

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Prožívání terapeutů při práci s drogově závislými

Bc. Adriana Zábranová

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Praha 2016

Prague college of psychosocial studies



Experiencing therapists working with drug addicts

Bc. Adriana Zábranová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Praha 2016

Anotace

Tato diplomová práce se zaměřuje na zpracování informací souvisejících s problematikou prožívání terapeutů při práci s osobami ohroženými drogovou závislostí. Vychází z kvalitativní analýzy rozhovorů šesti respondentů pracujících v různých programech péče o drogově závislé jedince a primárně se zabývá právě každodenností terapeuta. Výzkum prožívání je zaměřen na jádrové emoce.

Práce je rozdělena na část empirickou a část praktickou.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy a teoretické koncepty závislosti. Je pojednáno o osobnosti terapeuta a osobnosti závislého jedince, o motivaci k terapii (z obou hledisek) a vymezuje podstatné složky v systému péče o drogově závislé.

V praktické části se práce zaměřuje na jádrové emoce šesti vybraných anonymních respondentů – pečovateli o drogově závislé. Analýzou výsledků dotazníkové metody IPA a následnou syntézou jsou pak odhaleny jádrové emoce dotazovaných.

Cílem diplomové práce je tedy zjistit, zda existuje vliv na jádrové emoce pracovníků v zařízeních určených k péči o drogově závislé.

Klíčová slova: Drogy, závislost, abúzus, jádrové emoce

Abstract

This degree thesis is focused on processing of information relating to issues of interaction of therapists while working with drug dependent people. It issues from qualitative analysis of interviews of six respondents working in various programmes of care of drug dependent individuals and primarily is focused on everyday work of therapist. The research of experience is focused on core emotions. The thesis is divided into the empiric and practical part. The theoretical part defines basic terms and theoretical concepts of dependencies. It is focused on the personality of both the therapist and drug dependent individual, on motivation for therapy (from both points of view) and defines significant components of the drug dependent care system. The practical part deals with core emotions of six selected anonymous respondents – drug dependent carers. Analysis of results of the IPA survey method and the subsequent synthesis reveals the core emotions of the interviewees. The aim of the degree thesis is to ascertain whether there exists some impact on core emotions of therapists working in facilities intended for care of drug dependent people.

Key words: Drugs, addiction, abúzus, the core emotion

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. dubna 2016

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Janu Jakubu Zlámanému, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále děkuji svým blízkým za podporu při vypracování diplomové práce.

ÚVOD	6
1. TERMINOLOGIE – VYMEZENÍ POJMŮ	8
1.1 Drogy a související pojmy.....	8
1.2 Teoretické koncepty závislostí – stručný úvod o problematice drog.....	10
1.2.1 Co je vlastně droga?.....	10
1.2.2 Co je drogová závislost?	11
1.3 Způsoby léčby v oblasti drogových závislostí	13
1.4 Motivace klienta k terapii.....	13
1.4.1 Cíle motivačního tréninku.....	14
1.4.2 Zásady praktického vedení motivačního tréninku.....	15
1.4.3 Rámec – kontrakt a zakázka.....	17
1.4.4 Posilování motivace	17
1.5 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislostí	18
1.6 Osobnost závislého jedince	18
1.7 Osobnost terapeuta.....	24
1.7.1 Emoce	29
1.8 Základní složky v systému péče o drogově závislé	31
1.8.1 Charakteristiky terénní práce.....	31
1.8.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	35
1.8.3 Detoxifikační jednotky.....	38
1.8.4 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	40
1.8.5 Programy metadonové a jiné substituce	41
1.8.6 Následná péče, doléčovací programy	43
PRAKTICKÁ ČÁST.....	47
2. CÍLE PRÁCE.....	48
2.1 METODIKA	48
2.1.1 Použité techniky sběru dat	52
2.1.2 Scénář rozhovoru.....	53
2.1.3 Analýza dat.....	54
3. ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	58
3.1 Respondent R1 - Analýza rozhovoru	58
3.2 Respondent R2 - Analýza rozhovoru	63
3.3 Respondent R3 - Analýza rozhovoru	68
3.4 Respondent R4 – Analýza rozhovoru.....	72
3.5 Respondent R5 - Analýza rozhovoru	78
3.6 Respondent R6 - Analýza rozhovoru	82
3.7 Srovnání jednotlivých rozhovorů.....	87

4. DISKUSE	90
5. ZÁVĚR.....	91
LITERATURA A PRAMENY.....	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	97
Příloha č. 1 – Dotazník respondentů	98
Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru – respondent R1 (Terénní program).....	99
Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru – respondent R2 (Program – Kontaktní centrum).....	101
Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru – respondent R3 (Program Detoxifikace).....	104
Příloha č. 5 – Přepis rozhovoru – respondent R4 (Substituční program).....	106
Příloha č. 6 – Přepis rozhovoru – respondent R5 (Komunita psychoterapeutická).....	110
Příloha č. 7 – Přepis rozhovoru – respondent R6 (Následná péče).....	113
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	115
EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY.....	116

ÚVOD

Drogový problém, s nímž se v posledních letech více setkáváme, k nám nepřišel z neznáma. Má své hluboké historické, geopolitické kořeny. Často nalézáme řadu překvapivých souvislostí, které pevně propojují naši současnost s minulostí. Zjišťujeme, že mnohé z toho, co je zde, dnes musíme řešit, už tady kdysi bylo, že se jen opakuje stará historie.

Problém drog je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy nacházíme ve Starém zákoně i starších náboženských textech, drogy byly a zůstávají součástí všech kultů a náboženství a to včetně toho, které tvoří základní kámen euroamerické civilizace: křesťanství. Požívání vína při eucharistii není ničím jiným, než požíváním psychotropní látky, obdobou je požívání kaktusů praktikované americkými indiány nebo kouření konopí v Indii. Drogy, ať už legální či nelegální, se od počátků věků užívají coby „sociální mazadlo“ a od počátků věku též způsobují problémy. (Zábranský a kol., 1997)

Jedním z hlavních úskalí, které dnes značně ztěžuje účinné řešení drogového problému, je jeho mnohohrstevnatost. Je znakem dnešní doby, která je poznamenána prudkým vědeckým rozvojem, vědeckotechnickým rozvojem, ekologickými problémy, populační explozí, hektickým stylem života, a v důsledku toho rozpadem rodinných a sociálních vazeb.

Problémy s návykovými látkami se rok od roku stávají závažnějšími. Jejich spotřeba neustále stoupá, věková hranice závislých klesá. Zjišťujeme naprosto děsivé údaje, které jasně hovoří o stále se šířícím problému mezi naší mládeží. (Zpravodaj Drogového informačního centra, 3/2003)

Drogy jako globální problém

V novodobé historii šíření a zneužívání drog se rozlišují tři období. Asi do roku 1960 se drogy pokládaly za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů. V letech 1960 – 1990 se drogy stávají zejména ve vyspělých zemích problémem společenským, který se dotýká mnoha sociálních vrstev a skupin, a stejně tak moha profesí. V tomto období dochází v západní Evropě k enormnímu nárůstu užívání drog s vážnými zdravotními a sociálními důsledky.

Od roku 1990 již mezinárodní společenství problém drog charakterizuje jako globální a globalizace drogového trhu přináší epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Tyto důsledky jsou ovšem co do rozsahu méně katastrofální než u drog legálních, alkoholu nebo tabáku.

Nejvíce alarmující jsou však přímé důsledky zneužívání drog – riziko šíření závažných infekčních nemocí a kriminalizace uživatelské populace. Sociální akceptace zneužívání nezákonných drog je tak daleko nižší než u legálních návykových látek.

Mimořádné zasedání Valného shromáždění OSN se v červnu 1998 zabývalo celosvětovou drogovou problematikou a protidrogovými strategiemi pro 21. století. Byly pojmenovány následující priority:

- Potlačování nezákonného trhu se stimulačními látkami amfetaminového typu
- Zvýšení kontroly prekursorů a pomocných látek
- Posílení mezinárodní spolupráce v oblasti postihování podloudného obchodu, vyšetřování a soudnictví
- Zvýšený boj proti praní špinavých peněz
- Vymýcení pěstování koky a opia

Drogy jako globální problém přešly práh 21. století. Je zjevné, že tento fenomén nezmizí ani zavíráním očí, ani zbožným přáním, ani politickou vůlí. Je třeba se s ním naučit žít, sledovat jej a dělat, co je možné a efektivní. (Kalina, 2003)

Cílem mé diplomové práce je zaměřit se na problematiku terapeutů drogově závislých, kdy jsem se pokusila zjistit, jak terapeuti vnímají svou práci s drogově závislými, zda působí na jejich životní styl a prožívání, při čemž jsem se zabývala jádrovými emocemi terapeutů.

Zajímala jsem se o to, jak terapeut vnímá při práci s drogově závislými případnou prožitou osobní zkušenost s drogami. A pokud tuto zkušenost má, zda jen experimentoval, nebo zda se léčil. Jestliže se léčil, pak mě zajímalo, co bylo jeho motivem k léčbě, eventuálně proč přestal užívat. Dále jsem zjišťovala, zda je tato osobní zkušenost pro práci s drogově závislými spíše výhodou nebo nevýhodou a jestli terapeut vnímá přímý kontakt v práci s drogově závislým v souvislosti s vlastním prožíváním. A v pozitivním, či negativním smyslu? Prochází terapeut syndromem vyhoření? Dostává terapeut pozitivní

zpětnou vazbu od klienta, která by ho v práci povzbuzovala? Vnímá ji? Jak rozdílná je přímá práce s klientem v jednotlivých programech služeb?

