

Snižování škod & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 21.–22. dubna 2016





Snižování škod & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 21.–22. dubna 2016



Za podporu děkujeme Nadaci České spořitelny a Magistrátu hlavního města Prahy

Editorka:

Olga Hanková

Autorský kolektiv:

David Adameček

Jiří Frýbert

Aleš Herzog

Tomáš Klášterecký

Martin Kuchař

Hana Laurentová

Adéla Paulík Lichková

Lucie Mašková

David Pešek

Ilona Preslová

Jana Putnová

Martina Richterová Těmínová

Nikol Spürová

Jakub Švec

Aleš Termer

Petr Vácha

Tomáš Vejrych

Otakar Veselý

Jan Zahradník

© Olga Hanková (ed.) a kol., 2016

© SANANIM, 2016

Design a sazba © Jan Tippman, 2016

Vydal SANANIM z.ú., Ovčích hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

www.sananim.cz

ISBN 978-80-904536-9-2

Obsah

Úvod.	7
Harm reduction se vyplatí!	9
Kdo je (nej)lepší matka...	19
Příběh jedné matky	23
Přínos pobytu v terapeutické komunitě pro matku a dítě	27
Prevence relapsu.	35
Bod obratu: Teorie attachmentu v práci s uživateli drog	41
Jak naše substituční léčba snižuje rizika v komunitě	49
Vrstevnický a stabilizační program XTP SANANIM	55
HARD & SMART: Harm reduction v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy	61
Jaká očekávání jsou reálná od selektivní prevence na školách?	67
Jak snižujeme rizika užívání drog u injekčních uživatelů drog na Plzeňsku?	71
Časopis Dekontaminace – 20 let.	79
Nové syntetické drogy a jejich možná rizika	83
Jak měníme postoje a chování injekčních uživatelů drog?	89

Úvod

Martina Richterová Těmínová

Vážené dámy, vážení pánové,

dovoluji mi na úvod konference *Snižování škod a drogy* pár slov. Jedná se o 8. konferenci v pořadí. Mimochodem, všechny sborníky si můžete stáhnout na stránkách www.sananim.cz. Na minulých konferencích jsme řešili témata: ženy a drogy, mládí a drogy, rodina a drogy, sexualita a drogy, kriminalita a drogy, škola a drogy a úzdrava a drogy.

Dnešním tématem je snižování škod a drogy.

Jako snižování škod, neboli *harm reduction*, se označují koncepce, programy a činnosti směřující k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snížení jejich spotřeby. Harm reduction je tedy způsob nazírání na drogovou problematiku, zaměřuje se na ochranu veřejného zdraví a lidských práv a odráží se v konkrétních metodách a činnostech.

Sousloví „způsob nazírání“ je pro jakékoli zacházení s tímto tématem klíčové. Dá se dokonce předpokládat, že diskuze budou tak vášnivé, že by to mohlo vypadat, že řešíme téma sexuality a drog.

Když v tématu harm reduction mluvíme o způsobu nazírání, mluvíme zároveň o respektu k volbě životního stylu, respektu k nemoci. O tom, že lidé chybují, že každá malá pozitivní změna se počítá a má hodnotu, že soudit je zbytečné apod.

To vše zcela oprávněně naráží na naše hodnoty. Přístup harm reduction atakuje naše vnímání hranic mezi dobrem a zlem, mezi tím, co je správné a co je nesprávné, co je spravedlivé a co je nespravedlivé.

Mravnímu hodnocení se snažíme vyhnout tím, že se činnosti harm reduction snažíme stavět na pragmatických východiscích, přísně vycházejících z vědeckých poznatků a ekonomických studií. Přesto jsou tyto přístupy nejčastěji kritizovány a vyvolávají averzi k poskytování služeb cílové skupině. Mravně je abstinovat. To je správné, mravně a vyžaduje to přece jenom trochu vůle.

Většinová společnost nemá většinou problém abstinovat od nelegálních drog. Když se ale dostaneme k otázce drog legálních, jsme najednou trochu nahraní. Zde se objeví řada tabu. Existuje vůbec nějaké harm reduction alkoholu? Ano, existuje, je to jednoduché desatero, které by v případě aplikace mohlo výrazně snížit negativní dopady užívání – snížila by se konzumace (každý alkoholický nápoj proložte jedním nealkoholickým, jeden alkoholický nápoj za 1 hodinu), snížil by se počet opilostí, snížil by se počet nehod pod vlivem alkoholu. Do tohoto ranku spadají i opatření a práce s restauratéry. Kdo se hlásí k aktivitám harm reduction alkoholu? Stát? Kraje? Obce? Kdo je financuje? Zdá se, že pouze výrobci alkoholu. Ale ti jsou nemravní z podstaty své činnosti a vzít od nich peníze je v rozporu s etikou – protože si přeci ulevují svému svědomí.

Dalším příkladem je harm reduction kouření tabáku. Jednou z metod je elektronická cigareta. Přesto je v zákoně postavena na úroveň běžného tabáku a její kouření je omezeno stejně jako tabák. Takže žádné harm reduction.

Také se nám vynořuje celá řada otázek. Je možné dělat harm reduction v oblasti kriminality? Např. místo bouchnutí do manželky raději roztřísej televizi? Uloupit staré paní kabelku s důchodem, nebo loupež v hypermarketu?

Na druhou stranu se pojdme podívat na naši vlastní činnost. Nepřeháníme to s vymýšlením dalších harm reduction serepetiček – lžiček, rozdělávaček, tamponů, tamponků, lepítek, kapslí, vodiček, lahviček atd.? Opravdu klient potřebuje právě tohle?

Doufám, že se na této konferenci dozvím, kam současný přístup harm reduction směřuje, kam půjdeme dál a jak si stojíme s výše uvedenými tématy.

Na závěr mi dovolu malou vzpomínku. Velmi podstatnou součástí přístupu harm reduction je obhajoba obecných lidských práv uživatelů návykových látek a většina pracovníků má toto nazírání velmi pod kůží. Jejich společným znakem je lidskost. Na jedné konferenci v Praze před šesti lety vyprávěl jeden náš kolega, myslím si, že to byl Jean Paul Grund, že velmi často navštěvuje pohřby svých drogově závislých klientů. Navštěvuje je především proto, že on je jediný, kdo může podat rodičům zemřelého dobrou zprávu, že jejich dítě něco dobrého vykonalo, že to nebyl špatný člověk. To svědectví mohl podat, protože je dlouho znal z práce na ulici.

PaedDr. Martina Richterová Těminová

Odborná ředitelka SANANIM, z. ú.

e-mail: teminova@sananim.cz

Harm reduction se vyplatí!

Aleš Herzog

Harm reduction (česky snižování rizik či škod) je metoda, která vede k tomu, že můžeme smysluplně pracovat se sebedestruktivním či destruktivním chováním lidí. V širším pohledu jde o filozofii dávající smysl lidskému pomáhání i v případech, že se nejeví naděje na velkou změnu v chování těch, kterým pomáháme. Snižování rizik umožňuje pracovníkům nízkoprahových služeb nepropadat panice či zoufalství. Navíc, díky tomu, že tento moderní a liberální přístup při svém vývoji čelil kritice a mnoha překážkám, jde o metodu „evidence based“ – založenou na důkazech a finančně velmi efektivní.

Snižování rizik se může volně opřít o výrok významného francouzského myslitele René Descartes^I: „Každý problém rozdělit na co nejjednodušší části, které lze bezpečně poznat.“ Každý problém tedy můžeme měnit a zmírňovat tím, že jej rozdělíme na nejjednodušší část, u níž budeme usilovat o změnu a zmírnění problému.“

Karel Čapek^{II}: „Důležité je, aby budoucnost byla zlepšována v myšlenkách a plánech, ale ještě důležitější je, aby byla zlepšována ve skutečích a v životě.“

Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA)^{III} formuluje filozofii harm reduction (mimo jiné) takto:

„Přikládejme význam jakékoli pozitivní změně, které člověk užívající drogy ve svém životě dosáhne.“

Abstinenci vnímejme jako žádoucí, ale přitom obtížně splnitelný cíl. Jednoznačnou a prvořadou prioritou je udržet uživatele drog naživu a zabránit nenapravitelným škodám.“

I Rozprava o metodě. Přeložila Věra Szathmáryová-Vlčková; doslov a poznámky Jan Patočka. Jan Laichter, Praha 1933

II Karel Čapek, Pragmatismus čili filosofie praktického života. Praha: Topič 1918

III IHRA: Prosazování přístupu Harm reduction v celosvětovém měřítku. What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, Czech, April 2010

Zásadní je důstojnost a empatie k lidem užívajícím drogy. Nálepkováním dochází k marginalizaci uživatelů drog i jejich rodin a vytváření překážek, které brání v tom, aby jim mohla být poskytnuta pomoc. Terminologie a užívaný jazyk by měly vždy odrážet respekt a toleranci.

Mnohé politiky a praktiky vědomě, či nevědomě vytvářejí a zvyšují rizika a negativní důsledky, jimiž jsou uživatelé drog vystaveni. Je nutné usilovat o jejich přehodnocení.

Je zapotřebí, aby se na rozhodnutích, která mají vliv na jejich život, podíleli také uživatelé drog.“

SNÍŽOVÁNÍ RIZIK A NEZISKOVÉ ORGANIZACE V ČR: TRADICE A MNOHO PRÁCE

Nebývá zvykem, že by vysoce postavení politici ocenili práci nízkoprahových služeb. Proto je uspokojivé, že ministr zdravotnictví ČR Svatopluk Němeček při zasedání Komise OSN pro narkotika^{IV} činnost kontaktních center a terénních programů pochválil:

„Patříme mezi malou skupinu zemí s celosvětově nejnižším výskytem HIV a AIDS mezi uživateli drog aplikovaných injekčně. Důležitým bodem pro nás je význam minimalizace škodlivých účinků drog (harm reduction). Bylo přesvědčivě vědecky prokázáno, že zaměření na minimalizaci škodlivých účinků přispívá k záchraně životů, zlepšení veřejného zdraví a bezpečnosti obyvatel.

V této oblasti – a v řadě dalších oblastí protidrogové politiky – sehrály velmi pozitivní a zcela nenahraditelnou roli nevládní organizace. (...) Zde jsou výsledky: Máme celosvětově nejnižší počet smrtelných předávkování nelegálními drogami v přepočtu na obyvatele. Máme unikátně nízký výskyt virové hepatitidy C a B mezi injekčními uživateli drog – pravděpodobně nejnižší na světě. V České republice prakticky neexistuje organizovaná násilná trestná činnost související s drogami; a v neposlední řadě díky službám zaměřeným na minimalizaci škodlivých účinků drog je přibližně 85 % našich problémových uživatelů v pravidelném kontaktu s pomáhajícími institucemi...“

ČESKÉ NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY JSOU ÚSPĚŠNÉ

Posun v oblasti snížení rizik můžeme ilustrovat na pokrytí drogové scény materiálem pro bezpečnější brání, především injekčními sety. Za posledních 15 let došlo v tomto ohledu k nárůstu pokrytí o 775 %. V roce 1999 vydalo 64 nízkoprahových programů celkem 850 285 injekčních setů. V roce 2004 vydalo 86 programů 2 355 536 injekčních setů. O dalších 5 let později, v roce 2009, se zvýšil počet programů na 95 a výdej setů na 4 859 100. A v roce 2014, za který uvádí NMS naposledy čísla, vydalo celkem 105 nízkoprahových služeb 6 594 069 injekčních setů.^V V tomto roce nízkoprahové služby realizovaly celkem 476 714 kontaktů

IV Zasedání Komise OSN pro narkotika, UNGASS 2016

V MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

s 40 300 uživateli drog (přitom se v ČR v tomto roce odhadovalo celkem 47 500 problémových uživatelů drog).

SNIŽOVÁNÍ RIZIK A SANANIM: TRADICE A MNOHO PRÁCE

Chci připomenout úžasnou tradici a odvedenou práci organizace SANANIM v oblasti snižování škod v České republice. Terénní program (TP) SANANIM funguje již od roku 1994, tedy více než 22 let. Vznikl tedy jako první terénní program pro uživatele drog v ČR. Již 20 let, od roku 1996, vydáváme časopis *Dekontaminace* určený injekčním uživatelům drog. Časopis ovlivňuje postoje a chování uživatelů drog, vychází v nákladu 6 500 kusů a je distribuován více než 60 nízkoprahovými službami z celé ČR. Díky práci kolegy Luďka Kalouska^{VI} jsme se výrazně podíleli na vymezení role terénního pracovníka a etiky oboru. Inspirovali jsme se zahraniční praxí a přinesli jak koncept bezpečného brání, tak systém kódování, tedy anonymní identifikace injekčních uživatelů drog.

Za dobu své existence vyměnil TP více než 5 600 000 injekčních setů. V roce 2014 a 2015 jsme pracovali s více než 3 500 klienty – lidmi, kteří injekčně užívají drogy. V roce 2015 vyměnil náš terénní program více než 474 000 injekčních setů. Každoročně otestujeme více než 700 osob na infekční choroby (HIV, HCV, syfilis).

Již 23 let zapojujeme lidi, kteří berou drogy, do služeb pro tyto lidi formou tzv. peerworku, tedy vrstevnického programu. Již od roku 1999 organizuje SANANIM vzdělávací program Letní škola Harm reduction. Proběhlo celkem 9 ročníků. Letošní Letní školy se účastnilo více než 100 pracovníků z více než 40 kontaktních center a terénních programů. Terénní programy SANANIM jsou čím dál tím více zdravotnickou službou reagující na selhávání veřejné zdravotní péče pro uživatele drog v Praze. Před 8 lety byla součástí týmu jedna zdravotní sestra na 0,3 úvazku, nyní máme lékařku a 3 zdravotní sestry.

Kontaktní centrum SANANIM v Praze funguje již od roku 1993. Jeho služeb každoročně využije přes 7 000 klientů, za 20 let jde o téměř 60 tisíc klientů. V roce 2015 vyměnilo KC kolem 1 300 000 injekčních setů. Za dobu existence pak více než 13 milionů injekčních setů. Kontaktní centrum je nejvytíženější HR službou v ČR, má otevřeno každý den v týdnu.

Kontaktní centrum a Terénní programy SANANIM vyměnily do roku 2015 více než 19 milionů injekčních setů. Společně jich každoročně vyměníme okolo 1 700 000 ks, jsme v kontaktu s více než 5 000 injekčními uživateli drog, otestujeme cca 500 osob na infekční choroby, uskutečníme více než 3 000 individuálních poradenství, a pomůžeme nastoupit do léčby více než 100 uživatelů drog.

PRVNÍ VÝZVA: TÉMA SMRTI, KOLAPSU A VÁŽNÉHO POŠKOZENÍ ZDRAVÍ

Populace lidí užívajících injekčně drogy stárne. Část našich klientů má výrazně zhoršený zdravotní stav a žije v chudobě.

Se stárnutím populace uživatelů drog přibývá stále více somatických komplikací. Nejčastějšími zdravotními obtížemi jsou abscesy a hnisavé ranky, často zanícené potní žlázy po užívání pervitinu. Ale objevují se také závažné chronické rány a flegmony. Klienti přicházejí s horečnatými stavy, zimnicí, řeznými ranami, popáleninami, omrzlinami. Časté jsou bolesti zubů. Kvůli nedostatku hygieny (dané i malou dostupností sociálních sprch a šatníků) jsou časté vši, muňky, svrab a pokousání štěnicemi. Více než 58 % našich klientů má hepatitidu typu C. Postupně přibývá uživatelů drog, kteří musí být se závažnými zdravotními komplikacemi hospitalizováni. Rovněž mezi našimi klienty přibývá úmrtí. To dokládá výzkum Somatická komorbidita uživatelů drog realizovaný NMS^{VII}, který uvádí: 32,6 % IUD bylo v posledním roce hospitalizováno, 29,2 % bylo odvezeno záchrannou službou, 13,3 % bylo odvezeno záchrannou službou opakovaně.

Problémem také je, že řada zdravotníků a zdravotnických zařízení není k uživatelům drog, především těm bez přístřeší, na nichž je život na ulici vidět, vstřícná. Ve chvíli, kdy chceme, aby skutečně k ošetření došlo, musíme dělat asistenci, protože naši klienti sami v požadavku na péči neuspějí. V červnu 2014 strávila naše zdravotní sestra při asistenci klientky s toxicitou nekrozou na bicepsu ve FN Motol 8 hodin. Řada osob užívajících drogy z důvodu nepřátelského postoje zdravotníků své zdravotní obtíže přechází, jen tlumí bolest drogami či léky, a pomoc vyhledá až za pět minut dvanáct, kdy je nutná hospitalizace. Potřebujeme, aby se odpovědné orgány zabývaly zajištěním zdravotní péče (především dostupností „nizkoprahových“ praktických lékařů, gynekologické a stomatologické péče v Praze). Proto jsme na toto téma uspořádali odborné setkání Společnosti pro návykové nemoci na téma Harm reduction a injekční uživatelé drog v kontaktu se zdravotnictvím. **Možným řešením problému je vytvoření nizkoprahové zdravotní péče ve formě mobilních či kamenných ambulancí. Je přitom podmínkou, aby tyto ordinace ošetřovaly jak osoby pojištěné, tak nepojištěné, a tím plnily mimo jiné preventivní roli předcházení výrazných zdravotních komplikací.** Uleví se tak i našim nemocnicím.

Přibývá rovněž uživatelů drog s duální diagnózou, což zjišťujeme podle častějších projevů psychóz. Máme relativně velké obavy z toho, že dojde k fyzickému napadení pracovníka klientem v psychóze. Přestože jsou tito klienti často nedobrovolně hospitalizováni, vracejí se zpátky na drogovou scénu po pár dnech a po užívání pervitinu či nových syntetických drog se jejich stav zase zhoršuje. **Klienti s duální diagnózou by potřebovali tzv. case management a psychiatrickou péči v kombinaci se spoluprací s jejich opatrovníkem. Pro tyto uživatele drog by byla možným řešením kombinace denního výdeje substitučních látek s výdejem antipsychotik a finančních prostředků z opatrovníckého fondu.**

V posledních deseti letech se také stále častěji setkáváme s umíráním a smrtí. Často o smrti jen slyšíme, občas i doprovázíme. Témata prevence „před smrtí“, např. při přípravě lidí bez domova na zimu, či prevence předávkování jsou nám již blízka. **Čeká nás tedy ještě získání kompetencí pro „provázení při umírání“ a „pomoc při těžké nemoci“; jsou bohužel novou výzvou pro české terénní a kontaktní pracovníky.** Jak říkal PaedDr. Petr Klíma, jde o mnohovrstevnatý kontakt s reálnými možnostmi a reálnou budoucností našich klientů. Je otázkou, zda pro část našich klientů, kteří k nám získali vztah, nemáme být součástí pečovatelské služby a mobilní hospicové péče.

DRUHÁ VÝZVA: SYSTÉM VČASNÉHO VAROVÁNÍ ČR

Early warning system – systém včasného varování – není v ČR ani dost včasný, ani dost varující, a ani dostatečný. Jménem Sekce HR A.N.O. jsme formulovali tyto připomínky:

- Chybí možnost získat podrobné a včasné informace o fatálních a nefatálních předávkováních. Služby pracující s lidmi užívajícími drogy mají typicky možnost získat je jen z výroční zprávy. Pro ochranu veřejného zdraví potřebujeme rozbor konkrétních situací předávkování pro harm reduction informace směrem k uživatelům drog.
- Chybí systém analýzy aktuálně užívaných látek mezi uživateli drog formou možnosti zaslat užívané látky a dozvědět se výsledky. Právní problémy lze vyřešit tím, že vzorky posílají sami uživatelé drog na stanovené pracoviště, nebo se předávají vzorky moči. Nízkoprahové služby mohou hrát v systému roli zprostředkovatele. Informace nemusí být přístupné veřejně, ale např. jen pro odborníky.
- Není vytvářen aktuální obraz užívání nových látek a trendů, což byl jeden ze záměrů.^{VIII} V posledních osmi letech byla řada trendů či nově zneužívaných látek (např. katinony v Praze, Vendal Retard, fentanylové náplasti, Suboxone). Nicméně systém o nich nepodařilo včasné informace (stačilo by informovat odbornou veřejnost). Informace o těchto látkách směřující k ochraně veřejného zdraví populace uživatelů drog vytvářejí pouze nízkoprahové služby, i když by se na tom měla podílet pracovní skupina.
- Pozornost by měla být věnována nejen zcela novým látkám, ale i novým trendům (v minulosti to byly např. kombinace injekčního užívání s užíváním některých léků).

Proto tímto vyzývám jak odpovědné instituce, tak nízkoprahové služby, abychom aktualizovali fungování systému včasného varování. Pokud chceme předcházet předávkování či kolapsům našich klientů, musíme sami být výraznou částí systému včasného varování. Začneme zaznamenávat a analyzovat případy poškození zdraví v důsledku užívání drog, zveřejňovat je a diskutovat o nich s uživateli. Zabývejme se tématem balonového efektu a rizika příchodu nových látek. Aktuálně se snad podařilo spustit možnost analýzy neznámých drog či drog, které způsobily vážné zdravotní problémy.

TŘETÍ VÝZVA: PREVENCE KRIMINALITY A SUBSTITUCE

Naučme se vnímat a pojmenovat dopady práce v oblasti snižování škod do oblasti snížení kriminality. **Harm reduction se rovná crime reduction!** Tedy snižování škod se také rovná snižování kriminality. Díky naší práci berou uživatelé drog méně či odcházejí do léčby. Díky práci nízkoprahových služeb a substituční léčby je méně zaopatřovací kriminality i méně násilné trestné činnosti. Naopak, někteří uživatelé drog se chovají nejrizikověji a nejnebezpečněji v okamžiku po propuštění z cely předběžného zadržení, kdy jim policisté zabaví a již nevydají sterilní injekční materiál a substituční látku.

Substituční léčba čelí především v Praze výrazným atakům ze strany policie a části lokálních politiků. To se projevuje i v praxi. Ubývá osob v léčbě, což je obrovské riziko. Údaj ilustruje pokles dovozu substitučních látek. V roce 2012 bylo do ČR dovezeno 18 kg metadonu

VIII Systém včasného varování o nových syntetických drogách, pracovní text, <http://www.drogy-info.cz/data/download/1148/5490/file/EWS%20CR.pdf>

a 4075,1 g buprenorfinu. V roce 2013 to bylo 17,9 kg metadonu a 3460,7 g buprenorfinu. V roce 2014 už jen 16,3 kg metadonu a 3256,3 g buprenorfinu.^{IX} **Represionisté mohou mít radost, nicméně snížení počtu problémových drog v substituční léčbě nesníží počet problému s drogami, spíše obráceně. V reálu hrozí balonový efekt a zvýšené rizikové chování včetně kriminality.**^X

Mám pocit, že substituční léčbě škodí to, že není vnímána a prezentována jako harm a crime reduction strategie. **Substituční programy s denním výdejem a individuální případovou prací jsou klíčem k řešení problematiky otevřené drogové scény v Praze** i k práci s uživateli drog s duální diagnózou. A to např. i formou trojstranných kontraktů: klient – program – policie.

Zde bych chtěl kolegy ze substituční léčby upozornit, že dochází také k rizikovému chování způsobenému jimi. Vždy, když dojde ke změně v dostupnosti substituční léčby, se jejich uživatelé mohou chovat velmi rizikově! V dubnu 2012 byl omezen provoz jedné psychiatrické ambulance. Následně došlo na černém trhu v Praze k poklesu množství buprenorfinu a velkému nárůstu jeho ceny. Nastalo rizikové chování v abstinenčním syndromu, ohrožení života a nepříjemné stavy bez kontroly nad sebou samým při nahrazení subutexu benzydiazepiny, předávkování a riziko smrti při nahrazení subutexu jinými opiáty. Zemřel jeden z klientů, se kterými jsme byli intenzivně v kontaktu. **Abychom takovému rizikovému chování předešli, je nutná výměna informací mezi substitučními programy a nízko-prahovými službami. I menší změny (např. v ceně léků, ve změně způsobu výdeje) mohou mít dopad na drogový trh a my o nich potřebujeme včas vědět.** Kdo si myslí „naši pacienti nezlobí“, ohrožuje je i další uživatele na životě.

ČTVRTÁ VÝZVA: TÉMA ZMĚNY POSTOJŮ A CHOVÁNÍ

Často se upínáme na změnu znalostí a doufáme, že jejich změna zajistí i změnu celkovou. To se ale neděje, povědomí o rizicích neznamená jejich nepodstoupení. Ukazuje to i model „znalosti–postoje–chování“ (Knowledge–Attitude–Behavior; KAB). Řada kuřáků např. ví, že kouření škodí zdraví, ale jejich postoj je, že je pro ně příjemné si v hospodě či v restauraci zapálit. Podobně řada lidí ví, kde jsou kontejnery na třídění odpadu, ale je pro ně pohodlnější vyhodit vše do popelnice před domem. Jan Krajhanzl^{XI} ukazuje, jaký vliv mají na chování lidí jejich osobnostní předpoklady a postoje. Pokud se podíváme na nízkou míru výskytu HIV u populace injekčních uživatelů v ČR, měli bychom se ptát: Souvisí to s tím, že se naši klienti chovají bezpečně? Nebo „jen“ máme štěstí na malá ohniska náказы, a naši klienti se chovají rizikově?

IX MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., GROLMUSOVÁ, L., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., VLACH, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J., MALINOVÁ, H. 2015. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014* [Annual Report on Drug Situation 2014 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

X HERZOG, Aleš, RICHTER, Jiří, VEJRYCH, Tomáš. *Balonový efekt – riziko zneužívání nových látek na drogové scéně*, http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/461/balonovy-efekt-riziko-zneuzivani-novych-drog.html?warning=kill#_ftnref1

XI KRAJHANZL, Jan. *Čím je ovlivněno environmentální chování lidí? Texty o proměně vztahů lidí k přírodě, environmentální výchově a udržitelnosti*. Zelený kruh, Praha 2009

Domnívám se, že by se nízkoprahové služby měly společně zabývat vyjasněním a konkretizováním toho, jakých změn (z hlediska znalostí, ale především postojů a chování) chceme u uživatelů drog v České republice dosáhnout. Tomu nutně předchází si společně sednout a vyjasnit si, jak nepříznivé sociální situaci našich klientů rozumíme, a které jejich postoje či chování jsou pro ně i společnost nevhodné.

Hledejme napříč nízkoprahovými službami témata, která chceme ovlivnit. My se o to pokoušíme již několik let tematickým směřováním časopisu *Dekontaminace*, který distribuují nízkoprahové služby a kterým se snažíme pracovníkům i klientům nabídnout témata ke komunikaci (např.: Aplikujte drogy jinak než injekčně, Pomáhejte svým vrstevníkům, Pokuste se uzdravit svépomocí, Pijte a jezte zdravěji, Neučte nové lidi užívat drogy).

Vyzývám tedy: **Vytvářejme a sdílejme témata kampaní zaměřených na postoje a chování našich klientů.**

PÁTÁ VÝZVA: OCHRANA PRÁV A ZAJIŠTĚNÍ DŮSTOJNOSTI V CHUDOBE

Samotné zaměření sociální a adiktologické práce, etický kodex, ale také zákon o sociálních službách nám dávají za povinnost „proszovat legitimní práva a zájmy našich klientů“ (MPSV, 2006). Doposud byla většina sociálních služeb zvyklá, že to znamená pouze občas dojít s klientem na úřad a vysvětlit jedné úřednici paní Zubaté, že tento „vagabund“ je „člověk“, který má i něco jako „práva“. Nyní jsou sociální služby ve výrazně větším střetu zájmů. Někteří politici, kteří se ohánějí zájmy občanů a veřejným pořádkem, usilují o vypuzení lidí bez přístřeší či uživatelů drog ze svých městských částí. A to jim nestačí. Usilují také o likvidaci samotných služeb, jak ukazují příklady Kontaktního centra SANANIM, Nízkoprahového metadonu Drop IN, Nízkoprahového denního centra Naděje v Bolzanově ulici a dalších služeb.

