

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 – JEDNOTLIVÉ SLOŽKY

- 8/1 Pavel Bém: Úvod – složky systému péče v ČR
- 8/2 Petr Hrdina, Blanka Korčíšová: Terénní programy
- 8/3 Jiří Libra: Nízkoprahová kontaktní centra
- 8/4 Karel Hampl: Lékařská ambulantní péče o závislé
- 8/5 Kamil Kalina: Denní stacionáře
- 8/6 Karel Nešpor: Detoxifikační jednotky
- 8/7 Jiří Dvořáček: Střednědobá ústavní léčba
- 8/8 David Adameček, Martina Richterová-Těmínová, Kamil Kalina: Rezidenční léčba v terapeutických komunitách
- 8/9 Aleš Kuda: Následná péče, doléčovací programy
- 8/10 Dušan Dvořák: Chráněné bydlení a chráněná práce
- 8/11 Petr Popov: Programy metadonové a jiné substituce

Klíčová slova: komplexita péče – provázanost – složky systému péče – systém péče – účinnost

Stručná historie

Specializovaná péče o uživatele návykových látek má v ČR relativně dlouhou tradici¹. 10. září 1948 založil Jaroslav Skála první specializované zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí v Praze u Apolináře. Toto zařízení se postupně vyvinulo v závislosti na potřebách pacientů i s ohledem na zahraniční zkušenosti v modelové zdravotnické zařízení střednědobé ústavní péče typu terapeutické komunity. Do značné míry se stalo matricí pro více než desítku dalších obdobných zařízení, která byla zakládána na mnoha místech tehdejšího Československa, obvykle při psychiatrických léčebnách. V návaznosti na ústavní péči pacientů závislých na alkoholu se začala postupně vytvářet síť ambulantních ordinací AT (alkohol a toxikomanie), kterých ještě v roce 1992 bylo v ČR více než 160. S rostoucí prevalencí nealkoholových závislostí se tato ústavní i ambulantní zařízení začala více či méně přirozeně zabývat léčením pacientů závislých na nealkoholových drogách. V roce 1978 založil v pražském Apolináři MUDr. Rubeš první specializované ambulantní zařízení pro pouze nealkoholové závislosti (Středisko drogových závislostí), které se později emancipovalo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN, zaměřené na léčbu nealkoholových závislostí. Lze tedy konstatovat, že takto byly položeny základy systému péče o uživatele návykových látek.

Tento systém byl přirozeně v mnoha ohledech velmi nedokonalý. Za prvé byl součástí resortu zdravotnictví, který neumožňoval v plné míře zohlednit v léčebném procesu i sociální aspekt závislosti, za druhé byl plně v péči státních zdravotnických institucí, což s ohledem na v té době téměř neexistující nestátní sektor, bylo více než pochopitelné. Pro úplnost je třeba doplnit, že např. Skálový doléčovací skupiny či kluby abstinentů (KLUS – klub usilující o abstinenci) se staly základem dalších nezbytných článků komplexního systému péče o závislé, jakými jsou doléčovací programy, včetně zapojení svépomocných skupin či rodinných příslušníků do samotného procesu léčby.

Po roce 1989 se v tehdejší Československu začal postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který se stal v mnoha ohledech nejdříve konkurentem, posléze partnerem a doplňujícím článkem systému léčebné péče, zvláště v oblastech, kde působnost státních institucí byla omezená. Prvními specializovanými organizacemi byla již zmíněná nadace DROP-IN a občanské sdružení SANANIM.

Pro první polovinu 90. let bylo typické postupné rozšiřování systému péče, a to především v závislosti na reálných potřebách různých cílových populací v terénu i s ohledem na výzkum efektivity léčby drogových závislostí, rozvoj léčebných metod a terapeutických modalit v zahraničí a jejich postupné zavádění do ČR. Byla zakládána nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy budované na teoretickém zázemí kognitivně-behaviorální teorie i první dlouhodobé terapeutické komunity. Druhá polovina devadesátých let pak byla ve znamení postupné profilace jednotlivých státních i nestátních organizací zabývajících se léčebnou péčí i profilací celé sítě léčebné péče, včetně jejího dalšího rozšiřování a především pak klinickou aplikací moderních poznatků v oblasti neurobiologického výzkumu, doplňující farmakoterapeutické postupy metadonové substituce u závislých na opiátech a disulfiramové léčby u závislých na alkoholu. Dalším významným přínosem se staly léčebné programy zaměřené na specifické cílové skupiny (např. příslušníky etnických minorit, závislé matky s dětmi, závislé ve výkonu trestu či děti a mladistvé).

Pro definování jednotlivých součástí komplexního systému péče a zabezpečení kvality poskytované péče bylo rozhodující vymezení minimálních standardů léčebné péče² podle manuálu WHO (Minimální standardy, 1995) a následně vytvoření a schválení akreditačních standardů³. Speciálním oddílem těchto standardů (standardy jednotlivých typů zařízení a programů) odpovídá i struktura této části publikace.

Kritéria efektivního systému péče

Mezi domácími i zahraničními odborníky dnes existuje

¹ Blíže viz Skála, kapitola 7/1, Historie léčby závislostí v ČR.

² Minimální standardy, 1995.

³ Akreditační standardy, 2001.

shoda, že efektivní systém péče o uživatele návykových látek (sít léčebné péče) by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).

Kvalitativní kritéria

Rozumíme jimi především vnitřní (vertikální) strukturu systému péče, jeho komplexnost – schopnost pokrýt potřeby různorodých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti či rozsah problémů s užíváním návykových látek spojených, jeho provázanost – návaznost jednotlivých stupňů a forem péče i jeho efektivitu – schopnost zajistit standardní kvalitu péče s maximalizací léčebného efektu při minimálních vynaložených nákladech.

Komplexnost systému péče

Specifické potřeby jednotlivých cílových skupin vyžadují dnes mimořádně širokou nabídku léčebných zařízení a programů, které mohou nabídnout optimální služby uživatelům sítě léčebné péče. Ti v závislosti na rozsahu problémů působených užíváním návykových látek i vlastní motivaci ke změně chování mohou vyžadovat celé spektrum služeb od terénních programů, výměnných programů sterilního injekčního náčiní, motivačního tréninku, ambulantní psychoterapeutické či farmakoterapeutické péče až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě či doléčovací program. Pouze komplexně definovaný systém služeb umožní vhodné párování potřeb klienta s vhodným typem léčebného zařízení. Systém péče se vyvíjí v čase a pružně se přizpůsobuje aktuálním potřebám v terénu.

Provázanost systému péče

Je nezbytná pro to, aby pohyb klienta systémem péče byl koordinovaný a odpovídal jeho aktuálním potřebám. Provázaností rozumíme návaznost jednotlivých stupňů léčebné péče od časně intervence a prvního kontaktu až po doléčovací program a sociální reintegraci. Jednotlivé složky péče jsou reprezentovány státními i nestátními subjekty, zdravotnickými i nezdravotnickými organizacemi a neziskovými i ziskovými subjekty. Tyto složky jsou vzájemně v rovnoprávném a vzájemně se doplňujícím postavení s funkčními informačními vazbami, definovaným způsobem předávání klientů, vedení dokumentace, apod. Je pochopitelné, že takto definovaný systém je ideální a že reálné příklady z praxe často ukazují spíše opak. Přesto provázanost sítě léčebných zařízení a především spolupráce a vzájemné doplňování státního a nestátního sektoru je naprosto nezbytným předpokladem pro

efektivní fungování systému péče o uživatele návykových látek. Systém sám by měl být nastaven tak, aby pomáhal klientovi, jeho rodině i odborníkům překonávat rozhraní mezi péčí ambulantní a lůžkovou, zdravotní a sociální, státní a nestátní, péčí zaměřenou na problém závislosti a na doprovodné problémy a komplikace, a v neposlední řadě i mezi péčí odbornou a svépomocnou (srv. WHO/Euro, 1996).

Efektivita systému péče

Výše uvedené podmínky fungování systému péče je třeba doplnit o systémové nástroje, které umožňují zajistit maximální možnou efektivitu a optimalizaci fungování sítě s ohledem na vynaložené finanční náklady. Takovými nástroji jsou definované standardy odborné péče, akreditační podmínky (akreditační standardy a procesy) zabezpečující vstup příslušné instituce do sítě a průběžné monitorování kvality a účinnosti poskytované péče⁴. V některých zemích jsou tyto parametry definované zákonem, v jiných případech podzákonnou normou.

Kvantitativní kritéria

Rozumíme jimi především vnější (horizontální) strukturu systému péče, jeho celkový rozsah a dostupnost.

Rozsah systému péče

Je určen národní i místní (regionální) prevalencí problému užívání návykových látek. Může se významně lišit mezi jednotlivými regiony s ohledem na typickou kumulaci jevu ve velkoměstských aglomeracích. Orgány krajských zastupitelstev si definují rozsah systému péče i jeho vnitřní strukturu.

Dostupnost systému péče

Léčebná péče musí být místně i časově dostupná v závislosti na místních potřebách. Je nezbytné, aby tato dostupnost vycházela z kvantitativní i kvalitativní analýzy potřeb uživatelů systému. Např. terénní programy či kontaktní centra musí být časově dostupná s ohledem na denní rytmus uživatelů návykových látek, to předpokládá fungování i ve večerních či nočních hodinách. Lokalizace takových programů by měla mít vazbu na otevřenou drogovou scénu, tedy místa, kde se uživatelé návykových látek přirozeně vyskytují. Substituční metadonové programy by měly být k dispozici v časně ranních hodinách, aby bylo umožněno jejich klientům zapojit se do standardního pracovního procesu, atd. Rozsah i dostupnost léčebné péče je třeba průběžně monitorovat a vyhodnocovat pomocí kvantitativních i kvalitativních metod.

⁴ Viz Kalina, kapitola 7/8, Hodnocení služeb.

The chapter – an introduction to the Part 8 – summarises at first the development of the system of care and its individual components and segments. The current result of this process of development and formation is a differentiated, mixed system of services both state and non-state (i.e. either run by NGOs or private), both health and social, both profit and not-for-profit etc. Further, criteria of an efficient system of

services are overviewed. As for qualitative criteria, there are mentioned: complexity, continuity, mutual linkage and effectiveness; among quantitative criteria, extension in size and kind (tailored to regional needs) and accessibility of services are important.

Key words: complexity – continuity – effectiveness – quality – system of care

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
- Minimální standardy: Standardy léčebné péče pro zařízení poskytující léčebnou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Zpracoval P. Bém. Meziřesortní protidrogová komise Úřadu vlády ČR, Praha, 1995
- MPK: Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1998 – 2000. Úřad vlády ČR, Praha, 1998
- Skála J., Kalina K., Bém P. a kol.: Substance Abuse in the Czech Republic. ALFA, Praha, 1994
- WHO/Euro: Ljubljana chart on health reforms in European region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996

Dále použita literatura uvedené u kapitol 1/1 a 1/3.

Klíčová slova: harm reduction – skrytá populace – terénní programy – terénní práce – výměna (injekčního náčini)

Charakteristiky terénní práce

Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Elich (1993) ji označuje za „navštěvující“ sociální práci, která nečeká, až se na ni kdokoli obrátí s problémem, ale která se sama nabízí v místech vznikajících sociálních konfliktů.

Podle Rhodese (1997) jsou hlavní důvody pro streetwork následující: 1) Cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence, 2) existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. Dalším často uváděným důvodem je sociální prevence (Bednářová, 1995)¹.

Jedním ze základních předpokladů sociální práce je, že lidé mají v podstatě svůj vlastní potenciál, aby mohli řešit své problémy. Právo klienta na sebeurčení umožňuje klientovi rozhodovat, jak s tímto potenciálem naloží. V tradičních metodách sociální práce by mělo být zaručeno tím, že se klient může rozhodnout, zda sociálního pracovníka vůbec osloví. V případě streetworku je klient sice osloven, ale jeho právo na sebeurčení by mu měl streetworker zaručit tím, že mu ponechá dostatečný prostor k tomu, aby se mohl rozhodnout, zda nabízené pomoci využije.

Cílová populace terénních programů

Terénní programy stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog. Často jsou vůbec prvním zařízením (službou), se kterou se uživatel setkává. Z toho vyplývá cílová populace terénních programů². Jde o klientelu obtížně dosažitelnou (tzv. skrytá populace³), s minimální motivací službu vyhledat a řešit

často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické či právní povahy.

Na drogové scéně do „skryté populace“ patří:

- tzv. experimentátoři, tj. většinou mladí lidé, v počátečních stádiích drogových experimentů,
- „děti ulice“, které nacházejí přechodný azyl na drogových bytech (mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání či závislosti),
- pravidelní uživatelé drog, jejichž sociální či zdravotní situace ještě není debaklová a kteří nejsou tudíž motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí,
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti – mají sice někdy zájem o pomáhající aktivity, ale nejsou často schopni je vyhledat a využít.

Terénní práce se zaměřuje především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu. Hlavním cílem terénních programů je navázat s těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování, například sdílení jehel a dalšího náčini atd. a k udržení této změny. Svými intervencemi působí také směrem ke stabilizaci životního stylu.

Navázání kontaktu by bylo velmi obtížné, kdyby terénní pracovníci neměli uživatelům co nabídnout. Služby (například výměnný program), které terénní programy nabízejí a poskytují klientům, usnadňují jejich pracovníkům navázání kontaktu. Sterilní injekční stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale také prostředkem k navázání kontaktu.

¹ Sociální prevence se zaměřuje na předcházení vzniku dysfunkčních procesů, tj. narušení vnitřní rovnováhy a harmonického vývoje jednotlivců, skupin či větších celků, na možné poruchy vzájemných vztahů i vztahů ke společenskému a hmotnému prostředí (Novotná, Schimmerlingová, 1992). Sociální prevence je důležitým nástrojem působení na sociálně patologické jevy, a to zejména alkoholismus, toxikománii, patologické hráčství, prostituci, rasismus a hlavně kriminalitu. Úkolem sociální prevence je zejména vytvářet příznivé podmínky pro fungování optimálních vztahů mezi jednotlivými lidmi a mezi člověkem a společností a zároveň jednotlivce a společnost před sociální patologií chránit. (Tesařová, 1995) V Návrhu programu sociální prevence (MPSV, 1993) jsou uvedeny čtyři relevantní předpoklady, ze kterých vychází orientace na sociální prevenci: a) *humanitární* – prevence chrání zejména děti a mládež před kriminální infekcí, brání je před případnou stigmatizací, b) *sociologické* – nositelé sociálně patologického chování jsou „ohniskem společenské nákazy“, přenášejí negativní vzorce chování na své okolí – rodinu, děti, party atd., c) *finanční* – sociální prevence je levnější než represe, d) *organizační* – příznivý dopad na zatíženost represivních aparátů (policie, soudů a prokuratury).

² Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikovní jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „děti ulice“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog (viz Glosář, 2001, heslo Terénní práce).

³ Glosář (2001) definuje skrytou populaci jako uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy. Důvodem může být např. odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezájem o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod. – Odhaduje se, že do zdravotnického, či sociálního zařízení se dostane každý třetí či čtvrtý uživatel drog. Zbývá 2/3 až 3/4 představují tzv. skrytou populaci drogových uživatelů.

Východiska

Terénní práce vychází z principů Public Health⁴ (ochrana zdraví veřejnosti) a pragmatického přístupu Harm Reduction⁵ (snižování zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním návykových látek). Pragmatický přístup umožňuje práci s klienty na všech stupních drogové závislosti, akceptuje i uživatele drog a drogově závislé, kteří nejsou ochotni a schopni ztotožnit se s cílem úplné abstinence. Předpokládá, že celé řadě komplikací spojených s užíváním drog je možné zabránit, pokud se podaří uživatele oslovit a hlavně ovlivnit. Základním principem je tzv. *nízkoprahový přístup*, který vede k maximální možné dostupnosti poskytovaných služeb pro uživatele drog v prostoru i čase.

Podstatou nízkoprahového přístupu je poznatek, že zdaleka ne každý člověk, který se ocitne v nouzové situaci, využije pomoci, kterou mu nabízí standardní zdravotní či sociální instituce. Služby těchto institucí jsou pro některé jedince z různých důvodů nedosažitelné, např. proto, že o nich nevědí, nebo mají obavy je kontaktovat, mají s nimi špatnou zkušenost nebo instituce nenabízejí služby, které potenciální klienti potřebují. Jedním z důležitých důvodů je i to, že si tyto instituce kladou podmínky, které jsou pro některé klienty velmi obtížně splnitelné (např. klient musí být předem objednan, musí říci své jméno apod.). Můžeme říci, že běžné instituce mají pro tento druh klientů příliš „vysoký práh“.

Ve snaze nabídnout pomoc nebo alespoň kontakt i těmto klientům, začala fungovat tzv. nízkoprahová zařízení, která se snaží vstupní podmínky minimalizovat (klient může přijít anonymně, kdykoli během otevírací doby apod.). Tato zařízení disponují širokou nabídkou služeb, ale v rámci prvního kontaktu s klientem na něj nekladou téměř žádné nároky. Filosofie nízkoprahových zařízení by se dala zjednodušit na „nabízet hodně, požadovat málo“. Díky tomu se těmto zařízeními daří navazovat kontakty i s klienty, kteří by zůstali běžnými přístupy nezachyceni.

Přesto se ale ukazuje, že pro řadu klientů jsou i nízkoprahová zařízení nedosažitelná. Terénní programy z tohoto poznání vycházejí a díky metodě streetwork opouštějí „zděnou instituci“ a vydávají se za klientem přímo na jeho scénu a zde ho oslovují.

Pracovníci terénních programů

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 (Rhodes, 1997). Formální vzdělání si pracovník může doplnit postupně. Výjimkou je profese zdravotní sestry a sociální pracovníce, 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 nebezpečné⁶. 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 pracovníků⁷. Specifickou skupinou jsou externí pracovníci – stabilizovaní aktivní uživatelé drog. Pracují především na uzavřené drogové scéně, tedy v tzv. drogových bytech, kam se profesionální terénní pracovníci nedostanou buď z důvodů utajení těchto bytů (byty vaříčů drog), nebo protože pohyb profesionálů zde je ohrožující. Prostřednictvím externích terénních pracovníků jsou využívány již vybudované komunikační kanály mezi uživateli drog k distribuci informací a materiálu na místa, kam je jinak velmi obtížné a problematické je doručit. Zároveň se předpokládá, že proškolení externí terénní pracovníci mohou díky své znalosti drogové scény potřebné informace předávat takovým způsobem, který je pro ostatní uživatele drog srozumitelný a přijatelný. Tato činnost není přínosná jen na poli Harm Reduction, také se může stát pro externího terénního pracovníka–klienta motivačním faktorem k změně životního stylu, protože bezesporu prohlubuje vztah klienta k zařízení a zintenzivňuje kontakt klienta se zařízením.

Externím terénním pracovníkům by měla být poskytována základní supervize.

⁴ Viz Kalina, kapitola 1/1, Úvod do drogové politiky, a 1/8, Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelů drog.

⁵ Viz Hrdina, kapitola 5/1, Harm reduction.

⁶ Terénní pracovníci obvykle pracují ve dvojici (na potenciálně nebezpečných místech vždy) a mají být vybaveni průkazkou respektovanou policejními orgány – viz též Akreditační standardy, 2001.

⁷ Pro ně se používá pojem „indigení terénní pracovníci“.

Všechny terénní programy musí mít vybudovanu síť odborníků (gynekolog, chirurg atd.), kteří jsou schopni řešit specifické problémy klientů.

Cíle terénních programů

Terénní programy si kladou za cíl kontaktovat skrytou populaci (viz výše) a působit na ni. V ideálním případě směrem k úplné abstinenci, nebo alespoň směrem k chování, které je pro uživatele „bezpečnější“, čili které vede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Cílem terénních programů je tedy minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:

- udržet nízký výskyt AIV/AIDS pozitivitu,
- snížit výskyt hepatitidy B, C,
- snížit počet úmrtí v důsledku předávkování,
- předcházet kriminalitě,
- motivovat uživatele drog k změně životního stylu směrem k abstinenci,
- učít uživatele drog „bezpečnějšímu“ užívání a zásadám bezpečného sexu,
- motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci,
- udržovat nejvíce exponovaná místa na otevřené drogové scéně v čistotě (sběr odhozených použitých stříkaček a jejich bezpečná likvidace),
- navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog.

Základním předpokladem pro tuto práci je tzv. pragmatický přístup k uživatelům drog. Tento přístup vychází z toho, že většina lidí, kteří zneužívají drogy, po určité době zjistí, že už jim drogy nedávají to, co dříve, nebo že jejich negativní prožitky v souvislosti s užíváním drog převažují nad prožitky pozitivními. Teprve v takové chvíli jsou motivováni k tomu, aby se svou životní zkušeností něco dělali a je důležité, aby v této chvíli toho ještě byli schopni, po psychické i zdravotní stránce. Pragmatický přístup umožňuje práci s klienty na všech stupních drogové závislosti, akceptuje i uživatele drog a drogově závislé, kteří nejsou ochotní a schopni ztotožnit se s cílem úplné abstinence. Tento přístup dále předpokládá, že celé řadě komplikací spojených s užíváním drog se dá zabránit, pokud se podaří uživatele oslovit a hlavně ovlivnit.

Složky terénní práce

1. *Výměna injekčního materiálu* – terénní programy se neomezují jen na výměnu stříkaček, ale poskytují klientům i další materiál, jako jsou například kondomy, aluminiové folie, alkoholové tampony, náplasti, filtry,

kyselina askorbová a sterilní voda do injekcí, součástí výměny je také motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního náčiní. Tato služba má dva aspekty: 1) snižování zdravotních rizik spojených s injekční aplikací působí preventivně, 2) poskytování injekčního materiálu je nástrojem pro navázání kontaktu. Je to právě tento materiál, kvůli kterému stojí klientovi za to se s pracovníkem terénních programů kontaktovat. Čas, který klient s pracovníkem při výměně stráví, dává prostor pro komunikaci a budování vzájemného vztahu. Otevírá tak prostor pro získávání informací týkajících se klientovy sociální situace, zdraví a rizikového chování, a umožňuje pracovníkovi zmapovat klientovu zakázku.

2. *Informace* – součástí terénní práce je poskytování informací o účinku drog, o jejich působení, důsledcích, rizicích aplikace, abusu a závislosti, informace o relativně bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd. Informace lze podávat verbálně nebo prostřednictvím informačních letáků a jiných tiskovin, vytvořených ve formě, která je cílové skupině srozumitelná. Tiskoviny slouží jako preventivně výchovný materiál. Kladou důraz na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Informují o nebezpečích vlivu drog na lidský organismus, nebezpečí užívání drog v době těhotenství, problematice krví přenosných nemocí atd. Objektivně informují také o dostupných formách pomoci (možnosti léčby, pravidla pro přijetí do těchto zařízení atd.) a kontaktech na tato zařízení.

3. *Sociální a zdravotní poradenství* – tato složka terénní práce hraje zásadní roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu klientů. Klienti terénních programů se potýkají se spoustou sociálně-právních problémů. Velmi často se lze setkat s tím, že nemají občanský průkaz, neplatí zdravotní pojištění, hledají ubytování, volná pracovní místa, potřebují odkaz na probační službu⁸, pomoc v oblasti trestně právní atd. Naprostá většina klientů pohybuje se na ulici má různé zdravotní komplikace, například poškozené žíly, abscesy, hepatitidy atd. Objevují se také gravidní klientky. Některé zdravotní potíže je pracovník terénních programů schopen vyřešit na místě. Ty klienty, které není schopen ošetřit na ulici, referuje do příslušných zařízení nebo poradí, kde vyhledat ošetření. Informuje zároveň o nebezpečích souvisejících se zanedbáním péče.

⁸ Viz Müllerová, kapitola 9/5, Klienti v konfliktu se zákonem.

4. *Poradenství a krizová intervence* – v rámci práce v terénu probíhá poradenství a krizová intervence, zaměřené na zvládnání aktuálních problémů, na motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými či sociálními zařízeními. Jedná se často o provázení klienta obdobím, kdy není motivován k abstinenci a postupné vedení k náhledu, že užívání drog je problém. Další součástí poradenství je doporučování klienta do léčebných a sociálních zařízení. Zprostředkovávání kontaktu s těmito institucemi předpokládá od streetworkera znalost sítě zařízení a institucí, které může potřebovat příslušník dané cílové skupiny.

Terénní programy rovněž provádějí monitoring drogové scény a sběr dat.

Praxe a metody terénních programů

Terénní pracovník působí přímo na ulici, na veřejných prostranstvích, kde se zdržují uživatelé drog. Pracuje tedy na „cizím území“, kde platí pravidla klientů. Všechny terénní programy se potýkají s problémem, jak na tomto „cizím“ území prosadit pravidla svého fungování, tj. získat statut pracovníka, člověka z venku a předejít tam zmatkům okolo své identity (např. záměna s dealerem, uživatelem či policistou). Jakákoliv záměna rolí ztěžuje pracovníkovi možnost vybudovat si důvěru a být brán jako člověk, který poskytuje validní informace a dá se mu věřit. Ověřeným způsobem, jak oddělit pracovníka od ostatních lidí pohybujících se na ulici, je jeho viditelné označení (například logem organizace nebo programu) a informování klientů. Je třeba také vydobýt si na tomto území své vlastní místo, které patří jenom terénním pracovníkům a kde tedy platí jejich pravidla – stačí například lavička v parku. Tím se terénní pracovník stává součástí tzv. drogové scény a má tu prostor pro svou práci.

První fázi označujeme jako *seznamovací*.

V této fázi tráví streetworker poměrně hodně času ve „své“ lokalitě a snaží se tu zorientovat, a to nejen místně. Všimá si, kde a proč se scházejí příslušníci cílové skupiny, vyhledává vhodné osoby a vhodná místa pro první navázání kontaktů a v neposlední řadě „se nechává vidět“ – tím umožňuje, aby si na něj obyvatelé lokality zvykli. Důkladná znalost lokality a jejich zvyklostí je předpokladem pro další práci streetworkera.

Po úvodní, seznamovací fázi následuje *fáze navazování osobních kontaktů*, která bývá považována za klíčovou.

Pro navázání kontaktu je ze strany streetworkera nezbytná otevřenost a upřímnost. První informace, které klient dostane, by měly obsahovat vysvětlení, kdo streetworker je, proč přichází a co může

nabídnout. Je důležité všechny tyto informace poskytnout klientovi v pro něj přístupné formě.

První navázání kontaktu s klienty je možné dvěma způsoby:

1. *„Studený kontakt“* – prostě přijít ke skupince a představit se. K tomu je nutné cítit se bezpečně. Nicméně tento způsob s sebou přináší spoustu otázek směrem k osobě pracovníka – kdo to je? co chce? co od něho můžeme očekávat? Tento způsob je nejlepší, pokud něco nabízejme, např. letáky či čisté injekční náčini. Na základě toho klient bezpečně pozná, kdo jsme a my ho můžeme celkem bezpečně kontaktovat. Ovšem hrozí zde nebezpečí, že špatně odhadneme určitého člověka a považujeme ho za klienta.

2. *„Snowballing“* – tato metoda je oblíbenější, nezpůsobuje nedorozumění a potíže. Klienti programu, které dobře známe, požádáme, aby nás představili svým kamarádům, kteří užívají drogy a nejsou v kontaktu s terénními programy. Pak se ptáme dál a dál. Snowballing se jeví jako výhodnější způsob, protože klienti, kteří nás seznámí se svými kamarády jsou pro ně zárukou, že jsme bezpeční a důvěryhodní.

Je velmi užitečné vytvořit velmi dobrý vztah s klíčovým člověkem (klient, který je z nějakého důvodu uznávaný), protože tento člověk je klíčem k úspěchu (Gilman, 1990).

Pokud se streetworkerovi podaří navázat první kontakt, následuje další fáze: *vytváření vztahu* doprovázeného vzájemnou důvěrou.

Pro tuto fázi je nezbytný častý a hlavně pravidelný kontakt. Streetworker v této fázi začíná klientovi klást zpravidla otevřené otázky a nabízet možnosti řešení jeho eventuelních problémů. V počátku budování vztahu mezi klientem a streetworkerem je důležité plné akceptování klienta a jeho chování, a to i v případě, že se jedná o chování nevhodné (např. trestná činnost). Streetworker toto chování nekritizuje, ale snaží se ho pochopit. Později, když se vztah prohloubí, klienti většinou sami požadují, aby streetworker k jejich chování zaujal stanovisko. Pokud se podaří navázat hlubší kontakt mezi klientem a streetworkerem, vzniká prostor, ve kterém je možné ovlivňovat chování klienta a motivovat ho ke změně. V závislosti na osobním vztahu a stabilitě důvěry připouští klienti více streetworkera do pozice poradce, konzultanta (Elich, 1994).

Práce na změně klientova chování by se dala označit jako poslední fáze streetworku.

Tato fáze vychází ze standardních postupů poradenství. Začíná podrobným seznámením se s klientovým problémem, pokračuje přes zjišťování a hledání příčin, které k problému vedly či přispívají k jeho prohloubení a následuje navrhování řešení problémové situace a sociální terapie. Ta podobně jako v instituci staví na pozitivních vlastnostech klienta, na zvážení jeho reálných schopností a na druhé straně na zvážení možností různých institucí, které by se mohly na řešení klientovy situace účastnit.

Streetworker může práci s klientem považovat za úspěšně skončenou, podaří-li se mu spolu s klientem vyřešit problém, který by definován na začátku, nebo podaří-li se mu klienta z ulice doprovodit do pro něj vhodné instituce.

Málokdy se však streetworkerovi podaří s klientem projít a dokončit všechny uvedené fáze. Každý pracovník potřebuje cítit satisfakci z dobře odvedené práce, proto si musí streetworker uvědomovat, že pracuje s klienty, u nichž je pravděpodobnost ideálního dokončení práce malá. Měl by vnímat každý dílčí výsledek, každé skončení jednotlivých fází jako úspěch. Nakonec hlavním úkolem streetworku je kontaktování klienta na ulici, takže pokud se streetworkerovi podařilo předat klientovi informaci, že je o něj zájem a že se má v případě nouze na koho obrátit, je to důvodem k pocitu z dobře odvedené práce.

Jako vodítko při práci s uživateli přímo na ulici nám mohou posloužit následující body: 1) chtít poslouchat, 2) chtít pomoci, 3) přijetí, ne souhlas, 4) důvěra ve schopnost druhého poradit si se svými pocity, 5) vědět, že pocity jsou pomíjivé, 6) vnímat klienta jako osobu oddělenou od nás.

Návaznost v systému péče

I zařízení prvního kontaktu musí mít vytvořenou sociální síť a spolupracovat s ostatními zařízeními. Terénní programy by měly být ve velmi úzkém kontaktu s dalšími nízkoprahovými službami jako jsou např. kontaktní centra a metadonové programy, a spolupracovat s nimi. Měly by pružně reagovat na vývoj drogové scény. Již bylo řečeno, že terénní programy musí mít vybudovanou síť odborníků, kteří jsou schopni řešit specifické problémy klientů.

Terénní programy se dostávají také do kontaktu s klienty, kteří vypadli z vysokoprahových programů, např. z ústavní léčby nebo z rezidenční léčby v terapeutických komunitách. Z těchto důvodů by léčebné programy měly poskytovat klientům informace o nízkoprahových zařízeních a jejich službách. V případech vypnutí klientů z vysokoprahových programů by měly terénní programy tvořit jakousi záchranou síť, která takového klienta zachytí a nabídne mu nějakou alternativu, aniž by ho odsuzovala.

Summary

Streetwork and Street Programmes

Streetwork is an entrance to the system of services. Very often it is the first service which a drug user meets. The target population of this type of services is the so-called hidden population, with minimum motivation to seek professional assistance and to solve their problems. Streetwork is focused on minimising the health and social risks and the negative impacts of drug misuse for users themselves and for the society. Among the backgrounds of streetwork, social work, harm reduction, public health and low threshold approach are mentioned. Essential components of streetwork pro-

grammes are the exchange of injections and distribution of another equipment, information giving, health and social intervention, crisis intervention and counselling. Further, the phases of streetwork are summarised: acquainting, personal contact, relationship building, work on the change of the client's risk behaviour. The chapter also presents problems of streetworkers, their risks, training and supervision. The role of active drug users in streetwork in places that are closed or dangerous for professionals is also discussed.