Odpovědi na výše uvedené otázky jsem se snažila hledat v zařízeních poskytujících služby pro osoby ohrožené drogovou závislostí, které pracují s odlišnými programy.

1. TERMINOLOGIE – VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Drogy a související pojmy

Droga – je jakákoliv látka, která vpravena do lidského organismu může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí – definice Světové zdravotnické organizace 1967.

Drogová závislost – stav tělesné nebo psychické závislosti na droze, který se objevuje u osob používajících drogu periodicky nebo kontinuálně. Jedinec může být závislý i na více drogách současně.

Tolerance – postupný pokles účinnosti dávky. Závislý jedinec musí dávku mnohonásobně zvýšit, aby dosáhl stejného účinku jako na začátku.

Návyk – z terminologického hlediska se jím nemyslí jen vytvoření závislosti, ale jsou do něho zahrnovány pojmy jako vášně, náruživost apod.

Abstinenční příznaky – se objevují při náhlém vynechání drogy, jestliže byla vytvořena somatická závislost. Abstinenční příznaky lze je rozdělit na somatické a psychické. Jde o obraz různě vyjádřených příznaků, podle toho, která látka závislost vytvořila, jak silná byla závislost, jaký je aktuální psychický stav jedince. Patří sem deliria, delirantně amentní stav, deprese se sebevražednou aktivitou, halucinatorní stavy.

Akutní intoxikace – je výrazná zvlášť v případech předávkování. Toxikoman neodhadne správnou dávku a vedle psychických projevů dochází k somatickým projevům intoxikace, které mohou končit letálně. Časté je předávkování u čičačů. Psychické projevy se mohou vystupňovat v toxickou psychózu s projevy amentního nebo deliriózního syndromu nebo těžké deprese se sebevražednými tendencemi.

Chronická intoxikace – vzniká při dlouhodobém zneužívání drog, projevuje se také psychickými a somatickými příznaky. Pozorujeme funkční změny typu neurotických

poruch, ovlivnění struktury osobnosti. Mohou probíhat dlouhodobé deprese s často vyjádřenou sebevražednou aktivitou či psychózy s paranoidně halucinatorním obrazem.

Harm reduction – soubor postupů napomáhající drogově závislým lidem přežít a minimalizovat poškození jejich zdravotního a sociálního stavu do okamžiku, než se rozhodnou pro život bez drog, a tím ochraňovat společnost před negativními důsledky užívání drog včetně krví přenosných onemocnění. Patří sem především výměnný program injekčního materiálu.

Substituční léčba – je typem léčby závislosti na opiátech, která používá látku s podobnými nebo identickými vlastnostmi a účinky, jaké má užívaná droga. Užívání substitučních látek zmírňuje abstinenční příznaky, snižuje zdravotní a sociální rizika.

Úzus – znamená konzumaci drogy v takových množstvích a formách, které nemají podstatnější vliv na fyzickou a psychickou činnost člověka. Termín je častěji užíván v alkoholologii.

Misúzus – příliš časté, nevhodné a nadměrné užívání, a z toho plynoucí nenáležitě, nepřiměřené chování.

Abúzus – představuje všechny formy nadměrného požívání, které nebyly uvedeny pod pojmy úzus a misúzus. Abúzus může být občasný, periodický či systematický. V prvním případě může docházet k projevům agresivního chování, k těžké intoxikaci, v druhém případě pak k nepříznivým důsledkům na psychickém a duševním zdraví člověka, na degradaci jeho osobnosti. Abúzus doprovází nejrůznější společenské zvyklosti a setkání, kdy lidé vědomě vyhledávají alkohol nebo drogy (Dušek, Janík 1990).

Exuser – člověk, který prožil drogovou minulost, abstinuje a je pracovníkem zařízení provádějícího protidrogovou prevenci.

Public relations – zprostředkovávání informací směrem k široké veřejnosti prostřednictvím médií, tisku apod.

Fundraising – způsob získávání finančních prostředků

Re-entry house – chráněné bydlení. Možnost bydlení po návratu z ústavní léčby nebo výkonu trestu do doby, než si klient sežene vlastní bydlení.

1.2 Teoretické koncepty závislosti – stručný úvod o problematice drog

Užívání drog se stalo v naší zemi jedním z vážných celospolečenských problémů. Přes dosud přijatá a realizovaná opatření v České republice, stejně jako v dalších zemích Evropy, počet osob s drogami experimentujících, drogy zneužívajících nebo na nich závislých neustále stoupá a průměrný věk experimentátorů s drogami – včetně alkoholu a tabáku – se snižuje. Na našem území také narůstá podíl injekčních uživatelů drog, zvyšuje se počet odhalených a stíhaných trestných činů nedovolené výroby: pašování, přechovávání a distribuce drog. (Presl, 1995)

Pojmem droga definuje tento autor rozsáhlou skupinu látek, do níž spadají nejenom látky definované mezinárodními úmluvami OSN a přílohami zákona 167/1998 Sb., o návykových látkách, ale i látky běžně dostupné, jakými jsou organická rozpouštědla a (společností zpravidla vysoce tolerované a veřejně propagované) alkohol a tabák.

Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních, zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj celé společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: závažné změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodiny; ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně.

Za účinnou strategii směřující k řešení problémů v oblasti užívání drog je považován komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Přístup, který vychází ze široké, celospolečenské, mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce a je postavený na rovnováze potlačování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po drogách – primární prevence, harm reduction, léčby a resocializace.

Změn v dosavadním nepříznivém vývoji lze dosáhnout jedině společným a koordinovaným postupem jednotlivých orgánů v zemi.

Abychom se orientovali v problematice drog a drogových závislostí, bude nejlepší vysvětlit několik základních pojmů, jak ve své knize uvádí Presl (1995).

1.2.1 Co je vlastně droga?

Existuje celá řada definic, ale nejstručněji lze asi drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. Má takzvaný psychotropní účinek – ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění, tzn. působí na psychiku.
2. Může vyvolávat závislost – má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“.

Ten je u různých drog vyjádřen různě. Může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy. Jestliže se podíváme kolem sebe prizmatem těchto dvou kritérií, vidíme, že jsme drogami různého typu obklopeni skutečně na každém kroku. Látky ovlivňující psychiku a schopné vyvolat závislost jsou všude okolo nás.

Vstoupíme-li do běžného obchodu s potravinami, zjistíme, že drogy legální a naší společností tolerované tvoří podstatnou část současné nabídky. Jedná se především o alkohol, od piva přes vína až k destilátům, ale nejen to. Přísně vzato by drogovou definici splňovala i káva, protože i zde se dá zjistit ovlivnění psychiky. O drogových účincích tabákových výrobků všeho druhu též netřeba pochybovat.

Spolu s vývojem naší civilizace se objevují stále nové. Hovoří se o návykovém sledování televize a stále častěji o gamblingu neboli o návykovém hraní na výherních automatech. Tohle vše patří k životu, který nás obklopuje na každém kroku. Konzumace legálních drog je běžná věc a nikdo se nad ní příliš nepozastavuje. Tolerance společností je v této oblasti dosti vysoká a drogy výše zmíněného typu jsou nejen povoleny zákonem, ale nabízeny ke konzumaci prakticky na každém kroku.

1.2.2 Co je drogová závislost?

Podle Nešpora (2000) je z formálního hlediska situace jasná. Závislost je to, co odpovídá definici závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Vytvořili ji experti Světové zdravotnické organizace.

Syndrom závislosti – je pak skupina fyziologických behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost před jednáním, kterého si kdysi cenil více.

Centrální charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.

Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu závislosti, než je tomu u jedinců, u kterých se

závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (Nešpor, 2000):

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.

Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky.

- b) Tělesný odvykací stav - látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky.
- c) Průkaz tolerance účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- d) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
- e) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Rozlišujeme dva základní druhy závislosti:

1. **Závislost tělesná** – je stav, kdy se organismus droze přizpůsobil, zahrnul ji do své látkové výměny. Člověk tělesně závislý na droze „drogu potřebuje“ a na přerušení přísunu drogy reaguje poruchou, které říkáme abstinenci. Abstinenci příznaky a jejich síla závisí na tom, o jakou drogu se jedná, jak velké dávky se užívaly a jak dlouho byly tyto dávky podávány.
2. **Závislost psychická** – je duševní stav vzniklý podáváním drogy, který se projevuje různým stupněm přání požívat drogu. A to od pouhého přání, kterému se nedá odolat, přes touhu, až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požit drogu, i když postižený drogu požívat nechce a považuje svoje jednání za nerozumné. Jde-li o čistě psychickou závislost na droze, neobjeví se po jejím vysazení žádné tělesné abstinenci příznaky. (Nešpor, 2000)

Stejně jako u závislosti rozlišujeme u abstinenci syndromu, syndrom odnětí fyzický a syndrom odnětí psychický. Syndrom fyzický je doprovázen nejrůznějšími tělesnými obtížemi, jako jsou bolesti, křeče, průjmy, zácpy, pocení a podobně. Psychický

abstinenční syndrom je charakterizován především úzkostí, neklidem, podrážděností, agresivitou, zvýšenou únavností, vyčerpaností, spavostí, pasivitou a nutkavou potřebou vzít znovu drogu.