Máme systematicky mapovat a dokumentovat, jak úřad úmyslně podporuje exekuční systém, aby rodiny vyšťval z města? Máme se vzpírat vůči tomu, že se město zbaví domu s převahou neplatičů tak, že jej prodá firmě, která rodiny ze sociálně vyloučené lokality vyhodí na dlažbu (více či méně elegantně)? Máme dokumentovat a podávat stížnosti na případy, kdy jsou rychlou záchrannou službou nebo v nemocnicích odmítání k ošetření lidé bez přístřeší ve velmi vážném zdravotním stavu? Máme důsledně monitorovat a aktivně zasahovat v situacích, kdy policie nepostupuje v souladu s aktuálním právním řádem, např. když naše klienty fyzicky trestá či jim ničí drogy (nikoliv zabavuje) i injekční materiál a chová se k nim nedůstojným způsobem? Máme na to sílu a kapacitu?

Máme riskovat, že policisté budou na oplátku označovat naše služby jako bezpečnostní hrozbu? Máme jít do konfliktu s městskými částmi a obcemi, které nám přispívají na provoz a často nám za dostupné peníze pronajímají prostory? Máme riskovat, že budou politici blokovat zřízení „nepopulárních stacionárních služeb“ a „házet klacky pod nohy jejich provozu“, tedy, „že nám půjdou po krku“? Že nám dají výpověď z nájmu? Máme jít do konfrontace vůči donátorům a veřejné správě a riskovat, že nebudeme moci poskytovat služby potřebným vůbec? To je velké riziko. Radka Janebová^{XII} situaci popisuje takto: „V důsledku nedostatku

finančních zdrojů a konkurence mezi organizacemi sociálních služeb se pak paradoxně neziskové organizace předhánějí v předcházení si klíčových osob v samosprávě. Namísto společné obhajoby zájmů klientů a vzájemné solidarity spolu soupeří o zdroje.“

Vyzývám tedy: **Důsledně monitorujme porušení lidských práv našich klientů a hledejme efektivní a funkční cesty, jak na případná porušení těchto práv upozorňovat.** Tuto výzvu říkám s vědomím, že pravděpodobně nastává společenské období, které lidským právům a právům menšin především přát nebude.

ŠESTÁ VÝZVA: VĚNUJME SE BYDLENÍ OSOB, KTERÉ UŽÍVAJÍ DROG

Mezi našimi klienty v Praze přibývá lidí, kteří celoročně táboří ve stanech. Kromě mírných zim k tomu přispívá silná potřeba vlastního místa, postupné mizení squatů a nižší ochota IUD bydlet společně s vrstevníky. Nizkoprahové drogové služby se „aktivní roli“ v oblasti zajišťování bydlení či přenocování vyhýbají. Zdá se, že jsme odchováni ve filozofii „housing ready“, tedy že by nejdřív měli naši klienti udělat něco se svou závislostí (nejlépe formou abstinенčně orientované léčby), a teprve potom je dobré řešit bydlení. Možná se ale jen bojíme služby typu nocleháren a azylových domů pro aktivní uživatele drog (někdy označované jako „wet houses“⁴⁴) provozovat? Protože jde o práci velmi náročnou? Téma nizkoprahového bydlení tak přenecháváme jiným sociálním službám, označovaným jako služby pro lidi bez přístřeší, které si ale s uživateli nelegálních návykových látek často neví rady.

Zajištění bydlení pro aktuální uživatele může být v rámci konceptu „housing first“ klíčovým tématem pro změnu. Jak říká Martina Richterová Těmínová, pokud klientovi odpadne jedna starost (bydlení), má najednou výrazně větší kapacitu řešit starosti jiné (např. užívání drog, práci, rodinu a podobně).

Zajištění nocleháren a azylových domů pro osoby užívající návykové látky může být zásadní také **pro jejich přežití a důstojné žití.** Donutí nás k tomu až nějaká tužší zima?

SEDMÁ VÝZVA: ZAPOJME VÍCE LIDI UŽÍVAJÍCÍ DROGY

Česká tradice v adiktologickém pomáhání pracovnímu zapojení aktuálních uživatelů drog nebo lidí čerstvě po zahájení abstinence příliš nepřeje. Přitom často poskytujeme služby (např. výměnu injekčních setů), které jinde ve světě zajišťují právě převážně vrstevníci – aktivní uživatelé. Ocitáme se tak možná až příliš často v expertní roli, a mjíme svépomocný potenciál lidí, kteří drogy užívají.

Vrstevníci jsou často schopni ovlivnit postoje a chování jiných mnohem lépe než my. Naše zkušenost v tzv. Stabilizačním programu XTP SANANIM ukazuje, že lidé užívající drogy mají velký svépomocný potenciál a umí ovlivňovat postoje a chování dalších uživatelů. Výrazně častěji se také dostávají do situací, kdy je třeba poskytnout pomoc v krizi či první pomoc. Zároveň se ukazuje, že možnost vrstevnický pomáhat a získat identitu člověka, který je užitečný, může být pro klienta skvělým výchozím bodem pro změnu ve vnímání sebe sama, a tedy v celkovém životě. Myslím, že můžeme najít mnoho způsobů, jak lidi užívající drogy

zapojit do chodu služeb, do rozhodování o jejich podobě. Využití jejich pracovního a svépomocného potenciálu je všestranně výhodné.

SEDM VÝZEV PRO SNIŽOVÁNÍ ŠKOD U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG V ČESKÉ REPUBLICCE

Závěrem tedy definuji sedm vývojových úkolů, se kterými by se česká, moravská a slezská kontaktní centra a terénní programy měly vyrovnat:

1. Efektivněji předcházíme smrti a nemocem lidí užívajících drogy a vytvářejme podmínky pro důstojnější přežití či umírání. Pracujeme s tématem smrti, umírání a vážného poškození zdraví.
2. Aktualizujeme systém včasného varování, ať slouží ochraně veřejného zdraví v ČR.
3. Dokazujeme, že harm reduction se rovná crime reduction. Podpoříme substituční léčbu.
4. Zaměříme se na změny v postojích a chování lidí užívajících drogy a spolupracujeme na nich v rámci oboru.
5. Prosazujeme oprávněné zájmy lidí užívajících drogy a upozorňujeme na porušování jejich práv.
6. Věnujme se tématu bydlení osob, které užívají drogy.
7. Zapojme více samotné lidi užívající drogy.

Ing. Mgr. Aleš Herzog

Vedoucí Terénních programů SANANIM

e-mail: herzog@sananim.cz

Kdo je (nej)lepší matka...

PhDr. Ilona Preslová

Ti z nás, kdo si po této otázce vybaví tu svou maminku, mají štěstí. Naši klienti ho často neměli. Jejich vztahy s rodiči byly mnohdy narušené, nepovedené, chladné či chybějící. Tento fakt se pravděpodobně odráží na vztazích k jejich dětem. Někteří naši klienti péči o děti nezvládají a výchovu přebírají babičky, sourozenci, pěstouni a další blízké osoby.

Přijetí dítěte uživateli drog však nebývá tak jednoduché, a to ani přes velkou snahu pomoci a těmto dětem život ulehčit.

CO NÁM DÁVÁ A JAK NÁS OVLIVŇUJE POSTAVA MATKY/OTCE?

- Bezpečí, jistota, pocit lásky a domova
- Vzor a model chování, jednání a zvládnání zátěže a proher
- Hodnoty, normy a základní orientace ve světě
- Hranice dobra a zla, svobody a zodpovědnosti
- Svět emocí a citového prožívání
- Výchozí bod do světa... a mnoho dalšího

KDO MŮŽE PEČOVAT O DÍTĚ NAŠICH KLIENTŮ?

- Biologický rodič

Může být stejně kvalitním rodičem, pokud svým chováním a užíváním neohrožuje bezpečí dítěte. A kde je tato hranice a kdo ji určuje?

- Partner biologického rodiče
- Prarodiče, obvykle babička – nejčastější a preferovaná volba v případech, kdy rodič není schopen či ochoten o dítě pečovat
- Příbuzní a blízcí
- Přechodní pěstouni
- Pěstouni a adoptivní rodiče

- Ústavní péče

KDO O FORMĚ A OSOBE PÉČOVATELE (NE)FORMÁLNĚ ROZHODUJE?

- Biologický rodič
- Sociální pracovník, terénní pracovní, pracovník orgánů sociálně právní ochrany
- Soud
- Odborný znalec
- A další osoby ve spolupracujících organizacích...

U většiny uživatelů se jedná o neplánované těhotenství, často nechtěné. Část z nich však přijme narození dítěte jako motivaci k zásadní změně svého života. Často si lidé kolem kladou otázku, zda jsou uživatelé schopni o dítě pečovat, zda to mohou zvládnout. Jak vypadá kvalitní péče?

PODLE ČEHO SE V KAŽDODENNÍ PRAXI ROZHODUJE?

- Rychlost řešení – tlak
- Ochota pečovatелů dítě přijmout
- Zákonná doporučení
- Absence drogového problému

Vzhledem k pochopitelné snaze umožnit dítěti co nejrychlejší péči v rodinném prostředí jsme nuceni rozhodovat rychle a na základě těch informací, které máme k dispozici. Je velice obtížné reflektovat své postoje, hodnocení situace a vnímání rizikovitosti.

CO JE DOBRÉ PRO DÍTĚ?

- Kdo je schopen bez předsudků a obav pečovat o dítě rodičů-uživatelů?
- V jakém věku jsme ještě schopni kvalitně vychovávat?
- Jak moc jsem schopni se poučit z vlastních chyb ve výchově?
- A jak zvládnout své vlastní vnitřní odsouzení rodičů-uživatelů?
- A kdy je rodič-uživatel schopen kvalitně a bezpečně pečovat?

K hledání odpovědí na tyto i řadu dalších otázek uvádíme dvě následující kazuistiky.



KLIENTKA KAROLÍNA

40 let, uživatelka heroinu, pervitinu, Subutexu, od 16 let.

RA: Vyrůstala s biologickou matkou, rodiče rozvedeni, 2 starší sestry, klientka jako 3. dítě byla pro matku zátěží, matka střídala partnery.

V 1. – 3. roce jejího života opakované pobyty v kojeneckém ústavu, zůstávala zde v řádech týdnů – dle matky z provozních důvodů si ji vždy vyzvedávala později, než slíbila (v dokumentaci z té doby se uvádí „roztomilá šikovná holčička, později pláče, při posledním pobytu se vzteká, neposlouchá“).

V 14 l. útěk z domova („už to nešlo“), snaha studovat, brigády, v 16 l. začala užívat drogy, postupný pád, dlouhodobá drogová kariéra, zdravotní komplikace, prostituce jako prostředek získávání peněz na drogy...

KLIENTKA KAROLÍNA A JEJÍ DÍTĚ

Přes dlouhodobé užívání tvrdých drog se jedná o plánované těhotenství (!), i přes velice špatný zdravotní stav.

První těhotenství klientky, v graviditě částečná substituce, snaha omezit dávky, plán léčby a péče o dítě.

Porod v 9. měsíci (t.č. na substituci), matka si zapisuje: „narodila se mi moje holčička, musí být šťastnější“. Klientka na detoxifikaci, poté zácvikový pobyt společně s dítětem v kojeneckém ústavu, plánovaná dlouhodobá odvykací léčba (společně s dítětem).

Po 4 dnech náhle odchází z kojeneckého ústavu („nemám na to starat se o ní, asi bych jí ublížila“), přeje si dát dítě k adopci, na další vyřízení náležitostí se však již nedostává...

Dcera následně svěřena do péče matky klientky (babičky dítěte)...

KLIENTKA VĚRA

39 let, uživatelka heroinu, pervitinu, Subutexu.

RA: Do 5 let vyrůstala s biologickou matkou, rodiče rozvedeni, řada sourozenců, pro zanedbání péče (matka děti nechala bez péče a dozoru několik dní) umístěna do ústavní výchovy, poté do pěstounské rodiny – zde opakované útoky (chtěla zpět do ústavu), klientka uvádí fyzické týrání, odmítání, preference později narozené biologické dcery.

V 14 l. útoky z domova a následně i z nařízené ústavní výchovy („už to nešlo“), odebrána z pěstounské rodiny (!), snaha studovat, brigády. V 16 l. drogy, další roky postupný pád, dlouhodobá drogová kariéra, prostituce, 3 porody – péče o 1. dítě do 6 let, 2. dítě rovnou se souhlasem matky do náhradní péče, poté obě dány do adopce se souhlasem matky.

KLIENTKA VĚRA A JEJÍ DÍTĚ

Neplánované, nechtěné těhotenství, v průběhu snaha o omezení a pokusy o substituci.

Plán si dítě ponechat, souhlasí s nutností léčby, porod v 9. měsíci, obtížná detoxifikace, matka se na společnou léčbu necítí, nutnost odložit léčbu – následuje ústavní léčba. Klientka přistupuje na léčbu s podmínkou, že dítě nepůjde do PP – traumatické vzpomínky. Poté již terapeutická komunita pro matky s dětmi.

Proběhlé léčby: ústavní léčba, TK Karlov, Denní stacionář, Doléčovací centrum, dlouhodobá podpůrná péče v otázkách výchovy a péče o dítě. Řeší roli matky – nezralost, nedostatečný model...

(Dítě t.č. v MŠ, vývoj v normě, „milá šikovná holčička“.)

PhDr. Ilona Preslová

Vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM

e-mail: preslova@sananim.cz

Příběh jedné matky

Ilona Preslová, Nikol Spůrová

Následující kazuistiku jsme vybraly z několika důvodů. Tím nejdůležitějším byl fakt, že jsme sice v poměrně krátkém časovém období pracovaly se stejnou klientkou na v podstatě stejném příběhu (neplánované těhotenství), ale mnohé okolnosti byly zcela odlišné. Velice často jsme se musely zastavovat a reflektovat své kroky, hledat společnou řeč a správné cesty, testovat svou trpělivost, hlídat hranice a odolávat očekávání svému i očekávání okolí.

ANAMNÉZA

Klientka (30 let) je uživatelkou pervitinu, opiátů i. v. a alkoholu. Je adoptovaná. Svůj vztah s adoptivní matkou považuje za komplikovaný již od dob dospívání. Adoptivní matka k ní často přistupovala autoritativně. Dobrý a přátelský vztah má s babičkou. Svou biologickou matku, která byla uživatelkou alkoholu, se jí podařilo vyhledat v dospělosti. Několikrát se spolu opily a tyto chvíle vnímala jako důležité. Měla pocit, že během toho pochopila více sebe, kam patří a dokázala si obhájit, proč ji její vlastní matka odložila do kojeneckého ústavu. Matka zemřela ve 47 letech a klientka si připustila matce za vše odpustit.

Klientka má základní vzdělání, odborné učiliště nedokončila. Má za sebou jeden pobyt na dětské psychiatrii a v diagnostickém ústavu. Žije na ulici. Trpí infekční hepatitidou C a od dětství měla několik úrazů kolene.

PRVNÍ DÍTĚ (NAR. 2012) – TERÉNNÍ PROGRAMY SANANIM

V době prvního těhotenství klientka spolupracovala s externím terénním programem SANANIM (XTP), kde byla nízkoprahově zaměstnána jako peer worker od roku 2011. Ve skupině mezi dalšími uživateli drog působila jako „drsná holka, která o drogovém světě ví velmi mnoho“. Stylizovala se spíše do role muže, a s muži tak i lépe vycházela.

Se ženami měla často konfliktní vztahy, které se změnily až v době těhotenství.

Své těhotenství dlouho skrývala a bylo zjištěno začátkem 6. měsíce. Tímto byla spolupráce v XTP ukončena. Užívání drog v těhotenství je kontraindikací setrvání v programu. Během této doby byla klientka zařazena do stabilizačního programu a pracovníci vycházeli z incentivní terapie. Klientka byla finančně odměňována za úspěchy.

Úspěchy do porodu: evidence na úřadu práce, úplná abstinence od opiátů, gynekologické vyšetření, bydlení na ubytovně, výrazná změna vzhledu a hygienických návyků, změna postoje k programu – je více komunikativní a otevřená.

Úspěchy po porodu: do porodnice dorazila sama, dojížděla za dcerou do kojeneckého ústavu. Po porodu začala spolupracovat s nevlastní matkou i přes svou nenávisť k ní. Většinou se jí ozvala, když potřebovala finance a potraviny. Matka poté projevila zájem o pěstounskou péči klientčiny dcery. Klientka si moc přála být matkou a o dceru pečovat, což pro ni bylo náročné. Později opět začala pravidelně užívat drogy a o dceru přišla. Aktuálně je bez kontaktu s dcerou. Do programu XTP se nevrátila.

DRUHÉ DÍTĚ (NAR. 2015) – KONTAKTNÍ CENTRUM SANANIM

Klientka spolupracuje s Kontaktním centrem od roku 2006. Dlouhá léta využívala pouze základní služby zařízení, především výměnný program a zdravotní ošetření. Často si od pracovníků udržovala odstup, přistupovala k nim odmítavě, nepřístupně, konfrontačně a vstupovala do konfliktů.

4-9/2015

Klientka se během ošetření zmiňuje, že se jí zvětšuje břicho a cítí pohyby. Těhotenský test vychází pozitivně, je ve 4. měsíci těhotenství.

Nabídka služeb pro těhotné klientky: hygienický servis, potravinová a vitaminová podpora. Společně sledujeme vývoj plodu dle týdnů těhotenství, klientka získává informace a citovou vazbu k dítěti. Snaha udržet s klientkou pravidelný kontakt.

Ve spolupráci s Kontaktním centrem Stage 5 proběhla asistence na gynekologii a evidence na úřadu práce.

Klientka dostala předvolání k výslechu na odbor občansko-správní agendy ohledně přešupků za žebření a znečišťování veřejného prostranství. Vydáno potvrzení o spolupráci s naším zařízením, na jehož základě nedostala zákaz Prahy. Společně jsme vyplnili žádost o hmotnou nouzi, kterou se ale nepodařilo odevzdat.

Během této doby nastupuje partner klientky do výkonu trestu odnětí svobody. Klientka není ochotná vzdát se drogového světa a užívá hodně pervitinu. Vypadává z kontaktu. Přípravuje se do porodnice. Ponechává si věci v Kontaktním centru. Chtěla by azylové bydlení, žije na ulici.

10-12/2015

Klientka porodila dceru. Navázán kontakt s Denním stacionářem. Po porodu nastoupila na detox, z detoxu předčasně odchází, daří se jí abstinovat. Potravinová podpora pro klientku do konce šestinedělí, dochází na zdravotní ošetření.

Klientka od porodu mění postoj k pracovníkům, odchází z obrany, touží po přijetí, spolupodílí se na chodu Kontaktního centra. Tráví zde Vánoce, připravuje vánoční občerstvení pro další klienty, je s ní zábava.

Klientka dostává podporu v kontaktu s Denním stacionářem, aby mohla navštěvovat dceru v dětském centru. Podává žádost o porodné a hmotnou nouzi. Dochází na návštěvy dcery. Klientka si způsobila úraz kolene, chůze o francouzských holích s ortézou. Projevuje zájem o rehabilitaci, ale má velký strach. Proběhlo společné setkání s klientkou, Denním stacionářem a Kontaktním centrem. Hledání azylového bydlení. Hlavní bariérou je pro klientku nedostupný bezbariérový přístup.

Asistence k hepatologickému vyšetření a do dětského centra na návštěvu dcery.

Proběhla případová konference v Denním stacionáři. Dcera jde do pěstounské péče.

1-4/2016

Podána nová žádost o hmotnou nouzi s asistencí. Děláme společný plán hospodaření s financemi.

Práce se strachem z rehabilitace. V rámci Kontaktního centra zkusíme malé cviky se zraněnou končetinou. Asistence na společné setkání s dcerou a pěstouny.

Asistence k praktickému lékaři a zahájení rehabilitace. Pracujeme společně na motivaci k nástupu do léčby.

SPECIFIKA

- Průběžná a efektivní spolupráce nízkoprahových a terapeutických služeb
- Spolupráce s OSPOD
- Příprava klientky na asistované kontakty s dcerou
- Psychoterapeutické přesahy
- Abstinence v ne-bezpečném prostředí
- Spolupráce s řadou osob a organizací (OSPOD, pěstouni dítěte, doprovázející organizace pěstounů, adiktologické služby, zdravotnické služby, sociální služby)

ZÁVĚR

Jako důležité vnímáme u klientky vývoj vztahu i přes počáteční konflikty, její snahu a touhu po přijetí jí samotné, a také ochranu vlastního dítěte. Klientka přes svá raná zranění nepřeje dceři stejný osud, jako měla ona. Klientka touží být matkou, avšak pro péči jí chybí vhodné podmínky, často mívá nereálné představy. K dítěti má velkou citovou vazbu. Mnohokrát přeshlapuje na místě, je pasivní v aktivitách. Čas je v práci s klientkou velmi významný, dělá malé kroky po dlouhém období. Tendence týmu je vnímat klientku pouze jako matku a opomíjet fakt, že užívá návykové látky. Podstatné je však vnímat klientku jako ženu, která má své touhy, přání a potřeby. Potřebuje dostávat, aby mohla dávat.

Nelze opomíjet či přecházet fakt složité sociální a finanční situace klientky, její velice malé zkušenosti v oblasti rodičovských dovedností a obavy ze zvládnutí léčebného programu. Odpověď na otázku „Kam dál?“ nás všechny bude zaměstnávat ještě hodně dlouho.

Mgr. Nikol Spůrová

Zdravotní sestra, adiktoložka, působí v Kontaktním centru a Terénních programech SANANIM
e-mail: spurova@sananim.cz

PhDr. Ilona Preslová

Vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM
e-mail: preslova@sananim.cz

Přínos pobytu v terapeutické komunitě pro matku a dítě

Jana Putnová, Petr Vácha

MÁ LÉČBA V TK SMYSL, I KDYŽ JI KLIENTKY NEDOKONČÍ A ÚPLNĚ SE JIM NEDAŘÍ?

Jako v každém léčebném programu pro závislé i u léčby matek v TK dochází k předčasným odchodům, vyloučením apod. Ve svém příspěvku se chceme zaměřit na to, zda je pobyt v TK přínosem pro matku nebo pro dítě i přesto, že se léčba nezdařila až do konce. Příspěvek nejprve mapuje, do jakého prostředí a za jaké situace matky do TK s dítětem přicházejí, co jsou výhody společné léčby v TK, co mohou kratším pobytem získat a v jaké podobě k předčasným odchodům obvykle dochází. Příspěvek mluví o matkách a klientkách, ale v komunitě může nastoupit léčbu také otec s dítětem.

LÉČBA ZÁVISLÝCH MATEK V TK KARLOV

Terapeutická komunita Karlov je zařízení určené závislým matkám s dětmi a těhotným ženám, také otcům. Od roku 2001 je zde otevřen dům plně vybavený pro pobyt matek a otců s dětmi. V České republice se stále jedná o ojedinělou možnost, jak se matka či otec může zároveň léčit z drogové závislosti a zároveň se plnohodnotně starat o své dítě. Karlov nabízí místo 9 matkám a otcům a jejich dětem. Každá z maminek či tatínků může mít u sebe maximálně 2 děti. Komunita nabízí pobyt těhotným matkám, drogově závislým matkám, otcům s dětmi (závislá je matka/otec, ne dítě). Věk matky či otce ani věk dítěte nehrají roli. Do komunity jsou přijímané i matky, kterým bylo dítě na základě předběžného nebo soudního rozhodnutí odebráno, v tom případě spolupracujeme s pracovníky OSPOD na tom, aby mohly matky mít dítě v TK u sebe.

Klientka, která do komunity přichází, je matka a je závislá na drogách, ale řeší obvykle ještě další potíže:

- nedostatečné podmínky pro péči a výchovu dítěte,
- riziko odebrání dítěte,
- partner často též problémový uživatel drog,
- týrání ze strany partnera,

- narušené vztahy s primární rodinou,
- zdravotní potíže,
- sociálně – právní problémy (dluhy, riziko nástupu trestu odnětí svobody apod.).

Některé problémy si při vstupu do komunity ještě nemusí uvědomovat a některé se ukáží až při pobytu v TK (například vývojové opoždění dítěte, kvůli jeho nedostatečné stimulaci).

MOTIVACE K LÉČBĚ

Dítě bývá klientkou (ale někdy i okolím) chápáno jako šance pro abstinenci, jeví se jako hlavní a jednoznačná motivace ke změně. Přestože obzvláště okolí závislých klientek vnímá dítě jako velmi silný důvod k abstinenci a často na klientku z toho důvodu tlačí, pro ni samotnou může být prvotní cíl při nástupu do komunity úplně jiný, než je přímo úplná abstinence od drog:

- Zajištění prostředí vhodného pro péči o dítě – klientka si může být dobře vědoma toho, že prostředí, ve kterém se pohybuje, je nevyhovující a v současné situaci ho nedokáže jinak změnit.
- Zajištění bydlení, stravy pro sebe i dítě – neschopnost zajistit pravidelnou péči o dítě v podobě stravy a ubytování může vést v právním systému ČR k odebrání dětí.
- Vyřešení některých sociálně právních potíží – jedná se často o situace, kdy se dluhy z půjček, přestupků, případně trestné činnosti zvyšují, a klientka se bojí, že nebude schopna tento tlak zvládat a mohla by proto o dítě přijít.
- Získání pomoci a podpory pro naučení nebo zlepšení péče o dítě – klientky, které o dítě v nějaké podobě přišly (bylo jim odebráno) a vlastně o ně nestihly pečovat, mají postupně větší a větší strach, jak péči zvládnou. Některé jsou z natolik problematického prostředí, že nemají rodinné mateřské vzory, které by jim mohly pomoci.

Ale také:

- Odpočinek od vyčerpávajícího životního stylu.
- Úleva od tlaku na změnu ze strany rodiny, soc. pracovníce apod. – sama klientka sice o změnu životního stylu prozatím nestojí, ale tlak, který na ni okolí vyvíjí, je již nesnesitelný.
- Zaplnit období, kdy partner nastoupil do výkonu trestu, klientka osaměla.
- Nutnost hledat jinou léčbu po selhání v ambulantním programu.

Vnímání dítěte jako absolutní motivace pro změnu závislé matky je problematické. Musíme si totiž poté položit otázku, zda je úkolem dítěte být pro matku motivací ke změně. Zda a jak to do budoucna ovlivní jeho život, nebo zda je motivací ke změně i nemocné dítě nebo dítě vnímané jako zlobivé. Přestože se okolí domnívá, že dítě by mělo být motivací pro změnu života a abstinenci, může být stejně tak i překážkou a komplikací, která brání matce v dosa-
vadním stylu života, který ona měnit nechce.

Dítě nicméně může mít v léčbě matky i další role. Někdy matka odchodem s dítětem testuje vztah s partnerem – léčba je bezpečné místo, kam se dá odejít z problematického vztahu. Přítomnost dítěte v léčbě ale matce připomíná, co vše dítě v době závislosti zažilo,

a matka mívá v souvislosti s dítětem i mnoho nepříjemných výčitek, zvláště když se ukazuje, že má dítě nějaké potíže (v chování, opožděném rozvoji apod.). Dítě také matce často připomíná partnera (přestože ta se na něj snaží zapomenout) – ať už svou podobou s otcem, nebo dotazy na „tatínka“.

PŘÍNOSY A NEGATIVA POBYTU MATKY S DÍTĚTEM V LÉČBĚ

Pobyt matky s dítětem v komunitě má dva hlavní cíle, a to **podporu mateřství** (umožnit matce strávit co nejvíce času s dítětem) a **léčbu drogové závislosti** (umožnit matce získat maximum z léčebného potenciálu komunity). Realizovat oba cíle zároveň bývá někdy náročné a má to svá pozitiva i negativa.

PŘÍNOSY PRO DÍTĚ

- Šance dítěte zůstat s matkou.
- Dítěti je věnována větší pozornost jak ze strany matky, tak ze strany odborného týmu, lepší péče matky a okolí.
- Dítě má lepší prostředí pro vývoj.

NEVÝHODY PRO DÍTĚ

- Matka od dítěte každý den pravidelně na několik hodin odchází na skupiny a pracovní terapii.
- S ohledem na průběh léčby je omezen kontakt dítěte s ostatními rodinnými příslušníky, prarodiče mohou vidat dítě na předem domluvených pravidelných návštěvách, které obvykle nebývají tak četné, jak byli všichni mimo komunitu zvyklí.
- Starší dítě se může dostat během pobytu v TK do kontaktu s informacemi a tématy, která mu nepřísluší, klienti TK se teprve učí, o jakém tématu je vhodné před dítětem mluvit (riziko roste s věkem dítěte).