Key words: exchange programmes – harm reduction – hidden population – streetwork – streetworker

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 ČR, Praha, 2001
- Gilman M.: Outreachwork. Lifeline Project, Manchester, 1990
- Bednářová, Z.: Streetwork – práce na ulici. Mládež, společnost a stát, č. 4, 1995
- Elich A.: Streetwork v Hamburku. Éthum, č. 3, 1993
- Hrdina P.: Problémy evidence a dokumentace klientů nízkoprahových zařízení, Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, č. 1, 2001
- Kalousek L.: Práce s toxikomany – role terénního pracovníka. Diplomová práce, Husitská teologická fakulta UK, Praha 1999
- Korčíšová B.: Streetwork. Písemná práce k postupovým zkouškám, katedra sociální práce FF UK, Praha 1996
- Novotná V., Schimmerlingová V.: Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. FF UK, Praha, 1992
- Pates R.: Pražské přednášky/Prague Seminar. Přeložil M. Hajný. LAXUS, Hradec Králové, 2000
- Rhodes T.: Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe. Úřad vlády ČR-MPK, Praha, 1997
- Řezníček I.: Metody sociální práce. SLON – Sociologické nakladatelství, Praha, 1994
- SANANIM, výroční zpráva 2001
- Tesařová, J.: Sociálně pedagogická práce v přirozených podmínkách. Diplomová práce, PF UK, Praha, 1995
- WHO: Principy prevence HIV mezi uživateli drog. MZ ČR + Národní kancelář WHO v ČR, Praha, 1998

Mgr. Blanka Korčíšová

V r. 2000 ukončila studium na katedře sociální práce FF UK v Praze. Pracovní působení: od roku 1995 pracovala v občanském sdružení SANANIM jako sociální pracovníce, streetworker, posléze vedoucí Terénních programů. Od roku 2002 je zaměstnancem Úřadu vlády ČR – sekretariátu Rady vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky. Od roku 1996 je členem redakce Dekontaminace – časopisu pro uživatele drog. Spolupracovala na výzkumech rizikového chování uživatelů drog a na výzkumné studii PAD.

Kontakt: Úřad vlády ČR – Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky, Vladislavova 4, 110 00 Praha 1.

E-mail: korcissova.blanka@vlada.cz

Mgr. Petr Hrdina – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 5/1.

Klíčová slova: harm reduction – kontaktní centra – nízkoprahové služby – poradenství – včasná intervence

Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR

Historicky můžeme pozorovat postupnou specializaci oboru návykových nemocí v rámci oborů péče o duševní zdraví v průběhu druhé poloviny 20. století. Tento obor se stává interdisciplinárním, zasahuje i do resortu sociálních věcí, školství a řady dalších oborů. Před rokem 1989 existovala v tehdejší Československu síť tzv. AT ordinací (pro alkoholismus a jiné toxikománie), psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny, záchytné stanice. Pro roce 1989 v rámci restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení řada AT ordinací zanikla¹. Systém léčebné péče se však začal postupně rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení, která reagovala především na nové trendy v oblasti užívání návykových látek (souvisejících s větší otevřeností společnosti, se změnami životního stylu, s organizací nezákonného obchodu s návykovými látkami).

S měnící se strukturou organizací a s měnící se požadavky po službách se měnila i podoba profesionálních zdrojů. Začala být více zohledňována psychosociální a „Public Health“ problematika počátku závislosti – tím se otevřelo pole pro plnoprávné uplatnění psychologů, pedagogů, sociálních pracovníků. Od medicínského modelu „léčby závislých“ v tradiční instituci (kombinace výchovných prostředků, farmakoterapie, tréninku) se důraz přesouval spíše do oblasti primárně preventivních programů, psychosociálních souvislostí, scénářů tohoto typu chování. Byla zdůrazněna potřeba včasného kontaktu s nově se konstituující generací problémových uživatelů a závislých. Hledala se podoba „dveří“ do systému pomoci, otevřených dveří s nízkým prahem, kterými lze vstoupit do programů vedoucích k léčbě, ale i k včasnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře. Po ruce byly nejen podněty ze zemí s dlouhodobější a sofistikovanou zkušeností v této oblasti. Už před politickými změnami existovala u nás zařízení koncipovaná otevřeně a komplexněji, na místě je třeba jmenovat aktivity Střediska drogových závislostí².

Devadesátá léta znamenala období nárůstu obdobných zařízení (srovnej Krch a spol., 2001). Národní strategie protidrogové politiky (2001) vyjmenovává mezi základními pilíři přístupu k problematice aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik („harm reduction“). Byl vysloven požadavek zabezpečit odpovídající primární zdravotní péče závislým a problémovým uživatelům, definována potřeba včasné intervence, poradenství, krizové intervence, terénní práce, propojenosti s léčebnými programy a programy resocializace. Přístupy prevence, léčby, postupů harm reduction ve strategii nikdy nebyly a nejsou odděleny, je zdůrazňována potřeba propojenosti péče a multidisciplinarity v přístupech (tedy i její zobrazení ve složení týmů). Byl formulován princip nízkoprahovosti a definovány programy terénní práce, výměnné programy, kontaktní centra, poradenství. Tyto programy byly označeny za potřebné a účinné a jako takové za hodna podpory z veřejných zdrojů³.

Vedoucí pracovníci a týmy kontaktních nízkoprahových center dnes již mají k dispozici vnější zadání (požadavky výběrových grantových řízení, proces standardizace po liniích jednotlivých resortů, zadání kvality zastřešujících organizací poskytovatelů služeb, např. A.N.O., Česká asociace Streetwork aj.), podle kterých mohou svoje programy koncipovat, provádět a hodnotit.

Typová charakteristika nízkoprahových kontaktních center

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě (srv. Koncepce oboru psychiatrie, 1997). Kudrle a Kalina (2001) uvádějí, že mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity.

Ve standardech sociálních služeb MPSV (2000) je definována *kontaktní práce* jako „komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní a kon-

¹ Viz Hampl, kapitola 8/4, Lékařská ambulantní péče o závislé.

² Presl a Douša, dnes o.p.s. DROP IN (drop-in znamená anglicky „neočekávané přijít“, „vpadnout“) – viz též Glosář, 2001.

³ Krch a spol. (2001) uvádějí, že z celkem 158 dotázaných organizací zřizují programy kontaktních center celkem 66 organizací (20 státních, 40 neziskových, 6 privátních). Z těchto 66 center se exkluzivně orientuje na drogovou problematiku 31, jako součást ji uvádí 35 center. Počet kontaktních center v jednotlivých krajích se pohyboval kolem 5. Počet kontaktních osob za rok 1999 uvedlo z 66 organizací pouze 56, počet kontaktů se pohyboval od 2 do 33 860. – Výroční zpráva Mezirezortní protidrogové komise (nyní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2002) uvádí, že síť center byla v roce 2001 tvořena 65 kontaktními (popř. kontaktními a poradenskými centry) s terénními programy (72 % z nich bylo zřízeno nestátními neziskovými organizacemi).

krétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci⁴.

Kontaktní práce je dále diferencována na dvě formy: 1) nízkoprahová centra (stacionární) a 2) streetwork či terénní práce (mobilní)⁵.

Nízkoprahová centra se dle citovaných standardů sociálních služeb člení na nespécifická (cílem je pomoc při utváření a aktivizaci životního stylu, přispívát změnám v rizikovém vývoji – oblast alternativní socializace, volného času) a specifická (cílené služby jednotlivcům a soc. skupinám, jejichž obtíže jsou ve významné souvislosti se sociálně rizikovými jevy či se dotýkají kulturních odlišností: drogy, AIDS, prostituce, oběti trestných činů, bezdomovecství, nezaměstnanost atd.). Do komplexu služeb kontaktní práce ve specifických nízkoprahových centrech patří zejména sociální služby související s výchovou, vzděláváním, aktivizací a pomocí při prosazování práv a zájmů, dále poradenské služby, odborné poradenství, terapeutické služby a instrumentální pomoc (ubytování, hygiena, strava).

Akreditační standardy MZ (2001) definují *kontaktní a poradenské služby* pro problémové uživatele drog jako služby prováděné v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech a zahrnující kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby.

Oba soubory standardů (MZ i MPSV) shodně zdůrazňují veřejnou přístupnost odborných služeb bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženství, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti.

Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařazením. Důležitým principem práce je respektování volby klienta: ať se rozhodne pro abstinenci nebo pro život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, formu odborné péče a pomoci.

Klientům je umožněn *anonymní kontakt*, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky. Nabízené služby reflektují poptávku klientely centra a mění se v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně.

Klienti kontaktních center

Poučení historií různých reforem a změn v systémech péče v zahraničí bychom měli mít na paměti, že mnohé

slibné systémy a reformy nebyly dokončeny. Mnohé předpoklady a cíle reforem nebyly naplněny (viz komunitní centra v 60. letech vytvořená v zahraničí pro práci s cílovou skupinou náročných klientů či pacientů, ve kterých byly služby postupně poskytovány „lehčím“ klientům a pro ty těžké opět zůstala sporně dostupá sociální síť a tradiční lůžka velkých léčeben či ústavů).

„Vlajkovou lodí“ cílové skupiny programu kontaktních center jsou *závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog*, především s vysoce rizikovým scénářem (tedy především i.v. uživatelé, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie, klienti ohrožení sociálně patologickými jevy). Je-li kontakt s nimi neúspěšný, hledáme chybu ve službách, ne v klientech. Dokud ovšem tito klienti kontaktních center nezískají postupně pro pracovníky jméno a tvář, pokud služby zůstanou u instrumentálního nastavení výměn a skupinových „volnočasových“ či „resocializačních“ aktivit, pokud pracovníci s rostoucím profesionálním sebevědomím nenaváží individuální specifické kontrakty, nenabídnou sebe a pak „na míru šitou pomoc“, nelze očekávat cíleně podpořené změny v individuálních scénářích a osudech. Obdobně je možné uvažovat o postupné specifikaci cílové skupiny na charakteristické podskupiny (etnické minority, ženy – muži, klienti v konfliktu se zákonem, víkendoví uživatelé syntetických drog) pro které je třeba specifikovat programy – co, v jaké fázi, pro koho.

Je dobré připomenout, že v našem systému služeb pro duševní zdraví tradičně absentují mimonemocniční služby pro dospívající, především na malých městech a v regionech. Kontaktní centra svojí otevřeností a ošetřením rizik stigmatizace nabízí dospívajícím s vážnými problémy v této oblasti možnost – budou-li v nich kvalifikovaní a zdatní pracovníci, budou-li mít motivované odborné spolupracovníky bez předsudků.

Jedním z principů nízkoprahové práce je, jak bylo výše řečeno, že klienti mohou být *anonymní*. V této souvislosti je na místě uvést diskusi o potřebě *kódování klientů*⁶. Pro manažera programu služeb není možné pochybovat o tom, že maximum klientů musí být identifikováno (pro potřeby hodnotitelnosti rozsahu, intenzity a efektivity služeb). Praktická úskalí identifikace klienta a potřebné ochrany jeho integrity naráží na množství technických problémů (v kontaktních centrech zejména při intenzivní rychlé výměně injekčního náčiní apod.). Technické problémy lze řešit, prin-

⁴ U uživatelů drog se používá pojem „skrytá populace“ – viz Hrdina a Korčíšová, kapitola 8/2, Terénní programy.

⁵ O terénních programech viz Hrdina a Korčíšová, kapitola 8/2.

⁶ V současnosti některé organizace testují různé systémy výkaznictví služeb a identifikace klientů (viz Hrdina, 2001).

cipiálně je identifikace klienta jasným požadavkem dalšího vývoje technologie kontaktní práce. Problémy s nedůvěrou klientů je možné právě využít jako součást procesu motivační práce. Cesta vystoupení klienta z anonymity, růstu jeho uvědomění ve smyslu co dominuje jako podstatné, co je reálnou hrozbou, přijetí vlastní odpovědnosti za svůj osud, je praktickým (nikoli teoretickým) cílem těchto postupů.

Poskytované služby

Formy a obsah práce kontaktních center tvoří podle Kudrleho a Kaliny (2001):

- všechny prvky včasné intervence, kdy usilujeme o včasný zásah do vývoje možné drogové kariéry – tedy prvky z primární prevence (edukace, poradenství, krizová intervence), ale také včasná intervence odklánějící škodlivé následky u těch, kteří již drogy užívají pravidelně (edukace v tomto směru, výměnné programy apod.)
- lékařské poradenství,
- kontakt na svépomocné aktivity,
- práce s motivační ke strukturované terapii,
- účelné vedení klienta a průběžné sledování postupu v léčbě
- prvky terapie, které se překrývají s ambulantní léčbou v ambulantních zařízeních (závisí na úrovni profesionalizace práce kontaktních center).

Obecně se do spektra služeb v kontaktních centrech zahrnuje:

- 1) *Kontaktní práce* – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Patří mezi hlavní aktivity nízkoprahového zařízení. Je realizována v kontaktní místnosti, která svým netradičně řešeným interiérem nabourává vžitě představy o charakteru zdravotnické instituce.
- 2) *Výměnný program* – výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu.
- 3) *Základní zdravotní péče* – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladná péče v případě potřeby⁷.
- 4) *Základní poradenství* – prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klientů. Týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, minimalizace těchto rizik, dále informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, zprostředkování léčby.

5) *Další krátkodobé intervence* – krizová intervence⁸, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.

6) *Strukturované poradenství a motivační trénink*: pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci). Často je pojímáno jako „vyšší stupeň“ služeb kontaktního centra, při němž klient vystupuje z anonymity a ze společenství v kontaktní místnosti a vstupuje do terapeutického či poradenského vztahu.

7) *Sociální práce* – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou, právní poradnou apod. Může jít o jednorázovou intervenci i „case management“ v oblasti sociální práce.

8) *Doplňkové služby* – hygienický servis (sprchování, praní prádla), potravinový servis (polévka, pečivo, čaj apod.), vitaminový servis. Spolu se základní zdravotní péčí tyto služby „zajišťují podmínky potřebné k přežití“ (SANANIM, 2002).

Součástí služeb je (přiměřeně úrovni kontaktu s klientem) zhodnocení psychosociálního stavu klienta, stanovení individuálního plánu péče a cílů práce, uzavření kontraktu a jeho průběžné revidování.

Tým zařízení

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. Kontinuální vzdělávání pracovníků kontaktních center pro problémové uživatele drog by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislosti, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence, motivačního tréninku.

Požadavky na *vedoucího programu* – podle standardů MZ i MPSV by měl být program řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem/manažerem, s praxí v oblasti sociální práce, speciálně pedagogické práce, zdravotní péče apod., s vyšším odborným, bakalářským nebo úplným vysokoškolským vzděláním příslušného směru.

⁷ Podle Akreditační standardů MZ (2001) má být základní zdravotní ošetření prováděno kvalifikovaným zdravotnickým personálem nebo zajištěno ve zdravotnickém zařízení. Dále se požaduje, aby byl písemně definován postup v případě akutních stavů a komplikací včetně zajištění příslušné zdravotní péče. Všichni zdravotníci mají být školeni v technikách kardiopulmonální resuscitace a poskytování první pomoci.

⁸ Viz Libra, kapitola 5/3, Krizová intervence.

Odborná zdatnost vedoucího programu je rozhodující: nemůže být pouze administrátorem technologie „káček“, jak se vytvořila s regionálními specifiky (podle transferu technologie z dříve založených do později založených). Má-li být manažerem programu, musí patřit do jeho repertoáru zhodnocení potřeb cílové skupiny a komunity na cílovém území působnosti, měl by mít jasný přehled o možnostech financování programu, vědět jaký personál program potřebuje, umět ho vybrat. Měl by umět personálu jasně popsat pracovní strategii a jejich pracovní pozice, kompetence, ustavit vnitřní strukturu týmu, pro působnost programu dobře vybrat místo či místa (nebo již existující zařízení), ustavit kontrakty mezi spolupracujícími organizacemi a v neposlední řadě uvažovat o tom, jak program perspektivně „prodat“ těm, kteří rozhodují o veřejných prostředcích. Tyto činnosti mají charakter cyklický, neboť potřeby cílové skupiny se vyvíjejí, mění se správná struktura, mění se priority centrálního financování často z hledisek úzce resortních, mění se místní zájmy, mění se obsazení týmu.

Kontaktní pracovníci: požadavky jejich metodického rozdělení na kontaktní a terénní (viz standardy MPSV), či na zdravotníky a „nezdravotníky“ není v praxi vždy v souladu s konkrétními potřebami a možnostmi. Zdá se, že určité „společné minimum“, které všichni pracovníci týmu mají ovládat, lze definovat na základě praxe. Tento společný základ kompetencí (minimálně pracovník zná, umí a ví, kdy použít – má k tomu informace, dovednosti i etické postoje) se týká oblastí: navázání kontaktu, udržení a rozvoj kontaktu, kontraktování služby, posouzení potřeb klienta, základní poradenství závislým, problémovým uživatelům i rodinným příslušníkům, přátelům klientů. Pracovníci by měli umět používat postupy krizové intervence, motivačního rozhovoru a práce, provázení klienta k jiným službám, poskytnutí primární zdravotní pomoci. Pracovníci by měli rovněž umět službu ukončit, stáhnout se, je-li neproduktivní, měli by umět její individuální efekt vyhodnotit. Ke společnému základu rozhodně patří i týmovost pracovníků a jejich loajalita, včetně zvládání konfliktů loajalitu (ve vztahových konfliktech ke společnosti, k financujícím subjektům, k představitelům vlastní organizace, ke klientům, k sobě). Dále všichni musí znát a umět vést agendu programu: výkaznictví činností, znát a postupovat podle pracovní strategie týmu. Pracují s lidmi – tedy musí být otevření osobnímu profesionálnímu růstu, dalšímu vzdělávání, měli by mít do své práce zakomponovány postupy prevence vyhoření. Spolupráce se

supervizorem je součástí obligatorního zadání, pozorování z praxe zobrazují markantní rozdíly mezi úrovní týmů, kde je prováděna pravidelná individuální supervize, a týmy, kde je supervize pouze „týmová“.

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 možnosti programu se jedná o regulérní pracovníky programu, častěji ovšem o externí pracovníky. Prostor pro uplatnění v programu mají sociální pracovníci, lékaři-specialisté (psychiatři, infekcionista, gynekologové), praktičtí lékaři, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové, zdravotní sestry. Zařazení specialistů do týmu má odpovídat potřebám cílové skupiny, profesionální úrovni týmu. Je ovlivněno koncepcí programu, jeho finančními možnostmi, dovednostmi manažera programu ve vyjednávání vzájemně užitečné a výhodné spolupráce. 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. Vyjednání kontraktu o spolupráci je třeba věnovat dostatek času, spolupráci pravidelně hodnotit, rekontraktovat.

Dobrovolní spolupracovníci – v této oblasti je využíváno bývalých uživatelů (někteří pracují v režimu příkazních smluv, někteří na částečný úvazek, někteří bezplatně), angažovaných zájemců, studentů relevantních oborů, duchovních. Prostor pro dobrovolníky je v aktivitách public-relations, v aktivitách podpůrných (strukturace času, pomoc s organizací svépomocných hnutí, v provozu nízkoprahových klubů jako doplňkových nástrojů atraktivitu programu, rozšířeného prostoru pro motivační práci a modelování alternativ nedestruktivního životního stylu). Bývalí uživatelé (vžito „ex-useři“) jsou často využíváni především v úvodních fázích programu pro navazování kontaktů s cílovou skupinou (známé a akceptovatelné postavy), pro práci v prostředí „skryté populace“. Může docházet ke konfliktu loajalitu, ke zneužití pracovníka i programu organizace. Jasný kontrakt je nutností. Pokud takoví pracovníci nevstoupí do procesu vlastní postupné profesionalizace, je jejich působnost časově ohraničena⁹.

Praxe a problémy kontaktních center v ČR

Výše popsané kompetence pracovníků kontaktních center nelze než získat časem. Praxe je obrazem procesu růstu od nevědomých

⁹ Viz též Adameček, RichtEROVÁ-TěMINOVÁ a Kalina, kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách.

a postupně vědomých nekompetencí k postupnému osvojování si vědomých i ne zcela uvědomovaných kompetencí. Začátek práce musí probíhat s pomocí a pod kontrolou zkušenějších a znalých. Lze upadnout do různých pastí, např. vývoj týmového sebeobrazu se může úvodní stabilizací programu ustálit do podoby známé z institucí s malátným managementem („takhle to děláme u nás, takhle se to dělalo vždycky“, „vedle jsou na tom ještě hůř“). Průběh vývoje programu nemusí být vždy dobrý (zvláště byl-li založen bez analýzy potřeb a zajištění podpory programu, nebo došlo-li k problematickému výběru týmu).

K hodnocení efektivity programu je třeba využívat hodnocení klienty služeb – hledání konkrétních forem a obecné rozšíření této praxe je v počátcích.

Kontaktní centra ve velkých městech nekonstatují nedostatek klientů (konstatují různé vlny poklesů a zvýšení). Byla založena na základě jasně pozorovatelné potřeby. V praxi se při korekcích programů využívá spíše metody „supermarketu“ (více využívané služby jsou posilovány, méně využívané „zboží“ je z regálů postupně stahováno). Atmosféra denní praxe kontaktních center ve velkých městech je charakteristická velkým počtem přichozích, pro které jsou často na navyklé trase, mnozí přicházejí již spíše pro instrumentální podporu či základní „zdravotní, sociální a potravinový servis“. Tým je nucen reagovat a akceptovat rušnější atmosféru, někdy nepřehlednost, agresivitu, na tendence k vytváření stále klientely „obsazující teritorium“. Přibývá klientů na hranici sociálního přežití. Je třeba hledat a měnit pravidla pro pobyt klientů v kontaktní místnosti, je třeba hledat prostor pro individuální kontakty, je třeba morální síly týmu k tomu, aby neslevil z individuálního přístupu. Podstatné jsou teritoriální možnosti kontaktních místností, hranice, vytvoření zón ve kterých je možné pracovat s intimní intenzitou kontaktu a vztahu s klientem, zón určených k různým formám pomoci. Pouhé doporučování do dalších služeb není vždy produktivní, zdá se, že služby je třeba poskytovat tehdy a tam, kdy a kam se klient dostaví. Je důležité sledovat, zda nezačínají převažovat služby doplňkové. „Zakázka“ klientů není svatá, často je třeba jí nastavit hranici a pracovat v kontinuu poskytování a odpírání.

Kontaktní centra v okresních městech (často založena na podnět okresních koordinátorů z potřeby, aby se začalo se „skrytou populací“ konstatovanou různými průzkumy pracovat, ovšem mnohdy sporně podpořena analýzou potřeb a s nimi korespondující návrh designu programu) si mnohde prošla obdobím „čekání na klienty“. Posléze si většina jejich týmů uvědomila, že princip „nizkoprahovosti“ není pouze reaktivní otevřeností (může přijít kdokoliv, nikoho neodmítneme), ale především pro-aktivním postupem a principem (víme-li, že potenciální klienti programu existují a nepřicházejí k nám, musíme hledat cestu k nim). Mnohá kontaktní centra zřizovala od počátku či postupem času terénní programy – tedy programy aktivního vyhledávání klientů. Ovšem pokud je program terénní kontaktní práce součástí programů služeb

kontaktního centra, nastává otázka, má-li se na něj někdo specializovat či mají-li tuto dovednost jako součást pracovní náplně obsahovat popisy práce všech pracovníků. Existují praktické zkušenosti se silnými a slabšími stránkami obou variant. Ostatně spor mezi univerzalitou a specializací je znám ze všech oblastí lidské činnosti, cesty k efektivitě mohou být různé. Osobně se domnívám, že má-li tým (a existují reálně jasné finanční limity pro dosažitelné plnění příjmové stránky rozpočtu) pouze na 4 pracovníky, je v jeho zájmu maximální univerzalita jeho členů (spolu s otevřením prostoru pro jednotlivce v tom, v čem je kdo dobrý).

V poslední době si pracovníci menších kontaktních center mimo velké metropole uvědomují, že počty klientů nelze srovnávat s počty klientů kontaktních center ve velkých městech. Přináší to úzkost někde existenční, měřítko a jasná (rozuměj bezpečná a perspektivní) pravidla financování scházejí. Je třeba jasného signálu o tom, že to neznamená neproduktivitu těchto pracovišť (ostatně jejím měřítkem nejsou počty klientů, ale doložená změna v chování jednotlivců a skupin, porovnání ukazatelů v regionu, trendy vývoje). Vývoj těchto center naznačuje vůli pokračovat směrem k větší intenzitě případové práce (je známa těžká dosažitelnost specialistů na práci s adolescenty v oblastech). Dále naznačuje tendence rozšíření nabídky programů. Je opouštěn „katechismus“ přístupu harm-reduction a uvažuje se (či se již provádějí) o preventivních programech, o spolupráci s probační a mediační službou, o účasti v následném provázení klienta po absolvování léčby. Podoba takových zařízení by pak mohla připomínat agentury, kde profesionálně zdatní pracovníci zajišťují služby pro náročné klienty, kteří je potřebují nejvíce, a svoje „portfolio“ rozšiřují i na jiné aktivity, ve kterých mohou zúročit svoje zkušenosti, znalost problematiky, nákladné tréninky. Většina lidí v Čechách nežije ve velkých městech.

Návaznosti v systému

Kontaktní centra jsou „dveřmi do systému služeb“; spolupráce, předávání klientů, koordinovaná práce prostupující hranice různých organizací z různých resortů však bývá nejtěžší klíčovou položkou tvorby systému. Schází konsensus upravující podobu sítě služeb a formy účinné spolupráce v ní.

Kontaktní centra jsou tč. vázána povinností předávat údaje hygienickým stanicím (hlášení do registru problémových uživatelů), spolupracují s praktickými lékaři (někteří klienti mají potíže s dosažením na základní lékařskou péči z důvodů různých indispozic, např. problémy se zdravotním pojištěním), s ambulantními psychiatry (komplikace, duální diagnózy, závažné psychické poruchy), s programy detoxifikace, s terapeutickými komunitami (funkce již zmíněného dg. filtru, příprava na vstup do komunity), se stacionáři (komponované programy, psychoterapeutická pomoc, rodinné intervence), s psychiatrickými léčebnami a odděleními (potřeba intenzivní intramurální péče), s právními po-

radnami (konzultace problémů klientů v konfliktu se zákonem, zastupování klientů v různých fázích trestního řízení), s probační a mediační službou (spolupráce na možném odklonu trestu, jsou-li splněna kritéria), se zařízeními sociální péče (možnosti podporovaného bydlení, práce, příspěvků).

Citlivým polem je hledání forem spolupráce s policií, dochází ke konfliktu loajality vůči klientům a vůči represivním postojům (či předpokládaným represivním postojům) policie. Nezbyvá než testovat možnosti míry shody a jednat o konkrétních problémech s konkrétními policisty. Prostor, ve kterém pracovníci kontaktních center a policisté operují, se překrývá. Kontaktní pracovník se může v terénu ocitnout „v nesprávný čas na nesprávném místě“ a uvést se do podezření z podpory trestné činnosti. Pracovní strategie by měla jasně obsahovat pravidla pro komunikaci s policií chránící oprávněnou integritu klienta, pravidla prokázání se policii, pravidla „kryjící záda“ především terénním pracovníkům. Výsledky včasného konstruktivního přístupu ve vyjednávání s policií o označení rizikových ploch jsou někdy překvapivě produktivní, i případní názoroví protivníci si mohou vážít práce druhého a nepovažovat ho za nepřítele.

Veřejnost má místy sklony považovat kontaktní pracovníky za skryté podporovatele neodpovědných „feťáků“, kteří nepřípadně matou své klienty či utrácejí peníze z daní „řádných“ občanů¹⁰. Proto jsou nutná opakovaná „mission statement“ – tedy prohlášení o cílech a postojích organizace – ve věci postoje k závislostem, aktivní politika. Cílem je jasně sdělit, že principiální nesouhlas s podporou návykového chování se nerovná diskriminaci a ostrakizaci jakýchkoliv sociálních skupin a jejich vyloučení ze služeb. Že množství lidí zneužívajících návykové látky jsou řádnými a úspěšnými (prospěšnými) členy společnosti. Že profesionálním přístupem je zaujímat postoje a vytvářet programy na základě racionální analýzy a ověřování efektivity. Domnívám se, že na místě je i požadovat odpovídající společenské ocenění této nelehké práce, dobrá práce se totiž nechválí sama.

Summary

Low Threshold Contact Centres

Low threshold contact centres ("drop-in" centres) are the facilities fit for the users that, at the given time, can accept only a low threshold treatment and assistance. This type of centres was developed in the CR in the 1990s and it has already gained official recognition and formal framework (quality standards). The elementary form of this work is the early intervention, either preventing the drug career development or reducing risks of problem drug usage. The elementary

services are: counselling, crisis intervention, exchange programme, education, motivation training. Contact centres are "doors to the system of services", however, a consensus on the network of services and effective collaboration within it is missing. The management of these programmes also needs a special attention, from the need assessment and programme design at the beginning to the evaluation of effectiveness, cost analysis and public relations.

Key words: contact centres ("drop-in" centres) – counselling – early intervention – harm reduction – low threshold services

¹⁰ Jako metaforu tohoto problému připojuje autor osobní zkušenost s rozpravou s Davidem, vedoucím „Safe Community Drug Agency“ (jednoho kontaktního centra v Londýně) z léta 2001: „Podle mé zkušenosti to bylo prvních 15 let existence centra hlavně o utváření vztahů s veřejností.“

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
- Hrdina P.: Problémy evidence a dokumentace klientů nízkoprahových zařízení, Adiktologie (Scan Tišnov), roč. 2, č. 1, 2001
- Krch F., Sadílek P., Csémy L.: Protidrogové programy v České republice – Analýza institucionálního kontextu. Výzkumná zpráva. Lékařské informační centrum, Praha, 2001
- 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, sv. 64. Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců MS, Praha, 2001
- MPK: Národní strategie protidrogové politiky na období 2001 – 2004. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
- MPK – Rada vlády ČR pro koordinaci protidrogové politiky: Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Úřad vlády ČR, Praha, 2002
- Pfeiffer J., Baudiš P. a kol.: Koncepce oboru psychiatrie. Pracovní materiál. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 1997
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- SANANIM: Výroční zpráva o. s. SANANIM za rok 2001. SANANIM, Praha, 2002
- Sekce Harm Reduction A.N.O.: Odborná garance a supervize v programech Harm Reduction. Pracovní materiál. A.N.O., Praha, 2000
- Standardy sociálních služeb. Pracovní verze. MPSV ČR, Praha, 2000
- Standardy kvality sociálních služeb – Registrační standardy. MPSV ČR, Praha, 2002

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

Typové charakteristiky ambulantní péče

Podle představ Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) se ambulantní péče o závislé poskytuje především v ambulantních léčebných střediscích, odpovídajících našim ordinacím AT pro prevenci a léčbu závislosti, a ve střediscích strukturované denní péče, která odpovídají našim denním stacionářům¹. Další ambulantní péči poskytují střediska zdravotně sociálních služeb, která zatím nemají u nás samostatná zařízení, a nízkoprahové agentury odpovídající našim kontaktním centrům. Kromě toho se připouštějí další možná specifická zařízení ambulantní péče, která nejsou zařaditelná do zařízení výše uvedených.

Tato kapitola se věnuje odborné ambulantní *lékařské (zdravotní)* péči o osoby, které mají problémy (zdravotní i sociální) s užíváním návykových látek.

Specializovaná ambulantní lékařská péče by měla být dostupná pro všechny potřebné pacienty a zajistit tuto službu v plném rozsahu. V ČR tuto péči zajišťovala do roku 1992 celostátní síť zdravotnických zařízení s jednotnou náplní a názvem ordinace AT pro prevenci a léčbu závislosti. Jejich počet v České republice byl okolo 160 a zajišťoval plně dostupnost této specializované zdravotnické služby. Reorganizační změny, zejména privatizace ambulantních služeb, vedly k tomu, že většina lékařů (privátních psychiatrů) se přestala touto problematikou zabývat z nejrůznějších důvodů, zejména pro obtížnost práce a nedostatečné finanční ocenění (viz též Skála, 1995)². To způsobilo kromě jiného i nedostatečnou dostupnost specializované ambulantní lékařské péče o pacienty s abusem návykových látek.