1.3 Způsoby léčby v oblasti drogových závislostí

Léčbu závislostí je možné vymezit jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem, jež vychází především z bio-psycho-sociálního modelu. Při léčbě může být užívána řada metod a přístupů v různé kombinaci: farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie, sociální práce, arteterapie, socioterapie a podobně. Podle typu se rozlišuje léčba ambulantní, ústavní a rezidenční. Podle délky lze odlišovat léčbu krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle).

Jednotlivé typy léčeb stanovují pro uživatele různá kritéria přijetí. Navzájem se také v rámci určitého modelu liší jednotlivá zařízení. Pro intenzivní ambulantní léčbu je vyžadována především dostatečná motivace klientů a podmínkou pro přijetí je také zajištěné bydlení.

Nejjasněji definovaná kritéria má rezidenční léčba. Ve většině terapeutických komunit jsou obecnými podmínkami: písemná žádost o přijetí s životopisem, detoxifikace, vyšetření krve na HIV a VH, toxikologické vyšetření a doporučení odborníka k léčbě. Kritéria přijetí k detoxifikaci se oddělení od oddělení liší, a to někdy velmi výrazně. Některá detoxifikační oddělení mají velmi nízký práh, jiná si kladou jako podmínku například zajištění následné péče po ukončení detoxifikace (Kalina, 2003).

Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život (Kennard, 1998).

1.4 Motivace klienta k terapii

Poradenství zaměřené na klienty s problémy užívání psychoaktivních látek úzce souvisí s motivací klienta a práci s ní. *Motivace* je v Glosáři (2001) uvedena jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění; jednak výsledným poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě.

Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby bylo přesvědčení, že drogově závislý není dostatečně motivován, dokud se nedostane na dno (Rotgers, 1999; Kalina, 2000). Když pacient vstoupil do léčby, jeho motivaci a relapsům byla věnována menší pozornost. Odpor k terapii a špatná spolupráce se považovaly za popření.

Současnost však nabízí i jiná hlediska, například popření můžeme považovat za odraz rozdílů mezi terapeutovou a pacientovou definicí problému. Popření lze také chápat jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, neboť poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění. Miller a Rollnick (1991) spatřují efekt intervence motivačních rozhovorů s drogově závislými klienty v *přesunu odpovědnosti za změnu*. Ta spočívá na klientovi, zatímco úkolem terapeuta je vytvořit takové prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně.

Vývoj motivace k minimalizaci rizik („harm reduction“), případně k léčbě i udržování motivace ke změně životního stylu a k vytrvání v ní, tedy nepovažujeme výlučně za věc klienta. Terapeuti musí chápat počáteční i průběžné intervence posilující motivaci jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu. „Jsme to my, kdo odpovídá za proces, za výsledek pak odpovídá klient“ (Kalina a kol. 2001).

Rotgers (1999) označuje také *terapeutův styl* jako významný faktor v interakci klient – terapeut, který se může rozhodujícím způsobem podílet na tom, zda klient zvolí status quo, odpor, anebo se rozhodne pro změnu. Stejně jako klient, tak i terapeut může být motivován napomáhat klientovi uskutečňovat změny, anebo je blokovat. Na více či méně vědomé úrovni je také terapeut napojen na vlastní motivaci (Dobiášová, 2001).

Reakcí na trendy v léčbě závislostí, které zahrnují užití přímé konfrontace a přesvědčování, je vznik metody motivačního tréninku. Metoda je příkladem strukturovaného poradenství (Kalina a kol. 2001).

Posilování motivace, jak uvádí Nešpor (2000), lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Staví na základní dovednosti vést motivační rozhovor a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti motivovaní, ale stav připravenosti ke změně kolísá, protože je ovlivněn množstvím různorodých vnitřních faktorů a vnějších podmínek.

1.4.1 Cíle motivačního tréninku

Základním cílem je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu, ať již při redukci užívání drog nebo při cílené trvalé

abstinci. Abstinence nemusí být přítomna v klientově zakázce, ale mezi očekávané výsledky může patřit stabilizace, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života a další kvality, které se v tradiční léčbě spojují s abstinencí. V kontaktu s klientem bychom měli odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém, a na základě toho si stanovit cíle. Motivace pak úzce souvisí s orientací na řešení problému.

Terapeut by měl podporovat samotný proces změny; hledání, označování a určování problémů je na klientovi. Terapeut by se měl podílet na vytváření kognitivního rámce pro klientovo akceptování problému, podpořit a posílit jeho rozhodování i odpovědnost za další vývoj a reálnou schopnost dosažení stanovených cílů. Určitou strategií by se měl řídit i při vytváření cílů, ke kterým klienta motivuje.

Miller a Rollnick popisují aktivní složky motivačního rozhovoru zkratkou *FRAMES*, přičemž F znamená poskytování zpětné vazby (feedback), R představuje odpovědnost (responsibility) klienta za rozhodnutí o změně, A je poskytování jasných a objektivních rad (advice), M znamená nabídku (menu) možnost změn a různých strategií, E zastupuje s empatií poskytované informace a S znamená podporu klientovy naděje a sebedůvěry (self-efficacy) (Rotgers, 1999).

1.4.2 Zásady praktického vedení motivačního tréninku

Vyjádření empatie – značí schopnost dát najevo, že klientovi rozumíme a akceptujeme ho, aniž bychom museli se vším, co dělá a říká, též souhlasit. Ambivalenci přijímáme jako normální a pochopitelnou, což snižuje odpor na straně klienta.

Vytváření rozporu – terapeut pracuje se zesilováním rozporu, který klient pocítuje mezi svým chováním a osobními cíli nebo představami o sobě. Zneklidňující rozpor vzniká při mapování následků chování, které klient s terapeutem rozebírá a při nichž si uvědomuje svoje důvody ke změně.

Vyhýbání se sporu – spory jsou zdrojem klientova odporu a terapeutovy frustrace, a proto je dobré se jim vyhnout. Spor s klientem může mít řadu podob (patří k nim i snaha druhého přesvědčit pomocí logiky nebo důkazů o zdravotním poškození). Také „nálepkování“ se může stát zdrojem odporu nebo konfliktu mezi terapeutem a klientem. Přijmout nálepku „alkoholik“, „problém“, „feťák“ pro vlastní léčbu není nutné.

Práce s odporem – snížení klientova odporu je nejdůležitější funkcí motivačních intervencí. Odpor může vzniknout na základě vnucené léčby, anebo například pod dojmem

předchozích zkušeností s terapií. Namísto konfrontace se využívá dovedností vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, parafrázování toho, co bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování). Odpor má i pozitivní stránku v podobě energie, která je v něm uložena, proto je efektivnější ho prozkoumat, než s ním jít do konfrontace. Odpor může být také vyjádřením nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny, a zaměřením terapie.

Podpora sebedůvěry – abychom mohli člověku, který očekává změnu chování spojené s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí, změnu uskutečnit, je naším úkolem dodat klientovi vědomí vlastních schopností a důvěry v sebe sama při dosažení výsledku. Vždy je důležité věnovat hodně pozornosti jednotlivým krokům a detailům, ze kterých se skládá výsledek, a taktéž významu drobných dovedností (Nešpor, 2003).

Dovednosti

K dovednostem a technikám, které terapeut při motivační práci s klientem využívá, patří:

- *používání otázek s otevřeným koncem*, kterými motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech,

- *reflektující naslouchání*, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává,

- *potvrzování kladných postojů* – ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání – nemělo by se však stát jediným způsobem komunikace, zároveň by měl být terapeut ve vyslovování ocenění pravdivý, aby nevzbudil v klientovi dojem falešnosti, na kterou klienti bývají citliví,

- *sumarizování*, což je dovednost podobná reflektivnímu naslouchání – jde o schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popisoval,

- *vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta*, která je vždy výhodnější a trvalejší, než motivace, která přichází pouze ze strany terapeuta. Terapeut by si měl všimnout všech sebemotivujících projevů a na konci sezení by je měl zveřejnit nebo pro ně dát klientovi prostor (např. „myslím, že chci znovu přijít, protože je ještě stále o čem hovořit“).

Rotgers (1991) řadí vedení motivačního rozhovoru mezi drobné terapeutické dovednosti. Terapeut by je měl zvládat jak v kontaktu s klientem „face to face“, tak telefonicky (telefonická intervence se řadí mezi speciální dovednosti, ve kterých je třeba se také vycvičit). (Nešpor, 2003)

1.4.3 Rámec – kontrakt a zakázka

Kontrakt je smlouva mezi klientem a poradcem či terapeutem, případně týmem. Obsahem je stanovení cílů, strukturování procesu, práce s hranicemi, odpovědností a transparentním uspořádáním vztahů. Vypracování kontraktu je začátkem i rámcem určitého terapeutického či poradenského procesu.

Motivační trénink je v užším slova smyslu metodou strukturovaného předléčebného či léčebného poradenství. V širším smyslu je práce s motivací dobrým základem pro intervence, které vedou u klientů s problémy v chování, prožívání a myšlení. Motivační trénink je významnou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech; je užitečný nejen při individuální práci s klientem, ale je také efektivní součástí práce s rodinami. (Kalina a kol., 2003)

1.4.4 Posilování motivace

Motivace je někdy vnímána jako něco daného, co pacient buď má, nebo nemá. Považujeme za správné vytvářet motivaci k účinné léčbě a ke změně a průběžně ji udržovat. Techniky posilování motivace pocházejí zejména z USA.

