

ZKRATKY	8
PŘEDMLUVA EDITORŮ: Josef Radimecký, Kamil Kalina	10
6. LÉČBA A REHABILITACE	14
6/1 Michal Miovský: Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislostí	15
6/2 David Bayer: Farmakoterapie závislostí, psychopatologických komplikací a komorbidit	19
6/3 Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí	25
6/4 Michal Miovský, Ivana Bartošíková, Kamil Kalina: Terapeutický vztah	30
6/5 Michal Miovský, Ivana Bartošíková: Hlavní psychoterapeutické přístupy	36
6/6 Kamil Kalina: Rodinná terapie a práce s rodinou	45
6/7 Martina Richterová-Těmínová, David Adameček, Kamil Kalina: Terapeutická komunita jako metoda a systém	53
6/8 Dušan Dvořák: Sociální rehabilitace	63
6/9 Pavel Navrátil: Sociální práce	70
6/10 Magdalena Frouzová: Skupiny s blízkými závislého	77
6/11 Jindřich Vobořil, Kamil Kalina: Svěpomocné programy	84
7. SYSTÉM PÉČE – OBECNÉ OTÁZKY	90
7/1 Jaroslav Skála: Historie léčby závislostí v České republice	91
7/2 Kamil Kalina: Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta	97
7/3 Kamil Kalina: Rozšiřování terapeutických možností	103
7/4 Kamil Kalina: Předčasné ukončení léčby a jeho prevence	110
7/5 Aleš Kuda: Relaps, prevence a zvládnání relapsu	117
7/6 Ivana Bartošíková: Práce v multidisciplinárním týmu	125
7/7 Zuzana Havrdová, Kamil Kalina: Supervize	133
7/8 Kamil Kalina: Hodnocení služeb: kvalita, účinnost, náklady	142
7/9 Kamil Kalina: Etika pracovníků a práva klientů	149
8. SYSTÉM PÉČE – JEDNOTLIVÉ SLOŽKY	154
8/1 Pavel Bém: Úvod – složky systému péče v ČR	155
8/2 Petr Hrdina, Blanka Korčíšová: Terénní programy	159
8/3 Jiří Libra: Nizkoprahová kontaktní centra	165
8/4 Karel Hampl: Lékařská ambulantní péče o závislé	172
8/5 Kamil Kalina: Denní stacionáře	179
8/6 Karel Nešpor: Detoxifikační jednotky	190
8/7 Jiří Dvořáček: Střednědobá ústavní léčba	195
8/8 David Adameček, Martina Richterová-Těmínová, Kamil Kalina: Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	201
8/9 Aleš Kuda: Následná péče, doléčovací programy	208
8/10 Dušan Dvořák: Chráněné bydlení a chráněná práce	215
8/11 Petr Popov: Programy metadonové a jiné substituce	221



SYSTEM PÉČE – OBECNÉ OTÁZKY

7/1 Jaroslav Skála: Historie léčby závislostí v České republice

7/2 Kamil Kalina: Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta

7/3 Kamil Kalina: Rozšiřování terapeutických možností

7/4 Kamil Kalina: Předčasné ukončení léčby a jeho prevence

7/5 Aleš Kuda: Relaps, prevence a zvládání relapsu

7/6 Ivana Bartošíková: Práce v multidisciplinárním týmu

7/7 Zuzana Havrdová, Kamil Kalina: Supervize

7/8 Kamil Kalina: Hodnocení služeb: kvalita, účinnost, náklady

7/9 Kamil Kalina: Etika pracovníků a práva klientů

Klíčová slova: Apolinář – AT ordinace – historie ČR – obor léčby návykových nemocí

Problémy související s alkoholem a jinými návykovými látkami, ať už se týkají jednotlivce, rodiny nebo společnosti lze zařadit do několika okruhů, jako je například prevence, léčba, legislativa, výzkum, mezinárodní spolupráce, činnost vědeckých společností, výroba a spotřeba alkoholických nápojů. Mým úkolem je zachytit především to, co se dělo v oblasti terapie. Jde o historii zejména v letech 1946 – 1982, kdy jsem byl doslova v „ringu“.

Ve snaze být stručný a současně srozumitelný, volil jsem uspořádání celého daného úkolu do řady bodů, které doplňuji kratším nebo delším komentářem.

- 1) 1909 – zřízena protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě (zanikla v roce 1914)
- 2) 1910 – zřízena protialkoholní poradna v Brně (zanikla v roce 1915, obnovena 1931)
- 3) 1923 – přijat protialkoholní zákon: týká se licence na prodej alkoholických nápojů a zákazu jejich podávání mladistvým a podnapilým
- 4) 1924 – protialkoholní léčebna v Tuchlově zřízena Československým abstinčním svazem (30 lůžek do roku 1939)
- 5) 1925 – použita averzivní léčba¹ (ambulantně MUDr. Svítek na Slovensku)
- 6) 1928 – zřízena protialkoholní poradna v Praze Vršovcích (MUDr. H. Bondy)
- 7) 1947 – zavedena averzivní léčba emetinem² (MUDr. J. Skála a MUDr. L. Janda)
- 8) 1948 – v únoru založen v Praze socioterapeutický klub KLUS³
- 9) 1948 – přijat zákon o potírání alkoholismu (č. 87/1948 Sb.) s možností povinného léčení nařízeného okresními národními výbory
- 10) 1948 – založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice lékařské fakulty UK – Apolinář (v září 1948 20 lůžek, od roku 1952 50 lůžek)
- 11) 1949 – disulfiram⁴ na psychiatrické klinice v Plzni (aplikují doc. MUDr. E. Vencovský a MUDr. J. Rubeš)
- 12) 1950 – státní antabusová akce (MUDr. Hejlová, pracovnice Ministerstva zdravotnictví a MUDr. J. Rubeš)
- 13) 1950 – zavedena ochranná protialkoholní léčba (trestní zákon č. 70/50 Sb.)
- 14) 1951 – v květnu zahájila činnost v rámci Apolináře záchytná stanice jako zdravotnické zařízení
- 15) 1956 – začlenění protialkoholních poraden do psychiatrických poliklinik
- 16) 1956 – zřízení sekce pro studium alkoholismu při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně
- 17) 1957 – první schůze Ústředního protialkoholního sboru při Ministerstvu zdravotnictví
- 18) 1962 – přijat zákon 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu
- 19) 1966 – desetidenní evropský seminář pro prevenci a terapii alkoholismu v Praze
- 20) 1966 – rozšíření působnosti sekce pro alkoholismus při Psychiatrické společnosti ČLS J. E. Purkyně o jiné (nealkoholové) toxikománie
- 21) 1967 – zřízení střediska pro děti, mládež a rodinu při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze („Jungmanik“)
- 22) 1969 – výzkum efektivity apolinářské ústavní léčby vedený PhDr. L. Kubičkou
- 23) 1970 – zavedena ochranná ambulantní protialkoholní léčba (novelizace trestního zákona)
- 24) 1971 – v říjnu zahájilo činnost Středisko drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze
- 25) 1973 – zahájila činnost Střediska protialkoholní ochranné léčby (SPOL) v rámci nápravných zařízení ministerstva spravedlnosti (po roce 1989 zrušena)
- 26) 1974 – hudební soubor Linha Singers systematicky spolupracuje s J. Skálou v preventivně zaměřeném programu. Jde o komponovaný pořad hudby a slova pro mládež (za 14 let 402 repríz)
- 27) 1980 – vyhláška Ministerstva zdravotnictví o nástavbových specializacích v psychiatrii včetně specializace v léčení alkoholismu a jiných toxikomanií

Moravská léčebna ve Velkých Kunčicích (1) hostila od začátku své činnosti jak havíře, kteří se léčili na Bratrskou pokladnu, ale také o ni projevovala zájem arcibiskupská diecéze, která sem posílala své kněze. Není

¹ Léčba navozující odpor k požití alkoholu na základě vytvoření podmíněného reflexu, kdy chut', vůně nebo jen představa alkoholu vzbuzuje negativní somatickou reakci, například zvracení.

² Emetin hydrochlorid – látka vyvolávající zvracení, používán v minulosti k averzivní terapii.

³ KLUS – klub usilujících o střízlivost.

⁴ Preparát Antabus – viz Popov, kapitola 3/1, Alkohol.

proto divu, že léčebnu vedl kněz Konařík, který po válce pokračoval v Tuchlovské léčebně v Čechách (4). Nakonec se oženil s vdovou po jednom ze svých pacientů.

Později než léčebny vznikaly protialkoholní poradny a to postupně v Brně (2), v Praze ve Vršovicích (6), a v Nuslích. Když vznikaly ústavy národního zdraví, vykročila nová poradna v Praze na Vinohradech jako první a po ní desítky a desítky dalších ordinací. Když v roce 1956 začaly pracovat samostatné psychiatrické polikliniky (15) protialkoholní poradny ztratily ke škodě věci svou samostatnost.

Po roce 1948 a rovněž po roce 1970 (9, 23) umožnila legislativa nedobrovolnou ambulantní léčbu, ať už ji nařizovaly zdravotní výbory okresních národních výborů a nebo soudy. Tehdy začaly nikdy nekončící diskuse, zda je možno léčit pacienta bez potřebné počáteční motivace. Většina pracovníků si usnadňovala celou situaci tím, že zaujala postoj, že v jejich silách je pomáhat jen motivovaným pacientům. Podle mého mínění to jen dokazovalo, že stejně důležitý je i motivovaný terapeut. Ten svou odbornou kompetencí a konstruktivním přístupem časem pacientovu motivaci zvyšuje jako kurs akcí na burze. Opakovaně mne zaráželo, jak malý počet pracovníků v ordinacích AT se rozhodlo pro trvalou a důslednou abstinenci. V samotném Apolináři abstinovalo jen 5 z padesátičlenného terapeutického týmu. Jako současnou devizu používám výzvu, aby každý z AT terapeutů si vyzkoušel abstinenci (alkohol, kouření, jiné návykové látky), alespoň na dobu 3 let, „pak se uvidí“. Tak by se nestalo, aby občas některý vedoucí lékař AT byl pro svoji závislost z místa „odvelen“ a výjimečně i odeslán na léčbu alkoholické psychózy. Ostýchavost vůči požadavku trvalé a důsledné abstinence byla jevem, na který dopláceli především pacienti.

V roce 1982 bylo v tehdejším Československu 233 ordinací AT: jejich počet po listopadu klesl na jednu čtvrtinu. Tento výrazný pokles možností ambulantní péče zobrazoval výše zmiňovanou motivaci terapeutů i pacientů.

Zákony týkající se problematiky alkoholismu (později i jiných toxikomanií) výrazně svědčí svými názvy o rozdílném dobovém přístupu k celé problematice. V roce 1922 byl odhlasován zákon (3), který zahrnoval živnostenskou licenci a v jejím rámci zakazoval podávání alkoholických nápojů mladistvým a podnapilým (jeho autorem byl německý poslanec MUDr. Hollitcher). V roce 1948 (9) jsem byl přítomen v parlamentu, když

vznikal nový zákon o potírání alkoholismu. Ten byl nahrazen v roce 1962 zákonem o boji proti alkoholismu 120/62 Sb. (18). Vydržel až do roku 1989. Od té doby je dosud platný zákon o ochraně společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániami.

Rychlý rozvoj protialkoholní péče ambulantní i ústavní usnadnily dvě léčebné metody. Léčba emetinem respektive apomorfinem na vyvolání odporu – averze vůči alkoholickým nápojům (7) a Antabus – disulfiram a jeho zásah při odbourávání etylalkoholu v játrech (11,12). Lékaři a sestry si zde užívali „své“, ale zanedbávali hlavní metodu, tj. psychoterapii, ať už individuální, nebo skupinovou či komunitní. Možná se mi zde vybavují příliš subjektivní vzpomínky na tu část apolinářského personálu, která se ráda věnovala represivní formě léčby, tj. „blinkačkám“, ale už méně se angažovala ve skupinové psychoterapii a jen málo oceňovala význam diskusí socioterapeutického klubu (8), který se scházel 1 x týdně v Apolinářské posluchárně. Teprve po letech se podařilo motivovat ty nej kvalitnější sociální pracovnice a sestry z Apolináře i jinde k výcviku v psychoterapii.

První specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu vzniklo 7. září 1948 na půdě Apolináře jako součást psychiatrické kliniky vzdálené jen 200 metrů a současně v rámci Fakultní nemocnice Karlovy university (10).

Dále cituji z monografie Alkoholismus z roku 1957 str. 97: „Po vzoru tohoto samostatného protialkoholního oddělení vznikaly další na psychiatrické klinice v Olomouci, v psychiatrických léčebnách ve Šternberku, Dobřanech, Bohnicích, Havlíčkově Brodč, Opavě, Brně, Černovicích, Beřkovicích, Jihlavě, Kroměříži a při neurologických odděleních v Mostě a Žilině. Ne všechna tato oddělení vydržela ve své činnosti a s takovým nadšením jaké měla při svém vzniku. Podstatným důvodem toho byla i naprostá nejednotnost v metodice léčby a nedostatek odborně školeného a o prospěšnosti léčení přesvědčeného personálu. Konečně i to, že každý neúspěch protialkoholní léčby se projevil velmi markantně a mnohem důrazněji než její úspěch, odradilo všechny, kteří neměli dostatek vytrvalosti, aby se přenesli přes období pochybností, zda léčení alkoholiků má vůbec nějaký význam.“ (Konec citátu.)

Už v roce 1951 schválil Pražský magistrát zřízení protialkoholní záchytné stanice (14), která představovala původně jen tříletý experiment v oblasti prevence a intervence alkoholismu. Původně jen noční ambulance

pro intoxikované osoby (nebezpečné sobě a svému okolí) dosáhla 22 lůžek jako stanice s nepřetržitým provozem. Příslužba ústavně léčených pacientů Apolináře v jejich druhé polovině zpravidla tříměsíční léčby se stala brzy jedním z nejdůležitějších bodů programu. Šlo o živé učení, které umocňovalo motivaci k léčbě. Kopii přijímacího protokolu zaslala příslušná sociální pracovnice protialkoholním poradnám 1 x za 14 dní, ty zachycenou osobu pozvaly do ordinace. V letech šedesátých a sedmdesátých se celá tato aktivita začala v Praze projevovat zvýšeným přílivem pacientů na dobrovolnou ústavní léčbu. A co bylo důležité, snížil se průměrný věk těchto osob o 6 let: to znamenalo, že díky intervenci záchytné stanice pacienti absolvovali lůžkovou péči nikoliv v 42 letech, ale v 36 letech, kdy byl jejich nervový systém a játra méně poškozeny. Byli pak schopni lepší spolupráce při náročné režimové a psychotherapeutické léčbě. Spouštěčem nástupu na léčbu přestávala být rodina a místo ní nastupovalo zdravotnické zařízení. Šlo o výrazný přesun rozhodujícího faktoru, který přispěl ke spolupráci s rodinou.

Záchytná stanice se stávala během let v dobrém slova smyslu exportním artiklem. Byla vzorem pro zakládání obdobných zařízení na východě (Polsko, SSSR, Maďarsko, Bulharsko) i na západě (USA, Finsko, Kanada a jako experiment i v Anglii).

V polovině let sedmdesátých bylo v ČSSR 53 záchytných stanic s kapacitou několika set lůžek. Dnes jejich počet klesl na jednu třetinu.

V USA počet záchytných stanic dosáhl začátkem let devadesátých téměř tisíce. Byly svého času doporučeny prezidentem parlamentu USA jako výhodná instituce, když byl zrušen zákon trestající opilost na veřejnosti vězením.

Začátkem let šedesátých měla Praha k dispozici ústavní zařízení v Apolináři a v psychiatrické léčebně v Bohnicích, navíc v lojovické odbočce pro dlouhodobou léčbu. Lojovice pak byly v říjnu 1971 změněny na léčebnu pro ženy s kapacitou 32 lůžek⁵.

Zaměření na rodinu pak stvrdil Apolinář i zřízením střediska pro děti, mládež a rodinu (21).

V téže budově Apolinář zorganizoval první samostatné a diferencované středisko pro léčbu drogových závislostí (24). U jeho zrodu stáli lékaři Rubeš a Dřtil a psy-

cholog Urban se sociální pracovnicí Janýžkovou a později Pintovou.

Činnost věnovaná problémům souvisejícím s léčbou návykových nemocí vyvolala postupně i zájem renomovaných výzkumníků jako byli psychologové Kubička, Matějček a Břicháček a z lékařů dětský psychiatr Vojtík. Závěry Kubičkova výzkumu efektivity léčby⁶ a Matějčkova „Děti v rodinách alkoholiků“ (22) vyvolaly pozornost a ohlas na řadě mezinárodních kongresů, na kterých jsem měl možnost přednášet jako navrhovatel výzkumných témat (Chicago, Brisbane, Leningrad, Oslo, Nica, Toronto). Šlo o priority v řadě výzkumných témat.

Premiéra a první repríza preventivně zaměřeného společného úsilí hudebníků a lékařů informovat, ale především varovat, mládež ze středních škol i učňovských domovů se uskutečnila ve spolupráci s kulturními institucemi (26). Šlo o komponovaný pořad hudby a slova realizovaný v šedesáti místech republiky za účasti celkem 80 tisíc mladých lidí. Podrobnosti najde čtenář v Zápisech z Apolináře (1989).

Během svého života jsem léčil tisíce pacientů, kteří měli problémy s drogami, ale současně jsem měl možnost setkat se s desettisíci mladých lidí při příležitosti pořádání těchto komponovaných pořadů.

Sekce pro studium a léčbu alkoholismu byla zřízena jako třetí v rámci Psychiatrické společnosti J. E. Purkyně ČLS v roce 1956 (16) a byla rozšířena a doplněna o jiné toxikómánie o 10 let později (20). Od roku 1992 již jako samostatná Společnost pro návykové nemoci pokračuje v pravidelných měsíčních schůzích i každoročních konferencích (současným předsedou je primář Apolinářského oddělení pro léčbu závislostí MUDr. P. Popov).

Vznikem samostatného oboru věnovaného problémům souvisejícím s návykovými látkami dochází k přirozené potřebě integrovat jej do světového dění. Nejdříve to znamenalo členství v mezinárodní radě pro alkoholismus a jiné toxikómánie. Později došlo i k přímé spolupráci s WHO. S každou touto organizací jsem měl možnost oficiálně a systematicky spolupracovat více než 10 let.

V tomto období (1960 – 1976) jsem mohl vycestovat 80x a přednesl stejný počet referátů. Bylo ovšem důle-

⁵ V době přípravy této publikace již léčebna v Lojovicích zanikla a oddělení pro střednědobou ústavní léčbu závislých žen se přemístilo do hlavní budovy Apolináře v Praze.

⁶ Kubička L, Skála J. a kol.: Sborník studií o alkoholu a jiných návykových látkách. Zprávy č. 42. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1982

žitě, že nás do zahraničí jezdil stále větší počet, ale že jsme také nabídli mezinárodní konference u nás (Praha 1966, 1973, 1978, 1994).

Je přirozené, že jsme publikovali jak doma (Zápisy z Apolináře, Protialkoholní obzor), tak v zahraničí.

Je jen logické, že v zájmu kvalifikace jsme usilovali a dosáhli realizace nástavbové specializace psychiatrů i lékařů jiných oborů pro léčbu závislostí (27)⁷.

Rád bych zakončil citací ze svých pamětí Lékařův maraton (Skála, 1998):

Tam, kde jsou zaminovaná pole, tam vstupujeme obezřetně, protože jsme si více méně vědomi nebezpečí. Procházíme tudy opatrně, ale nikdo nám nezaručí, že projdeme bez úhony.

Tam, kde se kladou miny, tam je nebezpečí výbuchů, nebezpečí zranění i riziko smrti. Tam, kde se kladou miny, tam jde o nepřátelské válčící strany a někde blíže či opodál bude probíhat i nepřátelská fronta. Tam, kde se bojuje, tam jde o moc, jde o peníze. Zpravidla o obojí.

Pokud uvedené vztáhneme na války a bitvy, je všechno jasné. Myslím však, že vše, co jsem uvedl, platí i o drogách, návykových látkách. Je lhostejno, zda jde o drogy tolerované a legální, jako je tomu v případě tabáku a alkoholu či návykových léků, nebo o drogy netolerované, ilegální, jak je představují marihuana, pervitin, toluen, heroin, kokain a další.

Vydat se do kterékoliv oblasti, která je zaminována drogou, znamená pochopitelně riziko. To riziko podstupují ze zvědavosti, z nátlaku party, společenských návyků, touhy po nezvyklém zážitku, pro potlačení nepříjemného či docílení příjemného stavu.

Tam, kde jsou zaminovaná pole drogami, jde však také o peníze. Nikdy nejde o přátelství. Naopak, ti, kdo si se mnou vyměňují drogu za peníze, někdy nevědomě, zpravidla však vědomě, kalkulují s mou slabostí, s mým možným nadužíváním drogy a nakonec s mou závislostí jak na droze, tak na tom, kdo mi ji prodává.

A zcela na závěr: již několik let jsme na prvním místě ve spotřebě piva na hlavu ročně a v první desítce spotřeby 100 % lihu na hlavu ročně. Přitom světová literatura vytrvale dokazuje, že důsledky související s ta-

kovou návykovou látkou, jakou je alkohol, postihují významně větší část populace, než je tomu u nelegálních drog.

⁷ Z nedávné historie je pro vývoj oboru významný rok 1997, kdy vznikla subkatedra návykových nemocí v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ Praha).

Summary

History of Treatment of Addictive Disorders in the Czech Republic

The chapter (written by a senior and founder of the Czech addictology Prof. Skála – born 1916) – puts and overview of history of treatment of substance abuse disorders in the CR, particularly in the period 1946 – 1982, with some later events. The milestones in the services development were e.g. first facility for hospital treatment – Apolinar (founded by author in 1948); establishing the network of ambulatory medical centres for treatment of alcoholism and toxicomania (AT centres) starting in 1956; Centre for children, youngsters and families (the first centre of family therapy in the CR) in 1967; Centre for drug addictions (the first

centre dealing with users of non-alcohol drugs) in 1971. The chapter also presents history of medical addictology as a discipline (branche for addictive disorders in the Czech Psychiatric Society 1956, specialisation in addictology 1980, autonomous Society for Addictive Disorders 1992, unit of addictology in the Institute for Postgraduate Medical Studies 1997). Important legislation steps, administrative measures and examples international collaboration are also mentioned. The chapter has a memoirs character and its is based on the authors' autobiography published in 1998.

Key words: addictology in the CR – Apolinar – AT centres – addictology – Skála – Society for Addictive Disorders

Literatura

- Skála J.: Alkoholismus. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha, 1957
- Skála J.: Abúzus a závislost. Avicenum, Praha, 1986
- Skála J.: „...až na dno.“ 4. vydání. Avicenum, Praha, 1987
- Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných látkách. Avicenum, Praha, 1987
- Skála J. a kol.: Psychoterapie v medicínské praxi. Avicenum, Praha, 1989
- Skála J.: Lékařův maraton. Český spisovatel, Praha, 1998
- Zápisy z Apolináře, roč. 38, str. 191 – 196, 1989

Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.

Nar. 1916 v Plzni. Maturoval na plzeňském gymnáziu v r. 1935, pak studoval na lékařské fakultě UK v Praze a zároveň na Institutu pro tělesnou výchovu a sport UK v Praze, který ukončil v r.1939. Po uzavření českých vysokých škol v r.1939 byl profesorem tělocviku v Plzni, studoval také na univerzitách v Královci (Königsberg, dnešní Kaliningrad v Göttingen. Lékařskou fakultu UK v Praze dokončil až po II. světové válce v r. 1946 a nastoupil na psychiatrickou kliniku dnešní 1. lékařské fakulty UK v Praze. Při ní v r.1948 založil oddělení pro léčbu závislostí (Apolinář), které vedl do r.1982. V r. 1956 zakládal a do 80. let vedl sekci pro alkoholismus a toxikomanie Psychiatrické společnosti. Habilitoval se v r. 1969, titul docenta řádně uznán v r. 1990. – Pro jeho působení v oboru psychoterapie je důležitý rok 1967, kdy spolu s E. Urbanem a J. Rubešem zakládá první výcvikovou komunitu později značně rozšířeného a dodnes působícího systému SUR (zkratka podle iniciál jmen Skála – Urban – Rubeš). V letech 1982 – 1994 byl předsedou sekce a později samostatné Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii. Rovněž založil (v r. 1978) a vedl Kabinet pro vzdělávání v psychoterapii při psychiatrické klinice dnešní 1. LF,

podílel se na vytvoření a práci Pražského psychoterapeutického institutu a Pražské psychoterapeutické fakulty (obojí 1991). – Spolupracoval s řadou mezinárodních institucí, např. s WHO a ICAA (International Council for Alcoholism and Addictions), přednášel na mnoha mezinárodních kongresech po celém světě. V oboru léčby závislostí a psychoterapie publikoval řadu knih (některé přeloženy v zahraničí) a množství článků v ČR a v dalších 18 zemích. – V současnosti je předsedou odborné rady SUR – Společnosti pro vzdělávání v psychoterapii a podílí se aktivně na programech vzdělávání v psychoterapii. V r. 2001 ukončil výcvik v supervizi pod záštitou EAS. – Čestný člen České lékařské společnosti, nositel medaile J. E. Purkyně, ceny Augusta Forela a dalších odborných poct. Jeho jméno nese výroční cena Společnosti pro návykové nemoci (udělována od r. 2001) a vzdělávací Skálův institut. V říjnu r. 2002 byl za vynikající vědecké výsledky a jako zakladatel prvního modelového zařízení pro léčbu závislých vyznamenán prezidentem republiky medailí Za zásluhy.

Kontakt: Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

Klíčová slova: faktory účinné léčby – motivace – účinnost léčby – vypnutí z léčby – změna

Úvod: léčba a cesta ke zdraví

Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru. WHO (1998) definuje tři hlavní cílové oblasti v léčbě a sociální rehabilitaci uživatelů drog: 1) snížení závislosti, 2) snížení nemocnosti a úmrtnosti způsobené nebo spojené s užíváním drog, 3) podpora rozvoje tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace. To koresponduje s obecným pojetím zdraví, které podle známé teze WHO znamená „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody¹, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ – a takto také pojímá úzdravu bio-psycho-sociální model závislosti a léčby závislých.

Vůči možnosti úzdravy ze závislosti na heroinu a jiných „tvrdých“ drogách převládají pesimistické postoje. I mnozí pracovníci léčebných zařízení jsou v tomto směru skeptičtí, protože se setkávají spíše s těmi, kteří relapsovali po léčení, než s těmi, kteří dlouhodobě úspěšně abstinují. Podobný postoj sdílí terénní pracovníci, policisté či soudci.

Proto je třeba zlepšit porozumění okolnostem, které s úzdravou mohou souviset, včetně těch, které mají profesionálové v rukou: léčebnému procesu a jeho výsledkům, jeho účinnosti a možnostem, jak ji zvyšovat. Zavádění inovativních přístupů, které z tohoto porozumění vychází, zlepšují schopnost odborníků zapojit do léčby terapeuticky obtížné klienty a pomáhají této skupině klientů překonávat překážky pro vstup do léčby a udržení v ní.

Vývojové úkoly

Adolescent musí zvládat řadu požadavků vyplývajících z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání. Ke klasickým vývojovým úkolům, jimž dospívající v naší civilizaci nevyhnutelně čelí, patří zejména:

- naučit se přijmout svoje tělo
- ztotožnit se se svou sexuální rolí
- dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů
- získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků

- připravit se na povolání a životní dráhu
- založit uspokojivý sexuální vztah

Během tohoto obtížného období se někteří dospívající snaží změkčit nebo zmírnit intenzitu problémů užíváním drog, místo aby řešili vývojové úkoly. Drogová kariéra ovšem proces dospívání brzdí a řešení vývojových úkolů neprospívá. Proto jsou mezi drogově závislými většinou lidé s nevyřešenými a odloženými vývojovými úkoly. Ukončení drogové kariéry je tedy pravděpodobněji a snazší, jestliže má závislý příležitost se s těmito nevyřešenými vývojovými úkoly vyrovnávat a nakonec je vyřešit. Odborná pomoc mu v tom poskytuje podporu a je tak mimořádným, přídatným prostředkem sociální podpory, potřebné k tomu, aby se „zmeškané“ vývojové úkoly mohly řešit.

Životní změny

Abstinence

Význam abstinence je klíčový, a to i tehdy, nejde-li o abstinenci trvalou. Uvádí se, že období bez drog delší než 3 měsíce může vytvořit předpoklady pro další, déle trvající období. Všechna období abstinence jsou přinejmenším důležitým časem pro změny v ostatních oblastech života. Na druhé straně se ukazuje, že aktuální abstinování od drog není samo o sobě spolehlivým ukazatelem dobré prognózy, není-li doprovázeno dalšími změnami, např. v oblasti vztahů, práce a sociálního zázemí.