PŘÍNOSY PRO MATKU

- Možnost budovat s dítětem vztah – výhodou je nejen to, že s dítětem vůbec je, ale někdy i to, že má konečně prostor se sama realizovat jako matka, bez zásahů rodiny.
- Zpevnování vztahu s dítětem.

NEVÝHODY PRO MATKU

- Matka toho musí zvládnout mnohem více než bezdětný klient – kromě povinností léčebných ještě péči o dítě – z toho důvodu je ale program pro matky upraven.
- Pokud vznikne volný čas mezi programy, „měla“ by ho klientka věnovat dítěti.
- Pokud se vrátí ze skupin v nepohodě, musí řešit, zda tuto nepohodu zvládne a nenechá ji dopadnout na dítě.

ODCHODY Z TK

Jako v každé komunitě i v naší se setkáváme v léčbě matek s mnoha druhy odchodů, které můžeme rozdělit následovně:

- řádné ukončení léčby,
- dřívější (individuální), ale úspěšné ukončení,
- předčasné ukončení – neúspěšná léčba,
- rychlé vypnutí z léčby krátce po nástupu,
- specifický odchod po narození dítěte v TK – klientka absolvovala léčbu v době těhotenství a pokračování léčby po porodu se nedaří, zřejmě s ohledem na silnou potřebu matky věnovat se po porodu výhradně dítěti. Tato léčba bývá sice ukončena dříve, ale obvykle úspěšně.

Statistika odchodů z TK Karlov (2012–2015)

rok	počet klientek	ukončovaly v 0. fázi	průměrná délka pobytu	ukončovaly v 1. fázi	průměrná délka pobytu	ukončovaly v 2. fázi	průměrná délka pobytu	ukončovaly ve 3. fázi	průměrná délka pobytu
2015	18	2	18	8	60	6	200	1	302
2014	19	5	5	7	98	4	266	3	287
2013	18	3	16	9	124	4	211	3	263
2012	14	0	—	5	121	2	213	7	241

KLIENTCE SE PO TK NEDAŘÍ – CO SE DĚJE?

- Klientka relapsuje – jde o relaps, se kterým se setkáváme i po řádné léčbě. Praxe ukazuje, že relaps po ukončené léčbě bývá pro některé klienty bohužel nezbytnou součástí vyléčení.
- Klientka neprospívá, protože si potřebuje ověřit, zda návrat k problematickému partnerovi nebo do problematického prostředí opravdu povede k tomu, že se vrátí zpět k drogové závislosti. Klientky si potřebují ověřit destruktivitu partnerského vztahu, chování apod.
- Do života klientky se opět dostává původní partner nebo otec dítěte. Důvodem návratu problematického partnera může být také tlak rodiny, někdy i soc. pracovníků, aby se rodina spojila. Okolí klientky si neuvědomuje, že partner je sice otec dítěte, ale že je také svým chováním rizikový.

- Klientka je v některé fázi motivace ke změně. Okolí klientky, které vyvíjí na změnu tlak, zjišťuje, jak ostré a srozumitelné hranice musí nastavit.
- Klientka prožívá ambivalenci provázející proces změny (léčit se pro dítě X žít dosavadní život s otcem dítěte; osamostatnit se X zůstat dále s pečující matkou=babičkou).
- Klientka si dala pouze možnost chvíli ze svého obtížného stereotypu vydechnout, zatím změnu nechce.
- Klientka ve stávající situaci není schopna péči o dítě zvládnout zároveň s léčbou.

ZISKY Z KRATŠÍHO POBYTU V TK

I v případě, že klientka léčbu nedokončí a úplně se jí nedaří, považujeme pobyt klientky s dítětem pro oba za přínosný.

PŘÍNOSY PRO DÍTĚ

- Bylo v bezpečném prostředí a z komunity odchází do prostředí, které je pro něj bezpečné – velmi se zabýváme tím, kam matka s dítětem odchází, a v maximální míře pomáháme zajistit matce vhodné podmínky.
- Mělo zajištěny všechny základní potřeby a péči.
- Mohlo zažít matku „čistou“, bez drogových výkyvů nálad a afektů.
- Dostávalo přiměřené výchovné hranice ke svému chování.
- Mělo šanci dohnat nebo zmírnit vývojové nedostatky.

PŘÍNOSY PRO MATKU

- Matka měla možnost skutečně sama pečovat o své dítě; možnost vyjasnit si, jakou roli směrem k dítěti zastává – některé matky sice měly dítě v péči, ale reálně o dítě pečovala např. babička, a ony byly spíše v roli sourozence než rodiče.
- Možnost odpočinout si od složitého závislého partnerského vztahu, získat k němu odstup a jiný pohled.
- Zažila jiné výchovné vzorce a postupy – některé klientky pochází z velmi problematického rodinného prostředí, kde chyběly pozitivní mateřské vzory, od kterých by se mohly péči o dítě učit.
- Možnost získat reálnější pohled na to, co péče o dítě obnáší, jak ji lze zvládat – při užívání drog je často péče o dítě redukována na zajištění nejzákladnější potřeby a klientky mají pocit, že to stačí (strava, místo na spaní, oblečení). Až v TK se učí si s dětmi hrát, povídat, věnovat se jim.
- Možnost v bezpečném prostředí a v klidu vyjednat další postup v péči o dítě s pracovníci OSPOD.

Výsledkem krátkodobého pobytu v TK však nejsou bohužel jen zisky. Pokud se léčba nedaří a pobyt je krátkodobý, matka riskuje, že neúspěšnými pokusy vyčerpá možnost léčit se s dítětem. U něj hrozí, že si „díky“ krátkodobému pobytu v TK zvykne na pečující osobu, která se ale po krátké době opět vymění (matka dítě po neúspěšném pokusu předá jiné pečující osobě). Komunita se tak pro dítě stává jen dalším zařízením, kterým dítě kvůli závislému rodiči prošlo.

U klientky, která vypadla z léčby ještě v nulté fázi, lze očekávat hlavně nevýhody – jak pro ni, tak pro dítě. Nicméně to se naštěstí týká jen malého počtu klientek (viz statistika odchodů z TK). Klientky, které vypadly z komunity v první fázi, už zažívají popsaná pozitivita. U matek, které odchází ve druhé fázi, jde často o léčbu úspěšnou – i když ji z nejrůznějších důvodů neukončily s rituálem.

Zjištění, že klientka nezvládne současně léčbu i péči o dítě, může být důležitým impulzem pro rozhodnutí řešit věci postupně a jinak:

- Klientka nezvládá abstinenci, nastupuje např. do substitučního programu, ale už je posílena z TK v péči o dítě.
- Klientka předává dítě do péče jiné osoby, zaměřuje se na abstinenci, k péči o dítě se vrací později nebo postupně.

CO S KLIENTKOU, KTERÉ SE V TK NEDAŘÍ

Pro klientku je výhodné, pokud dokáže spolu s týmem včas řešit, že jí pobyt v TK nevyhovuje, a dokáže najít jiný typ léčby anebo péče. Zvyšuje se tak šance, že bude v budoucnu prospívat, i když se jí pobyt v TK nezdařil. Je třeba zvážit, zda nepotřebuje jiný typ péče a léčby, zda by jiná léčba byla vhodnější také s dítětem, nebo zda by bylo lepší zvolit léčbu bez dítěte.

Mezi nejčastější varianty alternativního postupu patří:

- stabilizační pobyt v PL,
- kombinace léčby v Denním stacionáři SANANIM s pobytem v Dětském centru v Krči,
- přechod do azylového pobytu v TK a následně do doléčování nebo jiné péče,
- jiná léčba bez dítěte,
- návrat do původního prostředí, vyjednání bezpečných podmínek pro dítě, spolupráce s organizace zaměřující se na sanaci rodiny.

Klientky, které po odchodu z TK selhávají, mají možnost návratu:

- možnost znovu požádat o léčbu po 2 měsících po odchodu,
- možnost stabilizačního, opakovacího pobytu v TK.

ZÁVĚR

Přestože pobyt v TK spolu s dítětem je pro matky poměrně náročný, považujeme ho za přínosný. Klientky často s komunitou udržují vztahy i po neúspěchu a odchodu z léčby (hlavně pomocí Facebooku) a referují o svých úspěších a neúspěších. Samy nám sdělují informace o tom, co pro ně bylo v pobytu podstatné, co se naučily, čeho se drží i v současném životě.

Mgr. Jana Putnová

Terapeutická komunita Karlov SANANIM

e-mail: putnova@sananim.cz

PhDr. Petr Vácha

Vedoucí Terapeutické komunity Karlov SANANIM

e-mail: vacha@sananim.cz

Prevence relapsu

Adéla Paulík Lichková, David Adameček

PŘIPRAVUJEME, NEBO NEPŘIPRAVUJEME ZÁVISLÉ V LÉČBĚ NA REÁLNÝ ŽIVOT? JAK JE PŘIPRAVUJEME NA JEJICH BUDOUCÍ SETKÁNÍ S DROGAMI ČI ALKOHOLEM?

Předcházení návratu užívání návykových látek nebo jiným projevům závislostního chování považujeme za podstatnou součást práce v našich službách, které se z větší části zabývají léčbou a doléčováním. Po celou dobu existence našich zařízení uvažujeme o prevenci relapsu jako o něčem, co významně snižuje škody v oblasti duševního i fyzického zdraví a v oblasti sociální. Pochopitelně nás tedy potěšilo, že podobně uvažovali i tvůrci programu této konference, věnované problematice harm reduction. Děkujeme za pozvání a za možnost přispět do sborníku příspěvků.

Prevence relapsu je kognitivně behaviorální přístup, který se zaměřuje na zvyšování kontroly kombinováním nácviku dovedností zvládnání, kognitivní restrukturalizace a intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu (Kuda, 2008). Důraz je zde kladen zejména na self-management a na techniky a strategie zaměřené na podporu udržování „změny návyků“. Prevenci relapsu je možné použít pro pomoc klientům s jakýmkoliv závislým chováním. Tento přístup je v první řadě založen na teoretickém modelu procesu relapsu, který navrhli Marlatt a Gordonová (1985).

Prevence relapsu byla vyvinuta především jako program pro udržení navozených změn po ukončení základní léčby, tedy využívá se zejména v následné péči, ovšem lze ji úspěšně integrovat i do prostředí léčebného, což s sebou nese řadu příležitostí, ale i limity (viz dále).

V rámci Terapeutické komunity Advaita v Nové Vsi u Liberce provádíme prevenci relapsu formou tematických skupin, které jsou v programu zařazeny dvakrát měsíčně. Jejich obsahem je zejména vysvětlení toho, jak relapsový proces probíhá – od nevyváženého životního stylu, přes chuť si ulevit, zdánlivě nesouvisející rozhodnutí, vysoce rizikové situace až po vlastní užití, resp. neužití a jejich následky, včetně podrobnějšího vysvětlení všech jeho součástí. Věnujeme se tématům, které s relapsem a s (ne)vyváženým životním stylem souvisejí, např. zdravé vztahy, jak si užívat bez drog, vztah k alkoholu aj., vždy ideálně s provázáním k ostatním terapeutickým aktivitám v komunitě i k probíranému relapsovému procesu. Mapujeme konkrétní relapsy jednotlivých klientů (co k nim vedlo, kdy a čím zřejmě relapsový

proces začal, co bylo možné udělat jinak apod.), pracujeme i se smyšlenými příběhy, které vytváří sami klienti. Součástí skupin jsou diskuze, práce ve skupinách, sdílení, nácviky, prožitkové techniky aj. Při přípravě obsahu jednotlivých skupin pracujeme s materiály Prevence relapsu pro závislá chování – manuál terapeuta (Wanigaratne, 2008, Centrum adiktologie) a Prevence relapsu – tematické skupiny (bílá skripta), Klinická adiktologie (Kalina, 2008, Grada).

Za klíčové (nejen) v rámci prevence relapsu (neboť to souvisí i se zbytkem terapeutického programu komunity) považujeme průběžné **provazování tématu** s ostatními aktivitami komunity. Prevence relapsu není samostatná kapitola, ale může být optikou, kterou nahlédneme na cestu ke strážlivému životu, pomyslnou červenou nití, která může klientům pomoci vidět souvislosti mezi aktivitami programu a cílem jejich cesty, např. že i psaní deníku (k němuž mají někteří klienti nepřilíš pozitivní vztah) může být dobrou příležitostí k tomu, aby se naučili se zastavit a uvědomit si, jak se cítí, co se jim nebo s nimi děje, neboť neudělají-li to, mohlo by je to za pár dní zaskočit.

Dalším důležitým prvkem prevence relapsu v našem podání je, jakkoliv se to možná bude zdát příliš triviální, **opakování**. Podrobnější vysvětlování toho, jak probíhá relapsový proces, opakujeme vždy, když se výrazně obmění skupina, minimálně však 2–3× ročně. Stručné připomenutí zařazujeme na začátek téměř každé skupiny prevence relapsu, popř. na závěr probírané téma zasadíme do kontextu prevence relapsu. Vede nás k tomu zkušenost s tím, že klienti v různých fázích léčby vnímají z probíraného tématu různé fragmenty.

Každá skupina prevence relapsu končí krátkým kolečkem zpětných vazeb, z nichž vychází mj. to, že na začátku léčby vnímají klienti zejména informace jako „relaps není náhoda, ale mám v něm svou aktivní úlohu“, „mít chuť je normální“, „nějak ty všechny věci kolem spolu souvisí“. Téma prevence relapsu se jim tedy otevírá jako další možná cesta ke strážlivému životu, nicméně mají před sebou jiná, v tu chvíli přednější témata, jimiž se potřebují, resp. chtějí zabývat.

Zhruba v polovině léčby klient nejčastěji slyší „můžu udělat chybu, důležité je se z ní poučit a naučit se jí předcházet“, což radě klientů přináší téma, zda vůbec mohou chybovat, zejména v souvislosti s očekáváním rodinných příslušníků (téma mohou hlouběji zpracovávat v terapii). Dále pak „je důležité vnímat to, jak se cítím a co se se mnou děje“, „při minulém relapsu jsem podcenil...“ Klienti v této části léčby vnímají prevenci relapsu jako něco, co se jich týká, s čím mohou pracovat, nahlížíjí optikou prevence relapsu na relapsy své i ostatních klientů.

S blížícím se závěrem léčby se klienti častěji orientují na život po léčbě, jejich vnímání témat prevence relapsu se mění na „je potřeba se věnovat libým aktivitám, pracovat na vztazích a hledat rovnováhu“, „když mám chuť, něco se děje“, „potřebuji být v kontaktu se sebou“. Většinou již téma prevence relapsu zřetelně považují za aktuální pro život venku, orientují se více na konkrétní kroky a dovednosti, které se jim budou po léčbě hodit.

PŘÍKLAD 1

Muž, 25 let, ve 2. fázi, u tématu možnosti udělat chybu reaguje poznámkou „Řekni to můj mámě...“

Žena, 28 let, ve 3. fázi, téma prevence relapsu slyšela už mnohokrát, jako zpětnou vazbu na jedné ze svých posledních skupin uvádí: „Uvědomila jsem si, jak důležité je, abych měla nějaké aktivity, které mě budou bavit a dělat mi radost...“

Muž, 32 let, ve 2. fázi, při mapování svého relapsu si uvědomuje, že „být v pátek večer v parku, kde se prodávají drogy, mít u sebe dost peněz a to celé v situaci, kdy jej před pár dny odmítla dívka, on nemá práci ani žádné aktivity, které by jej bavily“ prostě není náhoda.

Muž, 31 let, ve 2. fázi, při mapování svého relapsu si uvědomuje, že rodina mu zřejmě chtěla pomoci, ale on to z nějakého důvodu nevnímal, a zároveň, že usilovat o vztah s dívkou, která užívá drogy a pro niž má být zřejmě zdrojem drog, není pro střízlivý život bezpečné.

Vnímáme-li relaps v širším slova smyslu jako odstoupení od pravidel a cílů, které jsme si z nějakého důvodu sami vytyčili (ať už jde o abstinenci od drog, cigaret, sladkostí či o předsevzetí, že budeme pravidelně cvičit aj.), lze pro účely prevence relapsu použít velmi mnoho situací, které se klientům běžně dějí.

PŘÍKLAD 2

Muž, 32 let, v komunitě se rozhodl, že přestane kouřit, po pár týdnech se ke kouření vrátil. Cítil se vyčleněný z kolektivu, nedokázal o tom mluvit, tak se raději vrátil do „kuřáckého hloučku“. Podobné motivy ho vedly dříve i k drogám.

Jak již bylo výše uvedeno, aplikace prevence relapsu v prostředí terapeutické komunity s sebou nese řadu příležitostí, ale i limity. Příležitosti jsou nepochybně chráněné prostředím a čas, který má klient k dispozici. V průběhu několika měsíců se může podrobněji věnovat tématům, která souvisejí s možným relapsem, mj. pracovat s chutěmi, resp. naučit se je využívat ve svůj prospěch jako indikátor spokojenosti s vlastní životní situací, pracovat s tématem, zda vůbec může udělat chybu (tj. jaká očekávání má od sebe, resp. jaká očekávání od něj mají do budoucna jeho blízcí a co s ním tato očekávání dělají) apod.

Chráněné prostředí komunity je však zároveň do jisté míry i jejím limitem. Témata kontrovaného užívání alkoholu či drog, popř. vlastní témata bezpečného braní a principů harm reduction, nepadají v průběhu léčby dle našich zkušeností úplně na úrodnou půdu. Nikoliv proto, že bychom se je snažili jakkoliv tabuizovat, naopak, např. o alkoholu po léčbě hovoříme otevřeně, s jasným doporučením úplné abstinence, nicméně s tím, že je na každém, jak se rozhodne. Upozorňujeme, že je dobré přemýšlet, jakou roli by měl alkohol v jejich životě hrát (a do jaké míry se ta role podobá té, kterou měly v minulosti drogy), jaká pravidla si stanoví a jak je budou hodnotit. Jde spíše o teoretickou část tématu, protože vlastní zkušenost s případným užíváním a jeho pravidly může klient získat až v průběhu doléčování.

Témata související s bezpečným užíváním a principy harm reduction se v komunitě objevují zejména na začátku, v rámci psychosociálního vyšetření, kdy klient hovoří o tom, zda se choval nějak rizikově. Naprostá většina klientů je v této oblasti adekvátně informována. Na konci léčby, např. při předčasném odchodu, kdy je riziko relapsu vysoké, pak s klienty

hovoříme mj. o jejich snížené toleranci a o dalších rizicích. V průběhu léčby se těmto tématům věnujeme občas, v rámci vzdělávání o infekčních chorobách, první pomoci, někdy krátkou zmínkou ve skupinách prevence relapsu.

TŘI PŘÁNÍ

Na otázku, jak připravujeme klienty na případné další setkání s drogami a alkoholem, snad odpověděl náš dosavadní příspěvek. Vraťme se proto ke druhé úvodní otázce v podtitulu našeho příspěvku, tedy zda připravujeme, nebo nepřipravujeme závislé v léčbě na reálný život. Jsme přesvědčeni, že ano. Naším přáním je, aby klient odcházel z komunity vybaven třemi balíky dovedností:

1. **Vnímám sebe a umím na to reagovat.** Klient vnímá, jak se cítí a co se s ním děje, a umí na to náležitě reagovat. Např. cítí-li se klient skleslý a má chuť, aby se uměl zastavit a ohlédnout za událostmi posledních dní a identifikovat možné spouštěče tohoto stavu, což mu může pomoci adekvátně reagovat.
2. **Vím, co jsou má témata.** Klient má představu o tom, co jsou „jeho témata“, má na nich něco odpracováno, popř. tuší, jakým směrem má pro něj smysl v nich dál pokračovat. Často se u klientů setkáváme s touhou „mít hotovo“, v opačném případě se opět konfrontují s tématy nedokonalosti, selhání, pocitů viny, podobně jako v případě, že „udělali chybu“.
3. **Život mě baví.** Klient má připravenou a zažitou dostatečnou zásobu aktivit, které mu dělají radost a dávají mu smysl v dalším životě, protože začínat s nimi až po odchodu z léčby, kdy je potřeba řešit mnoho jiných věcí, je bohužel pozdě.

Naši klienti z léčby neodcházejí jako „hotové bytosti“ a nelze je připravit na všechno, ač bychom si to mnohdy přáli. Přesto se je snažíme vybavit takovými dovednostmi, zkušenostmi, zážitky a znalostmi, aby si venku uměli poradit. A aby případný relaps, ale i chuť, které se zřejmě dostaví, jakmile budou konfrontováni s nároky každodenního života a tedy vystavování vysoce rizikovým situacím, nevnímali jako selhání, ale jako zpětnou vazbu o tom, že někde něco přehlédli, něčemu nebo zrovna sami sobě ve svém životě nevěnovali dostatečnou pozornost.

PŘÍKLAD 3

Muž, 31 let, úspěšně dokončil léčbu, v rámci doléčování zrelapsoval, zřejmě (domněnky) v souvislosti s tím, že příliš pracoval a byl odmítnut dívkou. Téma problematických a vzájemně velmi podobných vztahů se ženami jej provázelo v průběhu léčby, věnoval se mu, nicméně si nechával své tajné komnaty, kam nikoho nepouštěl. Zajímavý je v tomto případě dopad na skupinu, která nereagovala s pohrdáním a despektem, jak se to někdy dříve stávalo („no jo, on to podělal, už v tom zase jede“), ale spíš s pochopením a vědomím toho, že tohle se opravdu může stát.

Prostředí terapeutické komunity do jisté míry limituje aplikaci harm reduction ve smyslu vedení klientů k bezpečnému užívání drog. Nabízí však příležitost učit je bezpečně chybovat,

což považujeme v rámci prevence relapsu za klíčové na cestě ke snižování škod případných budoucích lapsů.

Literatura

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Bc. Adéla Paulík Lichková, DiS.

Terapeutka a adiktoložka, působí v Terapeutické komunitě ADVAITA.

e-mail: lichkova@advaitaliberec.cz

MUDr. David Adameček

Odborný ředitel ADVAITA, z. ú.

e-mail: adamecek@advaitaliberec.cz

Bod obratu: Teorie attachmentu v práci s uživateli drog

David Pešek, Tomáš Vejrych

ÚVOD

Jaká byla motivace k pohledu na léčbu závislosti v kombinaci s citovou vazbou a její hierarchií? Krátce se zastavíme u našich východisek. Dlouhodobě pracujeme v drogových službách SANANIM s aktivními drogovými uživateli, kteří jsou typicky v rozvinuté fázi závislosti a trpí dalšími přidruženými problémy ve fyzické, psychické, sociální a spirituální oblasti. Jednou z charakteristik syndromu závislosti je, že se návykové látky stávají dominující, neměnnou a „zažranou“ figurou, a vše ostatní (včetně citových vazeb) ustupuje do pozadí. Téma nesaturovaných vývojových potřeb z primárních vztahů u podstatné části klientely intuitivně tušíme dlouhou dobu. Zejména při práci s náročnými klienty, kteří vykazují negativní prognózu a většinou z kontaktu s tradiční léčebnou sítí plně neprofitují, se zpřítomňují osobní témata jako ztráta, nedostupnost vazbové osoby, odmítání intimity, hluboké, intenzivní a často nediferencované pocity smutku „beze dna“, pocity samoty, spalujícího vzteku, nekontrolované agrese, zrady, ponížení... Motivem tohoto příspěvku je také snaha tuto intuici uchopit, odborně ji popsat, získat náhled a ověřit svoji dosavadní zkušenost z praxe.

U stále větší části klientů, kteří vykazují špatnou prognózu, je nutná dlouhodobá práce s různými etapami. Jedná se o skupinu, která není schopna využívat nabídky sice komplexního, ale členitého léčebného kontinua, anebo z ní dlouhodobě neprofituje. Teoretická východiska attachmentu se jeví jako inspirující pro léčbu závislosti zejména u této skupiny uživatelů návykových látek. Myšlenky attachmentu by měly být brány v potaz jak v plánování intervencí v rámci jednotlivých zařízení, tak v úvahách při tvorbě komplexního systému péče.

DOBŘÉ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Důraz na dobré životní podmínky klienta je optika, kterou zastaralé protidrogové politiky z poloviny minulého století často nereflakují. Důraz na attachmentovou poruchu u uživatelů drog by pak mohla být jedním z přílehlavých východisek při reformě drogové politiky a reformě psychiatrické péče, která podporuje intervence pracovníků a fungování klienta v přirozeném prostředí (tj. terénní a ambulantní forma).

Domníváme se, že skrze bezpečné a dostatečně intenzivní provázení (frekvence a délka kontaktů, dlouhodobost kontraktu) a reparaci vazby se mohou individuální životní podmínky klienta zlepšovat. A to jak v dalších vztazích (např. vrstevnických), tak v praktické rovině –lepší se komunikace s okolím, s úřady atd., čímž klient dosáhne i uspokojivějších životních situací.

Často se setkáváme s klienty, kteří si díky jistotě ve vztahu s pracovníkem uvědomí, že si mohou dovolit žít v lepších životních podmínkách. Mohou se stabilizovat, méně si ubližovat, usadit se, najít si místo na světě, najít si bydlení.

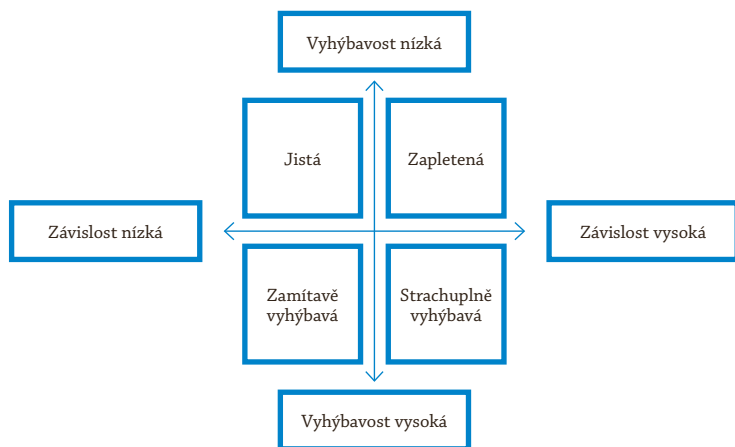
Reparace vazby je intervence, která u poškozených klientů dává smysl společně s dalšími praktickými cíli – viz tabulka. Zlepšují se i závislostní vzorce – klesá naléhavost k užití drogy, sebepoškozovací mechanismy, úzkostnost, potřeba být odpojen od sebe, svých emocí či reality apod. Pokud přemýšlíme v termínech sebededikáční hypotézy a intimní vazbě klient–droga, ve vazbě s pracovníkem klient zažívá to, co mu jinak nabízejí a zprostředkovávají drogy.

ATTACHMENT

Z teorie attachmentu využíváme pro práci především popis hierarchie citové vazby a identifikace typických vzorců této hierarchie a citové vazby u uživatelů návykových látek se syndromem závislosti.

Bowlby citovou vazbu definuje jako „trvalé emoční pouto, charakterizované potřebou vyhledávat a udržovat blízkost s určitou osobou, zejména v podmínkách stresu“ (Bowlby, cit. dle Kulísek, 2000, s. 406). Jako hlavní funkci attachmentového chování uvádí ochranu před predátorem (Bowlby, 2010). Citová vazba tak zajišťuje v blízkosti pečující osoby ochranu a zvyšuje šanci dítěte na přežití.

Dítě si vytváří vnitřní pracovní model vztahů (sebe a druhých), dostupnosti blízkých a možnosti naplňování potřeb a regulace prožívání.



Bartholomew a Horowitz (1991) popisují na základě dimenze závislosti a vyhýbavosti 4 kategorie citové vazby. Jen jedna je jistá, zbylé tři typy jsou nejisté. Definice jsou následující:

1. **Jistá (secure)** – charakteristická pozitivními vnitřními modely sebe sama i druhých, pocívaným komfortem jak s intimitou, tak s autonomií, přisuzováním hodnoty intimním vztahům, schopností zachovat autonomii v blízkém vztahu.
2. **Zapletená (preoccupied)** – charakteristická negativním modelem sebe sama a pozitivním modelem druhých, přemírou zapojení do vztahů, propojeností osobní pohody s přijetím od druhých lidí, nepohodou bez blízkých vztahů a sklonem idealizovat ostatní.
3. **Strachuplně vyhýbavá (fearful avoidant)** – charakteristická negativním modelem sebe sama i druhých, kombinací touhy po druhých a strachu z intimity, vyhýbavostí blízkým vztahům kvůli strachu z odmítnutí, sociální vyhýbavostí, nedůvěrou v ostatní i v sebe.
4. **Odmítavě vyhýbavá (dismissing avoidant)** – charakteristická pozitivním modelem sebe a negativním modelem druhých, vyhýbáním se intimitě, kontra závislostí, bagatelizováním hodnoty blízkých vztahů, zakázáním emocionality, důrazem na nezávislost a samostatnost.