Základní principy této techniky zahrnují (Miller a spol., 1992):

- Schopnost projevat pacientovi respekt, naslouchat mu a komunikovat porozumění jeho problémům. Je také správné komunikovat pozitivní zpětnou vazbu týkající se pokroků v léčbě, pacientových schopností atd.
- Pomoci klientovi uvědomit si rozpor mezi tím, jak žije a jak by žít chtěl. Toho lze dosáhnout vhodnými otázkami, případně je vhodné určité nekonfrontativní skutečnosti připomenout.
- Terapeut se ovšem s pacientem rozhodně nehádá a respektuje okolnost, že určité obrany v jisté fázi léčby není účelné atakovat.
- Takzvaný „odpor“ z pacientovy strany terapeut nekonfrontuje, ale využívá. Ambivalence je pojímána jako pochopitelná a otevřeně se o ní hovoří.

- Terapeut podporuje soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti se na pozitivní změně podstatným způsobem podílet.

Posilování motivace ke změně je vhodné a prospěšné i u příbuzných a lidí pro pacienta důležitých. V průběhu terapie si tyto lidé uvědomí lépe rozsah problému a hledají cestu, jak pomoci jeho zvládnutí.

Posilování motivace má samozřejmě omezení. V případě život ohrožujících krizí apod. musí terapeut často jednat energicky a direktivně.

1.5 Psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti

Jedním ze základních článků v péči o osoby závislé je psychoterapie. Uplatňuje se ve všech úrovních základní péče, jako je streetwork, nízkoprahová zařízení, substituční programy či terapeutické komunity s následnou péčí (Kalina, Miovský, 2008). Jedná se o tyto druhy terapií:

- a) individuální psychoterapie
- b) skupinová psychoterapie
- c) behaviorální terapie
- d) ostatní psychoterapeutické směry

1.6 Osobnost závislého jedince

Nejdůležitější pro zahájení práce a terapie se závislým jedincem je včasná a přesná diagnostika.

Podle Svobody (1992) se psychologická diagnostika zabývá zjišťováním a měřením duševních vlastností a stavů, případně i dalších psychologických charakteristik jedince. Jde o souhrn operací, postupů a technik, které se liší podle konkrétního cíle a které vedou k získání psychologické diagnózy, tj. k získání souhrnu psychologických poznatků o určité osobě. První část diagnostického procesu je tvořena pozorováním a měřením, druhá pak sestává z interpretace a hodnocení poznatků.

Pro práci se závislými je nejdůležitější zdravotnická diagnostika. Podle Svobody se v psychodiagnostickém procesu používá:

1. pro diagnostické a diferenciativně diagnostické účely

2. k výběru a objektivnímu sledování některých účinků terapeutických zákroků (psychoterapeutických, farmakologických)
3. k posouzení možnosti adekvátního pracovního a společenského zařazení osob a jejich adaptabilitou

Psychodiagnostické metody jsou v rukou odborníka jedním z vědeckých prostředků poznávání člověka.

Při výkonu svého povolání pracuje klinický psycholog s velmi citlivými údaji o pacientech, a proto se na něj vztahuje povinnost dodržovat lékařské nebo psychologické tajemství. V praxi to znamená, že nemá právo sdělovat informace o vyšetřované osobě lidem, kteří se diagnostického procesu neúčastní, tedy např. i rodinným příslušníkům.

Výsledky psychologického vyšetření je psycholog oprávněn sdělit lékaři, který o vyšetření požádal, případně spolupracujícímu zdravotnickému týmu.

Pokud se jedná o vyšetření vyžádané soudem, je povinen odpovědět soudu na položené otázky.

Osoby mající problém s nealkoholovými drogami přicházejí především do nízkoprahových kontaktních center. Vlastní psychodiagnostika je u nich prováděna, pouze pokud jim jejich centrum doporučí návštěvu spolupracující ordinace AT.

Poněkud jiná situace je v případě pobytu těchto osob na tzv. detoxifikačních odděleních, jednotkách intenzivní péče či přijímacích psychiatrických odděleních. Zde se často vyskytne nutnost posoudit, zda u pacienta jde o tzv. toxickou psychózu nebo o jiné psychotické onemocnění, případně zda jsou jeho psychopatologické projevy vyvolány drogami nebo zda mají jinou příčinu. Vzhledem k praxi většiny detoxifikačních oddělení, kam pacient dobrovolně přichází a může z nich také dobrovolně na revers odejít, bývá přesnější stanovení etiologie jeho problému zvláště důležité.

Podobný postup je zachován i po přechodu pacienta na specializovaná oddělení některých léčeben střednědobé terapie pro závislé na nealkoholových drogách. Po příchodu do specializovaných dlouhodobých komunit se většinou kontakt se zdravotnickými pracovníky minimalizuje.

Problematikou osob zneužívajících návykové látky se dále psychologové zabývají i v teoretických výzkumných pracích. Tyto práce dříve často testovaly hypotézy vycházející z předpokladu, že základem pro vznik závislosti je nějaká somatická nebo psychická predispozice, a snažily se o vytvoření nějakých charakteristických profilů osobnosti drogovou závislostí více ohrožených. Odpovědi na tyto otázky se vždy hledaly podle teorie osobnosti, kterou autoři preferovali. I když podobné výzkumy většinou nesplnily uvedená očekávání, informace, které přinesly, měly i pozitivní praktický dopad. Některé slouží pro částečné detekování ohrožených skupin lidí, jiné jsou jedním z dobrých východisek pro prevenci.

V průběhu dalšího vývoje drogové scény v naší společnosti, a zejména v souvislosti s výskytem stále mladších věkových kategorií uživatelů drog, nabývají na intenzitě výzkumné práce vycházející z předpokladu, že závislost vzniká v interakci mezi osobností, návykovou látkou a prostředím. Podle této teorie záleží tedy nejen na osobnosti, ale i na situaci, prostředí, dostupnosti drogy apod. a možný vznik závislosti tak ovlivňuje podstatně širší řada faktorů.

Uvedené poznatky mají vliv i na používané strategie ve výzkumných pracích. Dříve pracovali psychologové většinou s dospělými jedinci závislými převážně na alkoholu, nyní pracují nezářídka s pouhými dětmi, jejich rodiči, učiteli, sociálním prostředím s různou hodnotovou orientací a širokým spektrem převážně nealkoholových drog. Psychologové spolupracují se zahraničím, stávají se členy mezinárodních výzkumných týmů a problematiku uživatelů návykových látek pomáhají poznávat a řešit na všech úrovních.

Pro komplexní pohled na pacienta se setkáváme s pojmem *matching*, tj. přiřazování nejvhodnější intervence tomu kterému klientovi. Ten při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností.

O tom, jak velká pozornost se právě *matchingu* v posledních letech věnovala, svědčí okolnost, že na toto téma byla zpracována patrně největší a statisticky nejsilnější studie v oblasti psychoterapie vůbec. Projekt, jenž se týkal léčby závislých, organizovala americká vládní organizace NIAAA, která koordinovala činnost řady dalších pracovišť zapojených do studií.

Při *matchingu* bereme v úvahu širší spektrum informací než pouhou diagnózu. Podstatnou roli mohou hrát různé psychologické charakteristiky klienta, trvání návykového

problému, jeho sociální situace včetně schopnosti určitou formu léčby uhradit, selhávání v určitých životních rolích, fungující nebo nefungující síť sociálních vztahů, trestní stíhání, stadium motivace, dosavadní zkušenost s různými léčebnými programy a jejich efekt, pohlaví, věk, náboženské vyznání, tělesné zdraví apod. (Kalina 2003).

Pojem osobnosti je spjat s pojmem struktury. Osobnost je definována určitým množstvím strukturálních prvků, trvalých a definitivně dotvořených po ukončení krize dospívání. Ať jde o nemocný nebo zdravý subjekt, hloubková struktura jeho osobnosti se nikdy nemění. Když se například hovoří o osobnosti s „neurotickou strukturou“, neznamená to, že osobnost je nutně postižena neurózou.

Pokud jde o osobnost závislého, četní autoři i široká veřejnost soudí, že existuje typ osobnosti strukturovaný podle typicky drogového modelu. Pro mnohé z nich je to samozřejmý předpoklad, který však zároveň velice zjednodušuje problémy tím, že je vyjasňuje. Ovšem pouze zdánlivě.

Společné rysy různých osobností závislých na drogách:

1. Faktor chování – rejstřík chování co do kvantity i kvality energie vložené do vztahů; zdaleka převažuje nad vklady, u všech závislých jedinců lze vysledovat nepopiratelný zpětný pohyb od duševní roviny k rovině chování.
2. Faktor jednání – existuje zde významný prvek regrese od myšlenkových systémů k akci. Nejde o rituální opatření, ale o více antidepresivní přístup zaměřený na ideály, kde racionálně už nemá hodnotu.
3. Asociabilita – tento faktor chování jedince závislého na drogách, podobný charakterovým faktorům různých forem sociálních anomálií nebo u zločinnosti, je nepochybně jedním z prvků, které činí osobnost závislého obtížně snesitelnou pro různá prostředí, v nichž se pohybuje.
4. Identifikační potíže – u závislých jedinců se vyskytují tytéž identifikační potíže jako u depresivních jedinců nebo psychopatů obecně. Identifikační nezdary podobné povahy nacházíme i u většiny hraničních a anomálních osobností.
5. Regrese pudů – u závislých byla popsána pudová regrese, jejíž stupeň je u každé osobnosti jiný, ale kterou lze klinicky vypořádat u všech závislostí.

6. Představy a představivost – nedostatečnost je konstantním prvkem u všech typů závislých jedinců. Mnozí závislí prohlašují, že nacházejí v užívání své drogy oproti „normálnímu“ stavu netušené imaginační možnosti.

