podle zásad Case managementu lze prostřední fázi charakterizovat zejména obhajováním, plánováním a propojováním. Hlavní cíl ze strany poradce směřoval k samostatnosti, nezávislosti a větší aktivitě klienta. Délka a intenzita prostřední fáze se značně lišila u jednotlivých ilustrací, zejména v souvislosti s individuální potřebou pomoci a podpory ze strany odborníků. U ilustrace B, D, E, F byl proces vysoce intenzivní a dlouhodobý. Procesem se prolínala neustálá revize individuálního plánu, zakázek klientů a dílčích cílů, které se v souvislosti se změnami v jejich životě proměňovaly také.

Závěrečnou fázi poradenského procesu představovalo ukončení naplněním zakázky ze strany klienta. V současné době byl poradenský proces ukončen s případovou ilustrací A a C, ilustrace E je v konečné fázi procesu, a ostatní ilustrace v aktivním zapojení do procesu.

U ilustrace A a C byl poradenský proces o minimálním počtu setkání, charakteristický intenzivní první fází poradenského procesu, následně pak vysokou mírou soběstačnosti a kontaktem s nízkoprahovým centrem podle potřeby. Vysoká míra soběstačnosti a autonomie u uvedených případových ilustrací koresponduje s chronologicky doloženými problémy v rodinném prostředí, předčasnou nutností dospět a starat se o sebe. Naopak u ilustrací B, D, E, F nacházíme podporu v rodinném systému, kondependentní vzorce, a udržování kontaktů – paradoxně s touto podporou vyžadují daleko intenzivnější a častější kontakt v rámci

poradenského procesu i s ohledem na méně závažné problémy a situace. Toto zjištění se rozchází s tvrzením Nepustila (2009).

3. 4 Mapování rizikových faktorů a problematických fází případů

Při sledování průběhu procesu změny u jednotlivých případových ilustrací lze sumarizovat rizikové faktory pro udržení abstinence do následujících skupin:

- vysoce rizikové situace, rizikové v ohrožení sebekontroly – nové životní situace (první láska ve 32 letech končící soudním stíháním), sociální izolace a nuda, deprese a PTSD, období šestinedělí a mateřství (zejména první půlrok po porodu), vysoká kontrola a sociální tlak ze strany rodiny a neuživatelů, výčitky a konflikty v rodinném systému, nečekané myšlenky a chutě, přímý sociální tlak a interpersonální vztahy s uživateli drog (zejména u abstinujících), high a down emoční stavy (radost z kontaktu s dcerou, radost a pocit mocnárství ze zvládnání změny bez pokory k situaci).
- rizikové situace ohrožující rozhodnutí a vůli udržet změnu – právní a finanční problémy (dluhy, exekuční příkazy, očekávané soudní řízení, nečekané dopady z minulosti), nepříznivý sociální status, neadekvátní a dlouhodobá nedůvěra v rozhodnutí změnit se od rodinného systému.

Zvláštní a podstatnou skupinu představují rizika spojená s fyzickým a fyziologickým stavem organismu – problémy se spánkem, přírůstek hmotnosti, obostipace, nemoc a dlouhodobé omezení fyzické schopnosti, chronické bolesti zubů při dlouhodobém zanedbání péče, pocit snížené výkonnosti a úbytku energie.

Významné oblasti intervenčního působení a procesu změny lze sumarizovat podle výše uvedených rizikových faktorů do následujících oblastí:

- rodina, rodinný systém a blízké okolí – snaha o zapojení rodiny do procesu změny byla neúspěšná u celého výzkumného souboru; podporu ze strany rodinného systému vykazovaly ve vyšší míře ilustrace B, D, E, F.
- partnerská problematika – odchod od partnera, psychické vydírání, finanční a citová závislost. Problematika uživatele a abstinenta ve vztahu. Témata lásky a závislosti ve vztahu a v kontextu abúzu NL, schopnosti důvěry v nový a jiný vztah, důvěry v opačné pohlaví. Sexuální témata v souvislosti s vysazením pervitinu – snížení libida, emočního prožitku a výkonnosti, téma sexuálního zneužívání, znásilnění.
- rodičovství a mateřství.

- jistota, bezpečí, schopnost odpočinku a harmonizace v životním stylu.
- sebedůvěra, sebevědomí s cílem růstu autonomie a seberealizace.
- sociální integrace.