Přátelské a vrstevnické vztahy

Skupina vrstevníků² a intimní vztah jsou dva důležité zdroje sociální podpory v podmínkách normálního dospívání. U uživatelů drog se přesunují na drogovou scénu a drogovou kariéru spíše potencují. Opačný proces, tj. nacházení přátel a partnerů mimo drogovou scénu, je důležitým ukazatelem změny, protože znamená, že se přirozené zdroje sociální podpory opět obnovují. Sickinger a Kindermann (in Buehringer and Platt, 1992) zjistili, že 75 % klientů v jejich vzorku bylo před léčbou dobře integrováno na drogové scéně a jenom 25 % mělo přátelské a vrstevnické vztahy mimo drogovou scénu, zatímco po 3 letech se poměr obrátil: 75 % bylo integrováno v nedrogových skupinách

¹ Anglické slovo „welfare“ se v tomto kontextu poněkud vzpírá českému překladu a každý používaný ekvivalent (dobro, blaho, pohoda) je poněkud křečovitý.

² Významem vrstevnických skupin a životního stylu vrstevníků se podrobněji zabývá též Skácelová, kapitola 10/5, Vrstevnické skupiny.

a přátelských vztazích a jen 25 % setrvalo ve vztazích na drogovou scénu.

Intimní vztahy

Citovaná studie zjišťuje, že intimní vztahy s osobami, které nebraly drogy, vzrostly ve sledovaném tříletém období po léčbě z 24 % na 53 % a partnerství s uživateli kleslo z 35 % na 7 %.

Navázání nového a silného vztahu k trvale neužívajícímu partnerovi je často příznivým bodem obratu v drogové kariéře. Pokud však partner abstínuje pouze aktuálně, je riziko společného relapsu vysoké. Jsou známy ještě jiné partnerské vztahy s vysokým rizikem³. Řešení těchto vztahů je často významným a svízelným problémem terapie.

Vztahy k původní rodině

Vztahy s původní rodinou jsou obvykle v různém stupni rozvratu. Vývojovým úkolem sice je „získat emoční autonomii na původní rodině“, rozvrat však pro to vhodné podmínky nevytváří. Čím je klient mladší, tím je důležitější vztahy k původní rodině restaurovat a získat možnost návratu – z tohoto východiska je pak dosahování autonomie přirozenější. Předčasné osamostatnění bez emočního dozrání může být vážným problémem pro budoucnost. U starších klientů, u nichž již separace pokročila, je příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření, dohoda o řešení případných dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory. Zapojit původní rodinu do léčby je proto takřka vždy užitečné a někdy nezbytné – zejména u osob mladších než 18 let nebo výrazně nezralých, léčba jednotlivce bez zapojení rodiny nebývá efektivní.

Práce a příprava na povolání

Získat kvalifikaci pro budoucí povolání a osvojit si pracovní návyky patří velmi často ke „zmeškaným“ vývojovým úkolům, protože intenzivní užívání drog obvykle člověka dříve či později vyřadí ze vzdělávacího nebo pracovního procesu. „Dohonit zmeškané“ je v této oblasti obtížnější než v jiných a naplnit původní, z rodiny pocházející představy o výběru povolání je často nerealistickým a frustrujícím cílem. V každém případě je však studium, pracovní trénink, rekvalifikace a vše, co vede k lepší pracovní kvalifikaci, vhodnou strategií, jak zlepšit pozdější šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog. Život na sociálních dávkách není pro vytrvání v abstinenci příznivý.

Časové faktory

Věk při začátku závislosti

Vyšší pravděpodobnost dosažení změny a udržení léčebného efektu existuje u těch klientů, kteří se stali závislými až v rané dospělosti a drogová kariéra tolik nezabrzdila zvládání důležitých vývojových úkolů v dospívání. Závislost, která vznikne až po 20. roce věku, má relativně dobrou prognózu (až trojnásobně příznivější než závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče). Obecné pravidlo „čím pozdější manifestace, tím lepší prognóza“ („pozdější“ ve vývoji od pozdního školního věku přes dospívání k rané dospělosti) nacházíme i u jiných vážných psychických poruch, které mohou vážně poznamenat psychosociální a psychosexuální vývoj osobnosti (například u psychózy). V případě drogových závislostí to plně odůvodňuje formulaci cílů primární prevence: nejen od spotřeby drog odvrátit, ale aspoň spotřebu odložit⁴.

Délka drogové kariéry

Čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně. Toto zjištění je podstatným argumentem pro včasnou intervenci a včasný začátek léčení. Zdá se to být triviální, protože pravidlo „čím včasnější léčba, tím lepší prognóza“ platí snad pro všechna onemocnění. Mezi pracovníky v oboru léčby závislosti se však lze stále setkat s přesvědčením, že léčba může být úspěšná, až když má klient „dobráno“ a ocitne se v hluboké krizi a v bezvýchodné situaci.

Drogový životní styl však vede ke ztrátám. Jsou známé dramatické i plíživé ztráty zakotvení v nedrogovém prostředí (rodina, partneři, vrstevníci, studium nebo práce), pokusy o návrat a další zklamání, jasnější definování ztrát, míjení možností a snížení sebedůvěry. Čím déle tento vývoj probíhá, tím více jsou „ztráty“ závažnější a nenávratnější. Včasný začátek léčení může „ztráty“ odvrátit nebo omezit aspoň částečně a zvýšit tak vyhlídky na dosažení a upevnění léčebného efektu, i když třeba první léčba trvalý efekt nemá.

Je pravda, že včasný začátek léčení může narážet na nedostatek klientovy motivace. Soudobé trendy však kladou důraz právě na zvyšování dovednosti terapeutů v práci s motivací a v individualizování přístupu ke klientům.

³ Například vztah závislého muže k neužívající dívce s ambicemi záchránkyně (často vyústí do společné drogové kariéry), vztah dvou závislých, z nichž jeden nebo oba absolvují léčbu (často vyústí do společného relapsu nebo skončí rozchodem) nebo vztah dvou klientů v léčbě (často následuje vypnutí z léčby a relaps u jednoho nebo obou partnerů).

⁴ Viz Bém a Kalina, kapitola 10/1, Úvod do primární prevence.

Faktory v léčebném procesu

Délka programu

Přiměřená délka léčby sama o sobě se pokládá za účinný faktor (Kubička a kol., 1982; Buehringer a Platt, 1992; NIDA, 2000). Tab. 1 ukazuje účinnost (hodnocenou jako udržení abstinence během 1 roku po skončení léčby) u léčebných programů v TK v délce 12, 6 a 3 měsíce. Závislost výsledků na délce programu je patrná na první pohled. Vidíme, že výsledky ročního programu jsou lepší než výsledky programu šestiměsíčního a že „přežití bez drogy“ u absolventů tříměsíčního programu se již dosti přibližuje křivce klientů, kteří z léčby vypadli.

Časový faktor lze aspoň do jisté míry kompenzovat jinými účinnými faktory, které spočívají v obsahu léčby a v následné péči. Léčba kratší než 3 měsíce se již nepokládá za účinnou (NIDA, 2000).

Prodlužování léčby nad 1 rok již nepřináší významné zlepšení, které by odpovídalo nákladům. Často se dokonce uvádí, že čím je léčba delší než 1 rok, tím více se výsledky zase plynule zhoršují a po 24 měsících léčby jsou poněkud horší než po 9 měsících. Léčba delší než 1 rok nemá významnější přínos ani u mimořádně nezralých nebo těžce psychosociálně narušených klientů, na což se dlouho věřilo a stále věří. U delikventních klientů, kteří do léčby přišli z vazby nebo z vězení, se dokonce doba detence kumuluje s dobou léčby a čím delší je období takto strávené, tím horší jsou dlouhodobé léčebné výsledky.

Udržení v programu a zapojení do programu

Aby mohl klient přiměřenou dobu léčby absolvovat, je třeba ho v léčbě udržet. Předčasné ukončení léčby je velmi časté, udává se, že z léčebných programů vypadává až 60 % klientů. Jak ukazuje Tab. 1 (2. sloupec), představuje předčasné ukončení léčby nepříznivý prognostický faktor. Zejména vypadnutí z léčby brzy po nástupu a v první třetině léčby je nejčastější a nejrizikovější.

Problému předčasného ukončení léčby a udržení klienta v léčbě věnujeme samostatnou kapitolu⁵. Zde jen podtrhujeme, že udržet klienta v programu a pomoci mu, aby se do programu zapojil a měl z něj prospěch, vyžaduje značně *individualizovaný*, *podpůrný* a *motivující* přístup. Má-li zároveň personál dostatečnou psychoterapeutickou kvalifikaci, mohou se v léčbě udržet a profitovat z ní i komplikovaní klienti, například klienti s duální diagnózou. Nezapojení klienta a před-

časné ukončení léčby lze velmi často chápat jako chybu zařízení, nikoliv výhradně jako chybu klienta.

Obsah programu

Ani optimální délka léčby nezaručuje dostatečně léčebný efekt, pokud léčebný program nenabízí dostatečně podněty pro změnu. Za efektivní se pokládá intenzivní *strukturovaný program*, který kombinuje psychoterapeutické působení skupiny a trénink sociálních dovedností v rámci režimu a jasných pravidel⁶. Kumulaci účinných faktorů přináší prostředí terapeutické komunity.

Práce na problémech

Výčet nejčastějších problémů klientů v léčbě uvádí Tab. 2. Musíme mít na paměti, že tyto problémy spolu navzájem souvisejí. Problémy ve vztahu k drogám a léčbě jsou propojeny s problémy sebepojetí; sebepojetí souvisí se vztahy a komplikované problémy vztahů a sociálních schopností vytvářejí rizikové situace pro relaps. Chybné porozumění situaci a nízká schopnost plánovat pak snižují klientovu schopnost se drogám vyhnout.

Častým emočním doprovodem problémů klienta a zároveň samostatným psychologickým problémem jsou debaklové pocity, smutky, rozlady, znechucení, pocity viny apod. V průběhu léčby dochází k jejich poklesu. S klesající depresivitou také narůstá míra problémů, které klient v terapii uvádí a zpracovává, a ke změnám, které jsou podstatné pro změnu: například získávání sebedůvěry, učení se pozornosti k vlastním pocitům, nabývání přiměřené asertivity, zacházení s autoritami, vyjasňování vztahových a sexuálních problémů, organizace času apod.

V tomto vývoji jsou pozoruhodné rozdíly mezi ženami a muži. Rovněž každé období léčby má své specifické problémy – od prvního období, kdy největším problémem je akceptování programu, deprese a nízké sebehodnocení či zápolení s cravingem, až po častou „križi posledního období“, v níž se spojuje zklamání z „nedodělanosti“, obavy z odpoutání a nepřipravenost (faktická nebo psychologická) na realitu po propuštění.

Závěr: zvyšování účinnosti léčby

Tradiční přístupy léčby závislých vycházely z několika předpokladů a očekávání:

- klientův ústřední problém je drogová závislost
- klient má dostatečnou vlastní motivaci užívání drog zanechat

⁵ Viz Kalina, kapitola 7/4, Předčasné ukončení léčby a jeho prevence.

⁶ O strukturovaném programu viz kapitoly 8/5, 8/6 a 8/7.

- klient se přizpůsobí požadavkům léčby
- klient léčbu ukončí
- klient bude po návratu do společnosti abstinovat

Systematický výzkum postupně všechny tyto předpoklady vyvrátil a ukázal, že léčba, která na nich staví, není dostatečně efektivní (Buehringer a Platt, 1992; Tims a spol., 1997; NIDA, 2000). Vysoká četnost předčasného ukončení léčby a relapsů po řádném i předčasném ukončení nutí k obsahovým změnám, které se především týkají těchto oblastí:

1) Práce s motivací – ideál klienta, který přichází do léčby již se zralou motivací, je tím vzdálenější, čím více se uplatňuje názor, že klient má přijít do léčby co nejdříve a co nejrychleji. Práce s motivací je pak součástí léčby a podmínkou toho, aby se v ní klient udržel.

2) Podpora zapojení klienta do léčby – ukazuje se, že určitá míra individualizovaného přístupu, který bere v potaz potřeby a problémy klienta (včetně jeho motivační úrovně, osobnostních, psychopatologických a psychosociálních charakteristik) zlepšuje léčebné výsledky, protože umožňuje klientovi, aby v léčbě vydržel, měl z ní prospěch a řešil své problémy.

3) Prevence předčasného ukončení léčby – klienti, kteří léčbu předčasně ukončí, mají daleko horší vyhlídky na

další život bez drog než ti, kteří v ní setrvají. Udržet klienta v léčbě je proto požadavkem efektivity. Pravděpodobnost setrvání zvyšuje nejen podpora zapojení klienta, ale i další přístupy a metody, jako je kognitivně behaviorální prevence předčasného ukončení, krizová intervence či zadržovací strategie.

4) Prevence relapsu – relapsy po léčbě, ale i během léčby jsou častým a závažným problémem. Není realistické odkládat prevenci relapsu až do následné péče. Systematická pozornost věnovaná cravingu, okolnostem vyvolávajícím relaps a strategiím, jak jim čelit nebo se jim vyhnout, zlepšuje udržení klientů v léčbě a jejich vyhlídky na život bez drogy po ukončení.

5) Zdravotní výchova zaměřená na harm reduction (minimalizaci poškození drogami) vede k tomu, že klienti, kteří po ukončení léčby relapsují, volí méně rizikové způsoby užívání (jiný způsob než injekční, bezpečnější aplikaci v případě i. v. užívání). To má velký význam, protože nejde o nepodstatnou část klientely. U všech klientů se dále zjišťuje méně rizikové sexuální chování (používají více kondomy než před léčbou).

Summary

Factors of Change and of Effective Treatment

The supreme goal of the treatment is a change leading to the improvement of health and quality of life to the highest possible level. The recovery is closely linked to meeting developmental tasks and to changes in drug use, relationships with friends, peers, partners and family, in work or studies etc. For successful treatment, an early entry is essential. Others factors of effective treatment are the length of the programme, retention and involvement, structured programme, working on problems. To increase the effectiveness, it is necessary

Key words: change – drop-out – effective factors – motivation – structured programme

to abandon the traditional presumptions and to pay our attention to non-drug problems, motivation, relapse prevention and harm reduction.

Tab. 1: Vliv předčasného ukončení léčby na „přežití bez relapsu“

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Předčasné ukončení	Skončení v řádném termínu (podle délky léčby)		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992

Tab. 2: Nejčastější problémy klientů v léčbě

<p>1. Problémy související s drogami a s léčbou</p> <ul style="list-style-type: none"> – Craving – Pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog – Malá schopnost vyhnout se drogám a rizikovým situacím – Pesimismus ve vztahu k léčbě – Dlouhodobá váhavost a nerozhodnost
<p>2. Problémy sebepojetí</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nedostatek sebeúcty – Nizká sebedůvěra – Nizké vědomí totožnosti s vlastním tělem – Necitlivost k vlastním emocím – Potlačování negativních pocitů
<p>3. Problémy související se vztahy</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nizká asertivita – Zranitelnost, urážlivost – Uzavřenost – Účelové jednání, manipulace – Povrchnost – Překotnost – Osamělost – Psychosexuální problémy
<p>4. Problémy v sociálních schopnostech</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nedostatek komunikačních schopností a dovedností – Chybné porozumění situaci – Nezodpovědnost za roli – Nedostatek pracovních a kulturních návyků – Neschopnost plánovat

Literatura

- Buehringer G., Platt J. J. (eds.): Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives. Krieger Publishing Co., Malabar, Florida, 1992
- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994
- Leshner A. I.: Drug Abuse and Mental Disorders: Comorbidity Is Reality. NIDA Notes, 14, 1999. Internetové stránky: www.nida.nih.gov
- Galanter M., Kleber H. D.: Textbook of substance abuse treatment. The American Psychiatric Press, Washington – London, 1994
- Kalina K.: Psychoterapie v léčbě závislostí. Konfrontace (časopis pro psychoterapii, Hradec Králové), č. 3, str. 34 – 42, 1999
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kubička J. a kol.: Sborník studií o alkoholu a jiných závislostech. Zprávy č. 42. Výzkumný ústav psychiatrický, Praha, 1982
- NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment – A Research-Based Guide. NIH Publication No. 00-4180. NIDA/NIH, Washington D.C., 2000. Internetové stránky: www.nida.nih.gov
- Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Greenwood Press, Westport, Conn. – London, 1997
- WHO Expert Committee on Drug Dependence: 30th Report. WHO Technical Report No. 873. WHO, Geneva, 1998

Klíčová slova: duální diagnózy – individualizovaný přístup – inovace v léčbě – léčebné kontinuum – nedobrovolná léčba

Léčebné kontinuum

Úzdrava z drogové závislosti může být dlouhodobým procesem a léčba se často musí opakovat. Jako u jiných chronických poruch, i u závislých se objevují relapsy během léčby či po úspěšném absolvování léčebného programu. Závislý často potřebuje prodlouženou terapii, opakované epizody léčení a programy různého typu, aby dosáhl dlouhodobé abstinence, změny životního stylu a plně obnovil své fungování (viz např. NIDA, 2000).

Spíše než o účinnosti jednoho léčebného programu uvažujeme dnes o účinnosti celého léčebného kontinua, které se skládá v zásadě z těchto složek:

- 1) poradenství před nástupem léčby
- 2) léčba
- 3) následná péče

1: *Poradenství před nástupem léčby* posiluje účinnost léčby především tím, že podporuje motivaci klienta, urychluje vstup klienta do léčby, zlepšuje jeho zapojení do léčebného procesu a snižuje riziko předčasného odchodu¹.

2: *Léčba* si klade za cíl abstinenci, sociální integraci a řešení osobních problémů. Řada jejích účinných faktorů je uvedena v předchozí kapitole, zde je třeba jen zdůraznit, že podstatné je, aby se klient v léčbě udržel a jeho problémy (zdravotní, psychologické, sociální) se zlepšily².

3: *Následná péče* je pokládána za nezbytnou pro udržení léčebného efektu zejména proto, že snižuje riziko relapsu a trvalého návratu k životu s drogou a usnadňuje sociální integraci³.

Perspektivy klienta v léčebném kontinuu jsou podstatně příznivější. Požadavek efektivity a prospěchu klienta však nutí klást další otázky, například:

- Kdo a za jakých podmínek má přínos z terapie a jak tento přínos zvýšit?
- Kumulují se léčebné účinky v čase, a to i v případech vypadnutí z léčby?
- Je efekt první léčby trvalý?

– Můžeme léčbu, která dosáhla cílů jen částečně, označit za zcela neúčinnou?

– Má být opakovaná léčba vždy stejného typu jako předchozí?

Hledání odpovědi na některé z těchto otázek je obsahem dalších částí této kapitoly.

Využívání spektra služeb

Jedním z důležitých poznatků, o něž se soudobá léčba závislých opírá, je, že *neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého klienta, a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoliv typ léčby*. Matching, párování problémů a intervencí, klienta a programu, je klíčovou záležitostí pro jeho konečný úspěch v dosažení uspokojujícího a produktivního fungování ve vztazích, v rodině, v práci a ve společnosti.

Uvedme některé příklady využívání spektra služeb, které přinášejí rozšíření terapeutických možností.

Poradenství

Význam předléčebného poradenství jako součásti léčebného kontinua je nesporný: zlepšuje přístupnost léčení, vstup do léčení a schopnost klienta se v něm udržet, zapojit se a prosperovat. Zejména příznivě ovlivňuje časné vypadnutí. Poradenství tudíž pozitivně působí na parametry, které mají klíčový význam pro dosažení a udržení léčebného efektu. Jedna severoamerická studie (Tims a spol., 1997) zjišťuje, že takřka 100 % klientů poradenských služeb tohoto typu nastupuje do léčby (téměř dvojnásobek než v kontrolní skupině), mají dvojnásobnou šanci se v léčbě udržet a asi o třetinu lepší výsledky po léčbě.

Předléčebné poradenství by mělo usilovat o *rychlý nástup* klienta do léčby. Zkrácení indikačního a přijímacího procesu u klientů, kteří se chtějí léčit, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby a působí jako prevence časných vypadnutí. Zdá se, že existuje určité poměrně úzké časové okno, které je zapotřebí využít.

¹ Viz Broža, kapitola 5/2, Poradenství u uživatelů drog; Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink. Uvádění předléčebného poradenství jako součásti léčebného kontinua neznamená, že jde o léčbu v pravém slova smyslu; není možné jej zaměňovat s ambulantní léčbou.

² Může jít o léčbu ambulantní, denní, ústavní či rezidenční – viz dále v textu.

³ Viz Dvořák, kapitola 6/8, Sociální rehabilitace; Kuda, kapitola 8/9, Následná péče, doléčovací programy.

Prodlužovat a odkládat nástup s cílem vyzkoušet klientovu motivaci se neukazuje jako efektivní. Na druhé straně je nepochybně zapotřebí určitého času a počtu setkání, aby se motivace vůbec propracovala.

Poradenství však může splňovat i následující cíle:

- snížení rizikového chování
- stabilizace, případně snížení užívání drog
- sociální stabilizace
- zajištění dalšího kontaktu v případě vypadnutí z léčby

Základním předpokladem účinného poradenství je *udržet klienta v kontaktu*. Vypadnutí z kontaktu je neméně závažné a ještě častější než vypadnutí z léčby. Podle různých údajů a zkušeností vypadává více než polovina klientů, z toho značná část hned po prvním či druhém kontaktu, další významná část v době, kdy naplnění cílů individuálního plánu znamená pokročit od rozprav k činům. V prvním případě klienta často odradí, když poradce příliš rychle přistupuje k sestavování podrobné anamnézy, kontraktu a plánování. V druhém případě je často pociťován nedostatek podpory a porozumění v obavách před závažným krokem. Citelně se projevuje, že metody poradenství vznikaly jako poradenství pro „zdravé a normální“ a ve snaze zdůraznit „odlišnou profesi“ čerpaly z individuální psychologie a psychoterapie méně, než by bylo na místě. Požadavky zvyšování efektivity indukují inovační přístupy do poradenství stejně jako do léčby.

Ambulantní a denní léčba

Stále se udržující představa, že jedinou účinnou léčbou pro závislé je dlouhodobá léčba ústavní i rezidenční, staví značně do stínu možnosti ambulantní léčby pro určitý typ klientů. Použití farmakoterapie (detoxifikace metadonem nebo buprenorfinem v ambulantních podmínkách) potenciál ambulantní léčby dále rozšiřuje.

Totéž platí o denní léčbě⁴. Není sice plnohodnotnou alternativou dlouhodobé rezidenční léčby pro všechny typy klientů, ale může jí být u některých. Zejména může být alternativou střednědobé léčby v nemocnici či léčebně a může ji rovněž účinně doplnit. I když klient v denní léčbě neobstojí, je lépe připraven na léčbu

ústavní či rezidenční, více se do léčby zapojuje a více z ní vytěží⁵.

Následná péče

Následná péče provází klienta životem v prvním období po skončení léčby, obvykle (v nestejně intenzitě) po dobu 1 roku. Její podstatné komponenty jsou popsány v jiných kapitolách⁶.

Inovační přístupy ve využívání následné péče do jisté míry odpovídají na otázku, po čem vlastně následná péče následuje⁷. Její umístění na konci zde uváděného terapeutického kontinua neznamená, že by se její složky (např. prevence relapsu a sociální rehabilitace) neměly uplatňovat průběžně. Dále se ukazuje, že některé programy doléčovacího typu jsou vhodné i pro ty klienty, kteří předčasně ukončili léčbu a dokonce pro ty, kteří po nějakou dobu (obvykle 3 měsíce) dokázali samostatně abstinentovat bez léčby. Následná péče však často představuje „úzké hrdlo“ ve spektru služeb a v řadě zemí se objevují názory, že se dělá hodně pro ty, kteří drogy berou, a málo pro ty, kteří přestali⁸.

Účast ve svépomocných podpůrných skupinách během následné péče (ale i během ambulantní či denní léčby) může být často nápomocná v udržení abstinence a bezdrogového životního stylu.

Substituční léčba

Pojem „léčba“ je zde používán s medicínskou logikou: není-li léčbou podávání metadonu či buprenorfinu závislým na opiátech, není jí ani podávání insulinu diabetikům nebo podávání hormonů pacientům po různých operacích žláz s vnitřní sekrecí. Se stejnou logikou přináší vyšší kvalitu života než život s nelegální drogou a nižší než život bez drogy. Její úspěšnost je vysoká; pro řadu klientů je přístupnou a často záchrannou alternativou léčby vedoucí k abstinenci, pro řadu jiných velmi efektivním přípravným programem pro zanechání drog vůbec – léčba vedoucí k abstinenci pak může být kratší.

Rovněž její nákladová efektivita je vysoká, téměř dvojnásobná v porovnání s rezidenční léčbou⁹. Na jisté riziko upozorňují zahraniční kolegové ze zemí, kde se metadonová léčba stala základem národní drogové po-

⁴ Viz Kalina, kapitola 8/5, Denní stacionáře.

⁵ Účinné kombinace různých forem léčby (zahrnující např. i ambulantní detoxifikaci nebo krátkodobou ústavní léčbu), stejně jako alternativy dlouhodobé rezidenční léčby mají význam i pro nákladovou efektivitu péče.

⁶ Viz Kuda, kapitola 6/5, Relaps a prevence relapsu; Kuda, kapitola 8/9, Následná péče; Dvořák, kapitola 8/10, Chráněné bydlení a chráněná práce.

⁷ Tj. po jakém typu léčby a zda vůbec po léčbě; lze se setkat s názory, že „následná péče“ je vše, co následuje po detoxifikaci, která ovšem obvykle není pokládána za léčbu, ale za „prekursor léčby“ (NIDA, 2000).

⁸ V ČR je deficit příslušných služeb *citelný* a ohrožuje celkovou efektivitu léčebných procesů. Autorovo orientační šetření v r. 2000 ukázalo, že pouze asi 10 % klientů, kteří řádně ukončili léčbu v českých TK, nachází adekvátní doléčovací program. Situace vyžaduje zásadní restrukturalizaci ambulantních služeb v sídlech budoucích krajů, ale i v okresních městech – tyto služby musí být schopné se účinně zabývat v místě žijícími klienty, kteří se vrací z léčby, jinak se promarní valná část záslužného úsilí klientů i jejich terapeutů během přípravného poradenství a léčby a valná část finančních prostředků, které se na tuto oblast vynakládají.

litiky ve snižování poptávky po drogách, například z Velké Británie: masivní, snadno dostupná a levná metadonová léčba „odnaučuje“ terapiím vedoucím k abstinenci, protože snižuje motivaci klientů je postupovat, motivaci odborníků je provádět a motivaci veřejných orgánů je platit.

Rozšíření spektra klientů

Duální diagnózy

Tradiční léčba je „nastavena“ na klienty, kteří jsou závislí na drogách, ale jinak jsou víceméně normální. Rozsáhlá šetření mezi klientelou léčebných zařízení však tento původní předpoklad postavila na hlavu a ukázala, že pravý opak je pravdou. Samozřejmě se vždy vědělo o značném zastoupení problémů s alkoholem a léky, problém dalších duálních diagnóz je však nesmírně rozsáhlý. Z různých studií (viz Kalina, 2000) vyplývá, že v průměru jen asi 30 % klientů má pouze diagnózu „drogová závislost“ – zastoupení dalších poruch podle *Tab.1* nás upozorňuje, že značná část klientů trpí fobiemi, depresí, úzkostí, psychosexuálními poruchami a především poruchami osobnosti. Více než v polovině případů duálních diagnóz jsou tyto obtíže natolik závažné, že by byla na místě příslušná léčba (zejména psychoterapie, ale i farmakoterapie). Znamená to, že každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné léčení než to, které mu standardní program TK nabízí nebo aspoň specifickou pozornost svým specifickým obtížím.

Zřejmě nejde o to, že by se psychopatologický profil klientů léčených pro závislost v posledních 20. letech zhoršoval. Daleko pravděpodobnější je, že dříve unikal pozornosti a upozornily na něj až analýzy léčebných výsledků.

Duální diagnózy přinášejí následující problémy:

- V zařízení pro léčbu závislosti přidatná porucha velmi často komplikuje zapojení klienta do léčby, snižuje jeho schopnost mít z ní prospěch a případně vůbec v léčbě vytrvat.
- Obtíže z přidatné poruchy jsou častým spouštěčem relapsu.
- Přidatnou poruchu obvykle není možné řádně léčit v běžných psychiatricko-psychoterapeutických službách, pokud klient bere drogy – a) drogová problematika zastírá a zkresluje její klinický obraz a dynamiku, b) spolupráce drogově závislého na systematické psychoterapii či farmakoterapii je velmi problematická, c) většina psychofarmak je při současném užívání drog kontraindikovaná.

– Personál drogových zařízení obvykle není vybaven potřebnými znalostmi a dovednostmi, aby tuto problematiku zvládal.

Vývoj ve vyspělých zemích ukazuje, že řešení tohoto obtížného komplexu problémů může a musí začít právě na straně zařízení a personálu: jeho vzděláváním, výcvikem a na to navazujícím posilováním poradenských a (psycho)terapeutických aktivit během léčby. Díky tomu mohou ze standardních léčebných programů profitovat i klienti, kteří dříve často z léčby vypadávali nebo nebyli vůbec přijímáni.

Práce s těmito klienty v léčbě vyžaduje značnou míru individualizace, porozumění a podpůrné komunikace, která jim pomáhá řešit problémy a dává smysl léčebným pravidlům. Jak se mění filosofie léčby (a mění se částečně právě proto, aby dokázala integrovat jistou míru psychopatologie), zlepšuje se i její účinnost u těchto skupin klientů. Prvním krokem k akceptování „obtížného“ a „nesnesitelného“ klienta může být vědomí, že on má sám ze sebe mnohonásobně horší pocit, než my z něj.