Model ordinace AT pro prevenci a léčbu závislosti představuje podle našeho názoru optimální a z domácí tradice vycházející naplnění pojmu ambulantního léčebného střediska podle EMCDDA.

Terapeutický tým, provoz zařízení

Zařízení má řídit kvalifikovaný lékař, s praxí v oboru a dle možností i s atestací z oboru AT. Optimální tera-

peutický tým se skládá z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, nejméně ze dvou zdravotních sester, jedné sociální pracovníce 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, psychoterapeutických 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.

Provoz ordinace AT je zajištěn po celou pracovní dobu v týdnu, o víkendech a svátcích pak podle potřeby (např. při realizaci metadonového programu). Oblast působení ordinace AT je velmi široká – viz *Tab. 1, Tab. 2*.

Cílová populace

Cílovou populací jsou všechny potřebné osoby bez omezení věku, pohlaví, vzdělání nebo zaměstnání. Jedná se jak o děti ze základních škol tak i o středněškoláky a vysokoškoláky, zaměstnance v pracovním poměru, nezaměstnané a osoby v důchodovém věku nebo v invalidním důchodu.

Přístup do ordinace AT mají nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Nezáleží na tom, zda se jedná o člověka motivovaného k abstinenci nebo přinuceného nějakým ultimatem (rodičů, manželky) k návštěvě ordinace AT. Mezi klientelu patří i pacienti, kterým byla léčba uložena soudem jako ochranná protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba, nebo léčba alternativní ukládaná místo trestu. Dále také osoby, kterým byla soudem určena povinnost zdržet se užívání alkoholu nebo ostatních nealkoholových drog.

¹ Viz Kalina, kapitola 8/5, Denní stacionáře.

² Viz též Libra, kapitola 8/3, Nízkoprahová kontaktní centra; Kalina, kapitola 8/5.

Vítanými návštěvníky ordinace AT jsou rodiče, příbuzní, partneři, spolužáci – všichni, kdo jsou ve styku s člověkem, který má problémy s užíváním návykové látky. Mezi cílovou populací patří i gambleři, u kterých je patologické hráčství většinou spojeno s užíváním návykových látek.

Pacienti, kteří by se obávali nějakých následků plynoucích z návštěvy ordinace AT, např. „označování“ na „alkoholika“ nebo „toxikomana“, mohou požádat o *anonymní* vyšetření a ošetření a být vedeni pod heslem nebo jménem, které si sami určí.

Spektrum návykových látek tvoří: alkohol, tabák, léky, inhalační drogy a všechny ilegální drogy (viz *Tab. 1*).

Lékařské vyšetření³

Anamnéza

Každý nový pacient je komplexně vyšetřen lékařem. Vyšetření se týká jak somatického tak i psychického stavu pacienta. Důležitou součástí vyšetření je anamnéza. Ta se skládá ze dvou částí, objektivní a subjektivní. *Objektivní anamnézu* uvádí doprovázející osoba, rodič, partner, škola. *Objektivní anamnéza* umožňuje pohled na problémy pacienta z různých stran a pacient má v průběhu léčby možnost k těmto údajům zaujmout své stanovisko. Zdroj nemusí být uveden a objektivní anamnéza je tak ověřena i pohledem pacienta.

Subjektivní anamnéza poskytuje důležité údaje o okolnostech užívání návykové látky, o začátcích a způsobu jejího užívání a o výši užívaných dávek i frekvenci jejího užívání. Je potřebné znát i názor pacienta na případné předcházející léčby, na pokusy o abstinenci nebo omezení užívání návykové látky.

Osobní anamnéza by měla blíže osvětlit i vývoj pacienta v dětství a vlivy, které působily na jeho myšlení a jednání. Pacient by měl uvést i své kontakty s dalšími uživateli, své pocity při pobytu v drogové subkultuře, chování vrstevníků a další údaje, které lze doplňovat i v průběhu léčby.

Vždy je potřebné zjistit případnou genetickou zátěž pacienta, náhled na léčbu a abstinenci a všechny motivační prvky působící na jeho náhled. U pacientů s abusem alkoholu lze postupovat podle multifaktoriálního dotazníku podle Skály, u pacientů s abúzem nealkoholových drog podle dotazníku Rady Evropy nebo podle ASI⁴.

Klinické vyšetření

Klinické vyšetření se týká osobnosti pacienta a jeho somatického a psychického stavu. Charakteristické prvky osobnosti může nejlépe stanovit klinický psycholog, ostatní vyšetření je na lékaři. *Orientační psychiatrické vyšetření* se týká zejména aktuálního stavu pacienta a stavů pod vlivem návykové látky, psychického stavu při odeznívání návykové látky a cravingu spočívajícího zejména v neodolatelné touze užít drogu. Potřebné je věnovat se i stavům při syndromu z odnětí (odvykacím stavům) a možnosti jejich ovlivnění. Nutné je identifikovat i případné duální diagnózy.

Akutní psychotické stavy, nejčastěji toxické psychózy, patří do specializované ústavní léčby. Agresivní pacienti lze obvykle zvládnout empatickým postojem k pacientovi.

Nutné je počítat i s projevy negativismu a na druhé straně s projevy agravace a simulace. Jde zejména o předstírání odvykacího syndromu pro získání substitučního léku, když pacientovi dojdou peníze na nákup jeho drogy.

Orientační somatické vyšetření se týká neurologického vyšetření – zejména možných ataxií, změn a stavu zornic, Rhombergova postoje, schopnosti pohybu, zejména chůze a palpační citlivosti periferních nervů. Interní vyšetření pak sleduje hlavně zjištění krevního tlaku, pulsu, srdeční akce, dýchání a stavu jater.

Laboratorní a pomocná vyšetření

Klinické vyšetření je potřebné doplnit laboratorními a dalšími pomocnými vyšetřeními. Z laboratorních vyšetření je nutné provést kvalitativní vyšetření moče (možno provést přímo v ordinaci pomocí testovacích papírků – zejména pH, bílkovinu, krev, hemoglobin, ketony, bilirubin, dle potřeby pak moč a sediment). Dále kompletní biochemické vyšetření v laboratoři: vyšetření krevního obrazu a serologické vyšetření na virové hepatitidy A, B, C. Vysokou záchytnost má zejména u injekčních uživatelů drog vyšetření na infekční hepatitidu typu C⁵, která často probíhá skrytě a přechází do chronického stadia s následnou cirhózou a rakovinou jater. Vyšetření HIV lze dnes již běžně provádět ze slin a je potřebné zejména u injekčních uživatelů drog. V indikovaných případech je potřebné provést i vyšetření na STD – sexuálně přenosné choroby nebo vyšetření na graviditu.

³ Viz též Nešpor, kapitola 4/1, Úvod do problémů diagnostiky a matchingu; Kalina, kapitola 4/9, Diagnostické závěry a indikace k léčbě.

⁴ Viz Kalina, kapitola 4/9, Diagnostické závěry a indikace k léčbě.

⁵ Viz Hobstová a Minařík, kapitola 4/4, Hepatitidy a AIDS.

Důležitým pomocným vyšetřením je toxikologické vyšetření moče na přítomnost drog a jejich metabolitů⁶. Přímo v ordinaci AT je možné použít rapid testů, jejichž výhodou je rychlé zjištění výsledku, uplatňující se zejména při provádění substituční terapie nebo odeslání moče do toxikologické laboratoře, kde je vyšetření validnější, ale trvá delší dobu. Podle potřeby lze provést další vyšetření, např. kvantitativní vyšetření na kyselinu hippurovou u pacientů inhalujících toluen.

Mezi pomocná vyšetření patří EEG, nezbytně nutné při projevech epilepsie, zejména grand mal, který se může objevit při náhlém přerušení užívání benzodiazepinů. RTG plic přichází do úvahy zejména u starších pacientů. EMG – elektromyografie pak u pacientů s periferní polyneuropatií. Pro vyšetření některých orgánů, zejména jater, je u indikovaných pacientů třeba provést sonografické vyšetření, eventuelně vyšetření počítačovou tomografií.

Podle potřeby pak lze požádat o konziliární vyšetření příslušného odborníka. Na příklad u pacientů, u kterých byl zjištěn v ordinaci AT nový případ diabetes mellitus, je možné ho předat do péče diabetologa a podobně.

Navázání prvního kontaktu

K navázání prvního kontaktu s pacientem dochází již při odebrání osobní anamnézy, která má být zaměřena nejdříve na obecnější problémy a postupně pak na užívání návykových látek. Pacient je pak ochotnější ke spolupráci a postupně se seznamuje s jednotlivými pracovníky terapeutického týmu a s prostředím, do kterého dochází.

K personálu i k prostředí si pacient potřebuje vytvořit kladný vztah, aby se vracel beze strachu a bez obav tam, kde už jednou byl. Někteří pacienti při první návštěvě trpí úzkostí a hrůzou z toho, co se s nimi bude dít a jaké to pro ně bude mít následky doma, v práci, ve škole. Je proto již při prvním setkání potřebné zbavit je těchto zbytečných obav. Navázání kontaktu je nejlepší ihned při první žádosti, bez odkladu, i kdyby mělo jít jen o první orientační kontakt.

Psychosociální zhodnocení stavu pacienta a stanovení diagnózy je potřebné již při prvním komplexním vyšetření. Samozřejmě psychosociální hodnocení se může v průběhu léčby měnit. Stejně tak dochází i k upřesňo-

vání nebo doplňování diagnózy (event. dalších diagnóz) a k úpravě terapie.

Prevence a léčba

Léčebnou péči o pacienta nelze oddělit od poradenství a preventivních aktivit. V oblasti *primární prevence* pracovníci ordinace AT mohou provádět primární prevenci podle požadavků škol a institucí, pokud na to mají dostatek času. Primární prevence je proto jen příležitostná, ale efektivní, protože je prováděna se znalostí situace v terénu. Oblast *sekundární prevence* je pak nezbytnou součástí léčebné péče. U všech uživatelů drog, nejen u těch se škodlivým užíváním, má sekundární prevence zabránit vzniku a rozvoji závislosti a u závislých vzniku a rozvoji psychických a somatických komplikací užívání návykových látek. Nelze tedy od sebe zcela oddělit péči preventivní a léčebnou: proto mluvíme o léčebné preventivní péči.

Každá léčebně preventivní péče by měla mít prvky biopsycho-sociální. Lze proto rozdělit tuto péči na tři základní pilíře: 1) psychoterapii, 2) farmakoterapii, 3) socioterapii.

Léčbu je nutno přizpůsobit stavu pacienta, druhu užívané návykové látky a dalším okolnostem, které se mohou měnit i v průběhu léčby. Přístup k pacientovi je vždy individuální, protože každý pacient má svoje osobní, společenské a zdravotní specifika. Na nich je založen individuální léčebný plán, který obsahuje vždy všechny základní pilíře terapie.

Psychoterapie

Zdravotnický personál by měl mít vstřícný a trpělivý přístup ke každému pacientovi, snažit se o empatii a chápat, proč se pacient chová tak, jak se chová. Každý pacient by měl mít přístup k *individuální psychoterapii*, která může zabrat část doby kontroly pacienta v ordinaci, ale je potřebné, aby se pravidelně opakovala a pacient cítil, že někdo má opravdový zájem o jeho potíže⁷.

Rodinná psychoterapie je potřebná k vyřešení vztahů v rodině a pokud se jedná o mladistvé toxikomany (pacienty), je vhodné informace rodičům poskytnout formou rodičovských skupin, kde si mohou vzájemně sdělovat své potíže a zkušenosti. *Partnerská psychoterapie* je potřebným doplňkem tam, kde pacient má stálého partnera a je potřebné, aby tento partner pochopil pro-

⁶ Viz Nešpor, kapitola 4/7, Toxikologické vyšetření – laboratorní a screeningové testy.

⁷ Individuální psychoterapie může mít podpůrný charakter, v případě odpovídající kvalifikace příslušného terapeuta lze provádět systematickou individuální psychoterapii. Více viz kapitoly v části 6: Miovský a Bartošiková, kapitola 6/3, Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislých; Miovský, Bartošiková a Kalina, kapitola 6/4, Terapeutický vztah; Miovský a Bartošiková, kapitola 6/5, Hlavní psychoterapeutické přístupy.

blémy pacienta a snažil se mu pomoci v jeho úsilí o vysazení drogy a návrat do normálního života⁸.

Skupinová psychoterapie uživatelů nealkoholových drog se v začátcích rozšiřování ilegálních drog ukázala jako nevhodná, protože sezení sloužila k vzájemnému poznávání a sdělování zkušeností a případnému obchodování s drogami (před sezením nebo po něm). V současné době již toto nehrozí, protože došlo k masivnímu užívání drog, uživatelé mají své dodavatele a navzájem se dobře znají. Je možné použít různých metod a forem skupinové psychoterapie podle erudice terapeuta⁹.

Farmakoterapie¹⁰

Farmakoterapie slouží k ovlivňování závislosti, k zabránění nebo léčbě komplikací vznikajících při užívání drog a případných provázejících onemocnění.

Farmakologická léčba závislosti může být zaměřena na dosažení abstinence nebo na vyloučení škodlivého způsobu užívání nebo na náhradu užívané drogy lékem s menším rizikem užívání. Farmakoterapie komplikací se řídí druhem komplikací a jejich rozsahem. Zasahuje prakticky do všech oborů medicíny. Důležitá je léčba komorbidit, které se vyskytují spolu se závislostí na určité návykové látce, protože úspěch léčby závislosti může být zlepšen úpravou komorbidních onemocnění.

Socioterapie

Socioterapie usiluje o návrat pacienta do společnosti, do rodiny, do školy, do práce, do běžného života bez drog. Slouží k tomu celá řada zařízení, se kterými ordinace AT v systému péče úzce spolupracují (viz oddíl „Návaznosti v systému péče“). Pacienti ale potřebují již během docházky do ordinace AT řešit celou řadu sociálních problémů: mají na příklad i problém s obstaráním občanského průkazu, s udržením kontaktu s úřadem práce, s vyřízením sociálních dávek a podobně. Tyto problémy (a mnohé další) řeší sociální pracovnice, která je součástí terapeutického týmu.

Vhodným doplňkem ambulantní léčby jsou rehabilitační pobyty, ale není v možnosti všech ordinací AT je realizovat z personálních, časových a finančních důvodů. Do programu rehabilitace a resocializace pacienta spadá i docházka do socioterapeutických klubů a zájmových skupin Anonymních alkoholiků a Anonymních toxikomanů.

Následná péče

Následná péče spočívá ve sledování zdravotního stavu a sociální situace pacienta, postupně v prodlužujících se intervalech po dobu nejméně pěti let. Jejím cílem je dokončení rehabilitace a resocializace pacienta a jeho návrat do plnohodnotného života. Jedním z hlavních prostředků k dosažení tohoto cíle je abstinence.

Po několikaleté abstinenci a stabilizaci životního stylu (až 5 let dle zkušeností autora) lze pacienta vyřadit z evidence. K dlouhodobé spolupráci nelze pacienty žádným způsobem nutit, ale většinou dobře akceptují prodlužující se přestávky mezi kontrolami a pokud potřebují, dostaví se na kontrolu i dříve než v domluveném termínu. Pacienti, kterým se nedaří abstinovat nebo předčasně ukončí léčbu, se ponechávají v evidenci a je jim dána možnost kdykoli se v případě potřeby obrátit na pracovníky zařízení. K dispozici zůstává i dokumentace pacienta a je pak možné využít všechny dostupné údaje, když se pacient znovu objeví, třeba i po delší přestávce.

Vedení dokumentace, statistika, hodnocení efektivity

Ordinace AT je povinna vést zdravotnickou dokumentaci pacienta, kam zaznamenává všechny důležité údaje o diagnostice a léčbě a dalších okolnostech v průběhu léčby. Zdravotnická dokumentace musí zachycovat i následnou péči po předcházející komplexní léčbě.

Ordinace AT zaznamenává všechna potřebná statistická data pro Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a pro potřeby hygienické služby. Stává se tak základním informačním článkem pro tyto instituce. Efektivita je hodnocena hlavně podle počtu abstinujících pacientů a pacientů zlepšených léčbou, včetně pacientů v substitučních programech.

Návaznosti v systému péče

Ordinace AT se svým souborem služeb představuje v podobě, která je zde popsána, základní článek zdravotní péče o uživatele návykových látek a závislé. Jejím nezdravotnickým předstupněm může být nízkoprahové kontaktní centrum, sama však často bývá místem prvního kontaktu. Další návaznosti jsou především na ústavní léčbu, komplexní a systematická ambulantní péče však může její potřebu nebo délku u mnoha pacientů snížit. V oblasti socioterapie a rehabilitace pak

⁸ Viz Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.

⁹ Viz Miovský a Bartošiková, kapitola 6/5, Hlavní psychoterapeutické přístupy, oddíl „Skupinová psychoterapie“

¹⁰ Viz Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie závislosti, psychopatologických komplikací a komorbidit; dále Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace – speciální postupy u jednotlivých návykových látek, a kapitola 5/7, Detoxifikace.

jsou užitečné návaznosti na terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněné bydlení apod. Odborná ambulantní péče má značné možnosti pro rozsáhlou a různorodou klientelu. Její malá dostupnost v současnosti a nedostatky v jejím poskytování pochopitelně zvyšuje tlak na jiná, zejména lůžková zařízení nebo vede k tomu, že se řada pacientů do léčby vůbec nedostává.

Summary

Medical Ambulatory Care

A specialised medical ambulatory care for patients with drug dependence and drug-related health and social problems is an inevitable part of the care system. The author presents this type of care on the model of the "AT (alcoholism and toxicomania) medical centre" which has proved to be efficient in the national tradition and which also complies with the EMCDDA requirements. The specialised medical ambulatory care can develop a wide range of activities tackling problems of alcohol abuse, smoking, pharmaceu-

tical dependence, abuse of volatile substances and illicit drugs, and gambling. Patients under treatment ordered by court or with alternative treatment are also treated. The services provided include prevention, diagnostics, pharmacotherapy, psychotherapy, social rehabilitation, and also consilliary and consultative activities. Although ambulatory care has a large potential, there is a big problem with the low accessibility of this type of care caused by the systemic changes introduced in the 1990s.

Key words: ambulatory care – "AT (alcoholism and toxicomania) medical centre" – medical treatment – pharmacotherapy – substitution

Tab. 1: Oblasti působení ordinací AT

ABUSUS ALKOHOLU	ve společnosti v současné době zanedbávaná problematika, vývoj závažnějších komplikací, reklama, mýty o léčebném účinku alkoholu
KOURENÍ TABÁKU	málo poraden pro odvykání kouření, menší sociální problémy způsobují nedostatečný zájem společnosti i přes obrovský negativní dopad na zdraví
ABUSUS LÉKŮ	Zneužívání léků v nepřiměřených dávkách, stoupající tolerance, vznik lékové závislosti Zneužívání léků k výrobě ilegálních drog (prekurzory)
INHALAČNÍ DROGY	Technické prostředky (lepidla, ředidla, rozpustidla) obsahující prchavé látky zneužívané jako inhalační drogy. Některé uvedené v tabulce Pomocných látek podle Úmluvy OSN (příloha 10 k zákonu č. 167/1998), ale jejich užívání není nijak omezené!
ILEGÁLNÍ DROGY	Široká paleta všech zneužívaných přírodních a syntetických drog zakázaných podle Úmluv OSN
GAMBLING	Závislost mimo oblast psychoaktivních látek, často ale spojená s užíváním návykových látek, zejména alkoholu

Zdroj: autor

Tab. 2: Činnost ordinací AT

PREVENCE	primární – na požádání sekundární – prevence vzniku závislosti, komorbidity komplikací psychických, somatických, infekčních (HIV/AIDS, hepatitidy) terciární – prevence relapsu a recidivy
DIAGNOSTIKA	Anamnéza subjektivní, objektivní klinické vyšetření psychiatrické, interní, neurologické laboratorní – biochemie, KO, Toxiko (včetně rapid testů, sérologie VHBC) doplňkové – sono, EKG, EEG, RTG, spirometrie
TERAPIE	Psychoterapie – individuální, rodinná, partnerská, skupinová farmakoterapie – vlastní závislosti, syndromu z odnětí, detoxifikace, substituční léčba, léčba psychických a somatických komplikací hospitalizace na speciálních lůžkách (PL, TK) zapojení do socioterapeutických klubů a samosprávných organizací AA (AT)
REHABILITACE	návrat psychických a somatických schopností pacienta, zlepšování kondice
RESOCIALIZACE	zařazení do společnosti, školy, práce, rodiny, podnikání zprostředkování pobytu v terapeutických komunitách
SPOLUPRÁCE KONZILIÁRNÍ	lůžková zařízení – ARO, JIP, interna, chirurgie, neurologie ambulantní zařízení – obvodní lékaři, privátní psychiatrii ostatní zdravotnická zařízení – lékárny, laboratoře, komplement
SPOLUPRÁCE KONZULTATIVNÍ	Nezdravotnická zařízení sociálního charakteru a instituce: kurátoři, OPD, azylové domy, zaměstnavatelé, úřady práce, chráněná pracoviště soudy – probační a mediační služba: ochranné a alternativní léčby
POSUDKOVÁ ČINNOST	Posuzování schopnosti z hlediska AT k výběru zaměstnání dorostu, k určité práci – dospělí, k vojenské službě – branci, k řízení motorových vozidel, k držení střelné zbraně
ZNALECKÁ ČINNOST	soudní znalci v oboru AT
PUBLIKAČNÍ ČINNOST	odborné časopisy, tisk, rozhlas, televize
ADMINISTRATIVA	běžná pro dané zařízení podklady pro statistiku ÚZIS podklady pro drogovou epidemiologii

Zdroj: autor

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. Standard B3 – Ambulantní péče (zpracoval K.Hampl). MZ CR, Praha, 2001

■ Hampl K.: Řešení problematiky abúzu alkoholu a ostatních drog na úrovni ordinací AT. Kandidátská práce. Katedra psychiatrie, 1. lékařská fakulta UK, Praha, 1997

■ Okruhlica L.: Praktický význam reverzibility syndrómu závislosti od psychoaktivních látek. Alkoholismus a drogové závislosti, roč. 36, č. 4 – 5, str. 205 – 210, 2001

■ Skála J.: Psychoterapie osob závislých na alkoholu. In: Růžička J.(ed.): Psychoterapie II. Sborník přednášek. Triton, Praha, 1995

Další literatura týkající se ambulantní péče o závislé je k dispozici u autora v rozsahu několika dalších desítek publikací.

Klíčová slova: denní stacionář – denní program – intenzivní ambulantní péče – přípravné skupiny – strukturovaný program

Význam, vývoj, rozšíření

Denní stacionář (též denní centrum, denní klinika, v ČR někdy denní sanatorium) je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychotherapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Má význam tam, kde člověk s různými zdravotními či sociálními potřebami sice má kde bydlet, ale nemůže být nebo neměl by být sám doma nebo je pro něj nedostačující běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytný pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci.

Rozvoj tohoto typu zařízení v oblasti péče o duševní zdraví¹ je nerozlučitelně spojen s psychiatrickými reformami na Západě v 60. – 80. letech, s humanizací psychiatrie a zvažováním práv a potřeb jejích pacientů, s větším porozuměním rodinným a sociálním systémům a vzrůstajícími možnostmi pomáhajících intervencí, s trendy deinstitucionalizace, komunitní péče² a sociální integrace pacientů či klientů – a v neposlední řadě rovněž s hodnocením účinnosti různých typů péče a zaměřením na její finanční náklady³.

V *léčbě závislých* se zařízení poskytující denní péči dostávají ke slovu později, v 80. a 90. letech. Objevují se – spolu s dalšími typy zařízení a programů – jako výraz poznatků, že účinnost léčby je také podmíněna tím, zda a do jaké míry určitý léčebný program odpovídá na rozličné profily, potřeby a problémy klientů. Universální model dlouhodobé léčby v terapeutické komunitě (s prakticky jedinou alternativou či návazností v podobě systematického docházení do svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků či narkomanů) u řady klientů selhával a teze „klient se musí přizpůsobit

léčbě“ se začínala obracet. Řada zemí začala odmítat hradit z veřejných finančních zdrojů opakované dlouhodobé pobyty v terapeutických komunitách jako neefektivní a hledala účinnou alternativu právě v denních programech. Během let se *intenzivní denní péče* typově vyhranila, standardizoval se její obsah a způsob provádění, byly definovány její indikace a také se vedly a dodnes vedou polemiky o jejich výhodách a nevýhodách – viz *Tab. 1*.

Denní stacionáře jsou relativně novou možností v léčbě a péči o lidi zneužívající návykové látky. Nejsou dosud příliš rozšířené. Údaje z Anglie za r. 1998 (Dale a Hamilton, 1999) uvádějí v této nejlidnatější části Velké Británie 14 zařízení pro klienty závislé na nelegálních drogách, která splňují požadavky národních standardů. V ČR v r. 2001 existovalo 6 programů pro uživatele nelegálních drog s názvem „denní stacionář“, standardům zahraničním i domácím však zřejmě v plné míře odpovídá pouze jeden⁴.

Základní charakteristiky, principy a cíle

Strukturovaný program

Podstatou intenzivní denní péče je *strukturovaný program*, jehož principy převzala denní centra pro závislé nejen z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné, s nimiž často koexistovala v jednom městském společenství. Strukturovaný program je definován jako léčebný (případně léčebně-výchovný či léčebně-resocializační) program s následujícími charakteristikami: 1) přesný časový rozvrh, 2) soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí, 3) vyvážená skladba programů: skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní, aktivity sportovní, kulturní, klubové apod., 4)

¹ „Mental health care“ – Mental Health je pojem používaný v souvislosti s reformou psychiatrie. Klade důraz na práva pacientů/klientů, deinstitucionalizaci služeb, komunitní péči. V širším pojetí dnes zahrnuje i oblast závislosti. Kromě duševně nemocných a drogově závislých se denní péče uplatňuje rovněž u seniorů, zdravotně postižených, chronicky nemocných dětí apod.

² Komunitní péče usiluje řešit problém klienta co nejlépe jeho původnímu sociálnímu prostředí nebo v prostředí, které se běžnému sociálnímu prostředí co nejvíce podobá. Usiluje o *sociální integraci* klienta, podporuje ho v tom, aby se do přirozeného lidského společenství v maximální možné míře začlenil a byl v něm schopen žít. Obecně ve zdravotních i sociálních službách platí, že ústavní péče by měla být využívána tehdy a jen tehdy, jestliže všechny ostatní možnosti byly vyčerpány nebo je pro závažnost stavu klienta či pacienta použít nelze.

³ U nás vznikala první „denní sanatoria“ v 70. a 80. letech: v Praze Denní sanatorium Horní Palata (1971, pro neurozy, Knobloch), Denní socioterapeutické sanatorium ve Fakultní nemocnici v Praze 2 (1982, pro psychózy a hraniční poruchy osobnosti, Kalina) a Denní psychotherapeutické sanatorium Ondřejov v Praze 4 (1986, pro psychózy, Jarolimek).

⁴ Denní stacionář-psychotherapeutické centrum SANANIM v Praze, založený v r.1996 jako první zařízení tohoto typu pro drogovou klientelu v ČR. Jeho denní program byl jedním ze zdrojů formulování příslušné speciální sekce Akreditačních standardů (2001) – druhým zdrojem byly některé standardy zahraniční, podle nichž byl vlastně projekt DST SANANIM koncipován a uveden v život.

v denní, ústavní a rezidenční léčbě rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržený do 5 pracovních dnů. Smyslem strukturovaného programu je nabídka komplexu podnětů, působících na různé složky klientovy osobnosti a úrovně jeho psychiky s cílem navodit změnu sebepojetí, postojů a chování.

Intenzita

Strukturovaný program v denní péči o drogově závislé by měl podle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4 – 5 hodin denně po 5 dní v týdnu⁵, v praxi jde ale často o více hodin denně podle teze „program by měl trvat stejnou dobu jako vyučování nebo práce“. Obvykle je založen na skupinové terapii a uplatňují se v něm prvky terapeutické komunity. Prevence relapsu a práce s rodinou má být nezbytnou součástí denní péče. Důraz je kladen na nezávislost jedince a jeho odpovědnost. Programy tohoto typu klientovi umožňují zachovat síť rodinných a sociálních vztahů (pokud existují) i po dobu léčby (Glosář, 2001).

V podobném duchu definují intenzivní denní péči české Akreditační standardy (2001). Pacient/klient denního stacionáře by se měl účastnit strukturovaného programu v minimálním rozsahu 25 hodin týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů. Program je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, případně funguje při ambulantním nebo lůžkovém zdravotnickém či jiném odborném zařízení nebo zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Statut zdravotnického zařízení je žádoucí⁶.

Délka léčby

Program má jasně definovanou délku trvání. Prakticky bez výjimky jde o střednědobou léčbu v délce 3 – 6 měsíců, většina denních programů pro závislé, které autor zná přímo nebo zprostředkovaně, vychází ze standardní délky 10 – 14 týdnů s možností prodloužení na základě individuálního kontraktu.

Cíle denní intenzivní léčby

Strukturované denní programy mohou mít rozličné cíle, ale většinou zahrnují:

- dosažení a udržení abstinence jak od původní drogy, tak od spouštěcích drog
- změnu v sebepojetí a vztazích
- podporu v osobním zrání a přiměřeném zvládnutí výzev vývojového období klienta

- zlepšení sociálního fungování
- osvojení základních dovedností každodenního života, potřebných pro studium či zaměstnání

Vždy jde o celistvý přístup k léčbě a sociální rehabilitaci. Konečným cílem je změna životního stylu, pro kterou je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující.

Aby bylo možné o dosažení těchto cílů usilovat ve specifických podmínkách denní péče, musí být program nejen *intenzivní* ve smyslu počtu hodin, ale i *komplexní*, tj. zahrnovat široké spektrum psychologických, zdravotnických a sociálních služeb pro uživatele drog, jejich rodinné příslušníky a partnery, musí zajišťovat *kontinuální* péči ve spolupráci s dalšími odbornými službami a využívat všech možností práce s klientem bez vytržení z jeho prostředí. Obtíže a rizika plynoucí z toho, že klient při léčbě zůstává v kontaktu s původním prostředím, musí být vyváženy intenzitou a obsahem programu.

Cílová skupina, selektivní kritéria

Cílovou skupinou mohou být závislí na alkoholu, na opioidech (nejčastěji heroin) a na stimulačních drogách, případně polymorfní uživatelé. Programy mohou nabízet služby pro nedlouho abstijní klienty nebo pro ty, kteří stále drogy berou, ale chtějí se jich zbavit, nebo pro obě tyto skupiny. Ze zahraničních zkušeností plyne, že uživatelé různých primárních drog – opiátů a stimulačních látek – mohou zvláště v počáteční fázi vyžadovat jiný léčebný přístup. Existují i programy intenzivní denní péče pro klienty v udržovací substituční léčbě metadonem.

Většinou je specifikován minimální věk (zpravidla přes 17 let). Horní hranice nebývá stanovena, ale podle našich zkušeností je věk nad 30 let málo častý a nad 35 let neobvyklý.

Z charakteru denní (tj. nikoliv ústavní či rezidenční) léčby nutně vyplývají určitá výběrová kritéria, protože ne každý závislý na alkoholu či nelegálních drogách je pro denní program vhodný a je schopný v něm obstát. Za nejdůležitější lze pokládat:

- 1) zajištěné bydlení, možnost a schopnost z místa bydliště denně dojíždět do denního stacionáře (už toto kritérium samo o sobě vylučuje řadu klientů s chaotickým životním stylem nebo sociálně upadlých, bezdomovců apod.),

⁵ Vedle toho existují a jsou využívány ambulantní strukturované programy pokrývající menší počet hodin (odpolední, večerní programy) či dní. Širší pojem „intenzivní ambulantní péče“ znamená jakýkoliv program pokrývající minimálně 9 hodin týdně a minimálně 3 dny v týdnu.

⁶ O smlouvu na péči „denního psychologického stacionáře“ (což je jediný korespondující typ služeb v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR) je požadován provoz programu 8 hodin denně.