U osoby „náchylné k drogám“ je jisté, že vrozený nedostatek somatické nebo mentální výbavy předurčuje budoucí dospělé k poruchám ve vztazích, mezi nimiž dnes bývá závislost nejobvyklejší formou. Nejčastěji se „náchylné“ subjekty, tak jak byly popsány v nedávných průzkumech (J. P. Fréjaville, F. Davidson, M. Choquet), jeví, jako by měly samy o sobě velmi záporné mínění a jako by byly nejméně odolné tlaku skupiny, obzvlášť skupiny jiných sociálně neadaptovaných subjektů, s níž se setkaly v okamžiku deprese.

Jde o jedince, jimž se velmi špatně pomáhalo a asistovalo při vytváření vlastní osobnosti, protože neměli nezbytné identifikační vzory, zejména během krize v dospívání (Bergeret, 1995).

Presl (1995) ve své publikaci poukazuje na dva základní okruhy, které ovlivňují osobnost závislého jedince. Prvním z okruhů jsou **osobnostní charakteristiky ovlivněné dědičností**. K tomuto okruhu lze říci, že asi neexistuje kombinace osobnostních charakteristik, která by určitého jedince ke vzniku závislosti na drogách neodvolatelně předurčovala. Na druhé straně neexistuje osobnost, která by byla proti vzniku závislosti na drogách stoprocentně chráněná. Závislost lze v podstatě vypěstovat za určitých podmínek u každého. Mluvíme tedy o struktuře osobnosti inklinující k problémům v souvislosti s užíváním psychotropních látek. Osobnostní predispozice, tedy vlastnosti, které riziko vzniku problému zvyšují, najít lze.

Je prokázáno, že v rodinách osob závislých na alkoholu je riziko vzniku závislosti u potomků zvýšeno, i když jsou odstraněny jiné působící faktory (např. odděleně vychovávaná jednovaječná dvojčata). Dle Presla (1995) je ale otázka dědičnosti v tomto směru často přeceňována, o dědičnosti u tzv. nelegálních drog se toho ví ještě podstatně méně.

I zde existuje řada obecných tzv. biologických faktorů, které mohou rizika pozdějšího vývoje zvyšovat. Jde o nejrůznější způsoby vzniklé prenatálním poškozením plodu vedoucí k narození celkově oslabeného jedince. Působí jistě i zhoršující se životní

prostředí, nevhodné až škodlivé složení stravy, alergizující faktory atd. Svoji roli hraje příliš vysoký či příliš nízký věk matky, který opět zvyšuje celkové riziko.

Proto je nezbytné se u jedince zabývat komplexní strukturou osobnosti dosud nezasažené drogou. Odborná literatura se shoduje v tom, že nezvykle vysoké procento osob s pozdějšími drogovými problémy má již premorbidně stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Nejčastěji je citován sklon k poruchám v emoční sféře, především náchylnost k patologickému smutku, k depresím. Jako další významné faktory jsou uváděny vlastnosti typu nezdrženlivost, nestálost, zvýšená sebestřednost, sklon k požívačnosti a snížená odolnost vůči běžné denní zátěži.

Obecně by se asi daly predisponované osobnosti zařadit do dvou hlavních skupin. Jednak jsou to osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné, často s pocity vlastní nedostačivosti vůči svému okolí. Tito lidé mají problém v komunikaci, jsou zraňováni ve svých vztazích k autoritám a svojí neschopností navázat uspokojivý partnerský vztah trpí. Do této skupiny patří i sklony k úzkostnému sebesledování a očekávání, i objevování různých chorob.

Druhou skupinu lidí se zvýšeným rizikem závislosti lze charakterizovat jako osobnosti spíše extrovertní, obrácené svojí reaktivitou navenek. Často se zde projevuje zvýšená dráždivost, snížená schopnost koncentrace, sklony k impulzivité a dramatizování se zvýšenou sebestředností. Zvýšená aktivita projevovaná nevhodným způsobem pak vede k problémům již ve školním věku a později i ke konfliktům s okolím, mnohdy až k agresivním projevům. Psychiatrická terminologie hovoří o osobnostech anomálních, o osobnostech s psychopatickým vývojem. Sem patří i již výše zmíněná nezdrženlivost, nestálost a hedonistické tendence.

Vlivy prostředí

Podle názoru Presla (1995) jde o faktory, které se podílejí na vzniku problémů s drogami či závislosti nejvýrazněji. Do této široké skupiny lze vlastně zařadit působení všeho, co nás obklopuje. Rodiče a sourozenci, vrstevníci, parta, škola, zaměstnání, působení společnosti jako takové, hromadné sdělovací prostředky, veřejné mínění atd. Jsou to všechno faktory, které formují náš postoj k světu, a proto také k návykovým látkám, obecně, a také k osobám, které drogy berou, k prevenci, léčbě a represivnímu působení. Prostě k drogám jako celku.

Vytváření vlastního postoje se postupně vyvíjí – jde o proces učení. Tento proces probíhá nejintenzivněji tam, kde vlivy prostředí jsou nejsilnější, tedy v rodině. Rodiče poskytují základní identifikační vzory. Vznikají zde modelové situace a na základě jejich řešení dochází k posilování vhodných či nevhodných reakcí.

Dominantním prvkem působícím na vznik drogového problému se zdá být v rodině matka. Z dlouholeté praxe pracoviště, kde Presl působí, postupně vykrytalizoval přímo prototyp matky – jejího chování, které je pro vznik drogového problému vysoce rizikové. Jde o tzv. hyperprotektivní model, kdy matka je přepečlivá. Stejně jako zanedbávání i přepečlivost je krajní polohou výchovného přístupu, tzn. již mimo normu. U hyperprotektivní matky se vztah k dítěti vyvíjí vcelku normálně do předpubertálního věku, pak ale jaksi „zamrzá“. Matka není schopna se vyvíjet dál, tedy vnímat proměny a potřeby svého potomka adekvátně. Vidí ho stále jako malé dítě a nedokáže přijmout jeho rostoucí potřeby sebeprosazení a identifikace.

Dalším významným faktorem zvyšujícím riziko drogového problému je vliv vrstevníků, kamarádů, part či různě strukturovaných společenství. Tento faktor ovšem působí oběma směry. Stejně jako může určitá struktura společnosti riziko drogového abúzu zvýšit, pak existují i společnosti, kde riziko abúzu je spíše menší. U skupin mládeže s vysokou vnitřní soudržností, tedy s vysokým stupněm identifikace, záleží na hodnotícím postoji. Je-li vůči drogám záporný, pak příslušnost k takové skupině působí jako skvělá protidrogová prevence.

Do této skupiny jistě patří i faktor vlivu partnerského vztahu. Život s člověkem závislým na drogách, ať legálních nebo ne, je utrpení. Nezávislý partner je neustále vystaven sérii manipulací postiženého jedince s cílem zbavit se zodpovědnosti za vlastní jednání a přenést ji na své okolí (Presl, 1995).

1.7 Osobnost terapeuta

Terapeut se snaží psychologickými prostředky a v rámci terapeutického vztahu vhodně působit na klienta a pomáhat mu k nápravě či k zmírnění jeho problému. Je zřejmé, že pro vybudování kvalitního vztahu profesionál – klient je osobnost terapeuta klíčová.

Jaký by tedy měl být terapeut především? Snad nejdůležitější podmínkou pro práci terapeuta je mít rád lidi, tj. vykazovat aktivní, otevřený a upřímný zájem o druhé lidi nejen v obecném či teoretickém smyslu, ale v konkrétním, tj. chápat lidi jednotlivé, se všemi

jejich nedostatky, problémy a strastmi. Terapeut by měl být schopen druhé akceptovat a přistupovat k nim s úctou, sympatií a vřelostí, přičemž je nutné, aby obdobným způsobem přijímal i sám sebe.

Tyto základní vlastnosti jsou potřebné pro vytvoření dostatečné důvěry a bezpečí v pracovním vztahu mezi klientem a profesionálem, protože právě ty se pak stávají hlavním motorem případných změn. Terapeut musí mít důvěru, že je alespoň nějaká změna k lepšímu vůbec možná a že k ní má klient dostatečné vnitřní zdroje.

Terapeut by měl být ochotný, ve vhodných momentech empaticky spoluprožívat pocity a témata, které klient přináší, nechat se jimi lidsky zasáhnout (nikoliv však zaplavit) a případně vracet tyto své prožitky v nějaké prospěšné formě klientovi zpět.

Terapeut by měl být ve vztahu ke klientům kongruentní, tj. v každé situaci sám sebou, tedy ve stavu, kdy jeho vnitřní pocity odpovídají chování navenek.

Pro vybudování všech zmiňovaných vlastností, a zejména kongruence, je potřeba pracovat na zrání své osobnosti, tj. být otevřený vůči sobě samému, zkoumat své vztahování k sobě, druhým lidem i společnosti a světu jako celku, pracovat na změně zastaralých vzorců chování z minulosti a celkově se snažit postupně vybudovat pro sebe přijatelný a zralý hodnotový rámec. K tomu může terapeutovi výrazně pomoci terapeutický výcvik nebo jakákoliv jiná intenzivní forma sebezkušenosti.

Není ani možné, aby terapeut měl osobní zkušenost se všemi typy problémů, se kterými klienti přicházejí. Určitá konkrétní zkušenost může snadno svádět k apriornímu očekávání stejných či podobných prožitků i u klientů. Pokud terapeut řeší s klientem nějaký problém dotýkající se jeho vlastního osudu, musí často postupovat o to obezřetněji a musí být ochoten se ze zážitků druhých lidí sám učit. Zde mám na mysli například terapeuta s vlastní drogovou minulostí pracujícího se závislými klienty.