Klienti v nedobrovolné léčbě

U nás se stále udržuje obecné mínění, že „nedobrovolná léčba je neúčinná“. Jako jiná obecná mínění o léčbě drogových závislostí odpovídá stavu poznání ve vyspělých zemích v 80. letech, nikoliv však v současnosti.

Podle současných poznatků (viz NIDA, 2000) účinná léčba nemusí být dobrovolná. Silná motivace může facilitovat léčebný proces, i když tlak přichází z vnějšku: z rodiny, zaměstnání, z justičního systému. Může významně zvýšit nejen nástupy do léčby, ale i udržení v léčbě a úspěšnost léčebných intervencí – srovnatelně s dobrovolnou klientelou a někdy i více.

Zvyšování účinnosti léčby nedobrovolné klientely je možné hledat v následujících postupech:

- 1) práce s motivací klienta – snaha změnit nedobrovolnou léčbu na léčbu dobrovolnou psychologicky (viz Kudrle, 2001),
- 2) překonávání „věžeňských stereotypů“ u klientů, kteří prošli vězením – tyto klienti se zdánlivě dobře adaptují na režim, ale jejich sociální chování, komunikace a schopnost účinně participovat na skupinových terapiích je značně deformovaná,
- 3) zapojení odpovědného pracovníka justice (např. probačního pracovníka)¹⁰ jako třetí strany do formu-

⁹ Viz Popov, kapitola 8/11, Programy metadonové a jiné substituce.

lování a monitorování léčebného kontraktu mezi klientem a zařízením,

4) volba léčebného programu v přiměřené délce (tam, kde léčbě předcházelo uvěznění) – čím delší je celková doba strávená ve vězení (ve vazbě či ve výkonu trestu) a v léčbě, tím menší jsou vyhlídky na trvalou abstinenci a úspěšnou resocializaci.

Zdá se, že nejučinnějším přístupem je akceptovat, že nedobrovolný klient –

– je klient jako každý jiný (někoho nutí k léčbě rodina, jiného zaměstnání, dalšího soud, všechny drogy, a každý vnější tlak je nutné proměňovat na vlastní motivaci)

– má své zvláštnosti jako jiné skupiny klientů (např. klienti motivačně nezralí nebo klienti s vyšší mírou psychopatologie)

Další klienti se specifickými potřebami

Existují samozřejmě další skupiny klientů se specifickými potřebami¹¹, které jsou výzvou k inovaci přístupů i typů léčby, například:

– ženy a muži – gender studie¹² upozorňují na specifické problémy a potřeby závislých žen a jistě lze podobným způsobem uvažovat i o mužích

– klienti trpící somatickými chorobami, zejména hepatitidami a AIDS

– klienti závislí na stimulačních drogách – ve světle zahraničních studií o uživatelích amfetaminů (viz např. Klee, 1999) se nabízí otázka, zda český model nediferencovaného přístupu k uživatelům heroínu a pervitinu nevyžaduje přezkoumání

Závěr: „starý“ a „nový“ model léčby

Tradiční léčebná filosofie byla nesena přesvědčením, že účinná léčba je možná, až když má klient „dobráno“ – obvykle až když drogová kariéra vyústí do debaklu a uživateli nezbývá než hledat pomoc pro nový začátek. Jeho vlastní motivace pak může být natolik samonosná, aby mu umožnila léčbu úspěšně absolvovat. Druhé přesvědčení bylo, že pouze jeden typ léčby je správný. Klient byl postaven před volbu „všechno nebo nic“ – buď dlouhé ústavní léčení, nebo žádné léčení.

Čekat na to, až klient dozraje k motivaci, stejně jako nabízet „všechno nebo nic“ je však dnes pokládáno za *neefektivní* a *neetické*. Moderní terapeutický koncept, opírající se o nashromážděné vědomosti o závažných důsledcích drogových závislostí a poznatky o jejich léčbě, má tyto charakteristiky (viz též *Tab.2*):

1) *Včasná intervence* – místo čekání na „motivovaného klienta“, který se dotkl dna a hledá pomoc v neudržitelných komplikacích pozdějších stadií závislosti, je nutné využít všech prostředků, jak zachytit závislé co nejdříve po objevení prvních problémů nebo po novém relapsu. Znamená to přitažlivou nabídku služeb a odstranění všech překážek v přístupu k nim.

2) *Individualizovaný přístup* – mýtus „jediné správné léčby“ je třeba opustit. Čím dříve dostaneme závislé lidi do léčení, tím je viditelnější, že jsou různorodí a jejich problémy nemohou být ošetřeny stejným způsobem. Vyžaduje to jednak nové diagnostické a terapeutické znalosti a dovednosti, jednak pružnost v obsahu, formě a délce léčby.

3) *Podpora motivace* – získávání a udržování motivace k pokračující léčbě a změně života nesmí být považováno výlučně za odpovědnost klienta. Terapeuti musí chápat průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu.

4) *Prevence relapsu* – relaps je událost, která se po skončení léčby může dostat. Tuto možnost nesmí ignorovat ani klient, ani terapeuti. Naopak, v terapeutickém procesu je nezbytné se na ni aktivně zaměřit.

5) *Zužitkování nedobrovolného léčení* – přesvědčení, že „jenom dobrovolná léčba je účinná“ musí nahradit vědomí, že i nedobrovolná léčba může mít smysl, pokud se terapeutům podaří jí tento smysl dát a zužítkovat vnější tlak jako jakoukoliv jinou okolnost, která může pomoci udržet klienta v léčbě.

6) *Zhodnocení léčebného kontinua* – je nezbytné se zbavit dřívější sebestředné orientace rezidenční léčby („co se nestane tady a teď, nestane se nikdy jindy a nikde jinde“) a pojímat ji jako jednu etapu na klientově cestě k životu bez drogy. Znamená to využívat účinné faktory kontinua „přípravné poradenství – léčba – následná péče“ stejně jako opakovaných nebo navazujících léčeb různých typů.

7) *Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika* – těm, kteří zatím nejsou schopni změnit své chování, jsme povinni poskytnout veškerou pomoc, která by snížila riziko poškození a iniciovala motivaci.

Stejně jako v jiných oblastech života, i v léčbě drogových závislostí se odehrává změna od systému řízeného nabídkou, kdy poskytovatelé nebo vláda ví nejlépe, co je pro lidi dobré, k systému řízenému poptávkou, kde rozhodující je volba a potřeby klienta jako zákazníka. Parametry „nového modelu“ to zřetelně dokládají. Stejně zřetelné je, že „nový model“ klade na stranu nabídky, tj. na personál a management léčeb-

¹⁰ Viz Müllerová, kapitola 9/5, Klienti v konfliktu se zákonem.

¹¹ Řadu z nich uvádí část 9 této publikace.

¹² Viz Vobořil, kapitola 9/3, Gender – ženy jako specifická skupina.

ných zařízení daleko vyšší nároky. Požadavky kvality a požadavky efektivity si zde podávají ruku. Neznamená to, že od strany poptávky, tj. od klienta, nebudeme nic vyžadovat. Ale chceme-li poskytovat „hodnotu za peníze“, není pochyb, na čí straně hřiště je míček.

Summary

Towards the Wider Options of Treatment

The chapter concerns with innovative views on treatment. They can improve the perspective of the client and effectiveness of treatment, as well as treatment of "difficult" clientele. The concept of the therapeutic continuum and its advantages are explained. Further, various forms of therapeutic alternatives and options are overviewed, e.g. counselling, ambulatory and day care, new views on aftercare and potentials and limits of substitution programmes. Innovative treatment can also provide a substantial benefit to clients with dual

diagnoses and to clients with another specific needs. Under some circumstances, also non-voluntary treatment can be effective. All this is summarised as parameters of "old" and "new" model of treatment.

Key words: dual diagnoses – individualised approach – non-voluntary treatment – therapeutic continuum

Tab. 1: Nejčastější přídatné diagnózy u drogově závislých

Diagnostická skupina	Četnost (% klientů)
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně-kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léků	
Anorexie a bulimie	15
Fobie	28
Afektivní poruchy (zejména deprese různého stupně)	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunkce	40
Poruchy osobnosti	44

Zdroj: Tims a spol., 1997

Tab. 2: „Starý“ a „nový“ model léčby

Parametr	„Starý“ model	„Nový“ model
Pojetí závislosti	„Jednou závislý, vždycky závislý“	Může být vývojově překonána
Terapeutická filosofie	Skepse vůči možnostem klientů i terapeutů	Realistická důvěra v lidské možnosti
Vhodný začátek léčby	Až když je klient v debaklu	„Čím dříve, tím lépe“
Trvání léčby	„Čím déle, tím lépe“	Přiměřený čas + intenzita
Výchozí bod léčby	Požadavky a pravidla zařízení	Potřeby a možnosti klienta
Cíl	Abstinence a sociální adaptace	Kvalita života
Cesta	Vyžadování dospělého chování	Podpora růstu a vyrovnání s vývojovými úkoly
Morální princip	Vina za selhání a náprava	Odpovědnost za vlastní pozitivní potenciál
Klíčové prvky	Režim, sociální učení, zvyšování frustrační tolerance	Řád, porozumění, podpora
Pojetí motivace, zapojení a vytrvání	Problém klienta	Problém terapeutů
Pružnost programu	Stejná léčba pro všechny	Individualizace
Role terapeuta	Trenér v sociálních dovednostech, manažer kontraktu	Průvodce
Pojetí rezidenční léčby	Sebestředné	Součást kontinua

Zdroj: autor, 2000

Literatura

- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Klee H.: Amphetamine use and treatment. Centre of Social Research on Health and Substance Abuse, Manchester, 1999
- Kudrle S., Kalina K.: Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy. In: Sotolář A. a kol.: Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručky Ministerstva spravedlnosti ČR, svazek 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců MS, Praha, 2001
- NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment – A Research-Based Guide. NIH Publication No. 00-4180. NIDA/NIH, Washington D.C., 2000. Internetové stránky: www.nida.nih.gov
- Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Greenwood Press, Westport, Conn.-London, 1997

Dále je použita literatura uvedená v seznamu u kapitoly 7/2.

Klíčová slova: předčasné ukončení léčby – vypadnutí z léčby – prevence vypadnutí – komplex „drop-out/relaps“

Charakteristiky „drop out“ fenoménu¹

Význam vypadnutí z léčby pro perspektivu klienta

V procesu trvalého tázání a hledání odpovědi, zda, jak a čím prospíváme našim závislým klientům a pacientům, je jednou z důležitých otázek, zda pro dosažení léčebného efektu musí být léčba řádně ukončena nebo ne.

Vzhledem k perspektivě klienta žít dále bez drogy se objevují tyto skutečnosti (viz Tab. 1):

- 1) Dokončení léčby v plánovaném termínu významně zvyšuje vyhlídky na další pozitivní vývoj.
- 2) Předčasné ukončení léčby má pro klienta vážné důsledky: u těch, kteří léčbu nedokončili, je pravděpodobnost relapsu 60 – 90 %.
- 3) I když přerušení léčby přináší riziko relapsu v zásadě bez ohledu na to, kdy k němu dojde, je přerušení v prvním období mimořádně nepříznivé pro vytrvání v abstinenci: k trvalejšímu užívání drog se vrací 80 – 90 % klientů.

Setrvání v léčbě a její ukončení v řádném a plánovaném termínu je tedy samo o sobě důležitým ukazatelem léčebného efektu, kterého určité zařízení dosahuje.

Klinický výzkum věnuje velkou pozornost vypadnutí z léčby („drop out“), jeho charakteristikám, důvodům, předvídatelnosti a samozřejmě metodám, jak vypadnutí z léčby předcházet a minimalizovat jeho riziko. Chceme-li zvýšit efektivitu své práce, vyplatí se začít u důkladného rozboru vypadnutí. Výzkum v tomto směru nabízí řadu podnětů.

Časový faktor

Obecně platí, že čím déle klient v léčbě vydržel, tím je pravděpodobnější, že vydrží i nadále. Z Tab. 2 je jasně patrné, že pravděpodobnost vypadnutí z léčby prudce klesá zejména na počátku, kdy každý týden váží víc než měsíc v pokročilejších stadiích. Protože většina údajů pochází z terapeutických komunit s nejčastější délkou pobytu 1 rok, hovoří se o syndromu prvních 90 dnů. Po

této době riziko vypadnutí dále plynule klesá a v zařízeních s pobytem delším než 1 rok klesá v druhém roce až k nule.

V zařízeních pro tzv. střednědobou léčbu (3 – 6 měsíců) se zjišťuje obdobná časová dynamika vypadnutí – počáteční trend je více méně stejný jako v terapeutických komunitách. Místo o syndromu prvních 90 dnů můžeme tedy hovořit o syndromu prvního období. Údaje o předčasném ukončení léčby v denních stacionářích s léčebným programem v délce 10 – 14 týdnů tuto hypotézu potvrzují (viz např. Kalina, Doksanská a Minařík, 2002).

Z vypadnutí v prvním období se ještě zvlášť vyčleňuje „časné vypadnutí“ (objednaný klient buď vůbec nenačká nebo odejde během prvních 5 – 10 dnů). Doba před nástupem a krátce po něm je mimořádně riziková.

Typy a četnost vypadnutí

Vypadnutí může být buď spontánní (svévolný odchod klienta navzdory doporučení setrvat) nebo indukované zařízením (propuštění klienta pro porušování pravidel)². Z výzkumů prováděných v amerických, německých a britských terapeutických komunitách vyplývá, že svévolné odchody jsou daleko častější než propuštění pro porušení pravidel a činí více než 75 % všech vypadnutí (Buehringer a Platt, 1992; Tims a spol., 1997; Gossop et al., 1998). Tento poznatek je zajímavý, protože klientela těchto TK je daleko více sociálně deprivovaná a kriminalizovaná než u nás a zejména TK v USA a v Německu nejsou právě vzorem benevolentních přístupů. Plyne z toho přinejmenším poučení, že usilovat o lepší léčebné výsledky změkčováním pravidel nemá valnou cenu.

Co se týče četnosti vypadnutí, ze široké škály zde citovaných zahraničních výzkumů může odvodit, že ze „standardní léčby“ v TK běžně vypadá 60 – 80 % klientů. To si lze v našich podmínkách obtížně představit – četnost předčasného ukončení léčby je v českých TK nesrovnatelně nižší³. Odlišnost výsledků je dána pře-

¹ Tato kapitola používá jako synonyma „předčasné ukončení léčby“ a „vypadnutí z léčby“, případně původní anglický termín „drop-out“.

² Nemáme zde tedy na mysli terapeutické přerušení léčby k získání reálných zkušeností s problémem změny životního stylu, což se naopak může ukázat jako účinná intervence.

³ SANANIM (TK Němčice, TK Karlov) vykazuje méně než 20 % a i když nemáme k dispozici údaje ze všech zařízení tohoto typu v ČR, nejvyšší nám známý údaj je méně než 40 %.

devším odlišností klientely – i když si české TK obvykle své klienty nevybírají, stupeň sociální dezintegrace a kriminální anamnézy jejich klientů je daleko nižší než na Západě. Nedá se však odhlédnout ani od skutečnosti, že řada českých zařízení představuje evropský nadprůměr, protože vznikala vcelku nedávno s přímým napojením na poslední zahraniční zkušenosti a dobré vzory, a nejsou vázána tradičními přístupy, které dnes Západ pokládá za zastaralé, ale často je obtížně překonává.

Četnost vypadnutí z léčby v zařízeních typu denního stacionáře se podle zahraničních údajů (USA, Německo, Velká Británie, Holandsko)⁴ neliší od zařízení rezidenčních a dosahuje výše uvedených 60 – 80 %. To může být překvapivé, protože pro klienta je denní léčba náročnější než léčba rezidenční (je zachován kontakt s původním prostředím a tudíž trvalá příležitost k relapsu, nepřijít do denního stacionáře je zjevně daleko snazší než odejít z TK), tyto faktory však mohou být vyváženy lepší sociální integrovaností klientů a pružnějšími pravidly léčby. V ČR je tento typ léčby zatím vzácný a jediný údaj pochází z Denního stacionáře-psychoterapeutického centra SANANIM v Praze, které za období 1998 – 2001 udává cca 50 % vypadnutí (Kalina, Doksanská a Minařík, 2002).

Faktory na straně klienta

Charakteristiky „neúspěšných“ klientů

Srovnávání klientů, kteří vypadli v prvním období léčby s těmi, kteří setrvali, umožňuje definovat některé osobní rizikové faktory, které pravděpodobnost vypadnutí zvyšují. Jsou to například:

- nízká schopnost vytvářet vztahy
- nízká schopnost komunikace
- špatné zvládání stresu
- nedostatek motivace
- nižší věk
- první léčba
- nižší vzdělání
- vyšší skóre závažnosti drogové problematiky
- významnější kriminální anamnéza a delší doba strávená ve vězení
- předchozí dlouhodobá nezaměstnanost (zde zřejmě hraje roli chronický nezvyk na určitý denní řád a ztráta nebo chybění dalších sociálních dovedností)
- partnerský vztah (proto je důležité usilovat o zapojení partnerů do léčby a čím dříve se tak stane, tím lépe)⁵

Pozoruhodné je, že klienti, kteří vypadnou z léčby, si to již na počátku léčby sami předpovídají daleko častěji než ti, kteří setrvávají.

Další charakteristiky se týkají chování v léčbě, pokud je vůbec možnost je hodnotit. Klienti, kteří vypadli, se od těch, kteří setrvali, liší v následujících aspektech:

- nižší „zapojení do programu“
- větší problémy s akceptováním skupinové psychoterapie
- méně pozitivních změn v postojích a chování
- nižší důvěra k terapeutům
- nižší schopnost přijmout kritiku svého minulého či současného chování
- malá schopnost diskuse, sklon ke stanovisku „jednou provždy“
- popírání problémů, nehledání možností řešení, tendence k odmítání, výmluvám, bagatelizování, racionalizaci a účelovému jednání

Uvedený přehled vede k triviálnímu závěru: *z léčby vypadávají více ti klienti, kteří jsou problémovější a více léčbu potřebují*. Nemusi to být tak docela „jejich problém“ – na jejich vypadnutí z léčby se může podílet například:

a) „nastavení“ léčebného programu, jeho podmínek a pravidel tak, že problémovějším klientům nedává možnost obstát,

b) pracovní diagnóza „obtížného klienta“ či „klienta, který nemá předpoklady vydržet“, stanovená na počátku v terapeutickém týmu, může spolu s vlastními pochybnostmi klienta nastartovat mechanismus sebe-potvrzující se předpovědi.

Důvody vypadnutí

Spektrum důvodů a jejich podíl na celkovém počtu vypadnutí přibližuje Tab. 3. Je zjevné, že za vypadnutím nejčastěji stojí:

- 1) problémy s drogami
- 2) vztahové problémy, ať už jde o vztahy v zařízení nebo mimo něj
- 3) celkový postoj k léčbě

Podrobnější vhled do těchto problémových okruhů přináší Buehringer a Platt (1992), kteří jako nejčastější důvody vypadnutí z léčby zjišťují:

1) *Důvody související s drogami*: relaps, craving, svádění ostatních klientů nebo ostatními klienty, pochybnosti o smyslu a schopnosti dosáhnout života bez drog.

⁴ Citovaný výzkum a autorovy poznatky ze stáží ve Velké Británii a v Holandsku; viz též Kalina, kapitola 8/5, Denní stacionáře.

⁵ Viz Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislých.

2) *Důvody související se vztahy:*

a) vztahy v zařízení – partner v zařízení, vlastní dítě v zařízení, ostatní klienti, postavení outsidersa, konflikt s terapeutem/terapeuty, nepřítomnost terapeuta,

b) vnější vztahy: partner, rodina.

3) *Celkový postoj k léčbě:* pesimismus, dlouhodobá vážavost a nerozhodnost.

Citovaní autoři sdělují, že „vnější vztahy“ jsou u žen důvodem daleko častějším než u mužů. U „neerotic- kých vnitřních vztahů“ je to naopak. Konflikty s ostatními klienty a s terapeuty jsou častějšími důvody vypadnutí pro muže než pro ženy.

Důvody vypadnutí v prvním období léčby mohou být odlišné od těch, které přicházejí v úvahu v dalších obdobích, což však nelze doložit žádnou vhodnou výzkumnou ilustraci. Co se týče časného vypadnutí (objednaný klient vůbec nenastoupí nebo opustí léčbu v prvních dnech), lze je takřka výhradně přičíst na vrub *problémům s drogami* (nepřerušené brání, relaps, craving, nedostatečná motivace k životu bez drog, svádění ostatních klientů – tj. vlastně pokračující vzorce drogového chování), jistý význam ale má i *postavení outsidersa a konflikt s personálem*.

Faktory a možnosti na straně zařízení a terapeutů ***Předčasné ukončení léčby jako problém zařízení a terapeutů***

Vypadnutí, ať už má jakýkoliv důvod, je vždy komplexní situací. Klinická zkušenost i výzkum nás učí, že v této situaci se kombinují faktory na straně klienta, na straně zařízení a na straně konkrétních terapeutů.

Tuto komplexnost je třeba mít na mysli, jestliže v určitém zařízení usilujeme o prevenci vypadnutí a tím o zlepšení léčebného efektu. Nemůžeme se přitom vyhnout následujícím krokům:

1) *Akceptovat vlastní odpovědnost:* problém vypadnutí je z valné části problémem na straně zařízení a terapeutů (podobně jako psychoterapeuti říkají, že „odpor pacienta je problémem na straně terapeuta“). Přijmout tuto odpovědnost může být sice nepřijemné, ale pro změnu nezbytné, protože změna může začít jen na naší straně.

2) *Analyzovat situaci vypadnutí z hlediska našeho podílu:* často se například ukazuje, že vypadnutí je výslednicí terapeutických postojů a přístupů nepřiměřených vývojovým možnostem a schopnostem klienta. Klient tak často vypadá z léčby prostě proto, že je vystaven nadměrným nárokům bez podpory v jejich zvládnání – selhává proto, že „neumí“ to, co by se během léčebného procesu teprve měl „naučit“ či k tomu dozrát.

3) *Revidovat postoje:* v podtextu faktorů na straně zařízení a terapeutů mohou být negativní postoje ke klientům, případně k drogové populaci vůbec, pesimismus a nedůvěra v lidský potenciál „fetáků“ a v neposlední řadě „značkování“ obtížných klientů jako neperspektivních – to může vytvářet atmosféru, kde se neočekává úspěch a růst, ale selhání, a na principu sebestpotvrzující předpovědi pak také k selhání dochází.

4) *Osvojit si přiměřené znalosti a dovednosti,* které umožňují lépe zhodnotit potřeby a kapacity klientů a přiměřeně na ně odpovídat zejména ve smyslu stimulace a podpory růstu a individualizované pomoci v překonávání nedostatků.

5) *Plánovat zvláštní intervence:* zavádění intervencí specificky zaměřených na prevenci vypadnutí je až posledním krokem v této řadě. Přehled intervencí uvádí další oddíl.

Intervence, které snižují vypadávání z léčby

Do souboru intervencí, které jsou účinné v prevenci vypadnutí, patří například:

- Poradenství před nástupem do léčby
- Zvláštní rozhovor při přijetí, zaměřený na možné individuální faktory vypadnutí a na jejich prevenci
- Zvláštní skupinové diskuse o problému vypadnutí z léčby
- Nabídka zvláštního rozhovoru v období krize
- „Zadržovací strategie“ v případě záměru klienta odejít
- Zapojení partnera či rodiny do léčby
- Možnost vyžádat si rozhovor s jiným členem týmu než s přiděleným garantem či klíčovým pracovníkem, případně možnost požádat o změnu garanta
- Zajištění ihned navazující léčby v jiném zařízení
- Možnost návratu do 24 (48) hodin po svévolném odchodu, nedošlo-li k relapsu

Jaká je účinnost těchto intervencí? Výzkumné studie citované v této kapitole uvádějí, že různé „balíčky“ intervencí tohoto typu snižují četnost vypadnutí o 20 – 40 %, což jistě stojí za úsilí tomu věnované.

Efektivita ovšem není homogenní. Největší se udává u věkově starší části klientů, a to vcelku bez ohledu na to, zda věková hranice mezi „starší“ a „mladší“ částí je 21 nebo 25 let (k diferenciaci na „starší“ a „mladší“ klienty dochází zjevně vždy, je-li klientela aspoň trochu věkově různorodá). U žen je závislost účinnosti intervencí na věku výraznější než u mužů.

Dále je patrná závislost účinku na období léčby, v němž se klient nachází. Platí samozřejmě obecně, že určitá

terapeutická intervence má jiný účinek na klienta v pokročilém nebo závěrečném stadiu než v prvním období léčby. Můžeme říci, že „balíček“ intervencí v prevenci vypadnutí celkově snižuje četnost, neovlivňuje však podstatně trend vypadnutí v čase. Na časné vypadnutí, které je nejrizikovější, má největší vliv, je-li prevenci věnována pozornost v poradenství před nástupem⁶, při vstupních rozhovorech a co nejdříve po nástupu (například jako podpora adaptace a orientace „nováčků“ v zařízení).

Rovněž se doporučuje zapojit co nejdříve do léčby partnera či rodinu.

Zvláštní zmínku je třeba věnovat *zadržovacím strategiím* v případě, že klient projeví přání léčbu skončit. Musíme respektovat práva klienta včetně jeho práva z dobrovolné léčby kdykoliv odejít⁷, kdybychom ale toto jeho právo uznávali výhradně způsobem „ano, chceš jít, tak můžeš jít okamžitě“, mohl by mít klient oprávněný dojem, že nedostatečně plníme povinnosti svého povolání. Často potřebuje především, aby jeho právo na odchod bylo viditelně uznáno, může však uvítat, jestliže mu odchod příliš neusnadníme. Nesmíme ho zadržovat fyzicky, ale do našeho repertoáru musí patřit například:

- vyjednávání (o odkladu, o podmínkách setrvání),
- ritualizace odchodu (vysvětlení ve skupině, rozloučení na komunitě, noc strávená o samotě v „meditační místnosti“),
- provozní zábrany (uložené věci se nevydávají kdykoliv, zejména ne v noci a o víkendy, musel by sis pro ně ještě jednou přijít nebo zaplatit poštovné) ... atd.

Zadržovací strategie mohou poskytnout klientovi čas a příležitost přerušit zkratkové jednání anebo přehodnotit ambivalentní motivy. Čím déle klient v zařízení dobrovolně setrvá poté, co oznámil vůli odejít, tím je větší pravděpodobnost, že zůstane. To ovšem neznamená, že jeho záměr znevažujeme a manipulujeme s ním.

Zjišťuje se dále, že prevence vypadnutí snižuje jak spontánní, tak indukované odchody z léčby. Autoři dokonce výslovně upozorňují, že jimi dokládané snížení četnosti vypadnutí nemůže být vysvětleno změnou (změkčením) kritérií pro propuštění z důvodů porušení pravidel. Připouští však, že zavádění intervencí orientovaných na prevenci vypadnutí mohlo změnit celkové postoje personálu ve smyslu vyšší míry porozumění a podpory a omezit tak zbytečnou tvrdost.

Závěr

Z výše uvedeného výčtu důvodů pro předčasné ukončení léčby (viz též *Tab. 3*) můžeme odvíjet následující úvahy:

1) Je zřejmé, že *problémy s drogami* jsou sice pouze jedním z důvodů vypadnutí, ale přesto jedním z hlavních, častých a závažných. Práce na těchto problémech by měla mít v léčebném programu tomu odpovídající postavení. Systematická pozornost věnovaná cravingu a prevenci relapsu přináší do programu další účinné faktory, které zvyšují pravděpodobnost udržení klienta v léčbě a tím dosažení léčebného efektu⁸.

Studie autora a spolupracovníků (Kalina, Doksanská a Minařík, 2002) ukázala, že relaps a vypadnutí z léčby jsou vzájemně propojeny mnoha vzájemně se podmiňujícími vazbami a souvislostmi (viz *Graf 1*). Komplex „drop-out/relaps“ je u mnoha klientů natolik významnou překážkou setrvání v léčbě, že se ukazuje jako nezbytné propojit účinné strategie a zabývat se prevencí tohoto komplexu.

2) Platí ovšem i opak. Klienti nemají pouze problémy související bezprostředně s drogami – léčba, která se nezabývá tím, co leží mimo užší okruh užívání drog, (např. sebezpojetím, vztahy, odloženými vývojovými úkoly), zjevně zanedbává i významné možnosti udržení klienta v léčbě. Terapie zaměřené na osobnostní růst, sebezpoznání, řešení interpersonálních problémů vnějších i vnitřních, možnost osvojit si přiměřené sociální dovednosti, rodinná nebo párová terapie jsou nezbytným rozměrem takového léčebného programu, který minimalizuje riziko předčasného ukončení.

3) Konečně, nespornými účinnými přístupy v prevenci vypadnutí (i v prevenci komplexu drop out/relaps) jsou např. trvalá práce s motivací a pozitivní orientace na změnu, podpora v aktivním zapojení klienta do strukturovaných aktivit, v denní léčbě pak plánování a hodnocení času, ve kterém klient pobývá mimo denní centrum. K tomu může přispět jak využívání principů terapeutické komunity, tak individualizovaná terapie, tj. úloha klíčového pracovníka či garanta jako individuálního průvodce klienta paralelně se skupinovým programem.