- 2) odvykací příznaky při vstupu do programu přítomné jen v nízkém závažném stupni,
- 3) somatické a psychické komplikace jen ve stupni nevyžadujícím odbornou nemocniční péči,
- 4) elementární akceptování programu a motivace k pravidelné účasti,
- 5) nižší potenciál pro relaps, schopnost s podporou, strukturou a sledováním upustit od užívání drog,
- 6) neškodící sociální okolí a elementární opora v ne-drogovém prostředí: např. u klienta, který bydlí v původní rodině, alespoň podmíněně akceptování ze strany rodiny; tolerance přátel apod. – život v drogové partě nebo bydlení v drogovém bytě nejsou pro úspěšné absolvování denního programu příznivé.

Řadu uvedených výběrových kritérií lze, jak si ukážeme dále, do jisté míry kompenzovat pomocnými či přípravnými programy a tím, že tým denního stacionáře využívá všech možností práce s klientem bez vytržení z jeho prostředí. Nicméně zůstává faktem, že výběrovou cílovou skupinou denních stacionářů jsou klienti se středním (nikoliv vysokým) stupněm závislosti a s jistou zachovalou mírou psychické a sociální integrity a stability.

Obvykle dobrá kvalifikace pracovníků denních programů a možnost napojení na zdravotnické služby v okolí je však příznivá pro léčbu mnoha klientů s psychickými a/nebo somatickými komplikacemi (např. klienti s duálními diagnózami nebo infekčními hepatitidami), pokud nutně nevyžadují nemocniční léčení.

Složky strukturovaného programu

Režim a pravidla

Jak jsme již řekli, důležitým prvkem a rámcem strukturovaného programu je přesný časový rozvrh a soubor pravidel. V DS to má mimořádný význam, protože se klienti ve strukturovaném programu pohybují jen část dne.

Časový rozvrh musí být jasně stanovený a všemi dodržovaný (včetně personálu) – jako v terapeutické komunitě, ale protože DS není obvykle zařízením izolovaným od města a jeho života, musí platit další požadavky. Dvě DS jsou během programu směrem navenek symbolicky zavřené (to neznámá, že klienti jsou uvnitř zamčení – struktura, má-li být internalizována, musí mít silnější psychologický dopad než reálné omezení pohybu), odchod z programu během dne je možný jen výjimečně, z vážných důvodů a se svolením člena

týmu, který je v daný den k tomu kompetentní („žurnál“). Jasně jsou stanovená pravidla *docházky*: do schématu léčby a podmínek kontraktu s klientem patří, že klient bude program navštěvovat pravidelně – stejně jako by se účastnil vyučování nebo chodil do práce. Nepřítomnost musí klient předem omluvit a zdůvodnit, požaduje se např. potvrzení od lékaře nebo z úřadu.

Obdobně jako v terapeutických komunitách, platí v DS tzv. *kardinální pravidla*⁷, která nepřipouštějí manipulaci s drogou, násilí a zásadní odmítání řádu DS a léčebného společenství, které se v něm vytváří. Porušení těchto pravidel vede k vyloučení z programu. *Sexuální vztahy* nejsou žádoucí, ale dochází k nim poměrně často, a stejně jako v jiných skupinových a komunitních programech platí, že pár mezi jednotlivci je pro léčbu kontraindikován – obvykle se se vzniklým vztahem pracuje a teprve při rezistenci musí jeden z partnerů program opustit⁸. Pravidla léčby vedoucí k abstinenci rovněž zahrnují *zápověď užívání drog* (včetně alkoholu) během léčby, obvykle však první relaps neznámá okamžitě vyloučení, ale vyslovení „varování“ nebo „podmínky“, což bývá doprovázeno zvýšeným sledováním a péčí.

Vedle toho, stejně jako v TK, existuje další legislativa „nižšího řádu“, která definují nežádoucí chování klientů a případné sankce (např. „úkol navíc“ ve prospěch všech, sepsání tzv. elaborátu apod.).

Pravidla musí být jasná a jednoznačná, klienti s nimi musí být seznámeni a rozumět jim.

Základní náplň programu

Strukturované denní programy jsou rozmanité, místní potřeby mohou vytvořit základ pro potřeby specifické klientely. Náplň programů se velice liší, závisí na typu intervence a filosofii zařízení. Všechny programy nabízejí skupinovou práci a téměř všechny programy nabízejí konzultace a prevenci relapsu. Strukturovaný, intenzivní program na komunitní bázi má být vytvořen tak, aby umožnil uživatelům drog přestavět jejich život a zároveň zachovat síť jejich rodinných a sociálních vztahů.

Jde-li o DS s léčebným programem typu „léčba vedoucí k abstinenci a změně životního stylu“, je základ programu obdobný jako v jiných léčebných zařízeních⁹.

⁷ Viz Adameček, Richterová-Těmínová a Kalina, kapitola 8/8, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách.

⁸ Jde o obecné pravidlo ve skupinové psychoterapii a uplatňuje se i ve výcviku, např. v SUR.

⁹ V zahraničí se do intenzivních denních programů někdy zahrnují i programy více nebo výhradně zaměřené na sociální rehabilitaci, vzdělání a rekvalifikaci.

1) *Komunitní setkání* – v DS je výhodné aplikovat principy terapeutické komunity včetně denních komunitních setkání, která tvoří důležitý pilíř programu. Komunitní setkání je prostorem, kde se řeší důležité problémy léčby, pravidel a konfrontace s nimi, probíhá hodnocení toho, jak klienti strávili předchozí den v době mimo program a plánování dne následujícího. Je rovněž platformou pro rozhodování a informování.

V denním stacionáři SANANIM se ranní komunitní setkání vyjadřuje k následujícím tématům:

– spánek a sny, jak se kdo cítí (sdělují i přítomní členové týmu)

– reflexe na program z předešlého dne

– referování o čase stráveném mimo DS předchozí den po programu nebo o předcházejícím víkendu

– plánování času stráveného mimo DS po programu a o víkendech,

– drogy (relapsy, chutě), léky, alkohol, rizikové situace, nemoci,

– žádosti – např. pokud klienti potřebují uvolnění z programu pro návštěvu lékaře nebo pro úřední jednání; žádosti jsou posuzovány týmem

– připomínky – klientů, týmu

– zprávy – na závěr komunity předkládá „zpravodaj“ (člen skupiny) stručný přehled zpráv ze světa i domova.

2) *Skupinová terapie* – využívá psychodynamické i kognitivně-behaviorální přístupy. Podle erudice terapeutů a filosofie zařízení se někdy oddělují skupiny životopisné, tématické a interakční, jindy nikoliv, vždy se však ve skupinových sezeních prolínají různá hlediska:

– hledisko individuálního příběhu („tam a tehdy“)

– aktuální situace klienta mimo léčbu („tam a teď“)

– vztahy, postoje a události ve skupině („tady a teď“)

– reflexe a propracování perspektiv („tam a potom“)

– témata významná pro skupinu: častými tématy jsou drogy-chutě, relapsy, partnerské vztahy, rodiče-soužití, konflikty; zodpovědnost za vlastní život.

Ve skupinové práci lze s výhodou použít řady neverbálních metod: arteterapie, muzikoterapie, práce s tělem.

V DS se předpokládá především psychoterapeutický proces v řádu týdnů, případně měsíců, dlouhodobý horizont však nelze vyloučit.

3) *Individuální terapie a poradenství*: každý klient má svého klíčového pracovníka či garanta, jehož role jako „průvodce léčbou“ má v DS mimořádný význam. Nejde ovšem o separátní kontrakt – garant má povzbuzovat

klienta, aby důležitá témata přenesl do skupiny a má sdílet důležité informace o klientovi s týmem.

4) *Sociální práce* – zaměřuje se stabilizaci sociálních podmínek pacienta pro jeho léčení a následnou abstinenci. Zahrnuje např. podporu a pomoc v řešení problémů bydlení, finančního zajištění, získání dokladů, splácení dluhů, studijních a pracovních perspektiv a jiných záležitostí souvisejících s normalizací klientova života ve společnosti. U klientů v konfliktu se zákonem spolupracuje sociální pracovník zejména s probační službou.

5) *Pracovní terapie a činnost ve prospěch programu* – minimálně podíl na úklidu a provozu zařízení, společné vaření oběda, nákupy atd. – jinak lze do programu zařadit jakoukoliv pracovní činnost, která je pro klienty zajímavá, smysluplná a přináší viditelný výsledek.

6) *Klubové a volnočasové aktivity* (sport, kultura atd.)

Doplňkové služby

Velkým přínosem mohou být oddělené skupiny pro muže a ženy, zařazované do jinak koedukovaného programu. Pro klienty musí být dostupné psychologické a psychiatrické vyšetření a diferenciální diagnostika včetně somatických vyšetření s případnou navazující péčí.

Jako doprovodné programy má v DS zvláštní význam „rodinný program“, zahrnující poradenství pro rodiče, resp. další rodinné příslušníky, rodinnou terapii a skupiny pro rodiče a partnery klientů (rodinný program má poskytnout orientaci v problému závislosti a v podmínkách a požadavcích léčby, emoční a sociální podporu, mobilizovat zralé chování a zachovat základní fungování rodiny, tj. cíle informační, edukační, poradenské a podpůrné – nepředpokládá se, že bude řešit individuální psychologické a psychopatologické problémy nebo závažné problémy manželských párů)¹⁰.

Provozní charakteristiky

Terapeutický tým: Skladba multidisciplinárního týmu odpovídá charakteru programu a spektru služeb. V týmech DS se uplatňují psychiatři, psychologové, psychotherapeuti, sociální pracovníci, pedagogové se speciálním zaměřením a další odborníci se zdravotnickým nebo humanitním vzděláním. Zahraniční projekty příležitostně zaměstnávají celou řadu profesionálů pro výuku, pracovní trénink a alternativní terapii. Bývá obvyklé, že jsou v týmech DS zastoupeni kvalifikovaní profesionálové

¹⁰ Viz Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.

i nadějní začátečníci hledající profesionální růst – to je jednak důsledkem skutečnosti, že DS se nejvíce vytvářejí ve velkých městech, kde se kumuluje odborný potenciál, jednak podmínkou pro komplexnost, kvalitu a přitažlivost programu. Práce v DS je náročná, vyžaduje velké nasazení, neobejde se bez trvalé práce na sobě, dalšího vzdělávání a řádné supervize.

Mnoho programů je vedeno nestátními neziskovými organizacemi, jimž i v zahraničí mnozí odborníci mohou dávat přednost před zaměstnáním ve státních institucích nebo v individuální soukromé praxi.

Prostory: Nutností je každodenní dostupnost, umístění ve městě, vnitřní prostory umožňující diferencovanou činnost.

Kapacita programů: v léčebných programech 10 – 20 klientů, v programech zaměřených na vzdělávání a re-kvalifikaci často více.

Provozní doba: Normou je běžná pracovní doba. Některé programy nabízejí určitou přizpůsobivost, ale většina má tendenci být „zrcadlem“ normálního každodenního života, s cílem napomáhat resocializaci. Některé programy nabízejí omezené večerní a víkendové aktivity, většina však aspoň poskytuje klientům pomoc se strukturalizací a užíváním volného času.

Dostupnost a čekací doba: Většina denních strukturovaných programů přijímá jak klienty, kteří se na ně sami obrátí, tak ty, kteří jsou doporučení jiným pracovníkům. Čekací doba od doporučení či prvního kontaktu do přijetí je v průměru 2 týdny. Mnoho DS nabízí klientům dočasně či přípravné skupiny před vlastním začleněním do intenzivního denního programu¹¹.

Průběh a komplikace

Denní strukturované programy obvykle nejsou rozvrženy do fází, typických pro strukturované programy v ústavní a rezidenční léčbě. Přesto je jasné, že i tříměsíční pobyt v denním programu má svou dynamiku a lze v něm rozlišit počáteční období zapojování, střední období „práce na problémech“ a závěrečné období, kdy se problémy dotahují a připravuje se nejbližší budoucnost. Mnoho závisí na individualitě klienta, proto má značný význam zpracování individuálního plánu péče a jeho hodnocení v pravidelných intervalech – v obou případech, jak v rozhovorech garanta s klientem, tak na poradách týmu.

K nejčastějším komplikacím patří relaps a svévolné vypnutí z programu. Obojí vyplývá z charakteru a umístění denního programu: klient nepřestává žít ve svém původním prostředí a ve městě s širokou nabídkou drog je snadné dělat „zdanlivě nezávazná rozhodnutí“, která vedou k relapsu – a je snazší prostě nepřejít do DS než odejít z lůžkového zařízení.

Riziko těchto komplikací lze však částečně omezit. K osvědčeným způsobům patří:

- každodenně plánovat a zpětně hodnotit dobu, kterou klient tráví mimo DS (např. na ranním komunitním setkání)
- monitorovat abstinenci – pravidelným či namátkovým vyšetřením moči na přítomnost drog
- provádět prevenci relapsu, trvale pracovat s cravingem a potenciálně rizikovými situacemi
- nezanedbávat individuální potřeby klienta, individuální rozměr programu, kvalitu a dynamiku vztahu garant-klient
- spolupracovat s blízkými klienta
- umožnit „krizové volání“
- při nepřítomnosti klienta v programu s ním být v telefonickém kontaktu, využívat e-mail apod.

Pro minimalizaci komplikací je vhodné podmínit nástup do programu absolvováním pobytu na detoxifikační jednotce, docházkou do přípravné skupiny, během které již může probíhat monitorování abstinence, nebo obojím.

Důležitá je práce s relapsem. Na relaps je často pohlíženo jako na možnost vhledu, na aktivní zážitek učení v rámci prostředí, které prosazuje upřímnost. Klienti jsou pobízeni k tomu, aby označili své „rizikové situace“ a spouštěcí momenty pro užití drogy. Dojde-li k relapsu, většina programů pracuje s relapsujícím klientem, jak je to jen možné, aby to nepoškodilo celou skupinu. Bylo by nerealistické vyloučit klienty z programu DS ihned poté, co zrelapsovali. Výstraha, podmíněné vyloučení nebo vyloučení na jasně omezenou dobu 1 – 2 týdnů při zachování individuálního kontaktu patří mezi běžné způsoby, které DS ke zvládnutí relapsové situace používají. Je samozřejmě nezbytné odlišit jednorázové užití drogy od případů, kdy klient vlastně nepřestane drogy brát.

Před řádným ukončením léčby se s klientem sestavuje plán následné péče. Dojde-li k předčasnému ukončení léčby, ať už se klient rozhodne sám nebo je vyloučen

¹¹ V DS SANANIM funguje již několik let tzv. motivační skupina, která má význam jako „brána k léčbě“, slouží k přípravě, stabilizaci, provedení nutných lékařských vyšetření a sociálních intervencí. Má význam rovněž jako diferenciatně-diagnostický filtr pro jiné typy léčby. Je přístupná i klientům, kteří na počátku do- sud berou drogy.

pro porušení pravidel či opakované relapsy, platí pravidlo, že přerušení programu neznamená vyloučení z péče. Podmínky DS umožňují pokračovat s klientem v kontaktu, motivovat ho k novému nástupu (je třeba mít rovněž pravidlo pro opakovanou léčbu), nebo k nástupu do jiné léčby. Často je už ve vstupním kontraktu s klientem zakotveno, že pokud denní léčbu jasně nebude zvládat, nastoupí léčbu ústavní nebo zopakuje pobyt na detoxifikační jednotce.

Účinnost denní léčby – dosahování pozitivní změny

Denní léčba je pro klienty velmi náročná. Její náročnost se však vyplácí, protože klient se už během léčby učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnul rizikovým situacím, předem je rozpoznával a využíval přiměřených strategií, jak je zvládnout nebo jak se jim vyhnout. Vyhledky na dosažení léčebného účinku se tím zlepšují.

Dale a Hamilton (1999) uvádějí, že v průměru více než polovina klientů, kteří absolvovali denní program, udává a vykazuje pozitivní změnu v užívání drog, a více než dvě třetiny uvádí snížení kriminálního chování. Téměř polovina také uvádí významné zlepšení zdravotního stavu. Polovina uvádí úspěch v oblasti vzdělání a zaměstnání. I klienti, kteří nedokončili celý program, vykazují menší míru zneužívání drog a uvádí, že získali pozitivní zisky do života.

Za kritérium účinnosti programu se pokládá, jestliže v průměru 35 – 50 % klientů program dokončí a alespoň 50 % dokončí polovinu celého programu.

Účinnost se zvyšuje, je-li denní léčba zasazena do lé-

čebního kontinua – tj. jestliže jí předchází předléčebné poradenství, přípravná skupina, případně detoxifikace, a navazuje doléčovací program.

Denní léčba ovšem není plnohodnotnou alternativou rezidenční léčby pro všechny typy klientů. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, klienti, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, klienti značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby ústavní. U řady klientů se závažnějšími potížemi se však denní program účinně doplňuje s krátkodobou či střednědobou ústavní léčbou (může na ni navazovat, předcházet jí nebo obojí).

Summary

Intensive Ambulatory and Day Care

Day centres (clinics) are a new option in the treatment of drug addicts. Structured programme in the day care should cover minimum 4 – 5 hours daily and 5 days weekly. It is usually based on group therapies, and the principles of a therapeutic community can be applied. Relapse prevention and family intervention are important components. Day care puts big requirements on the client, but it may lead to a positive effect. Its risks include frequent relapses and drop-outs but an appropriate approach can be applied to minimise the risks

Key words: day clinic (centre) – day programme – intensive ambulatory care – preparing groups – structured programmes

and compensate for disadvantages. The effectiveness of the day care can be enhanced if it is linked to other programmes in the therapeutic continuum. Day programmes are indicated for all types of clients: for some groups there can be an alternative of hospital or residential treatment but another groups can also benefit from it if they pass it after the institutional treatment.

Tab. 1: Výhody a nevýhody strukturovaných denních programů

VÝHODY	NEVÝHODY
Různé možnosti léčby a péče, např. v průběhu detoxifikace, po detoxifikaci nebo po pobytu v léčebně	Střediska jsou situována (v současné době) pouze ve větších městech
Péče pro klienty, kteří užívají drogy, kteří se snaží přestat nebo kteří již drogy neberou	Vyžadují dobrý dosah dopravy, vysokou koncentraci uživatelů drog, pracovní příležitosti v místě střediska
Kontrakty s jednotlivými klienty jsou flexibilní	Některé aktivity vyžadují velké, speciálně vybavené místnosti
Velmi strukturovaný přístup, který pomáhá v monitorování stavu klienta	Klienti potřebují nějakou sociální stabilitu, ubytování v místě
Důraz je kladen na pomoc klientům se stabilizovat a normálně fungovat	Užívání drogy musí být stabilizováno nebo musí klient abstinovat
Možnost léčit se v původním prostředí, je-li příznivé; usnadnění rodinných a sociálních intervencí	Není vhodné pro klienty, kteří se nemohou zbavit drogy, aniž by opustili své prostředí, starou společnost, známé okolí, a místo, kde jsou drogy dostupné
Aktivní práce s klienty, kteří zrelapsovali	Nabízí jen omezené služby pro ženy nebo rodiče, kteří potřebují péči pro své děti (např. krátkodobé umístění v nemocničním zařízení)
Zkušenost s prací, rozšiřování dovedností	Relativně krátké programy – klienti potřebují intenzivní doléčovací péči
Spolupráce s probačními a dalšími pracovníky	Většinou je zapotřebí 6 měsíců kontinuální péče, aby se dosáhlo požadovaných výsledků
Speciální péče pro uživatele drog, kteří mají problémy se zákonem	Je nutná dobrá dlouhodobá strategie financování a oddanost klientů, aby mohlo dojít k vytvoření kontinuálního programu
Možná alternativa soudně nařízené léčby	Nejedná se o levnější možnost léčebné komunity s bytem.

Zdroj: SCODA, 1999

Literatura

- Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. MZ ČR, Praha, 2001
 - Mirin S. M. et al.: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Supplement to Amer. Journ. Psychiat., roč. 152, č. 11. American Psychiatric Association, Amer. Psychiatric Press, Washington D.C., 1995
 - British Medical Association: The Misuse of Drugs. Harwood Academic Publishers, London-Amsterdam, 1997
 - Dale A., Hamilton S.: Structored Day Programmes – New chances of community care of drug users. SCODA, London, 1999
 - Finney J. W., Moos R. H.: Matching patients with treatment. Conceptual and methodological issues. Journ. Stud. Alcohol and Drugs, č. 7, str. 122 – 134, 1996
 - Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drogových závislostí. Úřad vlády ČR/Filia Nova, Praha, 2001
 - Kalina K.: Léčení drogových závislostí. In: Nováková D. a kol.: Drogy ze všech stran II. Institut Filia, Praha, 2000
 - Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000 (a)
 - Krch F., Sadílek P., Csémy L.: Protidrogové programy v České republice – Analýza institucionálního kontextu. Výzkumná zpráva. Lékařské informační centrum, Praha, 2001
 - MPK: Katalog služeb a programů pro problémové uživatele drog a závislé. Úřad vlády ČR, Praha, 2000
 - SANANIM: Výroční zpráva o.s. SANANIM za rok 2001. SANANIM, Praha, 2002
 - SCODA (Standing Conference on Drug Abuse): Quality standards in residential treatment. SCODA, London, 1996
 - SCODA: QUADS – Organisational Standards for Alcohol and Drug Treatment Services. Alcohol Concern/SCODA, London, 1999
- Další zdroj: Operační manuál Denního stacionáře-psychotherapeutického centra SANANIM v Praze, verze 2001*

PŘÍLOHA 1 – DESATERO PRÁV A POVINNOSTÍ KLIENTA DENNÍHO STACIONÁŘE SANANIM

Tyto podmínky, závazné pro všechny členy komunity, vymezují zároveň Vaše vlastní práva.

- 1) Po dobu docházky do Denního stacionáře (dále jen DS) budu důsledně abstinovat od všech drog včetně marihuany a alkoholu. Léky budu užívat jen ve zcela nezbytných případech a po předchozí konzultaci s lékařem DS.
- 2) Nebudu do stacionáře přinášet žádné drogy nebo alkohol, ani se účastnit programu pod jejich vlivem.
- 3) Budu respektovat práva a majetek ostatních klientů i zaměstnanců stacionáře. Nebudu úmyslně poškozovat zařízení stacionáře.
- 4) Pokud způsobím škodu na majetku stacionáře, zaměstnanců nebo klientů, nahradím tuto v plné výši.

5) Beru na vědomí, že veškeré informace o ostatních klientech stacionáře jsou důvěrné a v žádném případě je nebudu nikomu sdělovat.

6) Beru na vědomí, že nezbytnou podmínkou účasti na programu stacionáře je včasná docházka a pravidelná přítomnost.

7) Byl jsem seznámen a budu dodržovat všechna pravidla stacionáře (viz Dopis pro..., Vnitřní řád a Desatero).

8) Beru na vědomí, že odmítnutí odběru moči má stejné důsledky jako nepřiznané porušení abstinence.

9) Jsem si vědom, že v případě porušení některého z výše uvedených bodů se vystavuji riziku vyloučení z programu DS.

10) Beru na vědomí, že pouze v případě mé vlastní aktivity může být léčba úspěšná.

PŘÍLOHA 2 – DESET DOPORUČENÝCH KVALITATIVNÍCH STANDARDŮ PRO DENNÍ INTENZIVNÍ PROGRAMY (SCODA, 1999)

1. Alespoň jedna třetina klientů by měla dokončit program

Program by měl běžet 6 měsíců, než začneme očekávat tento počet klientů, kteří dokončí program. – Ti, co nedokončí program, by měli být sledováni, protože současná evidence ukazuje, že i pro tyto klienty je částečný program užitečný.

2. Nutná je alespoň 75 % docházka do programu

Náplň programu a docházka je součástí kontraktu s klienty (například dni v týdnu, počet hodin denně). – Docházka na jednotlivé části programu je zaznamenávána. Klienti jsou povinni omluvit nepřítomnost (například lékařské potvrzení). – Zaměstnanci by měli s klienty udržovat v době nepřítomnosti písemný kontakt.

3. Minimální požadavky na klienty, vnitřní ustanovení, doba rozhodnutí o přijetí do programu jsou určeny a revidovány

Všichni klienti, kteří posílají písemnou přihlášku, by měli do určité, přesně specifikované doby obdržet odpověď. – Počáteční ustanovení mají být klientovi poskytnuty do určité, přesně specifikované doby. – Klienti jsou dočasně přijímáni v přesném časovém rámci (závisícím na získání finanční podpory a/nebo rozhodnutí soudu). – Dočasné a podpůrné skupiny jsou nabízeny všem klientům, kteří jsou doporučeni jistým programem, nebo kteří čekají na místo v programu.

4. Ti, co navštěvují program, by měli být zapojeni do individuálního plánování, hodnocení péče a jejího rozvoje.

Všichni noví klienti dostanou informační brožuru, která obsahuje informace o programu, jeho pravidlech, náročnosti programu, rovnocenných možnostech a pravidlech zařízení (například kritéria pro varování a okamžité vyloučení z programu). – Klienti jsou požádáni, aby společně s pracovníky napsali své cíle a záměry a dohodli se na pravidelných časových intervalech, kdy budou jejich dosahování hodnotit. Poznámka: Toto může být součástí normálního léčebného plánu). – Měly by být určeny způsoby konzul-

tování klientů o jejich spokojenosti v programu. – S klienty jsou konzultovány všechny plánované změny týkající se programu.

5. Měla by být zajištěna vysoká kvalita a odbornost zaměstnanců

Klíčoví pracovníci by měli mít speciální výcvik (přednostně kvalifikovaní) v práci se skupinou. – Příležitostní zaměstnanci by měli mít příslušné vzdělání a dovednosti. – Možnost zaměstnat ex-usery jako pracovníky nebo dobrovolníky závisí na flexibilitě a supervizi týmu, pravidelně by měl být poskytován výcvik. – Je vhodné, aby byly ustanoveny způsoby výcviku pracovníků a volontérů.

6. Pro zajištění kontinuity programu je nutné ustanovit systém střídání pracovníků

Předávání služeb a denní zprávy (například žurnál) jsou vypisovány každý den. – Docházka klientů by měla být systematicky zaznamenávána na každé části programu (například v seznamu klientů). – Příležitostní zaměstnanci by se měli podílet na každodenním zaznamenávání, mělo by jim k tomu být poskytnuto školení.

7. Dobrá komunikace, spolupráce a efektivní spolupráce s ostatními středisky a dalšími spolupracovníky

Společně by měly být vytvořeny podmínky a postupy vzájemné komunikace, spolupráce, předávání a hodnocení klientů, otázky důvěrnosti informací, nabízených služeb a kontroly. – Výstižně a jasně by mělo být písemně dokumentováno vzájemné postavení spolupracujících zařízení, jejich role a odpovědnosti. – Je vytvořen jasný systém předávání zpráv o společných klientech.

8. Na počátku by měly být se spolupracujícími zařízeními dohodnuty požadavky pro podávání zpráv a dále by mělo být zajištěno přesné zaznamenávání a kontrolování údajů

Docházka klientů a jejich výsledky by měly být zaznamenávány

a kontrolovány. Zaznamenán je plán péče o klienta a jeho opakované kontroly. – Jasně a zřetelně a okamžitě jsou zaznamenány všechny zvláštní okolnosti (například okamžitě vyloučení z programu).

9. Používá se individuální plánování péče o klienta, kde jsou zahrnuty jak kritéria vyloučení, tak způsob doléčovací péče

Každý klient dostane písemně vypracovaný plán péče, kde jsou na stíněny dosažitelné cíle komunitní péče a probační plán (kde je třeba). Všechny plány péče jsou společně s klientem kontrolovány v pravidelných intervalech. – Všichni klienti by měli mít seznam kritérií pro vyloučení z programu, který dotvoří jejich celkový plán péče. – Doléčovací skupiny jsou zakládány všude tam, kde je to možné, což je odvislé od finančních zdrojů.

10. Měl by být vytvořen flexibilní rozvrh, obsahující nutný počet zaměstnanců a další důležité okolnosti

Mělo by být zaměstnáno tolik pracovníků (stálých a příležitostných), aby byla pokryta situace nemoci či odchodu pracovníka. – Rozvrh by měl obsahovat pravidelné přestávky, jak pro pracovníky, tak pro klienty. – Je nutno počítat s tím, že někteří klienti mohou potřebovat podporu mezi jednotlivými aktivitami, a to je právě umožněno dostatečným počtem pracovníků a přestávkami v rozvrhu.

(Pracovní příklad SANANIM, 1999)

PŘÍLOHA 3 / ROZMANITOST A PESTROST – modelové strukturované denní programy (podle SCODA,1999)

Vedle standardního programu intenzivní denní péče, definovaného jako „léčba vedoucí k abstinenci“, rozlišuje SCODA dalších pět typů programů. Do určité míry se překrývají, a zahrnují jeden nebo více z následujících modelů:

- uživatelé drog, kteří mají problémy se zákonem
- uživatelé drog, jejichž primární drogou je kokain nebo stimulační látky
- programy organizované v léčebnách
- použití metody „12 kroků“
- důraz je kladen na zaměstnání a vzdělání.

Cílová skupina je určena typem programu. Klienti musí mít stále ubytování a jejich užívání drogy musí být stabilizované nebo musí abstinovat.

1. Drogy a kriminalita – programy pro ty, kteří mají problémy se zákonem

Programy pro klienty, kteří mají problémy se zákonem, se snaží o prolomení kruhu kriminálních aktivit a zneužívání drog. Používají strukturovanou podporu a konzultování společně s rozvíjením životních dovedností. Cílovou skupinou těchto projektů jsou uživatelé mající problémy se zákonem, u kterých je nebezpečí kriminálního relapsu, pokud nebude poskytnuta rychlá intervence nebo jiná pomoc. Klienti mohou mít také soudně nařízenou léčbu.

Typický je kognitivně-behaviorální výcvik se specifickým zaměřením na prevenci relapsu a kriminálního chování. Většina programů nabízí výcvik v dovednostech a vzdělání, aby se zvýšila možnost klientů najít zaměstnání.

2. Potřeby specializace – práce s uživateli stimulačních drog

Uživatelé stimulačních látek mají většinou chaotický životní styl. Klienti často potřebují krizovou intervenci. Tyto projekty se zaměřují na rychlý a jednoduchý nástup s flexibilní fází ujednání individuálních závazků.

Některé programy poskytují odlišnou „alternativní detoxifikační terapii“ – denně je prováděna akupunktura, jsou podávány bylinné čaje a je poskytována další komplementární terapie pro zmenšení závislosti na kokainu. Jakmile se klient stabilizuje a začne být schopný pravidelného kontaktu, začíná intenzivní program (v délce minimálně 12 týdnů): zahrnuje prevenci relapsu, cílenou krátkodobou individuální terapii a skupinovou práci. Tento postup pomáhá klientovi se změnou orientace – určení jasných a dosažitelných cílů do budoucnosti. Klienti jsou vedeni k přípravě budoucnosti bez drog. Konečným cílem je abstinence, ale pracovníci vědí o nutnosti být flexibilní, a stejně tak si uvědomují možnost relapsu.

Pro tuto skupinu klientů jsou velmi důležité doléčovací programy, někdy je třeba použít další prostředky.

3. Rozšiřování rehabilitace – programy v léčebnách

Některé léčebny vedou strukturované denní programy s cílem poskytnout další podporu klientům po léčbě. To může usnadnit přechod z velmi podpůrného prostředí k nezávislému životu po skončení léčebného programu. Klienti mají tendenci vyžadovat postupné snižování počtu dní, kdy program navštěvují, a chtějí navštěvovat pouze vybrané části léčebného programu. Tento fázevitý přístup k rehabilitaci nabízí užitečnou cestu rozšířené podpory, která následuje po kratších léčebných programech. Klienti potřebují mít bezpečně zajištěné bydlení v blízkosti léčebny.

4. Minesotská metoda – směrem k abstinenci

Minesotská metoda, jejíž primárním cílem je abstinence, předkládá u klientů dosažení procesu v rámci „12 kroků“. Klienti jsou vyzýváni k tomu, aby viděli zneužívání drog jako závislost nebo celoživotní onemocnění. Klienti, kteří souhlasí s touto filosofií, mohou dosáhnout pozitivních výsledků. Klienti mají přístup k síti svépomocných skupin jako Anonymní Alkoholici a Anonymní Narkomani. Tyto skupiny jsou vhodné pro poskytování přátelského porozumění a skupinovou práci. Je možné je navštěvovat v prů-

běhu denních programů (večer a o víkendech) a na neurčitou dobu jako doléčování.