Výzkumy ukazují, že uživatelé návykových látek jsou často charakterističtí nejistou citovou vazbou (De Rick a kol., 2009; Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir a Weizman 2003; Schindler, Thomasius, Petersen a Sack, 2009; Wolt a Halama, 2014). Je pravděpodobné, že nejistá citová vazba, která se rozvíjí během dětství a má tendenci být rezistentní vůči změně, je rizikový faktor pro syndrom závislosti, který se rozvíjí v pozdějším věku (Schindler a kol., 2005).

U uživatelů alkoholu převládá skupina s nejistou citovou vazbou a vysokým skórem u alexithymie (52 % respondentů; De Rick a kol., 2009). Tuto skupinu označují jako respondenty s narušeným attachmentovým systémem. Pouze 13,5 % respondentů vykazovalo dobře ustanovený attachmentový systém s jistou citovou vazbou a nízkým skórem u alexithymie. Na základě těchto výsledků autoři hypotetizují o nedostatku v regulaci emocí a o opoždění ve vývoji. Uživatelům drog může chybět schopnost vytvářet mentální reprezentace sebe a druhých a vykazují nedostatek v interpretaci mezilidských vztahů a regulaci emocí. Jednotlivé skupiny uživatelů alkoholu kategorizované dle (ne)jisté citové vazby a míry schopnosti regulovat emoce nevykazovaly rozdíl v iniciačním věku, ani v délce užívání drog. Výsledky naznačují, že deficit v attachmentovém systému nejsou negativním důsledkem drogové kariéry.

Ze studie, která shrnuje dosavadní stav poznání, lze uvést, že u uživatelů návykových látek je empiricky nejvíce ustanovené spojení mezi syndromem závislosti a strachuplně vyhýbavou (fearful avoidant) citovou vazbou (Schindler a kol., 2009). Slabá empirická podpora existuje pro vztah mezi zapletenou (preoccupied) citovou vazbou a závislostí a nekonzistentní výsledky vykazují odmítavě vyhýbavá (dismissing avoidant) citová vazba.

Uživatelé návykových látek se typicky potýkají se strachem z intimity (Thorberg a Lyvers, 2006; Thorberg a Lyvers, 2010), a tedy s vyhýbavou tendencí. Strachuplně vyhýbavá (fearful) citová vazba může selhávat v deaktivizačních strategiích zvládnání. Tito jedinci zároveň touží po blízkosti attachmentové figury, na druhou stranu jsou neschopni jí důvěřovat a spoléhat se na ni. Tato rozpolcenost může způsobit, že attachmentový systém zůstane aktivní, zatímco chování jedince naznačuje jeho deaktivaci (Shaver a Mikulincer, 2002). Může docházet

k nesouladu mezi vnitřním prožíváním, které potřebuje blízkou osobu, a vnějším chováním, které se jeví jako kontra závislé. Zdá se, že strachuplně vyhýbavá skupina nevyužívá ani strategie nadměrné aktivace a uklidnění skrze blízkou osobu, ani defenzivní strategii vyhnutí se nepříjemným emočním prožitkům. Z pohledu sebemedikační teorie se pro tuto skupinu jeví tišivý a uklidňující stav intoxikace na drogách jako maladaptivně účinný způsob zvládnání emoční nepohody. Vyšší skóre u strachuplné vyhýbavé citové vazby u uživatelů návykových látek je spojeno se závažnější úrovní zneužívání návykových látek (Schindler a kol., 2005). Oproti tomu vyšší skóre u zamítavé vyhýbavé citové vazbě je spojeno s menším zneužíváním drog. Autoři tato zjištění interpretují tak, že čím více je uživatel schopen využívat zamítavé vyhýbavé strategie k zvládnání nepohody, tím méně drogy potřebuje.

V teorii citové vazby je důležitým konceptem vazbová osoba. Již v raných stádiích vývoje volí dítě hlavní vazbovou osobu, kterou se v západní kultuře typicky stává matka. Vazbová osoba je vyhledávána v podmínkách stresu, který aktivuje attachmentový systém. S hlavní vazbovou osobou by mělo být spojeno naplnění čtyř hlavních funkcí citové vazby: udržování blízkosti, separační úzkosti, bezpečného přístavu a jisté základny (Fraleay a Davis, 1997).

Parametry	V individuálním vývoji	V psychotherapeutickém vztahu
Udržování blízkosti	Dítě chce být co nejbliže „vazebné figuře“ (matka, obecněji „pečující bytost“)	Klient vyhledává terapeuta, aby s ním diskutoval o svých problémech
Separaci úzkost	Dítě prožívá značnou úzkost v nepřítomnosti pečující bytosti	Klient zažívá určitý stupeň úzkosti, když terapeuta potřebuje a terapeut mu není k dispozici
Bezpečné útočiště	Dítě hledá u pečující bytosti bezpečný útulek a útěchu, když se cítí v nebezpečí nebo prožívá úzkost	Klient vyhledává terapeuta, když potřebuje pomoc s překonáním úzkosti
Bezpečná základna	Dítě prozkoumává svět s důvěrou, že jej jeho pečující bytost bude chránit před nebezpečím	Klient využívá terapeuta jako bezpečnou základnu, aby byl schopen prozkoumávat vnitřní a vnější světy svého života

Funkce citové vazby (Kalina, 2013, s. 68–69)

Pokud chce terapeut fungovat jako jistá základna, musí potencovat situace, ve kterých ho zažívá klient jako člověka, na kterého se může s důvěrou spolehnout. Vlivem této jistoty může klient začít prozkoumávat své současné vztahy (Bowlby, 1988).

VÝZKUM

Výzkum proběhl na vzorku uživatelů ve věku 18–30 let z psychiatrických nemocnic (PN), kteří byli déle než měsíc v léčbě. Kontrolní skupinu představovali neuživatelé. Z výzkumu vyplývá, že hlavní vazbovou osobou je matka, ke které se uživatelé vztahují úzkostněji a vyhýbavěji než neuživatelé. Matka plní pro uživatele drog funkci bezpečné základny (Vejrých, 2015).

Přesto se v situacích stresu spoléhají zejména na ni a obrací se k ní o radu. Lze z toho usuzovat, že potřebují „náhradní“ osobu, která by se jim pomyslně měnila v jistý a bezpečný bod, okolo kterého mohou kroužit, s klidem se vzdalovat, hledat nové řešení svých těžkostí, při

nejistotě se k němu s jistotou obracet, a hledat v jeho očích ujištění pro další kroky. Tuto zkušenost jistoty internalizovat jako korektivní zkušenost. Korektivní zkušenost s bezpečnou osobou ve funkci jisté základny může být klíčová pro odvahu ke zkoušení nových způsobů vztahování se a testování nových životních rolí.

„Náhradní“ osobou by se měl stát klíčový pracovník. Z výzkumu dále vyplývá, že design bytové léčby v PN často nepodporuje přesun attachmentových vazeb na terapeuta. Pro diagnostiku je pak nasnadě, že léčba v PN není prostředí, které by saturovalo cílené attachmentové intervence, ale soustředí se na jiné potřeby klientů.

Z pilotní studie se jeví, že terapeutické komunity tyto přesuny podporují, a domníváme se z praxe, že design intenzivního ambulantního case managementu tyto přesuny také umožňuje, podrobnější výzkum však chybí.

KAZUISTIKA: FELIX (FÉNIX)

Muž, 32 let, základní vzdělání (i přes snahu špatné výsledky ve škole), sociálně nestabilizovaný, bez sociálních a pracovních návyků. Nízká sebeúčinnost. Nikdy nefungoval v dospělých a partnerských rolích. Oddálení se od intimního prožívání – bez blízkého přítele, jen jednorázové sexuální zážitky. Bez vztahů s primární rodinou. Bez péče nejen o svůj vzhled a zevnějšek. Užívání drog: iniciace alkoholem a THC v 15 letech, po odchodu z domova v 18 začal užívat pervitin, od 20 let kombinace Subutex a pervitin, zhoršování duševního zdraví a nástup toxických psychóz. Špatně snášel léčbu hep. C interferonem. Nepáchá trestnou činnost, nikdy nebyl ve VTOS, odpracoval 150 hodin OPP.

Příběh klienta	Vazba a její vývoj	Drogová anamnéza	Životní podmínky	Příběh klíčového pracovníka	Konkrétní kroky
V 18 vyhozen z domova, útek do Prahy. Spory s nevlastní mámou. Táta často pracovně mimo domov – kamionem mimo ČR. Hádky kolem užívání a pozdního chození domů – užívání THC a alkoholu. Zraněný odchází, zatvrzelý. Když má možnost se vrátit, tak se nevrátí, pak už nemůže. Špatně se učil.	Bez matky, bez zážitku péče Táta zmizel, doma je jen málokdy. Ví, že ho má táta rád. Rozumí pohnutce otce, že musel volit mezi ním a novou rodinou. S nevlastní mámou boj v dospívání o domov a hranice (chození ven apod.). Máma je na situaci sama.	Od 15 experimenty THC a alkohol	Nepříliš stimulující	Bez kontaktu	Pedagogicko-psychologická poradna – zlobivý kluk, nedávali hodnotu jeho příběhu, nevěřili, že nebere pervitin.

Příběh klienta	Vazba a její vývoj	Drogová anamnéza	Životní podmínky	Příběh klíčového pracovníka	Konkrétní kroky
<p>Adaptace na život na ulici</p> <p>Okraj společnosti jako místo, které jediné je možné vzhledem k situaci.</p>	<p>Hledá útočiště – pokus o napojení se na partu pankáčů (kytara na zádech, křivák...)</p> <p>Někdo ho bodl nožem – pocit, že nepatří ani sem (na okraj společnosti) – není schopen se ubránit.</p> <p>Hledání staršího ochránitele, bojácně, báživě vs. přiblížení přes punkerské pogo, utrženost, totální chaos.</p> <p>Hledá někoho OK (peer skupina pankáčů, starší uživatel) – ale přichází jen další zklamání, to navazuje na zklamání z rodiny (opuštěný matkou, vypuzený, prohraný soubor s nevlastní matkou).</p> <p>Zvýrazňuje se potřeba ochrany před intimitou.</p>	<p>Od 18 iniciace brání pervitinu – ihned i.v. aplikace</p> <p>Od 20 iniciace Subutexem</p> <p>Prohlubování závislosti, závislostního chování, nepřijímá zodpovědnost za sebe.</p>	<p>Těžko se adaptuje na „standard“ ulice – šikanovaný.</p> <p>Image, hledání identity, nachází roli pankáče.</p> <p>Bez domova</p> <p>Základní snaha o stabilitu, je alespoň na squatu, shání jídlo s jinými uživateli...</p>	<p>Je citit vykořevení, ztratil místo vedle někoho důležitého – deprese.</p> <p>Snaha o zachraňování (neúspěšné) – klientova nepřiznaná potřeba o péči bez vědomé reflexe</p> <p>Časté pobídky k léčbě (neúspěšné – nezapadající do možnosti a potřeb klienta) – orientace na rychlé a viditelné cíle (chápání práce v nízkoprahu)</p> <p>Protipřenos – obět, oslovuje vlastní zranitelnost pracovníka a jeho smutky, litost.</p> <p>Chování – prolomení bariéry invazivně, tím ho nasměruje, dosáhnu s ním změny (neúspěšné). Vs. bezmoc pracovníka z nefunkčnosti, zážitků, že s invazí to nejde (jen kontakt s obranou).</p> <p>Toto prožívání a chování sdíleno v týmu.</p>	<p>HR</p> <p>První kontakt</p> <p>Hojně využívá charitativní služby – spolehnutí, jistota „alespoň“ v této oblasti – teplo, jídlo, umytí (kus domova).</p> <p>OPP 150 hodin v KC – jako jeden z mála v historii odpracoval – vysoké nároky káčkařů.</p> <p>Pokusy o kontaktování rodiny, klient se klepe, třese – pracovník jen poskytuje telefon (nadměrné požadavky, chci po něm větší schopnosti než má, prorazit obrany).</p>
<p>Jeden velký úprk – stažení se od sebe, od komunity uživatelů, ze vztahů do chaosu.</p> <p>Rozvířenost, hlasy, strachy. Strašení superega, vnitřní imperativy, před kterými je třeba utéct („Tolueňák je někde vedle mě, nejsem to ale já!“).</p>	<p>Vyhýbavost bez potřeby vztahu</p> <p>Paranoia, svět je špatný.</p> <p>Ty nejsi OK.</p> <p>Netouží ani po vztahu, ani po blízkosti.</p> <p>Ve vztahu je vše ohrožující.</p> <p>Vzbuzuje hrůzu a litost – ambivalence z dětské pozice „potřebuji, ale odmítám vztah“. Potřeba péče, na druhou stranu potřeba strašit a vytvořit obranný val.</p>	<p>Pervitin a Subutex, časté užívání</p> <p>Pouštění otěží</p> <p>Dlouhodobé psychotické stavy – několik let</p> <p>Vnitřní sebezprožívání i vnější svět ztrácí kontury. Pronásleduje ho, že bere, ale on to nebyl – za zády je tolueňák.</p>	<p>Ztrácí základní stabilitu.</p> <p>Ulice, ztracen v davu a v sobě – ale je výrazný, je hodně vidět.</p> <p>Roztrhané oblečení, neupravený – „čert“. Lidé na ulici mu nosí jídlo, jini ho napadají, jini chodí obloukem kolem něho.</p>	<p>Obavy: „Nemáme ho jít hledat do ulic? Je to zachraňování nebo objektivní zhodnocení a přiměřená intervence?“</p> <p>Pocit nemožnosti kontaktu</p> <p>Zesílený pocit odmítnutí a bezmoc</p> <p>Myslenky, že tohle nemůže dobře skončit, pokud něco neuděláme (nebo někdo jiný) jinak.</p> <p>Myslenky: „Co by ještě mohl chtít, vážně nic od života nechce? Co je přiměřené k jeho situaci?“</p>	<p>Ztráta kontaktu. Přestává chodit, nevyužívá ani služby, které mají atributy domova (sprchu...).</p> <p>Přemýšlení nad tím, co můžeme dělat, jaký krok by byl reálně dosažitelný.</p> <p>Třídění priorit, co je pro klienta důležité. Kudy do vztahu?!</p> <p>Jednoduché konkrétní kroky, na které s dopomocí má a chce je: umýt se, najíst se, jít společně koupit oblečení do obchodu.</p> <p>To mu postupně umožnilo zahlednout někoho vedle sebe – společná odyssea.</p>

Příběh klienta	Vazba a její vývoj	Drogová anamnéza	Životní podmínky	Příběh klíčového pracovníka	Konkrétní kroky
<p>Přeslapování, občas udělá jeden krok. Zvažuje, jestli má přijmout i jiné nabídky než na bazální potřeby. Uvažuje, co ho to bude stát – kolik zodpovědnosti na něj padne, čemu bude vystavený. Zvládne to? Velká změna – připouští si to.</p>	<p>Stojí o vztah, ale nevěří, že by ten druhý stál o něj. Představy blokuje akci přiblížení. Přejde před dveře a zůstane před nimi stát, nejisté přeslapování. „Přišel jsem pozdě, zase jsem to pokazil, je jasný, že na mě nepočkal a odešel. Nepočítáš se mnou.“</p> <p>Odmítání pravidelnosti, režimu. Ve vztahu je kus nároku na něj. Zlobí se, že musí něčemu dostát, na druhou stranu o něj stojí.</p> <p>Nevědomě se zlobí – odmítání, chci spát, teď se mi nechce – testuje, jestli ho neodmitnu, když bude zlobit.</p> <p>Začíná vnímat i svoji zodpovědnost za vztah já-ty – objevuje ve chvílkách.</p> <p>V průřevu se obrací na pracovníka.</p>	<p>Postupná stabilizace</p> <p>Abstinuje od pervitinu a tím se mu obnovují hranice vnějšího a vnitřního.</p> <p>Jeho brání ztráci nutkavost, je stabilnější a bez potřeby tolik se „zmastit“ a ztrácet kontakt se sebou.</p>	<p>Začal bydlet na ubytovně. Užívá si to.</p> <p>Pracuje na HPP – smlouva na rok.</p> <p>Kolektiv v práci – jeho sociální úroveň – zdroje podpory, když mu dojdou peníze, dostane svačinu.</p> <p>Zajistil si TV – naplňuje volný čas.</p> <p>Strhávání dluhů z platu – na konci měsíce mu docházejí peníze.</p>	<p>Přebírá, internalizuje mé intervence. Má reparační zkušenosti.</p> <p>Radost</p> <p>Míra invaze, ukázat mu něco nového – stále přetrvává. Odpor se objevuje s pravidelností.</p> <p>Brždění nároků, aby se nemusel jen měnit. Chvilu zažít změnu, co mu přinesla.</p> <p>V momentech nároků, které nechce, se mění, agrese.</p>	<p>Úzka spolupráce s psychiatrem</p> <p>Chráněné pracovní místo v KC – přes režimové ústupky – úspěch</p> <p>Propracování bludů „toluenařka“ – rozumí mu, je to jen v jeho hlavě a tento blud může postupně opustit.</p> <p>Zajištění stabilního bydlení – jeden propad na ulici, vyhazov z ÚP, ztráta OP... – opakovaná cesta na úřady</p> <p>Nástup do hlavního pracovního poměru</p>
<p>Přítomný čas</p> <p>Dlouhé protahy mezi kontakty, které mu začnou vadit. Sám si je určuje, ale už mu nevyhovují.</p> <p>Sdělování úspěchů. Telefonuje, chlubi se, zdůrazňuje nezávislost.</p> <p>A sdělování neúspěchů.</p> <p>Má prochozenou cestu, otevřené dveře, jistou základnu.</p>	<p>Obrací se na pracovníka, jak s obtížemi, tak s radostmi (úspěchy).</p> <p>Ve vztahu chybí samostatnost, možnost spolehnout se sám na sebe a své zdroje.</p> <p>Nemá zvnitřněnou podporu bezpečné základny v nových situacích, které vytvářejí přílišnou míru stresu.</p>	<p>Stále v substituci, stabilně dochází do AT ambulance.</p> <p>Aplikace per os</p> <p>Pocit libosti – pravidelné užívání marihuany – stesk po „zmaštěnosti“ a zklidnění = nízká schopnost identifikovat emoce a zvládat je.</p> <p>Bez výraznějších výkyvů</p>	<p>Dlouhodobě neudržitelný stav – žije na hranici chudoby a u toho pracuje.</p> <p>Udržení práce</p> <p>Denní návyky</p> <p>Volný čas</p> <p>Neřešené dluhy</p>	<p>Jdeme spolu do kina a řekl mi, že se těší. Na takové zpětné vazby u něj nejsem zvyklý a mám radost.</p> <p>Když přestanu dělat casemanagement, tak ho nemůžu rychle předat – potřeba, aby mě klient nepotřeboval, postupně vyvázání se ze vztahu.</p> <p>Jít za své hranice, objevuje se silný odpor. U nevychozených cestiček. Nemá vytvořeno, že na světě jde něco zajímavého objevit. Nemůže se spolehnout na svou iniciativu v nových situacích.</p>	<p>Zařízení léčby žlutoušky</p> <p>Hledat někoho dalšího – rodina, kolegové v práci, peer skupina na ubytovně.</p>

Literatura

- Bartholomew, K., a Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226–224.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge. Staženo 2. 2. 2015 z <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/John-Bowlby-A-Secure-Base-Parent-Child-Attachment-and-Healthy-Human-Development-1990.pdf>
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

- De Rick, A., Vanheule, S., a Verhaeghe, P. (2009). Alcohol Addiction and the Attachment System: An Empirical Study of Attachment Style, Alexithymia, and Psychiatric Disorders in Alcoholic Inpatients. *Substance Use & Misuse*, 44, 99–114. Staženo dne 3. 10. 2012 z EBSCO databáze z <http://content.ebscohost.com/pdf9/pdf/2009/2VI/01Jan09/36039095.pdf>
- EMCDDA European Drug Report 2015
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., a Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance use & misuse*, 38 (2), 271–292.
- Fraley, D.Ch, a Davis, K.E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal relationships*, 4, 131–144.
- Hajný (2008). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržení závislosti. In K. Kalina (Eds.), *Základní klinické adiktologie* (s. 41–52). Praha: Grada.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kobak, R., Rosenthal, L., Zajac, K. a Madsen, S.D. (2007). Adolescent attachment hierarchies and the search for an adult pair-bond. *New direction for child and adolescent development*, 117, 57–72.
- Kulíšek, P. (2000). Problémy raného citového přilnutí. *Československá psychologie*, 5, 404–423. Staženo 2. Ledna 2013 z https://is.muni.cz/auth/el/1423/podzim2012/PSY703/um/07_Problemy_theorie_raneho_citoveho_prilnuti_attachment_.pdf?studium=634382
- Science Summary Document – The A-Debate: U-turn on addictions (17–18 Feb 2016) – ALICE RAP – Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project
- Shaver, P. R., a Mikulincer, M. (2002). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment and Human Development*, 4, 243–257.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., a Sack, P. T. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11 (3), 307–330. Staženo dne 3. 10. 2012 z EBSCO databáze z http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2009/5AW/01May09/39880477.pdf
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. T., Gemeinhardt, B., Kunstner, U., a Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorder: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7 (3), 207–228.
- Thorberg, F.A., a Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive behaviors*, 31, 732–737.
- Thorberg, F.A., a Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction research and theory*, 18 (4), 464–478.
- Wolt, R., a Halama, P. (2014). Vztahová vazba v kontextu rizikového užívání alkoholu, nelegálních drog a interpersonálních problémů. *Adiktologie*, 14 (2), 146–157.

Mgr. David Pešek

Vedoucí Kontaktního centra SANANIM

e-mail: pesek@sananim.cz

Tomáš Vejrych, DiS.

Vedoucí Adiktologické ambulance SANANIM

e-mail: vejrych@sananim.cz

Jak naše substituční léčba snižuje rizika v komunitě

Tomáš Klášterecký

Metadonová substituční léčba bývá nejčastěji širší odbornou veřejností vnímána a posuzována optikou léčby a resocializace klientů. Z tohoto úhlu pohledu pak může být podrobována více či méně opodstatněné kritice, mohou se vést debaty o samotných cílech substituční léčby, indikaci klientů pro vstup do programu či o nastavení pravidel programu. Tato témata by vydala na mnoho samostatných příspěvků. Jakoby mimo tuto debatu pak u nás podle mého názoru zůstává racionální otázka snižování rizik pro klienta i společnost, které v sobě každý metadonový substituční program zcela přirozeně nese.

Žádost o zpracování příspěvku s tématem substituční léčby optikou harm reduction jsme proto uvítali jako příležitost podívat se na naši práci v souvislostech, ve kterých nejsme úplně zvyklí o ní přemýšlet. Přitom jde o zcela samozřejmou součást všech služeb pro uživatele drog. Každá vydaná injekční stříkačka, každý nástup na detox i každá farmakoterapie metadonem snižuje zdravotní i sociální rizika pro samotného klienta i pro společnost. U nízkoprahových služeb tuto logiku vnímáme jako samozřejmost i jako samotné opodstatnění těchto programů, v případech léčebných intervencí nejsme zvyklí nebo ochotní takto přemýšlet.

TERAPEUTICKÉ CENTRUM NA BRATISLAVSKÉ

Naše centrum v brněnské vyloučené lokalitě bylo otevřeno ve druhé polovině roku 2013. „Vyloučená lokalita“ v Brně zahrnuje části čtvrti Brno–střed, Zábřdovice, Husovice a Židenice. Vznik centra byl reakcí na velkou poptávku po službách léčebného a poradenského charakteru, jelikož velká část zdejších uživatelů drog prokazatelně nebyla v kontaktu s jakýmkoli léčebným zařízením. První rok provozu fungoval pouze ambulantní program, v říjnu 2014 byl spuštěn program metadonové substituce.

Širší souvislosti spuštění programu byly následující: terénní pracovníci Společnosti Podané ruce (SPR) byli v letech 2010–2013 v kontaktu s 400 klienty závislými na heroinu z vyloučené lokality, přičemž 70 % těchto klientů bylo pozitivních na hepatitidu C. Škody způsobené kriminalitou zapříčiněnou užíváním drog jsou v Brně cca 180 milionů ročně. Cena 1 g heroínu se pohybuje kolem 1000 Kč, heroin na černém trhu je k dostání v cca 5–10% koncentraci.

Program metadonové substituce SPR Vídeňská (fungující od roku 2000) pracuje s dlouhodobě naplněnou kapacitou 80 klientů.

Cílem metadonového substitučního programu Terapeutického centra na Bratislavské (TC) je tedy kontaktovat uživatele opiátů z lokality, pro které je dojíždění do vzdálenějšího programu nerealizovatelné, významně snížit brání drog a s ním spojenou kriminalitu u místní, převážně romské populace a omezit přenos hepatitidy C v populaci. Vyšetření na krví přenosné choroby včetně hepatitidy C je přitom nedílnou součástí vstupu do programu.

METADON OPTIKOU HARM REDUCTION

Při racionálním pohledu na námi poskytovanou substituční léčbu (SL) jsme se inspirovali obvyklým nástrojem nízkoprahových služeb pro uživatele drog – INCOME dotazníkem. Zaměřili jsme se na nejexponovanější oblasti života našich klientů z pohledu možné rizikovitosti pro klienta i společnost. Konkrétně jsme zkoumali tyto oblasti:

- užívání návykových látek a rizika s ním spojená
- zdravotní stav
- finanční situace
- trestná činnost
- vztahy

Chování a situaci v těchto oblastech jsme u dotazovaných osob zjišťovali před nástupem do substituční léčby a po stabilizaci v programu. Do výzkumu se zapojilo 19 respondentů (75 % klientů programu). Průměrná doba v programu u zkoumaných osob byla 179 dní.

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Klienti zapojení do výzkumu užívali injekčně drogy v průměru 9,5 roku. Jedná se o dobu denního brání – není zde tedy zahrnuto období experimentování a příležitostného užívání. Struktura užívaných drog před nástupem do substituční léčby byla následující: 11 osob užívalo pouze heroin, 1 osoba Tramal, 7 osob primárně heroin v kombinaci s dalšími OPL (nejčastěji pervitin, THC, benzodiazepiny).

Po stabilizaci v programu metadonové substituční léčby uvádí 14 osob pouze užívání metadonu, 6 osob pak metadon v kombinaci s jinou OPL (nejčastěji THC).

Potvrzuje to naši zkušenost, že po stabilizaci v programu SL klienti upouštějí od užívání jiných opiátů a další OPL užívají spíše nárazově. Z rozhovorů s klienty rovněž vyplynulo, že při jednorázových užitích heroínu, pervitinu či jiných OPL v průběhu SL se jednalo nejčastěji o reakci na nějakou náročnou životní situaci či podcenění rizikové situace z hlediska možného relapsu.

Na výsledná čísla, která považujeme za velmi příznivá, má nepochybně vliv skladba respondentů, kteří se rekrutovali převážně z dlouhodobých a stabilizovaných klientů SL – nejkratší doba v programu byla u dotazovaných klientů 30 dní, nejdelší 5,5 roku. U klientů, kteří jsou v SL několik dní nebo týdnů, by jistě čísla nebyla tak příznivá, zde však počítáme s určitou setrvačností – klient má na stabilizaci v metadonovém programu měsíc času. U klientů, kteří

dlouhodoběji kombinují metadon s užíváním jiných OPL, pak zpravidla dochází k vypadnutí z programu z důvodu pozitivní toxikologie, a to v řádu čtyř až pěti měsíců od přijetí do programu.