Pro mnoho zařízení je také v tom, či právě v tom, cesta ke zvyšování jejich prospěšnosti pro budoucí život klienta.

⁶ Viz Dobiášová a Broža, kapitola 5/4, Motivační trénink.

⁷ Viz Kalina, kapitola 7/9, Etika pracovníků a práva klientů.

⁸ Viz Kuda, kapitola 7/5, Relaps a prevence relapsu.

The chapter concerns with the problem of drop-out, which has serious consequences for the client and may determine his relapse. It has been proven that a drop-out is most frequent in the first period of treatment. An early drop-out represents the highest risk. Further, the drop-out factors are summarised, both on the side of the client and therapist, team and programme. Effective approaches to drop-out prevention are overviewed. Drop-out and relapse are mutually linked, so that it is possible to define a complex „drop-

out/relapse“ and the respective preventive strategies. Prevention of the „drop-out/relapse“ complex also means treating the non-drug problems of the clients and to emphasise in the programme both the principles of therapeutic community and individualised approach.

Key words: complex “drop-out/relapse” – drop-out – prevention of drop-out

Tab. 1: Vliv předčasného ukončení léčby na „přežití bez relapsu“

Dny po skončení léčby	„Přežití bez relapsu“ (% klientů)			
	Předčasné ukončení	Skončení v řádném termínu (podle délky léčby)		
		120 dní	240 dní	360 dní
10	55	75	90	99
20	45	65	85	85
50	26	48	60	75
100	19	38	50	68
150	13	32	42	62
200	11	30	40	56
300	10	25	38	50

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992

Tab. 2: Četnost vypadnutí z léčby v průběhu ročního pobytu

Týden	% vypadnutí
0 – 5	13,0
6 – 10	4,5
11 – 15	2,8
16 – 20	2,0
21 – 25	1,8
26 – 30	1,3
31 – 35	0,8
36 – 40	0,5
41 – 45	0,3
46 – 50	0,2

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992

Tab. 3: Četnost vypadnutí z léčby v průběhu ročního pobytu

Důvod „drop-out“	Podíl v %
Vztahy v zařízení	25,3
Obecné postoje k terapii a abstinenci	21,8
Faktory spojené s drogami	19,4
Vnější vztahy	14,4
Násilné jednání	7,4
Ostatní	11,6
Celkem 181 sledovaných případů	100

Zdroj: Buehringer and Platt, 1992

Literatura

- British Medical Association: The Misuse of Drugs. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1997
- Buehringer G., Platt J. J. (eds.): Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives. Krieger Publishing Co., Malabar, Florida 1992
- Dufficy H., Hager K.: Standard Settings for Audit. SCODA, London 1993
- Edmunds M. et al.: Arrest Referral. Emerging lessons from research. Drugs Prevention Initiative Paper No. 23. Home Office, London 1998
- European Psychotherapeutic Association (EPA): Ethical Guidelines for Psychotherapists. EPA, Vienna, 1997
- Goldfing E., Sonhdi A., Edmond I., Morle R.: Problem drug use in Greater London. London Drug Policy Forum, 1996
- Gossop M. et al.: NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study. Dept. of Health, London 1998
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kalina K., Doksanská V., Minařík J.: Relaps a předčasné ukončení léčby u klientů denního stacionáře SANANIM v období 1998 – 2001. Referát na výroční České společnosti pro návykové nemoci, Hradec Králové, 2002. Internetové stránky: <http://www.sananim.cz>
- Marlatt A. G., George W. H.: Relapse Prevention – Introduction and Overview of the Model. British Journal of Addiction, roč. 79, str. 261 – 275, 1984
- Marlatt A. G., Baret K.: Relapse Prevention. In: Galanter M., Kleber H.D. (eds.): The Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press, 1994
- Standing Conference on Drug Abuse: Quality standards in residential treatment. SCODA, London, 1996
- Standing Conference on Drug Abuse: New options – changing residential and social care for drug users. SCODA, London, 1997
- Tims F. M., Inciardi J. A., Fletcher B. W., McNeill Horton A.: The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Greenwood Press, Westport, Conn.-London, 1997

Klíčová slova: craving – prevence relapsu – relaps – rizikové situace – syndrom porušení abstinence – zvládání

Pojetí relapsu a jeho prevence

Tato kapitola se zabývá relapsem, prevencí relapsu (dále PR) a využitím tohoto přístupu v léčbě závislosti¹ především podle modelu Marlatta a Gordonové, kteří jej uceleně popsali v roce 1985 (Marlatt, Gordon, 1985).

Při léčbě závislosti se denně setkáváme s problémem porušení abstinence a často si musíme klást zásadní otázky. Co se skutečně děje po léčbě? Jaké faktory ovlivňují návrat klienta k drogám? Jaké změny se objevují ve způsobu brání drog po léčbě? Do jaké míry je relaps procesem, kde osobní přání a rozhodnutí jsou nezávažnějším faktorem? Existují obecné precipitující faktory relapsu nebo se liší případ od případu? Tyto otázky (a mnoho dalších) jsou součástí každodenního rozvažování o klientech, se kterými pracujeme. Již v průběhu základní léčby, ale především v následné péči, hledáme intervence, jak efektivně snížit riziko relapsu. Závislost na návykových látkách lze také vidět jako stav relapsování. To pro nás může být velmi frustrující záležitostí. V perspektivě PR však je tento fakt přijímán jako materiál užitečný pro proces uzdravy závislého. Naše nazírání na tento problém je však odvislé od toho, jaké pojetí závislosti využíváme jako výkladový rámec pro naši práci. Pokud chceme pochopit PR jako celek, je nutné znát její filosofii.

Teorie PR striktně vychází z bio-psycho-sociálního chápání závislosti. Vznikla v podstatě jako kritická reakce na tradiční medicínský model závislosti (pojetí „závislosti jako nemoci“)². Klíčovým prvkem je *kontrola*. V tradičním pojetí „závislosti jako nemoci“ je zdůrazňována ztráta kontroly závislého nad svým jednáním. To však autoři PR kritizují. V souvislosti s tím mluví o *paradoxu kontroly*³. Závislý od nás dostává informaci, že příčinou jeho problémů se závislostí jsou psychologické faktory jeho osobnosti, které u něj vedly ke ztrátě kontroly nad jeho užíváním návykových látek. Učíme závislé, že musejí od těchto látek abstinovat, ale paradoxem je, že pokud opravdu abstinují, prezentují naopak schopnost kontroly. Jinými slovy v pojetí „závislosti jako nemoci“ zbavujeme závislého schopnosti

pomoci si sám sobě. Stavíme se do role expertů na jeho život a na jeho nemoc (závislost), na kterou jen my známe léčbu a paušálně mu ji naordinujeme. Zbavujeme ho tím nejen možnosti změnit své problémové chování ale i zodpovědnosti za něj.

Oproti tomu PR vychází z předpokladu, že závislý je schopen své závislé chování měnit. Klíčovými pojmy jsou zde zlepšování self-managementu a podpora navozených změn. Filosofie PR je vedena předpokladem, že závislost je *výzva k růstu* a ne nemoc, která člověka stahuje dolů a nazpět. Pokud život je sérií výzev, které je třeba překonat, výzva závislosti je unikátní. Závislé chování může zabíjet, protože ze špatných zvyků se mohou stát vražedné zvyky – to je výzva. Ale na rozdíl od ostatních „chorob“ závislé chování může být překonáno osobním úsilím člověka (Wanigaratne a kol., 1990). Je tedy patrné zdůrazňování osobní participace závislého na změně jeho chování.

Prevence relapsu je kognitivně-behaviorálním přístupem, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovedností zvládání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu. Nejde tedy jen o to naučit klienta vyhýbat se rizikovým situacím, ale tyto situace anticipovat a efektivně je zvládat – tj. vybavit klienta dovednostmi snižujícími riziko relapsu. Klient by se po ukončení formálního terapeutického vztahu měl stát svým vlastním behaviorálním terapeutem, stát se kompetentním v udržení své abstinence.

Recidiva nebo relaps?

Relaps je popisován jako nejběžnější výsledek intervencí u závislého chování. Často citovaná poznámka Marka Twaina to krásně shrnuje: „Přestat kouřit je snadné, já sám jsem už přestal snad stokrát.“ (Wanigaratne a kol., 1990).

I na definici této události si můžeme ukázat rozdíl PR oproti pojetí závislost-nemoc. Termín *recidiva* je definován takto: návrat k nemoci, která již byla vyléčena nebo u ní zmizely příznaky (Vokurka, 1995). Odpovídá

¹ Původně teorie PR vycházela především z praxe léčby závislosti na alkoholu a výzkumů s problémovými uživateli alkoholu. Od té doby je přijímán za jeden ze základních přístupů na poli léčby rozmanitých závislostí (PR je využívána u kuřáků, gamblerů, poruch příjmu potravy, atd.).

² Viz Kalina, kapitola 1/8, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog

³ Paradoxem kontroly se zabýval i Gregory Bateson – viz Kudrle, kapitola 2/3, Psychopatologie syndromu závislosti a kodependence.

tedy černobílému pojetí abstinence (*Obr. 1*), vycházejícímu z absolutní abstinence jako jediné volby.

V tomto pojetí je jakékoliv užití, byť jednorázové, obnovením onemocnění. Pokud použijeme termín *relaps*, „může být vnímán jako návrat k dřívější úrovni aktivity následující po pokusu tuto aktivitu ukončit nebo redukovat“ (Wanigaratne a kol., 1990). Závislý se tedy vrací zpět na začátek léčby, neboť jeho selhání znamená devaluaci všeho, čeho zatím dosáhl. Nastupuje zde moralistický přístup. Porušení abstinence je považováno za selhání a zmaření dosavadního úsilí. Závislý tedy nemá žádnou možnost nápravy a také učení se z chybného kroku.

PR vychází z klinické praxe a výzkumu, který jasně ukázal, že ve většině případů jednorázové porušení abstinence nemusí logicky vyústit k návratu na původní úroveň užívání. Nabízí nový termín *laps* („uklouznutí“), který definuje jako „jakékoliv samostatné porušení pravidel nebo souboru zásad, které si jedinec sám stanoví a které se týkají častosti nebo typu vybraného cílového chování“ (Wanigaratne a kol., 1990 – viz *Obr. 2*). Toto pojetí více odpovídá současnému poznání na poli léčby závislosti. Zároveň poskytuje prostor pro učení a možnost nápravy.

Klinická praxe nám přináší množství důkazů o opodstatněnosti výše uvedeného pojmového rozlišování. Závislý, který epizodicky užil drogu, má za sebou určité období abstinence, což znamená, že k užití dochází v jiné konstelaci („setting“) než dříve: závislý má již zkušenost s abstinencí i s pozitivy z ní vyplývajícími. Často pak slycháváme od klientů vyprávění o velkém „rozčarování“ z intoxikace, která nenaplnila jeho očekávání. PR nahlíží na laps jako na křížovatku se dvěma směry, jeden je přímou cestou k původnímu závislému chování, ale druhý míří k pozitivním změnám chování (Marlatt and Barrett, 1994). Proces uzdravy pak lze znázornit jako mapu s různými rizikovými situacemi, které jsou zmíněnými křížovatkami. Spíše než jako indikátor selhání můžeme laps nazírat více optimisticky, jako „vyzývající omyl“, jako příležitost k novému učení (Marlatt and Barrett, 1994). Zabránit tomu, aby se z lapsu stal kompletní relaps, je jedním z hlavních cílů programu PR. Přístup k chybám a uklouznutím v rámci tohoto programu nejlépe vystihuje metafora „požárních cvičení“: poskytnout člověku plán co dělat, „v případě že...“ (Wanigaratne a kol., 1990).

Celý proces autoři tohoto přístupu znázornili v kognitivně-behaviorálním modelu relapsu (*Obr. 3*). Autoři

nevidí relaps jako jednorázovou událost, ale jako proces kognitivních, behaviorálních a afektivních procesů. Pomocí závislému v pochopení tohoto procesu v kontextu jeho chování je klíčovým faktorem ovlivňujícím udržení navozených pozitivních změn. Závislí po uklouznutí, které potkáváme v klinické praxi, opodstatněnost tohoto pojetí potvrzují. Při analýze jejich uklouznutí docházíme k závěru, že celý proces započal i několik týdnů před samotným užitím drogy.

Schopnost poučit se z lapsu není samozřejmostí. Podle jedné studie se pouze asi 1/3 dotazovaných domnívá, že je to možné – což ještě neznamená, že to sami zvládnou. Otevírají se tu ale velké možnosti pro odbornou intervenci – prevenci relapsu –, která může klientovy poznatky o okolnostech relapsu zhodnotit, aby měly vliv na jeho budoucí chování (Kalina, 2000).

Vysoce rizikové situace

Výzkumy ukazují, že výrazně nepříznivým faktorem pro udržení abstinence mohou být setkání závislého s tzv. vysoce rizikovými situacemi – tak můžeme označit jakékoliv situace, které ohrožují sebekontrolu individua (Marlatt, Gordon, 1985). Tyto situace jsou velmi rozmanité, obecné i specifické pro danou osobu. Citovaní autoři definují, opírajíce se o výzkum a klinickou praxi, tři široké obecné skupiny těchto situací:

1. *Negativní emoční stavy* – nalézáme je až u 35 % všech relapsů. Příčiny těchto stavů jsou většinou intrapersonální. Mezi nejčastější patří frustrace, vztek, úzkost, deprese či nuda. Tyto negativní stavy jsou nečastější skupinou vysoce rizikových situací, jež zvyšují riziko relapsu.
2. *Interpersonální konflikty* – jsou příčinou 16 % všech relapsů. Patří sem negativní konfliktní vztahy s partnery, přáteli a členy rodiny. Další skupinou interpersonálních konfliktů jsou konfrontace v zaměstnání či v jiných sociálních situacích.
3. *Sociální tlak* – vyskytly se u 20 % všech relapsů. Sociální tlak může být přímý, např. setkání s „drogovým známým“, který mi nabídne drogu. Může však být i nepřímý, kdy závislý se nachází v blízkosti osoby či skupiny, které užívají drogy (např. na párty).

Mezi další vysoce rizikové situace, spojené s relapsem, lze řadit negativní fyzické stavy (dlouhodobé bolesti), testování kontroly a craving (bažení).

Craving (bažení)⁴

Jak potvrdily rozsáhle studie, craving lze považovat za běžnou komplikaci abstinence. Kunz a Kampe (cit in

⁴ Blíže o cravingu viz Fišerová, kapitola 2/4; Nešpor, kapitola 2/5.

Kalina, 2000) uvádějí, že craving během období abstinence 20 – 120 týdnů udává zhruba 60 – 70 % abstinujících. Často se setkáváme s pojetím cravingu jako samostatné příčiny relapsu, s tímto pojetím však nelze zcela souhlasit. Lze spíše říci, že craving je „hybnou silou“ celého procesu relapsu, a můžeme konstatovat, že je přítomen dokonce u 100 % relapsů. Na druhou stranu klinická praxe i výše zmíněné výzkumy ukazují, že craving (v různé intenzitě) zažívá v prvních měsících abstinence naprostá většina závislých, ale přesto u nich k relapsu nemusí vždy dojít. Craving (nebo jeho zvýšenou intenzitu) můžeme vnímat jako signál, ukazující na nevyváženost životního stylu závislého.

Téma cravingu je často mytologizováno. Především v základní léčbě se můžeme setkat s postojem „craving = tabu“ – jako kdybychom závislým chtěli craving zakázat. Oni sami si jej opravdu velmi často zapovídají, a někdy se jim to i na omezenou dobu podaří. Ztrácí tak ale možnost naučit se svůj craving účinně redukovat. Po opuštění základní léčby jsou konfrontováni s nároky každodenního života a tedy i vystavováni vysoce rizikovým situacím. Zákonitě se musí dostavit silný craving (často v intenzitě jako na začátku abstinence). Závislý se cítí zaskočen a často zažívá pocity viny – „jak je to možné? celá léčba je ztracena! ... apod“. Naproti tomu závislý, jenž je na toto téma připraven, je schopen vnímat tuto situaci jako – „pozor, něco není v pořádku“ a otevřeně o tomto tématu mluví (to samozřejmě nemá nic společného se situací, kdy závislí řečmi o drogách záměrně silný craving spouštějí).

Dovednosti zvládání

Některým těmto situacím se závislý může úspěšně vyhýbat, jiné však musí zvládnout. Na kognitivně-behaviorálním modelu procesu relapsu vidíme, že rozhodující je, má-li osoba dovednosti, jak danou rizikovou situaci zvládnout. Právě tato schopnost *zvládání* je stěžejním prvkem prevence relapsu. Dalšími dvěma základními prvky PR je zvyšování náhledu (uvědomění) a stabilizace životního stylu (Obr. 4).

Schopnost zvládání je relevantní ve dvou rovinách: 1) jedinec má schopnosti zvládat specifické vysoce rizikové situace, 2) má schopnosti ke zvládání stresu obecně (životních nároků).

Je možné, že člověk používal závislé chování jako hlavní reakci zvládání celé škály stresorů, jako jsou úz-

kost, konflikty, deprese, bolest atd. V takovém případě je člověk mnohem náchylnější k tomu mít slabší nebo nedostatečně přizpůsobivé reakce zvládání (řešení problémů, asertivita). Je častým jevem u problémových pijáků nebo uživatelů drog s dlouhou historií návyku, že při ukončení závislého chování je pro ně extrémně náročné zvládnout i minimální stresory. Díky své závislosti se buďto nedokázali naučit přizpůsobivější reakce zvládání nebo se jejich schopnosti snížily.

Kognitivně-behaviorální model předpokládá, že hlavním determinantem relapsu je fakt, jestli někdo má nebo nemá reakce zvládání. Tudiž identifikování, výuka a posilování reakcí zvládání je hlavním cílem při prevenci relapsu. Pracuje se s nimi jednak pomocí specifických intervenčních strategií, jako je nácvik dovedností, jednak pomocí intervenčních strategií globálních, jako je změna životního stylu (Wanigaratne a kol., 1990).

Důležitým příspěvkem pro prevenci relapsu byla teorie sociálního učení definovaná v 70. letech Bandurou (cit. in Kratochvíl, 1976). Jedním z důležitých pojmů této teorie je pocit *vlastní účinnosti* (self-efficacy). Očekávání schopnosti zvládnout rizikové situace se váže k tomuto pojmu. Zkušenost s efektivním zvládnutím rizikové situace pozitivně zvyšuje pocit vlastní účinnosti. V průběhu abstinence pak tyto zkušenosti zvyšují schopnost kontroly a tím se přímo úměrně snižuje riziko relapsu.

Pokud závislý nemá dovednosti potřebné pro zvládnutí vysoce rizikové situace, popřípadě není schopen tuto situaci rozpoznat, není schopen ji zvládnout efektivně. To má za následek snížení pocitu vlastní účinnosti a logicky tedy zvýšení rizika relapsu. Pozitivní očekávání od účinku drogy toto riziko ještě zvyšuje. Na jedné straně tedy stojí stále větší přesvědčení o vlastní neschopnosti rizikové situace zvládnout, na druhé straně „zautomatizované“ myšlenky okolo užívání. V případě lapsu jsou pak negativní účinky závislého chování ignorovány a spouští se celá řada dalších kognitivních procesů.

Syndrom porušení abstinence (Abstinence Violation Effect)⁵

Po lapsu obvykle nastupuje *syndrom porušení abstinence*. Klient je zahlcen velkými pocity viny z vlastního selhání, které jsou přímo úměrné postojům osvojeným v předchozí léčbě. Jedná se o pocity zaměřené proti sobě samému (vina, hanba, hněv, „vše je ztraceno“,

⁵ Do češtiny někdy též překládáno jako „syndrom znásilnění abstinence“.

atd.) ale i proti zařízení a terapeutovi, který s ním pracuje („vy jste mě špatně léčili“). Marlatt a Gordonová (1985) uvádějí, že tradiční pojetí léčby tento vzorec paradoxně podporuje (viz výše diskutované „černobílé“ pojetí relapsu). Syndrom porušení abstinence je přitom velmi důležitým bodem v celém procesu relapsu, je onou křížovatkou na cestě k úzdavě, kdy se rozhoduje, zdali se jedinec vrátí na původní úroveň závislého chování nebo bude pokračovat dál v pozitivní cestě. Zde PR nachází velké možnosti, jak snížit riziko plného relapsu.

Důležitým pojmem je v této fázi procesu relapsu *disonanční konflikt*. Podle teorie kognitivní disonance je rozdíl mezi tím, co jedinec od sebe očekává (např. „dokážu abstinovat“) a tím, jak se chová (např. uklouznutí), příčinou konfliktu. Zde platí přímá úměra – čím větší rozdíl mezi očekáváním a chováním, tím větší konflikt. Přirozená je pak potřeba tento konflikt redukovat. V našem případě se může konflikt snížit dalším užitím drogy za současného redukování nároků na vlastní kontrolu (abstinenenci). Logicky lze tedy předpokládat podle tohoto modelu rostoucí riziko plného relapsu.

Dynamika relapsu – skrytí předchůdci

V průběhu procesu relapsu lze zaznamenat jasné a rovné signály. To je často frustrujícím zážitkem pro terapeuta, který tyto signály vnímá, ale závislý je odmítá. Dělá pak sérii zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí, která jej k uklouznutí posouvají. Marlatt a Gordonová v souvislosti s tím mluví o tzv. skrytých předchůdcích relapsu neboli o pre-rizikových situacích (Obr. 5).

Nerovnováha životního stylu je v tomto modelu považována za základní faktor v procesu relapsu. Lze si ji představit jako nepoměr mezi tlaky zvenčí („měl bych“) a vlastními představami a možnostmi („chci, mohu“). Celková úroveň stresu úzce souvisí s nerovnováhou životního stylu, z níž vznikají pocity sebeprivace. Závislý si potom často sám pro sebe zdůvodňuje, že si dopřeje závislé chování („dlužím si cigaretu, napítí atd.“) a tak zvyšuje pravděpodobnost relapsu. Někteří si také pocity sebeprivace akumulují, aby si vytvořili potřebu okamžitého uspokojení – tzv. fenomén „poslední kapky“ (Wanigaratne a kol., 1990).

Dalším důležitým faktorem je *craving* (viz výše). V případě nerovnováhy životního stylu a s tím spojenou vysokou úrovní osobního stresu *craving* dopadá na úrodnou půdu a nebezpečí relapsu velmi roste. V praxi se osvědčuje učit klienty vnímat přítomnost silnějšího *cravingu* jako možný symptom nerovnováhy životního stylu.

V případě, kdy klient prožívá silnou potřebu dopřát si závislého chování (např. intoxikaci), je to spojeno s pocity viny. Zde nastupují obranné mechanismy, které tyto nepříjemné pocity redukují, zejména *racionalizace a popření*. To vede k neuvědomovanému plánování relapsu. Dochází k sérii *zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí* – jde o kognitivní vzorec nenápadných „mini-rozhodnutí“, která však jedince přivedou do vysoce rizikové situace. Vidíme, jak se klienti nevědomě přivádějí do bezvýchodných situací⁶.

Prevence relapsu v praxi

Wanigaratne a kol. (1990) rozděluje intervenční strategie programu PR do následujících širokých kategorií: hodnotící postupy, postupy ke zvýšení vhledu/uvědomění, nácvik dovedností, kognitivní strategie a intervence k životnímu stylu. Dále uvádí, co by jejich použití a celý komplex PR měl v praxi klientovi přinést: 1) vybavit klienta dovednostmi identifikovat rizikové situace, anticipovat je, vyhnout se jim anebo je zvládnout, 2) pokud by mělo dojít k lapsu („uklouznutí“), vybavit jej dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps plně nerozvinul, 3) zvýšit pocit jeho vlastní účinnosti.

Pro globální změnu životního stylu, k níž PR nakonec směřuje, je důležité např. identifikovat v životním stylu zdroje stresu, identifikovat a změnit nezdravé vzorce zvyků, objevit pozitivní aktivity a začít se jim věnovat a rovněž se naučit efektivnější management času (pro zaplnění vakua, které zůstalo poté, co se klient vzdal závislého chování). Touto cestou může klient dospět k „umírněnému“ a „vyrovnanému“ životnímu stylu.

Prevence relapsu byla vyvinuta především jako program pro udržení navozených změn. Jedná se tedy o fázi po ukončení základní léčby. Důležité je, že se předpokládá rozhodnutí závislého změnit své chování. Toto rozhodnutí musí být vždy konkretizováno jasným

⁶ Příklad z praxe: klientka 24 let, v programu prevence relapsu několik měsíců. Delší dobu není spokojena v práci a zažívá dlouhodobé neshody se svým partnerem. Na individuální terapii vyprávěla o situaci, kdy se jí o víkendu podařilo zastavit relaps: „V pátek jsem se konečně rozešla se svým klukem. Bylo to dost těžký a já jsem jela domů ve špatné náladě. Domluvili jsme se, že se ještě sejdem druhý den odpoledne. V sobotu odpoledne jsem jela v tramvaji a najednou mi to došlo. Jedu na domluvený sraz o dvě hodiny dřív, než je potřeba. Doma jsem si vzala peníze, které jsem si šetřila na boty. Sakra, vždyť já si jedu dát (zrelapsovat)... Vystoupila jsem z tramvaje a šla si koupit za odměnu, že jsem to zastavila, zmrzlinovej pohár.“ – Na této krátké kazuistice velmi názorně vidíme, jak proces relapsu probíhá. Několik zdánlivě bezvýznamných rozhodnutí spustilo proces, který však klientka dokázala zvládnout díky zvědomění některých kognitivních omylů, schopnostem zvládnání. Když tuto situaci popisovala, bylo jasné, že to přispělo velmi výrazně k jejímu pocitu vlastní účinnosti.

cílem. Nutno připomenout, že cílem nemusí být vždy jen úplná abstinence. Autoři tohoto přístupu zdůrazňují dobrovolnost vstupu závislého do programu PR jako nezbytnou podmínku, neboť vyžaduje aktivní účast léčícího se.

PR lze s úspěchem integrovat i do základní léčby. Je však třeba vždy program upravit tak, aby odpovídal celkovému přístupu v daném léčebném programu. Často se setkáváme s faktem, že např. v terapeutických komunitách je téma drog obecně zakázaným tématem. Pokud použijeme PR v této fázi základní léčby, umožní nám to s tématem drog efektivně pracovat.

Summary

Relapse and Relapse Prevention

This chapter describes the basic principles of relapse prevention by Marlatt and Gordon and the application of this approach in the treatment of drug addicts. First, the theoretical frame of this model and the basic philosophy are summarised. The problematic theory of addiction/disease and the resulting paradox of control are also discussed. Further, the relapse process is analysed step by step: high-risk situations, craving, coping skills, self-efficacy, the abstinence violating effect and the dissonance conflict. The dynamics of re-

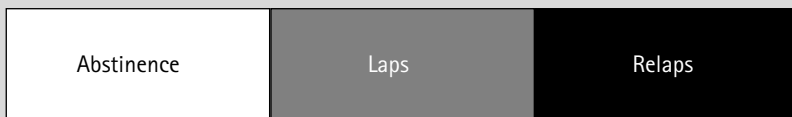
lapse and the hidden precursors of relapse are presented in connection with the effect of lifestyle imbalance, rationalisation/negation and sc. apparently irrelevant decisions. The last part of the chapter summarises application of relapse prevention in various phases of the drug addict treatment. The relapse prevention is here conceived as being one of the key approaches in the whole process of treatment.