5. Zaměření na povolání – směrem k zaměstnanosti

Mnoho programů obsahuje výcviky týkající se povolání. Mnoho středisek nabízí kvalifikaci s celonárodně platnými certifikáty, což velmi usnadňuje kontakt s perspektivními zaměstnavateli. Klienti i zaměstnanci drogových center uvedli potřebu zabývat se sociálními problémy a potřebami zaměstnání a vzdělání. Uživatelé drog jsou často dychtívi získat dovednosti a kvalifikaci, aby ze sebe udělali co nejvíce – což souvisí i s větší úspěšností při předcházení relapsu. Některé programy zdůrazňují dovednosti a vzdělání jako formu resocializace, protože poskytují klientům při odchodu lepší možnosti uplatnění. Někdy jsou vzdělávání a pracovní dovednosti nabízeny jako sekundární péče (doplněk hlavní léčby) pro klienty drogových center.

(Pracovní překlad SANANIM, 1999)

Klíčová slova: detoxifikace – detoxifikační jednotka (detox) – akutní intoxikace – odvykáací stavy – ústavní léčba

Typová charakteristika

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnání odvykáacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na jednotce intenzivní péče nebo ARO, tj. anesteziologicko-resuscitačním oddělení). Detoxifikační jednotky jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí. Detoxifikace v domácím prostředí se u nás ovšem neprovádí zdaleka tak často jako v jiných zemích, což více či méně úspěšně kompenzují právě detoxifikační jednotky.

Důvody detoxifikace

Terapeut, který navrhne klientovi detoxifikaci, by měl vědět, proč to dělá. Detoxifikace sama o sobě totiž není u naprosté většiny závislých postačující intervencí. K častým důvodům detoxifikace patří následující okolnosti:

- Nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykáacího stavu.
- Snaha připravit klienta na nějakou další formu odvykáací léčby.
- Diferenciální diagnostika. Může se jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní chorobu. V tomto směru může být velmi prospěšné toxikologické vyšetření (Nešpor, 1998).
- U klienta např. po těžkém úrazu nebo pro jiné komplikace týkající se jeho tělesného zdraví je potřebná léčba v nemocničním prostředí, což vyžaduje zvládnutí odvykáacího stavu.
- Detoxifikace ze zvláštních důvodů (brzké uvěznění, vycestování závislého cizince apod.).
- Snížit toleranci vůči droze. Po detoxifikaci klesá tolerance vůči droze. To vědí závislí na heroinu a někdy vyhledávají detoxifikaci, aby si snížili toleranci, protože opatřovat si např. 2000 Kč denně na heroin pro ně přestalo být únosné.
- Sociální důvody. Klient nemá zájem o léčbu a abstinenci, ale je v sociální tísní a detoxifikaci bere jako určitou daň za to, že bude mít kde bydlet, zvláště pokud ví, že zároveň dostane léky, které jeho odvykáací stav podstatně zmírní.

Některá zařízení jsou ochotna přijímat pouze klienty, kteří mají zajištěnu další následnou léčbu, což pak vede

k jejich malému využívání. Pracovníci málokterého zařízení jsou nadšení, jestliže si do jejich zařízení někdo přijde pouze snížit toleranci nebo „odpočinout“. I taková motivace je však lepší než žádná a za určitých okolností může vyústit v nějakou konstruktivnější formu spolupráce do budoucna.

Organizační začlenění detoxifikačních stanic

Jak již uvedeno, detoxifikace může být prováděna i jinde než na detoxifikační stanici. O detoxifikaci v domácím prostředí jsme se již zmiňovali. Kromě toho by mělo být detoxifikaci schopno provést prakticky každé lůžkové zdravotnické zařízení, kam se může závislý pacient dostat v těžkém tělesném nebo psychickém stavu (např. po těžkém úrazu), což dočasně nemožňuje překlád ke specializované léčbě pro návykový problém.

Nejčastější možnosti začlenění detoxifikační jednotky lze shrnout následovně:

- 1) Detoxifikační jednotka jako součást zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislosti.
- 2) Samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu.
- 3) Detoxifikační jednotky zařízení, jež poskytují ambulantní služby, nabízející jako alternativu i detoxifikaci v domácím prostředí. Jak již uvedeno, to není u nás časté. Podmínkou bezpečné detoxifikace v domácím prostředí bývá relativně stabilní sociální situace, dobrý zdravotní stav, odvykáací syndrom neohrožující život. Bývá také vhodná spolupráce rodiny.

Podstatné položky akreditačního standardu

Akreditační standardy (2001) ve speciální části (standard B1) poměrně podrobně specifikují činnost detoxifikačních stanic. Podle uvedených standardů vede detoxifikační stanici vedoucí lékaře s příslušnou kvalifikací a zaměstnanci jsou kvalifikovaní lékaři, střední zdravotní personál, sociální pracovníci a terapeuti. Standardy správně zdůrazňují po skončení detoxifikace zabezpečit kontinuitu péče a předat klienta dalším odborným zařízením.

Striktní rozlišování medikované detoxifikace (tj. detoxifikace využívající léky) a nemedikované detoxifikace, s nímž se lze setkat v některých amerických materiá-

lech, má patrně následující vysvětlení. Řada amerických pracovišť pro pomoc závislým nemá vlastní lékaře na celý úvazek. K detoxifikaci proto nemohou používat léky vázané lékařským předpisem. Některá zařízení typu terapeutických komunit navíc považují to, že pacient podstoupí nemedikovanou detoxifikaci, za jakýsi test motivace a zájmu o léčbu. V našich podmínkách, kde má detoxifikační stanice vlastní zdravotnické pracovníky, není uvedené rozlišení na medikovanou a nemedikovanou detoxifikaci tak zásadní.

Podstatnou položkou akreditačních standardů je i následující požadavek: „Strukturované aktivity jsou zahrnuty do denního programu s cílem ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit (získat) jeho motivaci k dalšímu léčení, obsahují edukační terapii, motivační trénink, případně další indikované formy intervence“ – stručně řečeno, doba strávená na detoxu má být využita k tomu, aby se získala motivace tam, kde ještě není, a upevnila tam, kde již je.

Dalším problémem je okolnost, že řada detoxifikačních stanic u nás je určena výhradně závislým na nealkoholových drogách. To není pravidlem ani v USA, ačkoliv tam problémy s alkoholem a výskyt kombinovaných závislostí a těžkých odvykacích stavů po alkoholu není tak vysoký jako u nás. Tak v materiálech Americké společnosti pro medicínu návykových nemocí (ASAM) se předpokládá, že detoxifikace po alkoholu a jiných návykových látkách probíhá v jenom zařízení. Tyto materiály rozlišují dva stupně intenzity péče s ohledem na závažnost stavu („medically managed“ a „medically supervised“) a stanovují odlišné standardy pro péči o dospívající a dospělé (Hoffmann a spol., 1991). Je evidentní, že při práci s dospívajícími má ještě větší význam práce s rodiči nebo opatrovníky, vzdělávání, psychologická podpora apod.

Tým zařízení

Personální zabezpečení detoxifikačních stanic tvoří podle výše citovaných standardů vedoucí lékař, další lékaři, střední zdravotničtí 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.

Terapeutické strategie

Detoxifikační jednotka personálně vybavená v souladu s výše citovanými standardy by měla být schopna poskytovat komplexní péči. K té patří zejména:

Farmakoterapie

Rozhodnutí o druhu léku a dávkování přísluší výhradně lékaři, lze odkázat na publikace, kde se farmakoterapii zabýváme podrobněji (Nešpor, 1999). Zde se omezíme na výčet nejčastěji používaných strategií.

Farmakologická léčba akutní intoxikace: Někdy není farmakologická léčba nutná, jindy je vhodné podání antidota (protijedu), což je možné např. u otravy opiáty nebo benzodiazepiny. Při intoxikacích se také často podává podpurná medikace, která zmírňuje některé projevy intoxikace (např. zrychlení tepové frekvence u otravy pervitinem)¹.

Farmakologická léčba odvykacích stavů: Z hlediska bezprostředního ohrožení života jsou nejnebezpečnější odvykací stavy po vysokých dávkách některých *tlumivých léků* (barbituráty nebo benzodiazepiny). V tomto případě je třeba podávat stejnou látku, jaká byla zneužívána, ve snižujících se dávkách.

Odvykací stav po *heroinu* sám o sobě neohrožuje život, podání vhodného léku však jeho zvládnutí podstatně usnadňuje, a tak zvyšuje naději, že se detoxifikaci podaří úspěšně dokončit. U odvykacích stavů po heroinu se nejčastěji podává buprenorfin (Temgesic, Subutex). S podáváním tohoto přípravku máme dlouholeté zkušenosti a byli jsme první, kdo ho v této indikaci v České republice začali soustavně používat (Nešpor, 1997). Strategie léčby spočívá v tom, že se klient fyzicky závislý na heroinu převede na např. 4 dny na buprenorfin a ten se pak náhle vysadí. Odvykací stav po buprenorfinu je slabý, a proto se po jeho vysazení objevují jen mírné obtíže, které lze případně zvládat jinak. Kromě této rychlé detoxifikace lze ovšem volit i podstatně delší léčebná schémata.

Pervitin, kokain a halucinogenní látky výraznější tělesné odvykací potíže nevyvolávají, a specializovaná farmakologická léčba nebývá proto většinou nutná.

Odvykací stavy po *alkoholu* ohrožují klienta epileptickým záchvatem, rozvratem minerálního a vodního hospodářství i jinak. Těžko odvykací stavy po alkoholu vyžadují sledování hladin minerálů, doplňování tekutin (často formou infúzí) a mírnění neklidu a odvykacích

¹ Viz též Dvořáček, kapitola 5/6, Zvládání akutní intoxikace; Bayer, kapitola 6/2, Farmakoterapie.

stavu vhodnými léky (např. clomethiazol per os). Odvykací stavy po více návykových látkách současně mohou probíhat netypicky a léčbu je třeba individuálně přizpůsobit okolnostem (Více viz např. Nešpor, 1999)².

Farmakologická léčba psychotických stavů vyvolaných návykovými látkami (tzv. toxické psychózy): Podle definice uvedené v 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí se toxická psychóza diagnostikuje pouze tehdy, jestliže příznaky psychotického stavu po návykových látkách přetrvávají minimálně 48 hodin po aplikaci. (Pokud by trvaly kratší dobu, jednalo by se o akutní intoxikaci.) Lékem volby jsou u toxických psychóz anti-psychotika, pacienti s toxickou psychózou ovšem bývají často z detoxifikačních jednotek překládáni do jiných zařízení.

Farmakologická léčba tělesných komplikací: Příkladem je podávání antibiotik v případě zánětlivých komplikací.

Podpůrná farmakoterapie: Sem patří podávání vitamínů, léků nepomáhajících regeneraci jaterní tkáň atd. Nejedná se tedy o psychofarmaka, ale i taková léčba může mít psychologické účinky a napomoci vytvoření terapeutického vztahu.

Psychoterapie

Důležitá bývá zejména práce s motivací a techniky posilování motivace, o nichž se podrobněji zmiňují na jiném místě této publikace (viz též Nešpor, 2000). Lze využívat i relaxační techniky, rodinnou terapii (typicky s rodiči klienta), krizovou intervenci. Význam má i podpůrná psychoterapie.

Sociální práce

K častým úkolům sociálního pracovníka na detoxifikační jednotce patří pomoc při výběru a zprostředkování další léčby, pomoc v pracovních a právních záležitostech, kontaktování rodiny (ať z důvodů diagnostických, terapeutických nebo sociálních), pomoc při jednání s úřady, záležitosti kolem dokladů, zdravotního pojištění atd.

Obvyklý průběh, specifika, komplikace

Doba, kterou detoxifikace vyžaduje, se liší podle závažnosti stavu a druhu látky. Tak po heroinu nejvýraznější tělesné obtíže obvykle vymizí do týdne. Poruchy spánku nebo mírné svalové bolesti, které trvají i delší dobu už obvykle nebrání klientům v aktivní léčbě. Nekomplikované odvykací stavy po pervitinu zpravidla odeznívají ještě rychleji, největším problémem zde ne-

jsou tělesné obtíže, ale silný craving (bažení), o němž pojednáváme podrobněji jinde (Nešpor a Csémy, 1999). Nejdelší detoxifikační léčbu vyžadují odvykací stavy po látkách, kde se v zájmu bezpečnosti pacienta přikročí k jejich postupnému vysazování (zejména závislost na vysokých dávkách barbiturátů a benzodiazepinů) a u kombinovaných závislostí.

Některé komplikace detoxifikace a to, jak jim předcházet nebo je zvládat, uvádíme v přehledu v *Tab. 1*.

Návaznosti v systému

Jak již uvedeno výše, detoxikace nebývá u těžších forem závislosti postačující intervencí. Návaznost další péče má proto zásadní význam. Detoxifikační stanice nejčastěji předávají své pacienty:

1. Kontaktním centřům a zařízením orientujícím se k mírnění škod („harm reduction“) – např. u klientů, kteří detoxifikaci nedokončí.

2. Programům intenzivní ambulantní péče a ambulantní péče orientované k abstinenci. Většina takových zařízení u nás to má jako podmínku nástupu do programu nebo přijetí do péče, alternativou je monitorovaná abstinence v ambulantních podmínkách 1 – 2 týdny.

3. Do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby. Většina zařízení, která provádějí krátko- nebo střednědobou ústavní léčbu, to má jako podmínku nástupu, pokud pacient/klient neabsolvuje detoxifikaci přímo na jejich jednotce.

4. Do terapeutických komunit s dlouhodobým (typicky ročním) pobytem. Většina terapeutických komunit u nás vyžaduje detoxifikaci jako podmínku nástupu.

V souvislosti s návazností, je třeba zmínit pojem „aktivní předání“. To znamená, že pracovníci detoxifikační jednotky léčbu jinde předem dohodnou a klientovi oznámí místo, čas i kontaktní osobu. Nebo si klient dohodne léčbu sám, oznámí to během detoxifikace a pracovníci detoxifikační jednotky komunikují o předání s pracovníky zařízení následné péče. Ještě vhodnější je, když se podaří zajistit doprovod (rodiče, sociální pracovníce, terapeut zařízení, kam klient přechází apod.). Většina TK u nás to má jako podmínku nástupu, převážně se jedná o doprovod rodičů nebo blízkých osob, nebo si pro klienta přijede terapeut TK. Úspěšnost předání tak pronikavě vzrůstá. Prospěšné také bývá vzbudit v důvěru v zařízení, kam se pacient předává.

Summary Detoxification Units

The detoxification units should help overcome withdrawal syndromes and intoxication, which do not require more intensive treatment and which cannot be safely managed by home detoxification. Detoxification itself does not represent sufficient intervention in most clients but it can enable participation in other forms of treatment. Therapeutic strategies during the detoxification include pharmacotherapy (treatment of acute intoxication, withdrawal syndromes and psychotic symptoms caused by psychoactive drugs), and

psychosocial methods including psychotherapy, family therapy and social work. The typical course of detoxification, possible complications and their prevention and management are described. Detoxification can be used even as a "harm reduction" strategy but more often the clients after detoxification are referred to drug-free outpatient therapy, to the hospital treatment or therapeutic community. The importance of "active referral" is emphasised.

Key words: acute intoxication – detoxification – detox units – hospital treatment – withdrawal syndrome

Tab. 1: Některé komplikace detoxifikace a možnosti, jak je zvládat nebo jim předcházet

Komplikace	Možnosti
Předčasné ukončení detoxifikace	Mírnit odvykací obtíže, práce s motivací, rodinná terapie, podpůrná psychoterapie, sociální pomoc
Průnik drog na detoxifikační jednotku	Zákazy návštěv, zejména pak rizikových osob, důkladná prohlídka klienta při přijetí, toxikologické kontroly, dostatečný dohled
Propuknutí toxické psychózy nebo jiné závažné duševní poruchy	Přiměřená psychiatrická léčba
Zanedbané tělesné onemocnění	Přiměřená léčba
Nedostatečná motivace	Práce s motivací*), rodinná terapie
Závažné sociální problémy	Sociální práce.

*) Viz kapitoly 4/7 a 5/3 v této publikaci, též Nešpor (2000).

Zdroj: autor

Literatura

■ Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odbornou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Praha, 2001

■ Hoffmann N. G., Halikas J. A., Mee-Lee D., Weedman R. D.: ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Psychoactive Substance Use Disorders. ASAM, Washington D.C., 1991

■ Nešpor K.: Zkušenosti s buprenorfinem (Temgesic) při léčbě odvykacích syndromů po heroinu. Alkoholizmus a drogové závislosti (Bratislava), roč. 32, č. 4, str. 223 – 224, 1997

■ Nešpor K.: Toxikologické vyšetření v klinické medicíně a při prevenci v pracovním prostředí. Alkoholizmus a drogové závislosti, roč. 33, č. 1, str. 31 – 38, 1998

■ Nešpor K.: Problémy s návykovými látkami v ordinaci praktického lékaře. Galén, Praha, 1999

■ Nešpor K.: Návykové chování a závislost. Portál, Praha, 2000

■ Nešpor K., Csémy L.: Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum, Praha, 1996

■ Nešpor K., Csémy, L.: Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnání. FIT IN Klub/Sportpropag, Praha, 1999

Klíčová slova: léčba vedoucí k abstinenci – režim – strukturovaný program – střednědobá léčba – ústavní léčba – vypadnutí (předčasné ukončení)

Typová charakteristika

Střednědobá léčba závislosti je ústavní léčba vymezená trváním v délce 3 – 6 měsíců¹. V našich podmínkách je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, eventuálně některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Někdy je ovšem pojem střednědobá léčba užíván i pro kratší program (přibližně šestiměsíční) terapeutických komunit – ve srovnání s jejich programem standardním dlouhodobým (trvajícím přibližně 1 rok či více). V této kapitole se budeme věnovat střednědobé léčbě v její typické podobě – tedy poskytované zdravotnickým zařízením (toto pojetí odpovídá i akreditačním standardům). Vzhledem k délce trvání, k ústavní formě a zdravotnickému charakteru léčby má program střednědobé léčby některé specifické cíle a léčebné strategie.

Podstatné položky akreditačních standardů

Akreditační standardy (2001) obsahují některé základní charakteristiky personální, základní požadavky na podobu terapeutického programu střednědobé léčby a některé položky popisující pravidelný lékařský dohled. Na tomto místě zmíníme jen některé: multidisciplinárnost týmu, nepřetržitě zabezpečení provozu, řízení specialistou na psychiatrii či oblast návykových nemocí, stanovení a pravidelné zhodnocování individuálního léčebného plánu, vytvoření plánu následné péče, hodnocení efektivity střednědobého programu a další.

Požadavky na odbornou léčebnou péči vymezují komplexnost a strukturovanost programu (požadují minimálně 20 hodin strukturovaných aktivit týdně rozdělených do minimálně 5 dní). Program oddělení, které je organizováno jako terapeutická komunita, obsahuje skupinovou terapii, rodinnou (event. partnerskou) terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a rehabilitační aktivity jako je pracovní terapie, sport, zátěžové programy a trénink sociálních dovedností.

Tým zařízení

Vzhledem k charakteru léčby je tým multidisciplinární, s převahou zdravotnických pracovníků. Kromě lékařů, středních zdravotnických pracovníků a klinických psy-

chologů patří do terapeutického týmu jiní odborně vzdělaní psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, eventuálně pracovníci další. Tým je veden nejčastěji psychiatrem.

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.

Cíle střednědobé léčby

Jedním z akreditačních požadavků je, že cíle musí být adekvátní délce programu a potřebám pacienta. Nejčastěji formulovaným cílem (zejména v původním apolinářském modelu) je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Je velkou terapeutickou dovedností nalézt optimální rovnováhu mezi tímto doporučením, které je současně nejbezpečnější cestou a současně nejlépe navozuje abstinenci normy v léčebném společenství, a takovým postojem k relapsu, který by zbytečně nezatažoval pacienta pocity viny a nezvládnutelného úkolu a nezhoršoval nadměrnými nároky pacientovu situaci.

Střednědobé léčby vycházející v našich podmínkách z apolinářského modelu směřují k abstinenci, vesměs jako k prostředku k vyšší subjektivní kvalitě života a k co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původních životních rolí – při dodržování určitých pravidel. Postupné cíle mohou být velmi individuální, zde vyjmenujeme jen některé typické:

- stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí
- vybudování náhledu (uznání závislosti jako svého problému, jejich důsledků a potřebných kroků k jejich kompenzaci, včetně uznání potřeby dlouhodobě se léčit a nadále dodržovat některá pravidla
- postupné řešení důsledků drogové kariéry, respektive zahájení řešení těchto problémů

¹ Léčba kratší než 3 měsíce se obvykle nazývá krátkodobá léčba nebo prodloužená detoxifikace. V ČR není tato forma zatím příliš rozšířena.

- přebudování motivace (z původního vnějšího tlaku na vnitřní pozitivně formulovanou motivaci)
- zvnitřnění abstinenčních norem
- zvnitřnění struktury dne a týdne (zejména časové struktury spojené se získáním schopnosti nestavět se k libým a nelibým situacím nutkavě)
- současné řešení problémů dalších, se závislostí přímo nesouvisejících (např. zahájení léčby souběžné psychické poruchy)
- identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik
- některé změny v původním prostředí (např. změna nevhodného zaměstnání, rizikových známostí, rizikových míst pro trávení volného času apod.)
- přiměřené zlepšení sebehodnocení
- přiměřené zlepšení prožívání

Následnost některých postupných cílů je stručně zmíněna v podkapitole o obvyklém průběhu.

Vzhledem k relativně vysokému procentu pacientů s výraznou další psychickou či sociální problematikou a vzhledem k relativně vysokému počtu pacientů, kteří nedokončí terapeutický program, je nutné, aby zařízení bylo schopné nabídnout spolupráci směřující k cílům dílčím či přechodným – v dané chvíli reálnější. Příkladem může být sociální stabilizace s doporučením další péče, stabilizace před substitučním programem, edukace v minimalizaci rizik atd.

Terapeutické strategie

Vyjmenovaným cílům odpovídá výše zmíněné složení týmu a terapeutické strategie. Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně–edukativní. Převažující přístupy terapeutické mají charakter postupů zdravotnických (ošetřovatelské, speciální postupy vyšetřovací a léčba přidružených komplikací somatických a psychických), psychoterapeutických a sociální péče. Základem, na kterém je komplexní program postaven, je strukturovaná léčba s režimem.

Základní model střednědobé léčby v našich podmínkách vychází z modelu zavedeného Jaroslavem Skálou – tzv. Skálův či Apolinářský model².

Strukturovaná léčba a režim

Základem komplexního terapeutického programu je strukturovaná léčba – strukturovaný je (1) průběh léčby – do několika fází různě výrazně od sebe oddělených, (2) týden – struktura týdne zajišťuje vyváženou

skladbu programu, během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu s požadovaným minimem 20 strukturovaných hodin týdně, (3) den – v podobě přesného časového rozvrhu jednotlivých aktivit. Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity psychoterapeutické, pracovní, volnočasové atd. Struktura kromě zajištění vyváženosti a stálosti komplexního programu umožňuje zpřehlednění činnosti pacienta během dne a zpřehlednění postupu léčby.

Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel – režim. Kromě definování zmíněné struktury a pravidel nutných k udržení optimálního terapeutického prostředí, specifikuje režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. Jednotlivá zařízení přikládají režimu různě velký význam, od udržení přehledného a klidného terapeutického prostředí přes význam výchovný až po důraz na terapeutický smysl (který vesměs vychází z principů behaviorální terapie). Vzhledem k tomu, že návykové látky mění u pacienta strategie chování zaměřené na získání libosti či odměny, ve smyslu: dosáhnout libosti rychleji, jednodušeji a nutkavěji, je soubor jasných pravidel a pevná struktura v terapii závislosti nezbytnou složkou. Smyslem je podporovat takové vzorce chování, které (1) vedou k získání odměny bezpečněji, perspektivněji a nikoli nutkavě a (2) se jeví být méně rizikové z hlediska potenciálního relapsu. Cílem je ovšem přejít od pravidel a struktury vnějších (daných terapeuty) k pravidlům a struktuře vnitřní, kterou si pacient dokáže udržet sám.

Ve většině zařízení je pak snahou pacientovo zvládnání struktury a režimu objektivizovat a hodnotit, nejčastěji v podobě bodovacího systému. V rozvinuté podobě je bodovací systém souborem pravidel pro hodnocení zvládnání strukturované léčby prostřednictvím kladných a záporných bodů, jejichž důsledkem jsou různé výhody či nevýhody pro pacienta či jeho skupinu (i komunitu). V této podobě pak představuje bodovací systém jeden z nástrojů týdenního hodnocení průběhu léčby. Rizikem bodovacího systému může být nevyváženost mezi sankcemi a odměnou a od určitého momentu (zejména při velkém nahromadění sankcí) ztráta terapeutického efektu.

Je důležité zmínit, že jasně definovaná pravidla s jasně definovanými důsledky mají i významný aspekt etický.

Léčebné společenství

Střednědobá léčba závislosti probíhá v našich podmínkách v prostředí léčebného společenství. Oddělení

² Viz Skála, kapitola 7/1, Historie léčby závislosti v ČR.

s průměrným počtem 20 – 30 pacientů je základní organizační jednotkou snažící se pracovat na některých základních principech terapeutické komunity³. Léčebné společenství vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro samotnou terapii a poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb, které mohou být jedním z hlavních nástrojů růstu pacienta. Je-li léčebné společenství vhodně terapeuticky podporováno, vytváří normy společenství zaměřené k snadnějšímu dosažení obecných terapeutických cílů, k snadnějšímu udržení bezdrogového prostředí, k překonání motivačních krizí u jednotlivých svých členů, k důslednějšímu přebírání kompetencí pacientem za podobu vlastní terapie apod. Vzhledem k některým zvláštnostem střednědobé léčby (např. častější příjmy nových členů a častější odchody, menší vstupní filtr či zdravotnický charakter zařízení), se daří udržet většinou jen některé znaky typické terapeutické komunity.

Prostředí

Kvalitu léčebného prostředí lze chápat jako nepřímý terapeutický nástroj. Základními cíli, o které je třeba aktivně usilovat, je udržení bezdrogového prostředí a prostředí dostatečně bezpečné, klidné a důvěrné pro další terapeutické aktivity. Podoba strukturovaného programu a režimu a skladba terapeutických aktivit jsou uspořádány tak, aby toto prostředí bylo možné udržovat.

Psychotherapie skupinová, komunitní i individuální

Základními aktivitami v rámci strukturovaného programu jsou psychotherapeutické skupiny a komunitní sezení. Skupiny jsou více zaměřeny na problematiku jednotlivých pacientů (v podobě skupin tematických, životopisných či interakčních), komunity jsou více orientovány na důležité momenty života oddělení a na tu část osobních problémů pacientů, jejichž řešení pomáhá formovat normy společenství, nebo je jinak inspirativní pro celou komunitu. Při střednědobé léčbě skupiny i komunity mají zachovanou určitou strukturu a terapeuti vystupují v jejich vedení aktivněji. Během omezeného časového období je totiž mimo jiné nutno zvládnout některé tematické okruhy jako například vybudování náhledu (proces někdy velmi obtížný a vedoucí terapeutů k uplatnění technik kognitivního sporu až konfrontace), bilance důsledků, prevence relapsu, rozumné plány do dalšího života atd. Obecně lze říci, že v těchto zařízeních je skupinová terapie eklektická, kombinující prvky více terapeutických směrů, zejména kognitivně-behaviorálních a humanistických (na podporu předpokládaného vnitřního potenciálu růstu zaměřených) směrů.

Zvláštní a nutnou součástí skupinových a komunitních aktivit jsou různé formy zapojení partnerů a rodiny do terapie.

Ve střednědobé léčbě se většinou nelze obejít bez individuálních psychotherapeutických sezení. Jsou však jen doplňkem základních aktivit komunitních a skupinových a vesměs omezeny na speciální situace (ať už pravidelné či nárazové).

Pracovní terapie a podílení se na chodu oddělení a zařízení („zodpovědnosti“ činnosti)

Jednu ze základních aktivit strukturovaného dne představuje pracovní terapie. Pracovní terapie u pacientů se závislostí má širší podobu než u některých jiných psychiatrických diagnóz. Nemá tedy podobu jen tvořivé činnosti, ale v rámci spolupodílení se pacientů na chodu zařízení je často pracovní terapie rozšířena i na některé provozní činnosti s konkrétní zodpovědností. Pacienti se tak podle lokálních podmínek podílejí na údržbě areálu a případného hospodářství, na úklidu nebo na drobných opravách. Cílem těchto aktivit je obecně rehabilitace pracovních návyků. Pracovní terapie je v rámci komplexního programu také reprezentantem aktivit, u nichž je bezprostředně zaznamatelný (nikoli tedy jen verbálně proklamovaný) výsledek. Práci ve skupinách je pracovní terapie zdrojem interakcí často jiného typu než například na skupinových sezeních.

S pracovní terapií souvisí část funkcí spojených se zodpovědností za konkrétní činnosti v údržbě zařízení. Jiné funkce souvisí se spolupodílením se na budování léčebného společenství – tzv. funkce ve spolusprávě (například důvěrník skupiny, předseda spolusprávy, patron nového člena skupiny atd.). Je-li cílem konkrétního zařízení budování pružného léčebného společenství, měla by se ideálně spoluspráva podílet na všech klíčových rozhodnutích.

Volnočasové aktivity

Součástí vyváženého strukturovaného programu jsou volnočasové aktivity, které by optimálně měly obsahovat komunitní i individuální části. Smyslem komunitních je zejména významný vliv společného trávení volného času na vytváření koheze společenství a vytváření širšího prostředí pro sociální interakce. Smyslem individuálních volnočasových aktivit je nejen odpočinout si, ale zakoušet jiné, kvalitní a aktivní trávení volného času. Tuto část programu nelze chápat jen jako doplňkovou – pomáhají totiž pacientům obnovit smysl pro

³ Viz Richterová-Těminová, Adameček a Kalina, kapitola 6/7, Terapeutická komunita jako metoda a systém.

některé přirozené zdroje libosti (odměny), v tomto kontextu zejména ze sociálních kontaktů, z uvolnění po sportu atd.

Propustky

Obecně neefektivnější jsou ty změny, ke kterým dochází během pobytu v původním prostředí. Propustky (vycházky), jejich plánování a jejich hodnocení jsou důležitou částí programu zejména proto, že během terapie představují jediný kontakt s původním prostředím.

Prvky edukativní, racionální terapie

Pravidelnými aktivitami jsou přednášky na vybraná témata (a někde i samostudium a následné přezkoušení). Směřují k budování náhledu, k teoretické znalosti některých aspektů prevence relapsu a přispívají i k rehabilitaci kognitivních funkcí.

Sociální práci a farmakoterapii na tomto místě speciálně popisovat nebudeme.

Obvyklý průběh, specifika, komplikace

Průběh

Typický průběh lze rozdělit do 4 fází

1. fáze (přibližně 1 – 3 týdny) – detoxifikace. Jde o úvodní dobu k základní stabilizaci pacienta, k provedení základních vyšetření, k zahájení budování terapeutického vztahu, k posilování motivace k setrvání v léčbě.
2. fáze (přibližně 1 měsíc) – adaptace na terapeutický program a zařízení. Během této fáze se pacient seznamuje s principy strukturovaného programu, režimem, s léčebným společenstvím. Postupně se adaptuje na program, na komunitu, akceptuje komunitní normy, vytváří si náhled.
3. fáze (přibližně 2 – 3 měsíce) – fáze aktivní léčby. Jde o období vlastní aktivní spolupráce v psychoterapii a spolupodílení se na chodu léčebného společenství. Pacient pravidelně jezdí na propustky, uskutečňuje se rodinná terapie. Aktivně se řeší důsledky drogové kariéry a zpřesňuje motivace k abstinenci.
4. fáze (přibližně 1 měsíc) – fáze přípravy na návrat do původního prostředí. Pacient si vytváří reálné plány do života po léčbě, zajišťuje práci a bydlení (vše s cílem minimalizace rizik relapsu) a naplňuje si kvalitní následnou péči.