Analýza poskytnutých intervencí

Z hlediska dlouhodobého abúzu NL lze usuzovat na a objektivně pozorovat rozsáhlé změny v BPSS oblasti, kde intervence představují pouze druhořadou oporu v procesu transformace identity, kterou zmiňuje Nepustil (2009). Ta je výrazně podpořena silným motivem ke změně v dosavadním životním stylu. Podle neurobiologického modelu závislosti a chronicity abúzu byla těžištěm intervencí dlouhodobost procesu podpory ke změně; konkrétně v rozsahu dvou až šesti let. Ukončování podpory proběhlo s ilustrací A a C, a to na základě absence dalších potřeb v procesu podpory. Ostatní případové ilustrace pokračují aktivním zapojením v procesu. Intervence se odvíjely od výše uvedených problémů, jež se v poradenském procesu objevovaly a značně souvisely se základními principy terapie podle neurobiologie závislosti formulované Dvořáčkem (2004, 2008).

Za problematické body procesu lze v počáteční fázi považovat potřeby okamžitého vyřešení problémů s vysokou mírou netrpělivosti k dlouhodobějším strategiím řešení problémů. Významné bylo propojení odkládání odměn a řešení (v přijatelném časovém horizontu) s posilováním motivace, motivačním tréninkem a uspokojováním primárních potřeb jako náhradního zdroje odměny. Zde své opodstatnění našla incentivní terapie u žen, která se osvědčila v iniciační fázi udržování změny a jako podporující motiv k udržení změny v delším časovém období. Nemožnost vztažení incentivní terapie na mužskou část výběrového souboru znamenala hledání jiných možností k posilování a podpoře udržení změny. Tyto představovaly zejména techniky KBT (stress management, laps management, kognitivní přetransformování cravingu, ...), které muži oceňovali pro jasnost, stručnost a srozumitelnost.

Nedosažitelný, z hlediska intervenčního působení, byl rodinný systém respondentů. Rodina se ani v jednom z uvedených případů nezapojila do nabízeného programu pro blízké a příbuzné UD, odmítla využít zprostředkování kontaktu s odborníky a skupinami rodičů. Důležité by bylo zapojení rodiny v případech B, D, E a F, kde vlivem procesu změny došlo k návratu klientů do primární rodiny, nebo k pokračování sdílení domácnosti s rodinou. Tento fakt považuji v kontextu práce z hlediska BPSS modelu a na základě informací o jednotlivých

rodinných systémech respondentů za významný. Intervence proto směřovaly pouze ke klientům, ač rodinná témata tvořila výraznou část prostřední fáze poradenského procesu (téma tabuizace, neustupujících výčitek a obviňování, kondependence, závislosti v rodině, opuštění a nepřijetí).

Za vhodný svým léčebným působením lze pokládat proces označovaný jako poradenský s pevným vztahem mezi klientem a poradcem, klíčovým pracovníkem. Na významu nabývalo poradenství orientované na sociální, právní, individuální a zdravotní problematiku s převahou aktuálních problémů. Osvědčily se techniky, které klientům nabízely praktické využití a získání nových dovedností - trénink sociálních a interpersonálních dovedností (návčik jednání na úřadech, komunikace s potencionálním zaměstnavatelem, základy slušné komunikace při telefonických kontaktech), aktivní předávání zodpovědnosti a kompetentností na klienta více než pouze edukace a pasivní účast klienta. Techniky prevence relapsu byly z velké části bagatelizovány a odmítány, což lze vysvětlit zbytečně rozsáhlou a nezajímavou formou interpretace. Osvědčila se minimální edukace o možnostech předcházení lapsu, relapsu, a zejména pak orientace na pozitivní a zdravé hodnoty ve vyváženém životním stylu.

Za nevhodnou terapeutickou techniku lze v rámci nízkoprahového centra a individuálních psychoterapií považovat hlubinně orientovanou psychodynamickou psychoterapii, zejména v případě absence návaznosti kompetentních odborníků z uvedené oblasti. Tento fakt lze vztáhnout na veškeré psychoterapeutické techniky, jež by ohrožovaly stabilitu klienta otevřením a nezpracováním osobních a bolestivých témat. S principem *primum non cere* se uplatnila systematická, na problém orientovaná psychoterapie.

Testování na detekci drog prováděné z moče nelze vnímat jako střet zájmů, jelikož byla primárně uspokojena zakázka klienta (tedy podpora v abstinčním období v rozsahu 1 roku – namátkovým testováním). Intervence se výrazně uplatnila v podpoře vysazení drogy v prvních šesti měsících abstinence. Významným přínosem pro klienty byl výstup z testování – tedy potvrzení o abstinenci, které využívali jako prostředek k získání důvěry v rodinných vztazích a k prosazování svých cílů a plánů. V případě ilustrace B, E a F šlo o významnou podporu k překonání individuálně definovaného a subjektivně vnímaného rizikového období. Intervenční působení z hlediska procesu sociální integrace a resocializace je, vzhledem k omezeným možnostem, oblastí, kterou lze považovat za nejvíce nedostačující. Osvědčily se reference do širších společenských vrstev za účelem sdílení zájmů (mateřská centra, centra

pro rodinu, klubové aktivity). Chybí návazné služby integračních a resocializačních ambulantních programů se zaměřením na nácvik pracovních a sociálních dovedností.