Key words: abstinence violating syndrome – copying skills – craving – high risk situations relapse – relapse prevention

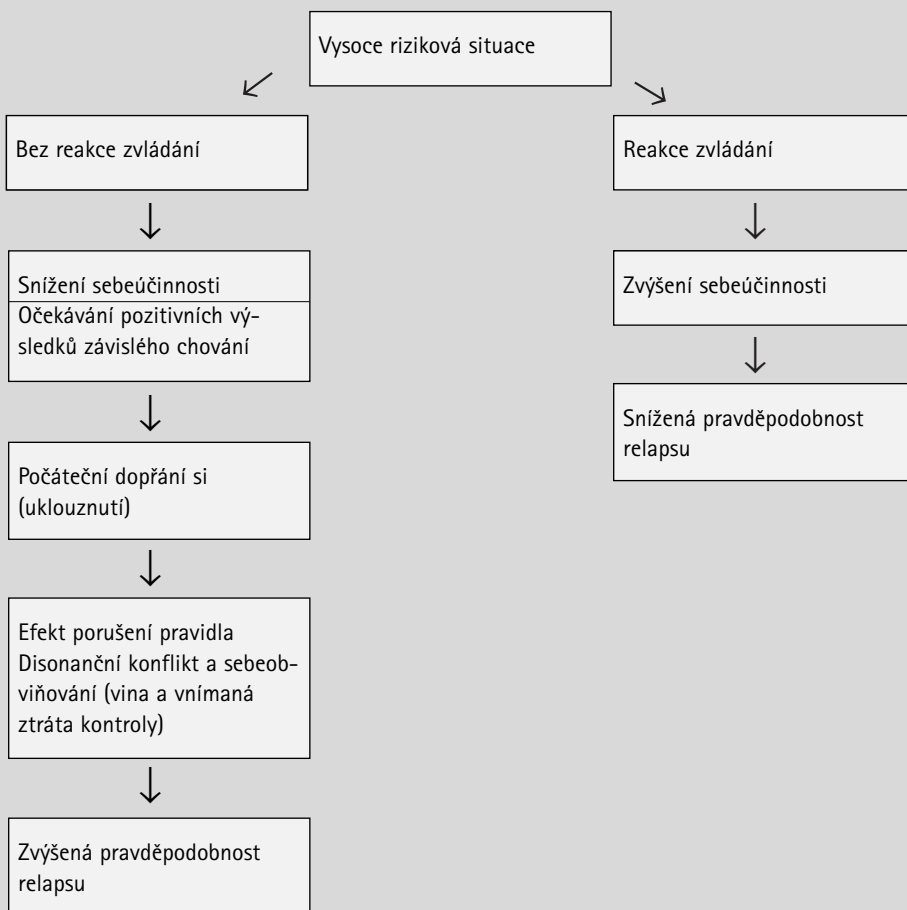
Obr. 1: „Černobílý“ model abstinence versus relaps



Obr. 2: Model abstinence-laps-relaps



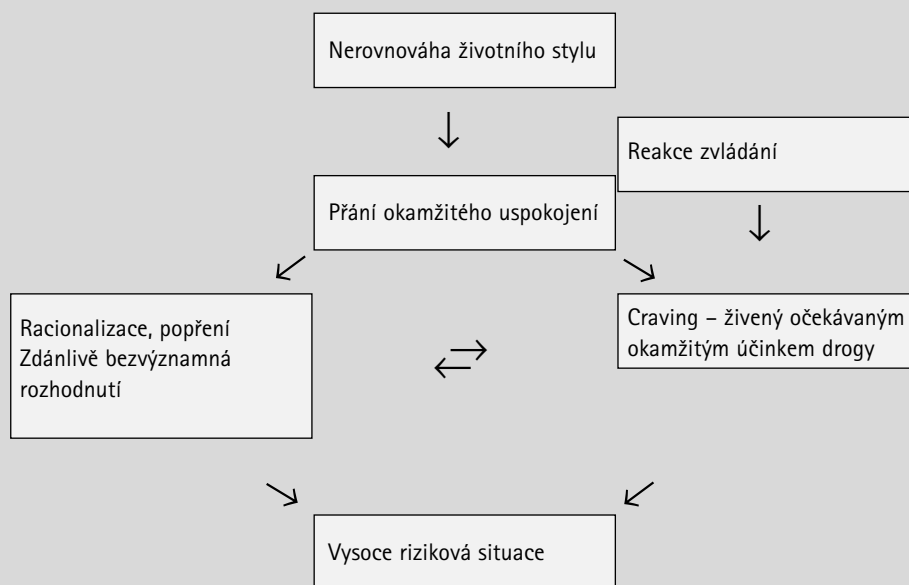
Obr. 3: Kognitivně behaviorální model procesu relapsu. Marlatt a Gordonová (1985)



Obr. 4: Cíle prevence relapsu



Obr. 5: Skrytí předchůdci relapsu (Marlatt a Gordonová, 1985)



Literatura

- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kratochvíl S.: Psychoterapie. Avicenum, Praha, 1976
- Kuda A.: Následná péče. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Edice Filia, sv. 5. Institut Filia, Praha, 2000
- Kuda A.: Prevence relapsu – manuál pro vedení skupin, P-centrum, Olomouc, 2000
- Kuda A.: Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 1, č. 2, str. 82 – 93, 2001
- Lawson G., Lawson A., Rives P.: Chemical Dependency Counseling, Chapter 8 – Aftercare and relapse prevention. Aspen Publishers, Gaithersburg, 1996
- Marlatt G., Barrett K.: Relaps Prevention. In: Galanter M. and Kleber H.: Textbook of Substance Abuse Treatment. The American Psychiatric Press, Washington-London, 1994
- Vokurka, M.: Praktický slovník medicíny. Maxdorf, Praha, 1995
- Wanigaratne S. et al.: Relaps Prevention – Manual for Therapists. Blackwell Science, London, 1990

Mgr. Aleš Kuda

Vystudoval Filosofickou fakultu UK Praha, obor pedagogika-psychologie. Absolvoval sebezkušnostní výcvik ve skupinové terapii SUR. V problematice závislostí pracuje od roku 1993. Od roku 1994 působí v o.s. SANANIM. V roce 1996 zakládal Doléčovací centrum SANANIM (první svého druhu v ČR a dodnes kapacitně největší), jež do konce roku 2000 vedl. V roce 1999 spoluzakládal Terapeutickou komunitu Karlov SANANIM. V současné době pracuje jako odborný ředitel pro léčbu a doléčování v o.s. SANANIM. Od roku 2000 je

předsedou Sekce terapeutických komunit Asociace nestátních organizací. Zabývá se především následnou péčí a terapeutickými komunitami. Publikace: Následná péče, in: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Institut FILIA, Praha, 2000; Prevence relapsu – manuál pro vedení skupin, P-centrum, Olomouc, 2000; Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. Adiktologie c.2, str. 82 – 93, 2001.

Kontakt: SANANIM, Novovysočanská 604A, 190 00 Praha 9. E-mail: kuda@sananim.cz

Klíčová slova: multidisciplinární tým – role v týmu – složení týmu – týmová práce – vyhoření

Drogové závislosti jsou vždy problémem multifaktoriálním – také zvládnání problémů s drogami se odehrává na různých rovinách – jak to dokládají kapitoly o příčinách vzniku a léčbě drogových závislostí. Proto také v péči o drogově závislé nestačí využívat odbornosti jen jedné profese a je vždy výhodou, pokud se může utvořit tým složený z lidí různého zaměření.

Charakteristika týmu

– Tým sdílí společný cíl, společnou vizi, jeho členové respektují vytýčený cíl a jsou loajální k poslání a rozhodnutí týmu (i v případě, že jednotlivec nesouhlasí s dílčími věcmi).

– V týmu je podporována spolehlivost a smysl pro závazky. Pokud jsou členové týmu spolehliví i jeden vůči druhému a plní svoje závazky, je naděje, že takto budou zacházet i s klienty.

– V týmu panuje vzájemná důvěra a respekt – jeden se na druhého může spolehnout a lidé se vzájemně „berou“.

– Důvěra a respekt v týmu předpokládá otevřenou komunikaci – o všem je možné hovořit. Lze přiznat chybu.

– Každý má v týmu svoje místo, každý může být jiným způsobem přínosem pro tým a ostatní jsou si toho vědomi.

– Jsou jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti. Tým má vedení. Nelze vždy o všem hlasovat.

Tým může pracovat „proaktivně“ a „reaktivně“. Je-li tým „proaktivní“, přicházejí lidé s nápady, spolupracují na vizích, předvídají a předcházejí některým věcem či událostem. „Reaktivní tým“ se zabývá převážně tím, co práce přináší, někdy spíše „hasí požáry“, které už nastaly. Tento způsob práce může ztratit zaměření na cíl, někdy je výrazem nerealistické koncepce.

Obecné zásady fungování týmu

– Tým by měl mít jasno, co dělá, zda plní cíle které si stanovil či vzal za své. Čas od času je dobré prověřit, zda cíle, které se tým zavázal naplňovat, ještě platí, zda se podmínky práce nepozměnily natolik, že bude třeba stanovovat cíle nové.

– V týmu by měl být jasný rámec ve kterém pracuje, je nutné věnovat pozornost stanovení pravidel a hranic. Je užitečné čas od času prověřovat, zda jsou dodržována pravidla a hranice, na kterých se tým shodl.

– Pro práci týmu je důležité umět stanovit důležitost a pořadí jednotlivých úkolů.

– Dobře fungující tým je tým, ve kterém je samozřejmé, že se jeho členové dále průběžně vzdělávají a že práce týmu nebrzdí, ale naopak posiluje profesní a osobní růst jeho členů.

– Lidé v týmu by měli být ochotni k diskusi – tým, který spolu přestává mluvit, se rozpadá do koalic, někdy i do koalic s klienty. To samo o sobě nemusí být špatné, jde-li o pracovní alianci, ale nemělo by jít o destruktivní nebo náhradní způsoby, jak vyjít s ostatními. Problémy, které se v týmu objeví, by neměly tým rozkládat, ale naopak ho stmelovat a aktivizovat k hledání řešení. I přes různorodost názorů se umět domluvit na něčem, co budou všichni respektovat. Dobrý tým se dokáže učit ze svých omylů a chyb.

– Předpokladem je, že členové týmu jsou schopni a ochotni plnit svoje povinnosti.

Specifika týmu v práci s drogově závislými

V drogové problematice – máme a budeme teď mít na mysli péči o klienty zneužívající a závislé na nealkoholových drogách – velmi často vznikají týmy postupně, „zdola“, převážně formou občanských sdružení, která se ustavují za tímto účelem.

Na počátku většinou stojí zapálení, nadšení lidé, ochotní vkládat do práce spoustu energie. Formování týmu probíhá často současně s budováním jednotlivých zařízení a ne vždy je týmu věnována dostatečná pozornost. Navíc se o drogovou problematiku zajímají převážně mladí lidé, někteří i se svojí vlastní zkušeností s drogami, což přináší také svoje specifika. Pro některé je to jejich první zaměstnání, nemají dosud zkušenost se zaměstnaneckým poměrem ani se spoluprací v týmu, někdy sám vedoucí zařízení má v tomto směru malou nebo žádnou zkušenost. Co se týká práce s klienty, velmi často se začíná s individuálními konzultacemi a teprve postupně se začínají hledat způsoby spolupráce v týmu. Prvotní nadšení dříve či později opadá, vyčerpá se jinými starostmi a povinnostmi spjatými třeba se zabíháním se pracoviště a lidé pak tuto práci opouštějí. V lepším případě se podaří najít s vyvíjejícím se zařízením a s narůstajícími zkušenostmi efektivnější spolupráci, ke které může významnou měrou přispívat supervize.

Na druhé straně tým může působit terapeuticky i prostřednictvím vztahů mezi svými členy. Je-li různorodý

– ať už se různorodost týká sociálního statutu, životních zkušeností, věku či temperamentu – může se stát „širokospektrým terapeutickým nástrojem“. Dokáží-li lidé v týmu řešit svoje neshody, spontánně emočně reagovat, reflektovaně zacházet se závislostí i nezávislostí, mohou se tak stát živým modelem společnosti pro své klienty, kteří tak zažívají, že i lidé rozdílní mohou spolu žít, spolupracovat a taky že člověk nemusí stačit na všechno sám, že se může o druhé opřít.

Další charakteristikou těchto týmů je, že jsou značně ohroženy syndromem vyhoření – syndromem emočního vyčerpání při intenzivní práci s lidmi, kde množství vložené energie a značné osobní nasazení není vyváženo dostatečným oceněním. Zjednodušeně řečeno – člověk více vydává, než dostává.

Pokud se v týmu nepracuje způsobem, který by toto nebezpečí snižoval, dochází časem ke ztrátě motivace, zájmu či změně v náplni práce a v důsledku se pak tým stává méně užitečný svým klientům.

Týmy v drogové problematice typu občanských sdružení či nadací se také potýkají s finančními a existenčními starostmi, s nutností reagovat svojí nabídkou na měnící se poptávku drogové klientely a také přinejmenším s ambivalentními postoji společnosti k jejich práci. Tato skutečnost na jedné straně může posilovat kohezi týmu, ale na druhé straně odvádět pozornost k podružným problémům či neúnosně zatěžovat jinými starostmi než o své klienty.

Kromě syndromu vyhoření by si drogové týmy měly také pohlídat, aby jim určitý pocit výlučnosti nebránil udržet si dobré vztahy s okolím, se širším sociálním prostředím, jako je občanská komunita nebo místní instituce, které zrovna ne moc ochotně spolupracují. Mohlo by se stát, že ve svých postojích pak tým zradí svoji klientelu.

Složení týmu

Složení týmu se především odvíjí od toho, o kterou oblast v síti drogové péče se jedná – jinak složený tým bude efektivní při prevenci, jiný v kontaktním centru či při práci v terénu, v léčebně zaměřeném stacionáři či terapeutické nebo resocializační komunitě. Tým může být specializovaný na jednu problematiku nebo může

být více univerzálně zaměřený, což je dobré si ujasnit před jeho formováním. Pokusíme se o výčet (jistě neúplný) možných zaměření a specializací členů týmu bez nároku na seřazení potřebnosti.

- V liniích prvního kontaktu to budou jistě sociální pracovníci, drogoví pracovníci různých profesí a ex-useři, kteří procházejí určitým základním proškolením pro tuto práci,
- pro prevenci by v týmu neměl chybět pedagog, nebo speciální pedagog,
- pro léčebná zařízení pak lékař, psycholog, psychoterapeut,
- v početnějších týmech pak i manager a další odbornosti – např. právník.

Některé specializace je možné přivzat formou externí spolupráce s částečným úvazkem v rámci rozšiřování služeb pro klienty.

Pokud s týmem spolupracují externí spolupracovníci, mělo by být vždy vyjasněno, zda jsou či nejsou členy týmu a jakou formou budou s týmem spolupracovat – předávání informací, klientů, kompetence zásahů atd. I externí spolupracovníci by se měli čas od času s týmem scházet, mají-li společné klienty.

Složení týmu se odvíjí od cílů, které organizace nebo zařízení má naplňovat. Vzhledem k tomu že jde o práci s lidmi vyžadující vzájemnou kooperaci, podporu, předávání klientů a mnohdy souběžnou péči různých odborníků, je na místě při výběru adeptů se vždy zaměřovat i na schopnost uchazeče pracovat v týmu.

Ex-user v týmu

Ex-useři – bývalí uživatelé drog, kteří již nějakou dobu od drogy abstinují – se mohou dobře uplatnit jak v zařízeních prvního kontaktu, tak v ostatních typech péče o drogové klienty¹. Role ex-userů a jejich početní zastoupení v týmech se zřejmě bude také odvíjet od filozofie a stanovených cílů toho kterého zařízení. Existují např. komunity, kde převážně pracují bývalí uživatelé, a na druhé straně některá zdravotnická zařízení zaměstnávají vedle zdravotnických pracovníků rovněž ex-usery jako „laické terapeutů“ pro práci s pacienty².

¹ *Ex-user* (Glosář, 2001): Bývalý uživatel drog, abstinující spontánně či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců či let. ... Podle některých medicínských a epidemiologických kritérií je to označení celoživotní, jiná hlediska spíše zdůrazňují možnost zbavit se této nálepky při změně životního stylu a vývojovém překonání období, kdy člověk drogy užíval. Nejednotný je rovněž postoj k úloze ex-userů v programech primární, sekundární a terciární prevence. Některé názorové proudy s nimi zásadně počítají („pouze ex-user může uživatelé drog porozumět a pomoci“), jiné přistupují selektivně, opět jiné účast ex-userů vylučují. Důležité je rovněž to, zda a do jaké míry se bývalý uživatel v daném programu skutečně prezentuje jako ex-user.

² Problematikou ex-userů se zabývají i další kapitoly této publikaci, viz např. Kalina, kapitola 7/9, Etika pracovníků a práva klientů; Adameček, Těminová-Richterová a Kalina, kapitola 8/8, Režimní léčba v terapeutických komunitách; Kuda, kapitola 8/9, Následná péče.

Pokusíme se nastínit výhody a nevýhody přítomnosti ex-usera v týmu.

Výhody :

- vlastní zkušenosti, které mohou být základem pro dobrou znalost problematiky
- zvýšená citlivost ke stavům, které prožívají klienti
- pozitivní příklad pro klienty
- snazší navázání kontaktu s klienty – „mluví jejich jazykem“
- mohou být klienty vnímáni jako důvěryhodnější
- s vlastní zkušeností mohou být klienty vnímáni více na stejné úrovni
- dobrá znalost drogové scény a zvyků komunity uživatelů drog.

Nevýhody:

- ex-user má větší kontakt s rizikovou populací a situacemi, které mohou být pro něj osobně náročné (spouštěč craving, ztěžovat separaci od původního životního stylu ap.)
- hranice mezi terapeutem a klientem mohou být méně jasné než u jiných členů týmu
- nevyjasněná motivace k práci (může se objevit až po čase)
- větší orientovanost na sebe s menší schopností týmové práce (drogová kariéra opravdovou spolupráci nekultivuje)
- při nedostatečné době abstinence se ještě do práce mohou promítat vlastní nedořešené problémy s tendencí řešit je v práci nebo prací
- nedostatek přiměřeného sebehodnocení, někdy vyplývající z menší vzdělanosti.

Pokud se jedná o pozici v týmu, může být velmi různorodá. V týmech, kde převažují jiní odborníci, může ex-user při problémech v týmu snadněji uzavírat koalici s klienty, upřednostňovat potřeby klientů před úkoly týmu, ventilovat snadněji před klienty problémy týkající se týmu a získávat je na svou stranu. Co se týká spolupráce v týmu, bývají ex-useři nezkušení, mívají horší adaptaci na pracovní rytmus, mohou mít problémy s dodržováním pravidel a hůře zvládají zátěž (Macková, 2001). Na druhé straně ex-user může být tím, kdo dobře rozumí problémům klientů, stylu jejich myšlení a může tým přidržovat více v realitě života drogové klientely. Může také vidět jasněji a přímočařeji a přinášet dobré nápady z praxe.

Většinu nevýhod lze zmenšovat či eliminovat jak jasnými požadavky při přijímání ex-usera (viz Akreditační standardy, 2001³), tak průběžnou prací se všemi členy týmu a také pravidelnou týmovou supervizi.

Role v týmu

Na tým je možné se také podívat z hlediska rolí jeho členů. Belbin (1993 – viz *Příloha*) popisuje 8 rolí, které musí být v týmu obsazeny, aby tým fungoval efektivně. Tyto role nemusí být naplňovány stejnou měrou a nebývají potřebné po celou dobu činnosti týmu. Každý člen je pro některou roli vhodnější, často to bývá tak, že každý dává přednost jedné hlavní roli a jedné vedlejší, přičemž preference role ještě neznamená schopnost pro ni. Na základě svého výzkumu Belbin zjistil, že všechny role jsou stejně hodnotné a měly by být obsazeny, aby tým využil všech svých možností. Role nejsou vždy úplně stabilní, mohou se měnit s časem či pozměňujícím se týmem. U malých týmů to může být nevýhoda, protože role se mísí, jsou méně vyjasněné a mohou být méně stabilní.

Zaměření se na role v týmu může být inspirací pro týmovou supervizi. Hledisko obsazení různých rolí může být použito například při sestavování nebo doplňování týmu.

Specifiky a problémy mezioborových týmů v různých typech zařízení pro problémové uživatele drog a závislé se zabývají jednotlivé kapitoly části 8.

³ Podle části A (Obecná část), oddíl 7.2, má mít organizace jasně definovaná pravidla pro zaměstnávání pracovníků s předchozími nebo současnými problémy s drogami a alkoholem. Pro zaměstnávání bývalých uživatelů drog se doporučuje: a) věk minimálně 21 let, b) dokončená léčba, c) abstinence minimálně 2 roky po ukončení léčby, d) zahájení SŠ studia do 1 roku po nástupu do pracovního poměru, pokud pracovník nemá ukončené SŠ vzdělání. – O roli ex-userů viz dále kapitoly 8/1, 8/8, 8/9.

The author first summarises the general characteristics of working teams and the principles of their functioning. Then she presents an overview of specific features of teams operating in the field of treatment of problem drug users and addicts. These teams often start with a great enthusiasm but without experience – also without any experience in the teamwork. If enthusiasm is exhausted, people can leave the job. In the optimal case they can find – hand in hand with development of their centre and increasing experience – patterns of effective collaboration, which may be re-

inforced also by supervision. Multidisciplinary and variable teams (in the aspects of social status, age, life experience or temperament), can be, however, also a therapeutic tool of a wide range. The author pays a particular attention to ex-users as team members, considering the advantages and disadvantages. In the final part of her chapter, the author presents a concept of the team from the viewpoint of roles of the team members (by Belbin), which may be useful for supervision and also for the team building and completion forming.

Key words: burn-out syndrome – composition of the team – multidisciplinary team – team work – roles in the team

Literatura

- Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR. Verze 5. MZ CR, Praha, 2001
- Bartošíková I., Voříšek R.: Příručka pro nízkoprahové terapie. Nakladatelství Albert, Boskovice, 1998
- Belbin R. M.: Management teams: why they succeed or fail. Heinemann, Butterworth, 1981
- Belbin R. M.: Team roles. Pracovní materiály z workshopu výcviku v supervizi, překlad J. Holeyšovský, 1993.
- Glosář: K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Khelerová V.: Komunikační dovednosti manažera. Grada Publishing, Praha 1995
- Kratochvíl S.: Terapeutická komunita. Academia, Praha, 1979
- Macková E.: Ex-user v profesi pracovníka nízkoprahového zařízení. Závěrečná práce Kurzu pro nízkoprahové terapie. Podané Ruce, Brno, 2001
- Nerad J. M., Neradová L.: Drogy a mýty. Votobia, Olomouc, 1998
- Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum, Praha 1996
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha 1999
- Úlehla I. : Umění pomáhat. Renaissance, Písek, 1996

Koordinátor: organizuje týmové operace a zdroje tak, aby se splnily cíle skupiny. Zná silné a slabé stránky týmu a snaží se maximalizovat potenciál každého člena. Musí umět dobře řídit lidi. Hlavní osobnostní charakteristiky: silná základní dominantnost a oddanost cílům skupiny. Koordinátor je klidný, pevný, disciplinovaný, povzbuzující, oporný typ týmového leadera. Jeho styl budování týmu je požadovat aktivní příspěvky a hodnotit je podle cílů týmu.

Formovač (shaper): je jiný, manipulativnější, ambicióznější, oportunističtější typ vedení týmu. Uvádí věci do pohybu a formuje týmové úsilí určováním cílů a priorit. Formovač věří, že nejdůležitější je zvítězit pravým machiavelistickým stylem a pokud je to potřeba, uchýlí se k nedovoleným nebo nemorálním taktikám. Jeho styl budování týmu je vyzývat, motivovat a dosahovat. Je náchylný k provokaci, hněvu a netrpělivosti. Belbinův výzkum ukázal, že toto je nejvíce preferovaná týmová role.

Twůrce: je introvertní, inteligentní, inovační člen. Prezentuje nové myšlenky a pokouší se předkládat nové strategie. Má zájem o důležitější širší problémy, což může mít za následek nedostatečnou pozornost k detailům. Jeho styl budování týmu je přinášet inovační myšlenky do operací, činnosti a cílů týmu. Často se pohybuje „v oblacích“ a nevíš si detailů nebo protokolu.

Odhalovač zdrojů: je extrovertní typ, shromažďující zdroje. Zkoumá myšlenky, zdroje a nové trendy, které se objevují mimo tým, a informuje o nich v týmu. Hodí se pro styk s veřejností a vytváří pro tým užitečné externí kontakty. Obvykle ví, jak dát dohromady lidi se společnými zájmy a kdo může vyřešit problémy. Jeho styl budování týmu je vytvářet sítě a shromažďovat zdroje pro tým. Může ztratit zájem, když přejde počáteční nadšení.

Realizátor: je důležitý člen týmu, protože jeho cíle jsou totožné s členy týmu. Je často výkonným ředitelem a dostává úkoly, které druzí ne vždy chtějí vykonávat. Systematicky plánuje a efektivně transformuje plány do fungujících aktivit. Jeho styl budování týmu je organizovat operace. Může mu chybět flexibilita a nemusí si všimnout nevyzkoušených myšlenek.

Pozorovatel – hodnotitel: zaměřuje se na analyzování problémů a hodnocení myšlenek. Zřídka se dá strhnout entuziasmem a chrání tým před impulsivními a riskantními rozhodnutími. Jeho styl budování týmu je založený na objektivní analýze a hodnocení myšlenek a rozhodnutí týmu. Může mu chybět inspirace a schopnost motivovat jiné lidi.

Dokončovatel: zajímá se o pokračování a vytrvá u projektu, když vzrušení a nadšení ostatních členů týmu pomine. Je dobrý plánovač, realizátor a dovršitel týmových úkolů. Zlobí ho, když práce týmu zaostává za plánem, a ztrácí uspokojení z práce, když se

úkoly nedokončí. Jeho styl budování týmu je vyvíjet tlak, aby se pokračovalo, plnily se termíny a dokončovaly úkoly.

Pracovník pro tým: hraje roli orientovanou na vztahy a podporu. Je velmi populární, společenský, s malou potřebou dominovat. Podporuje týmového ducha, zlepšuje interpersonální komunikaci a minimalizuje konflikty mezi členy týmu. Jeho styl budování týmu je podporovat týmové vztahy. Může být nerozhodný v krizových situacích.

Podle: Belbin R.M.: Management teams: why they succeed or fail. Heinemann, Butterworth, 1981

Terénní programy (8/2)

V terénních programech je kladen velký důraz na osobnostní kvality pracovníka. Komunikační dovednosti, schopnost tvořivě myslet a nekonvenčně jednat jsou alespoň zpočátku důležitější než formální vzdělání: při výběru zaměstnanců jsou hlavními kritérii komunikativnost, důvěra, respekt a věrohodnost a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog. Formální vzdělání si pracovník může doplnit postupně. Výjimkou je profese zdravotní sestry a sociální pracovnice, kterou by měl zahrnovat každý tým terénních programů. Další zvláštní požadavky na původní profese terénních pracovníků nejsou kladeny, samozřejmostí je však pozornost věnovaná jejich dalšímu odbornému růstu a profesním rizikům. Terénní práce je fyzicky i duševně náročná, probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Je proto nezbytné poskytnout pracovníkům možnost řádného proškolení a soustavnou supervizi. Dále je třeba věnovat pozornost bezpečnosti práce a prevenci vyhoření (burn-out). Některé terénní programy využívají současných nebo bývalých členů cílové skupiny (např. injekčních uživatelů drog) jako dobrovolníků nebo placených pracovníků, pro něž se používá pojem „indigentní terénní pracovník“.

Kontaktní centra (8/3)

Mezioborový tým má být sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu, a zároveň aby byl pružný a schopný dostát často konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce. Standardy MZ i MPSV kladou důraz na obligatorní vzdělávání zaměstnanců v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon, dodržování etických kodexů a práci se supervizi. ... Při pohledu na rozsáhlost zadání není divu, že se (zvláště je-li úroveň podpory, kontroly i péče o pracovníky nízká a necílená) personální obsazení týmu často mění. ... Specialisté – podle možností programu se jedná o regulérní pracovníky programu, častěji ovšem o externí pracovníky. Prostor pro uplatnění v programu mají sociální pracovníci, lékařspeciálisté (psychiatrii, infekcionisté, gynekologové), praktičtí lékaři, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové, zdravotní sestry. ... Podstatné je, zda externisté dokáží sladit obvyklý způsob provádění svého „řemesla“ s rytmem práce týmu kontaktního centra a jeho klientů. Je třeba se věnovat riziku nesouladu v rytmu pracovních akcí, možného nesouladu ve filozofii přístupu k péči, v názoru na cíle.

Ambulantní lékařská péče (8/4)

Zařízení má řídit kvalifikovaný lékař, s praxí v oboru a dle možností i s atestací z oboru AT. Optimální terapeutický tým se skládá z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, nejméně ze dvou zdravotních sester, jedné sociální pracovnice a podle potřeby z administrativního pracovníka na částečný úvazek. Členové terapeutického týmu se vzdělávají podle své profese a zúčastňují se, pokud možno aktivně, školení, seminářů a kongresů týkajících se problematiky návykových nemocí, psychotera-

peutických kursů apod. Všichni pracovníci mají absolvovat školení o resuscitaci pacientů a první pomoci. Interní supervizi, kontrolu znalostí a plnění úkolů, vztahu k pacientům provádí vedoucí lékař. Slouží k tomu zejména společné sezení celého terapeutického týmu nejméně jedenkrát týdně. Vítaný je externí supervizor znalý problematiky ambulantní léčby pacientů s problematikou užívání návykových látek.

Detoxifikační jednotky (8/6)

Personální zabezpečení detoxifikačních stanic tvoří podle výše citovaných standardů vedoucí lékař, další lékaři, střední zdravotníci pracovníci, sociální pracovníci a terapeuti. Jestliže je detoxifikační jednotka součástí zařízení, které poskytuje i další služby (např. střednědobou léčbu), bývá často nutné, aby se s ohledem na provozní potřeby zařízení věnovali pracovníci detoxifikační jednotky i dalším úkolům. To pro ně na jednu stranu představuje větší pracovní zátěž, na druhou stranu to ale usnadňuje návaznost péče, zvláště pokud se podařilo během detoxifikace navázat s klientem konstruktivní terapeutický vztah. Vzhledem k charakteru léčby je tým multidisciplinární, s převahou zdravotnických pracovníků. Kromě lékařů, středních zdravotnických pracovníků a klinických psychologů patří do terapeutického týmu jiní odborně vzdělaní psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, eventuálně pracovníci další. Tým je veden nejčastěji psychiatrem.

Programy střednědobé ústavní léčby (8/7)

Terapie pacientů probíhá v léčebném společenství (terapeutické komunitě) a vzorem pro uspořádání vztahů v takové komunitě je tým zaměstnanců. Organizace týmu bývá proto kompromisem mezi organizací více hierarchicky strukturovaného týmu jiných zdravotnických zařízení a méně hierarchizovaného týmu s menším důrazem na centrální postavu. Terapeutický tým by měl být pravidelně supervidován.