Délka léčby

Již bylo řečeno, že střednědobá léčba trvá 3 – 6 měsíců. V současnosti se za účinné minimum v ústavní te-

rapii závislosti považuje doba 3 měsíců. Vlastní délka léčby je v jednotlivých zařízeních určována různě, vesměs však respektuje individuální potřeby pacienta. Délka léčby je výsledkem zhodnocení více faktorů jako je kvalita spolupráce v léčbě, rychlost postupu léčebného procesu, přítomnost eventuálních somatických či psychických komplikací a potřeba speciální péče, výsledky předcházejících terapeutických pokusů, premorbidní osobnost, závažnost sociálních a zdravotních důsledků, možnosti následné péče v původním prostředí pacienta, kvalita sociálního zázemí pacienta apod. Některé z těchto faktorů lze částečně objektivizovat, jednoznačný objektivní klíč k určení optimální délky léčby ovšem není – důležité je stanovit délku léčby jako výsledek dohody mezi terapeutem, pacientem a komunitou (v určitém rozmezí trvání léčby může být účinnějším faktorem dokončení léčby, než samotná délka léčby).

Komplikace

Příčiny komplikací střednědobé léčby mohou být velmi pestré, ústí však v omezený počet situací – v porušení abstinence, v potřebu jiné specializované péče nebo v přerušení terapeutického programu.

Mezi hlavní komplikace střednědobé léčby patří:

- Relaps v průběhu léčby (na propustce či donesením návykové látky přímo do zařízení).
- Předčasné ukončení léčby (tzv. „drop out“).
- Porušení zásadních pravidel léčebného společenství (např. fyzická nebo verbální agrese či sexuální vztah).

Závislost je v současnosti nahlížena jako chronické recidivující onemocnění – relapsy v průběhu léčby, zejména na propustkách, jsou častou komplikací. Jednotlivá zařízení poskytující střednědobou léčbu volí různé strategie pro přístup k takovým relapsům, všechny strategie se snaží na jedné straně akceptovat relaps jako vcelku logický projev závislosti, na druhé straně navozovat v léčebném společenství atmosféru významně znevýhodňující porušení abstinence během léčby.

K předčasnému ukončení léčby⁴ dochází buď proti radě lékaře na základě vlastního rozhodnutí nebo vyloučením z léčby z disciplinárních důvodů. Procenta předčasného ukončení léčby bývají u střednědobých léčeb závislých pacientů relativně vysoká, jednotlivá zařízení se v tomto směru liší – odlišnost je vesměs dána různou pevností vstupního filtru, různou pevností pravidel zařízení (včetně například lišícího se přístupu

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

k relapsům v léčbě) a různou mírou individuální podpory pacienta v setrvání v léčbě. K nejvyššímu počtu předčasných odchodů dochází v prvním měsíci, s postupující léčbou se pravděpodobnost předčasného odchodu snižuje. Vzhledem k tomu, že dokončení léčebného programu se ukazuje být jedním z hlavních pozitivních prognostických faktorů, vyplatí se nespolehat pouze na motivaci pacienta v léčbě setrvat (tato motivace je vesměs kolísavá a ambivalentní), ale využít pro udržení pacienta v léčbě podpůrného kontaktu terapeuta s pacientem a „tahu“ léčebného společenství.

Návaznosti v systému

Je praktičtější nahlížet na střednědobou léčbu jen jako na jednu etapu dlouhodobého terapeutického procesu. Jedním důvodem je to, že změny, ke kterým došlo během několik týdnů ústavního pobytu, mají tendenci po návratu do původního prostředí postupně mizet. Dalším důvodem je jen částečnost těchto změn – během střednědobé léčby se v lepším případě zvládnou problémy sekundární (vzniklé v důsledku závislosti).

Důležitým prvkem v závěru terapie je proto naplánovat přesný plán následné péče. Menší část pacientů odchází ze střednědobé terapie do dlouhodobých pro-

gramů terapeutických komunit nebo do různých programů intermediárních (doléčovací centra s chráněným bydlením, stacionáře), většina se vrací do původního prostředí, kde následná péče bude probíhat formou ambulantní. Psychiatrické léčebny poskytují jako jeden z prvků následné péče tzv. opakovací pobyty – většinou 3 týdenní pobyty v 1. roce abstinence, v odůvodněných případech i déle.

Summary

Mid Term Hospital Treatment

A typical form of the arrangement of the therapeutic programme for drug dependence is hospital care lasting 3 – 6 months. This type of care has its specific goals and strategies regarding the length of treatment and hospital environment. The goals also regard individual needs of the patient. They are more aimed toward solving problems developing consequently to dependence than toward solving causal issues. The general goal is reaching and maintaining abstinence. The therapeutic programme is comprehensive and structured. Its form in the CR still have the character-

istic features of the model introduced 50 years ago by Jaroslav Skála. Among the complications, relapse during visits to the family and drop-outs are mentioned.

Key words: abstinence-oriented care – drop-out – hospital care – mid term care – regime – structured programme

Literatura

- Akreditační standardy: Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odbornou péči problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. MZ ČR, Praha, 2001
- Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management. Department of Health, London, 1999
- Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drogových závislostí. Úřad vlády ČR/Filia Nova, Praha, 2001
- Kaplan H. I., Sadock B. J.: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore, 1994
- Nešpor K., Csemy L.: Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi. Psychiatrické centrum, Praha, 1996
- QUADS – Organisational Standards for Alcohol and Drug Treatment Services. Alcohol Concern/SCODA, London, 1999
- Rotgers F. a kol.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Skála J. a kol.: Závislost na alkoholu a jiných drogách. Avicenum, Praha, 1987
- Winger G., Hofmann F. G., Woods J. H.: A handbook on drug and alcohol abuse: the biomedical aspects. 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1992

Klíčová slova: cíle léčby – fáze léčby – kardinální pravidla – režim – strukturovaný program – terapeutická komunita (TK)

Základní charakteristiky

Terapeutickou komunitu (TK) zde definujeme jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci¹. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6 – 18 měsíců. Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou typu B a C). Věk klientů se ve většině TK pohybuje v rozmezí 18 – 35 let².

TK u nás jsou součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace³, případně existují jako samostatná organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je většinou nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb⁴ nebo jako samostatná oddělení lůžkového zdravotnického zařízení⁵. Kromě posledního případu není statut zdravotnického zařízení pro TK obvyklý.

TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé (Kalina a kol., 2001).

TK pro závislé je postavena na těchto základních principech:

- 1) Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.
- 2) Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.
- 3) Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé

osobnosti, trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.

4) Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.

5) Terapie probíhá především ve skupině (společensví, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.

6) Přejít z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.

7) Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.

8) Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

Tým terapeutické komunity

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 (Kalina, 2000).

S efektivní terapií jsou v rozporu takové terapeutovy vlastnosti jako pasivita, nutkavost, submisivita a závislost. Přínosem jsou naopak jistota, přirozenost, důvěra (včetně důvěry v sebe), pevná identita, humor, tvořivost a schopnost ukázat omylnost. Terapeutova pasivita nevyhází vstříc klientově potřebě mít k dispozici aktivní, opravdovou postavu, která mu pomůže rozlišit mezi skutečností a vnitřním zkráslením. Submisivní terapeut klienta nekonfrontuje a budí tak u něj dojem nezájmu. Nutkavý terapeut bude na hněv a odehrávání⁶ závislých snadněji reagovat podobným způsobem.

¹ O terapeutické komunitě z jiného hlediska viz Richterová-Těminová a spol., kapitola 6/7, Terapeutická komunita jako metoda a systém.

² Zatímco některé TK přijímají i klienty mladší, starší klienti jsou v našich TK spíše výjimkou. Většina TK přijímá muže i ženy, ale obvykle ne partnerské dvojice. I u nás už existuje možnost umístit do TK matky s dětmi (TK SANANIM-Karlov).

³ Např. SANANIM, Podané Ruce, Renarcon, Teen Challenge.

⁴ Např. TK Nová Ves u Liberce.

⁵ Např. TK Bílá Voda v Jeseníkách.

⁶ Acting out, agování – vybití nevědomých emočních impulzů v jednání (Hartl, 2000).

bem (opětovat ho). Terapeutova nutkavost je obranou proti jeho vlastnímu hněvu a potřebě kontroly. Terapeut, který se snadno rozhněvá a je snadno frustrován, pokud klient nespĺňuje jeho přání a očekávání, může při práci s klienty TK zažívat těžké chvíle. U terapeuta, který je závislý a potřebuje klientův souhlas a potvrzení, hrozí, že bude u klienta opakovat část jeho vývojových problémů. Klient potřebuje v léčbě dosáhnout separace, individuace a autonomie. Musí být ušetřen odmítnutí, i když zcela neplní terapeutova předem stanovená očekávání (Flores, 1997).

Program TK má být řízen kvalifikovaným odborným pracovníkem s praxí v TK, skupinové psychoterapii, léčeni 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 uspořádaný⁷.

Vztah týmu a klientů je důležitým prvkem TK. Platí, že základním nositelem změny je vztah klient-terapeut, klient-skupina, klient-komunita. Vztah, zejména při dlouhodobé rezidenční péči, je mnohem autentičtější, je však velmi jasná hranice, kterou ani jedna strana nesmí překročit. Tým je určitě autoritou formální, ale i zároveň autoritou přirozenou. Tým by měl při léčbě v TK umožňovat svým přístupem rozvoj přenosových vztahů a pracovat s nimi. Zároveň by především prostřednictvím supervize měl pracovat se svými protipřenosy⁸. Tým musí být velmi dobře obeznámen s problematikou přenosů a protipřenosů, aby rozuměl těmto procesům a znal své limity i možnosti, co v této oblasti může udělat.

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 většinu⁹. 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.

Cíle a prostředky terapeutické komunity

Léčba v TK se označuje jako „léčba vedoucí k abstinenci“ či „léčba orientovaná k abstinenci“ (abstinence-oriented treatment). Abstinence však není cílem léčby v TK, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Úkolem léčby je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti, ale i omezení, a využil ji k dalšímu rozvoji sebe sama, uplatnění sebe sama ve světě a ke své spokojenosti.

Cílem léčby v TK je změna životního stylu. Vycházíme z předpokladu, že trvalejší změny životního stylu lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu. Klient v programu TK postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede. Osobnostní růst umožní klientovi, aby si žádoucí změny chování udržel i po odchodu z chráněného prostředí TK.

Dílčí cíle léčby v TK jsou následující:

- dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“.
- změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování
- učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé
- vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství
- získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, dovednosti řešit konflikty
- osvojení si pracovních a hygienických návyků
- změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama
- poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama
- uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice.

Základním prostředkem k dosažení vytyčených cílů je samotný život v komunitě, se všemi jeho specifiky jako

⁷ Rozdíl mezi demokratickými a hierarchickými TK viz Richterová-Těmínová, Adameček a Kalina, kapitola 6/7, Terapeutická komunita jako metoda a systém.

⁸ Viz Havrdová a Kalina, kapitola 7/8, Supervize.

⁹ Pro srovnání viz Kooyman (1993).

je společné rozhodování, otevřená komunikace, konfrontace. Tento život se maximálně snaží přibližovat reálnému životu, který má svá pravidla, řád, režim, ve kterém se uskutečňují reálné i přenosové vztahy. Dalšími prostředky jsou jednotlivé složky strukturovaného programu.

Odborná péče v terapeutické komunitě – součástí strukturovaného programu

Základní prvky

Terapie v TK se zaměřuje :

- 1) na vývoj osobnosti a emoce,
- 2) na chování,
- 3) na duchovní rozměr osobnosti a etiku,
- 4) na dovednosti přežít a být profesně zajištěn.

1) Prvky zaměřené na chování – zpětná vazba a intervence, konfrontační skupiny, struktura, pravidla, řád, hierarchie.

2) Prvky zaměřené na emoce a vývoj osobnosti – skupinová psychoterapie dynamicky orientovaná, individuální terapie, rodinná terapie, speciální postupy – arteterapie, psychodrama, tanec atd.

3) Prvky zaměřené na vzdělání, etiku, spiritualitu – vzdělávání, semináře, diskuse, tematické skupiny.

4) Prvky zaměřené na dovednost přežít a být profesně zajištěn – sociální učení, práce, komunikační dovednosti, asertivní trénink.

Z tohoto rozdělení vyplývá, že vedle sebe a spolu se v léčbě uplatňuje jak psychoterapie, tak i výchova. Obě tyto složky jsou stejně důležité a při dlouhodobé léčbě by při se absenci jedné či druhé snížila efektivita léčby. K tomu, aby intervence ke změně chování byla efektivní, zpětná vazba by měla být formulována duchaplným způsobem a s respektem, a přímo zaměřena na chování. Co se týká duchovního rozměru a etiky, je přínosné, pokud dojde k zvnitřnění určité formy pokory a etických norem a klient přijme představu jakéhosi vyššího principu, vyšší síly, které je možno se odevzdat, když má pocit, že na zvládnání svých těžkých životních situací nestačí.

Režim

Režim je tvořen souborem pravidel programu TK. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způ-

soby hodnocení požadovaného chování a sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu. Režim není samoučelný: představuje vnější strukturu a jeho dodržování je procesem internalizace této struktury. Pro TK je typické, že vyžaduje po klientech změnu chování hned po příchodu do TK. Nečeká se na to, až si všechno klienti promyslí a k lepšímu chování sami dojdou. V ideálním případě dostávají od starších členů skupiny a od týmu podporu ve smyslu „teď jednej, jako bys tomu už rozuměl/a; jednou to pochopíš“¹⁰. Změna chování je tedy do značné míry vnucená, a proto je přirozené, že klienti se jí všemožně brání. Komunita chce měnit klienty a klienti chtějí měnit komunitu. Podstatné je, že v prostředí TK klienti nemohou z této třetí plochy unikat svým dlouho používaným způsobem – prostřednictvím drogy. Projeví se tak u nich množství pocitů, které si za pomoci skupiny a terapeutů postupně uvědomují a učí se je vyjadřovat slovy.

Časová struktura dne a týdne: rozdělení času v TK se blíží běžnému životu. V pracovních dnech připadá na jednotlivé aktivity (včetně pracovní terapie), na spánek a na volný čas přibližně stejný díl (8 hodin). Během víkendu je volného času více. Klienti se účastní programu v minimálním rozsahu 20 hodin strukturovaných aktivit (jiných než pracovní terapie) týdně, rozdělených alespoň do 5 pracovních dnů.

Povinnosti klientů a požadavky na jejich chování v programu: v TK platí několik základních – tzv. kardinálních – pravidel: zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz sexuálních vztahů¹¹. Porušení kardinálních pravidel směřuje k vyloučení klienta z programu. Vedle nich existuje řada pravidel dalších, jejichž porušení vede k mírnějším sankcím a v každém případě se veřejně projednává¹². Soubor pravidel („legislativa komunity“) musí být jasně a jednoznačně formulovaný, všem srozumitelný a ne nadměrně a samoučelně rozsáhlý: pravidel nemá být zbytečně mnoho. Legislativa TK zajišťuje členům komunity jednak ochranu a bezpečí, jednak podněty pro sociální učení a změnu chování.

Způsoby hodnocení a kontroly: klienti mohou být hodnoceni na hodnotících skupinách, na velkých komunitách, individuálním garantem při revizích individuálního plánu či jinak. Důležité je mít prostor k tomu, aby

¹⁰ Koncept „act as if“, viz např. Kooyman, 1993.

¹¹ Pravidlo „zákazu sexuálních vztahů“ provází TK všech typů od samého počátku a je zdrojem různých, často protichůdných výkladů. V TK pro závislé se sice radí ke „kardinálním“ pravidlům, ale je jaksi „méně kardinální“ než např. porušení abstinence či násilí. Obvykle se se vzniklým vztahem pracuje a teprve při rezistenci musí jeden z partnerů z TK odejít, většinou však do jiného zařízení. Sexuální vztah v TK má dvojitý nežádoucí rozměr: jednak vytváří terapeuticky neproduktivní či brzdicí alianci dvou lidí, jednak je zneužitím blízkosti a důvěry v terapeutickém prostředí.

¹² Soustavné porušování těchto „pravidel druhého řádu“ ovšem může rovněž vést k vyloučení klienta.

se na hodnocení podílela celá komunita včetně klientů. Vyplatí se například poukazovat na rozdíl mezi tím, co klient říká, a tím, co dělá. Například může tvrdit, že je v poslední době pracovitější – přitom sedí v kruhu s další desítkou lidí, kteří ho při práci denně sledují, a ti se k jeho tvrzení mohou okamžitě vyjádřit a případně ho korigovat¹³. Za kontrolu některých věcí zodpovídá výhradně tým. Příkladem může být kontrola abstinence formou odběrů moči.

Sankce a ocenění: negativní chování je konfrontováno slovně, ale často také prostřednictvím různých sankcí, které jsou odstupňovány podle závažnosti, od prospěšné práce pro komunitu a písemné úkoly („elaboráty“) přes sestup v hierarchii, dočasné sesazení do nižší fáze, až po nejtvrdší sankci, kterou je výzva k odchodu z komunity. Nejedná-li se o tak zásadní porušení pravidel, jako je užití fyzického násilí či vnesení drogy do zařízení, je vhodné zvážit, zda výzva k odchodu musí být okamžitá. Vždy je však nezbytné zajištění následné péče¹⁴. Ocenění nebývají v TK tak rychlá a na první pohled viditelná jako udělování sankcí. Jde spíš o postupné získávání různých výhod, které souvisí s tím, jak klienti procházejí jednotlivými fázemi programu. Obdobu najdeme v běžném životě například v zaměstnání, kde může člověk za slovní hrubost vůči nadřízenému přijít o práci okamžitě, ale přidáno dostane až po delší době trvalejšího úsilí. Přesto je důležité, aby se klientům dostávalo určité trvalé bazální podpory v tom smyslu, že komunita (a zejména tým) je přijímá a vidí smysl v jejich pobytu v dané TK. Pokud tomu tak u některého klienta není, je povinností týmu zabývat se jím v supervizi, případně ho i doporučit jinam.

Jednotlivé aktivity programu v TK

Setkání komunity – mají v životě TK klíčové postavení¹⁵. V TK se uskutečňují denně, někdy i ráno a večer. Jsou platformou pro udržování řádu a konfrontaci s ním, pro řešení důležitých problémů života komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací.

Skupinová terapie v užším smyslu se v některých TK rozděluje na skupiny biografické, tematické a interakční. Dále jsou běžné skupiny pro určitou část klientů, např. pro klienty v první, nebo naopak v poslední fázi programu, či skupiny zvláště pro ženy a pro muže. Používají se psychodynamické a kognitivně behaviorální přístupy.

Individuální terapie – individuální psychoterapie v užším slova smyslu se v TK většinou neprovádí, zatímco individuální podpora a vedení je žádoucí. Každý klient má určeného terapeuta (garanta), odpovědného za vedení případu, který pravidelně hodnotí stav klienta a plnění léčebného plánu. Garant klienta individuálně provází celou dobou jeho pobytu. Podporuje ho v tom, aby materiál z individuálních rozhovorů přinášel do skupiny, a tak mu pomáhá v zapojení do společenství a do léčebného programu.

Rodinná terapie – TK nemá vždy k dispozici rodinného terapeuta, ale se členy rodiny a partnery se pracuje v každém případě, kdy je to možné. Děje se tak při jejich návštěvách v TK, TK rovněž může provozovat vlastní rodičovskou skupinu nebo doporučuje rodiče do takových skupin v místě bydliště. Některé TK organizují během víkendů pravidelná hromadná setkání rodičů všech přítomných klientů.

Pracovní terapie – musí být především smysluplná a s viditelným výsledkem. Pro účely práce jsou klienti jasně hierarchicky uspořádáni tak, že nejméně zodpovědné práce vykonávají klienti nižších fází programu, a více zodpovědné ti, kteří jsou v komunitě delší dobu. Zatímco během skupin se uplatňuje autorita horizontální (všichni jsou si rovni, každý je otevřen konfrontaci), při práci platí autorita vertikální s jednoznačnou podřízeností a nadřízeností. Klienti mají rozděleny jasně definované funkce s odpovídajícími pravomocemi a zodpovědností.

Vzdělávání – může probíhat formou přednášek, seminářů, nácviků i jinak. Vzdělávací program v TK zahrnuje témata prevence relapsu, filozofie a principů TK, témata podporující praktické dovednosti¹⁶ a zvyšující právní vědomí apod. Některá témata mohou vést samotní klienti.

Volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity a jiné rehabilitační aktivity – jsou zdrojem pozitivních zážitků, zábavy, uvolnění a přirozené euforie, posilují odolnost a stmelují komunitu. Většinou se jedná o dostupné činnosti, kterými mohou klienti vyplnit svůj volný čas i po dokončení programu TK.

Sociální práce v TK usnadňuje klientům přístup k síti různých institucí. Pomáhá klientům s problémy z ob-

¹³ Ne vždy se klienti snaží ukázat v lepším světle, někdy to bývá i naopak.

¹⁴ Podle zkušenosti prvního z autorů jsou klienti odcházející z disciplinárních důvodů v další abstinenci úspěšnější než klienti svévolně opouštějící komunitu před dokončením programu.

¹⁵ Podrobněji v kapitole 6/7, TK jako metoda a systém.

¹⁶ Ve smyslu „schopnosti přežít“ sestavení profesního životopisu, vyplňování složenek, vyhledávání v jízdním řádu, orientace v síti úřadů apod.

lasti sociálně a pracovně právní, z oblasti trestního, občanského či rodinného práva. Úkolem sociální práce v TK není řešit problémy za klienty, ale s klienty. Klienti se v řadě svých dluhů, pokud a trestů mnohdy ani nevyznají. Během pobytu v TK musí uvěřit, že je reálné problémy vyřešit. Těžko bude abstinovat někdo, kdo z TK odchází se statisícovým dluhem bez konkrétní představy, jak ho bude splácet. Sociální práce by rovněž měla vést klienta k tomu, aby nebyl závislý na sociálním systému: závislost na sociálních dávkách není životním stylem příznivým pro abstinenci.

Fáze léčby v TK

Pobyt klienta v TK je strukturován do fází, z nichž každá má svá pravidla, práva a povinnosti. Liší se mírou přijímané odpovědnosti a jsou rovněž výrazem toho, že klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně. Přestupy z jedné fáze do další tím plní roli hodnotící, nahrazující bodový systém v jiných zařízeních.

Jednotlivé fáze sledují následující cíle:

- vytvoření struktury
- pozitivní i negativní hodnocení
- trénink odpovědnosti
- uvědomění si možností a limitů, které nám přináší jednoduše životní období a různé situace
- vytváření takového prostoru, který před klienta staví přiměřené nároky, které mu umožňují růst a při tom respektují fázi jeho vývoje

Vycházíme zde z obvyklého rozdělení do čtyř fází („nultá“, první, druhé a třetí – viz *Glosář, 2001*). „Nultá“, první a poslední fáze zabírají přibližně 50 % délky léčby, střední fáze rovněž 50 %.

V „nulté“ fázi (u léčby v délce jednoho roku trvá dva i více týdnů) sice klient již pobývá v zařízení a absolvuje program, není ale ještě pokládán za člena komunity. O přijetí do komunity musí požádat, jeho vlastní vstup je doprovázen přijímacím rituálem a podpisem smlouvy.

V první fázi (u léčby v délce jednoho roku trvá obvykle tři měsíce) je pro klienta důležité odnaučit se negativní a destruktivní chování, dojít k náhledu, že jeho aktuální problémy způsobila jeho závislost na droze, rozhodnout se pro změnu životního stylu a přizpůsobit se životu bez drogy a pravidlům komunity. Učí se otevřenosti a sebevyjádření. Požádá-li o přestup do druhé fáze, hodnotí celá komunita jeho způsobilost a může

i přestup odmítnout. V úspěšném případě je přestup prováděn rituálem.

Ve druhé fázi (obvykle nejdelší, u jednorocní léčby asi šest měsíců) klient přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity. Přebírá odpovědné role ve spolusprávě. Ve skupině konfrontuje své vztahy k ostatním s emocemi a zážitky, spojenými s lidmi z jeho minulosti. V této fázi má klient najít sebe sama a své vztahy k ostatním v komunitě. Zatímco v první fázi jsou klienti od světa mimo komunitu mnohdy izolováni, ve druhé fázi přibývá kontaktů, zejména s rodinou. Při přestupu do další fáze se opakuje výše popsaná procedura (žádost, hodnocení, rituál).

Třetí fáze je podstatným obohacením oproti střednědobým léčbám v psychiatrických léčebnách, které něco podobného obvykle nenabízejí¹⁷. Během ní klienti často využívají komunitu jako noční stacionář. Ve dne bývají uvolňováni z programu a mohou chodit do zaměstnání, shánět si bydlení či zajišťovat doléčování. Má-li TK k dispozici více budov, klienti poslední fáze mohou žít odděleně od klientů fází předchozích. Tato fáze bývá náročná jak pro klienty, tak pro tým, protože někdy u klientů dochází ke zhoršení stavu¹⁸. Toto zhoršení nesmí být v žádném případě důvodem k tomu, aby tým nad klientem lámal hůl. Klienti v této fázi vyžadují množství podpory. Ta má ovšem také své meze. Například datum odchodu klienta bývá jasně stanoveno a příliš se neodsouvá. Klienti jsou podporováni v separaci, což oni sami aktuálně vůbec nemusí cítit jako podporu. Ukončování terapie v TK má zásadní význam pro další vývoj klientů. Klienti se oddělují od společenství, ve kterém strávili rok života a kde se některým dostalo takového přijetí, respektu a tolerance, jako nikdy předtím. Je vhodné umožnit klientům, aby vyjádřili smutek spojený s odchodem a prožili si ztrátu. Tak si přirozeně uvědomí a přijmou, že pobyt v komunitě měl pro ně určitou hodnotu. To je významné v souvislosti s tím, že bývalí uživatelé se často potýkají s pocity naprosté prázdnoty a za jediný cenný úsek svého života považují počáteční období braní drog, kdy ještě nebyli závislí.

Závěr

TK se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace zejména pro klienty nezralé, s dlouhou drogovou kariérou a závažnou životní historií (traumatizace, zneužívání, dissociální chování, kriminalita apod.).

¹⁷ V současné době ale přibývá možností navázat v dané léčebně programem denního stacionáře.

¹⁸ Krize posledního období, v oblasti psychoterapie nijak výjimečná.

Porovnáme-li pravděpodobný počet závislých a počet míst v terapeutických komunitách¹⁹, dojdeme nejspíše k závěru, že terapeutická komunita není pro každého. Klienti do ní přicházejí obvykle po absolvování celé léčby v psychiatrické léčebně nebo její části, jenom výjimečně pouze po ústavní detoxifikaci. Čekací doba před přijetím bývá i několik měsíců a před nástupem je nutné splnit řadu požadavků. Do TK se tak často dostávají lidé k dlouhodobému pobytu předem motivovaní²⁰. V případech, kdy klienti dokončí celý program, je léčba neúčinnější. Přesto téměř dvě třetiny klientů končily v roce 2001 program našich TK předčasně²¹. K tomu jistě přispěly faktory na straně doporučujících zařízení a na straně klientů, ale bezpochyby také na straně terapeutických komunit a jejich terapeutů. Kromě vypnutí z léčby je další komplikací častý výskyt klientů s duálními diagnózami, kteří vyžadují specifický přístup²². Přesto i tato skupina klientů může mít z léčby v TK výrazný prospěch, podaří-li se je v léčbě udržet.

Klienti, kteří jsou v dokončení programu úspěšní, se během pobytu v TK připraví na další život. V poslední fázi si často najdou zaměstnání, bydlení a dojednávají si následnou péči v některém z doléčovacích programů, kam docházejí obvykle další rok.

Summary

Residential Care in the Therapeutic Community

Therapeutic communities (TC) represent a form of the drug dependence treatment, which is directed primarily to the recovery from substance abuse through personal growth. The length of stay is usually 6 – 18 months. Abstinence from drugs is required as a condition of treatment and following changes of lifestyle, not as a goal in itself. Mood-altering substances, including prescription drugs used illegally, are prohibited. The programme in the TC is highly structured and divided into treatment phases. The care provided by the multi-disciplinary therapeutic team includes community meetings, group therapy, individual therapy, occu-

pational therapy, working with family members, social work, education and various activities of rehabilitation and social rehabilitation. The regime and the set of rules are important; breaking the sc. cardinal rules may lead to the exclusion from the programme. TC is indicated for clients with a low level of maturity, with long-term drug career and with severe life events (trauma, dissocial behaviour). Also clients with dual diagnoses can benefit from it, if a special approach is applied. In the care system, residential treatment is preceded by detoxification or hospital care, and followed by aftercare.

Key words: cardinal rules – goals of treatment – phases of treatment – regime – structured programme – therapeutic community

¹⁹ U nás činila kapacita TK v roce 2001 něco přes 200 lůžek.

²⁰ Zřídka se jedná o vnitřní motivaci k osobnostním změnám, často jde o motivaci vnější (hrozba vězení, život na ulici, ztráta podpory blízkých apod.)

²¹ Údaje odborné sekce A.N.O.

²² Podrobněji k uvedeným i dalším faktorům viz Kalina (2000); Kalina, kapitola 7/1, Účinné faktory léčby a změny klienta.

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. MZ CR, Praha, 2001. Internetové stránky: <http://www.mzcr.cz>
- Flores P. J.: Group psychotherapy with addicted populations: an Inverzetion of twelve-step and psychodynamic theory. 2nd ed. Haworth Press, New York, 1996
- Glosář: Kalina K. a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Hartl P., Hartlová H.: Psychologický slovník. Portál, Praha, 2000
- Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Inverze/SANANIM, Praha, 2000
- Kennard D.: An introduction to therapeutic communities. 2nd ed. Jessica Kingsley Publishers, London, 1998
- Kooyman M.: The therapeutic community for addicts. Intimacy, parents involvement and treatment succes. Swets en Zeitlinger, Amsterdam, 1993

MUDr. David Adameček – Informace o autorovi a kontakt viz kapitola 6/7.

PaedDr. Martina Richterová-Těmínová – Informace o autorce a kontakt viz kapitola 6/7.

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

Klíčová slova: doléčování – následná péče – prevence relapsu – sociální integrace

Typová charakteristika

Vymezení následné péče není jednoznačné. Často panuje neshoda, kdy je vlastně následná péče indikována, respektive kdy začíná. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny a tudíž sem patří intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého (Marlatt, Barrett, 1994).

Akreditační standardy (2001) definují cílovou populaci pro programy následné péče takto: „abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce; preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci“. Z této definice tedy vyplývá, že následná péče je určena pro osoby, které absolvovaly ambulantní či residenční (základní) léčbu, setkáváme se však i s osobami bez předchozí odborné pomoci. Lze u nich nalézt minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence od své primární drogy a potřebu podpory a pomoci (často velmi praktické) při znovunacházení svého vlastního místa ve světě neboli integrace do podmínek normálního života. Jinými slovy je základním úkolem následné péče pomoci závislému navracejícímu se do „normálního světa“ pomoci vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Právě stabilizace životního stylu závislého se jeví jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislosti. Jak vyplývá z uvedeného vymezení, spektrum indikovaných klientů pro daný typ péče je velmi široké, což klade vysoké nároky na flexibilitu programu. Pro různé typy programů následné péče jsou nezbytná přesně definovaná kritéria přijetí a často i odborná doporučení.

V anglosaských zemích se používá slovo „aftercare“ nebo „postcare“, což odpovídá naší následné péči. Lze se také setkat s výrazem „re-entry“. U nás je spíše tradičně používán termín doléčování. Obě slova jsou pak často používána jako synonymum, z čehož však vycházejí různá nedorozumění¹. Ta se často týkají celkového cíle.

S termínem doléčování je často v praxi spojováno především posilování abstinence při současném opomíjení intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu a tedy sociální integrace závislých osob. Následná péče dle mého názoru lépe definuje potřebu rozmanitosti služeb v tomto typu péče.

Na druhou stranu je možné v současné době zaznamenat určitou „bezbřehost“ při definování následné péče. Programy zabývající se následnou péčí musí mít jasná kritéria pro indikaci vstupu klienta do programu a zřetelně vymezené místo v systému péče o drogově závislé.

V širším pojetí však nelze striktně oddělit následnou péči od jakékoli léčebné aktivity či intervence (například terapeutická komunita). V průběhu cesty klienta různými typy péče je totiž nutné umožnit klientovi konfrontaci s nároky každodenního života, což znamená například řešení různých splátkových kalendářů, právních otázek, atd.