3.5 Význam nízkoprahového centra z pohledu dlouhodobých uživatelů návykových látek

Pomocí clusterové analýzy dat z rozhovoru (více viz bod 3.1.3, 3.1.4) byly - podle jádra rozhovoru zaměřeného na postoje uživatelů k nízkoprahovému centru - vydefinovány následující oblasti. Tyto vyjadřují jednotlivé kategorie, zvolené podle tematického překryvu, který je společný všem případovým ilustracím.

- a) podpora, pomoc, informovanost
- b) sociální izolace
- c) negace závislosti na NC, vědomí autonomie a vlastní vůle, nezávislost
- d) jistota a bezpečí, kontinuita vztahu
- e) negace a devalvace jiných forem odborné pomoci

Analýza a citace z rozhovorů

Následně jsou ke každé z definovaných kategorií popsány pouze příklady z rozhovorů.

Podpora, pomoc, informovanost

Kategorie vyjadřuje postoj dlouhodobých uživatelů NL, jenž lze označit jako převládající. Hlavní oblastí, kterou respondenti vnímají jako významnou, je stabilizace v sociální situaci, a počáteční fáze poradenského procesu, kterou lze z hlediska BPSS modelu vnímat jako nejnáročnější. Respondenti zmiňují význam pomoci i v době aktivního abúzu NL.

E: Pomohli jste mně v plno věcech, hlavně ta podpora, i když jsem došel po dlouhý době sjetej. Nenadávali jste, prostě jsme o tom v klidu mluvili a já chtěl mluvit. Moc mně pomohly ty právní věci a vyřizování dluhů a alimentů. Tenkrát sepisování těch dopisů a psaní samých odvolání, dovolání a smluv a já nevím.

F: Nevím (odmlka)...asi ta podpora psychická.

D: Mně pomohla moc Janička (pracovnice) a to, že jsem za ni mohla dojít a mluvit o těch věcech, co se děly doma. Taký to, že jste mně pomohli, když měla průser sestra a nikdy jste mě

neodmítli, když jsem došla. Třeba ta pomoc ze sbírky, to, že jsem se držela a nefetovala jako divá a vy jste mně finančně pomohli.

B: Ta pomoc s malým, ty plíny a přesnídávky, co jsem dostala v programu. Mam jistotu, že mně poradíte, i to okoupaní. Vim, že dojdu a odejdu klidnější... Teď ty chutě, jak jsme řešili, tak sem si uvědomila, že nejvíc je to, když mám jít uklízet. Máš chuť na úklid a zároveň i na to, víš jaký to je na tom a jak bez.

C: To, že jsem se mohla cítit dobře, to bylo obrovský plus. Když jsem došla a mohla si dát teplou sprchu a vyprat si – i když jsem už nebrala, ale tohle nebylo kde... Asi fakt hlavně ta pomoc finanční. Ta z tý tříkrálovky, kdy jsme spolu nakupovali věci pro kluky, nebo tenkrát...jak jsme kupovali kočár.

A: Pomoc při bydlení. Ale třeba ta sprcha, nebo polívka, když jsem brala. Pak ty schůzky kvůli dluhům a bydlení.

Sociální izolace

Definovaná kategorie vyjadřuje sdílený názor respondentů na význam interpersonálních vztahů, na potřebu odstupu od komunity uživatelů drog, a na vytváření a obnovování sociálních vazeb. Nízkoprahové centrum a kontakt s pracovníky lze považovat za mezistupeň přechodu v období sociálního vakua v procesu resocializace.

E: Sám bych to asi nezvládl. Myslím, že bych se na to vykašlal... Dnes třeba mě potěšilo, že je to normální, co si mně řekla o těch paměťových stopách v hlavě a těch snech. Pak je to lehčí, nepřijdu si tak vyšínutej.

F: Prostě podpora. Dyž nemáš nikoho.

D: Nevim, kde bych jinde tohle mohla řešit, doma s babkou nebo s nim těžko. Člověk potřebuje odstup z toho blázince a někoho normálního.

B: Já vás tak mám jako kamarády, já vlastně ani tak moc nikoho nemám, komu bych tak mohla věřit. Prostě nejsou ti praví kamarádi, jsou to lidi, co berou.