Terapeutické komunity (8/8)

Terapeutický tým TK je multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce apod.), specializované výcviky (ve skupinové a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod.) a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Důležitým předpokladem pro práci se závislými v TK jsou také osobnostní vlohy. Doporučené etické směrnice přímo zavazují členy týmu chovat se jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti pro klienty. ... Program TK má být řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem s praxí v TK, skupinové psychoterapii, léčení závislosti, rodinné terapii apod. Vedle kvalifikace je stejně důležitá osobnost, protože vedení TK klade na vedoucího mimořádné nároky. Měl by být zralou, v jistém smyslu výjimečnou a charismatickou osobností, schopnou ztělesňovat řád i bezpečí TK. Tým TK – stejně jako celá komunita – je jasně hierarchicky uspořádán. ... V terapeutické komunitě mohou pracovat i bývalí uživatelé drog, i když v našich TK jich najdeme

podstatně méně než v zahraničních, kde tvoří v týmu často většinu. Užívání drog v minulosti a prodělaná léčba závislosti by neměly být jedinou kvalifikací ex-usera pro práci v TK. Pokud má ex-user svou minulost zpracovanou a může ji otevřeně nabídnout, může jeho příklad rozšířit terapeutický potenciál týmu. Zároveň by se však neměl na svou roli trvale upnout jako na profesi nebo v ní být týmem fixován. Pro všechny členy terapeutického týmu platí nutnost dalšího odborného i osobnostního růstu (vzdělávání, různé výcviky, supervize). Tím se nejen zvyšuje odborná úroveň pracovníků, ale předchází se u nich i rozvinutí syndromu vyhoření a dalším rizikům, které práce v TK může přinést (např. sebestřednost a uzavřenost vůči vnějšímu světu, zneužívání moci apod.) a naopak se umožňuje využít procesy v TK jako jedinečnou příležitost k osobnímu i profesionálnímu rozvoji.

Programy následné péče (8/9)

V tomto typu programu možná více než kde jinde je naprosto nezbytná multidisciplinarita týmu. Tým programu je nezbytné budovat na základě potřeb klientů. Velmi důležité je však mít na zřeteli hlavní cíl následné péče, což je postupné rozvolňování vazeb klienta na daný program. V praxi to znamená, že není nezbytně nutné saturovat veškeré potřeby klienta v rámci daného programu. Každý program následné péče musí budovat kvalitní síť odborníků na problémové oblasti jeho klientů. Např. není nezbytně nutné mít v týmu lékaře, psychiatra, atd. (pokud se samozřejmě nejedná o zdravotnické zařízení). Je však nemyslitelné nemít tyto specialisty nakontaktované. Základní tým programu následné péče musí obsahovat profese jako psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník. Ke speciálním dovednostem, kromě kvalitního výcviku v poradenství popřípadě psychoterapii, patří osvojení si především prevence relapsu. Velmi velký prostor vzniká v těchto programech pro ex-usery. Ti velmi dobře po absolvování odborného vzdělání a pod kvalitní supervizi pracují v oblasti socioterapie.

Klíčová slova: případová práce – standardy – supervize – týmová práce – vzdělávání

1. Úvod

Profesionální práce s drogově závislými a supervize této práce vyrostla v USA v 70. letech převážně ze sociální práce, v německy mluvících zemích ze sociální pedagogiky, která má stejné kořeny. Také výběr témat prvních šesti statí této kapitoly je uskutečněn z pozice učitelky supervize v oboru sociální práce, nezahrnuje oblast lékařské péče a psychoterapie. Autorka těchto částí čerpá z literatury o supervizi v oboru sociální práce a z vlastního pochopení supervize, jak se vyvíjelo v praxi pomáhající profese a výuky sociální práce. Se současným využitím supervize v oblasti práce s drogově závislými seznámí čtenáře v sedmé části kapitoly spoluautor-lékař, kterému je tato práce z vlastní praxe důvěrně známa.

2. Historie

Historii supervize můžeme sledovat z různých úhlů. Jedním z nich je sledování kořenů *metody supervize* jako podpory hledání a výuky dospělých jedinců. V tomto smyslu lze nalézt jejich nejstarší předobrazy v roli duchovních učitelů (guruů) a jejich žáků, nebo také v rolích mistrů a učedníků v řemesle, nebo dokonce ve vedení sokratovského dialogu pomocí vhodných otázek, na které žák hledá odpověď (Lippenmeier, 1990). Tento aspekt supervize jako podpory učení dospělých rozpracovává ve 20. století zejména andragogika (viz např. Havrdová, 1999).

Supervize v užším smyslu jako nástroj zkvalitnění práce je bezprostředně spojena s vývojem pomáhajících profesí od konce 19. století. Termín začal být používán v anglosaském světě ve spojení s rolí placených pracovníků v tzv. Charity Organization Society (C.O.S. – založena v r. 1871 v New Yorku – viz Kadushin, 1992). Agenti-supervizoři byli k dispozici dobrovolníkům, tzv. „friendly visitors“, kteří tvořili předchůdce sociálních pracovníků – sbírali informace a podklady o sociálních případech a za pomoci supervizora je řešili. Hlavním úkolem jejich společného rozhovoru bylo ujasnit, proč osoba identifikovaná jako „případ“ není schopna vlastními silami řešit svou životní situaci. Na základě vytvořené „sociální diagnózy“ pak byla plánována konkrétní forma pomoci. Tito předchůdci dnešních supervizorů plnili jednak kontrolní, zejména administrativní funkci (potřeba finančních výdajů na podporu klientů, dokumentace případové práce dobrovolníků), měli ale také podpůrnou a pomáhající funkci (dobrovolníky bylo snadné získat, ale těžké udržet).

Další z otců dnešní sociální práce, farář Samuel Barnett, zakladatel prvního komunitního centra ve slumové čtvrti East End

v Londýně (1883), zavedl pravidelné týdenní pohovory mezi čtyřma očima s pomocníky (často vysokoškolskými studenty) komunitního centra. Při svých rozhovorech s nimi probíral sociální a sociálně-pedagogické otázky, které se objevily v jejich práci (Belardi, 1998).

V obou uvedených příkladech šlo o *rolí supervizora jako nadřízeného*, který je zodpovědný za kvalitu práce a pomáhá pracovníkovi s nižší odpovědností se v práci lépe orientovat. Toto je model supervize, který dodnes v anglosaském světě převládá.

Významným impulsem pro rozvoj další formy, totiž *skupinové supervize*, byl ve 20. letech 20. století úzký kontakt sociálních pracovníků s lékaři. Sociální pracovníci se začali úspěšně podílet na diskusích nad případy v nemocnicích (Munson, 1993), kde se stávali partnery lékařů svými informacemi o sociálních okolnostech života pacientů. Již tehdy bylo evidentní, že některé případy jsou natolik složité, že se v nich jeden odborník může stěží sám orientovat. Z případových konferencí se rozvinula metoda skupinové supervize, v níž se využívá bohatství znalostí a postřehů různých členů skupiny ke zlepšení práce.

Impulsem pro rozvoj *vzdělávacího aspektu supervize* se stala zejména praktická výuka sociální práce. Doplnění výuky sociální práce ve školách praxemi v organizacích vedlo k systematickému rozvíjení modelu „mistra a učně“ – zkušenější pracovník (také mentor, konzultant) byl modelem méně zkušenému a doprovázel ho při jeho prvních krocích v pracovní roli. Model praktické výuky byl rozpracováván od 20. let zejména v USA, ujal se však i v jiných zemích a stal se běžnou formou vzdělávání sociálních pracovníků (Munson, 1993, Havrdová, 1995, Belardi, 1998).

Obsahově byla supervize ve 30. letech, podobně jako jiné pomáhající profese, obohacena psychoanalýzou s jejím zájmem o psychodynamické souvislosti (význam rodiny a dětství, koncept přenosu a protipřenosu aj.) a důrazem na *sebereflexi* pracovníka (koncept „kontrolní psychoanalýzy“ psychoanalytika).

Souběžně s prvními formami supervizní práce se stala supervize i předmětem výuky. Nejranější zmínku o výuce supervize jsme našli u Belardi (1998), který zmiňuje seminář o supervizi již r. 1898 na newyorské Columbia University (School of Social Work). Jako první knihu, pojednávající o supervizi, uvádí tentýž autor „Supervision and Education in Charity“ autora J. Bracketta z r. 1903. Výuka supervize v Evropě se objevuje mnohem později (60. léta).

Supervize se vyvíjela v USA plynule, v úzkém napojení na vývoj teorie a praxe pomáhajících profesí, které provázela. Postupně se specializovala do mnoha různých oblastí (poradenství, klinické práce, práce se závislými aj.) a integrovala do sebe nové aspekty práce (např. celý organizační kontext). V 60. a 70. letech vznikla diskuse o dilematu autonomie sociálních pracovníků a tzv. „neko-nečné supervizi“, která vedla na čas k odlihu zájmu o supervizi. Nicméně tlak na efektivitu práce v souvislosti s finančními restrikcemi na jedné straně a objevením fenoménu vyhoření v 70. letech na straně druhé, vedl ke znovuoživení významu supervize, zejména v jejích manažerských a podpůrných aspektech (Tsui, 1997). V 90. letech Munson (1993) udává, že asi 30 % členů NASW (National Association of Social Workers) v nějaké podobě vykonává supervizi a 9 % členů uvádí supervizi jako své trvalé zaměstnání.

V Evropě se supervize vyvíjela především jako součást *výcviku v psychoterapii*. Supervize v sociální práci a sociální pedagogice se dlouho setkávala s rezervovanou odezvou ze strany pracovníků, kteří v ní cítili ohrožení své autonomie. Posléze se supervize i v těchto oborech rozvinula a vžila, především jako externí supervize (viz níže). Od 70. let dochází i v Evropě k postupnému ustavení supervize jako samostatné profese. Podobně jako v jiných pomáhajících profesích tento vývoj souvisí se společenskou poptávkou, s rozvojem vzdělávání, s certifikací, vznikem profesních společností a profesních norem. Nejstarší kursy supervize jsou udávány v Evropě v Holandsku (1955), koncem 60. let pak ve Švýcarsku (1967) a v Německu (1969). Od r. 1982 začíná vycházet v Německu časopis „Supervision“ a v 1986 v Holandsku časopis „Supervisie“. V r. 1976 ve Švýcarsku vznikl „Svaz pro supervizi a poradenskou praxi“ a v Německu byla v r. 1982 založena „Německá společnost pro supervizi“ (Belardi, 1998).

Zájem o supervizi v Evropě od 80. let stále narůstá. Německé odborné časopisy se hemží inzeráty hledající supervizory, každá druhá pomáhající organizace se po supervizorovi poptává (Belardi, 1998).

Výuka supervize se v posledním desetiletí dostává i v Evropě do vysokých škol a habilitují se první profesori supervize (Universita v Kasselu, Svobodná universita v Amsterdamu – viz Belardi, 1998). Jako každá nově se etabloující profese, vyrůstající z praxe, se i supervize zatím vyznačuje nedostatkem odborné literatury a vlastních teorií, které by dokázaly již zobecňovat nasbírané bohaté metodické zkušenosti.

3. Definice supervize

Jednotná, obecně akceptovaná definice supervize v současné teorii ani praxi neexistuje, nicméně různé definice mají mnoho společného. Jako příklad uvedeme definici švýcarského Pracovního svazu pro supervizi a organizačního poradenství (BSO):

„Supervize se zaměřuje na jednotlivce, právě tak jako na skupiny nebo týmy spolupracovníků. Zabývá se jak konkrétními pracovními otázkami účastníků, tak i otázkami spolupráce mezi osobami v různých rolích a funkcích, s různými pracovními úkoly a na různých stupních hierarchie. Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí“ (Bronnimann, 1994, p. 38, překlad autorka).

Pojetí supervize se vyvíjí a mění podle toho, jak se vyvíjí chápání člověka jako rozvíjející se bytosti a chápání procesu pomoci a jeho cílů. Pokusíme se zde přiblížit pojem supervize především prostřednictvím různých aspektů a funkcí, které má v pomáhající profesí. Některé další definice lze nalézt v Havrdová (1998), tamtéž lze nalézt i některá další členění supervize.

Supervizi v pomáhajících profesích lze pracovně definovat jako *organizovanou příležitost k reflexi, která se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace, s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka*. Příležitost získat nadhled nad tím, co je obtížné, neisté či spletité, zahlédnout nové souvislosti ve zdánlivě patové situaci, obnovit odvalu potýkat se s tisícíhlavou saní různých obtíží, to mohou být některé z důvodů narůstající oblíbenosti supervize. Podle výzkumů se ukazuje také zvýšená potřeba supervize v období, kdy v určitém oboru klesá profesionalita a je snaha ji obnovit či nově ustavit (Munson, 1993).

4. Předmět supervize

Předmětem supervize může být cokoli, co souvisí s profesionální kvalitou pomáhání v rámci určitého kontextu. Supervize, tak jako pomáhající proces sám, je vždy vymezena do určitého komplexního ekosystému. Každá komponenta tohoto systému působí jak na pomáhající proces, tak i na proces supervize. Každá z nich se proto může a má stát podle potřeby předmětem reflexe.

Podívejme se, co do takového kontextu patří (viz též *Obr. 1*):

- Společenský kontext (legislativa, společenské vědomí, kultura, hospodářství)
- Sociálně-zdravotní systém (zákony, vyhlášky, finance, soustava institucí, kompetence)
- Kontext oboru (poznatky, metody, normy, etika)
- Kontext pomáhající organizace (poslání, cíle, organizační struktura, používané metody, kultura organizace, povaha řízení)

- Tým – složení, vztahy, kompetence
- Profesionální výbava pracovníka, jeho odborné a pracovní kompetence, zkušenosti
- Osoba, názory, postoje, chování, prožívání pracovníka
- Osoba klienta, jeho situace a kontext
- Očekávání klienta a jeho objednávka
- Interakce mezi pracovníkem a klientem, proces pomoci
- Časový rámec, rytmus životů a práce

Mezi uvedenými komponentami existují vztahy a interakce, které nutně ovlivňují jak proces pomoci, tak i jeho výsledek. Supervize se nemůže zabývat všemi těmito komponentami a jejich vztahy – musí se z praktických důvodů vždy omezit na některé z nich (s ohledem na omezené kapacity a čas). K tomuto omezení slouží proces aktuálního vyjednání zakázky a počáteční kontrakt o poskytované supervizi. Je zřejmé, že bez dojednání jasného kontraktu hrozí, že každý účastník supervize se může pohybovat v jiném sub-kontextu složitě situace a nedojde tak ke společnému setkání nad konkrétním předmětem supervize.

5. Druhy a aspekty supervize

V literatuře se lze setkat s mnoha názvy a kategoriemi supervize, třídění však nejsou konsistentní. Proto jsme v kurzech supervize v r. 1998 zavedli vlastní třídění, které vychází z faktorů, ovlivňujících uspořádání supervize. Jsou to zejména následující faktory:

a) Kdo supervizi provádí (faktor autority)

Tento faktor vyvstal především z rozdílů mezi anglosaským a kontinentálním pojetím supervize a třídí supervizi na *externí* a *interní*.

Za externí supervizi označujeme takové uspořádání, kde supervizor není zaměstnancem organizace, v níž supervize probíhá – není zde tedy vztah nadřízenosti či podřízenosti vůči supervizantům, je omezeno riziko křížení rolí. Autorita supervizora je zde odvozena jednak z jeho přirozené autority (jak se chová, co zná a umí), jednak od autority zadavatele supervize (kdo supervizi zadal, zda nadřízený nebo pracovník sám, případně jiná autorita – třeba zřizovatel) a očekávaných výstupů.

Interní supervizi rozumíme takovou, kde supervizor je interním zaměstnancem organizace, v níž supervizi provádí. Supervizi může provádět buď přímý nadřízený pracovník (spojení autority vedoucího a autority supervizora) nebo k tomu určený pracovník s jinak vymezenou rolí.

Faktor autority je v supervizi velmi významný. Je-li autorita ohrožující a vede k defenzivním reakcím ze strany pracovníka, je učení ohroženo. Pokud supervizor autoritu nemá, je učení ohroženo také. Uspořádání supervize na externí či interní je nepochybně jedním z faktorů, který ovlivňuje váhu autority a míru ohrožení z ní plynoucí.

V 60. a 70. letech vzniklo v západním světě hnutí za emancipaci od autority odborníků (např. antipsychiatrie, self-help apod.). Do supervize se v té době dostaly některé formy tzv. „intervize“, které přinesly dobrou zkušenost a s výhodou se využívají jako doplňující techniky supervize. Při intervizi jde o vzájemné poskytování supervize mezi kolegy. Autorita je tu nahrazena více či méně přesně danými pravidly, které zúčastněné strany svobodně respektují.

V našich kurzech supervize se ukazuje, že tyto techniky jsou velmi oblíbené těmi, kdo mají disciplinu pravidla dodržet. Pro mnohé je to ale obtížné a přínos se pak vytrácí.

b) S kým je supervize prováděna (faktory role, kompetencí a vztahů)

Supervizantem může být jednotlivec, skupina nebo tým (*individuální, skupinová, týmová supervize*). Toto rozlišení je spojeno s různými důrazy na vztahy a role v supervizi. Např. u týmové supervize si supervizanti přinášejí do supervize své reálné pracovní vztahy, což může usnadnit jejich reflexi, ovlivní to ale témata, která jednotliví členové do supervize budou ochotni přinést. Každé uspořádání něco umožňuje a něco znemožňuje – proto je třeba zvažovat, jaké cíle supervizní práce potřebují, jaké uspořádání.

Supervizantem mohou být *podle role*: studenti, zaměstnanci, vedoucí pracovníci, začínající pracovníci nebo podle profese: psychoterapeuti, sociální pracovníci, pedagogové, ošetřovatelé aj. Supervizor musí znát roli a profesi supervizanta a odborné i pracovní kompetence, které jsou s nimi spojeny.

Podle toho, s kým je supervize prováděna se rozlišuje *supervize studentů, supervize zaměstnanců, supervize v sociální práci* apod.

c) O čem supervize je (faktor zaměření)

O čem supervize „má být“ je předmětem různých názorů. Např. Munson (1993) trvá na tom, že supervize je o případu a o tom, co se k němu vztahuje. Naproti tomu Hawkins a Shohet (1994) zdůrazňují, že supervize je o pracovníkovi a o tom, co s případem dělá.

Organizační přístup se zaměřuje na celkový program, strukturu a fungování organizace. Podle výše uvedených hledisek můžeme rozlišit supervizi *případovou*, *poradenskou* nebo *programovou*. Supervize může jindy akcentovat podporu profesionálního růstu pracovníků a rozvoj organizační kultury učící se organizace – pak bývá nazývána *rozvojová supervize*.

Jiné členění podle předmětu ukazuje, že se supervize může zaměřovat na *kontext*, *proces* či *vztahy*. Podle toho bude volit supervizor různé modely a techniky přístupu (viz níže).

Je-li nejčastějším východiskem supervize *případ*, stále ještě lze rozlišit různé směry, či témata, ke kterým se supervize může rozběhnout (Havrdová, 1999).

d) Jak je supervize prováděna (faktor přístupu)

V literatuře je nejvíce vžitě rozlišení supervize na *administrativní*, *výukovou* a *podpůrnou*. V tomto členění se odráží převládající způsob práce v průběhu supervize. Při administrativní supervizi se vychází z toho, že jsou nějaké danosti (např. termíny práce, standardy kvality, objem financí, plán práce, vhodná struktura zaměstnanců apod.), které má supervizant (či organizace) naplnit a supervizor jim k tomu pomáhá. Hlavním nástrojem provádění supervize je tedy objasňování a motivování supervizanta, aby uspěl v dosažení daného cíle.

U výukové supervize jsou také určité danosti (kompetence, znalosti, dovednosti či postoje), kterých supervizant má dosáhnout – buď proto, že sám chce, nebo proto, že je to součástí jeho pracovní role, nebo prostě proto, že to přispěje k lepší práci s klientem či zlepšení pracovní situace. Supervizor používá různých metod, jak supervizanta motivovat ke kladení otázek a k formulaci potřeb učení, jak ho přivést k novému poznání, osvojení nových dovedností či nového postoje.

V podpůrné (někdy také poradenské) supervizi jde především o dodání síly a odvahy ke snášení stresu, ke zvládnání vlastních reakcí a růstových změn, k překonávání obtíží v práci, ve vztazích s kolegy a s vedením organizace.

Někdy se objevuje členění na supervizi *formální* a *neformální*. Rozdíl je spíše v genezi zahájení – někdy vzniká situace pro supervizi v neformálním kontextu a v původně neformálních vztazích (při náhodném posezení v šatně, v bufetu na konferenci apod.). Pokud původně neformální rozhovor otevře téma pro supervizi a obě strany se shodnou na přijetí odpovídající role

(supervizanta, supervizora), kontrahují spolu cíle, případně vyznačí pravidla – pak by se jednalo o neformální supervizi.

e) Kdy je supervize prováděna (časový faktor)

V USA, kde se supervize rozvinula jako pravidelná součást práce a vedení sociálních pracovníků, je zdůrazňována nutnost pravidelné supervize. Existuje samozřejmě varianta tzv. *supervize ad hoc* nebo *příležitostné supervize* (viz též neformální supervize), dokonce *krizové supervize*. Taková supervize se třeba uskutečňuje, jen když se objeví problém (krizová) nebo jen když si pracovník supervizi sám vyžádá či supervizor je zrovna po ruce (příležitostná). Výhodou je snížení nákladů na supervizi, nevýhodou je výrazné zvýšení bariéry pro získání supervize (pracovník musí třeba selhat, aby mohl mít supervizi).

6. Teorie, metody, techniky

Je třeba především říct, že teorie supervize jsou zatím spíš výkladovými schématy než vypracovanými teoriemi obdobnými např. modelům psychoterapie. Některé teorie chápou supervizi jako „paralelní proces“ případové práce (Tsui, 1997). Výraz upozorňuje na analogii mezi tím, co se děje mezi pracovníkem a klientem v případové práci, a tím, co se děje mezi supervizorem a supervizantem při supervizi. Sledujeme-li literaturu o supervizi, zdá se myšlenka paralelního procesu slibná. Publikace o supervizi často používají pojmy a hlediska té oblasti profese, v níž autor „vyrostl“ a kterou tudíž superviduje (viz např. Hawkins a Shohet (1994), Munson, 1993). Je pochopitelné, že výkladová schémata supervize se stávají v tomto smyslu „paralelní“ supervidované oblasti. Supervize je podle nás ale především proces odehrávající se na jiné rovině a s jinými cíli než proces práce s klientem (Havrdová, 1999). Myšlenka paralely vyplývá podle nás z nutnosti doprovázet pracovníka jeho vlastním procesem a současně mu umožňovat nadhled. To je zřejmě nejlépe možné tehdy, když supervizor danou oblast dobře zná a může jí rozumět, není v ní však sám ponořen a je schopen odstupu. Díky tomu se může vyvarovat pasti „paralelního procesu“ v užším slova smyslu – totiž zapletení do obdobné slepé uličky či netvůřícího postoje, v němž se ocitnul pracovník vůči svému klientovi. Rozeznat toto riziko „paralelního procesu“ v užším slova smyslu je součástí odborné přípravy supervizora.

Supervize bývá někdy chápána jako přirozená součást určitého oboru. Poukazuje se na to, že supervize slouží prostřednictvím reflektující praxe „svému oboru“ jako významný zdroj profesionální odpovědnosti a kontroly kvality (Donoghue, 1999, Shulman, 1993 a další).

Supervize je konečně chápána také jako svébytná odborná činnost, která je vymezována na jedné straně vůči pracovnímu poradenství, na druhé straně vůči psychoterapii (Bellardi, 1998).

Podle Munsona (1993) supervize je především praktická profese. V literatuře o supervizi lze nalézt různé modely a přístupy spíše než vlastní teorie. Supervizor musí ale dobře znát všechny teorie, které se týkají supervidované činnosti. Jeho úkolem je podpořit reflexi supervizanta a pomoci mu objevit jeho vlastní, často nereflektovanou „teorii“, pod jejímž vlivem se rozhoduje a jedná. Supervizor pracuje spolu se supervizantem na tom, aby různé složky ekosystému, v němž se pomáhající proces odehrává, byly vzájemně kongruentní. Objev vlastní teorie umožní pracovníkovi sjednotit své myšlení a jednání ve vztahu ke klientovi podobně jako zmapování struktury a funkcí organizace umožní sladit rozdělení úkolů s někdy nevyjádřeným posláním a cíli. Supervizor se tedy musí orientovat ve všech těchto kontextech, mít dar a schopnost rozlišování i obsažení celku a současně dar a schopnost vést zúčastněné ke společnému náhledu.

Tomuto hlavnímu úkolu slouží metody a techniky. Nejčastější rozlišení metod je na *individuální, skupinové a týmové*. Z hlediska zaměření na kontext, proces či vztahy volí supervizor různé metody a techniky – např. analýza organizační struktury a kultury, analýza interakcí mezi klientem a pracovníkem v hraní rolí či v supervizi „na živo“, využití bálintovských skupin apod. K technikám patří např. kontrahování, dotazování, supervize za zrcadlem, analýza videozáznamu, prezentace případu, modelování, techniky identifikace potřeb učení, techniky hodnocení, konzultování, vedení a školení aj.

K teoretické práci patří v poslední době snahy formulovat odborné kompetence supervizora, etické principy a požadavky na jeho vzdělání (Bellardi, 1998, Hawkins a Shohet, 1994, Havrdová, Rothová, 2000).

7. Praktické užívání supervize v oblasti péče o drogově závislé v ČR

Podněty pro rozvoj supervize ve službách pro problémové uživatele drog a drogově závislé přicházely v polovině 90. let z několika zdrojů. Jedním z nich byla psychoterapeutická kultura zakladatelů a odborných spolupracovníků některých nových nestátních pracovišť, zejména těch, která díky své práci získala postavení odborných vzorů. Další podněty přinášela soutěž nestátních organizací o omezené zdroje státních dotací: probouzela motivaci k vyšší kvalitě péče a vedla

k požadavkům na státní orgány, aby stanovily kritéria, podle nichž by bylo možné kvalitu posuzovat. Jedním z těchto kritérií se stala i existence vnější supervize poskytované danému pracovišti.

Požadavky na supervizi byly zformulovány již v první verzi tzv. Minimálních standardů (1995). V prakticky nezměněném znění tvoří nyní součást tzv. Akreditačních standardů (2001). Citujeme je z obecné části tohoto souboru, oddíl 7 – Zaměstnanci, vzdělávání, supervize, odstavec 12 – 14:

– Zaměstnanci jsou na pracovišti pravidelně supervidováni odborným vedoucím, případně pověřeným pracovníkem s potřebnou kvalifikací, s cílem zabezpečit kvalitu poskytovaných služeb. Totéž se týká dobrovolných pracovníků.

– Zaměstnanci mají rovný přístup k vnější supervizi. Vnější supervize se realizuje na základě smlouvy se supervizorem, kterým je vysoce kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci.

– Vnější supervize si klade za cíl dosažení správné odborné praxe odpovídající standardům a je zaměřena na tyto oblasti: a) vědomosti, metody intervence, praktické dovednosti, b) postoje zaměstnance a pochopení jeho profesionální role, c) fungování týmu.

Podle oddílu 5 – „Finance“, odstavec 5, má mít organizace ve svém rozpočtu vyčleněnou položku na další vzdělávání pracovníků a na supervizi.

Zmíněné standardy ovšem byly a dodnes jsou pouze doporučením, jehož naplňování systematicky nesledují ani státní orgány, ani odborná komunita. O tom, jak se v praxi supervize provádí, nemáme žádné utříděné a věrohodné poznatky. Další řádky týkající se vnější supervize jsou proto odvozeny spíše ze zkušeností, dílčích informací a dojmů a nečiní si nároky na úplnost či objektivitu.

Supervize se rozšířila především v nestátních organizacích a ve státních organizacích sociálních služeb. Pracoviště ve státním zdravotnickém systému (v nemocnicích a léčebnách) ji vyhledávají minimálně a spoléhají se především na vnitřní supervizi poskytovanou v tradiční hierarchii vedoucím lékařem či primářem.

Supervize se rozšířila částečně i proto, že se formálně požaduje. Asi od r. 1998 musí žádost organizace o dotaci ze státního rozpočtu obsahovat jméno a životopis externího supervizora. Bližší údaje (např. o obsahu, zaměření a frekvenci supervize, o zvláštní kvalifikaci supervizora apod.) se však uvádět nemusí a v podstatě nejsou stanovena žádná kritéria pro posouzení, jaká

supervize je dostatečná či nedostatečná. Formální požadavky však zjevně nejsou jediným důvodem, proč se supervize rozšířila. Řada organizací brala supervizi vážně od počátku a zjistila, že je užitečná. Spontánně (a rovněž díky zvýšeným nárokům uvnitř odborné komunity) jejich počet vzrůstá a poptávka po kvalifikovaných supervizořech se zvyšuje.