Avšak ani u těchto klientů, kteří v určité fázi SL nejsou schopni, nebo ochotni zcela omezit užívání jiných OPL, nemůžeme opomenout efekt harm reduction – uživatelé jsou v každodenním kontaktu se zdravotnickým personálem, jsou informováni o rizicích spojených s kombinací metadonu a jiných OPL. Zřejmě intoxikace je důvod k nevydání metadonu. Navíc i u osob, které vydrží v SL několik měsíců, ale dále užívají jiné OPL, se frekvence užívání výrazně snižuje.

RIZIKA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM

Rizikové chování spojené s užíváním OPL vychází ze samotného nastavení cílové skupiny SL. Z devatenácti oslovených klientů užívalo před nástupem do SL injekčně 18, jeden klient užíval Tramal per os.

Po stabilizaci v SL uvádí jednorázové injekční užití dva klienti, 17 klientů nepřiznává žádné injekční užití od nástupu do SL.

Tato statistika vychází pro náš program možná až příliš příznivě. Zatímco u samotného užívání OPL můžeme výsledky výzkumu podložit toxikologiemi našich klientů, u rizikového chování nemáme žádný ověřující mechanismus. Klienti uvádějí, že i když u nich došlo k relapsu, nedošlo k injekční aplikaci, případně nebyl problém sehnat sterilní náčiní (šlo o plánované a vědomé jednání).

Rovněž četnost užití se po stabilizaci v SL výrazně snižuje – zatímco před nástupem do programu brali všichni klienti denně a průměrná četnost byla 3 užití denně, po stabilizaci v SL udává jednorázová užití jiné OPL než metadonu pouze čtvrtina klientů.

Výrazně příznivý poměr ve prospěch klientů v SL můžeme sledovat i v případech předávkování. Zatímco před nástupem do léčby uvádí zkušenost s předávkováním 5 klientů, po stabilizaci v SL jsme nezaznamenali jediný případ.

FINANČNÍ SITUACE

Finanční situace klientů závislých na opiátech rovněž úzce souvisí se snižováním škod, v tomto případě především pro veřejnost. Krádeže jako hlavní zdroj příjmů před nástupem do SL uvádí 14 z dotazovaných klientů. Další zdroje pak tvoří dávky, příležitostné brigády a prostitute.

Po stabilizaci v SL zůstávají zdroje příjmů u klientů rozděleny přesně na třetiny mezi práci a brigády, sociální dávky a rodinu.

Příjmy a výdaje klientů před nástupem do SL:

- měsíční příjmy v rozmezí 10 000 – 100 000 Kč
- průměrné měsíční výdaje za ilegální drogy: 28 000 Kč
- průměrný dispoziční zůstatek pro jiné náklady (než drogy): 0 Kč

Příjmy a výdaje klientů v průběhu SL:

- měsíční příjmy v rozmezí 3 000 – 20 000 Kč
- průměrné měsíční výdaje za ilegální drogy: 600 Kč
- průměrný dispoziční zůstatek pro jiné náklady (než drogy): 10 000 Kč

Dlouhodobé dluhové problémy měly před nástupem do SL tři čtvrtiny dotazovaných klientů. Po stabilizaci v SL zůstávají tyto dluhy ve stejné podobě třetině klientů, další třetina je začala nějakým způsobem řešit.

ZDRAVOTNÍ STAV

V oblasti zdraví jsme sledovali hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, somatické a psychické obtíže a testování na infekční choroby v období drogové kariéry a po nástupu na SL. Zde výrazně stoupá „protestovanost“ na infekční choroby ze 70 % na 100 % (jde o nutnou podmínku vstupu do programu). Subjektivně se zlepšuje psychický stav – v průběhu aktivního užívání opiátů popisuje 50 % klientů psychické problémy (nejčastěji úzkosti, deprese, 3x pokus o sebevraždu). Po stabilizaci v SL přetrvávají psychické problémy u 5 % klientů. Somatické komplikace pocítovalo před nástupem do SL 70 % klientů, po stabilizaci v programu 10 %. Zde se jedná nejčastěji o odeznění somatických obtíží způsobených injekčním užíváním. Zkušenost s hospitalizací ve zdravotnickém zařízení mělo před nástupem do SL 30 % klientů (nejčastěji opakované hospitalizace přímo související s užíváním OPL), po stabilizaci v programu je to 15 % klientů (jednorázové hospitalizace z jiných důvodů než aktuální užívání OPL).

TRESTNÁ ČINNOST

Trestná činnost je u uživatelů opiátů spojená převážně se sháněním peněz na drogy. Jde hlavně o opakované drobné krádeže. Tímto způsobem si v průběhu drogové kariéry opatrovalo finanční prostředky 83 % klientů. Po stabilizaci v SL přiznává trestnou činnost 10% dotazovaných klientů.

VZTAHOVÁ OBLAST

V průběhu drogové kariéry uvádí závažné konflikty s rodinou 95 % dotazovaných klientů, z toho 65 % z těchto důvodů přerušilo kontakt s nejbližší rodinou zcela. 80 % klientů bylo v této fázi konfrontováno s agresivitou okolí nebo bylo samo vůči okolí agresivní (opakovaná extrémní verbální agrese, domácí násilí apod.).

Po stabilizaci v SL navázalo kontakt s rodinou (resp. je v kontaktu) 85 % klientů, závažné konflikty přetrvávají u 15 % dotazovaných. Zkušenost s vlastní agresivitou vůči okolí nebo agresivitou okolí vůči své osobě neuvádí nikdo.

ZÁVĚREM CIMRMANOVSKY...

- Průměrná doba injekčního užívání heroinu před nástupem do SL u respondentů je 9,5 roku.

- Průměrná frekvence injekčního užívání byla 3× denně.
- Průměrná doba strávená v programu u respondentů je 187 dní.
- Při průměrné frekvenci 3 injekčních aplikací denně u 19 osob za 187 dní tak každodenní výdeje metadonu pouze u těchto klientů zabránily 10 659 aplikacím heroinu.
- Při průměrném denním výdaji 900 Kč za heroin u 19 klientů za 187 dní nebylo těmito osobami za dané období utraceno za heroin 3 197 000 Kč.

Tomáš Klášterecký, DiS.

*Vedoucí Terapeutického centra na Bratislavské, Společnost Podané ruce, o. p. s.
e-mail: tcbratislavska@podaneruce.cz*

Vrstevnický a stabilizační program XTP SANANIM

Hana Laurentová

ÚVOD

Proč zaměstnávat lidi, kteří berou drogy? V minulosti jsme s kolegy tuto otázku často slyšovali po účasti na konferencích, odborných seminářích či workshopech. *Nevadí vám, že vydělané peníze utratí za drogy? Nezdá se vám, že tímto způsobem je jen podporujete v braní drog?* Naštěstí, v současné době se pracovní programy pro aktivní (tedy neabstinující) uživatele drog stále více rozrůstají a otázka etického dilematu se tím postupně vytratila. Hovoří se také o „nízkoprahovém zaměstnávání“ – takovém pracovním místě, které je vhodné pro klienty nízkoprahových služeb, jež jsou z různých důvodů vyloučeni z trhu práce (nebo jsou dokonce považováni za tzv. nezaměstnatelné).

Koncept „nízkoprahového zaměstnávání“ se stává stále významnějším. Pracovníci nízkoprahových i substitučních center si stále více uvědomují potřebu doprovodného pracovního programu, který by podpořil klienta v jeho cestě ke stabilizaci a znovuukotvení v běžném sociálním životě. Jestli „pracuji“, „kde pracuji“, „s kým pracuji“, „co ve své práci dělám“, to jsou aspekty vnímání sociální reality, které významně přispívají k pocitu vlastního já, vlastní identity. Práce zastává pozici klíčové instituce v naší kultuře. V zaměstnání člověk vstupuje do systému vztahů. Práce je to, co nás udržuje v neustálé činnosti a aktivitě. A samozřejmě díky práci jsme schopni si obstarávat prostředky na obživu. Jak uvádí Mareš: „Bez zaměstnání jsou v naší kultuře lidé sráženi do nestrukturované sociální a morální prázdnoty.“ (Mareš, 1994:57)

HISTORIE A VÝVOJ PROGRAMU

Program XTP SANANIM vznikl v roce 1994. Inspirace pro vytvoření programu byla získána ze zahraničí, konkrétně z Velké Británie a z Holandska, kde pracovníci běžných terénních programů zapojovali do své práce uživatele drog, aby skrze ně kontaktovali i jinak velmi obtížně dosažitelné skupiny klientů (tzv. skrytá drogová scéna). Uživatelé drog, kteří byli nabíráni jako pracovníci, však museli splňovat nějaké známky sociální stabilizace – například účast v substitučním programu a následně kontrolované užívání drog. Za svoji činnost dostávali tito finanční odměnu.

Tato koncepce byla převzata a trénována i u nás. Kolegové často v terénu naráželi na klienty, kteří měnili injekční materiál pro větší skupiny dalších osob, na bytech, squatech, různých místech, kam se běžný terénní program nedostal. Rozhodli se proto založit vlastní program pro takové uživatele/pracovníky a nazvali ho Externí terénní program (XTP). Později se také vžil termín „sekundární výměna“ jako označení pro to, co pracovníci XTP vykonávali.

Za 12 let své existence program pochopitelně prošel četnými změnami. Měnil se počet zaměstnaných „externáků“, styl a výše výplaty a měnily se i metody práce. Pro zjednodušení rozdělím vývoj na několik zásadních fází:

1. **Zahajovací fáze** – ze začátku byl význam programu spatřován především v jeho kontaktním potenciálu – externák je ten, díky němuž se daří šířit principy *harm reduction* a *public health* do skryté populace uživatelů drog. Řešilo se hlavně, jakým způsobem a v jaké výši je možné externákům vyplácet finanční odměnu. Externáci byli více vnímáni jako spolupracovníci nežli klienti.
2. **Fáze „do léčby“** – v roce 2004 odešli 2 externáci do léčby (viz Výroční zpráva SANANIM 2005), čímž byl prokázán pozitivní dopad programu na celkovou kvalitu života jeho klientů a zavdalo to také impuls pro poskytnutí dostatečného prostoru pro případnou vlastní změnu dalších externáků. Maximalizovala se délka setrvávání v programu na jeden rok a externáci byli vnímáni opět více jako klienti, nežli spolupracovníci.
3. **Fáze evropského projektu** – v letech 2006 a 2007 byl realizován projekt „Pilotní program pracovního zařazení problematických uživatelů návykových látek“, podpořený z prostředků Evropského sociálního fondu. Díky němu se program rozrostl o vysokoprahovější část, úklidovou četu klientů, kteří byli považováni za stabilizovanější, s možností návratu na pracovní trh. Po skončení projektu ESF však tato část již nikdy nepokračovala. Nízkoprahovější část, XTP, se více vydefinovala v metodách a nástrojích práce. V té době byl XTP vnímán jako regulérní doplněk standardního terénního programu, obstarávající sekundární výměnu a zároveň představující tréninkové pracoviště pro uživatele drog. Od maximální délky účasti v programu na jeden rok se upustilo.
4. **Překlenovací fáze** – v roce 2009 se podařil přesun programu do vlastního zařízení na Praze 2 (do té doby se program XTP dělil o prostory s Kontaktním centrem). Díky tomu bylo umožněno rozšířit náplň práce externáků o činnosti provozně organizačního charakteru. Navíc se rozjel další program k XTP přidružený, tzv. stabilizační program. Ten vznikl jako reakce na velký zájem o XTP z řad klientů silně nestabilizovaných a podmínky účasti v programu nesplňujících. V této fázi jsme si často kladli otázku, jestli externák představuje spíše externího kolegu, anebo klienta. Pro styk s veřejností jsme zařízení oficiálně nazvali *Centrum pro stabilizaci a práci*.
5. **Nynější fáze** – v současné době jsme se ustálili v nahlížení externáků jako klientů, nikoli kolegů. Diskuze jsou vedeny nad tím, jestli je pro XTP důležitější rovina práce (čili význam XTP jako tréninkového pracovního programu a jeho dopadu na jednotlivce), či rovina *harm reduction* a *public health* (čili význam XTP jako prodloužené ruky standardního TP). Pro současnost je také typické přenesení výhradního zájmu na vrstevnický potenciál zaměstnaných klientů, tedy na *peer work* jako takový. Název Externí terénní program bychom nejraději opustili, je však dobře etablovaný, proto jsme se rozhodli ponechat si označení XTP jako label.

PŘEDSTAVENÍ VRSTEVNICKÉHO A STABILIZAČNÍHO PROGRAMU XTP SANANIM

S KÝM PRACUJEME?

Jedná se o dlouhodobé injekční uživatele drog, nejčastěji squatterry, lidi žijící na ulici, kteří jsou sužováni zdravotními, sociálními a psychickými problémy. Nejčastěji se u nich projevuje tzv. polyvalentní užívání drog (užívání více látek současně).

O CO NÁM JDE?

- Využívat vrstevnický potenciál aktivních uživatelů drog pro terénní práci směrem ke zvýšení ochrany veřejného zdraví.
- Vzdělávat a trénovat HR a bezpečné chování mezi nitrožilními uživateli drog.
- Stabilizovat a cvičit základní zdravotní, sociální a společenské návyky.

JAK SE TOHO SNAŽÍME DOSÁHNOUT?

- Zadáváním konkrétních úkolů, které jsou pro klienta energizující a souvisí s cíli programu i individuálním plánem klienta.
- Plnění úkolů pravidelně kontrolujeme a vyhodnocujeme.
- Poskytujeme sociální, zdravotní i HR poradenství.
- Snažíme se chránit práva našich klientů (např. nabízíme asistenci při jednání s úřady).
- Trénujeme s klienty základní pracovní dovednosti.
- A neposledně jsme jim vždy ochotni poskytnout psychosociální podporu.

CO PROVOZUJEME?

1. Program XTP

„Externí terénní pracovníci jsou klienti, kteří mají zájem pomáhat svým vrstevníkům, pracovat ve prospěch veřejného zdraví a kultivovat drogovou scénu. Externí pracovníci provádějí sběr použitého materiálu a jeho výměnu na uzavřené drogové scéně nebo na otevřené drogové scéně v místech a časech, kdy zde nejsou profesionální terénní pracovníci.“¹

XTP působí na bytech a v lokalitách v rámci celého hl. města Prahy i v okolí Prahy. Vzhledem k tomu, že právní úprava ČR neumožňuje vhodnější formu odměňování svépomocných aktivit, jsou externí terénní pracovníci odměňováni formou Dohod o provedení práce. Kromě toho si mohou v zázemí programu např. vyprat, dostanou příspěvek na jídlo, dobíjíme jim mobilní telefony. Tito pracovníci vymění za rok okolo 140 000 injekčních setů.¹

2. Stabilizační program

Klienti stabilizačního programu vykonávají práci jen v rámci prostoru našeho zařízení. Konkrétně se jedná o pomoc s přípravou materiálu pro bezpečnou aplikaci, který nosíme s sebou do terénu – balení vatiček, stříhání náplastí apod.

I Herzog, A. Nizkoprahové zaměstnávání. *Streetwork.cz*. [online]. 5. 6. 2016 [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/content/view/4402/>

I u těchto klientů předpokládáme zájem pomáhat svým vrstevníkům a pracovat ve prospěch veřejného zdraví, avšak v menším rozsahu. Celkově jsou na tyto klienty kladeny menší nároky a je jim umožněn menší výdělek.

Specifikum programu?

Každý z klientů s námi uzavírá 2 kontrakty. Jeden pracovní (Dohodu o provedení práce) a jeden sociální, přičemž sociální kontrakt podmiňuje ten pracovní. Sociální kontrakt není ničím jiným než cíleným sociálním poradenstvím a využívá pracovní kontrakt jako nástroj pro práci s motivací klienta.

KAZUISTIKA – KLIENTKA ANDĚLA

Anděla se narodila v roce 1977. Vyrůstala v úplné rodině, má dva bratry. Od puberty má komplikovaný vztah s matkou. Anděla se ke drogám dostala skrze „parties“. V 16 letech se jí totiž podařilo nastartovat tehdy slibně vypadající dráhu modelky. Hodně cestovala, vydělávala a navštěvovala nejrozmanitější kluby a společenské akce. Na nich se nejprve seznámila s drogami typu extáze, MDMA, posléze se dostala k pervitinu. Pervitinovou dráhu rozjela zejména o několik let později, díky navázání vztahu s výrobcem této drogy. Vztah se nicméně brzy rozpadl. I přes svoji závislost byla Anděla schopna dodělat maturitu na střední škole a dokonce ještě několik let po škole pracovat. Posléze navázala vztah s jiným mužem, rovněž uživatelem, kterého si později vzala. S mužem M se však společně dostávají na ulici a sahají si na pomyslné společenské dno.

Anděla přichází do programu v roce 2008. Je atypická tím, že je závislá výhradně na pervitinu. Zpočátku působí velmi nejistě, rozržitě, často se u ní střídají nálady (hodně hovorné a radostné s paranoidními až depresivními stavy). Ze skupiny klientů mírně vybočuje. Je schopná a inteligentní, avšak její pracovní výkon je hodně odvislý od stavu v jejím osobním vztahovém životě. Situace se hodně mění, když se klientka dostává do výkonu trestu odnětí svobody. Přestože byl několikaměsíční, zanechal v ní hlubokou jizvu a nechuť k dalšímu možnému uvěznění. Po vystoupení z VTOS klientka nějakou dobu abstínuje. Dokonce je schopna si najít zaměstnání. Kvůli stesku po muži (v té době stále uživateli) nakonec recidivuje a vrací se k navyklému stylu života. Situace se opět změní po nástupu do Centra ambulantní substituce a detoxifikace SANANIM. Jedno léto totiž klientka stráví na makovém poli užíváním opia a způsobí si abstinenci syndrom, na jehož mírnění získá látku Suboxone, což jí umožní docházet pravidelně do substitučního centra společně s jejím mužem, který je závislý na opiátech již mnoho let. Možnost užívat legální substituci a zároveň i podstupovat určitou formu „párové terapie“ oběma velmi prospívá. Anděla je navíc schopna dokončit rekvalifikační kurz na pracovníka v sociálních službách a najít si místo coby pečovatelka. V té době stále dochází do programu XTP ve snaze maximalizovat svůj zisk a vymanit se tak z života na ulici. Pravidelné docházení do dvou zaměstnání a substitučního centra je pro ni sice náročné, ale permanentní činnost a pravidelné konzultace ji velmi aktivizují a pomáhají zvýšit její sebevědomí. Klientce se nakonec podaří eliminovat pervitin ze svého život. Absolvuje nakonec druhý rekvalifikační kurz na sanitářku a podaří se jí najít práci na HPP v nemocnici. V tento moment ukončuje spolupráci s programem XTP. Do substitučního centra dochází stále.

ZÁVĚR

Za tu dobu, co program XTP provozujeme, jsme se naučili, že každý člověk v sobě skrývá pracovní potenciál. I dlouhodobě nezaměstnaní dlouhodobí uživatelé drog mají vůli a chuť pracovat a bylo by tedy dobré mít více možností tuto jejich chuť využít a rozvíjet. V programu XTP jsme zjistili, že při práci s aktivními uživateli drog je důležité vycházet z kontaktu s reálnými možnostmi a reálným životním stylem lidí, které zaměstnáváte. Avšak, i práce relativně malá rozsahem pomáhá lidem z okraje společnosti cítit se lépe a posouvat se k lepšímu životu.

Na závěr bych ještě ráda uvedla citaci „8 nejlepších důvodů, proč zaměstnávat uživatele drog“, kterou jsem vybrala z publikace *Harm reduction at work* od amerických kolegů, kteří se věnují stejnému tématu, a dle mého názoru krásně dokreslují výše uvedené teze.

PROČ ZAMĚŠTNÁVAT AKTIVNÍ UŽIVATELE DROG?

1. Tím, že organizace zaměstná samotné uživatele drog, dává svým klientům i nejširší veřejnosti najevo, že je plně připravena plnit svůj závazek chránit zdraví a lidská práva těch, kteří jsou ohroženi závislostí.
2. Zaměstnanci, kteří užívají drogy, se mohou stát vynikajícím vzorem pro ostatní uživatele drog. Mohou ukázat svým vrstevníkům, že i oni mohou získat práci v oboru, v němž mají nejvíce „odborných znalostí“.
3. Uživatelé drog představují často nejúčinnější nástroj pro šíření ochrany veřejného zdraví mezi ostatní uživatele.
4. Zaměstnávat uživatele drog může být také velmi cenné pro pracovníky v přímé péči – uživatelé drog nejlépe znají trendy a postupy v užívání, orientují se v tom, jak jsou drogy dostupné, kolik stojí atp. Pracovníci se díky nim mohou dozvědět důležité informace o chování své cílové skupiny.
5. Mít možnost být zaměstnán na místě, které je považováno za společensky přínosné a jako takové je ceněné, významně přispívá ke zlepšení sebeúcty zaměstnaného člověka. Empowerment (uschopňování) je ústředním tématem efektivních strategií harm reduction: Lidé, kteří se cítí zmocnění, pravděpodobně budou činit bezpečnější rozhodnutí a budou lépe chránit svoje zdraví i práva.
6. Práce ve strukturovaném prostředí umožňuje uživatelům drog získat důležité dovednosti, které mohou usnadnit budoucí vstup na další pracovní místa.
7. Práce v komunitních projektech je nedílnou součástí pro vytvoření pocitu sounáležitosti ke komunitě. Když člověk cítí, že je skutečně součástí nějaké skupiny, tím spíše se cítí k této skupině zodpovědný.
8. Zaměstnávání a organizování lidí, kteří berou drogy, přispívá k vytváření občanské angažovanosti a politické odpovědnosti uživatelů drog i organizace samotné. (Balian, White, 2010: 9)

Použité zdroje

- Balian, R., White, Ch., 2010, *Harm reduction at work, A Guide for Organizations Employing People Who Use Drugs*, Open Society Foundations, NY
- Herzog, A., Nízkoprahové zaměstnávání, [streetwork.cz](http://www.streetwork.cz), [online], 5. 6. 2016 [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/content/view/4402/>
- Mareš, P., 1994, *Nezaměstnanost jako sociální problém*, Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 80-901424-9-4

Mgr. Hana Laurentová

Terénní programy SANANIM
e-mail: laurentova@sananim.cz

HARD & SMART: Harm reduction v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy

Lucie Mašková, Otakar Veselý

*„Jedinou možností, jak růst a posouvat současnou party scénu k novým horizontům, je neustále pronikat za její aktuální hranice. Projekt Hard & Smart je jedním z těch, které si kladou za cíl učinit krok směrem k nově vznikajícím trendům a **vytvářet lepší a bezpečnější prostředí pro všechny účastníky nočního života a zábavy.**“ (Základní myšlenka Hard & Smart)*

Projekt vychází z dlouholeté tradice Společnosti Podané ruce, o. p. s., a aktuálních evropských trendů v oblastech harm reduction a safer clubbing. Je zaměřen na rozvoj kompetencí v oblastech monitoringu i intervencí v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy dle inovativních přístupů drogové prevence a terénní práce. Nadále pokračuje v rozšiřování spolupráce s dalšími majiteli klubů, organizátory hudebních festivalů, lokálními zastupiteli a odbornými autoritami z různých zemí EU, kterým není tato problematika lhostejná.

VÝCHODISKA

Konkrétní přístup pod hlavičkou Hard & Smart vychází ze zkušeností zahraničních projektů (např. Party+ z Belgie, Quality Nights z Francie, La Fetez ze Španělska, Check it! z Rakouska apod.). Ty proaktivní přístup v oblasti prevence a přímé intervence úspěšně specifikovaly a aplikovaly v prostředí nočního života a zábavy, kde se ve zvýšené míře vyskytuje celá škála rizikových či nežádoucích faktorů, jako je vyšší míra konzumace alkoholu, projevy sexuálního nátlaku, agresivita, vandalismus, užívání drog, řízení pod vlivem, znečišťování veřejného prostranství apod. Uvedené organizace pod vedením Party+ vychází ze své dlouholeté praxe a jsou klíčovými subjekty při monitorování této specifické scény a určování nejnovějších trendů v daném odvětví. Rovněž výzkumné studie provedené EMCDDA mezi mládeží v tanečních a hudebních podnicích v různých zemích přinášejí v případě konzumace nelegálních drog mnohem vyšší odhadovanou prevalenci, než je hodnota uváděná u běžné populace. Na tento trend poukazuje i tuzemské NMS ve své Celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR, kde dokládá, že osoby, kterým byla droga nabídnuta, nejčastěji uváděly, že k tomu došlo v klubu nebo na diskotéce.

PREVALENCE UŽÍVÁNÍ DROG V ČR:

- denní kouření tabáku: 23 % dospělé populace
- rizikové užívání alkoholu: 17–20 %
- škodlivé užívání alkoholu: 5–8 %
- mírně rizikové užívání marihuany: 1,6 % populace ve věku 15–64 let
- vysoce rizikové užívání marihuany: 1,1 % populace ve věku 15–64 let

(Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

CELOŽIVOTNÍ PREVALENCE (%)	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	Muži	Ženy	Celkem	15–34 let
Jakákoliv nelegální droga	39,8	22,1	31,1	48,5
Konopné drogy	36,2	21,0	28,7	44,9
Extáze	9,0	2,8	6,0	12,8
Pervitin	3,4	1,6	2,6	4,9
Kokain	1,6	0,2	0,9	2,3
Heroin	1,1	0,2	0,7	1,3
LSD	1,4	0,0	0,7	1,6
Halucinogenní houby	6,6	1,9	4,3	9,4

Tab. 1. Užívání drog v obecné populaci, 2014. (Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014)

Služba se tedy snaží působit na cílovou skupinu především v rámci monitoringu a intervencí v jejím přirozeném prostředí, které je obecně známé výše zmíněnými riziky. V ČR zároveň chybí dlouhodobá odborná koncepce, jež by se na tyto sociální, zdravotní a právní aspekty zaměřovala. Z tohoto důvodu spolupracujeme s majiteli klubů a organizátory hudebních festivalů, se kterými se zaměřujeme na samotné prostředí akcí, abychom tak případná rizika snížili a zvýšili komfort pro návštěvníky (viz Příloha 1).

V kontextu výše uvedeného popisu se zaměřujeme na rozšíření působnosti inovativních způsobů prevence a terénní práce v prostředí taneční scény, nočního života a zábavy. Vzhledem k tomu, že je tento prostor dlouhodobě spjat s užíváním legálních i ilegálních psychoaktivních substancí, dalšími souvisejícími riziky či jinak patologickým chováním, byla na základě aktuálních evropských trendů v oblasti harm reduction a safer clubbing vytvořena koncepce projektu Hard & Smart realizována Společností Podané ruce, která je v tomto rozsahu a zaměření jedinou v ČR. Z tohoto důvodu považujeme koncepci Hard & Smart za nutný inovativní přístup v této oblasti a oblasti public health obecně.

Program terénní práce v prostředí nočního života a zábavy, který byl zaštitěn koncepcí projektu Hard & Smart, byl obnoven na přelomu roku 2012 a 2013. Ve Společnosti Podané ruce má teno přístup více jak desetiletou tradici, kdy se krom vlastních aktivit na taneční a klubové scéně terénní programy účastnily např. i celorepublikového projektu Safer party.

V září roku 2012 byla domluvena spolupráce mezi klubem Fléda a Společností Podané ruce, která byla specifikována jako zajišťování bezpečnějšího nočního života v prostředí klubu. Na základě této objednávky byla prostřednictvím Terénních programů Brno (dále TPB) realizována série intervenčních akcí a školení, které si kladly za cíl zvýšit bezpečí a komfort účastníků vybraných hudebních akcí.

Klíčovou událostí, která celou spolupráci odstartovala, bylo zapojení do celoevropské akce European Party Friends Night, která se konala o víkendu 23.–25. 11. 2012. Ke spolupráci na této akci se přihlásilo 53 účastníků z řad klubů a neziskových organizací po celé Evropě. Spolupráce klubu Fléda a Společnosti Podané ruce byla v rámci akce zaregistrována jako jediná v ČR. European Party Friends Night spadala pod projekt Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project (dále jen NEWIP). Projekt NEWIP vychází z obecně uznávaných pravidel a principů bezpečnějšího nočního života, která byla deklarována hlavním koordinátorem těchto aktivit, organizací Party+. Jedním ze základních pilířů jsou standardy 10 Steps for Implementation of Safer Clubbing Label¹.