C: Zase ten klid. Vypadla jsem z tý hrůzy (partner uživatel)a chvíli byla mezi normálníma lidma.

Uvědomění, transformace identity, autonomie

Kategorie vyjadřuje význam uvědomění si vlastních schopností a dovedností, zodpovědnost respondentů za své chování, a vysoce racionální přístup k řešení vlastní životní situace - to vše v kontextu vztahování se k významu nízkoprahového centra. Kategorie výrazně souvisí s pokročilostí změn u všech případových ilustrací a s délkou podpory ke změně v životním stylu. Výpovědi charakterizuje značná autonomie, důvěra v sebe, seberealizace a výrazná sebeaktualizace. Návčik KBT technik, informace a techniky prevence relapsu a k vyrovnanosti životního stylu vnímají respondenti jako zajímavé, ale značně zdůrazňují osobní vliv a vůli. Ta převládá v interindividuálním posuzování jako prioritní pro posílení sebevědomí respondentů.

E: Jsem k vám na jistotu, rád dojdu a mluvím. Já prostě musím umět říct ne kvůli malej.

F: To je na nic, to nefunguje (techniky a návčik), prostě je to o vůli o tobě.

D: Zajímavý, jako ty informace, ale pro mě asi k ničemu. Mám to v hlavě podle sebe a funguju, nepotřebuju přesný rady a návody, to je na nic.

B: Já to tak nemam, ale poslechnu si to, je to zajímavý, ale mám svou hlavu a přes to mně nikdo nepřeje.

C: Viš, že jsem samostatná jednotka. Ty věci od vás sou dobrý, i informace, ale člověk je na to sám.

A: Myslim, že to bylo všechno na mně. Já si hlavně říkala, že každý svýho štěstí strujce a že to vše je muj průser a nepůjdu kemrat za každou blbost za vámi o pomoc... Prostě můj průser a můj problém.

Jistota a bezpečí, kontinuita vztahu

Kategorie vyjadřuje důvody preference nízkoprahového centra před ústavní léčbou. Charakteristické je při současné transformaci identity dlouhodobých uživatelů drog, naléhavosti rychlé změny a silné motivační tendenci upřednostnění řešení, které lze nazvat jako méně omezující. Nízkoprahové centrum v poměru s ústavní léčbou vychází lépe z hlediska možnosti uspokojení potřeb uvedených případových ilustrací. Jistota vztahů, osobní zkušenost, bezpečí prostředí a zažitého poradenského vztahu, společně s jeho kontinuitou, stojí za primární potřebu sociální volnosti a výhody ambulantních programů.

E: ...Protože vás znám dlouho a vy ze mě teď máte radost (smích).

F: Vim, že pomůžete. Dycky jsem došel, když jsem potřeboval... Nevím, znám tě i tady to i všechny. Nevím, kam jinam bych šel, šak je to dlouho co sem tu byl poprvý.

D: Mám to tady ráda, kam jinam jít, když nikde o tom, co jsem zažila mluvit znova nechci, tady to víte a pokračuje se.

B: Ste tu, to je jistota.

C: Taky to, že vim, že jsi tam a že Ti můžu zavolat a dojít po domluvě. Nevím, koho jinýho bych měla, když vás tak znám.

A: Bylo to to nejjednodušší řešení. Nemusela jsem hledat pomoc někde jinde.

Negace a devalvace jiných forem odborné pomoci

Respondenti popisují upřednostnění nízkoprahového centra a víru ve své schopnosti před volbou léčby v ústavních zařízeních specializujících se na léčbu drogové závislosti. Stěžejním, verifikovatelně popsaným bodem, společným všem případovým ilustracím, je víra ve vlastní schopnosti a silná, subjektivně popisovaná (převažující objektivně nezažitá) negace ústavní léčby. Tu respondenti vysvětlují komunitním přejímáním názorů a zkušeností od jiných uživatelů drog, a tím i ovlivněním vlastních představ o ústavní léčbě.

E: Nějak mě to ani nenapadlo, že bych se někam zavřel. Když dokážu fetovat tolik let, věřím si i v jiných věcech. To, že vydržíš nebrat není o ústavu, někdo ho potřebuje, protože neví, co chce. Já vim a tak ho nepotřebuju.

F: V léčbě ťa normálně zdeptaju, udělaju z tebe magora. Vůbec nepřemýšlajů hlavů, proto jsem z tama odešel.

D: Tenkrát, když jsem chtěla komunitu to bylo akutní, chtěla jsem hned a hned všechno a stejně jsem nenastoupila a fetovala. Pak to přišlo samo, byl tu důvod, proč najednou všechno změnit.