Projdeme nyní nejčastější druhy a aspekty supervize podle části 5 této kapitoly.

a) Kdo supervizi provádí

Většina pracovišť vyhledává své supervizory mezi erudovanými psychoterapeuty a rodinnými terapeuty. V ČR jich není nedostatek, problémem však často bývá ochota i schopnost supervizi poskytovat. Okruh se zužuje i tím, že zařízení pracující se závislými často preferují supervizory, kteří v této oblasti praktikují, a naopak, terapeuti působící mimo obor se leckdy neodvažují do problematiky závislosti jako supervizoři vstoupit. Ve venkovských okresech je často jako supervizor využíván v místě působící psychiatr nebo psycholog, jindy se však pracoviště raději domluví s kvalifikovanějším (či renomovanějším) odborníkem z velkoměsta a nejsou řídké případy, kdy supervizor pravidelně dojíždí z Prahy či z Brna na vzdálenost 120 – 150 km.

To samozřejmě platí pro supervizi vnější. Vnitřní supervize, kterou má poskytovat vedoucí pracoviště, závisí pochopitelně na jeho odborné i osobní zralosti, která ne vždy postačuje. Velké nestátní organizace proto vytvářejí systémy odborného (metodického) vedení mimo přímou linii podřízenosti jako významný mezičlánek mezi supervizi vnitřní a vnější.

b) S kým se supervize provádí

Nejčastější formou je supervize prováděná s celým týmem včetně vedoucího, zaměřená na případovou práci, týmové procesy a kontext, v němž obojí probíhá. Nezřídká je supervizor vedle práce s týmem k dispozici i vedoucímu pro jeho problémy a potřeby. Některá pracoviště nabízejí svým zaměstnancům také možnost individuální případové supervize. Zkušenosti ukazují, že tam, kde je taková nabídka jasně zformulována, brzy si najde svou poptávku. Supervizor musí ovšem trvale prokazovat, že je autoritou přínosnou a přítom bezpečnou, což jistě platí pro jakoukoliv supervizní práci.

c) Zaměření supervize

Jak jsme výše uvedli, nejčastější ohniska supervize jsou:

– případová práce (vychází z kasuistiky konkrétního pacienta či klienta nebo ze série krátkých kasuistik

k určitému tématu) – znalost, porozumění klientovi a procesu, terapeutický vztah, přístupy, techniky, dovednosti apod.

– spolupráce v týmu – vztahy, role, pozice, komunikace, vedení a dělba práce, zacházení se změnou, výkonnost, kompetence, bezpečí a růst jednotlivce v týmu atd.

– kontext, v němž tým s klienty či pacienty pracuje – koncepce a organizace pracoviště a jednotlivých aktivit, politika pracoviště, proces vzájemného učení, etické normy apod.

Zaměření na tým vyžaduje specifické dovednosti supervizora, které nesouvisí s jeho praktikováním v oboru, proto si některá pracoviště sjednávají na takto zaměřenou týmovou supervizi jiného supervizora než na supervizi případovou.

d) Přístupy k supervizi

Převážně jde o přístupy výukové a podpůrné. Administrativní supervize se zčásti uplatňuje v systému odborného (metodického) vedení, zmíněných v bodu a).

Přístupy k supervizi závisí na potřebách týmu, které se v různých týmech liší. Začínající a/nebo odborně málo zdatné týmy přikládají velký význam výukovému rozměru vnější supervize – od supervizora se očekává pedagogické působení, poskytování odborných doporučení a rad, pomoc při kompenzaci slabých stránek týmu, plynoucích z nedostatečného vybavení odbornými zkušenostmi, znalostmi a dovednostmi. Zralé a kvalifikované týmy potřebují od supervize především prostor, aby se mohli zabývat svými záležitostmi, na něž v běžném provozu nezbývá čas, a od supervizora žádají spíše roli facilitátora než učitele. Zcela specificky formulují svoje potřeby týmy, které prodělávají proces změny (změna zaměření pracoviště, změna vedení, výměna více členů v týmu apod.) – zde jde především o to, aby supervize pomohla v nové situaci udržet a rozvíjet odbornou kulturu pracoviště a týmovou spolupráci, a zároveň aby tým nepřehlédl možnosti, jak změnu pozitivně využít.

e) Časový faktor

Pokládá se za důležité, aby supervize byla pravidelná, obvyklá frekvence vnější supervize je 1 x měsíčně.

Závěrem je nutno poukázat na slabé stránky „supervizní kultury“ ve službách pro problémové uživatele drog a závislé. Uvedli jsme už, že naplňování standardů, které se týkají supervize, nesledují ani státní orgány, ani odborná komunita. Chybí specifické stan-

dardy pro supervizi, které by popsaly její žádoucí formu, obsah, zaměření, intenzitu i kvalifikaci supervizorů. Chybí vzdělávání supervizorů a pokusy vytvořit pro ně jakousi konsultační platformu jsou zatím jen okrajové a nepříliš úspěšné.

V poslední době přichází řada cenných podnětů pro supervizi z oblasti sociálních služeb. Vznikly také instituce, které se supervizi jako svébytnou činností hodlají systematicky zabývat: Český institut pro supervizi a katedra Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií UK. Poučení z vývoje za hranicemi úzce vymezené oblasti závislostí a otevřenost širší spolupráci představují nezbytný další krok k překonání nedostatků a ke kultivaci supervize v našem oboru, což je nepostradatelné pro zajištění a rozvoj kvality péče o závislé.

Summary Supervision

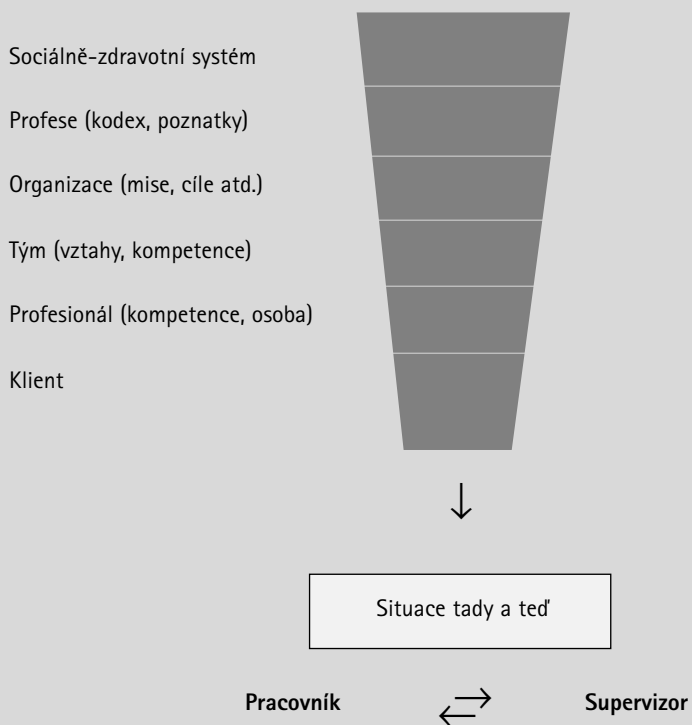
Supervision is a wide area of professional work, which, after decades of development, touches many disciplines (psychotherapy, social work, nursing, management etc.). The general message of supervision is to promote quality of work by reflecting the work process, benchmarking professional models and norms and motivation to innovations and mutual co-operation in the teams. The major principle of a good effect of supervision in helping professions is to form a safe room for the understanding of the process of work, lo-

oking for the new varieties of work and implementing innovative approaches. Within this theoretical frame, kinds, forms, methods and techniques of supervision, both in general and in the field of work with drug users, are overviewed.

Key words: case work – team work – training – standards – supervision

Obr. 1: Kontext supervize

Společenský kontext (legislativa, hospodářství, vědomí, kultura)



Literatura

- Akreditační standardy: K. Kalina a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Verze 5. MZ ČR, Praha, 2001
- Belardi N.: Supervision. Eine Einführung für sociale Berufe. Lambertus, Freiburg im Breisgau, 1998
- Bronnimann U.-B.: Professionalisierung der Supervision in der Schweiz. In: Forum Supervision, č. 4, 1994
- Donoghue K. B.: Professional supervision practice under new public management. Massey University, Hamilton, 1999
- Havrdová Z.: Praktická výuka v sociální práci. PHARE GTAF II/WP2/4A, MPSV, Praha, 1995
- Havrdová Z.: Kompetence v praxi sociální práce. Osmium, Praha, 1999.
- Havrdová Z.: Poslání a smysl supervize. Ethum, 28, str. 35 – 39, 2000
- Havrdová Z., Rothová E.: Kompetence supervizora. In: Tréninkové materiály kursu rozvojové supervize. Vzdělávací institut ČKCH, Praha, 2000
- Hawkins P., Shohet R.: Supervision in helping profession. Open University Press, Buckingham, 1994
- Kadushin A.: Supervision in Social Work. Columbia University Press, New York, 1992
- Munson C. E.: Clinical Social Work Supervision. The Haworth Press, NY 1993
- Shulman L.: Interactional supervision. NASW Press, Washington D.C., 1993
- Minimální standardy: Standardy léčebné péče pro zařízení poskytující léčebnou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Meziřesortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, Praha, 1995
- Tsui M.: The Roots of Social Work Supervision: An Historical Review. The Clinical Supervisor, roč. 15, č. 2, str. 191 – 198, 1997

PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Absolventka FFUK, obor klinické psychologie. Výcviky: Psychoanalýza (6 let), SUR (5 let), řada vzdělávacích kursů v psychoterapeutických a vzdělávacích metodách, v metodách řízení NGO a v sociální práci pořádaných např. ILF Praha, Georgetown University Washington, John Hopkins University Baltimore, University Oxford aj. 16 let působila v oblasti krizové intervence (PK LFUK, RIAPS), 5 let v komunitní práci. Programová manažerka a konzultantka v různých nestátních sociálních organizacích. Od r. 1990 na katedře sociální práce FFUK jako vedoucí praxí a supervizorka. Od r. 1995 se věnuje výcviku v supervizi s využitím

vlastních zkušeností z výcviku pořádaném v ČR v r. 1995 – 96 britskou organizací EDSAL. V současné době: koordinátorka Rady pro rozvoj sociální práce, vedoucí magisterského programu Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK. Konzultantka internetové poradny MPSV k zavádění standardů. Publikovala řadu odborných prací, v posledních letech především se zaměřením na kvalitu a kompetence v oblasti pomáhajících profesí.

Kontakt: Fakulta humanitních studií UK, Máchova 7, 120 00 Praha 2.

E-mail: havrdova@charita-vzdelavani.cz

MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc. MSc. – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 1/1.

Klíčová slova: efektivita – ekonomické hodnocení – indikátory – kvalita služeb – standardy – účinnost

Úvod – princip „hodnota za peníze“

V poslední době začínáme i v ČR ve službách pro problémové uživatele drog a závislé respektovat princip „hodnota za peníze“, který se v rozvoji a hodnocení služeb uplatňuje ve vyspělé Evropě. Princip si můžeme odvodit z následujících tezí (viz Acheson, 1994):

- 1) Potřeby rostou bez omezení.
- 2) Veřejné finanční zdroje jsou vždy omezené (a soukromé také).
- 3) Garantované služby („sít“) musí být dostupné územně i finančně.
- 4) Garantované služby musí mít přiměřenou kvalitu. Stát je konečným garantem kvality pro uživatele.
- 5) Kvalitní je pouze to, co je účinné.
- 6) Prokazatelně účinný postup má být hrazen z veřejných zdrojů – z veřejných zdrojů má být hrazen jenom prokazatelně účinný postup (tzv. Cochranův postulat).
- 7) Nikdy nemůžeme mít všechno najednou, ale vždycky to chceme. Veřejná politika vždy váží mezi dostupností, kvalitou a nákladností péče¹.

Z uvedeného je zřejmé, že princip „hodnota za peníze“ shrnuje následující požadavky:

- požadavek kvality: chci za své peníze dobré služby
- požadavek efektivity: od „dobrých služeb“ očekávám, že budou účinné
- požadavek udržitelných nákladů: chci dobré služby za rozumnou cenu

Co tedy vlastně děláme, jestliže v hodnocení služeb používáme princip „hodnota za peníze“?

- a) *posuzujeme hodnotu*, přičemž „hodnota“ = kvalita + efektivita
- b) *definujeme peníze*, přičemž „peníze“ jsou náklady poskytovatele + náklady uživatele + náklady společnosti
- c) *poměřujeme jedno druhým*, tj. provádíme *ekonomické hodnocení*.

Hodnocení kvality

Základní pojmy

Hodnocení kvality služeb lze v zásadě rozdělit na uživatelské a odborné. Uživatelské posuzování provádějí skuteční nebo potenciální uživatelé služeb a v širším smyslu zainteresovaná veřejnost. Ve vyspělé Evropě jde o významný trend, podporovaný Evropskou regionální úřadovou Světové zdravotnické organizace (WHO). Vyjadřuje zásadu „orientace služeb na pacienta či klienta“ a přesvědčení, že „hlas a volba uživatele“ („user's voice and choice“ – WHO, 1996) je pro poskytování služeb stejně směrodatný jako odborná a ekonomická hlediska. Veřejná správa v EU většinou pokládá mínění uživatelů za nezbytný doplněk odborného hodnocení.

Ačkoliv uživatelské hodnocení nepodceňujeme, budeme se zde na prvním místě zabývat hodnocením odborným, neopomeneme ovšem zdůraznit styčné plochy mezi oběma typy.

Předpoklady odborného hodnocení kvality jsou následující:

- 1) existence určitých *kritérií*, která mají vzhledem ke kvalitě nějakou výpovědní hodnotu
- 2) zavedení *mechanismů*, které podle těchto kritérií hodnotí úroveň konkrétního poskytování služeb

Používaná *kritéria* jsou založena na odborném názoru a vytvářena (často nesnadno) v širokém konsensu příslušné odborné komunity. Veřejná správa, která přebírá záruky za kvalitu veřejně poskytovaných služeb, obvykle tato kritéria autorizuje nebo upravuje pro své potřeby. V souladu s českou terminologií zde pro tato kritéria používáme pojem standardy (1. pád „standard“) a podle WHO (WHO 1997) je dělíme takto:

- 1) standardy vzdělání
- 2) standardy „dobré praxe“:
 - a) standardy pracovišť, zařízení a programů
 - b) standardy postupů odvozených od případu či diagnózy
 - c) standardy metod

¹ Jaké starosti přináší poslední teze politikům a administrátorům, si můžeme představit, jestliže pojmy „kvalita – dostupnost – náklady“ vepíšeme na vrcholy trojúhelníku. I kdybychom si to sebevíce přáli, nemůže trojúhelník stát na všech třech vrcholech najednou. Je-li naší základnou „péče kvalitní – péče nákladná“, zřejmě nebude široce dostupná. Vsadíme-li na péči kvalitní a široce dostupnou, nestačíme počítat výdaje. Zvolíme-li základnu „péče široce dostupná – péče levná“, bude obtížné udržet její kvalitu. Politiky a administrátory však pro jejich těžké rozhodování nelitujeme: nejsou levní a jsou obtížně dostupní, měli by tudíž být kvalitní.

² Viz Kalina, kapitola 7/9, Hodnoty: etika pracovníků a práva klientů.

3) etické standardy²

K *mechanismům* patří například komplexní management kvality na pracovišti, vnitřní a vnější supervize, horizontální vzájemné hodnocení v odborné komunitě („peer reviewing“), inspekce a akreditace.

Standardy vzdělání

V této oblasti mají svou tradici především lékařské a jiné zdravotnické profese a v současné době již i v ČR dospěly k poměrně jasně formulovaným požadavkům. Výrazně mezioborová oblast služeb pro uživatele drog v ČR i jinde však může tyto standardy použít jen v omezené míře. Vytvoření adekvátních standardů vzdělávání, které by odpovídaly potřebám praxe a jejímu rozvoji, je jedním z klíčových požadavků pro zajištění kvality a odbornosti v širokém spektru protidrogových služeb.

V posledních letech se věnuje zvýšená pozornost modelům *interdisciplinárního vzdělávání*, které se k nám dostávají díky mezinárodní spolupráci³. Uznává se, že určitý společný základ je nezbytný pro komunikaci mezi odbornostmi, pracovníky a pracovišti ve prospěch klienta. Překrývá mezery dané předchozím vzděláním (např. v medicíně, psychologii, sociální práci) a vytváří nový kontext pro další specializaci.

Standardy pracovišť, zařízení a programů

Tento typ standardů se zabývá provozem nebo programem, ve kterém „dobrá praxe“ může probíhat, z hlediska typové definice, vybavenosti (personální, technické a jiné), organizace a managementu, obsahu a metod činnosti, vedení dokumentace a komunikace o klientech a konečně i práv a povinností klientů a personálu.

Řada složek širokého spektra služeb, které vznikalo v ČR v 90. letech, byla odbornými novinkami a jejich typové definice i obsahy nebyly ustálené. Zásadní a neocenitelnou roli v tom sehrály *Minimální standardy* (1995) upravené P. Bémem podle WHO a jiných zahraničních manuálů. Na základě Minimálních standardů vznikaly v letech 1999 – 2001 tzv. Akreditační standardy (2001), nejprve pod záštitou MPK, později MZ, ve spolupráci s předními odborníky, odbornou společností A.N.O., a v propojení s tvorbou Standardů sociálních služeb (2000, 2002).

Uvedené standardy se zaměřují především na následující aspekty:

1. kvalitní řízení (včetně provozu, personálního a finančního managementu)
2. komplexní vstupní zhodnocení klienta
3. hodnocený a dokumentovaný proces péče
4. bio-psycho-sociální přístup
5. zajištění komplexnosti a kontinuity péče
6. zajištění důvěrnosti informací
7. požadavky „minimálního bezpečí“
8. práva klienta
9. odpovídající skladba týmu
10. vzdělávání a supervize personálu
11. prováděné hodnocení účinnosti
12. obligatorní obsah a rozsah péče dle typu programu či zařízení

Poslední bod je podrobně rozveden v devíti speciálních standardech jednotlivých typů programů a zařízení, jimž odpovídají jednotlivé kapitoly v části 8 této publikace⁴.

Mnohaletá a kontinuální práce na definování typů programů a zařízení, jejich specifického obsahu i společných charakteristik směřodatných pro kvalitu znamenala velký přínos pro praxi, pro spolupráci státních orgánů s komunitou poskytovatelů péče i uvnitř ní a v neposlední řadě i pro překlenování rozhraní péče zdravotní a sociální.

Standardy metod⁵

Pro bližší porozumění si uvedme „kostru“ standardu metody podle zásad WHO (1997). Jako metodu si zde můžeme představit například včasnou intervenci u uživatelů drog, skupinu s rodinnými příslušníky klientů nebo výměnný program jehel a stříkaček.

- 1) indikace (pro koho je daná intervence určena? za jakých okolností?)
- 2) oprávněnost (kdo danou intervenci provádí?)
- 3) definice a popis metody (co intervenci charakterizuje a jak se intervence provádí?)
- 4) časové faktory (jak dlouho? jak často?)
- 5) klíčové prvky (co nesmí v dané intervenci chybět?)
- 6) kontraindikace (co se nesmí dělat, jaké postupy jsou kontraindikovány, jací klienti mají být vyloučeni?)
- 7) očekávaný výsledek (k čemu předpokládáme, že intervence povede?)

³ Například „European Drug Abuse Treatment Training Programme“ doporučený Radou Evropy, EU a Evropskou regionální úřadovnou WHO se stal cennou inspirací a východiskem mezioborového vzdělávání u nás.

⁴ Samostatná kapitola části 8 je věnována chráněnému bydlení a chráněné práci, které ve standardech tvoří zvláštní oddíl standardu doléčovacích programů.

⁵ Akreditační standardy usilovaly vyrovnat se jak se standardy zdravotnických zařízení MZ, tak se standardy sociálních služeb, jejichž příprava probíhala ve stejné době. Zejména v druhém případě se díky spolupráci a vzájemným oponenturám podařilo takřka nemožné: překonat meziresortní bariéry, docílit slučitelnosti obou souborů standardů a vyrovnat se leckde s odlišným pojetím péče zdravotní a sociální. Například terapeutická komunita pro závislé má nyní shodný meziresortní typový standard – může být zařízením zdravotnickým, zařízením sociální péče nebo nezávislým projektem nestátní organizace, a přitom vždy musí mít stejné základní charakteristiky.

8) křížovatky, varianty, komplikace (... a co když k tomu nevede?)

9) etická citlivost (co je žádoucí či nežádoucí z etického hlediska?)

10) ekonomická citlivost (kolik může intervence stát, aby se vyplatila?)

Formulace a dodržování standardů tohoto typu⁶ má značný význam pro rozvoj a srovnatelnost každodenní praxe, pro výuku a výzkum, i pro občany a veřejnou politiku, která se táže, zda tam a tehdy byla odvedena „hodnota za peníze“. Má i svůj právní aspekt. V případě pochybení, stížnosti nebo soudního projednávání dává standard vodítko k rozhodnutí, zda se v daném případě postupovalo správně⁷.

Standardy odvozené od diagnózy či případu

Standard odvozený od diagnózy si lze velmi zhruba představit jako soubor jednotlivých intervencí, které se mají provést u nositele určité diagnózy, například u závislosti na heroinu. Soubor musí být systémově uspořádan, zejména z těchto hledisek: 1) typologie klienta a významné individuální faktory vyplývající z komplexního zhodnocení případu (věk, pohlaví, souběžné problémy s alkoholem, osobnost, doba trvání závislosti, stupeň sociální integrace či dezintegrace, motivace a jiné relevantní a komplikující charakteristiky), 2) časová posloupnost jednotlivých intervencí, 3) možnosti volby mezi dvěma či více intervencemi, pokud se mohou vzájemně nahrazovat, 4) postup v případě komplikací, neúspěchu, selhání, vypadnutí z léčby apod.

Pokusíme-li si představit takový standard pro „závislost na heroinu“, je již při prvních úvahách jasné, že nejde o jednoduchou záležitost. Názory různých odborníků a pracovišť se mohou velmi lišit. Co je v tomto případě konečný a dílčí cíl odborné péče? Může být léčba v denním stacionáři účinnou alternativou ústavní péče, kdy, jak a pro koho? Je nutná vždy detoxifikace ústavní, a má se pobyt na detoxifikační jednotce pokládat pouze za předstupeň léčby nebo za intervenci, která má smysl sama o sobě? Na kolik opakovaných pobytů v terapeutické komunitě má mít klient nárok? Zařadíme do závazného postupu také doléčování, když doléčovací centra lze spočítat na prstech ruky ne-

obratného tesaře? Shodneme se opravdu všichni na tom, že klient, který nepřistupuje na žádnou formu léčby, musí mít trvalý a nekomplikovaný přístup k poradenství, sociální intervenci, humanitárnímu servisu, základní zdravotní péči a k výměně injekčního náčiní?

Standardy tohoto typu jsou vždy také třecí plochou mezi odborníky a úřady, které poskytují finanční prostředky: odborníci se snaží, aby závazný postup zahrnoval pokud možno vše, co dovedou, a nesvazoval jim ruce, zatímco tendenci úřadů je začlenit do něj co nejméně, aby se ušetřilo, což je někdy rozumné, jindy krátkozraké a vždy nepopulární⁸.

Mechanismy udržování a rozvoje kvality

Existence sebelepších standardů je sama o sobě málo užitečná, pokud se systematicky nezabýváme jejich zaváděním a uplatňováním v praxi. Mechanismy zajišťování kvality (*quality assurance*) mají probíhat trvale nebo periodicky. Z nejdůležitějších uvádíme:

1) *Management kvality na pracovišti, sebehodnocení*: základní úroveň zajišťování kvality (na poradách, při vnitřním hodnocení podle standardů apod.), bez níž jsou standardy jen formálním papírem a vnější aktivity jsou vnímány jako zbytečné a nepřátelské.

2) *Profesionální iniciativy, „peer reviewing“*: pro „peer reviewing“ jsou typické např. vzájemné hodnotící návštěvy spojené s výměnou zkušeností, párování (těsnější partnerství mezi dvěma pracovišti), zřizování odborných rad, panelů a pracovních skupin, které pořádají výjezdní zasedání a vizitaci na jednotlivých pracovištích apod. Patří sem i supervize, které je v této publikaci věnována samostatná kapitola⁹. Co do podrobností odkazujeme čtenáře na jinou publikaci (Kalina, 2001).

3) *Úřední mechanismy – inspekce a akreditace*: inspekce je oficiálním hodnocením kvality a nástrojem odborného řízení ze strany veřejných orgánů, které mají odpovědnost za úroveň služeb a jejich financování. *Akreditace* je významným aktem veřejného nebo profesního uznání a garance kvality služeb. Po šetření na místě uděluje akreditaci nezávislá *akreditační komise*. V některých vyspělých zemích jsou akreditace povinné ze zákona, v jiných jsou dobrovolné, ale mají takovou váhu, že se k nim poskytovatelé služeb sami

⁶ V oblasti léčby závislosti byl zatím jediný standard tohoto typu vytvořen pro substituční léčbu v souvislosti se zaváděním metadonové substituce. Další vývoj a kultivace odbornosti si nepochybně vynutí vznik dalších.

⁷ Standardy založené na diagnóze i standardy metod se v českém zdravotnictví vytvářejí od r.1998 v rozsáhlém programu Národních standardů léčebné péče ve spolupráci České lékařské společnosti, komory a předních odborných pracovišť. Podrobnosti lze najít na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví: <http://www.mzcr.cz>

⁸ Standard rovněž může zakládat právní nárok občana na definované služby při určité zdravotní či sociální potřebě, a stát (resp. veřejné orgány a instituce) mu jejich poskytnutí musí zaručit. Pokud nárok není splněn, může občan žalovat nejen poskytovatele, ale v konečné instanci i stát – často úspěšně, jak dokazuje v posledních letech série procesů u Evropského soudního dvora v Haagu.

⁹ Havrdová a Kalina, kapitola 7/7, Supervize.

přihlašují. Akreditace se uděluje na určité období, obvykle na tři nebo na pět let. Po této době se provádí re-akreditace. Pokud zařízení nesplňuje akreditační požadavky, může dostat určitou lhůtu, aby se s nimi vyrovnalo. Pokud toho ani pak není schopno, musí poskytování služeb zastavit. V ČR se proces akreditačního typu připravuje.

Hodnocení účinnosti (efektivity)

Jak jsme již řekli, „hodnota“ služby zahrnuje její kvalitu a její účinnost. Jakkoliv spolu tyto dvě složky úzce souvisí, v teorii si lze představit a v praxi zjistit, že kvalita ještě nemusí být totožná s účinností (efektivitou)¹⁰. Program, který splňuje standardy kvality, může selhávat v kritériích účinnosti. Kritériem účinnosti je změna – a aby se klient mohl v programu změnit, musí se ho účastnit a zapojit se do něj. Z toho hodnocení efektivit vychází.

Definování účinku

Účinek není dán předem, ale vždy ho definujeme pro určitou činnost, od níž něco očekáváme. Aforisticky řečeno, *efektivita je dosaženo, když to funguje, jak jsme očekávali*. V různých programech primární, sekundární a terciární prevence můžeme účinek definovat různými způsoby. V následujících příkladech sledujeme určité „sestupné“ hledisko:

- 1) *optimální kvalita života* (klient dlouhodobě abstínuje a je odůvodněně spokojený se svým životem)
- 2) *udržení cílového stavu po určitou dobu* (klient abstínuje 2 roky po skončení léčby)
- 3) *žádoucí změna nebo změny chování* (klient sice neabstínuje, ale nedopouští se restné činnosti)
- 4) *optimální průběh péče* (klient dokončil léčbu bez relapsu a závažného porušení pravidel)
- 5) *indikátory možné změny* (klient má náhled, klient změnil hodnoty, účastník peer-programu změnil postoje)
- 6) *nepřímé indicie* (60 % učitelů má zájem o pokračování kursu)
- 7) *prosté kvantitativní ukazatele* (rozdalo se 300 kondomů, kurs navštívilo 20 osob)

Indikátory výkonu

V zahraničí i u nás se v poslední době věnuje pozornost schémátům hodnocení efektivit založeným na tzv. indikátorech výkonu (performance indicators)¹¹. Uvádíme je podle Newcomba (1998):

- 1) *Indikátory kontaktu*: 1) množství/procento potenci-

álních klientů, s kterými byl navázán kontakt, 2) je-li to relevantní, množství/procento klientů zůstávajících v aktivním kontaktu – indikátor retence, udržení v programu.

- 2) *Indikátory dodání služby*: 1) využití nabídky jednotlivých služeb programu, 2) čekací doby, 3) využití kapacity zařízení.

- 3) *Indikátory změny*: jsou založeny jednak na sdělení klientů programu o svých změnách ve významných činnostech a aktivitách, jednak na průběžném hodnocení klientů personálem. Zahrnují užívání drog, tělesné a duševní zdraví, sociální fungování a životní styl.

- 4) *Indikátory výsledků*: objektivní ukazatele změny chování klientů, kteří program absolvovali. Opět se týkají oblastí uvedených v bodu 3: užívání drog, tělesné a duševní zdraví, sociální fungování, životní styl. Vyžadují již katamnestické sledování a zprávy o klientech z jiných institucí. Důležitý je časový faktor, tj. jak dlouho po skončení programu se údaje zjišťují.

Sledovat indikátory výsledku je náročné, ale hlavní význam schématu založeného na indikátorech výkonu spočívá v tom, že k relevantním závěrům o účinnosti programu je možné dospět již při rutinním sledování prvních tří kategorií indikátorů během programu. Jsou přístupné hodnocení a „vestavěné“ do programu (to se týká zejména kontaktu, udržení v programu a využívání služeb a kapacity), přitom mají vysokou výpovědní hodnotu opřenou o výzkumy.