Následně byla mezi Společností Podané ruce a klubem Fléda uzavřena dohoda, že postupnými kroky budou směřovat k naplňování těchto standardů. Po splnění všech potřebných atributů pro udělení certifikátů Hard & Smart byla na Fléde dne 28. 11. 2014 za přítomnosti vedení klubu, zástupců H & S, Národního protidrogového koordinátora Jindřicha Vobořila a brněnského zastupitele Matěje Hollana podepsána certifikační listina stvrzující, že klub Fléda splňuje podmínky bezpečnějšího clubbingu.

V roce 2016 se projekt osamostatňuje od TPB. Vzniká tak program, který vhodným způsobem navazuje na síť sociálních služeb. Otvírají se velké možnosti v oblasti působení projektu a rozšíření činností, které budou v rámci integrativního přístupu realizovány. Zároveň ale vzniká problém, jak program s tímto inovativním zaměřením financovat v momentě, kdy RVKPP ve své výzvě podporuje pouze projekty související s gamblingem a nejedná se o typickou sociální službu. Dosavadní řešení zatím vychází z podpory města Brna, spolupracujících klubů a firmy Heineken. Spolupracujeme s kluby či festivaly v Praze, Brně a Olomouci, případně působíme také v dalších lokalitách dle aktuálního rozvoje projektu.

VYBRANÉ STATISTIKY H & S 2015

- 14 hudebních akcí, ve 4 klubech a na 2 celovíkendových open air akcích, rozmanité hudební žánry
- Se 3 kluby spolupráce na splnění 10 certifikačních bodů
- Proškoleno 16 osob (personál a management klubů či festivalů)
- Celkem 621 klientů, 863 kontaktů
- Průměrně 120 klientů během 6 hodin

I <http://newip.safernightlife.org>

Cíl

Smyslem projektu je prevence a předcházení rizikovému chování, které s prostředím zábavy souvisí, ale také zmírnění negativních jevů spojených s užíváním legálních i nelegálních psychotropních látek dle obecných principů harm reduction a safer clubbing. Nejčastěji se jedná o akutní ohrožení zdraví a života (předávkování, dehydratace, hypertemie, nevolnost, serotoninový syndrom atd.), akutní psychické potíže (psychóza, zmatenost, panika, „bad trip“), ale i různé zdravotní či psychické potíže dlouhodobějšího rázu včetně závislosti a také problémy sociálního i trestněprávního rázu.

Cílem je také zlepšení informovanosti cílové skupiny a zvýšení povědomí o zásadách zdravého životního stylu, konkrétně se zaměřením na bezpečnější noční život a zábavu. A to vše prostřednictvím přímé práce na akcích v prostředí taneční scény a noční zábavy. S tím souvisí i vytvoření klidové zóny a zázemí mimo hlavní dění akce, které je kromě samotného odpočinku vhodné pro poradenství, krizovou intervenci a další psychosociální pomoc. Velká část cílové skupiny navíc není v kontaktu s žádnou z existujících služeb. Naším cílem je i získání důvěry cílové skupiny v odbornou pomoc a v případě zájmu zprostředkování kontaktu s dalšími odbornými zařízeními.

V rámci zvýšení efektivity opatření projektu Hard & Smart se snažíme působit i na samotné prostředí taneční scény, nočního života a zábavy. Tento přístup je koncepčně cílen na deset vybraných bodů, které mohou být v daném místě potenciálně rizikové a nebo jsou hodny pozornosti v rámci zvýšení komfortu v oblasti veřejného zdraví a pořádku. V širším pojetí jde o aktivní zapojení všech relevantních subjektů, které se účastní dění na této scéně nebo ji svým dílem spoluutváří, a zvýšení povědomí o principech Safer Clubbing.

Dále je naším cílem spolupracovat s odbornými subjekty a organizacemi, které se o tuto problematiku zajímají. V rámci společných výzkumných aktivit se chceme zaměřit na sběr dat o tomto prostředí a o subkulturách, jejichž životní styl je ve vyšší míře spojen s užíváním drog a jinými patologickými jevy. Experimentátoři a příležitostní uživatelé drog, kteří se zde ve vyšší míře koncentrují, představují zároveň nezanedbatelnou část produktivní populace. Proto by sběr relevantních informací mohl pomoci k objasnění vybraných specifik, která souvisí s touto scénou.

CÍLOVÁ SKUPINA

Program H & S je zaměřen na návštěvníky vybraných hudebních podniků s hlavním akcentem na skupinu mladistvých a mladých dospělých, především pak na rekreační uživatele legálních/nelegálních drog, kteří se v tomto prostředí pohybují, a na experimentátory včetně osob ohrožených užíváním drog. Projekt tím reaguje na rostoucí fenomén užívání drog v tomto kontextu a na povolna se měnící trend v užívání. Zaměření na cílovou skupinu a samotná realizace projektu pak vychází z integrativního přístupu zaměřeného na řešení a zmírňování nežádoucích vlivů. Ve svém širším pojetí však neopomíjí ani problémové a pravidelné uživatele, kteří se v prostředí zábavy a nočního života v menší míře pohybují a kteří právě zde svoji drogovou kariéru v hojně míře kdysi začínali.

PROSTŘEDKY K DOSAŽENÍ CÍŮ

Intervence a monitoring scény probíhá prostřednictvím info stánku a tzv. klidové zóny na open air festivalech a klubových akcích nebo přímým monitoringem terénními pracovníky. Účastníkům jsou zde poskytovány objektivní informace týkající se drogové problematiky i jiných forem nežádoucího chování, a to ústně i prostřednictvím letáků a plakátů (o jednotlivých substancích a různých kombinacích, jejich účincích, rizicích i legislativních otázkách). Optimální řešení zahrnuje možnost vytvořit na akci klidový prostor, kde je k dispozici voda a ovoce na občerstvení a doplnění energie ovocnými cukry. Vytvoření stále klidové zóny slouží k odpočinku od intenzivního hluku a hlavní koncentrace návštěvníků klubu. Zde je pak přirozeným způsobem zaměřována pozornost terénních pracovníků, personálu hudebních podniků či dalších zodpovědných osob na potenciálně ohrožené návštěvníky (dehydratace, přehřátí, nadměrná konzumace alkoholu nebo ilegálních substancí atd.). Zájemcům jsou distribuovány také kondomy jako prostředek zamezení šíření infekčních onemocnění a pohlavních chorob a špunty do uší k ochraně sluchu na akcích s vysokou hladinou hluku. Jako další službu mohou návštěvníci také využít otestování hladiny alkoholu pomocí alkolholtesteru za účelem zvýšení bezpečnosti při řízení motorových vozidel či možnost změřit si aktuální krevní tlak a tep.

Na místě info stánku popř. klidové zóny jsou účastníkům akce neustále k dispozici odborníci a školení dobrovolníci k případnému poradenskému rozhovoru či krizové intervenci. Psychosociální pomoc je také realizována prostřednictvím podpůrně psychologických intervencí, motivačních rozhovorů, doporučení postupu řešení problémových situací, kontaktů na jiná terapeutická zařízení a další relevantní instituce. Rovněž v případě ohrožení zdraví či života některého z účastníků hudebního podniku zde jsou připraveni pracovníci proškolení v poskytování první pomoci a je zde k dispozici základní lékárníčka.

Co se týče zavádění certifikátů Hard & Smart pro kluby, hudební festivaly a podniky, jde především o dlouhodobější spolupráci mezi těmito subjekty a projektem H & S. Ta probíhá prostřednictvím monitoringu konkrétního prostředí, odborných konzultací, povinných školení, supervizních návštěv zaměřených na způsob realizace požadovaných podmínek a participaci odborníků v terénu přímo na vybraných akcích. V širším kontextu jde také o spolupráci a partnerství s dalšími odbornými organizacemi, zástupci médií i lokálními politickými zastupiteli.

MOŽNOSTI SPOLUPRÁCE

Koncepce spolupráce projektu Hard & Smart s majiteli klubů, organizátory hudebních festivalů, promotérskými skupinami atd. nabízí 3 základní varianty. První vychází z přirozeného zájmu odborných subjektů, jakým je i projekt Hard & Smart, o prostředí taneční scény, nočního života a zábavy – jsou to většinou terénní programy nebo výzkumné skupiny. Akce tohoto typu jsou předem domluveny s organizátory hudebního podniku, popř. majitelem objektu. V rámci první varianty jde tedy o zajištění přístupu a případně základního zázemí terénním pracovníkům fungujícím pod hlavičkou Hard & Smart. Ti pak dle vlastního uvážení provádí monitoring nebo poskytují základní intervence. Rozsah a zaměření si na základě svých možností vyhrazuje projekt Hard & Smart.

Druhá varianta spolupráce vychází z oboustranně nastavených podmínek, které reflektují poptávku ze strany majitelů klubů, organizátorů hudebních festivalů, promotérských

skupin atd. Na základě těchto podmínek je předem domluveno, do jaké míry budou služby projektu realizovány. Zpravidla jde o vytvoření specializované klidové zóny a info stánku (viz Prostředky k dosažení cílů). Model může být rozšířen také o hudební scénu prezentující klidnější a odpočinkové hudební žánry při nižší úrovni hlasitosti.

V případě třetí varianty pak jde o dlouhodobější spolupráci, která po splnění všech potřebných podmínek vrcholí udělením certifikátu Hard & Smart.

Příloha 1. Certifikační body projektu Hard & Smart

SPLŇTE 8 z 10 BODŮ A CERTIFIKÁT JE VÁŠ!

	Proškolte ochranku dohlížející na akci.		Zajistěte bezpečnější přepravu z akce.
	Zaveďte automat na kondomy.		Instalujte automat na špunty do uší.
	Nabídněte jeden nealkoholický nápoj levnější než alkoholický nápoj stejného objemu.		Proškolte personál v oblastech bezpečnějšího nočního života.
	Poskytněte návštěvníkům informace o alkoholu a jeho rizicích.		Nabídněte návštěvníkům bezpečnější šatnu.
	Poskytněte návštěvníkům informace o drogách a jejich rizicích.		Vytvořte stálou klidovou zónu.

BEZPEČNĚJŠÍ PÁRTY ŽIVOT

Mgr. Lucie Mašková

Terénní programy v Brně, Společnost Podané ruce, o. p. s.
e-mail: maskova@podaneruce.cz

Mgr. Otakar Veselý

Vedoucí Programu Hard & Smart, Terénní programy v Brně, Společnost Podané ruce, o. p. s.
e-mail: vesely.o@podaneruce.cz

Jaká očekávání jsou reálná od selektivní prevence na školách?

Jakub Švec

V tomto textu se podíváme podrobněji na jeden z možných přístupů k selektivní prevenci, a to k selektivní prevenci šikany na školách. Ukážeme si, v jaké podobě nejčastěji dostáváme zadání pro naši intervenci, jak na jeho základě připravujeme program, jakých dosahujeme výsledků a jaká doporučení jsme na základě své praxe nashromáždili.

V úvodu bych rád poděkoval organizátorům konference „Snižování rizik a drogy“ za pozvání. Na konferenci jsem si připadal trochu jako z jiné planety. Nejsem člověk, který se věnuje práci s uživateli návykových látek, nepůsobím v nízkoprahovém zařízení, neprovádím terapeutickou praxi. Čemu se věnuji zejména, je selektivní prevence mezilidských vztahů. Tj. situaci, kdy je nějaká třída napadena „virem“ šikany. Vztahy ve třídě se zhorší. V kolektivu žáků vykristalizuje někdo, kdo začne ubližovat jednomu či více spolužákům. Ubližování se postupně stává normou, oběť prožívá utrpení takřka každý den, útoky se stupňují, k agresorovi se přidávají další útočníci, oběť se přestává bránit... To jsou situace, ke kterým na mnoha našich školách, v mnoha našich třídách, bohužel docela často dochází (podle Michala Koláře, který se šikanou dlouhodobě zabývá, se až 20 % žáků během své „školní kariéry“ setká se šikanou). Snad postřehy, jak s tímto jevem pracujeme, budou zajímavé i pro odborníky na prevenci návykových látek.

Když jsem na konferenci poslouchal příspěvky kolegů, došlo mi, že máme přece jen různé styčné plochy. Na konferenci se velmi často hovořilo o minimalizaci důsledků užívání návykových látek pro samotné uživatele, jejich okolí, celou společnost. I výše zmiňované oběti šikany může na celý život poznamenat, že se s tímto systematickým, dlouhodobým ubližováním, jehož cílem bylo je ponížit a zotročit, setkaly. Oběti šikany ve škole jsou často také oběťmi domácího násilí. Oběti šikany v dospělosti mají nezřídka tendence k sebepoškozování nebo jsou agresivnější („vrací“ světu příkoří, které zažily). Tito lidé často prožívají úzkostné stavy, mají problémy zvládat svůj vztek, obtížněji navazují (i partnerské) vztahy, zůstávají sociálně izolováni. Mohou začít brát návykové látky, aby se se situací vyrovnali. (Zmíněná tvrzení pocházejí od Ivo Hurdálka, klinického psychologa a psychoterapeuta, která pronesl v roce 2009 na konferenci „Šikana jako etický, psychologický a pedagogický problém“.) Jak je vidět, mnohé věci, které se stávají uživatelům návykových látek, se stávají i obětí šikany a oběti šikany se mohou snadno stát uživateli.

ZADÁNÍ OD ŠKOLY

Výše bylo uvedeno, že se podíváme na to, jak se setkáváme se zadáním pro intervenci a jak připravujeme program. Autor tohoto textu spolupracuje nejčastěji s organizacemi Manta Edu, s. r. o., Jules a Jim, z. s., Projekt Odyssea, z. s., a Proxima Sociale, o. p. s. Většinou to funguje tak, že se na nás obrátí přímo škola s tím, že má podezření na to, že je někdo šikanován. (Přímo škola se to někdy dozví od spolužáků oběti – tedy pokud někoho informují, od rodičů oběti – opět pokud rodiče školu informují a pokud to oběť doma řekne, případně to vyplyne trochu „náhodou“ – učitelé si něčeho všimnou při dozoru, při návštěvě kulturní akce, apod. Sama oběť se o pomoc přihlásí zřídka, a pokud vůbec, tak jen na začátku. Pak už ji má/mají ve spárech agresor/agresoři.)

Když získáme zadání od školy, většinou provedeme šetření. (Informace získáváme od vedení školy a od třídního učitele/učitelky.) Snažíme se odhadnout, jak je šikana závažná. Pokud vyhodnotíme, že je to vhodné, dáme žákům k vyplnění dotazník. Dotazník vyplňuje každý z nich sám (aby nebylo vidět, co tam kdo píše) – často sedí po jednom v lavici nebo i na zemi. Pokud to jde, provedeme s žáky krátký (např. dvouhodinový) diagnostický program, skládající se z kooperativní aktivity (žáci musí společně např. nakreslit obrázek) a rozhovoru se třídou. Na základě výše uvedených šetření se snažíme zjistit, kdo ve třídě ubližuje komu, jakým způsobem, jak často, co je cílem ubližování (proč se to děje), jak na to reaguje oběť.

SPOLUPRÁCE

Školy s námi většinou spolupracují a mají na řešení situace upřímný zájem. Už několikrát jsme se ale setkali s překvapivou reakcí, když jsme konstatovali, že ve třídě šikana není. (Že v šikaně je běžné, že agresor má oběť „pod kontrolou“ tak, že se nemůže bránit. A to že v dané třídě neplatí. Že tam platí, že žák A ubližuje žákovi B, ale B to A vrací. A dost neurvale. Dochází k těžkému fyzickému napadání z obou stran. Ostatní žáci se do toho na obou stranách zapojují. Ubližování se ve třídě stalo normou, ale protože se to děje skoro způsobem „všichni proti všem“, nemůžeme konstatovat, že to je šikana.) A reakce školy byla: „*Takže to není šikana? Uf. A dáte nám to písemně?*“ My poukazovali na to, že i když ve třídě není nikdo vyloženě šikanován, že by bylo dobré věci řešit, že to je dost zoufalá situace. Jenže děti se prý občas škádlivají, a když to tedy není šikana, není nutné nic řešit. A od školy znovu zazněla otázka, zda to, že se nejedná o šikanu, dostanou písemně „s razítkem“.

Někdy se také stává, že je představa školy dost nerealistická. Chtějí řešit situaci, kdy jsou ve třídě těžce rozklížené vztahy (nebo přímo šikana). Situace se vyvíjela třeba od třetí třídy na prvním stupni. Se třídou se moc nepracovalo. Dnes jsou děti v sedmé, osmé třídě, a vztahy ve třídě jsou opravdu zoufalé. A škola říká: „*Napravte vztahy, ale hlavně rychle. My musíme především učit. Jedna, dvě krátké dvouhodinové intervence, to by mělo stačit, že?*“ Naše zkušenost ukazuje, že je pak se třídou třeba dlouhodobě pracovat, v rádech desítek hodin, aby se situace napravila. Zde narážíme často na neochotu škol tomu daný čas věnovat a samozřejmě na překážky v podobě toho, že nejsou finance.

Další situací, ke které ne zřídka dochází, je, že zadání ze strany školy zní „*opravte*“ nám třídu. „*Oni nikoho nerespektují. Pan/i učitel/ka třídní si s nimi neví rady.*“ I takové zadání můžeme splnit. Je pak ale důležité si uvědomit, že zde se nejedná o šikanu, ale o rozklížené

vztahy mezi učiteli a žáky, a takového léčebného procesu se musí účastnit obě strany konfliktu a obě musí chtít (jedná se pak vlastně o mediaci).

DIAGNOSTICKÉ ŠETŘENÍ

A jak postupujeme? Už jsme si řekli, že v úvodu provedeme diagnostické šetření (možná podoba diagnostického dotazníku je v metodice „Jak zlepšit vztahy v naší třídě – 2. stupeň ZŠ – Kurz prevence šikany“¹⁾). Někdy žáky rozdělíme do skupin (tak jak sami chtějí, tj. kdo chce být sám, zůstane sám, a kdo chce být ve skupině, je ve skupině) a dávají dohromady „co ve třídě v oblasti mezilidských vztahů funguje a co by chtěli, aby bylo jinak“. Na základě výstupů z těchto diagnostických šetření přizpůsobíme program. Většinou se jedná o několik setkání, kde provádíme kooperativní, nesoutěžní aktivity a hry (tzv. aktivity s pozitivní vzájemnou závislostí, kdy žáci musí spolupracovat, aby dosáhli cíle). Během programu stále a často diskutujeme o situaci ve třídě, o tom, co je nám příjemné a nepříjemné, jak bychom to chtěli. Hodně úsilí věnujeme tomu, aby ve třídě začala fungovat základní pravidla mezilidského soužití, zejména „v jednu chvíli mluví jeden“, „každý mluví sám za sebe“ a „komunikujeme otevřeně“. Někdy musíme žáky intenzivně získávat pro spolupráci, aby na zlepšení vztahů ve třídě vůbec chtěli pracovat. Na konci programu pak domlouváme se třídou a většinou i s třídní/m, jak bude postupováno dále (domluví se třeba další intervence za nějaký čas, zavedou se pravidelné třídnické hodiny, výjezd mimo školu apod.).

ÚČINNOST A ÚSPĚŠNOST PROGRAMU

Výše v úvodu jsme také slíbili, že se podíváme na výsledky a na to, jak účinnost naší práce měříme. Ideální je, když ve třídě proběhnou dvě diagnostická šetření, a to na začátku programu a po jeho skončení. Pak můžeme konstatovat, zda došlo k nějaké změně. I s ohledem na to, že často máme k dispozici jen málo času, domlouváme se s třídním, že se třídou bude nadále pracovat on, a konečné měření tak neproběhne. Je na něj ještě příliš brzo. I tak ale často třídní (a další učitelé) říkají, že se ve třídě atmosféra zlepšila. Někdy je už během programu patrné, že se třída ztišila, žáci si více naslouchají, méně (nebo vůbec) na sebe útočí. Přestávají komentovat to, co někdo jiný řekne. Např. během jednoho programu, který jsme provedli nedávno, na začátku programu jeden žák prohlásil, že by na jiného svého žáka nesáhl ani v rukavici, že ho nenávidí a nesnáší a že si přeje, aby ze třídy „vypadl“. Po několika intervencích na konci celého programu, když byla třída „hozena“ do kooperativního úkolu, tito dva žáci plnili úkol a přitom se drželi za ruku (na úkolu musely pracovat dvojice). Jsou to takové malé radosti, které se nepovedou vždy, ale když se povedou, je to úžasné.

Měření úspěšnosti programů selektivní prevence není snadné. Často je (jak jsme výše uvedli) příliš brzo na jeho provedení. Ne vždy o ně školy mají zájem. Proto se snažíme poukazovat na to, že je to důležité a velmi silně doporučujeme způsob a podporujeme myšlenku, kdy ve třídách dochází k opakované pravidelné diagnostice. Držíme pak „prsty na tepu“ třídy a neustále víme, co se ve třídě děje.

A jaká doporučení jsme za dobu naší praxe nashromáždili? Co si myslíme, že může pomoci udržovat dobré vztahy ve třídách a minimalizovat riziko šikany?

I Ke stažení na adrese <http://www.odyssea.cz/metodiky-osv.php?cast=kurzy-osv>

- **Pravidelně monitorovat vztahy ve třídě.** Abychom neustále věděli, co se ve třídě děje.
- **Všimát si i drobných signálů,** které by mohly něco naznačovat. Zhoršil se někdo prudce v prospěchu, je někdo o přestávce neustále mimo třídu, sedí někdo o přestávce ve třídě stranou? (V takových situacích je dobré nenápadně se poptat žáků ve třídě, co se děje, většinou mezi čtyřma očima.)
- **Sdílet informace ve sboru** – možná se jednomu žákovi v hodinách českého jazyka posmívají, v matematice mu schovávají pomůcky, v tělocviku do něj strkají... Je dobré, aby se takové informace u někoho shromažďovaly, protože z jejich propojení se leccos dozvíme.
- Velmi důležité je uvědomit si, že **ve škole nejsme „jen“ kvůli učení.** Kromě výuky a vzdělávání je tu i výchovná složka, která je neméně důležitá. Škola dává žákům model fungování společnosti. A jen na nás záleží, s jakým modelem fungování žáky seznámíme. (Jen na okraj, Michal Kolář poslední vývojové stádium šikany nazývá „totalitou“ – totalitní společností...)
- Co dlouho vznikalo, nelze vyléčit jednou intervencí. Tj. **na „léčbu“ je třeba věnovat dostatek času (a peněz).** „Vyléčit“ šikanu potřebuje řádově desítky hodin. Nemusí to dělat zdaleka jen („drazí“) externisté. Ale je třeba tomu věnovat čas.
- **Není důležité, zda jde přímo o šikanu.** Pokud jsou ve třídě rozklížené vztahy, pojďme to řešit. A není podstatné, zda to šikana je, či není.
- Významné může napomoci **vytvořit komplexní, promyšlený a pravidelný systém třídnických hodin.** Aby se žáci pravidelně setkávali a na vztazích se pracovalo.
- Doporučujeme také pracovat s učiteli. **Rozvíjet to, čemu říkáme „vztahová inteligence“ nebo „sociální inteligence“.** My učitelé jsme vzorem. Pokud máme špatné vztahy mezi sebou, žáci to vidí, fungujeme modelově. (Autor tohoto textu si často všiml, že když na škole byla pohodová atmosféra ve sboru, odpovídal tomu většinou i stav ve třídách. A naopak.)
- Je dobré, abychom my učitelé také věděli, **jak intervenovat, co při prevenci šikany (ne)dělat** (např. nekonfrontovat oběť s agresorem, nedělat soutěžní aktivity apod.).
- V neposlední řadě může pomoci i **otevřená a vztahově čistá komunikace s rodiči.** Když rodiče do školy přichází s obavou o něčem informovat, přinášejí svá podezření a strachy, že je jejich dítěti ubližováno, vždy s nimi jednejme slušně a berme je vážně (i když je to někdy dost obtížné a třeba si myslíme, že jejich potomek není obět, jak nám říkají, ale naopak ten, kdo šikanu způsobuje).

V tomto textu jsme se zabývali fenoménem školní šikany. Ukázali jsme si, jak získáváme zadání, s jakými obtížemi se přitom potýkáme. Naznačili jsme si, jak provádět intervenci, na jaké problémy narážíme, když chceme „měřit“ výsledky našeho snažení. Na konec jsme si sdělili pár praktických doporučení. Na závěr dovolte jeden postřeh, vážení se k názvu tohoto článku. Existují jakési propojené nádoby. Můžeme udělat krátký program. Bude dokonce i levný. Ale jeho dopad bude malý. Pokud chceme, aby dopad byl velký, účinný, pak musíme provést program, který bude asi i časově a rozpočtově náročný. Tolik k tomu, jaká očekávání jsou reálná. Držme si jen palce, aby to, co Michal Kolář nazývá „epidemií šikanování na školách“ se nám dařilo zvládat, aby se se šikanou setkávali žáci jen výjimečně, ideálně vůbec. Pokud někdo ze ctěných čtenářů bude chtít na tento text reagovat a diskutovat, autor bude jedině rád.

Mgr. Jakub Švec

e-mail: jpps@seznam.cz

Jak snižujeme rizika užívání drog u injekčních uživatelů drog na Plzeňsku?

Jiří Frýbert

TERÉNNÍ PROGRAM ULICE

Terénní program Ulice provádí od roku 2001 terénní sociální práci u uživatelů nelegálních návykových látek a dále u lidí prodávajících sexuální služby, a to jak na ulici, tak na erotických privátech a klubech. Tyto osoby podporujeme ve snižování rizik jejich způsobu života, a tím přispíváme i k ochraně veřejného zdraví. Službu poskytujeme anonymně a bezplatně, a to v Plzni, Rokycanech, Klatovech a Přešticích. Při snižování rizik se zaměřujeme především na problémové uživatele drog. K této činnosti dochází v bytech klientů, v kanceláři terénního programu, v ulicích zmiňovaných měst, na trase pouliční prostituce, v erotických klubech a privátech a speciálně také v sociálně vyloučené lokalitě Plac v rámci působení ve Středisku inkluzivních služeb.

Jsme registrovaná sociální služba, jako druh služby máme uvedeno terénní programy (TP). Že je náplní terénních programů snižovat rizika uživatelů služby, nám ukládají následující zákony a další dokumenty. Zákon o sociálních službách v § 69 uvádí, že terénní programy jsou pro osoby, které „vedou rizikový způsob života a jsou tímto způsobem života ohroženy (...), cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života.“ Prováděcí vyhláška č. 505/2006 pak v § 34 mezi základní činnosti řadí „orientaci ve společenském prostředí (...), pomoc při vyřizování běžných záležitostí (...), podporovat začleňování osob (...), poskytovat informace o rizicích.“ Naši činnosti se dále dotýká zákon 379/2005 Sb. (tzv. protikuřácký zákon), který v § 20 jmenuje typy odborné péče, a to včetně terénních programů. Ukládá nám „poskytovat odbornou péči, jejímž cílem je mírnění škod na zdraví (...).“ Snižování rizik je také jedním ze čtyř pilířů (spolu s prevencí, léčbou a snižováním dostupnosti) Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018. Zde je chápáno především jako snížení rizik u zdravotních a sociálních dopadů užívání a snížení míry samotného užívání drog. Vzhledem k tomu, že jsme zároveň certifikovaná služba, jsou pro nás závazné i Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. U terénních programů se na str. 25 uvádí, že „služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledávání dalších vhodných služeb.“

Jednotlivé předpisy nám tedy ukládají snižovat rizika, ale již příliš nespecifikují, co konkrétně si pod tím představit a jak to udělat. V následujícím textu popíši, jak pojmáme naplňování zmiňovaných dokumentů v TP Ulice. Při této příležitosti jsem vybral několik témat, která jsou pro nás specifická, a představím činnosti, ve kterých se odlišujeme od jiných programů. Kromě nabídky příkladů dobré praxe se v závěru zmíním i o tom, co se nám při snižování rizik nedaří a jaké výzvy spatřujeme v oblasti snižování rizik v následujících letech.