B: Ani mě to nenapadlo, nevím. Necítla sem potřebu něčeho takýho, ani sem necítla, že bych byla závislá.

C: Považuju to za prasárnu, nevidim žádněj smysl léčby. Osobně sem tam nebyla, že, ale když slyším, že nemůžou zdravit. Pravidla mně můžou políbit prdel. Aby mě někdo tvaroval do

podoby své – neexistuje, neexistuje (velmi pomalu a vláčně). Jediný na co je dobrá, tak zahrne bydlení. Jsou to vyhozené peníze, nejenom ty z vlastní kapsy. Jediné, co vím, tak si tam odpočinou přes zimu, mít kde spát je fajn. Člověk, který opravdu chce přestat, přestane, to je nic. Fajn je to chráněné bydlení. Nemam ráda léčbu, je to vidět? Je to náramně peněz. Neperou se přes léčby špinavý peníze? (smích)

A: Věděla jsem, že to mně nepomůže, je to zbytečné – problémy potřebuju řešit a ne rozpitvávat na mrt'. Když to nemůžu řešit nervuje mě to. Léčbu bych si stejně nemohla dovolit, byla tam i zodpovědnost.

4 Diskuze a závěry

4.1 Specifika kontrolovaně užívajících a abstinujících klientů

Z hlediska specifík souvisejících s prvním užitím ilegální drogy a udržováním abúzu NL jsou mezi sledovanými skupinami patrné rozdíly. Tyto lze pozorovat i v časovém úseku vzniku syndromu závislosti od prvního užití, v míře kontroly během užívání, ve schopnostech regulovat abúzus, v délce doby abstinence během dlouhodobého abúzu a v subjektivním prožívání odvykacího stavu - více v popisu bodu 3 – praktické části.

Podle BPSS modelu nenacházíme signifikantní odlišnosti z hlediska potřeb a složek v biologické části. Psycho složka je reprezentována rozdílnými potřebami z hlediska odlišných cílů definovaných skupin. Skupinu abstinujících klientů charakterizuje snaha o stabilitu v oblasti psychiky, potřeba psychické pohody, vysoká míra autoregulace a autokorekce, a i pozdější vyhledání odborné péče za účelem řešení traumatizujících událostí (psychiatr, psycholog). Kontrolovaně užívající specifikuje jistá vágnost v přístupu k psychickému zdraví, negace psychiatrických symptomů (halucinace) a psychické nestability, a vyšší míra frustrační tolerance. Socio složka je v případě abstinujících klientů výrazná v absenci či výrazném omezení (nahodilá setkání) interpersonálních kontaktů s uživateli drog a devalvací uživatelské subkultury. Výrazně dominuje sociální izolace, zejména v prvním roce abstinence, absence kontaktů s rodinou (ilustrace A, C) či tendence opustit primární rodinu (F). Výrazná je snaha o nezávislost na sociální pomoci od kohokoliv (potřeba růstu autonomie). Kontrolovaně užívající představují v sociální oblasti opak první skupiny; rodina je výrazným zdrojem podpory a pomoci. Ve spirituální oblasti je u abstinujících klientů silná víra v cíl a smysl života, jenž je úzce spjat s abstinencí a představuje záchranný bod v novém životě. Pejorativně vnímané slovo relaps je analogií selhání, které si abstinující odmítají připustit. Druhá skupina se vyznačuje volnomyšlenkářským způsobem života, i přes schopnost omezení užívání NL a silnou orientaci na nemateriální hodnoty.

V rámci programu podpory a procesu změny lze sledovat i výrazné odlišnosti z hlediska potřeb a významu nízkoprahového centra u jednotlivých skupin. Abstinující klienti vykazovali vyšší míru soběstačnosti a nezávislosti na odborné pomoci i v případě absence podpory z blízkého okolí v prvních letech změny; což se vylučuje s poznatkem, který uvádí Nepustil (2009). Tento postoj k procesu změny se výrazně promítl do programu podpory v abstinenci, kdy klienti odmítali techniky s nácvikem a “okaté“ psychoterapeutické techniky,