Důležité je, aby terapeut byl osobnost zralá morálně i eticky. Důležité je porozumění pacientovi, včetně jeho symptomatiky, tudíž je zapotřebí odpovídající diagnóza. Ta by měla být i podnětem ke stanovení cíle, psychoterapeutického postoje a odpovědět na otázky, na co je třeba klást v terapii důraz, co je podstatné a co druhotné, čemu se věnovat hned a čemu později, jaká rizika léčba skrývá. Samozřejmě má terapeut tím, jak pacienta poznává, diagnózu zpřesňovat nebo modifikovat (Poněšický, 2011).

Terapeut vychází ve vztahu s pacientem ze setkání dvou lidí, z nichž jeden pomoc nabízí a druhý ji vyhledává. Aby spolu mohli pracovat, je třeba, aby mezi nimi byla nějaká minimální sympatie. Od terapeuta se očekává vstřícnost ve smyslu být pozorným, akceptujícím a kompetentním.

Už jsem uvedla, že terapeut by měl být v jednání s klientem kongruentní, tedy jednotlivé části jeho projevu by měly být ve vzájemném souladu. Měl by však být též autentický, měl by klienta přijímat a oceňovat, a v každém případě by měl terapeut být empatický.

Terapeutický vztah má prvky vztahu přátelského, tak jak jej zažíváme v běžném životě. Je to vztah, ve kterém se oba cítí rovnoprávně, volně, ve kterém se jeden nepovyšuje nad druhého. Terapeut v takovém vztahu nabízí pomoc, podporu a sdílení.

Ve vztahu je však několik rozdílů. Jednak v tom, že přátele si můžeme vybrat, ale v terapeutickém vztahu si terapeut klienta nevolí a klient není tím, kdo by měl terapeutovi jeho potřeby naplňovat nebo mu pomáhat. Dále vztah je časově limitovaný a vymezený pravidly. A za třetí zodpovědný za vytvoření podmínek ke zdárnému průběhu léčby je terapeut.

Občas se stává, že v počáteční fázi terapie je klient na terapeutovi více závislý, závislost by se ale měla postupně zmenšovat a klient by se měl postupně od terapeuta odpoutávat. Přiblížení terapeuta ke klientovi na počátku terapie je žádoucí, ale terapeut by měl být schopen dění ve vztahu reflektovat a kombinovat přiblížení a vzdalování v jeho prospěch. Prospěšnost klientovi je základním kritériem pro posuzování adekvátnosti kroků terapeuta.

Další důležitou součástí práce terapeuta je schopnost terapeutický vztah ukončit. Pokud toho terapeut není schopen, může terapie stagnovat, ztrácet na své účinnosti nebo i poškozovat klienta.

Pro terapeutický vztah s klientem se závislostí je nutná empatie, dobré je využívat i prvky výchovy, poradenství, vedení klienta.

Důležitým faktorem je motivace k léčbě i během ní. Terapeut by měl být pozitivní a věřit v možnost změny klienta. Být druhým přijímán bez výhrad a následně pak moci být sám sebou, je základní lidskou vztahovou potřebou. Klient to může od terapeuta vnímat

jako novou zkušenost, která se pro klienta může stát hybnou silou změny. Terapeut při práci se závislými jedinci musí klienta akceptovat, snažit se porozumět světu závislého, a hlavně zájem nepředstírat. To jsou vlastnosti terapeuta, které klienti vnímají, cítí je a reagují na ně. Jde o proces na emoční úrovni, který se nedá předstírat. Pokud toto klient necítí, brání se pomoc přijmout.

Příliš velká aktivita a direktiva terapeuta mohou klienta zneschopnit a držet ho dál v závislosti. Jde o to najít správnou míru pomoci a vyváženou polohu (Kalina, 2003).

Jaký by terapeut v práci se závislými být neměl? V žádném případě nesmí mít předsudky vůči fetujícím, homosexuálům, HIV pozitivním. Jsou prostě lidé, kteří se pro práci se závislými nehodí.

Terapeuti v práci se závislými jsou více ohroženi syndromem vyhoření. Je špatné, když svoji práci vykonávají jako rutinu a klientovi už nemají co dát. Může se stát, že terapeut má nadměrná očekávání, sám sebe přeceňuje, nemá dostatek zkušeností – to pak vede ke zklamání a negativnímu přístupu vůbec.

Další negativní vlastností terapeuta může být emoční zapletenost, kdy chce od klienta, aby primárně splňoval některé jeho neuspokojené potřeby. Neuvědomovaný konflikt této emoční zapletenosti s rolí terapeuta je pro práci terapeuta i klienta velkou zátěží.

Často se stává, že terapeut zamění pojem pomoc s pojmem výchova. To je často spojeno s potřebou dominance, kontroly, trestu, moralizování.

Nedostatek pozitivního vztahu k sobě samému způsobí to, že nemá ani pozitivní vztah ke klientovi. Spousta terapeutů trápí stavy deprese.

Důležitým faktorem při práci se závislými jsou také vlastní nevyřešené postoje k drogám, to je především problém exuserů. Ti mnohdy dlouhodobě abstinují, jsou dobře sociálně adaptovaní, ale na přímou práci s drogově závislými nestačí.

Rozpoznávání a zpracování negativních přístupů je přirozenou, trvalou a důležitou částí profese terapeuta. Terapeut se musí řídit profesionálním kodexem, do něhož v žádném případě nepatří negativní projevy vůči klientovi. Pokud terapeut není schopen zvládnout projevy klienta v rámci etického kodexu a ovládat svoje negativní projevy vůči klientovi, nemůže tuto práci vykonávat (Kalina, 2003).

Na závěr kapitoly Osobnost terapeuta bych popsala konkrétní požadavky jednoho terapeutického zařízení.

Do terénního programu je přijímán pracovník s požadovaným vzděláním dle zákona o sociálních službách. Je třeba, aby měl pozitivní přístup k cílové skupině, měl by být zodpovědný, spolehlivý, samostatný, s komunikačními schopnostmi, rozhodný, asertivní, empatický, odolný vůči stresu, schopný motivovat uživatele dané služby, mít schopnost individuálního přístupu, schopný vyhodnotit situaci. Důležitá je také schopnost týmové spolupráce. Stejně požadavky má zařízení i na pracovníka Kontaktního centra.

Pro všechny pracovníky všech programů zařízení jsou tyto uvedené nároky (Miovský, Zábranský, 2002, cit. In Kalina, 2003):

- Pracovník zná teorii a praxi vzniku závislostí na úrovni jedince i společnosti.
- Zná základní rizikové faktory při vzniku závislosti, má schopnost rozpoznat fyzické, psychické a sociální důsledky užívání drog.
- Má konzistentní a jednoznačné postoje vzhledem k návykovým látkám s důrazem na zdravý způsob života, které jsou jasně čitelné a rozpoznatelné pro cílovou skupinu.
- Má základní vědomosti a dovednosti v oblasti sekundární a terciární prevence.
- Má přehled o institucích zabývajících se primární, sekundární a terciární prevencí, informace o jejich pomoci dokáže využít při práci.
- Je schopen efektivně pracovat s danou cílovou skupinou s využitím obecně uznávaných technik.
- Je stabilní a vyrovnanou osobností, která má na zřeteli, že by se měla stát určitým vzorem pro cílovou skupinu, ve které bude působit.
- Má aktivní přístup k práci, je schopen samostatné, ale i týmové práce, disponuje organizačními schopnostmi.
- Jeho projev je autentický, orientuje se v mezilidských vztazích, je otevřený a schopný pohotově reagovat.
- Umí dávat, ale i přijímat podporu.
- Měl by být empatický.
- Měl by si být vědom, že může dojít k syndromu vyhoření.
- Je emocionálně stabilní, má schopnost sebereflexe, sebeovládání a přijímání kritiky.

- Ovládá základní schopnosti efektivní komunikace.
- Zná a respektuje určité lokální zvláštnosti cílové skupiny.
- Má základní vědomosti a dovednosti v oblasti krizové intervence, je schopen v případě identifikace konkrétního problému reference do příslušného zařízení.
- Nechává se pravidelně supervidovat vlastní práci a průběžně se vzdělávat v oboru.
- Má požadované vzdělání dle zákona o sociálních službách, kurz krizové intervence, další kurzy a výcviky.

1.7.1 Emoce

Emoce jsou velmi komplexní jevy. Jejich charakteristickým rysem je citlivost na změny ve vnějším i vnitřním prostředí organismu a proměnlivost. V současné psychologii dominují dva přístupy k emocím - popis diskretních emocí a dimenzionální přístup (zdůrazňující zejména dimenze intenzity a příjemnosti, resp. nepříjemnosti).

Emoce jsou součástí širší skupiny tzv. afektivních jevů, kam patří dále například nálady či emoční epizody. Náklady jsou obvykle chápány jako trvalejší, méně intenzivní afektivní stavy bez přímé vazby na určitý objekt. Emoční epizody zahrnují emoční výměny mezi protagonisty určité scény.