V této kapitole budeme preferovat termín „následná péče“ a zaměříme se na její užší pojetí směrem k doléčovacím programům, tedy k intervencím, které jsou používány u klientů po absolvování základní péče.

Tým programu následné péče

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 nezbytné mít služby těchto specialistů dohodnuté externě.

¹ Glosář (2001) definuje následnou péči takto: „smyslem následné péče je udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích...“. Doléčování je zde pak definováno: „doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.“ Pokud porovnáme obě definice v plném znění, lze konstatovat, že i tato práce používá oba termíny spíše jako synonyma.

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. Z mé vlastní zkušenosti mohu potvrdit velký přínos těchto pracovníků pro fungování celého programu následné péče.

Hlavní složky programu následné péče

1. *Psychoterapie* – V programu následné péče se setkáváme s velmi pestrou symptomatologií našich klientů. Různé traumatické zážitky z období užívání drog (popřípadě dětství) a poruchy osobnosti, které předcházely drogovému problému, se nyní v podmínkách normálního života projevují v plném rozsahu. Často se vynořují úplně nová témata, kterých se klient v průběhu léčby vůbec nedotkl, popřípadě je považoval za vyřešené. Je však nezbytné správně diagnostikovat, co z problematiky klienta je řešitelné v aktuálním čase. V následné péči nám jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy. K tomuto cíli by mělo být naše psychotherapeutické zaměření vztahováno. Někdy se setkáváme s nepřiměřenou snahou zvládnout veškeré problémy klienta v rámci programu následné péče. To je však velmi nebezpečné. Vždy je třeba citlivě zvážit, co z klientových témat bezprostředně souvisí se stabilizací abstinence dalších navozených změn. Nelze tedy mluvit o nějaké „hlubší“ psychoterapii. Spíše se jedná o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovy emotivity. Dobrý terapeut v následné péči pozná, kde je mez, za kterou – vzhledem k stabilitě závislého v abstinenci – již není žádoucí zajít. Je však nezbytné v rámci sítě specialistů předat klienta do další péče². To vyžaduje dobré diagnostické schopnosti a dobré načasování intervencí (timing).

2. *Prevence relapsu*³ – Obava z možného selhání (relapsu) je klíčovým motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče. Pro většinu klientů, kteří absolvovali základní léčbu především v rezidenčním programu, je velmi těžké v prvních týdnech odolávat cravingu. Prevenci relapsu je nutno považovat za klíčovou složku následné péče. Jejím cílem je vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím snížila pravděpodobnost re-

lapsu. Samotná prevence relapsu stojí na třech základních pilířích: kognitivní intervence, dovednosti zvládnání a stabilizace životního stylu. Jinými slovy je třeba pomoci klientovi získat náhled, naučit jej jak zvládat rizikové situace a pomoci mu s integrací do normálního života. Tyto tři pilíře jsou základní kostrou všech aktivit v rámci následné péče.

3. *Sociální práce* – Má nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého. U klientů programů následné péče se lze setkat s velmi pestrou škálou sociálně právních problémů. Mezi hlavní patří: dluhy u zdravotní pojišťovny a různé jiné dluhy, sociální dávky, základní vojenská služba, trestní stíhání, trestní rejstřík, atd. Pomoc v této oblasti musí být v mnoha případech velmi praktická, protože mnoho závislých není schopno si především na začátku tyto problémy řešit samostatně. Často byla sociální práce v této oblasti v minulosti podceňována. Zkušenost však ukazuje, že kvalitní sociální pracovník je klíčovým členem týmu programu následné péče.

4. *Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace* – Mit zaměstnání je jedním ze základních ukazatelů integrace do normálního života. Je to tedy jeden z hlavních úkolů pro závislého, který se vrací z léčby. Není však v mnoha případech jednoduchý. Závislým většinou chybí potřebná odborná kvalifikace, popřípadě postrádají jakékoliv pracovní návyky (to neplatí o klientech z terapeutických komunit). Zde je potřeba velmi intenzivní pomoci (mnohdy opět velmi praktické) při hledání zaměstnání. Jednou z forem, jak tyto obtíže zmírnit, jsou chráněné dílny. Ty umožňují klientovi získat základní pracovní návyky, popřípadě se rekvalifikovat. Tyto aktivity jsou velmi efektivní. Měli bychom vždy zvažovat, jestli klient je opravdu na tolik handicapován v této oblasti, aby nemohl získat zaměstnání na „veřejném trhu práce“. Hrozí zde totiž zbytečné „invalidizování“ klienta. Do této oblasti tedy patří kvalitní spolupráce programu následné péče s úřady práce, místními firmami, apod. V mnoha případech postačí pouze pomoci závislému získat nabídku volných pracovních míst, popřípadě rekvalifikačních kursů. Velmi efektivním a v západní Evropě stále častěji používaným způsobem je vytváření sítě „spřátelených“ místních firem, které zaměstnávají klienty programů následné péče⁴.

5. *Lékařská péče* – Přestože následná péče spadá především do oblasti socioterapie, nesmí být medicínská

² Popsaná situace tvoří např. jednu ze zásadních indikací individuální psychoterapie u závislých (viz Miovský a Bartošíková, kapitola 6/5, Hlavní psychotherapeutické přístupy).

³ Viz Kuda, kapitola 7/5, Relaps a prevence relapsu.

⁴ Bližší viz Dvořák, kapitola 8/10, Chráněné bydlení a chráněná práce.

oblast opomíjena. K důsledkům zneužívání drog neoddělitelně patří poškození organismu člověka. Je nezbytné v rámci léčby závislosti na drogách umožnit klientovi vedle psychosociální stabilizace i stabilizaci fyzickou. Mnoho klientů žije v mýtu, že ukončením základní léčby závislosti na drogách jsou zdraví i fyzicky. Nejsou ochotni přijmout fyzickou rekonvalescenci jako úkol, který je čeká možná několik následujících let. To je ztíženo faktem, že průměrný věk současné klientely je velmi nízký. V rámci následné péče je nezbytné pomoci klientovi najít adekvátní lékařskou péči. Mezi nejčastější zdravotní problémy klientů patří: hepatitida typu B a C, gynekologické a dentální problémy. Naprostou neznámou je pro nás v současné době práce s HIV pozitivními klienty.

6. Práce s rodinnými příslušníky – Je prokazatelné, že pokud se daří do léčby závislého zainteresovat celou rodinu, výsledná efektivita celého procesu se výrazně zvyšuje. V průběhu užívání drog dítěte dochází k naprosté ztrátě důvěry ze strany rodičů. Jsou zklamáni, cítí pocity viny ze selhání v rodičovské roli, snaží se problém utajit před okolím. Mají zkušenosti s několika odchody svého dítěte z léčby, v jejíž úspěšnost věřili. Tyto negativní pocity způsobují vytváření atmosféry nedůvěry a často uvádějí rodiče i jejich děti do patové situace, která závislého diskvalifikuje a neumožňuje mu dokázat zlepšení. Dalším rozměrem je dosti častá patologická symptomatologie v rodinném systému. Dítě se vrací z léčby, kde prodělalo osobnostní změnu. To však klade nároky i na změnu postojů a vzorců chování celé rodiny. Nyní se začínají projevovat rizikové faktory v rodinném prostředí, které přispěly k rozvoji drogového problému dítěte. Jindy je to velké zranění rodičů, kteří jsou již unaveni dlouhými léty soužití se svým závislým dítětem. Ze všech těchto důvodů je jasné, že práce s rodinou a rodinná terapie je v následné péči velmi důležitou složkou. Rodiče musejí přijmout skutečnost, že se velmi výrazně podílejí na výsledku celého procesu údravy, ke kterému může patřit také relaps a dočasné zhoršení situace jejich závislého dítěte. V opačném případě na něj kladou velmi vysoké nároky, které mu v podstatě neumožňují udělat chybu. To je příčinou velkého tlaku, který může být významným faktorem zvyšujícím pravděpodobnost relapsu. Proto důležitou aktivitou v rámci následné péče jsou skupiny rodičů, jejichž děti se léčí ze závislosti. Ty umožňují rodičům získat více informací a výměnu zkušeností s lidmi řešícími stejný problém⁵.

7. Nabídka volnočasových aktivit – Naučit se „užívat si bez drog“ je nezbytným cílem léčby a následné péče. Často se setkáváme se situací, kdy klient v obavě z možného relapsu zaplňuje svůj denní program maximem povinností. Je to však běh na dlouhou trať a po nějaké době docházejí síly. Náhle se to, co se zdálo z počátku jako ochrana, stává příčinou stresu vedoucím k relapsu. V rámci následné péče je dobré nabízet různé alternativy trávení volného času.

Praxe následné péče

Průběh, komplikace, zvládnutí abstinence

V minulosti byl u nás kladen důraz na upevňování abstinence. Nelze říci, že v současnosti je tomu jinak, ale přesto je za cílem integrace závislého do podmínek normálního života ukryto multidisciplinární působení programu. Jednoduše řečeno, závislý opouští základní léčbu s rozhodnutím abstinentovat. Nyní má před sebou velmi těžký krok – vytvořit si podmínky pro svoji abstinenci. O tom, jestli bude žít normální život bez drog, rozhodne jeho schopnost zařadit se tohoto „normálu“. Není to však úkol jednoduchý.

Běžný klient přicházející do programu následné péče má za sebou několikaletou dobu užívání a s tím související problémy. Prvním změnou je, že ve většině případů ztrácí jakousi ochranou ruku nad svojí abstinencí. Doposud abstinoval pod ochranou léčebného zařízení. Nyní pro něj začíná období samostatné abstinence. Bylo by mylné domnívat se, že závislý má již pevně vybudovanou motivaci k životu bez drog. Craving po droze, který možná v průběhu základní léčby zeslábnul, nyní znovu nabývá na své intenzitě. Je samozřejmě zvyšován klientovou nestabilní životní situací. Najednou se objevuje spousta praktických problémů k řešení. Ocítá se ve světě, kterému velmi často nerozumí. Je jakýmsi „cizincem“ v cizím městě. Nejednou je před ním velké množství úkolů.

Boj s cravingem bude pro závislého ještě drahou chvílí na denním pořádku. Je tedy nutné učít klienta vyhýbat se rizikovým situacím a učít ho, jak je bezpečněji zvládat. To je úkolem především prevence relapsu. K tomu však patří mnoho dalších problémů, jako je například zaměstnání, bydlení, různé dluhy, právní problémy, zdravotní komplikace (nejčastěji hepatitida), ale také naprostě nevyhovující sociální život. Především posledních z nich je jedním z nejtěžších problémů v následné péči. V prvních týdnech po ukončení základní léčby sociální okolí klienta tvoří především lidé v pro-

⁵ Více o práci s rodinou a o skupinách s rodinnými příslušníky závislého viz Kalina, kapitola 6/6, Rodinná terapie a práce s rodinou; Frouzová, kapitola 6/10, Skupiny s blízkými závislého.

gramech následné péče. To může být výhodou, ale je potřeba pomoci závislému budovat kvalitní sociální vztahy mimo tyto programy.

Jak vyplývá z výčtu jednotlivých služeb následné péče, lze si představit náplň práce se závislým v následné péči. Typický klient přichází se svojí představou o svém budoucím životě. Ta však vždy neodpovídá jeho reálným možnostem. Navíc společným znakem všech závislých je netrpělivost. Proto každodenní praxe následné péče spočívá především v praktickém vedení klienta při budování jeho nového života. A k tomu nepostačí „pouhé“ zaměření na posilování abstinence. Variabilita problematiky závislých, přicházejících do tohoto typu programu, je tedy velmi pestrá.

Potřeby péče mimo rámec standardního programu

V předchozím textu jsme se zabývali pestrostí služeb programu následné péče, ale i velmi širokým polem problému klientů do ní přicházejících. Ne vždy je však žádoucí, aby program následné péče saturoval veškeré potřeby závislého klienta. Často se s touto snahou setkáváme. Klienti jsou pak dále a dále terapeutizováni a udržováni v chráněném prostředí. Paradoxně tak takový program neplní základní cíl, tedy integraci do podmínek normálního života. Při plánování veškerých intervencí by tedy mělo být bráno neustále na zřetel, zda pomáhají klientově samostatnosti a posilují jeho kompetentnost žít svůj vlastní život.

Ne všechna témata, která závislého tíží, bezprostředně souvisejí s jeho závislostí nebo jsou řešitelná aktuálně. Mnoho z nich vyžaduje intenzivní dlouhodobou psychoterapeutickou práci, která bude daleko efektivnější u odborníka mimo léčbu závislostí. Témata, s nimiž v rámci následné péče pracujeme, by měla vždy být zaměřena na stabilizaci abstinence a životního stylu klienta.

Z předchozích řádků tedy vyplývá, že kvalitní program tohoto typu disponuje kvalitní sociální sítí relevantních specialistů a zařízení, kam může své klienty v případě potřeby referovat. Je chybou, pokud se pokoušíme veškeré služby a péči koncentrovat do jednoho zařízení. V jistém pohledu můžeme vidět program následné péče jako „agenturu“, která referuje své klienty k relevantním specialistům a zařízením.

Délka programu následné péče

Doporučená délka pro absolvování programu následné péče je velmi pohyblivá. Obecně se v praxi většinou doporučuje min. 6 měsíců. Zkušenost však ukazuje, že mnoho klientů si tuto dobu prodlužuje zpravidla až na

1 rok. Nelze striktně určit délku trvání programu, nicméně půlroční program následné péče jako minimum se osvědčil. Konkrétní délka by měla být určena na základě klientovy zakázky a doporučení terapeuta. Je však vhodné, aby celý program byl rozdělen do fází (zpravidla do tří), které se od sebe liší intenzitou docházky do programu. To umožňuje individuální přístup ke klientům a podporuje postupné přebírání odpovědnosti klienta za svůj život. Důležité je stejně jako v normální terapii jasně definovat konec účasti v programu (např. v naší praxi toto řešíme písemnou „Dohodou o ukončení kontaktu“).

Návaznost v systému péče

V tradičním pojetí léčby závislostí je mezi základní léčbou a následnou péčí ostrá hranice (*Obr. 1*) Je striktně rozdělována fáze léčby (psychiatrická léčebna nebo terapeutická komunita) a fáze následné péče. Bezpochyby je určitá izolace od okolního světa zvláště v prvních měsících léčby nezbytná. Přesto by měl být klient neustále konfrontován se „světem venku“. V opačném případě dochází k odkládání řešení problémů – „nyní jsem tady a pak se uvidí“ (Kuda 2000). Klient odcházející z léčby má často velmi nereálnou představou. Léčebné programy vytvářejí „mikrosvěty“, které se však často podílejí na tvoření falešného sebevědomí klienta. Vzniká propast, která zbytečně ztěžuje dokončení procesu integrace klienta do podmínek normálního života (Kuda 2000).

Rozdíly mezi základní léčbou a následnou péčí je tedy nutné hledat především ve změně intenzity jednotlivých složek v průběhu procesu uzdravy závislého (viz *Obr. 2*). Z obrázku je zřejmé úzké propojení obou těchto oblastí a nutnost integrace některých intervencí, běžně odsouvaných až do následné péče, do programu základní léčby. Toto předpokládá velmi úzkou spolupráci jednotlivých typů programů.

Pokud se zaměříme na následnou péči v užším pojetí, tedy směrem k doléčovacím programům, je zjevné, že tyto programy navazují na základní léčbu např. v léčebně nebo v terapeutické komunitě. Kontinuita léčebného působení by neměla být přerušena ani při předávání klientů do programů následné péče. Proto je velmi žádoucí, aby centra následné péče měla dobrou komunikaci s programy, odkud klienty přijímají. Často se to však podceňuje a klient je předáván do „neznáma“, kdy jednotlivá zařízení mezi sebou nekomunikují. Klient pak přechází z „jednoho světa do druhého“. Často se můžeme setkat i s jakousi rivalitou mezi léčebnými programy a centry následné péče. To je nejvýraznější u léčebných programů s malou kapacitou, u nichž je

znatelná snaha udržovat klienta ve vazbě na „svůj“ program a „žárlit“ na zařízení, kam klient byl nebo by mohl být předán. Pro předcházení těchto problémů je vhodné informovat klienta o programech následné péče a v ideálním případě podpořit jeho kontakt se zvoleným programem ještě před ukončením základní léčby. Také tým zařízení následné péče by měl být informován o základních principech léčebného programu, který klient přicházející do jeho zařízení absolvoval. Obrazně řečeno, přechod z léčby do následné péče by měl být pro závislého „vývojovým“ krokem kupředu v jeho procesu uzdravy.

Ustupující intenzita podpory klienta v následné péči je potom důležitým momentem celého procesu uzdravy. Klient má možnost převzít plně zodpovědnost za svůj život a svoji závislost přerůst.

Summary

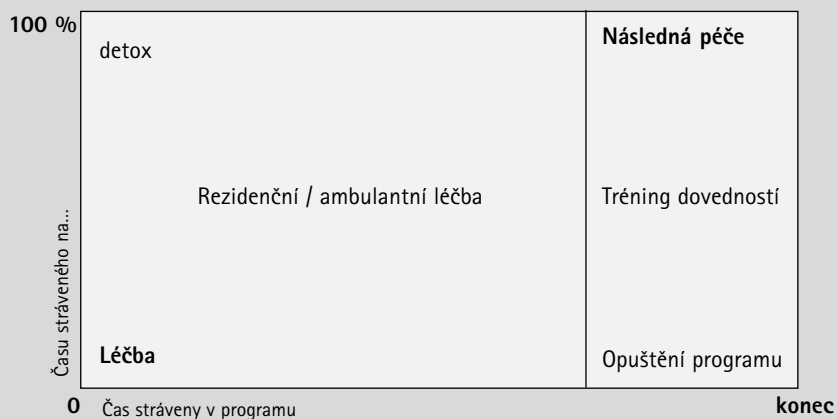
Aftercare – A Typical Ambulatory Programme Following the Treatment

Aftercare is a set of interventions focused on maintaining changes reached in the treatment process. In this chapter, aftercare is described mainly as the final part of the treatment. Its role in the care system is discussed, its target group and also the goals of this service are defined. Further, the scale of interventions provided in a typical ambulatory aftercare centre is overviewed and limits of this type of care suggested (e.g. a longer-term psychotherapy is needed in many cases, but it is not a mission of the aftercare centres to provide it). The optimal structure of a multidisciplinary

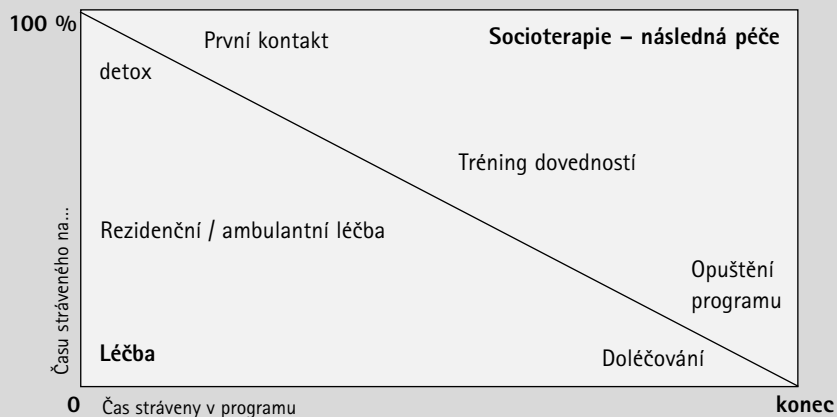
team is also mentioned. The overall goal of aftercare is the integration of the client into the normal life. The described approach corresponds to the bio-psycho-social model of addiction. The optimal duration of the aftercare programme is discussed as well as the necessity of good connection and communication among particular types of care for drug addicts. Finally, the author emphasises the integration of some interventions, which traditionally belonged to aftercare, into the basic treatment period, as the clients can benefit from the confrontation with everyday problems.

Key words: aftercare – relapse prevention – sheltered workshop – sheltered housing – social integration

Obr. 1: Tradiční model léčby



Obr. 2: Socioterapie – následná péče



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. Standard B-8, Ambulantní doléčovací programy (zpracoval A.Kuda). MZ ČR, Praha, 2001. Internetové stránky: <http://www.mzcr.cz>
- Heller, J., Pecinová, O.: Závislost známá neznámá. Grada Publishing, Praha, 1996
- Hexford F., Lange W., van Oort D.: Social Intervention. Bulletin by the Steering Committee on Reducing the Nuisance Caused by Addicts. Overlast Post Extra, Amsterdam, 2000
- Glosář: K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Keller D. S.: Odkrývající psychoterapie ve službách prevence relapsu. In: Rotgers, 1999
- 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), č.2, str. 82 – 93, 2001
- Marlatt G. A., Barrett K.: Relapse Prevention. In: Galanter M., Kleber H.: Textbook Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press, Washington, 1994
- Rotgers, F.: Léčba drogových závislostí. Grada Publishing, Praha, 1999
- Wanigaratne a kol.: Relaps prevention. Blackwell Science, London, 1990

Klíčová slova: chráněné bydlení – chráněná práce – rekvalifikace – sociální dovednosti – sociální integrace

Význam „chráněného sociálního prostoru“

Když v roce 1958 zakládal Dederich první terapeutickou komunitu pro drogově závislé Synanon¹, učinil tak nejen nový revoluční krok ve způsobech léčby drogových závislostí, ale poskytl též nový pohled na „chráněný sociální prostor“, ve kterém se léčba odehrává. Terapeutické komunity (dále TK) prošly od té doby mohutným rozvojem terapeutických programů se zvyšujícím se podílem psychoterapeutické a začleněním dříve téměř nepřipustné farmakoterapeutické péče. Význam společně sdíleného bydlení a práce však zůstal dodnes zachován.

Od běžných psychiatrických klinik se TK, a to nejen v aspektech práce a bydlení, odlišují významem, který přikládají sociálně tréninkovým aktivitám. Klienti mají významný podíl na řízení chodu TK. Mohou ovlivňovat podobu svých pokojů, starají se o rozdělení práce, úklid, hospodaření, využívání volného času apod. Celý prostor TK tak vytváří bohatý materiál k sociálnímu učení a rozvoji nových dovedností. To je jeden z klíčových prvků, které „chráněný sociální prostor“ vymezují – jeho *edukativní a tréninkový charakter, jehož cílem je poskytnout dostatek zkušeností pro osobnostní růst a rozvoj nových profesních a sociálních dovedností jako předpokladu úspěšné integrace do běžné společnosti.*

Přestože TK je svým způsobem netradičním pohledem na podoby chráněného bydlení a práce, je dobré ji zmínit i z důvodu, jakým se některé synanonické komunity později rozvíjely. Některé TK šly spíše směrem uzavřených komun. Byly založené na obdobné filozofii vzájemné pomoci, společného života a středního životního stylu jako izraelské kibucy a přicházeli sem i lidé bez jakýchkoli problémů s drogami. Na rozdíl od kibuců však vznikaly s primárně odlišným cílem a se značně odlišným „problémovým potenciálem“ obyvatel. Na počátku sedmdesátých let v nich žily řádově tisíce obyvatel. Komunity byly finančně soběstačné, měly několik soukromých firem – hasiči, instalatéri, stavební čety, vlastní školku, restaurace apod. Po éře euforie a vlastní výlučnosti přišly běžné problémy. Bylo napa-

dáno centrální řízení života v komunitě, jednotliví obyvatelé měli odlišné pojetí míry „hmotných statků“, které mají odvádět do společné kasy apod. K celkovému rozpadu rovněž přispěly děti, které v komunitě začaly odrůstat a neztotožňovaly se s „ideologií“ svých rodičů.

Různé formy chráněného bydlení či práce by proto vždy měly reflektovat, zda je uvedená služba *podporou k integraci*. Právě u osob s problémem závislosti je přechodný charakter „ochrany“ důležitým momentem – a to i s vědomím, že pro řadu klientů může jít o období několikileté a v některých případech i období celoživotní².

Typové charakteristiky³

Chráněné bydlení

Podle Akreditačních standardů (2001) je chráněné bydlení prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Glosář (2001) definuje chráněné bydlení (sheltered housing) jako sociální službu, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Poskytování chráněného bydlení (ChB) je vázáno na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. Cílem ChB je zajištění ubytování při absolvování terapeutického a resocializačního programu, a to i lidem, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě/doléčování. Bydlení si klienti hradí nebo na něj přispívají. Bydlení je časově omezeno a je na něj uzavřena smlouva. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Obvyklá doba, po kterou je chráněné bydlení poskytováno, je u nás max. jeden rok, v zahraničí (Německo, Holandsko) i více let po absolvování terapeutického a resocializačního programu. Na rozdíl od azylových domů je ChB službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů: možnost aktivního vstupu do

¹ Viz Adameček a spol., kapitola 6/8, Rezidenční léčba v terapeutických komunitách.

² Jako určitá „kuriozita“ může být připomenut např. rotterdamský domov důchodců pro heroinově závislé.

³ Pojmy „chráněné bydlení“ a „chráněná dílna“, původně odvození ze sociální psychiatrie, se široce používají v mezinárodní literatuře o uživatelích drog a závislých. Jejich ústřední charakteristikou je spíše dočasný, tréninkový a podpůrný charakter uvedené služby. V terminologii, kterou nyní zavádí MPSV ČR, by této charakteristice více odpovídaly pojmy „dům na půli cesty“ a „podporované zaměstnání“. Pojmy „chráněné bydlení“ a „chráněná dílna“ definuje MPSV jako komplex služeb dlouhodobého charakteru, určený osobám, které jsou trvale znevýhodněny.

podoby interiéru bytu, možnost přijímání a ubytování návštěv, koedukovaný charakter bydlení, vlastnictví klíče od bytu apod.

Chráněná práce

Podle Akreditačních standardů (2001) slouží chráněné pracovní programy zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele. Glosář (2001) obsahuje pod heslem „chráněná dílna (sheltered workshop)“ charakteristiku sociální služby, jejíž poskytování je vázáno na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. Cílem chráněné dílny (ChD) je znovuoživení (vytvoření) běžných pracovních návyků, získání pracovních dovedností a finanční příjem. Na práci v ChD je uzavřena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce v chráněné dílně zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu: obvykle od 4 měsíců do jednoho roku. ChD je vedena minimálně středoškolsky vzdělaným člověkem s praxí v oboru a zkušeností práce s lidmi. Vytvořit chráněný pracovní program, který splňuje požadavky výuky, výchovy i finanční efekt, je obtížné. Zpravidla jsou tyto programy dotovány. Úřady v rámci aktivní politiky zaměstnanosti mohou přispívat na mzdy takto zaměstnaných osob. Chráněná dílna na rozdíl od pracovní terapie, která bývá součástí krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé léčby, musí respektovat požadavky na následnou zaměstnatelnost a situaci na trhu práce. Glosář dále uvádí příklady dobré praxe: čajovna, vývařovna, truhlářská dílna. Osvědčila se spolupráce ChD se středními školami, učilišti a agenturami poskytujícími v daném oboru rekvalifikace. V tomto případě může ChD klientovi nabídnout kromě praktických zkušeností i vyšší vzdělanostní statut.

Vztah k jednotlivým modalitám léčby a péče

Jak vyplývá z předchozího, v českých poměrech zpravidla používáme pojem chráněné bydlení a práce jako služeb v období závěrečné etapy léčby⁴. To je však značně zúžený pohled. Nadřazuje totiž systémové členění léčby procesem, který může vlastní léčbě předcházet, ji celou postupovat, stejně jako ji završovat. Udržení klienta v kontaktu a jeho celková socializace může být podpořena právě sociálními službami jako je práce a bydlení⁵. Jako ilustraci uvádíme několik příkladů z praxe v zahraničí i u nás.

a) Nízkoprahová zařízení pro současné aktivní uživatele drog

Řada nízkoprahových center v západních zemích poskytuje i určitou formu sociální podpory. Pokud se jedná o bydlení, jde o velmi skromná ubytování podobná např. službám pro bezdomovce. V pracovních programech jde většinou o pomocné a hrubější manuální práce. Např. Krizové centrum Eastside (Frankfurt, Německo) je zařízení poskytující metadonovou substituci a tzv. šlehárnu, místnost pro bezpečnou i.v. aplikaci drog (Klouček, 2000). Součástí těchto služeb jsou i sociální programy: hygienický standard (sprchy, prádelna), kontaktní kavárna, poradenství, ale rovněž práce (truhlářská dílna, tiskárna, oprava kol, renovace bytů) a bydlení (lůžka přes noc).

V České republice poskytuje např. sdružení Domus v Šumperku v rámci kontaktního centra i 3 krizová lůžka. Většina nízkoprahových center spolupracuje ve svém okolí s azylovými domy, které mohou být jednou z alternativ chráněného bydlení.

b) Léčebná centra

V západních zemích je stále více preferován model TK sídlící ve městech a neizolované od běžných problémů okolního světa. Důvod je prostý: klienti nejsou odtrženi od reálného prostředí, odpadá riziko nevládnutí „návratu“ a přitom TK poskytuje podporu pro zvládnání stresových situací mimo zdi komunity. V průběhu pobytu většina klientů pracuje nebo se školí v externích organizacích. V zemích EU školící a rekvalifikační programy hradí Evropský sociální fond. Např. Milton House v Londýně provozuje kromě TK i Skills centrum, což je objekt, do kterého dochází vzdělávat se na PC a internetu jak klienti TK, tak aktivní uživatelé drog (Adameček a spol., 2000). Toto centrum rovněž nabízí prostory pro výtvarnou a rukodělnou činnost, má vlastní tělocvičnu, jídelnu, prádelnu a školící místnosti. Ve večerních hodinách se v těchto prostorách schází i svépomocná skupina absolventů TK. Ojedinělým příkladem je IMC v Amsterdamu, které poskytuje v rámci rezidenční léčby sociálně dezintegrovaným lidem různých afroasijských národností i výuku základů holandské gramatiky a vzdělání v oblasti sociální orientace při vyřizování různých dokladů, dávek apod.

V České republice je pracovní program běžnou součástí struktury denního programu TK. Práce v externích pod-

⁴ Do okruhu doléčovacích programů je zařazují i Akreditační standardy (2001).

⁵ Glosář (2001) např. uvádí, že příslušné služby je možné (potřebné) poskytovat jak aktivním uživatelům drog, tak lidem se substituční léčbou či klientům v „abstinenčních“ programech. Terénní nebo nízkoprahová střediska (služby první linie) dnes nabízejí řadu resocializačních aktivit – důležitým momentem je adekvátnost typu služby vzhledem k potřebám, resp. možnostem daného člověka. Je např. neadekvátní poskytnout těžce závislému aktivnímu uživateli drog rekvalifikaci či nechráněnou práci, neboť jde o nadprahové, nikoli potencionální služby.

mínkách se zpravidla odehrává v závěrečné fázi. Např. TK komunita Krok sídlící v Kyjově je jednou z mála, které jsou umístěny přímo ve městě – zatímco sama neprovozuje žádné chráněné pracovní programy, součástí programu je veřejně prospěšná práce pro město.

c) Doléčovací centra

Příkladem může být např. holandská Arta, která po absolvování pobytu v TK nabízí klientům 3 typy chráněného bydlení (Nerad, 1998).

1. Interní bydlení, kde jsou stále přítomni pracovníci centra. Doba bydlení je určena podle individuálních potřeb.
2. Externí bydlení s podporou, kde jsou pracovníci centra přítomni jedenkrát v týdnu. Max. doba je na 2 roky.
3. Externí bydlení bez podpory pracovníků centra, které je časově neomezené.

Nabídka chráněného bydlení a chráněných pracovních programů je v Holandsku odvislá od místních podmínek⁶. V okolí Utrechtu, kde je doléčovací centrum Arta umístěno, jsou poskytovány desítky míst pro chráněné bydlení a naopak chráněné dílny byly postupně opuštěny a nahrazovány intenzivním kontaktem sociálních pracovníků s místními firmami, které klienty školily a zaměstnávaly. Důvodem je, že Arta sídlí v oblasti s nedostatkem bydlení a naopak poloha „menšího města“ ji dává dobré předpoklady pro kontakt s místními firmami nebo „zprivatizovanými“ dílnami, které dříve Arta provozovala. Naopak v Amsterdamu (Jellinekův institut, viz dále) je řada chráněných dílen a téměř žádné chráněné bydlení.