NOVÉ OPIOIDY

Velké nároky na snižování rizik nám přinesla proměna drogové scény v Plzni a Rokycanech, která začala v závěru roku 2010. Do té doby užívala většina našich klientů heroin, který se však pomalu začal stávat nedostatkovým zbožím. Ten, který šel na černém trhu v té době zakoupit, byl velmi nevalné kvality. Jeho místo tak záhy zastoupily opioidní léky jako Vendal retard, fentanylové náplasti či Palladone (více Frýbert, Ackrmannová, 2013; Frýbert, Ackrmannová, 2014). Zmizela tak droga, na kterou byli uživatelé zvyklí a o jejímž užívání měli pracovníci dostatečné znalosti. A přišly nové drogy v podobě analgetik, jejichž užívání a z toho plynoucí rizika byla neznámou jak pro klienty, tak pro streetworkery. V momentě, kdy nám klienti začali vyprávět o nově užívaných látkách a začali se vyptávat, co že si to vlastně aplikují, byli jsme nuceni nastudovat množství nové odborné literatury a být schopni informace v laické podobě předat klientům. Zároveň jsme se snažili klientů ptát na jejich praxi a tyhle dvě věci jsme postupně kombinovali a vytvářeli nové informace, které jsme v rámci snižování rizik předávali. Ptali jsme se, kolik si toho dávají, jak to rozdělávají a aplikují. Při tom jsme jim odhalovali jejich mýty a zvědomňovali chyby a nedostatky v informacích. A samozřejmě jsme se zároveň stále učili, protože mnoho věcí nás bez každodenní aplikační praxe ani nenapadlo. Následně jsme publikovali několik textů pro kolegy z oboru a uskutečnili několik odborných přednášek o zneužívání opioidních léků.

Pokud mluvíme konkrétně o snižování rizik při injekčním zneužívání analgetik, je třeba mít na paměti následující témata. Jde o průmyslově vyrobenou látku, kde je obsah účinné látky zaručen (na rozdíl od pouličního heroinu). Potence účinných látek v případě fentanylu či hydromorfonu je vyšší než u morfinu. Klienti se tak setkávají se silou, na kterou nejsou zvyklí, a předávkování je velmi snadné. Navíc u fentanylové náplasti je nevyzpytatelnost dávkování značná. Aplikují si do žíly roztok z léků, které jsou určeny k jinému způsobu užití než injekčnímu. Ohmatané tabletky léků jsou plné bakterií, takže je třeba dbát na filtrování. Hrozí nebezpečí výplachů a jejich přeprodávání, kdy nevíme, kdo a čím si již z preparátu aplikoval. Vzhledem k čistotě a síle dochází častěji k rozdělávání ve skupině několika uživatelů. Na pracovníky tak nově objevující se opioidy kladou nároky na znalost jejich potence, vzájemných ekvivalentů a důsledků možných kombinací (Frýbert, Ackrmannová, 2013; Frýbert, Ackrmannová, 2014).

Pokud nám leží na srdci snižování škod, nelze si nepoložit otázku, nakolik ho zásahy do černého trhu s drogami podporují, či naopak problematizují. Je lepší uživatelům drog nechat preparáty, které znají a se kterými umějí zacházet? Nebo je přínosnější, když mají k dispozici čistou látku, u které je známo i množství? Je lepší, že vědí, co si dávají (což u pouličního heroinu nikdy nevěděli)? Vzhledem k nesprávnému způsobu aplikace si uživatelé do žil aplikují nejen účinnou látku, ale také spoustu látek dalších, a navíc nikdy přesně neví, kolik čeho vzniklý roztok obsahuje. Vzhledem k zaručené síle však klesají finanční náklady, čímž klesá

i míra páchané kriminality, a tím pádem se mění i kvalita života. Díky tomu, že není třeba takové množství aplikací, dochází také k pozitivnímu vlivu na cévní systém a snižuje se možnost náklady (Frýbert, Ackermannová, 2015).

PRÁCE NA BYTECH

Jedním ze základních způsobů práce harm reduction je pro nás práce na bytech. Tedy tam, kde je klient doma v rodinném prostředí anebo kde žije s partnerem či v rámci komunity uživatelů drog. Jedná se o byt, ve kterém žije klient či skupina klientů, které vzájemně spojuje společný jmenovatel, droga. Činnost v takovém prostoru s sebou přináší výhody v poznání širšího kontextu uživatelského života. Tento typ kontaktování je z mnoha hledisek výhodný pro nás i pro klienty – zejména díky pravidelnému přísunu zdravotnického materiálu pro bezpečnější aplikaci a možnosti poskytnutí dalších služeb je snazší do komunity uživatelů drog proniknout, včas se seznámit se začínajícími uživateli a v neposlední řadě navázat bližší kontakty. Jelikož se na námi kontaktovaných bytech vyskytují z 95 % sociálně vyloučení Romové, jsme často jediní zástupci majoritní společnosti, se kterými se setkávají v pozitivní rovině a bez předsudků, což pomáhá snižovat negativní představy a zároveň i práh dalších organizací.

Další důležitou stránkou tohoto typu práce s klienty je možnost navázat bližší kontakt s jejich rodinnými příslušníky a pracovat i s nimi (např. poskytování testů na infekční choroby, zvýšení informovanosti v drogové, sociální a zdravotní oblasti). Jako příklady úspěšné spolupráce na tomto poli mohou uvést partnera uživatelské drogy, kterému jsme pomáhali řešit situaci ohledně invalidního důchodu. Testovali jsme také partnerku našeho klienta, která sama drogy neužívala, ale píchla se o klientovu stříkačku. Na jedné ubytovně jsme bratrovi slovenského uživatele drog pomáhali vyřídit kartičku zdravotního pojištění, když k nám pak získal důvěru, začal i on sám využívat náš výměnný injekční program.

V Plzni je typické, že romští uživatelé drog pohybující se na bytech, kam docházíme, patří většinou mezi polyvalentní uživatele drog. Různé opioidy si aplikují převážně injekčně a pervitin kouří z aluminiové fólie. I takový postup považujeme za dobrý výsledek v oblasti snižování rizik. Každá aplikace, která je provedena jinak než injekčně, je v rámci bezpečnějšího užívání kvitována. Stále častěji se u tohoto typu klientů setkáváme s tím, že kombinují základní drogu s dalšími léky, nejčastěji se jedná o Rivotril, Neuro, Xanax, Diazepam, Tramal či Tralgit. Zaměřujeme se tak na nebezpečí plynoucí z kombinací jednotlivých preparátů a snažíme se na základě diskuzí s klienty o jejich praxi publikovat texty na dané téma. Několik takových publikovaly v roce 2015 kolegyně Kubečková a Krumposová na stránkách eDekontaminace, první z nich vyšel v tištěné podobě v Dekontaminaci 1/2016.

Za posledních 5 let (2011–2015) jsme ročně navštěvovali v průměru 33 bytů, které patřily uživatelům drog. Za pozitivní považujeme, že se naši klienti naučili, že v momentě, kdy jeden byt opustí, pozvou nás v krátké době na svoji novou adresu a kontakty se nepřerušují. Je to pro nás pozitivní zpětná vazba dokazující, že zvolený způsob práce naší organizace tomuto druhu klientů vyhovuje. Většina navštěvovaných bytů je v posledních letech na ubytovnách, kam se část klientů přesunula z městských bytů ze zaniklých sociálně vyloučených lokalit.

V uplynulých pěti letech se nám na bytech daří vyměnit více jak polovinu všech vyměněných stříkaček. V roce 2015 jsme se dostali dokonce na číslo 62 % z celkového objemu vyměněných stříkaček za daný rok. Odehrává se zde v průměru 45 % všech našich výměn, při konkrétním vyčíslení se dostáváme přibližně na 39 injekčních setů při jedné výměně. V průměru se zde uskuteční 36 % všech kontaktů s uživateli drog a během roku na bytech kontaktujeme zhruba třetinu všech našich klientů, které řadíme mezi problémové uživatele drog. Při porovnávání jednotlivých prostorů a časové dotace pro přímou práci shledáváme práci na bytech jako nejefektivnější nástroj v rámci snižování rizik.

INJEKČNÍ UŽIVATELKY DROG NA TRASE

Jedním z míst, kam docházíme za injekčními uživateli a uživatelkami drog (IUD), je trasa. Trasa je neoficiální, za to však všeobecně povědomé označení pro prostor, kde se uskutečňuje pouliční prostituce. TP Ulice se od většiny jiných programů liší v tom, že se sexuálními pracovníci pracují i muži. A dále v tom, že jsme v kontaktu i s partnery žen, kteří zde vystupují v roli ochránců a pasáků a kteří se také stávají našimi klienty.

Sexuální pracovníce (potažmo jejich partneri), které patří mezi IUD, jsou ohroženy nákladem infekční nemocí dvojnásob. Praxe také ukazuje, že kvůli své závislosti jsou ohroženější při poskytování sexuálních služeb (jsou častěji ochotny jít do rizikových praktik, poskytování služeb za nižší částky je nutí mít více zákazníků, častěji u nich dochází k napadení a mají nad sebou menší kontrolu).

Naši terénní pracovníci a pracovníce na trase klientům, respektive klientkám poskytují výměnný injekční program, nabízejí jim kondomy, lubrikační gely, těhotenské testy či menstruační houbičky. Klientele je často přímo na místě zprostředkováno screeningové testování na virová onemocnění. Pro případ reaktivního výsledku se nám osvědčilo mít dohodu s konkrétními lékaři na odborných pracovištích pro jednotlivá onemocnění, kam je můžeme odeslat či doprovodit kvůli konfirmačnímu testu. V souvislosti s lékařskou péčí se nám ukázalo jako velmi výhodné být domluveni s gynekoložkou, která je ochotna naše klientky přijímat a řešit s nimi aktuální problémy ohledně onemocnění či těhotenství. Obdobně bychom byli vděční za spolupracujícího lékaře zubaře, to se však zatím nestalo. Klientele je zde (a samozřejmě i v jiných prostorech terénu) nabízena asistenční služba k lékaři či na úřad v rámci zdravotního a sociálně-právního poradenství. Doprovod do jednotlivých institucí vnímáme jako úspěšný nástroj pro snižování další marginalizace. Zaměstnanci jednotlivých zařízení se ke klientům chovají v naší přítomnosti mnohem vlídněji a věci, které před tím nešly nebo jen velmi obtížně, tak najednou možné jsou.

U klientek se soustředíme také na snižování rizik, co se týká nebezpečí plynoucího z poskytování sexuálních služeb na ulici. Mluvíme s klientkami o tom, jak předejít násilí, jak se vyvarovat napadení, okradení či znásilnění. Na základě výzkumu na dané téma jsme pro klientky zpracovali brožuru „Hlasy z trasy“, která obsahuje rady a tipy pro zvýšení jejich bezpečnosti. Unikátní je to, že tyto informace pocházejí od samotných klientek, jsou vytvořeny jejich zkušenostmi a praxí. Jsou to vlastně vzkazy klientek sobě navzájem. Z důvodu snižování rizik a v souvislosti s novelou zákona o provozu na pozemních komunikacích jsme klientkám do vánočních balíčků v prosinci roku 2015 přidali i reflexní pásky. Což se později ukázalo jako dobrý tah nejen s ohledem na jejich bezpečnost, ale i s ohledem na zbytečné pokutování

ze strany policie. V některých obcích totiž novelu pojali jako další nástroj, jak sexuálním pracovním znepříjemnit život a „další z možností, jak s prostitucí bojovat.“ (Janouš, 2016)

U klientek, které jsou závislé na opioidech, se nám velmi osvědčilo převedení do substituční léčby. Většina z nich poté přestala na trasu docházet, čímž se vyhnula mnohým rizikům, která tato činnost přinášela. Nevýhodou však je, že kapacita substituční léčby je v Plzeňském kraji nedostatečná, a dále je zde problém, že neexistuje možnost substituční léčby pro klientky, které jsou závislé na pervitinu.

Velkým tématem v rámci kontaktní práce a poradenství jsou také kontroly ze strany policie a udělování pokut v souvislosti s vyhláškami zakazujícími prostituci v Plzni a ve Vejpřicích. Policisté a strážníci ne vždy dodržují postupy, které jim ukládají zákony, a tak klientkám vysvětlujeme, co mohou, a co již ne, aby byly schopny se samy bránit. Objasňujeme, jak je to s udělováním pokut, jejich podepisováním a správním řízením. Při neplacení pokut klientkám vznikají další dluhy, což jejich nepříznivou situaci dále zhoršuje. To má následně i další dopady, když klientka opustí svět sexbyznysu a má tendenci žít životem majoritní společnosti. Kvůli strhávání exekucí z platu se jí do práce jít nevyplatí, na přidělení městského bytu nemá nárok kvůli dluhu vůči městu.

Někdy nastanou případy, kdy nás míra nerespektování či porušování práv klientek přiměje spojit se s příslušnou institucí, aby se zabránilo dalšímu poškození a prohlubování marginalizace či stigmatizace. V roce 2015 jsme řešili dva takové případy. V prvním odmítli v plzeňské nemocnici provést interrupci slovenské klientce s odvoláním na zákon č. 66/1986 Sb., který říká, že se umělé přerušování těhotenství neprovede cizinkám, které se v České republice zdržují pouze přechodně. Domnívali jsme se, že zde došlo k porušení práva klientky vzhledem k členství České republiky v Evropské unii. To potvrdila i Kancelář Ombudsmana pro zdraví a nabídla klientce pomoc při uplatňování práv, která jí byla odepřena. Tím to však bohužel skončilo, protože klientka neměla zájem účastnit se sporu s nemocnicí a ani nechtěla, abychom do sporu vstoupili my jako organizace. Ve druhém případě byly v srpnu 2015 některé naše klientky vozeny Policií ČR na služebnu do Nýřan, kde je dle slov klientek nutili podepisovat pokuty, aniž by jim bylo cokoliv vysvětleno. Poté, co jsme požádali dotyčné oddělení o schůzku vzhledem ke znepokojivým informacím, vození klientek na služebnu náhle ustalo.

CO SE NEDAŘÍ A CO NÁS ČEKÁ

Představil jsem příklady dobré praxe a ukázal, co se například v naší organizaci na poli snižování rizik daří. V závěru bych však rád zmínil ještě několik věcí, které se zatím celorepublikově neřeší a jejichž zlepšení by prospělo i naší práci s klienty. Poukáží také na některé situace, které vnímám jako výzvy pro náš obor v následujících letech.

Nastavení systému včasného varování v současnosti neodpovídá potřebám nízkoprahových programů. Pokud dojde k předávkování uživatele drog, pracovníci ve službách žádné informace nezískají. Nemají tak možnost upozornit či varovat další uživatele.

V některých zemích funguje distribuce naloxonu (např. ve formě nosního spreje) jako prevence úmrtí při předávkování mezi uživateli opioidů. Je otázkou, jestli s nastupujícími silnými opioidy nezačít uvažovat o této formě prevence i v České republice.

Populace IUD stárne, jejich zdravotní problémy se zvětšují a potřebují stále větší a odbornější lékařskou péči, kterou jen těžko nacházejí. V některých zemích existují instituce zajišťující tzv. pouliční medicínu, to znamená lékařskou péči přímo na ulici, kdy se potřebná služba dostane klientovi přímo v jeho přirozeném prostředí.

Poškození se s postupujícím věkem týká i žilního systému, takže dlouholetí uživatelé potřebují na jednu aplikaci několik jehel. Je otázkou, jestli pak nepřehodnotit pravidla nízkoprahových programů, kdy se snažíme o vyrovnaný stav in/out. Pokud má takový klient na výměnu jednu špinavou stříkačku, tak jestliže mu za ni dám jednu čistou, pravděpodobně mu to k aplikaci stačit nebude, a program se vlastně míjí svým účinkem.

Setkáváme se s nedostatečným vzděláním lékařů v oblasti adiktologie, kteří přicházejí v nemocnici do kontaktu s mnohaletými injekčními uživateli. Neznají substituční preparáty a například klientce, která 15 let užívá různé opioidy několikrát denně a v nemocnici je hospitalizována s rozsáhlými bérčovými vředy, nasadí při abstinenčním syndromu Apaurin. Jiného letitého klienta hospitalizovaného s trombózou nechají raději po tiché dohodě polykat Vendal retard, který si s sebou přinesl z domova. Obdobný přístup je i ve věznicích, kdy například klientka nastupovala k výkonu trestu jako závislá na opioidech, které ve vězení musela vysadit. Věznicí však opouštěla díky tamnímu psychiatrovi jako závislá na benzodiazepinech, takže jakákoliv adaptace pro ni byla po výstupu mnohem obtížnější.

Stále se nám zvyšuje počet cizinců (především občanů Slovenské republiky), kteří mají zdravotní pojištění pouze pro neodkladnou péči a jsou zde se statutem turisty, takže najít pro ně lékařskou péči je velmi obtížné. Vyřizovat zakázky pro tuto skupinu klientů, z nichž velká část ztratila všechny doklady, je pro nás stále náročnější. Vyžadují mnoho výkonů sociální práce, jsou jim věnovány hodiny během asistenční služby na úřady a k lékařům, příprava na řešení jejich zakázek a komunikace s institucemi a lékaři stojí obrovské úsilí. Ve finále se s odsudkem lékařů a úředníků setkáváme i my pracovníci, že jim tam vodíme tak „problematické“ klienty v tak neřešitelné situaci.

Mezi IUD narůstá bezdomovectví (či latentní bezdomovectví), takže přibývá i lidí bez dokladů, čímž se zvyšuje obtížnost dostat se k potřebným službám. Mám pocit, že systém vůbec není připraven na lidi, kteří žili několik let bez veškerých dokladů, finančních prostředků a jsou z různých částí republiky. Někteří z klientů jsou nezaměstnatelní, protože mají přiznaný invalidní důchod v určitém stupni. Peněžitá dávka jim však není vyměřena kvůli nedostatečné účasti na důchodovém pojištění, a dochází tak k dalšímu propadu. Otázkou také je, co bude s klienty, kteří žijí na ulici, až se dožijí důchodového věku. Sociální pojištění si neplatí, oficiálně odpracováno nic nemají, strávili pouze nějaký čas v evidenci úřadu práce. Z čeho budou žít v pozdějším věku, až jim síly a zdraví sloužit nebudou, je velkou neznámou.

Literatura

- Frýbert, J., Ackrmannová, M. (2013). *Vendal retard a jeho injekční zneužívání*. [Online]. [Citace: 2016-4-13] <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/302/opioid-vendal-retard.html?warning=kill>
- Frýbert, J., Ackrmannová, M. (2014). *Fentanylové náplasti a jejich injekční zneužívání*. [Online]. [Citace: 2016-4-13] <http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/412/fentanylove-naplasti-a-jejich-injekcni-zneuzivani.html?warning=kill>
- Frýbert, J., Ackrmannová, M. (2015). *Preference jednotlivých opioidů mezi klienty spolku Ulice – Agentura sociální práce*. *Adiktologie*, 15(3), 242–251.
- Janouš, V. (2016). *Reflexní prvky prostitutkám ztěžují práci, policie je nyní víc hlídá*. *Idnes*, 4. 3. 2016. [Online]. [Citace: 2016-4-15] http://zpravy.idnes.cz/policie-prostitutky-reflexni-prvky-kontrola-fot-/domaci.aspx?c=A160303_211314_domaci_san
- Kiššová, L. (ed.) (2011). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Libra, J. (ed.) (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. [Online]. [Citace: 2016-4-13] http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
- Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

PhDr. Jiří Frýbert

Vedoucí Terénního programu Ulice, Spolek Ulice Plzeň
e-mail: jirka@ulice-plzen.com

Časopis Dekontaminace – 20 let

Aleš Termer

Časopis je uživatelům návykových látek k dispozici v terénních programech a kontaktních centrech již dvacet let. Od svého počátku je vydáván zapsaným ústavem SANANIM. Tiskovina obsahuje informace vedoucí ke změně životního stylu uživatelů směrem k méně rizikovému. Podstatnou část obsahu tvoří témata o návykových látkách a jejich bezpečnějším užívání, rizicích nákazy infekčními chorobami, síti zařízení pro prevenci a léčbu návykových onemocnění. V časopise se objevují informace o sociálním a zdravotním systému, témata věnující se občanskému i trestnímu právu, a v neposlední řadě názory uživatelů, odborné i laické veřejnosti na drogovou scénu. Forma zpracování využívá hovorového jazyka blízkého cílové skupině, pestré grafiky, humoru i naturalistického pohledu na život lidí užívajících drogy. Redakce se inspiroje podobně zaměřenými periodiky v zahraničí. Redakci tvoří tým pracovníků TP SANANIM a některých dalších zařízení organizace. Do média píše i externí přispěvatelé z nízkoprahových služeb, léčby či substituce.

VZNIK

Prvním pokusem o vydávání tištěného periodika byl bulletin Kontaktního centra SANANIM s názvem ŠIT z roku 1995. Na přípravě tohoto černobíle tisknutého letáku se podíleli i samotní klienti.

Od roku 1996 se tato letáková forma transformovala do časopisu s názvem Dekontaminace. Přípravu časopisu mají od té doby ve své kompetenci Terénní programy SANANIM, jejichž pracovníci se stávají jádrem redakční rady. Obsah i forma se profesionalizuje, ikdyž valnou částí časopisu je stále klientská tvorba, ať už jde o krátké rýmováčky, příběhy ze života či kresby. Časopis byl tehdy ještě pořád černobílý, vycházel v nákladu 1 000 kusů a byl k dispozici téměř výhradně pro pražskou drogovou scénu.

VÝVOJ A VYUŽITÍ

Časopis střídal různé formáty. Od roku 2002 přechází na formát A5 naležato. Takto vychází dodnes a je pro toto periodikum typický. Jednotlivá čísla jsou tematicky zaměřená. Obrazového materiálu je zprvu v časopise pomálu, a obvykle plní pouze ilustrační úlohu. Od roku 2007 již vychází časopis v plné barvě.

Redakce od té doby využívá plné barevnosti a snaží se přidávat co nejvíce vlastních obrázků dokumentujících život na ulici i zdravotní komplikace lidí užívajících drogy. V praxi se osvědčuje humorná stylizace, či konfrontace s takzvanými ošklivými obrázky – naturalistickými fotografiemi z terénu.

Dekontaminace se ukazuje jako užitečný nástroj při intervencích s klienty k podpůrné laické diagnostice zdravotních komplikací prostřednictvím reálných fotografií, případně jako podklad textové i obrazové doplňující verbální informaci od pracovníka ke klientovi. Často také klienti sami přicházejí k pracovníkům s potřebou zabývat se tématem, o kterém se na stránkách Dekontaminace dočetli.

PŘICHÁZÍ PAN SMAŽKA

Významnou postavou, která přitahuje čtenáře k zájmu o časopis, je Pan Smažka na stránkách Dekontaminace. Jedná se o stylizovanou postavu drogově závislého ocitajícího se v rozličných paradoxních či absurdních životních situacích, podobných těm, které běžně klienty potkávají. S příběhy této postavy zpracovanými vtipnou formou do třech okének komiksového stripu se klienti identifikují a mají je rádi. Cílem je pobavit, i pobídnout k zamyšlení nad vlastní situací.

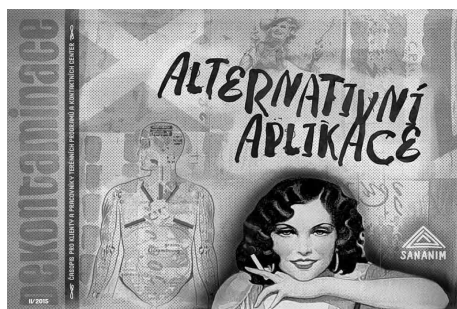
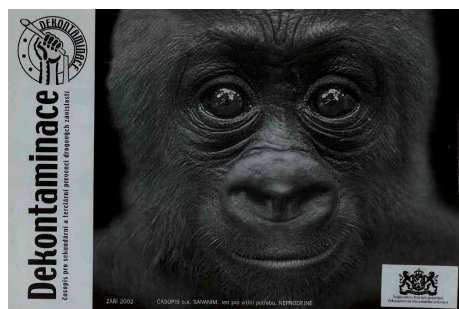
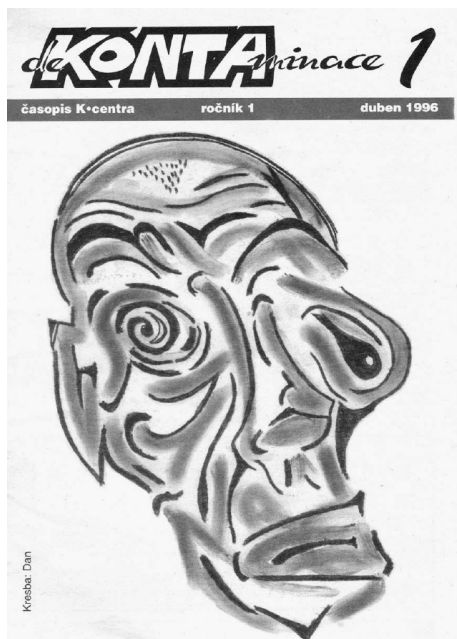


V roce 2010 vzniká webový portál eDekontaminace.cz. Cílem je vytvoření elektronické databáze všech vydaných časopisů i nepublikovaných článků k přečtení i stažení. Web se také snaží propojovat služby s cílovou skupinou uživatelů drog prostřednictvím sdílení letáků a časopisů jiných vydavatelů z České republiky a Slovenska.

eDekontaminace má svou podobu na sociálních sítích. Facebooková stránka odkazuje na vlastní web, anoncuje další vydání časopisu, sdílí příspěvky vlastní i spřátelených zařízení, případně zveřejňuje tematicky zaměřené informace z médií.

OCENĚNÍ

V roce 2005 získal časopis cenu Jaroslava Skály a v roce 2009 čestné uznání v rámci stejné soutěže.



SOUČASNOST

Náklad postupem doby razantně vzrostl. Nyní vychází časopis čtyřikrát ročně v celkovém nákladu 26 000 kusů, a je distribuován do více než padesáti zařízení pro uživatele drog. Každoroční vyhodnocování písemných zpětných vazeb od většiny odběratelů přináší pro redakci mnoho podnětů i inspirací. Nosným tématům jednotlivých vydání je obvykle věnováno více než 50 % prostoru. Témata některých vydání z poslední doby: Lidské tělo, Kontaktní centra, Alternativní aplikace, Čistota, Gambling.

Dekontaminace je oblíbená mezi pracovníky i klienty. Každé další vydání je netrpělivě očekáváno. Přestože tvorba časopisu zabírá mnoho času nad rámec běžné pracovní náplně přispěvatelů, daří se udržet vydávání časopisu na čtyřech vydání ročně i za cenu občasných výkyvů v periodicitě. Pozitivní trend chce redakce udržet a zůstat tak nejoblíbenějším a zároveň nejprofesionálnějším médiem určeným přímo lidem užívajících návykové látky.

Aleš Termer, DiS

Terénní programy SANANIM

e-mail: termer@sananim.cz

Nové syntetické drogy a jejich možná rizika

Martin Kuchař

Úvod

Fenomén nových syntetických drog je nedílnou součástí drogové scény v Evropě a Severní Americe již řadu let. Objevují se však i v dalších zemích asijského regionu, Austrálie, ale překvapivě také v oblasti produkce přírodní drogy kokainu – Jižní Americe. Na evropském trhu byl zvýšený výskyt těchto látek zaznamenán především v posledních pěti letech. Například během roku 2007 bylo v Evropě zaznamenáno 15 nových syntetických drog, v roce 2013 přibýlo dalších 81, v roce 2014 dokonce 101. Kulminace zřejmě nastala v roce 2015 se 100 zaznamenanými případy hlášení výskytu nové NPS.¹ Celkově ke konci roku 2015 organizace EMCDDA registruje okolo 550 nových psychoaktivních látek. Jak je patrné ze vzrůstající tendence počtu NPS objevených za rok, je potřeba tomuto eskalujícímu problému věnovat opravdu velkou pozornost. Za povšimnutí jistě stojí, že některé státy EU jsou tímto fenoménem postiženy mnohem více než jiné. Pěkný příklad je Maďarsko, kde záchyty NPS tvoří až 70 % všech zadržených drog, což ostře kontrastuje se sousedním Slovenskem s řádově jednotkami procent záchytů NPS. Tento nepoměr se vysvětluje rozdílnou tradicí v užívání drog a dostupností levné klasické drogy, jako je metamfetamin z České republiky nebo amfetamin z Polska. Vedle Maďarska jsou více exponovány také severské státy, dále Velká Británie a Irsko.