Emoce bývají chápány jako evolučně vzniklé mechanismy adaptace na určité problémy přežití. Emoční zkušenost je organizována podle určitých pravidel. Emoční význam prožitých situací je ovlivňován tzv. procesy "shora dolů" - tzn. naše dosavadní zkušenost a naše očekávání v nich hrají mimořádnou roli. Novější výzkumy experimentálně prokázaly, že v procesu interpretace emocionálního významu je důležitá emocionální intenzita při vrcholném okamžiku dané epizody a její konec. Trvání epizody se zdá druhořadé. (Stuchlíková, 2007)

Emoce podle Freuda

Podle Freuda jsou emoce těsně spojeny s „instinkty“. Freudovy „instinkty“ bývají označovány i jako „pudy“ nebo „primární motivy“. Freudova myšlenka lidské „instinktivní přirozenosti“ se však v průběhu času vyvíjela. Ve svých pozdějších pracích Freud začal hovořit o dvou hlavních kategoriích instinktů - instinktech života (eros) a smrti (thanatos).

Instinkty života zahrnují úsilí o sebezachování a kreativní síly. Instinkty smrti mohou být obráceny dovnitř (jejich energie je zaměřena na sebezničení) nebo ven (v agresi a nenávisti). Podle Freuda může být instinkt naprosto potlačen. Následně se může tato

energie projevit v podobě afektu určitého kvalitativního zabarvení nebo se transformuje v úzkost.

Škála emocí je velmi široká. Emoční reakce jsou často komplexní, jemné a stále se proměňující. Podle Freuda jsou však naše vědomé reflexe toho, jak se cítíme, pouze symbolickými reprezentacemi našich temných skrytých instinktů. Svoje reflexe chápeme jako objektivní a předpokládáme, že jsou v souladu s našimi emocemi. V tom se ale podle Freuda mýlíme. Naše domněnky jsou často předpojaté (zkreslené v našem zájmu). „Civilizované emoce“, které cítíme, jsou jen stíny prudkých instinktů, které leží pod povrchem.

Ve Freudově chápání je bohatý emocionální život člověka výsledkem vědomého překroucení a potlačení primárních pudů. Pro většinu z nás a po většinu času tento proces funguje. Máme o sobě tolik poznatků, kolik dokážeme unést. Naše vědomé myšlenky (nebo formy reprezentace) jsou zkreslením původních nevědomých forem instinktu. Jakékoli větší uvědomění si instinktu a výsledný afekt (emoce) by byly nesnesitelně bolestivé. Proto naše ego disponuje obrannými mechanismy, které nás před touto bolestí chrání. Freud poukazuje na to, že někdy, když represe selže a lidé stanou tváří v tvář temným silám svého nitra, „čelí šílenství“.

Úkolem psychoanalýzy je opatrně vést pacienta k poznání, že jeho vědomé myšlenky a pocity ho mohou chránit před úzkostí a rozpoznáním jeho nevědomých motivů.

Emoce jsou podle Freuda vždy vědomé. Není správné hovořit o nevědomých pocitech nebo emocích. Je to instinkt, co je nevědomé. Nicméně někdy vědomá mysl zachytí záblesk původního nezpracovaného instinktu. V tom případě má podle Russella (1970) emoce charakter úzkosti. Instinkty jsou jako „horká“ atomická energie. Můžeme sledovat jejich cesty pozorováním úzkosti, kterou za sebou bezprostředně zanechávají, když bombardují vědomí.

Ve Freudově chápání má uvolnění energie pudu z nevědomí do vědomí podobu úzkosti. Původně byl Freud přesvědčen, že úzkost vzniká obecně při potlačení instinktivních popudů. S rozpracováváním strukturálního modelu osobnosti vypracoval velmi stratifikovanou teorii úzkosti. Podle ní pouze ego může produkovat a prožívat úzkost. Ta vyvěrá z reality (realistická úzkost je reakcí ega na reálné ohrožení) nebo z jeho

konfliktů s id (neurotická úzkost provázející potlačení pudových přání) nebo superegem (morální úzkost).

U Freuda můžeme nalézt i několik postřehů o kognitivních aspektech emocí. Podle něho existuje obojí - vědomé i nevědomé zpracování emocionální informace. To, co si myslíme, že pocítujeme, nemusí být to, co skutečně v hloubi cítíme. Obranné mechanismy zkreslí nebo zcela potlačí informaci, která je emocionálně příliš bolestivá. Mechanismus popření je dynamický, pracuje proaktivně (orientován na přicházející informaci). Tato Freudova myšlenka vedla od padesátých let 20. století k intenzivnímu zkoumání perceptuální obrany. (Stuchlíková, 2007)

1.8 Základní složky v systému péče o drogově závislé

1.8.1 Charakteristiky terénní práce

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

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

Jedním ze základních předpokladů sociální práce je, že lidé mají v podstatě svůj vlastní potenciál, aby mohli řešit své problémy. Právo klienta na sebeurčení umožňuje klientovi rozhodovat, jak s tímto potenciálem naloží. V tradičních metodách sociální práce by mělo být zaručeno tím, že se klient může rozhodnout, zda sociálního pracovníka vůbec osloví. V případě streetworku je klient sice osloven, ale streetworker by se měl klientovi zaručit tím, že mu ponechá dostatečný prostor k tomu, aby se mohl rozhodnout, zda nabízené pomoci využije (Kalina, 2003).

1.8.1.1 Cílová populace terénních programů

Terénní programy stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog. Často jsou vůbec první službou, se kterou se uživatel setkává. Z toho vyplývá cílová populace terénních programů. Jde o klientelu obtížně dosažitelnou (tzv. skrytá populace),

s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy, a to především povahy zdravotní, sociální, psychologické či právní.

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

Terénní pracovníci mají co klientům na ulici nabídnout. Služby (například výměnný program), které terénní programy nabízejí a poskytují, usnadňují pracovníkům navázání kontaktu. Sterilní injekční stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale také prostředkem k navázání kontaktu.

1.8.1.2 Východiska

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

Podstatou nízkoprahového přístupu je poznatek, že zdaleka ne každý člověk, který se ocitne v nouzové situaci, využije pomoci, kterou mu nabízí standardní zdravotní či sociální instituce. Přesto se ale ukazuje, že pro řadu klientů jsou i nízkoprahová zařízení nedosažitelná. Terénní programy z tohoto poznání vycházejí, díky metodě streetwork opouštějí „zděnou instituci“ a vydávají se za klientem přímo na ulici, tj. do míst, kde se tito klienti scházejí.

1.8.1.3 Pracovníci terénních programů

V terénních programech je kladen velký důraz na osobnostní kvality pracovníka. Komunikační dovednosti, schopnost tvořivě myslet a nekonvenčně jednat jsou alespoň zpočátku důležitější než formální vzdělání: při výběru zaměstnanců jsou hlavními kritérii

komunikativnost, důvěra, respekt a věrohodnost a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog (Rhodes, 1997).

Profesi zdravotní sestry a sociální pracovnice by měl zahrnovat každý tým terénních programů. Terénní práce je psychicky i duševně náročná a probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Je proto nezbytné poskytnout pracovníkům možnost řádného proškolení a soustavnou supervizi. Dále je třeba věnovat pozornost bezpečnosti práce a prevenci vyhoření (burn-out).

Některé terénní programy využívají současných nebo bývalých členů cílové skupiny (např. injekčních uživatelů drog) jako dobrovolníků nebo placených pracovníků.

Specifickou skupinou jsou externí pracovníci – stabilizovaní aktivní uživatelé drog. Pracují především na uzavřené drogové scéně, tedy v tzv. drogových bytech, kam se profesionální terénní pracovníci nedostanou buď z důvodů utajení těchto bytů (byty vaříčů drog), nebo protože pohyb profesionálů zde je ohrožující. Předpokládá se, že proškolení externí pracovníci mohou díky své znalosti drogové scény potřebné informace předávat takovým způsobem, který je pro ostatní uživatele drog srozumitelný a přijatelný.

Externím terénním pracovníkům by měla být poskytována základní supervize.

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

1.8.1.4 Cíle terénních programů

Terénní programy si kladou za cíl kontaktovat klienty jako skrytou populaci a působit na ni. Cílem terénních programů je tedy minimalizovat negativní důsledky užívání drog, jako např. udržet nízký výskyt HIV pozitivních, kontrolovat výskyt hepatitidy B, C, snížit počet předávkovaných, motivovat klienty k bezpečnějšímu užívání, tedy k pravidelné výměně injekčního materiálu.

Navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog je cílem terénních programů.

1.8.1.5 Složky terénní práce

1. *Výměna injekčního materiálu* – terénní programy se neomezují jen na výměnu stříkaček, ale poskytují klientům i další materiál, například kondomy,

aluminátové folie, alkoholové tampony, náplasti, filtry, kyselinu askorbovou a sterilní vodu do injekcí, součástí výměny je také motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního náčiní.

2. *Informace* – součástí terénní práce je poskytování informací o účinku drog, o jejich působení, důsledcích, rizicích aplikace, abusu a závislosti, informace o relativně bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd. Informace lze podávat verbálně nebo prostřednictvím informačních letáků, které kladou důraz na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. Informují o nebezpečích vlivu drog na lidský organismus, nebezpečí užívání drog v době těhotenství, problematice krví přenosných nemocí atd. Objektivně informují také o dostupných formách pomoci (možnostech léčby, pravidlech pro přijetí do těchto zařízení atd.) a kontaktech na tato zařízení.
3. *Sociální a zdravotní poradenství* – tato složka terénní práce hraje zásadní roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu klientů. Klienti terénních programů se potýkají se spoustou sociálně právních problémů. Pracovníci jsou na místě schopni klientům doporučit, kam se mají se svými problémy obrátit.
4. *Poradenství a krizová intervence* – v rámci práce v terénu probíhá poradenství a krizová intervence zaměřená na zvládnutí aktuálních problémů, na motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými či sociálními zařízeními. Jedná se často o provázení klienta obdobím, kdy není motivován k abstinenci, a postupné vedení k náhledu, že užívání drog je problém. Zprostředkovávání kontaktu s těmito institucemi předpokládá od streetworkera znalost sítě zařízení a institucí, které může potřebovat příslušník dané cílové skupiny.