kteří v nich vzbuzovaly pocity ztráty kontroly a tlaku. Upřednostňován byl poradenský proces a individuální terapie, kde hlavním komunikačním prvkem a požadavkem byla důvěra a neformálnost; tento popis lze vztáhnout k přístupu TA a k základním principům Case managementu. Jako významné se jeví i sdělení jedné z respondentek, která uvedla, že v době, kdy abstinovala, se již necítila jako klient, ač se k ní tak přistupovalo. Kontrolovaně užívající, oproti první skupině, vykazovali soběstačnost i nezávislost v daleko nižší míře než první skupina. Tento fakt se projevoval v intenzivnějším a časově náročnějším procesu podpory v kontrole; zejména v častějším kontaktu, v časové délce jednoho sezení a v širokém spektru požadovaných zakázek. Ač šlo o respondenty, kteří měli podporu v rodině a i v rodinném zázemí, upřednostnili řešení problému s odborným zařízením. Skupina využívala asistenční služby, sociální práce, právního a sociálního poradenství a zprostředkování daleko častěji než první skupina. Návčik, techniky KBT, BT a edukace k problematice rizik v kontrole byli vnímány pozitivně, bez negace a se zájmem, obdobně jako rámec psychoterapie. Výrazný ohlas a aktivní zájem byl o techniku návčiku kontroly pomocí informačních a pracovních listů, která byla vytvořena podle metodické příručky s názvem Efektivní regulace užívání marihuany, již vydalo středisko pro problematiku alkoholu a drog Turning Point v Austrálii (více viz bod 2.5). Namátkové kontrolní testy na detekci drog z moči si skupina vyžádala v období potřeby delší abstinence jako prostředek k podpoře kontroly.

Sumarizace výsledků procesu změny podle měřítek výsledků evaluace efektivnosti

K hodnocení a přehledu výsledků u výběrového souboru budou použita měřítka výsledků evaluace, bez provedení validního procesu zhodnocení. Zamýšlená evaluace efektivnosti metodou pre-post nebyla provedena z důvodu absence poloviny výzkumného souboru v posledním 3/4 roce. Následující zvolené tři skupiny se prolínají s principy práce a cíli nízkoprahového programu, a vycházejí z bazálních měřítek evaluace výsledků podle WHO.

A. Snížení míry užívání psychoaktivních látek

Sledované hodnoty jsou shodné s měřítky výsledků u domény A. Množství užívané PL se snížilo u skupiny kontrolovaně užívajících, z celkového průměru spotřeby 21g za měsíc je výsledkem průměrná měsíční spotřeba 0,5g. U abstinujících klientů je spotřeba primární NL nulová. Frekvence užívání se u kontrolovaně užívajících snížila z aplikace několikrát během dne na průměrnou frekvenci abúzu 2x do měsíce. U abstinujících je frekvence nulová. Z hlediska hodnocení indexu závažnosti závislosti lze pozorovat nemožnost diagnostiky syndromu závislosti na sledované PL, symptomy pro diagnostiku nejsou naplněny. Abúzus u kontrolovaně užívajících se pohybuje v mezích rekreačního užívání.

B. Lepší plnění osobních a sociálních funkcí

Podle WHO představují hlavní měřítka screeningové testy zneužívání drog, Beckova škála depresí, vnímaná sociální podpora, sociální/rodinná subškála aj. K posouzení úspěšnosti procesu změny pro účely této práce a z hlediska omezených informací budou hodnoceny následující oblasti:

- práce a zdroj obživy – výchozí stav (aktivní abúzus NL) charakterizovala absence a nezájem o příjem financí ze systému sociálního zabezpečení, nemožnost udržení evidence na ÚP, absence jistého finančního příjmu, ev. dlouholetá evidence na ÚP a závislost na sociálních dávkách (ilustrace F). Zdroj obživy představovaly činnosti vysoce devalvující, nebo ilegální. Z hlediska hodnocení změn dosažených minimálně po roce ukončení/omezení dlouhodobého abúzu je v kontextu sledované oblasti výrazná změna – t.č. čtyři ženy z výzkumného souboru na mateřské dovolené, zároveň pobírající nárokové dávky ze systému sociálního zabezpečení. Dvě z nich aktivně zlepšují finanční situaci rodiny brigádní činnostmi a dobrovolně se zaučují v potencionálním zaměstnání. Jeden z respondentů – muž (ilustrace E) - je zaměstnaný na plný úvazek, práci si udržuje i přes zdravotní komplikace rok a půl. Poslední respondent prodělal rekvalifikační půlroční kurz, aktivně hledá zaměstnání a aktivně dochází na výběrová řízení. Finanční příjem si zvyšuje vykonáváním OPP pro obec. Celý výzkumný soubor neguje ilegální a ponižující činnosti k získání finančních prostředků, obživě.
- bydlení a zázemí – výchozí stav lze sumárně označit za vysoce neuspokojivý, s absencí jistého zázemí a domova, s převažujícím bezdomovectvím a squatterstvím a s výrazným omezením soukromí. Změny pozorovatelné v této oblasti znamenají získání vlastního

bytu/pronájmu (sociální byt, azylový dům) u dvou respondentů. Zbylá část výzkumného souboru získala jistotu a soukromí díky primární rodině a možnosti opětovného spolužití po splnění podmínek rodiny.