V ČR existují doléčovací střediska, která paralelně s doléčováním poskytují podporu v bydlení, vzdělání a práci: P-centrum v Olomouci, SANANIM v Praze, Podané ruce v Brně, Doléčovací centrum v Děčíně a další⁷.

Obecné principy

Chráněné bydlení a chráněné práce mohou mít řadu podob a mohou sloužit klientům v různých etapách jejich zrání a samostatnosti. Každá tato nabídka by však měla být nejprve konfrontována s potřebou klienta i jeho možnostmi. Je kontraproduktivní poskytovat např. aktivním uživatelům drog takové podoby chráněného bydlení jako např. v doléčovací fázi.

Nejde o míru „komfortu“, ale především míru samostatnosti a schopnosti zodpovědně hospodařit s poskytnutým sociálním servisem, což je v období aktivního užívání drog obtížné. Důležitá je *přiměřenost* této služby k potřebám a možnostem klienta.

V roce 1997 jsme v P-centru v Olomouci realizovali pracovní program pro aktivní uživatele drog. Věděli jsme, že musíme nastavit taková kritéria, která vůbec umožní naplnit cíle, kterými pro nás bylo:

- změna podoby běžného dne, jehož součástí bude i práce
- získání nových pracovních zkušeností a zvýšení pocitu sebekompetence
- legální příjem

Současně jsme věděli, že musíme najít takovou pracovní činnost, která není náročná na speciální profesní dovednosti a její úspěch není ve vztahu k činnostem jiných lidí nebo nějakého „výrobního procesu“. Pracovní dobu jsme nastavovali na max. 6 hodin denně a absence nebyla zatížena žádnou sankcí – klient pouze vydělal méně finančních prostředků.

S klienty pracoval a celou akci koordinoval sociální pracovník. Celkem se do tohoto tříměsíčního projektu zapojilo 21 klientů. Kvůli kolizi se stávající legislativou jsme projekt ukončili. Šlo o nemožnost získávat finanční příjem a současně brát sociální podporu (přestože vyplacené prostředky měsíčním souhrnem nepřekročily tzv. minimální mzdu). A naopak, kdyby byl tento projekt formulován jako součást aktivní politiky zaměstnanosti a dotován podporami úřadu práce, nesměli by klienti absentovat a denní pracovní doba by musela být 8 hodin. To byla pro tuto cílovou skupinu nerealistická kritéria.

Po třech měsících jsme projekt vyhodnocovali a klienti považovali za nejprospěšnější:

1. smysluplně trávený čas a naplnění dne
2. zaměstnání společně s lidmi, kterým rozumí a mají se s nimi o čem bavit
3. možnost dlouhodobého kontaktu se sociálním pracovníkem, který projekt koordinoval

Paralelně s tímto projektem jsme rovněž zkoušeli zapojovat tyto klienty do školících a rekvalifikačních programů. Opakovaně jsme se přesvědčili, že tato aktivita je pro aktivní uživatele drog nevhodná, není-li součástí nějakého terapeutického programu a je-li realizována běžnými školícími institucemi. Naopak stabilizovaní a dlouhodoběji abstinující klienti v doléčovacím programu tyto rekvalifikační programy zvládají, s jinými účastníky kurzu si rozšiřují okruh známých a přátel nespojený s jejich dřívějším způsobem života a zažívají úspěch při dokončení rekvalifikace.

⁶ Poznatky ze stáže, 1996

⁷ Odlišnosti v nabídce služeb podle místních možností získat zaměstnání či bydlení jsou v ČR obdobné jako v Holandsku.

Dříve než klientovi poskytneme nějaký pracovní program, měli bychom zjišťovat a ptát se, zda a jak je klient vzdělavatelny a zaměstnatelný – s ohledem na předchozí profesionální dovednosti a na současný životní způsob včetně užívání drog. Schoelten (1999) uvádí několik různých forem chráněné práce a bydlení, které jsou indikovány určitým klientele. V pracovních programech Jellinekova centra v Amsterdamu se používá toto indikační rozdělení:

1. Klienti, kteří jsou z důvodů spojených s aktivním vztahem k drogám t. č. velmi obtížně zaměstnatelní. Zde se doporučuje omezená pracovní doba, cílený pracovní úkol, práce za jídlo. Druhy prací jsou např. úklid ulic či demoliční práce.

2. Klienti, kteří jsou po zaškolení zaměstnatelní – a) v chráněných pracovních programech, b) v podporovaném zaměstnání (spolupráce terapeutického centra a firmy), c) v běžném zaměstnání.

3. Klienti, kteří jsou trvale handicapováni a bez podpory terapeutického střediska nezvládají běžný život. Ti jsou po zaškolení zaměstnáváni v dlouhodobých chráněných pracovních programech. Jako příklad uvádí Schoelten restauraci pro závislé, ve které pracují jako obsluhující personál a zajištění chodu kuchyně.

U bydlení Schoelten rozlišuje, zda jde o humanitární výpomoc závislým, která může mít podobu azylových či krizových lůžek, nebo zda jde o součást terapeutického programu a napomáhá zranění s menší či větší podporou terapeutického centra.

Dalším obecným kritériem je *skutečná potřeba* poskytnutí služeb práce a bydlení. Výzkumná studie (Dvořák, 1998) v českých léčebnách a terapeutických komunitách poskytla od 129 léčících se osob následující údaje: více než 25 % osob má pouze základní vzdělání, necelých 42 % osob má před léčbou stálý pracovní poměr. Téměř 45 % sledovaných klientů se vrací po léčbě k rodičům, avšak 12 % se nemá kam vrátit. Pro téměř 85 % klientů je chráněné bydlení po léčbě vnímáno jako osobně potřebné. Rozbor klientely doléčovacího programu P-Centra v Olomouci ukazuje následující potřeby: téměř 50 % osob má pouze základní vzdělání, více než 80 % je dlouhodobě nezaměstnaných a zhruba 50 % má velmi narušené vztahy s původní rodinou a nemá se kam vrátit.

Každá služba typu chráněného bydlení či chráněné práce by měl dobře hodnotit možnosti klienta a pokud

možno co nejvíce podporovat jeho samostatnost. Chráněná dílna či bydlení by neměly sloužit k úniku před okolním světem, ale ke zvýšení schopnosti obstát v běžné společnosti. Pravidelné vyhodnocování a monitorování pokroků je nezbytným a standardním postupem i této sociální služby. Je tedy nutné si předem vyjasnit cíle, kterých chce klient v určitém období dosáhnout. Terapeut nebo sociální pracovník by ale neměl být netrpělivý a neměl by žádat změny, kterým sice klient z různých důvodů vyhoví, ale které neodpovídají jeho připravenosti a zralosti je provést, resp. dlouhodobě provádět. Zkušenost nám říká, že po rychlých změnách následují pády.

Jakákoliv terapeutická služba či sociální služba se neobejde bez *základních pravidel*, za kterých je provozována. Např. je zde uveden vztah k užívání drog, placení služby, její délka, povinnosti stran apod. Klient by měl být o těchto pravidlech informován předem z přístupného statutu služby a je nezbytné i oboustranně výhodnější je stvrdit uzavřením smlouvy, dohody či kontraktu⁸.

Chráněné bydlení a práce by měly být vždy *součástí širšího spektra služeb*. Ať již jsou podoby práce či bydlení jakékoliv, alespoň kontakt na rovině poradenství by měl být samozřejmostí. V léčebných či doléčovacích aktivitách jsou paralelními aktivitami např. skupinové terapie, socioterapeutické kluby, tématické a tréninkové skupiny – prevence relapsu, komunikační dovednosti, asertivita apod.

Specifické právní a ekonomické podmínky chráněných dílen

V českých léčebnách a terapeutických komunitách jsou zpravidla zřizovány takové pracovní programy, které jsou součástí komplexního terapeutického programu a práce je nehonorovaná a není provázána se vzděláváním určitého oboru. Charakter práce nepřesahuje běžný rozsah provozu a údržby daného zařízení a spíše jde o práce pomocné – nákupy, opravy, úklid, vaření, údržba zahrady apod.

Při zřízení chráněné dílny, ve které klienti pracují za mzdu, musíme ale současně řešit určité ekonomické a právní aspekty. K získání prostředků na zabezpečení provozu potřebuje organizace i jiné finanční zdroje než vlastní prodej⁹ nebo musí vytvářet produkty, které jsou zcela ojedinělé a žádané. Provoz takové dílny musí po-

⁸ Akreditační standardy (2001) požadují statut a písemnou smlouvu v případě chráněného bydlení i chráněného pracovního programu.

⁹ Podle zkušenosti P-Centra Olomouc pokryje vlastní prodej pouze cca 30 – 40 % provozních nákladů chráněných dílen, na ostatní náklady je potřeba najít jiné finanční zdroje.

čítat s marketingem trhu, propagací a pravidelnou ekonomickou analýzou financování. Příjmy, které zabezpečují provoz a mzdy chráněných dílen, jsou zpravidla tvořeny různými dotacemi a granty a příjmem z prodeje. Pokud se však pohybujeme i v této obchodní sféře, je prodej produktů dílen vázán na vydání živnostenského oprávnění k provozování té či oné činnosti. A je nutné vědět, že charakter určitých prací, resp. schválení vydání daného živnostenského oprávnění, je vázáno na specifické vzdělání a délku praxe oprávněné osoby, která za dílnu zodpovídá (jde o tzv. vázané živnosti – např. kuchař, truhlář apod.).

Chráněné dílny však plní primárně jiný cíl než je vytváření finančních prostředků na jejich provoz. Proto může jejich činnost finančně podpořit i úřad práce. Přestože chráněné dílny pro klienty s anamnézou drogové závislosti nespádají ve vztahu k úřadům práce a jejich finanční podpoře do režimu klasických chráněných dílen zaměstnávajících osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS) a změněnou pracovní schop-

ností s těžkým zdravotním postižením (ZPS-TZP), je možné využít vyhlášky č.35/1997 Sb. a chráněnou dílnu pro tuto cílovou populaci chápat jako místo zřízení společensky účelných pracovních míst (SÚPM) nebo vytváření veřejně prospěšných prací (VPP). Formy a výše finanční podpory úřadu práce jsou různé (dotace na vybavení, dotace na mzdu apod.).

Úřad práce může uchazeči o zaměstnání poskytnout vždy je jeden druh finanční podpory – nemůže např. poskytnout dotaci na vybavení a současně i dotaci na mzdu nebo dotaci na rekvalifikaci. Pokud chráněná dílna poskytuje kromě základního rozvoje určitých profesních dovedností cílený rekvalifikační kurs, musí být – v souladu s vyhláškou č 21/1991 Sb. – akreditovaný MŠMT ČR.

Nezbytnou podmínkou poskytnutí dotace úřadem práce je evidence klienta v registru uchazečů o zaměstnání.

Summary

Sheltered Housing and Work

The chapter points out the significance of the sheltered social space during the treatment of addicts. The training character of the sheltered social space promote the development of professional and social skills. The services provided in the sheltered social space are temporary (time-limited), and they are aimed to social integration. Typological characteristics of sheltered housing and work are presented with regards to the national standards and to individual modalities of treatment and care. Further, the general principles of the sheltered housing and work are described – matching

various forms of the service to the level of the client's maturity, usefulness and necessity of providing a particular service and its monitoring and evaluating, rules and limitations of basic conditions for providing the service, and the relations to other therapeutic services. In the end, specific legal and financial problems of sheltered workshops are mentioned.

Key words: qualification improvement – sheltered housing – sheltered work – social integration – social skills

Literatura

- Adameček D., Dvořáček J., Dvořák D.: Koncepce a realizace britské protidrogové politiky. P-centrum, Olomouc, 2000
- Akreditační standardy – Kalina K. a kol.: Akreditační standardy pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách. Verze 5a, standard B-8, Ambulantní doléčovací programy, oddíl B – „Chráněné bydlení“, oddíl C – „Chráněné pracovní programy.“, MZ ČR, Praha, srpen 2001
- Dvořák D. a kol.: Marketingová studie k doléčování. SANANIM Olomouc, 1998
- Glosář: K. Kalina a kol.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Filia Nova/Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Klouček E.: Zpráva pro magistrát hl. města Prahy. Praha, 2001
- Nerad J. M., Neradová L.: Drogy a mýty. Votobia, 1998
- Schoelten P.: Přednáška o sociální rehabilitaci. SANANIM, Praha, 1999

Klíčová slova: buprenorfin – metadon – substituce – udržovací léčba

Úvod

Jednou z klíčových komponent léčby závislosti na návykových látkách (zejména tlumivého typu) je substituční léčba. *Substituce* návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, často s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem, tj. intravenózně, nesterilně) nahrazena látkou – lékem – s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známost koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a podávanou, resp. předepisovanou lékařem podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami).

Formy substituční léčby:

- 1) krátkodobá (rychlá *detoxifikační* substituce, realizovaná nejčastěji během hospitalizace, trvající 1 – 2 týdny)
- 2) střednědobá (prodloužená detoxifikace, prováděna během ústavní léčby, někdy ambulantně, trvající několik týdnů až měsíců, vhodná u klientů s velmi vysokou tolerancí, či závislých na několika látkách, které jsou vysazovány, resp. nahrazovány postupně)
- 3) dlouhodobá, která je většinou realizována ambulantní formou – udržovací substituce, např. metadonová, či buprenorfinová substituce u klientů, závislých na opioidech, která může trvat řadu měsíců, či let.

Při dlouhodobé substituci je značná část pacientů (předtím opakovaně selhávajících i po opakovaných dlouhodobých ústavních léčbách) schopna samostatné neproblémové existence. Nepoužívanější látkou v těchto programech je *metadon*.

Metadon

Farmakodynamické vlastnosti

Metadon (Methadonum hydrochloridum) je syntetický opioid, primárně agonista opioidních receptorů. Metadon účinkuje v CNS obdobně jako morfin, inhibuje uvolňování acetylcholinu, noradrenalinu a substance P. Má silné analgetické účinky, centrálně tlumivý efekt, může vyvolat depresi dechového centra, ovlivňuje hladké svalstvo, snižuje bazální metabolismus. Při přepočtených dávkách působí metadon přibližně dvakrát silněji a také jeho účinek trvá déle, než

účinek morfinu. Vzhledem ke značné inter- a intraindividuální variabilitě se účinky metadonu uvádějí v rozmezí 13 – 48 hodin. Přitom analgetický efekt může trvat kratší dobu, ke spolehlivému potlačení odvykacích příznaků u většiny závislých osob však obvykle stačí jedna denní dávka.

Ve tkáních se metadon z velké části váže na bílkoviny, což je další důvod jeho prolongovaného působení a kumulace v organismu. Biologický poločas eliminace po jednorázovém podání je přibližně 18 hodin, při opakovaném podávání metadonu se prodlužuje, uváděné hodnoty se pohybují v rozmezí 15 – 60 hodin. Metadon přechází do mateřského mléka. Během těhotenství je metabolismus metadonu zvýšen, dochází jednak k oslabení vazby na plazmatické bílkoviny a současně k urychlené eliminaci z organismu.

Nežádoucí účinky, předávkování

Nejzávažnějším nežádoucím účinkem metadonu je útlum dýchání, případně oběhové selhání. Nejčastěji uváděnými nežádoucími účinky jsou: závratě, nauzea, útlum, pocení a zvracení. Vyskytují se častěji u ambulantních klientů a zmírni se, jestliže si postižený lehne a ustane vestibulární dráždění.

Dalšími nežádoucími účinky mohou být neuropsychické poruchy (euforie, dysforie, slabost, bolesti hlavy, nespavost, agitovanost, desorientace, poruchy vidění), poruchy gastrointestinálního traktu (sucho v ústech, anorexie, zácpa, spasmus žlučových cest), poruchy kardiiovaskulárního systému (bušení srdce, zpomalení srdečního rytmu), poruchy urogenitálního systému (retence moči, snížení libida, ev. potence), alergické reakce.

Metadon je návyková látka, během jejíhož užívání dochází ke vzniku závislosti. Vzhledem k výše uvedeným farmakologickým vlastnostem (zejména velmi pomalé odeznívání účinků) je však jeho efekt v organismu výrazně odlišný od účinku jiných opioidů a disponuje jej pro substituční léčbu závislosti na těchto látkách. Současně dlouhodobé účinky této látky mohou způsobit komplikaci při terapii akutní intoxikace metadonem, jestliže použitý antagonist s krátkodobým efektem není podán opakovaně.

Projevy předávkování nastupují po perorálním podání během několika minut a jsou obdobné jako u ostatních opioidů¹.

Klinické zkušenosti

Metadon je při odvykací a udržovací léčbě osob, závislých na opioidech používán již několik desetiletí v mnoha státech. Zahraniční zkušenosti, zejména z USA, kde je program metadonové substituční léčby (MMTP–Methadone Maintenance Treatment Program) úspěšně realizován od r. 1964 (New York, Dole & Nyswander) ukazují, že dlouhodobé zdravotní (tělesné i psychické) a sociální stabilizace je takto možno dosáhnout i u klientů, u kterých selhávaly všechny ostatní pokusy o léčbu. V těchto programech jsou někteří klienti substituováni řadu let, během této doby jsou schopni pracovat, starat se o sebe, přip. o rodinu, někteří posléze přecházejí do léčebných programů, po jejichž absolvování plně abstinují i bez potřeby další substituce. Zvláště významná je tato léčebná modalita u vysoce rizikové klientely (HIV pozitivní, závislí ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody).

Výhody metadonu jako substituční látky uvádí Parrino (1993):

- 1) Metadon nemá euforický, trankvilizační ani analgetický efekt, vědomí ani nálada klientů se jeho užíváním nemění, což umožňuje normální sociální fungování.
- 2) Správně stanovená dávka metadonu blokuje narkotický efekt jiných opioidů, pokud dojde k jejich užití.
- 3) Nedochozí ke zvyšování tolerance, takže dávka při substituci nemusí být zvyšována, ale je stabilní.
- 4) Metadon je účinný i při orálním požití a účinkuje po dobu 24 – 36 hodin, může tedy být aplikován 1x denně bez injekční aplikace.
- 5) Metadon zmírňuje craving, který je uváděn jako jeden z hlavních důvodů relapsu.
- 6) V dávkách používaných při substituci je metadon medicínsky bezpečný a netoxický.

Z celosvětového hlediska je metadon dosud nejčastěji užívaným preparátem v dlouhodobých udržovacích substitučních programech. Na základě těchto zkušeností lze konstatovat, že v dobře prováděných programech přináší jeho užívání prokazatelný efekt při snižování zdravotních a sociálních rizik, spojených zejména s užíváním heroinu, významně zlepšuje zdravotní stav závislých osob a napomáhá jejich psychické i somatické rehabilitaci a resocializaci.

Další, pro substituční léčbu významnou látkou, je *buprenorfin*, který se v České republice užívá jako lék volby u krátkodobé (detoxifikační) substituce, pro pacienty s nižší tolerancí vůči opioidům, je rovněž vhodným lékem pro substituci dlouhodobou. Velmi dobré zkušenosti s dlouhodobou substitucí touto látkou má zejména Francie, kde je substituční léčba buprenorfinem realizována u několika desítek tisíc závislých klientů. Kromě metadonu a buprenorfinu, které jsou užívány při substituční léčbě nejčastěji, jsou v zahraničí pro udržovací substituční léčbu závislosti na opioidech používány i některé další látky – kodein (dihydrokodein), morfin ve formě preparátu s pomalým uvolňováním účinné látky (slow-release morphine) a heroin.

Charakteristiky dlouhodobé substituční léčby

Definice substituční léčby

Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma (případně velmi levně), v čisté formě a perorálně (výjimečně i jiným způsobem).

Substituční léčba je *udržovací terapie*, která odkládá splnění (pro některé klienty) konečného cíle (tj. trvalé a důsledné abstinence) na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinencí orientovanou léčbu podstoupit; až do té doby a s tímto cílem chce co nejdůsledněji a nejuspěšněji zlepšovat klientův somatický a psychický stav. Pro některé klienty může být konečným cílem samotná, kvalitně prováděná udržovací substituční terapie (např. pacienti s AIDS), podstatně zlepšující kvalitu jejich života. Zásadní význam v chápání významu tohoto způsobu léčby má skutečnost, že lege artis prováděná substituční léčba je odbornou veřejností i institucemi vnímána jako plnohodnotná léčebná modalita. Pacient, který je tímto způsobem léčen a abstinuje ode všech ostatních návykových látek (včetně alkoholu) je považován z klinického hlediska za (zcela, plně) abstinujícího (F1x.22, MKN-10).

Nástrojem této léčby je podávání (předepisování nebo podávání ke konzumaci pod dozorem či bez něj) substituční (návykové) látky v množstvích, která efektivně potlačují klientovy abstinencí příznaky a umožňují mu vést po všech stránkách co možná nejplnohodnotnější stabilní život.

¹ Viz Minařík, kapitola 3/2, Opiáty a opioidy; Dvořáček, kapitola 5/7, Detoxifikace.

Cíle substituční léčby

Cílem substitučních programů obecně je snížení konzumace ilegálních drog a kriminálního chování, a zlepšení sociálního zdraví klientů. Preston (1996) uvádí nejčastější formulace cílů:

- skončit s injekční aplikací drog
- omezit užívání ilegálních drog
- omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog
- stabilizace užívání drog (např. chaotického užívání)
- snížit kriminalitu
- stabilizovat či omezit užívání drog vůbec
- přestat s užíváním heroínu a/nebo jiných ilegálních opiátů
- zlepšit své vztahy s okolím
- udržet si nebo znovu získat práci
- pokračovat ve studiu nebo jej zahájit

Důležité je rovněž udržení a/nebo zlepšení somatického a/nebo psychického stavu obecně.

Perspektivou je vytvoření předpokladů pro přechod na terapeutický režim vedoucí k abstinenci. Existuje samozřejmě nemalá skupina klientů, u nichž je tato perspektiva iluzorní.

Provádění substituční léčby

Standardsy substituční léčby v ČR (2000) rozlišují několik typů substituční léčby, z nichž se v praxi zatím vyskytují dva:

1) *Komplexní substituční léčba*: předpokládá specializované zařízení s plným spektrem služeb pro uživatele. Poskytování metadonu je rozšířeno o další služby psychosociálního typu: individuální či skupinová psychotherapie, rodinná terapie, sociální práce a poradenství, kognitivně-behaviorální terapie apod.

2) *Nízkoprahové substituční programy*: omezují se na poskytování metadonu bez další terapie a/nebo poradenství, nabízeny jsou např. služby typu kontaktního centra a lékařské péče v případě potřeby².

Předpokladem provádění je v obou případech fungující síť léčebných a kontaktních zařízení, úzce spolupracujících se zařízeními/lékaři, provádějícími léčbu. Nutná laboratorní vyšetření je možno provádět ve spádových biochemických laboratořích, pro specializovaná vyšetření je možno si vyžádat konzilia příslušných specialistů.

Indikace

Zařazení do substitučního programu je opodstatněné, pokud jsou splněna následující kritéria:

- klient je neinjekční uživatel, který je závislý na opiátech déle než 6 měsíců

- klient je závislý na opiátech a užívá je injekčně
- a dále, pokud substituční léčba nezvýší poškození související s drogami a pomůže dosáhnout vhodně stanovených krátko- a dlouhodobých cílů.

Při terapeutické rozvaze zařazení do substitučních programů je dále nutné vzít v úvahu následující stavy a faktory:

- těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách látek opiátového typu
- opakované, neúspěšné pokusy o léčbu orientovanou k abstinenci
- pozitivní zkušenost se substitucí v anamnéze
- závislost opiátového typu u HIV pozitivních nebo u těch, kdo se opouštějí se trestné činnosti v souvislosti s drogami, jestliže není možná léčba orientovaná k abstinenci bez substituce
- závislost opiátového typu u těhotných, jestliže není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci bez substituce

Při úvaze o typu substituční léčby klademe důraz zejména na somatický stav a sociální status klienta, stupeň psychického poškození v širším smyslu (komorbidity, hlubší osobnostní a behaviorální poruchy a klientovu motivaci. V úvahu je třeba brát i ekonomickou efektivitu léčby; je tedy nutno indikovat pouze takový typ léčby s takovým objemem psychosociálního servisu, který je klient schopen a ochoten využít.

Nastavení optimální dávky

Prvním krokem terapie je správné nastavení úvodní dávky. Přestože rozpětí terapeutické dávky může podle klientovy tolerance variovat až v horizontu desetinásobků, bezvýhradně platí následující zásady:

- úvodní dávka substituční látky musí být nižší než minimální letální dávka
- při riziku požívání jiných tlumivých látek (alkohol, sedativa, anxiolytika atp.) se minimální letální dávka snižuje
- při podání první dávky a každém dalším zvýšení je klienta nutno sledovat minimálně 4 hodiny po podání a v případě negativní reakce jakéhokoliv typu (známky předávkování, alergická reakce, toxická reakce) podniknout příslušné terapeutické kroky
- nastavení optimální dávky musí probíhat ve shodě s aktuálními vědeckými poznatky o farmakodynamice dané substituční látky (tedy například o ustavení terapeutické hladiny atd.)
- po zevrubném zhodnocení stavu klienta je třeba titraci začít na nejmenší funkční dávce a tu potom případně zvyšovat podle výskytu abstinčních příznaků

² V r. 2001 existovalo v ČR 8 programů metadonové substituce, z toho 1 nízkoprahový (Výroční zpráva, 2002).

Souhrn výzkumů z USA svědčí o tom, že dávku 60 mg denně lze pokládat za minimální spolehlivou dávku pro udržení v programu a dávka 100 mg denně v prvním půl roce je v tomto smyslu spolehlivější než dávky nižší (Methadone maintenance, 1996).

Nefarmakologické složky substituční terapie

Mohou zahrnovat poradenství, psychoterapii nejrůznějších forem (individuální, skupinovou, kognitivně-behaviorální, podpůrnou atd.), sociální práci, rodinnou terapii, pracovní terapii a různé formy sociální rehabilitace. Výše citovaný soubor výzkumů z USA a rovněž Volpicelli a kol. (2002) uvádějí, že kombinace metadonové substituční léčby s psychosociálními terapiemi je účinnější ve smyslu dosahování cílů substituce než jenom podávání či preskripce metadonu. Zlepšuje zapojení a udržení klienta v programu a motivuje ho k využití možnosti změny životního stylu. U nízkoprahových metadonových programů se účast klientů v psychosociálních terapiích ovšem dosahuje obtížně a pokud je vyžadována, může vést k odchodu klienta z programu. Psychosociální terapie vyžadují pochopitelně patřičnou kvalifikaci a zkušenosti personálu.

Průběžné hodnocení klienta

Průběžné hodnocení klienta probíhá po celou dobu substituční léčby. Zahrnuje pravidelné i nepravidelné testy moči (na ověření přítomnosti metadonu a jeho metabolitů a na ověření přítomnosti jiných nezákonných drog), případně testy na užívání alkoholu a psychofarmak, a dále hodnocení aktuálního klientova somatického i psychického stavu. Hodnocení je podkladem pro případné úpravy dávkování, ale i pro setrvání klienta v programu.

Ukončení léčby

Kromě klientů, kteří užívají drogy příliš chaoticky, než aby mohli dodržovat pravidla, požadovaná v programu substituční léčby, se do léčby mohou dostat i klienti, kteří –

- nejsou pro tuto léčbu vhodní
- přesvědčují lékaře, aby dostávali vyšší dávky, než je nutné
- uvádějí smyšlenou anamnézu se záměrem prodloužit trvání léčby
- nejsou schopni dosáhnout žádného ze stanovených léčebných cílů

Vesměs je jednodušší rozpoznat tyto klienty až po zařazení do programu než před ním, což je nutné při průběžných hodnoceních brát v úvahu.

Léčbu je možno ukončit, pokud:

- je klient bez vyhlídky na zlepšení
- došlo k vážnému porušení smlouvy, např. k násilí vůči pracovníkům substitučního programu
- je opakovaně porušována smlouva, např. vynecháváním schůzek

Ukončení léčby je závažný krok, obzvláště když v jeho důsledku hrozí návrat k rizikovým způsobům chování. Pracovníci, provádějící substituci si musejí být jisti, že se jedná o nezbytný zásah.

Výsledky

Míra, do jaké se daří dosáhnout cílů substituční léčby, se u jednotlivých autorů liší. Panuje však shoda, že (v případě metadonových substitučních programů) zhruba 1/3 účastníků z programu vypadne, 1/3 se na metadonu dlouhodobě stabilizuje a 1/3 je schopna po čase zanechat užívání drog úplně a abstinovat i bez metadonu.

Substituční léčba významně snižuje kriminalitu, séropozitivitu HIV/AIDS a hepatitid, omezuje užívání heroínu a ostatních nelegálních drog a zlepšuje celkový fyzický i psychický stav klientů i jejich sociální integraci (Methadone maintenance, 1996).

Úspěšnost metadonové udržovací terapie se udává v rozmezí 55 – 80 % v porovnání s 15 – 20 % úspěšností podávání opiatových antagonistů a 30 – 50 % úspěšností abstinčních odvykacích léčeb. Rovněž její nákladová efektivita je vysoká, téměř dvojnásobná v porovnání s rezidenční léčbou (viz Obr. 1).

Summary

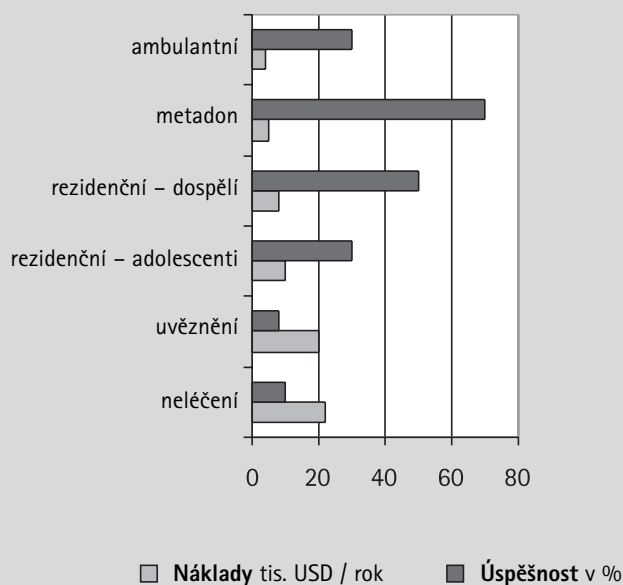
Programmes of Methadone and Other Substitution

After defining the short-, mid- and long term substitution, methadone as the most frequent substitution substance is characterised: its pharmacodynamic features, risks, clinical application, advantages of substitution. Further, methadone maintenance programmes are described, their types and goals, and the practice

with regard to indication, launching an optimum dosage, methods of complementary psychosocial treatment and reasons for termination. Finally, effectiveness of methadone maintenance is summarised as well as its cost effectiveness compared to other forms of treatment of heroin addicts.

Key words: buprenorphine – methadone – maintenance treatment – substitution

Graf 1: Úspěšnost a nákladová efektivita metadonové substituce – porovnání s jinými typy programů



Zdroj: Lindestmith center, 1996

Literatura

- EMCDDA: Key role of substitution in drug treatment. EMCDDA briefings No. 1 (January – February 2002), Lisbon, 2002
- Grund J.-P. C.: Medical prescription of narcotics. Lindesmith Institute, New York, 1998
- Parrino M. H.: State methadone treatment guidelines. U.S. Department of Health and Human Services, DHHS Publication No.93, Rockville, Maryland, 1993
- Popov P.: Návykové poruchy. In: Raboch J., Zvolský P. a kol.: Psychiatrie. Galén, Praha, 2001
- Preston A.: The methadone briefing. ISDD, London, 1996
- Methadone maintenance treatment research in the United States. Questions and answers. NIDA (National Institute of Drug Abuse), Rockville, Maryland, 1996
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Psychiatrické centrum, Praha, 1992. Překlad z angl. originálu, vydaného WHO, Geneva 1992.
- MPK: Výroční zpráva o stavu a vývoji ve věcech drog v České republice za rok 2001. Rada vlády ČR – Meziresortní protidrogová komise, Úřad vlády ČR, Praha, 2001
- Syslová D.: Terciární prevence v oblasti drogových závislostí. Diplomová práce. FF UK, Praha, 1996
- Volpicelli J. R., Pettinati H. M., McLellan A. T., O'Brien Ch. P.: Combining medication and psychosocial treatment for addiction. Guilford Press, New York, 2001