LEGISLATIVNÍ RÁMEC NPS²

Zákony regulující výrobu a distribuci omamných a psychotropních látek obvykle vymezují tyto látky taxativně. Tento legislativní přístup vychází z historických kořenů a je aplikován ve **většině zemí Evropské unie**, kromě zemí s anglosaským právním řádem, kde se prosadil přístup tzv. generický, kdy je definována celá skupina látek. V ostatních zemích EU je proto výroba a distribuce psychoaktivních látek, které nejsou explicitně uvedeny v příslušných zákonech, obtížně postižitelná.

Podle směrnic Rady EU (97/396/JHA) jsou **nové syntetické drogy** definovány jako: „látky s omezeným terapeutickým využitím, které nejsou uvedené v seznamu látek podléhajících konvenci Spojených národů z roku 1971 o Psychotropních látkách. Tyto látky se v anglicky psané

literatuře nazývají také **Designer Drugs** a jsou definovány jako: „Psychoaktivní látky produko-
vané z prekursorů v nelegálních laboratořích, které jsou navrženy jako analoga nelegálních drog za
účelem obejít stávající legislativu, jedná se o imitaci klasických drog nikoli inovaci.“

Často se setkáváme s označením **legal highs** („legální povzbuzovány“), což jsou všechny
látky jak syntetického, tak přírodního původu prodávané ve specializovaných prodejnách,
pro něž se vžil označení *Headshop*, *Amstrdamshop*, *Euforiashop* a *Smartshop*. Je pochopitelné,
že nové syntetické drogy nemohou být na trhu explicitně deklarovány jako drogy, psychosti-
mulancia či halucinogeny. Obvykle se proto prodávají jako sběratelské předměty, přísady do
koupele, rostlinná hnojiva, vykuřovací směsi, chemikálie pro výzkumné účely apod. Termín
legal highs odkazuje na to, že se jedná o látky legální.

V češtině se vžil termín **nové syntetické drogy**. Jde o skupinu látek představujících nej-
častěji deriváty a analoga známých omamných a psychotropních látek. Mezi nové syntetické
drogy patří i mnohé z látek připravených a testovaných Dr. A. Schulginem¹. Schulgin, který
je bezesporu nadaným a schopným chemikem a farmakologem, tak představuje poněkud
kontroverzní osobnost.

Vzhledem k tomu, že mezi zneužívané nové drogy nepatří jen syntetické látky, ale i rost-
linné extrakty a přírodní materiál, doporučuje se používat termín **nové psychoaktivní
látky** (NPS, New Psychoactive Substances). Tyto látky jsou rozhodnutím Rady EU (CD
2005/387/JHA) v rámci postupu boje s výše uvedeným fenoménem definovány následovně:
„Omamné a psychotropní látky v čisté podobě nebo směsi, které nejsou uvedeny v seznamu látek
podléhajícím regulaci dle konvencí (1961 United Nations Single Convention on Narcotic Drugs
a 1971 United Nations Convention on Psychotropic Substances).“

ROZDĚLENÍ NPS

Nové psychoaktivní látky lze rozdělit do několika skupin podle jejich farmakodynamických
vlastností. Látky se dělí také podle struktury, vazby na příslušné receptory a působení na
organismus. V následujícím přehledu budou představeny tři nejvíce zastoupené skupiny NPS
z pohledu počtu intoxikací.

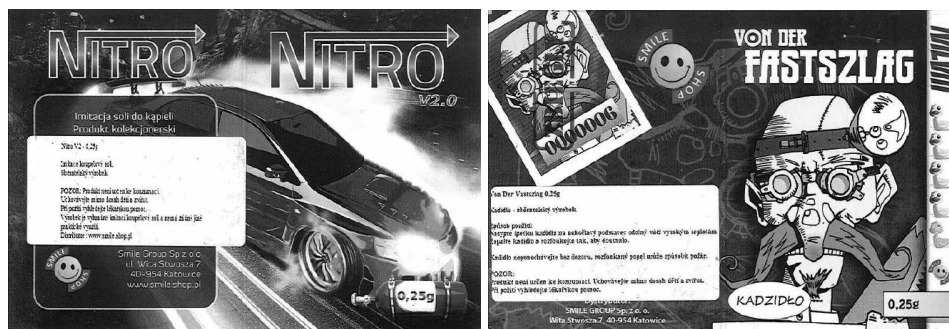
KATHINONY

Významnou skupinu nových syntetických drog představují stimulantia na bázi derivátů
kathinonu, což je účinná látka obsažená v rostlině **Catha edulis** (kata jedlá). Vrcholky této
rostliny, bohaté na katin a katinon, jsou tradiční drogou v arabských zemích, především
v Jemenu. Droga je zde známa jako **kath** a v čerstvém stavu je žvýkána pro svoje povzbuzo-
ující účinky.

Kathinony se prodávají v krystalické formě jako koupelové soli „bath salt“ (Obr. 1), méně
často jako kapsle a tablety.³ Cena na nelegálním trhu se pohybuje mezi 25–35 USD v Severní
Americe a 18–25 € v Evropě.⁴ Nejznámějším zástupcem je **mefedron** (4-methylmethkathi-
non, 4-MEC)⁵, který se stal v UK v roce 2010 šestou nejoblíbenější drogou.⁶ Na základě

I <http://www.shulginresearch.org/home/about/alexander-sasha-shulgin/>

rozhodnutí Evropské rady¹¹ byl mefedron přidán na národní seznamy kontrolovaných látek. Vzhledem k jeho velké popularitě však z trhu úplně nezmizel, ale začal se především v Anglii, „kolébce mefedronu“, prodávat nelegálně, podobně jako klasické drogy. Se vstupem na nelegální trh ovšem vzrostla cena a poklesla kvalita. Největší nebezpečí, které katinony představují, je jejich proměnlivé složení, často v různých směsích se synergickým účinkem. Řada katinonů má jinou farmakokinetiku, než na kterou jsou uživatelé amfetaminů zvyklí, a užíjí tak dávku opakovaně. Prokázáno bylo působení na dopaminergní systém a rozvoj závislosti. Injekční aplikace přináší komplikace s omezenou rozpustností některých katinonů a možným vznikem následných embolií.



Obr. 1. Příklady „legal highs“ s obsahem katinonů. Foto: Kriminallistický ústav Praha.

KANABIMIMETIKA

Látky, které se váží na kanabinoidní receptory CB1 a CB2, se označují jako kanabimimetika. Tato skupina látek je ze strukturního hlediska poměrně rozmanitá a jednoznačně se dá říci, že i co do počtu derivátů je nejbohatší. Znamé jsou i endogenní kanabinoidy, například anandamid, objevený Dr. Lumírem Hanušem.⁷ Kanabinoidní receptory jsou součástí endokanabinoidního systému, který stále ještě není plně pochopen. CB1 jsou transmembránové, s G-proteinem spřažené (GPCR) receptory, které jsou hojně exprimovány v mozku. Jejich aktivaci dochází k presynaptické hyperpolarizaci membrány transportem iontů vápníku a draslíku. V poslední době probíhá výzkum CB1 agonistů jako neuroprotektivních látek.⁸ Na druhou stranu CB2 receptory jsou exprimovány především v imunitních buňkách, a významně tak ovlivňují imunitní odpověď.⁹ Není proto překvapením, že selektivní agonisté a antagonisté kanabinoidních receptorů jsou studovány jako potenciální léčiva Alzheimerovy choroby a celé řady autoimunitních chorob.¹⁰ Některé preparáty se etablovaly například jako antiemetika (dronabinol¹¹). Drtivá většina připravených látek, která neprošla sítí klinických testů, však vykazuje afinitu ke kanabinoidním receptorům, a tedy může vykazovat psychoaktivní vlastnosti.¹²

V souvislosti s intoxikacemi syntetickými kanabinoidy byl zajímavý vývoj událostí v Polsku, kde tento fenomén v masovém měřítku započal. Tyto látky, zde označovány jako Dopalacze, se poprvé objevily v roce 2006 jako „herbal incense“. V roce 2008 se v Polsku

II Council decision of 2 December 2010 on submitting 4-methylmethcathinone (mephedrone) to control measures (2010/759/EU)

etabloval první internetový obchod^{III}. Analýza přípravků Dopalcze ukázala přítomnost syntetických kanabinoidů. Množství intoxikací následně vedlo k uzavření 1 300 kamenných obchodů s prodejem „herbal incense“.

Účinky syntetických kanabinoidů jsou podobné jako účinky přírodního THC.¹³ Na rozdíl od přírodní směsi obsažené v konopí (především THC a CBD) jsou syntetické kanabinoidy plní agonisté CB receptorů s mnohem dramatičtějšími psychickými účinky. Nebezpečné jsou zejména směsi syntetických kanabinoidů, o čemž svědčí i případ masivních intoxikací v Polsku začátkem léta 2016, kdy se na trhu objevily přípravky s názvem „MOCARZ“, volně přeloženo „silák“. Během několika týdnů bylo intoxikováno kolem 600 osob a několik desítek bylo s vážnými zdravotními komplikacemi hospitalizováno.¹⁴



Obr. 2. Přípravky „MOCARZ“ s obsahem syntetických kanabinoidů. Zdroj: EUROPOL

SYNTECKÉ OPIÁTY

Mezi nejznámější zástupce této skupiny patří deriváty a různá strukturální analoga fentanylu. **Fentanyl**, jako účinný agonista μ -opioidních receptorů, je důležité analgetikum (asi osmdesátkrát účinnější než morfin), které je dostupné například v podobě transdermálních náplastí s pozvolným uvolňováním. Kromě samotného fentanylu se stále častěji objevují další jeho deriváty jako například acetylfentanyl, furanylfentanyl, butyrfentanyl. Všechny tyto deriváty mají společného jmenovatele, a to je mimořádně nízká terapeutická dávka, která snadno vede k předávkování. Často stačí jen nehomogenní naředění opiátu adulerantem nebo inertní ředící látkou. V roce 2012 byla v produktech „legálního konopí“ dále izolována látka AH-7921, aktuálně se začínají objevovat také další potentní opiáty jako U-47700, MT-45. Vzhledem k jejich nebezpečnosti jsou opioidní agonisté z kategorie nové syntetické drogy přednostně řešeny v rámci tzv. „risk assessmentu“ a zařazovány na seznamy kontrolovaných látek.

U veřejnosti stále panuje mylná představa, že co je legální, musí být zaručeně bezpečné. A proto pokud u nové syntetické drogy nedojde v brzké době k zákazu legislativou, stoupá rapidně její obliba, a to i přes rizika spojená s jejím užitím.² Na druhou stranu, neustálá snaha prodejců drog nalézt derivát, který není kontrolován, vede často k objevení látek, které jsou méně prozkoumané a nezářídka ještě více toxické, návykové nebo jinak rizikové než jejich předchůdci. Snahou výzkumných týmů je co nejvíce prostudovat aktuální látky z kategorie NPS a připravit podklady jak pro odborníky z oblasti toxikologie a adiktologie, tak informovat terénní pracovníky, kteří přichází do kontaktu s uživateli NPS, o jejich možných rizicích.

Literatura

1. EMCDDA, *Annual report*. 2015.
2. Kalina, K., *Klinická adiktologie*. 2015, (Grada Publishing, a.s. Přeborn), 84–95.
3. (a) EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *Synthetic cathinones*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cathinones> (retrieved 2. 10. 12). 2013; (b) EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, *EU drug market report, a strategic analysis*, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/jointpublications/drug-markets> 2013.
4. Adebamiro, A.; Perazella, M.A., *Recurrent Acute Kidney Injury Following Bath Salts Intoxication*. *American Journal of Kidney Diseases* 2012, 59 (2), 273–275.
5. Schifano, F.; Albanese, A.; Fergus, S.; Stair, J. L.; Deluca, P.; Corazza, O.; Davey, Z.; Corkery, J.; Siemann, H.; Scherbaum, N.; Farre, M.; Torrens, M.; Demetrovics, Z.; Ghodse, A. H.; Psychonaut Web, M.; Re, D. R. G., *Mephedrone (4-methylmethcathinone; 'meow meow'): chemical, pharmacological and clinical issues*. *Psychopharmacology (Berl)* 2011, 214 (3), 593–602.
6. survey, M., <http://www.mixmag.net/words/news/mephedrone%3A-meet-the-uks-favourite-new-drug>. *Mixmag* 2010.
7. Devane, W. A.; Hanus, L.; Breuer, A.; Pertwee, R. G.; Stevenson, L. A.; Griffin, G.; Gibson, D.; Mandelbaum, A.; Etinger, A.; Mechoulam, R., *Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor*. *Science* 1992, 258 (5090), 1946–9.
8. (a) Landucci, E.; Scartabelli, T.; Gerace, E.; Moroni, F.; Pellegrini-Giampietro, D. E., *CB1 receptors and post-ischemic brain damage: studies on the toxic and neuroprotective effects of cannabinoids in rat organotypic hippocampal slices*. *Neuropharmacology* 2011, 60 (4), 674–82; (b) Haghani, M.; Janahmadi, M.; Shabani, M., *Protective effect of cannabinoid CB1 receptor activation against altered intrinsic repetitive firing properties induced by Abeta neurotoxicity*. *Neurosci Lett* 2012, 507 (1), 33–7.
9. Maresz, K.; Carrier, E. J.; Ponomarev, E. D.; Hillard, C. J.; Dittel, B. N., *Modulation of the cannabinoid CB2 receptor in microglial cells in response to inflammatory stimuli*. *J Neurochem* 2005, 95 (2), 437–45.
10. Kaplan, B. L., *The role of CB(1) in immune modulation by cannabinoids*. *Pharmacol Ther* 2013, 137 (3), 365–74.
11. DeJesus, E.; Rodwick, B. M.; Bowers, D.; Cohen, C. J.; Pearce, D., *Use of Dronabinol Improves Appetite and Reverses Weight Loss in HIV/AIDS-Infected Patients*. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care (Chicago, Ill. : 2002)* 2007, 6 (2), 95–100.
12. Seely, K. A.; Lapoint, J.; Moran, J. H.; Fattore, L., *Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids*. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry* 2012, 39 (2), 234–43.
13. Uchiyama, N.; Kikura-Hanjiri, R.; Matsumoto, N.; Huang, Z. L.; Goda, Y.; Urade, Y., *Effects of synthetic cannabinoids on electroencephalogram power spectra in rats*. *Forensic Sci Int* 2012, 215 (1–3), 179–83.

14. Kuchar, M., Aktuální případy intoxikací v Polsku po užití NPS. Bulletin Národní protidrogová centrála 2015, 3, 38.

Ing. Martin Kuchař, Ph.D.

Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, Národní ústav duševního zdraví, Praha Klecany
e-mail: Martin.Kuchar@vscht.cz

Práce byla podpořena projektem bezpečnostního výzkumu č. VG20122015075

Jak měníme postoje a chování injekčních uživatelů drog?

Jan Zahradník

JE VŮBEC NAŠÍ PRACÍ MĚNIT POSTOJE JINÝCH LIDÍ? JAKÁ JE VAŠE FILOSOFIE?

Terénní pracovník / pracovník v káčku při prvním kontaktu většinou nabízí – nejprve služby, získává si důvěru klienta, snaží se ho udržet v kontaktu se službou. Po určité době se ale vztah, který má být (podobně jako v životě) nějakým způsobem funkční a přínosný pro obě strany, musí vyvíjet a posouvat, jinak zaniká. Ze strany pracovníka tak přichází namísto pouhé nabídky služeb nabídka změny, která je dobrovolná a rozšiřuje obzor klienta. Pokud jde o nenásilnou nabídku (a někdy i trochu drsnějšího rázu), je to vždy prostor ke sdílení odlišných přístupů, hledání nových pohledů na stejnou věc nebo nového způsobu uvažování nad starými tématy. Je to reciproční proces, kdy se pracovník i klient navzájem ovlivňují svými pohledy a následně modifikují své názory a postoje, což je naprosto přirozené. Proto si myslím, že součástí práce s klienty je vždy nějaká změna postojů, ať už na straně klienta nebo pracovníka. A součástí naší práce je změna postojů, i když z cca 95 % přichází ze strany pracovníka.

Když vyrážím do terénu, někdy nezainteresovaným lidem říkám, že jdu zachraňovat lidské duše. Zde má změna postoje své jasné místo. Někdy říkám, že vyrážím zachraňovat lidská těla, v tomhle případě jde hlavně o „nemotivované“ klienty. V některých případech klient o změnu ve svém životě stojí, a v tom případě jde hlavně o změnu postoje. K sobě, ke svému životnímu stylu, k okolí. Někdy o změnu nestojí, což navenek deklaruje. Ale pak se zamýšlím nad tím, jestli nezměnil postoj k sobě (např. „zničím se“) a já nejsem součástí té změny. Vnáším já jako pracovník podněty pro udržení nebo změnu postoje? Dle mého názoru určitě ano. A životní filosofie, orientace a přístup pracovníka i způsob vyjadřování hodnotového systému a postojů k určitým věcem je součástí práce s klientem a vnáší do vztahu nový rozměr a pohled. Vnímám také to, že pro klienty, ať chceme nebo ne, představujeme určitou formu autority, kterou dobrovolně respektují, a už samotný kontakt s ní představuje určitý nástroj modifikace postoje.

MĚNIT POSTOJE A CHOVÁNÍ – NENÍ TO VLASTNĚ MANIPULACE? JAK SE DÍVÁTE NA SVOBODNÉ ROZHODOVÁNÍ NAŠICH KLIENTŮ? MÁME PRÁVO DO NICH VSTUPOVAT? A POKUD ANO, TAK JAK TO DĚLÁTE?

Změna je přirozenou součástí života člověka a naše postoje a chování modifikují všechny naše životní zkušenosti a zážitky. Stejně tak lidé, se kterými se setkáváme. Celý lidský život a veškeré chování a jednání je jistá forma manipulace, část z ní ale můžeme regulovat a ta se podle mě týká právě kontaktu s pracovníkem. Moje pracovní filozofie, kterou klientům prezentuji, je „nesouhlasím s tvým užíváním, ale respektuji tvoje rozhodnutí a pokud budeš chtít něco změnit, jsem zde, abych ti se změnou pomohl“. Klient se svobodně rozhoduje o svém životě, je pro mě důležité, aby věděl, že pokud bude chtít ve svém životě udělat nějakou změnu, jsem ten, který mu ji může pomoci uskutečnit. Způsob, na který klienti pozitivně reagují, je ujištění o svobodné volbě, zároveň jsou ale součástí naší komunikace podněty k přemýšlení, které mohou být příjemné i nepříjemné. Konfrontace s věcmi nebo tématy, před kterými klient utíká, je jednou z nich. Na jednu stranu může klienta zraňovat, na druhou stranu může být počátkem uzdravného mechanismu změny. Stejně tak jsou to jiné pohledy na stejné chování nebo jeho interpretace v očích druhých lidí. Z mé zkušenosti plyne, že pokud mám s klientem vybudovaný dobrý vztah, všechny tyto věci mohou být prospěšné změně, kterou si vybírá a řídí klient.

Podobně to může být i u motivace k léčbě závislosti, kdy to nemusí být nutně svobodná volba klienta, protože je tlačěn okolnostmi, „motivován“ pracovníkem nebo existuje nějaká jiná, vnější motivace. Pokud pracovník směřuje klienta do léčebného zařízení, umožňuje mu svým způsobem rozhodnout se svobodně. Většina uživatelů pervitinu, se kterými pracuji, uvádí, že teprve po cca 5–6 týdnech abstinence zjišťují, jak svět funguje doopravdy, a že žili na nějakém „obláčku“. Díky motivaci k léčbě tedy pracovník umožňuje klientovi svobodně a kompetentně se rozhodnout, co se svým životem. Abstinence je jedna z věcí, kterou klientovi nízkoprahové zařízení nabídnout nemůže, ale může mu pomoci tuto zkušenost získat.

NAKOLIK JE PRAVDOU, ŽE PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM JE DNEM, KDY JEJ VIDÍTE V NEJLEPŠÍM STAVU? ŽE V DELŠÍM OBDOBÍ LIDÉ UŽÍVAJÍCÍ DROGY VADNOU A CHÁTRAJÍ?

Na začátku je podle mne důležité, v jakém kontextu se kontakt s klientem odehrává. Pokud klient dochází např. do ambulantní služby, je možné, že klienta vidím v relativním počátku jeho drogové kariéry, podobně tomu může být i v terénu. Stejně tak ale k prvnímu kontaktu může dojít po dlouhodobější intoxikaci nebo drogovém tahu, kdy se obraz klienta jeví jinak, přestože klient jinak normálně pracuje a sociálně funguje. Pokud ale klient nemění nebo se nedaří modifikovat postoje, tento proces chátrání je většinou nevyhnutelný.

MODEL KAB (KNOWLEDGE-ATTITUDE-BEHAVIOR, ZNALOSTI-POSTOJE-CHOVÁNÍ) MLUVÍ O TOM, ŽE POKUD CHCEME ZMĚNU, JE NUTNÁ JAK NA ÚROVNI ZNALOSTÍ, TAK NA ÚROVNI POSTOJŮ A CHOVÁNÍ. JAK SE TATO ZMĚNA DAŘÍ K-CENTRŮM?

Model KAB v mnohém kopíruje bio-psycho-sociálně-spirituální model života. A pokud vycházíme z premisy, že jedna změna v systému logicky proměňuje celý systém, součástí pracovníkových intervencí je změna v některé z těchto oblastí. Proto např. snaha o omezení braní (chování) logicky vede ke změně znalostí (co se naučit, abych to zvládl) a postojů (abstinence má své výhody). K-centra v tomto mohou udělat obrovský kus práce, protože jsou místem prvního kontaktu a často jediným nebo jedním z mála zprostředkovatelů znalostí, stejně tak mohou pomoci modifikovat postoje nebo chování, a to pro klienty přijatelnou a dostupnou formou bez bariér, které jim často nastavuje jejich okolí.

JAK JSOU NA TOM ZNALOSTI ČESKÝCH INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG? CO ZNAJÍ (O BEZPEČNÉM BRÁNÍ, INFEKČNÍCH CHOROBÁCH), A CO NE? JAKÉ JSOU MEZI NIMI MÝTY ČI STEREOTYPY?

Podle mých zkušeností jsou znalosti injekčních uživatelů drog na špatné úrovni. Týká se to zejména mladé generace ve fázi experimentu a pak starších uživatelů, kteří se v maximální možné míře vyhýbají kontaktu s pomáhajícími institucemi. U mladší generace je to podle mne způsobeno zejména vlivem vrstevníků a selektivním vyhledáváním (žádoucích) informací a také jistou zkratkovitostí a nadšením pro drogu bez ohledu na okolnosti a důsledky užití. U starších uživatelů jsou to pak často tradované mýty, které nekorespondují s aktuálními poznatky. Starší generace uživatelů se také uzavírá do svého světa, který znali, když začínali užívat.

JAKÝ MAJÍ ČEŠTÍ UŽIVATELÉ DROG POSTOJ K SOBĚ? KE SVĚMU ZDRAVÍ?

Postoj k sobě a svému zdraví se hodně liší vzhledem k věku a fázi drogové kariéry. Nijak se to ale podle mého názoru neliší od přístupu „běžné“ populace. Mladí lidé nevidí, nechtějí vidět nebo jednoduše ignorují zdravotní rizika a problémy, ty často přicházejí až s přibývajícím věkem a teprve potom si začínají svého chátrajícího zdraví všimnout. Podobné je to i u uživatelů drog. Rozdíl vidím ale u mladších uživatelů a naopak „staré gardy“. To, co sleduji u skupinek starších uživatelů, je jakási kultura braní, která koresponduje i s respektem ke zdraví a jeho ochraně. Např. starší uživatelé pervitinu dokázali své užívání relativně korigovat a udržovat se dlouhou dobu v dobré kondici např. díky tomu, že se na pervitinu naučili pravidelně jíst, pít a spát. U této skupiny také panovala jistá hierarchie a úcta a respekt ke starším a zkušenějším uživatelům a jejich názorům a postojům, se kterou se u současné mladé generace uživatelů nesetkáme. Není tak možné vhodně šířit informace týkající se zdraví či méně rizikového braní mezi uživateli prostřednictvím přirozeného prostředí, ale děje se tak pouze prostřednictvím pomáhajících institucí, které jsou však pouze u zlomku situací, které tito lidé prožívají.

JAK PRACUJETE S POSTOJI UŽIVATELŮ DROG, CO SE VÁM OSVĚDČUJE?

Z mé praxe se mi osvědčily zejména dva přístupy, a to jednak „pečování a naslouchání“ a druhý přístup „nakopnutí do zadku“. Připomíná to dyádu cukru a biče, ale jejich vhodná kombinace je dobrým vodítkem pro práci s klienty. Naslouchající a pomáhající pracovník se občas střídá s profesionálem, který vyjadřuje své emoce, konfrontuje klienty s nepříjemnými fakty a přináší jiný (reálný, alternativní, odlišný) pohled na situaci. Na jednu stranu obnažuje, na druhou stranu ale nabízí řešení a ošetřuje. V duchu motivačních rozhovorů – pokud klient pozitivně reaguje na konfrontaci, je užitečná a růstová.

Mgr. et Mgr. Jan Zahradník

Kontaktní centrum Plus, Oblastní charita Kroměříž

e-mail: jan.zahradnik@kromeriz.charita.cz

POZNÁMKY

Olga Hanková (ed.) a kol.
Snižování škod a drogy
V roce 2016 vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13
Grafický design a sazba Jan Tippman, www.tippman.cz
Tisk Janova dílna, Třebestovice

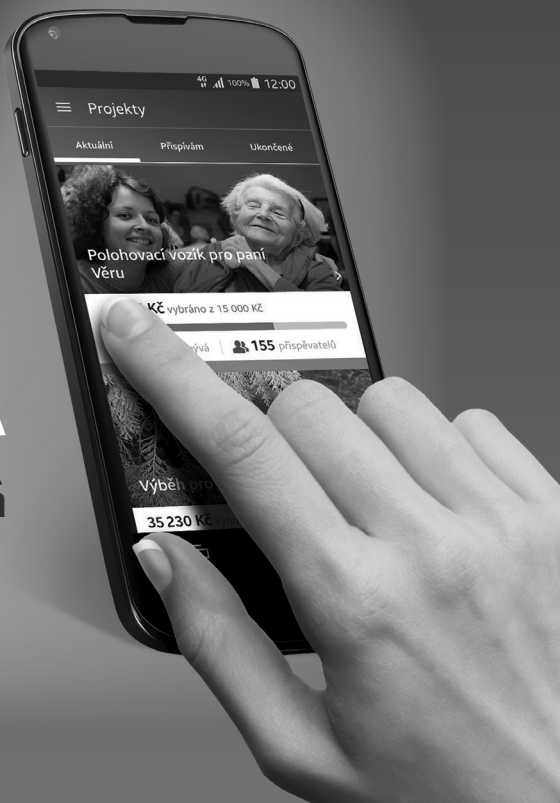
ISBN 978-80-904536-9-2

Jedním prstem pohneme světem



MELINDA

nová dárcovská
aplikace



ČESKÁ SPORITELNA

Jsme Vám blíž.



Aplikace Melinda nabízí jednoduchý způsob, jak přispívat potřebným.
Vybrat si nyní můžete z dvanácti projektů. Vše si snadno a pohodlně nastavíte na svém mobilním telefonu.

Sedm výzev pro snižování škod u injekčních uživatelů drog v České republice:

1. Efektivněji předcházíme smrti a nemocem lidí užívajících drogy a vytvářejme podmínky pro důstojnější přežití či umírání. Pracujeme s tématem smrti, umírání a vážného poškození zdraví.
2. Aktualizujeme systém včasného varování, ať slouží ochraně veřejného zdraví v ČR.
3. Dokazujeme, že harm reduction se rovná crime reduction. Podpoříme substituční léčbu.
4. Zaměříme se na změny v postojích a chování lidí užívajících drogy a spolupracujeme na nich v rámci oboru.
5. Prosazujeme oprávněné zájmy lidí užívajících drogy a upozorňujeme na porušování jejich práv.
6. Věnujeme se tématu bydlení osob, které užívají drogy.
7. Zapojíme více samotné lidi užívající drogy.

Aleš Herzog: Harm reduction se vyplatí!

Neprodejné

ISBN 978-80-904536-9-2



ŠNADACE
ČESKÉ SPORITELNY

Generální partner SANANIM z. s.