- právní oblast – výstupem je zodpovědný přístup k plnění uložených trestů a opatření, splácení dluhů, domlouvání splátkových kalendářů.
- zodpovědnost za své zdraví – převažujícím aspektem ve výchozím stavu je odmítání zodpovědnosti za své zdraví (psychické i fyzické) a negace fyzických symptomů značících zdravotní komplikace, zejména chronická bolest zubů, amenorea, halucinace, symptomy toxické psychózy, kachexie, infekční onemocnění. Výstupem je diametrální odlišnost k přístupu a zodpovědnosti za svůj zdravotní stav – výzkumný soubor charakterizuje zvýšený zájem o fyzickou a fyziologickou pohodu, obnovení kontaktů s odborníky v péči o zdraví, zájem o psychiatrické a psychologické symptomy, dodržování léčebných intervencí a zájem o klidný a „normalizovaný“ životní styl (spánek, hygiena, stravovací návyky, fyzická kondice).
- rodinné vztahy – výchozím stavem je vyloučení kontaktů s rodinou v pěti případech (odmítání kontaktů ze strany uživatelů i rodiny - z důvodu abúzu); jeden případ (ilustrace F) charakterizuje spolubydlení s rodinou s výrazně omezenou komunikační a socializační složkou. Výstupem je, s ohledem na různě dlouhou dobu procesu změny u dlouhodobých uživatelů, obnovený kontakt s primárním rodinným systémem, obnovení vazeb a spolužití v jedné domácnosti, péče o prokreační rodinu a navázání kontaktů s širším rodinným prostředím. Z hlediska vazeb v primárním rodinném systému je za významnou změnu považována ta, kterou klient subjektivně vnímá jako potřebnou.
- interpersonální vztahy – počáteční orientace na úzkou komunitu uživatelů drog se změnila nejvýrazněji u abstinujících klientů; výstupem je cílená snaha a aktivní vyhledávání nových sociálních vazeb ve většinové společnosti, vytváření nových vztahů a odmítání kontaktů se subkulturou uživatelů. Kontrolovaně užívající své kontakty s původní uživatelskou komunitou omezili do té míry, která je subjektivně vnímána jako žádoucí a potřebná. Orientace více než k vytváření nových sociálních vazeb je zpět k primární rodině a rodinnému subsystému.

C. Snížení ohrožení veřejného zdraví a bezpečnosti

Doména bude hodnocena podle aktualizovaného in-come dotazníku z posledních kontaktů s klientem podle tabulky rizikového užívání. Ta slouží ke sledování rizikového

užívání (injekční aplikace, sdílení jehel, sdílení náčiní, riziková aplikace, předávkování, nechráněný sex, zdravotní komplikace) v minulosti a v současnosti.

Podle in-come dotazníku je anamnesticky doložené opakované rizikové užívání u celého výzkumného souboru (zejména i.v. aplikace, sdílení jehel, nechráněný sex, riziková aplikace). Na základě nových informací je skupina abstinujících klientů charakterizována absencí rizikového abúzu, včetně nechráněného sexuálního styku (vysoká míra zodpovědnosti – docházení na pravidelné testy na infekční nemoci, stálý partner, užití ochrany při nárazových sexuálních stycích). U skupiny kontrolovaně užívajících je z hlediska principu Harm reduction a hodnocení rizikového užívání důležitý přechod u dvou ze tří případových ilustrací k non i.v. aplikaci drogy (sniff). Jeden respondent uvádí přetrvávající i.v. aplikaci, zároveň však dochází k absenci promiskuity a ustálenosti v partnerském vztahu, a snížení míry abúzu. Informace jsou vzhledem k náplni činnosti nízkoprahového centra vysoce důležité.

4.2 Návrh doporučených adiktologických intervencí a zprostředkování v bodech

- ošetření traumatizujících událostí, PTSD a retraumatizace během abúzu NL, zprostředkování a pomoc při navázání kontaktu s odborníky z oblasti psychiatrické péče, psychoterapie/psychologie.
- ukončení péče s klienty nízkoprahového programu po naplnění zakázek v individuálním plánu, zamezení udržování zbytečné závislosti na nízkoprahovém centru.
- posilování motivace k udržování změny a k dosahování dalších změn – zejména zařazení do pracovního procesu, získávání nových zkušeností a dovedností v procesu rekvalifikace, k pozitivním hodnotám a životním cílům.
- u kontrolovaně užívajících využívat princip práce Harm reduction, se zřetelem na nárazové užití. Motivace k přechodu z i.v. aplikace k jiné neinvazivní formě, motivace ke zvyšování kontroly nad abúzem. Pravidelné vyhodnocování individuálního plánu a přehodnocování cílů a zakázek u kontrolovaně užívajících klientů.
- zprostředkování a propojování zájmů klientů v kontextu sociální izolace, rodičovské dovolené – rozšiřovat sociální síť klientů. Doporučovat běžné služby využívané většinou společností – mateřská centra, centra pro rodinu a volnočasové aktivity, společenské a kulturní akce, ...