Ekonomické hodnocení

Přehled a výklad typů ekonomických analýz podává jiná kapitola této publikace¹². Zde znovu uvedeme jen jejich nejstručnější přehled s některými praktickými příklady z oblasti drogových služeb.

Identifikační nákladová analýza

Definovat „peníze“ není zcela jednoduchou záležitostí. Předpokladem pro jakékoliv další hodnocení je *identifikační nákladová analýza (Cost Identification Analysis – CIA)*, která identifikuje náklady ve třech kategoriích: náklady služby nebo zařízení, náklady klienta a jeho rodiny, vnější náklady.

Analýza minimalizace nákladů

Cost Minimization Analysis (CMA) je základním typem ekonomického hodnocení. Odpovídá na otázku: „Jakým nejlevnějším způsobem lze provozovat danou službu nebo program?“ Obvykle nás přitom zajímá, jak vysoké

¹⁰ Rozumíme tím odbornou efektivitu na rozdíl od nákladové efektivit, o níž pojednáváme v oddílu „Ekonomické hodnocení“ – tyto dva pojmy jsou často zaměňovány.

¹¹ Anglický pojem „performance“ znamená „výkon“ i „provedení“.

¹² Zábranský, kapitola 1/7, Ekonomické analýzy.

jsou náklady související s programem X v porovnání s programem Y.

Důležité je definování jednotky: 1 intervence, 1 klient/den (rok) atd., případně přesný popis programu. Zde se neobejdeme bez definic obsažených ve standardech programů i metod. Praktickým příkladem problému, k jehož řešení by měla být použita CMA, je velká nákladová odlišnost mezi různými projekty peer-programů nebo různými kontaktními centry nebo terapeutickými komunitami v ČR.

Analýza efektivity nákladů

Cost Effectiveness Analysis (CEA) dává odpověď na otázku: „Jakým nejlevnějším způsobem lze dosáhnout daného efektu?“ Pochopitelným předpokladem je jasně a jednoduše definovat, co je „efekt“. Podržíme-li příklad peer-programů, použití CEA by vyžadovalo nejen standardizaci programu (typovou definici, přesný popis „co je peer program“) ale i používání shodných metod k vykazování efektu ve všech projektech peer programů, které žádají o dotace. Co se týče rezidenční léčby v TK – ale i ústavní a denní léčby – je zjevné, že údaj „náklady na 1 klienta“ o efektivitě mnoho neříká: na půdě CEA se ocitáme až tehdy, pokud sledujeme např. náklady na 1 klienta, který dokončil léčbu.

Analýza nákladů a přínosů

Je-li „efekt“ u CEA možné vyčíslit jako finanční přínos či úsporu, jde o analýzu nákladů a přínosů (*Cost Benefit Analysis – CBA*). Nejznámějším příkladem CBA v oblasti drog je zdůvodňování přínosu programů výměny jehel a stříkaček u nitrožilních uživatelů. Výměnný program snižuje riziko přenosu závažných infekčních chorob (AIDS a hepatitidy), jejichž léčení je mimořádně nákladné. Pokud se touto cestou daří šíření infekce zabraňovat, což je prokázáno, uspoří se náklady na léčení, které se u 1 pacienta s AIDS pohybují v řádu stovek tisíc Kč ročně¹³.

Jiným příkladem, kdy se CBA nebo aspoň úvaha typu CBA může (a musí) uplatnit, je léčení v denním stacionáři nebo program prevence relapsu. V prvním případě

jde o alternativu ústavního léčení, v druhém případě o zabránění dalšímu ústavnímu léčení. V obou případech jsou náklady pobytu pacienta či klienta v ústavní péči vyčíslitelné a mohou být vzaty v úvahu jako finanční přínos (resp. úspora) hodnoceného programu.

Britská studie *NTORS* (Gossop et al., 1998) používá pro CBA metadonových programů odhad úspor v oblasti trestné činnosti a potírání drogové kriminality. Dospívá k závěru, že každá libra vynaložená na metadonový program přináší 3 libry úspor potenciálním obětem trestné činnosti, policii a vězeňskému systému.

Náklady služby vždy musíme poměřovat s *„náklady jejího neposkytnutí, s „nulovým programem“* – jde o náklady, které má společnost, jestliže se služba neposkytuje, nemoc neléčí atd. Hledisko *sociálních nákladů nulového programu* je v případě drogových závislostí mimořádně významné. Například náklady rezidenční léčby jsou zhruba poloviční ve srovnání s náklady neléčení nebo uvěznění¹⁴.

Analýza nákladů a užítku

Cost Utility Analysis (CUA) je komplexnějším a sofistikovanějším typem CEA. Ve zdravotnických a sociálních službách se „užitek“ s oblibou definuje jako přínos ke kvalitě života¹⁵. Ve světě značně rozšířená metoda používá jako jednotku „užitku“ QALY (*Quality Adjusted Life Year* = rok života vážený kvalitou života), k čemuž jsou sestaveny speciální škály. Ptáme se tedy: 1) Kolik nás stojí 1 QALY v programu X ve srovnání s programem Y? 2) Kolik QALY pořídíme za 10 tis. Kč v programu X – a kolik v programu Y?¹⁶

Aplikovat CUA na intervenci u drogové klientely je žádoucí zejména tam, kde „kvalita života“ je explicitním cílem určitých programů (okruh *harm reduction* včetně metadonové substituce, okruh doléčování a prevence relapsu). Hledisko „kvality života“ by rovněž mohlo vnést určité objektivní parametry do nedávno vzniklých odborných sporů, zda „abstinence je cílem nebo prostředkem“.

¹³ Uvedený příklad zároveň ilustruje nezbytnost dávat do souvislosti všechny náklady, i když plynou z různých zdrojů. Veřejný orgán, který financuje výměnný program (např. Magistrát hl. m. Prahy), z něj sám žádné úspory mít nebude: úspora nákladů na léčení nemá na rozpočet města žádný přímý dopad, protože léčení hraje zdravotní pojištění. Pokud by pražští radní takto uvažovali, došli by k závěru, že vynakládají finanční prostředky města na projekt, který: 1) nepřinese úspory pražskému rozpočtu, naopak jej zatíží dalším výdajem, 2) přinese úspory někomu jinému, v tomto případě zdravotním pojišťovnám. – Zcela zákonitě se vynoří otázky typu „proč to má město platit“, „proč to neplatí zdravotní pojišťovny“ apod. Veřejné politice ovšem tyto partikulární úvahy nenáleží, protože veřejný zájem je nedělitelný a na tvorbě veřejných zdrojů (at' už jde o rozpočet města nebo o fond zdravotního pojištění) se podílí celá společnost.

¹⁴ Viz graf v kapitole 8/1, Programy metadonové substituce.

¹⁵ Opakem je DALY (Disability Adjusted Life Year = rok života vážený handicapem či jinou „nekalitou“).

¹⁶ V odborné literatuře se k této metodě vede rozsáhlá diskuse, která poukazuje mimo jiné na to, že v některých hraničních oblastech nemůže být CUA podle standardních škál QALY sama o sobě dobrým vodítkem pro rozhodování, zda se daná léčba „vyplácí“ či nikoliv. Patří sem především oblast terminální a paliativní medicíny, například léčení konečných stadií zhoubných nádorů a AIDS. Náklady na 1 QALY dosahují v těchto případech extrémních hodnot, přesto je „egetis“ přiměřenou péči poskytovat.

Závěrem k ekonomickým analýzám

Uvedené ilustrace ekonomického hodnocení by nás především měly upozornit na to, že služby lze ekonomicky hodnotit pouze tehdy, umíme-li zároveň hodnotit jejich kvalitu a odbornou účinnost. Nemůžeme přece „penězi“ poměřovat nedefinovaný výsledek či výstup péče. Dříve než se vůbec může přistoupit k ekonomickým analýzám, musí být vyvinuty a používány přinejmenším standardy „dobré praxe“, typové standardy služeb a programů a kritéria a nástroje měření účinku.

Bez splnění těchto předpokladů a obecně bez tohoto způsobu uvažování zůstává „ekonomické hodnocení“ na úrovni pouhého účetnictví nebo zjednodušujících názorů, že levné je dobré a drahé je špatné, nebo často naopak¹⁷.

Summary

Evaluation of Services: Quality, Effectiveness and Costs

The "value for money" principle implicates the evaluation of quality, effectiveness and costs of services. The chapter at first presents an overview of criteria and mechanisms of quality assurance (standards, self-evaluation, peer reviews, inspection, accreditation) with a particular regard to national standards of drug services. Further, the term of effectiveness is explained and the approaches to evaluation of effectiveness of

services are illustrated by a scheme based on performance indicators. In the last part, types of economical evaluation are summarised, and examples from the area of drug services are given.

Key words: effectiveness – economical evaluation – indicators – quality – standards

¹⁷ Musíme se zmínit i o efektivitě a nákladové efektivitě hodnocení obecně. Hodnocení má určité možnosti i meze, které můžeme vyjádřit následujícími zásadami: 1) nesmí být nepřiměřeně nákladné a pracné, 2) má vyloučit „zkreslení záměrem“ („bias“), 3) má být průběžné, 4) má využívat zpětných vazeb, 5) má podporovat hodnocený proces, sloužit komunikaci a inovaci.

Literatura

- Acheson D.: Archie Cochran Memorial Lecture 1993. Proceedings of Annual Conference of British Association of Public Health and Policy, str. 5 – 7. LSHTM-University of London, 1994
- Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách v působnosti MZ ČR Verze 5. MZ CR, Praha, 2001
- Barr N.: The Economics of the Welfare State. 2nd edition. Oxford University Press, Oxford, 1993
- Culyer A. J., Wright K. G.: Economic Aspects of Health Services. Martin Robertson, London, 1988
- Donaldson C., Gerald K.: Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Macmillan, London, 1993
- Dufficy H., Hager K. et al.: Standard Settings for Audit. SCODA, London, 1993
- Evers D. et al.: Management of Quality in Human Services. IRWIN, Homewood, Illinois, 1993
- Gladkij I. et al.: Kvalita zdravotní péče. IPDVZ, Brno, 1998
- Gossop M. et al.: NTORS at One Year. The National Treatment Outcome Research Study. Dept. of Health, London, 1998
- Ham Ch. et al.: Quality Assurance in the New NHS. University of Birmingham, Birmingham, 1997
- Kalina K.: Guidelines for Health Care Practice in the Czech Republic – Making Consensus in the Pluralistic System. In: Selbstmann J. (ed.): Guidelines for Health Care Practice, str. 63 – 66. WHO/EURO, Copenhagen, 1997
- Kalina K.: Omezování poptávky po zdravotních službách individualizací plateb. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR r. 5046 – 1. Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, Praha, 1998
- Kalina K.: Zásady, metody a nástroje v plánování protidrogových strategií. In: Bém P. et al., Studijní skriptum distančního vzdělávání protidrogových koordinátorů, str. 79 – 106. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. SANANIM, Praha, 2001
- Kalina K.: Jaká péče je kvalitní? Adiktologie (Scan Tišnov), ročník 1, č. 1, str. 34 – 42, 2001
- Kroger Ch., Winter H., Shaw R.: Guidelines for the Evaluation of Drug Prevention Intervention. A manual for programme planners and evaluators. IFT (Institut für Therapieforschung), Mnichov, 1997
- Leukefeld C. G., Bukoski W. J.: An Introduction to Drug Abuse Research – methodological issues. Research monograph series, NIDA, Washington D.C., 1991
- Minimální standardy: Standardy pro zařízení poskytující léčebnou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. MPK – Úřad vlády ČR, účelová publikace, 1995
- Newcombe R.: Evaluation of interventions. CAP (School of Health and Human Services, John Moores University, Liverpool), 2/2000
- NHS (National Health Service): Guidelines for Local Inspection of Services. NHS Headquarter, London, 1996
- SCODA (Standing Conference on Drug Abuse): Guidelines for Service Evaluation. SCODA, London, 1998
- Selbstmann J. (ed.): Guidelines for Health Care Practice. WHO/EURO, Copenhagen, 1997
- Standardy sociálních služeb (2000). Pracovní verze. MPSV ČR, Praha
- Standardy kvality sociálních služeb – Registrační standardy (2002). MPSV ČR, Praha
- WHO: Assessing the standards of care in substance abuse treatment. WHO, Geneva, 1993
- WHO: Evaluation of Cost Effectiveness in Health Care. WHO/Euro, Copenhagen, 1996
- WHO Expert Committee on Drug Dependence: 30th Report. WHO Technical Report No.873. WHO, Geneva, 1998
- WHO, UNDCP, EMCDDA: Evaluation of Substance Use Disorder Treatment. WHO, Geneva, 1999

Klíčová slova: etika – mlčenlivost – nezneužívání klienta – práva klienta – syndrom vyhoření

Etické standardy

Co není etické, není kvalitní. Speciální a neopominutelnou součástí „dobré praxe“ tvoří etika výkonu povolání. Svě etické kodexy mají již i u nás „zavedené“ profese, například lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, manželští a rodinní poradci. Interdisciplinární týmy ve službách pro drogově závislé (zejména v nestátním sektoru a mimo zdravotnictví) však potřebují sdílet a respektovat společné etické standardy, které překlenují stavovské hranice. Na půdě A.N.O. již vznikly iniciativy směřující k etickému kodexu pro terapeutické komunity nebo v oblasti Harm Reduction, stojí však za to si zde znovu připomenout několik základních zásad, které, jak doufám, jsou mimo diskusí. Jejich zvnitřnění a dodržování patří k péči o kvalitu služeb.

1) Odborné nasazení a rozvoj ve prospěch klienta

K údělu tzv. pomáhajících profesí vždy patří vysoké osobní nasazení do odborné práce. Trvalé kritické a sebekritické kladení otázky, zda jsme udělali či děláme všechno, co je v našich možnostech a schopnostech, je prevencí alibismu a rutinérství. I své omyly a neúspěchy se učíme zhodnotit tak, aby byly zdrojem poučení pro budoucnost. Naše profese a zájem klientů od nás rovněž žádá, abychom se *trvale vzdělávali* – neustrnuli ve svém vývoji, snažili se rozšiřovat a prohlubovat svoje znalosti a dovednosti a sledovali výzkum a vývoj ve svém oboru.

2) Kultivace vlastní osobnosti, prevence vyhoření

U pomáhajících profesí je *osobnost* výlučným nástrojem odborného působení. V Etickém kodexu pracovníků terapeutických komunit¹ najdeme na prvním místě závazek „poskytovat vzor zralého a pozitivního jednání“. Zdrojem osobního zrání a rozvoje je nejen naše profese (vzdělávání, výcvik), ale především sám život (vztahy, zájmy, kultura, sport, rodinné zázemí, kreativita).

Obtížná práce s drogovou klientelou však patří k těm rizikovým činnostem, při nichž se osobnost rychle opotřebovává a které častěji a rychleji než jiné vedou k rozvoji *syndromu vyhoření* (podobně jako práce na jednotkách intenzivní péče, v hospicích, s těžce nemocnými a umírajícími dětmi apod.). Při „burn-out“

syndromu nejen stagnujeme a upadáme do rutiny, ale ztrácíme vnitřní kapacitu vnímat individuální problémy a přiměřeně s nimi pracovat, stáváme se lhostejnými, cynickými nebo nadměrně direktivními.

Proč vlastně setrváváme v „nemožných povoláních“, je stálou otázkou a malým tajemstvím pomáhajících profesí. Nadšení ani altruismus (snaha pomoci, udělat něco pro druhé) samy o sobě nejsou a nemohou být trvalým zdrojem síly. Potřebujeme rovnováhu dávání a brání – pokud dáváme v práci, musíme odněkud brát. Riziko vyhoření u workholiků je vysoké. Proto je užitečné rozšiřovat obzor zájmů, ale i vztahů – svoje blízké přátele a partnery bychom neměli hledat nejen mezi svými klienty, ale ani mezi svými spolupracovníky. Ale i v pomáhajícím vztahu je rovnováha dávání a brání životodárným prvkem: jakmile nás naši pacienti či klienti přestanou obohacovat, brzy ztratíme i my schopnost obohacovat své pacienty či klienty. Někdy pak nezbývá než hledat východisko v dočasném nebo i trvalém odchodu z profese, což je eticky záslužné rozhodnutí, známé u nás nejen z literatury.

3) Nepoškození klienta

Vážné riziko poškození klienta či pacienta představuje syndrom vyhoření, o němž jsme pojednali výše. Klienta či pacienta ale můžeme poškodit i tak, že u něj (být v dobré víře) aplikujeme přístupy a metody, v nichž nejsme dostatečně erudovaní. Oprávněným požadavkem je, abychom omezili svou praxi na takové oblasti a léčebné metody, v nichž se můžeme vykázat dostatečnými a potvrzenými znalostmi a zkušenostmi (ČPS, 2000).

V oblasti léčby závislosti může být pacient či klient poškozen *nevhodným používáním pravidel*, např. mechanickým uplatňováním režimu či naopak přílišnou liberálností, „dvojím loktem“, nadřozováním nebo nejednotou týmu v klíčových otázkách. Udržovat rovnou rovnováhu mezi terapeutickými požadavky podpory a řádu, mezi kolektivními pravidly a individuálními potřebami je trvalou odbornou i etickou výzvou v naší práci.

Poškození jednotlivce skupinou přichází v úvahu všude tam, kde se pracuje s terapeutickými skupinami a ko-

¹ Pracovní materiál WFTC (Světová federace terapeutických komunit pro léčbu závislosti), 1995

munitami. Moc skupiny či komunity je obrovská jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Navzdory častým postojům typu „to je věc skupiny či komunity“ jsou to vždy terapeuti, kteří nesou odpovědnost. Etické standardy WFTC například jasně formulují požadavek „zajistit každému jednotlivci v terapeutické komunitě právo na bezpečí před ohrožením negativními vlivy jiných jednotlivců nebo skupiny“.

4) Nezneužívání klientů, zdrženlivost od mimopracovníků vztahů s klienty

Platí především, že klienta (ani členy jeho rodiny) nezneužívám k uspokojení svých vlastních potřeb hmotných, sexuálních, emočních, mocenských či odborných. Za etické pochybení lze považovat i situaci, kdy klientovi půjčuji peníze, přistupuji na to, že pro mne něco výhodně sežene nebo udělá, nebo ho používám, abych zvýšil svou prestiž a vliv na pracovišti či u ostatních klientů, třeba proto, aby mě pokládali za kompetentnějšího než ve skutečnosti jsem. Rizika a hranice zneužití a pochybení však nejsou vždycky jasná a zřetelná, proto je v každém týmu vhodně diskutovat o tom, co je „zdrženlivost“ a jaké jsou možnosti a meze profesionálního vztahu v konkrétních podmínkách. Řada pracovníků kontaktních center v menších městech, kde se všichni lidé znají navzájem, se například domnívá, že dodržování profesionálních hranic jim brání v kontaktu s klienty a nebo dokonce od nich klienty odrazuje. Opatrnosti je zapotřebí i vůči klientům bývalým: podle autorova názoru je zaměstnávání ex-userů v roli ex-userů na hranici nebo za hranicí zneužívání, pokud nejsou respektována určitá pravidla².

5) Důvěrnost osobních údajů o klientovi

Jako odborný pracovník jsem vázán povinnostmi mlčenlivosti o všech osobních skutečnostech, které jsem se dozvěděl v průběhu kontaktu s pacientem či klientem nebo během terapeutického procesu. Totéž platí pro pomocný personál, civilní službu, stážisty apod. Základní omezení ukládají zákony³, v pomáhajících profesích však musíme mít na zřeteli zcela specifické potřeby důvěry a podle nich formulovat vlastní omezení. Není přehnané, když například požadujeme souhlas (i bývalého) klienta s veřejným vystavením jeho výtvarné práce nebo zpracujeme kasuistiku pro přednášku či publikaci tak, aby se v ní pacient či klient případně nemohl poznat.

Jsme povinni zajistit ochranu a bezpečnost terapeutického prostředí i z hlediska důvěrnosti osobních údajů. Princip „žádný osobní údaj bez souhlasu pacienta či klienta“ vzala již většina zařízení po zásluze za svůj a nachází přiměřené způsoby, jak jej prosazovat dovnitř i navenek.

V terapeutickém týmu by se důvěrnost měla vztahovat na tým, nikoliv na jednotlivého člena, protože efektivita týmové práce vyžaduje předávání informací a vzájemné konsultace. Individuální mlčenlivost a separátní kontrakt s klientem v týmovém zařízení musí mít přísná a střežená pravidla a uplatnit se jen ve zcela výjimečné a dočasné situaci. Pacient či klient musí o těchto pravidlech komunikace uvnitř týmu vědět. Zanedbávání a nedůslednost přináší riziko, že tým bude zvýšeně vystaven testování, odporu nebo tendenci s ním manipulovat.

Pro předávání informací o klientovi jeho příbuzným a naopak musíme pravidla stanovit (a všem vysvětlit) tak, aby (1) klient mohl v terapeutickém prostředí volně hovořit o své rodině, vztazích a problémech, (2) rodina svého člena v terapii podporovala nebo aspoň tolerovala, (3) terapeuti byli chráněni před paralyzujícími tajemstvími a koalicemi s jednou či druhou stranou. Neměli bychom přistupovat na to, že rodině sdělíme něco bez souhlasu klienta, ani že budeme jeho „poslíčkem“ vůči rodině, ani že budeme mít s jeho rodinou „tajemství“, které klientovi neprozradíme.

Ani skupinová terapie není možná bez důvěry ve spolehlivost a mlčenlivost skupiny, terapeuti tuto mlčenlivost však nemohou zcela zaručit. „Skupinové tajemství“ je věčné téma skupinové práce, o němž se především musí ve skupině hovořit. Jeho závažné porušení by však mělo patřit k důvodům, které mohou vést k propuštění z léčby.

6) Respektování práv pacienta či klienta

Této nesporně důležité součásti etických závazků odborníků věnujeme následující oddíl.

Práva klienta

Akceptování pacienta či klienta jako autonomní a jedinečné lidské bytosti patří již řadu desetiletí k ústředním zásadám terapeutů a dalších pomáhajících profesí. Lze

² Akreditační standardy MZ (viz oddíl 4 a poznámka č 4) doporučují zaměstnávat bývalé uživatele za těchto podmínek: 1) 2 roky abstinence po léčbě, 2) úspěšné zařazení v jiném zaměstnání, 3) vzdělávací plán zahrnující minimálně ukončení středoškolského vzdělání a další odborný růst. O práci ex-userů v týmech viz dále Bartošiková, kapitola 7/6, Práce v multidisciplinárním týmu; Adameček, Richterová-Těminová a Kalina, kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutické komunitě; Kuda, kapitola 8/9, Následná péče a doléčovací programy.

³ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 65/1965 Sb., Zákoník práce, ve znění zákona č. 2002/2002 Sb.; zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech.

jen uvítat, že se respektování práv klientů a pacientů stává nezbytným principem poskytování služeb. Aby však princip nezástal jen heslem, musíme si ukázat některé jeho souvislosti. Především máme na mysli povinnosti a odpovědnosti, které jsou nedílným, byť často nepohodlným rubem práv, a z toho vyplývající vzájemnou provázanost práv a odpovědností klientů a terapeutů.

Každé právo pacienta či klienta odpovídá jisté povinnosti a odpovědnosti terapeutů, kteří se jím zabývají, a jen takto může být zajištěno – na druhé straně pokud terapeuti naplňují svou odpovědnost, snáze ji mohou očekávat a vyžadovat i od pacientů či klientů. Smysl terapeutické situace je v této vzájemné podmíněnosti práv a povinností obou stran. I když v léčbě závislosti je žádoucí zdůrazňovat vlastní odpovědnost klienta, nelze to pojmout alibisticky a vložit na klienta odpovědnost, kterou musíme mít my sami. Jsme to my, kdo odpovídá za proces – za výsledek pak odpovídá klient, a chceme-li to přiznat, tak též to, čemu můžeme říkat Prozřetelnost. Jasně vědomí této dělby odpovědností nás i naše klienty může uchránit před riziky alibismu i sebeobětování, zanedbávání i paternalismu.

Z řady kodexů a chart práv pacientů či klientů⁴ zde opět vybereme několik klíčových zásad. Poznámky kursivou reflektují nedorozumění, k nimž podle našich zkušeností určitá teze může vést.

1) Klient má právo na rovný přístup ke službám bez ohledu na své osobní, socioekonomické či kulturní charakteristiky (věk, pohlaví, rasa, národnost, původ, anamnéza, sexuální orientace, postavení, finanční možnosti atd.).

Tato zásada neznamená, že některé charakteristiky klienta nevyžadují specifický přístup nebo zvláštní pozornost, aby se podpořila rovnost příležitostí (princip ekvity), nebo že klient má automatický nárok na využití služby, pro niž není indikován.

2) Klient má právo na elementární lidskou důstojnost, bezpečí a nedotknutelnost fyzickou, citovou, hodnotovou (včetně svědomí a přesvědčení) i majetkovou.

Tato zásada neznamená, že klientovou povinností není dopřát stejné právo ostatním.

3) Klient má právo být přijímán jako autonomní a odpovědná bytost.

Tato zásada neznamená lhostejnost vůči stupni, v němž klient je schopen svou autonomii uplatnit, ani rezignaci na terapeutickou odpovědnost za proces, který mu má pomoci svou autonomii zvyšovat.

4) Klient má právo být jemu srozumitelným způsobem informován o terapeutickém procesu, jeho filosofii, metodách, rozsahu a trvání, podmínkách, zásadách a pravidlech (včetně např. disciplinárních sankcí, způsobu ukončení, důvěrnosti informací apod.) do té míry, aby na ně mohl vědomě a dobrovolně přistoupit a kompetentně spolurozhodovat o své léčbě.

Tato zásada „informovaného souhlasu“ či „informovaného spolurozhodování“ neznamená, že se terapeuti zřikají své odbornosti a povinností z ní vyplývajících.

5) Klient má právo kdykoliv opustit léčbu na vlastní žádost, a to i proti terapeutickému doporučení a bez dalších negativních důsledků pro sebe (s výjimkou právních konsekvencí takového kroku v případech nedobrovolného léčení).

Tato zásada neznamená, že budeme v takových situacích jednat formálně, necháme klienta prostě jít a nepokusíme se pracovat s jeho motivací, vyjednávat a přesvědčovat.

6) Klient má právo si podat stížnost a být informován o postupu při uplatňování stížnosti.

Tato zásada neznamená, že se personál trvale a náležitě nezabývá klientovými potřebami, problémy a výhradami – například využívání formálních stížnostních mechanismů v terapeutické komunitě lze pokládat za varovný signál „poruch atmosféry“.

7) Jde-li o psychoterapeutické léčení, má klient právo se rozhodnout, zda hodlá do psychoterapie vstoupit, a pokud ano, s kým (včetně členů skupiny ve skupinové psychoterapii)⁵.

Tato zásada neznamená, že terapeuti rezignují na práci s odporem a motivací, nebo že zařízení musí mít pro klienta vždy srovnatelnou alternativní nabídku (může ho např. doporučit jinam).

8) Klient má právo být jemu srozumitelným způsobem informován o své prognóze, šancích na uzdravu, před-

⁴ Např.: Práva klientů terapeutické komunity, pracovní dokument WFCT, 1995, Kodex práv pacientů, Centrální etická komise MZ, cit. in Haškovcová, 1996, Chart of Clients, cit.in SCODA, 1998

⁵ Viz EPA, 1997

pokládaných a předvídatelných výsledcích terapeutického procesu, jeho rizicích a o tom, jak může sám tyto výsledky ovlivnit (zlepšit nebo zhoršit).

Tato zásada neznamená, že na klienta přenášíme terapeutický pesimismus, nepočítáme s nadějí a s pozitivními potenciály života, nebo že zůstáváme pouze u informací a neposkytujeme klientovi podporu, aby situaci zvládnul.

Summary

Ethics of the Staff and Rights of the Clients

The chapter in the first section concerns with professional ethics, and there are analysed essential principles that can be found in ethical codes of various helping professions: professional engagement and growth for the benefit of clients, cultivation of own personality, burn-out prevention, prohibition of harming and abusing the client, confidentiality and respect to the client rights. Further, rights of clients are overviewed also with emphasising of responsibility

and from the viewpoint of mutual links between rights and duties of clients and staff. There are presented key principles of the clients rights and their possible misinterpretation.

Key words: ethics – burn-out syndrome – confidentiality – non-abusing the clients – rights of clients

Literatura

- Baudiš P. a kol.: Etika v psychiatrii. Galén, Praha, 2002
- Bill of rights of clients of therapeutic community. World Federation of Therapeutic Communities, Washington D.C., 1995
- ČPS (Česká psychoterapeutická společnost): Etický kodex psychoterapeutů. Bulletin ČPS, č. 2, 2000
- Dörner K., Plog U.: Bláznit je lidské. Grada Publishing, Praha, 1999
- EPA (European Psychotherapeutic Association): Ethical Guidelines for Psychotherapists. EPA, Vienna, 1997
- Haškovcová H.: Práva pacientů. Nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov, 1996
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. SANANIM, Praha, 2001
- Kalina K. (2001): Jaká péče je kvalitní? Adiktologie (Scan Tišnov), ročník 1, č. 1, str. 34 – 42, 2001