- snaha začleňovat rodinu do procesu údravy, ať již primárně či sekundárně, ve zprostředkování kompetentních odborníků a organizací pro členy rodin uživatelů. Zdůrazňovat význam účasti rodiny na procesu údravy v případě, že jsou vazby s rodinou udržovány a kontakt s rodinou je podle klienta žádoucí.

4.3 Diskuze a závěry

Tato bakalářská práce pojednává o problematice kontrolovaného užívání a abstinence u dlouhodobých uživatelů drog, kteří upřednostnili změnu mimo ústavní zařízení specializující se na léčbu drogových závislostí. Celý proces změny je nahlížen z možností intervenčních opatření nízkoprahového kontaktního centra pro uživatele ilegálních drog. Úvod práce a teoretické východisko jsou věnovány oblasti vzniku závislosti podle neurobiologického a bio-psycho-socio-spirituálního modelu, jež představují hlavní paradigma v oblasti adiktivních poruch. Z hlediska výzkumných zjištění jsou pro proces změny významné poznatky z obou uvedených modelů. Koncept se opírá o neurobiologické změny z důvodu dlouhodobého abúzu návykových látek, ze kterých jsou vyvozeny bazální principy terapie závislosti. Aktuálně převažující přístup podle BPSS modelu je kombinován s Maslowovou hierarchií potřeb k určení naléhavosti a posloupnosti léčebných intervencí.

Je nutné uvědomit si, že nízkoprahová kontaktní centra se nesnaží suplovat roli ústavních a rezidenčních zařízení specializujících se na léčbu drogových závislostí. Nabízejí však v rámci spektra služeb ty, které lze označit jako podpůrné, využívající mimo jiné principu Harm reduction. Primární je klient – i přes indikace, diagnostiku a doporučení odborníků - a jeho svoboda volby a kompetence rozhodnout se. Abstinence/kontrolované užívání je pouze jedním z mnoha možných cílů, jež klienti zmiňují, a nejsou nikdy cíli konečnými. Pojem regulace užívání návykových látek je předpojat kontrole v užívání, kterou lze charakterizovat jako stav, kdy dohled nad užitím nevede k rozvoji syndromu závislosti a neomezuje člověka v obvyklých činnostech, zároveň mu však ponechává prostor pro rozvoj a uspokojivý životní styl. Proces změny u dlouhodobých uživatelů drog poukazuje na výzkumy, které hovoří o transformaci identity (viz Nepustil, 2009) jako doktríny pro možnost nastartování změny. Významné jsou i výzkumy z oblasti kontrolovaného užívání drog (Morávek, 2007), jež nám umožňují rozšiřovat možnosti léčebných intervencí. Specifičnost poradenských a psychoterapeutických technik, které výzkumy v oblasti léčby drogových závislostí považují za účinné, a jejich volbu v rámci poradenského procesu sumarizuje pojem individualizace. Více než technika jsou v popředí principy účinné terapie, důvěra a lidskost.

V praktické části bakalářské práce je uvedeno šest případových ilustrací klientů nízkoprahového centra s diagnózou syndromu závislosti, kteří ukončili dlouhodobý abúzus návykových látek a výrazným způsobem změnili dosavadní styl života. Případové ilustrace dokumentují kontrolované užívání a abstinenci jako možnost, nikoliv jako jediný cíl. Popisovaná intervenční opatření a zvolené přístupy jsou pouze oporou v komplexní BPSS proměně klientů. Z hlediska rozdělení výzkumného souboru na abstinující a kontrolovaně užívající klienty jsou vysledovány a popisovány zajímavé odlišnosti, jež se promítají i do odlišných intervenčních opatření. Stěžejní je zjištění pohledu dlouhodobých uživatelů drog na význam nízkoprahového centra v procesu podpory; oblasti, které jsou vnímány jako podstatné výrazně souvisí se základními sociálními potřebami. V závěru práce jsou popsány výsledky procesu změny, jichž bylo v daném období dosaženo, a navrženy intervence k podpoře resocializačního procesu.