Terénní programy rovněž provádějí monitoring drogové scény a sběr dat.

1.8.1.6 Praxe a metody terénních programů

Terénní pracovník působí přímo na ulici, na veřejných prostranstvích, kde se uživatelé drog zdržují. Pracuje tedy na „cizím území“, kde platí pravidla klientů. Všechny terénní programy se potýkají s problémem, jak na tomto cizím území prosadit pravidla svého fungování. Jakákoliv záměna rolí ztěžuje pracovníkovi možnost vybudovat si důvěru

a být brán jako člověk, který poskytuje validní informace a kterému se dá věřit. Je třeba také vydobýt si na tomto území své vlastní místo, jež patří jenom terénním pracovníkům a kde tedy platí jejich pravidla.

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

1.8.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Typová charakteristika nízkoprahových kontaktních center

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě (Kudrle In Kalina 2003) uvádí, že centra mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity.

Kontaktní práce je diferencována na dvě formy:

1. nízkoprahová centra (stacionární)
2. streetwork či terénní práce (mobilní).

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

Klientům je umožněn anonymní kontakt. Nabízené služby reflektují poptávku klientely centra a mění se v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně.

Klienti kontaktních center

„Vlajkovou lodí“ cílové skupiny programu kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog s vysoce rizikovým scénářem. V první řadě by měl klient kontaktního centra získat pro pracovníky jméno a tvář. Poté pak navázat

profesionálním sebevědomím individuální specifický kontrakt, nabídnout sebe a pak „na míru šitou pomoc“. Je-li kontakt se závislými neúspěšný, měli bychom hledat chybu ve službách, ne v klientech.

Jedním z principů nízkoprahové práce je, jak bylo výše řečeno, že klienti mohou vystupovat anonymně. Anonymita může představovat počáteční nedůvěru. Problému s nedůvěrou klientů je možné právě využít jako součást procesu motivační práce. Cesta vystoupení klienta z anonymity, růstu jeho uvědomění ve smyslu „co dominuje jako podstatné, co je reálnou hrozbou přijetí vlastní odpovědnosti za svůj osud“, je prakticky cílem těchto postupů.

Poskytované služby

Formy a obsah práce tvoří podle Kudrleho a Kaliny (2001) všechny prvky včasné intervence, kdy terapeut usiluje o včasný zásah do vývoje možné drogové kariéry – tedy o prvky z primární prevence (edukace, poradenství, krizová intervence). Důležitá je ale také včasná intervence odklánějící škodlivé následky u těch, kteří již drogy užívají pravidelně (edukace v tomto směru, výměnné programy apod.).

Obecně se do spektra služeb v kontaktních centrech zahrnuje:

1. Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb.
2. Výměnný program – výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu, tedy základní služby harm reduction.
3. Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladná péče v případě potřeby.
4. Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klientů. Týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, minimalizace těchto rizik, informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace, o léčebných a jiných odborných zařízeních, zprostředkování léčby.

5. Další krátkodobé intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.
6. Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci).
7. Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování a vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou, právní poradnou apod. Může jít o jednorázovou intervenci i „case management“ v oblasti sociální práce.
8. Doplňkové služby – hygienický servis (sprchování, praní prádla), potravinový servis, vitaminový servis.

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

Tým zařízení

Tým by měl být sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu, a zároveň aby byl pružný a schopný dostát často konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce. Nutné je u pracovníků kontaktních center pro problémové uživatele drog další vzdělávání, které by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence, motivační trénink.

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

Jako dobrovolní spolupracovníci v této oblasti jsou využíváni bývalí uživatelé (někteří pracují v režimu příkazních smluv, na částečný úvazek, bezplatně). Bývalí uživatelé (vžito „ex-useri“) jsou často využíváni především v úvodních fázích programu pro navazování kontaktů s cílovou skupinou (známé a akceptovatelné postavy), pro práci v prostředí „skryté populace“. Protože může docházet ke konfliktu loajality, ke zneužití pracovníka i programu organizace, je jasný kontrakt nutností. Začátek práce musí probíhat s pomocí a pod kontrolou zkušenějších a znalých.

Kontaktní centra jsou „dveřmi do systému služeb“. Spolupráce, předávání klientů, koordinovaná práce prostupující hranice různých organizací a z různých resortů však bývá nejtěžší klíčovou položkou tvorby systému.

Kontaktní centra jsou vázána povinnostmi předávat údaje hygienickým stanicím (hlášení do registru problémových uživatelů), spolupracují s praktickými lékaři (někteří klienti mají potíže s dosažením na základní lékařskou péči), s ambulantními psychiatry, s programy detoxifikace, s terapeutickými komunitami, se stacionáři, s psychiatrickými léčebnami, s právními poradnami (konzultace problémů klientů v konfliktu se zákonem, zastupování klientů v různých fázích trestního řízení), s probační a mediační službou (spolupráce na možném odklonu trestu, jsou-li splněna kritéria), se zařízeními sociální péče (možnosti podporovaného bydlení, práce, příspěvků).

Citlivým polem je hledání forem spolupráce s policií. Kontaktní pracovník se může v terénu ocitnout v „nesprávný čas na nesprávném místě“ a uvést se do podezření z podpory trestné činnosti. Pracovní strategie by měla jasně obsahovat pravidla „kryjící záda“ především terénním pracovníkům. (Kalina, 2003)

1.8.3 Detoxifikační jednotky

Typová charakteristika

Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení. Detoxifikační jednotky jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná detoxifikace v domácím prostředí.

Důvody detoxifikace

Terapeut, který navrhne klientovi detoxifikaci, by měl vědět, proč to dělá. Detoxifikace sama o sobě totiž není u naprosté většiny závislých postačující intervencí. K častým důvodům detoxifikace patří například nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu, může jít i o snahu připravit klienta během detoxikace na nějakou další formu odvykací léčby.

U klienta se může jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní chorobu. V tomto směru může být prospěšné toxikologické vyšetření (Nešpor, 1998).

Klient může být přijat do nemocničního zařízení po těžkém úrazu nebo pro jiné komplikace týkající se jeho tělesného zdraví a potřebná léčba v nemocničním prostředí vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu.

Dalším případem může být nutnost snížit toleranci vůči droze. Po detoxifikaci klesá tolerance. To využívají především závislí na heroinu, kteří vyhledávají detoxifikaci, aby si snížili toleranci, protože opatřovat si denně drogu je pro ně již neúnosné, hlavně finančně.

Sociální důvody

Klient nemá zájem o léčbu ani abstinenci, ale ve své tíživé sociální situaci to bere tak, že bude mít kde bydlet, že zároveň dostane léky, které jeho odvykací stav podstatně zmírní.

Organizační začlenění detoxifikačních stanic

Detoxifikaci by mělo být schopno provést každé lůžkové zdravotnické zařízení, kam se může závislý pacient dostat v těžkém tělesném nebo psychickém stavu, který klientovi dočasně neumožňuje překlad ke specializované léčbě pro návykový problém.

Tým zařízení

Personální zařízení detoxifikačních stanic tvoří vedoucí lékař, další lékaři, střední zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci a terapeuti. Jestliže je detoxifikační jednotka součástí zařízení, které poskytuje i další služby, bývá často nutné, aby se s ohledem na provozní potřeby zařízení věnovali pracovníci detoxifikační jednotky i dalším úkolům. To pro ně na jednu stranu představuje větší pracovní zátěž, na druhou stranu to ale usnadňuje návaznost péče, zvláště pokud se podařilo během detoxifikace navázat s klientem konstruktivní terapeutický vztah.

Detoxifikační jednotka personálně vybavená v souladu se standardy by měla být schopna poskytovat komplexní péči. K té především patří farmakologická léčba akutní intoxikace, léčba odvykacích stavů, specifický odvykací stav po heroinu, stavy po alkoholu, po stimulačních látkách, farmakologická léčba při tělesných komplikacích.

Během detoxifikace je velmi důležitá práce s motivací a techniky posilování motivace. Lze využívat i relaxační techniky, rodinnou terapii, krizovou intervenci a podpůrnou psychoterapii.

Součástí týmu je i sociální pracovník, k jehož úkolům patří na detoxifikační jednotce pomoc při výběru a zprostředkování další léčby, pomoc v pracovních a právních záležitostech, kontaktování rodiny, pomoc při jednání s úřady, záležitosti kolem dokladů, zdravotního pojištění atd.

Doba, kterou detoxifikace vyžaduje, se liší podle závažnosti stavu a druhu látky. Nejdelší detoxifikační léčbu vyžadují odvykací stavy po látkách, kde se v zájmu bezpečnosti pacienta přikročí k jejich postupnému vysazování a u kombinovaných závislostí.

Jak již uvedeno výše, detoxikace nebývá u těžších forem závislosti postačující intervencí. Návaznost další péče má proto zásadní význam. Detoxifikační stanice nejčastěji předávají své pacienty do kontaktních center, do programů intenzivní ambulantní péče, která je orientovaná na abstinenci, do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby nebo do terapeutické komunity s dlouhodobým pobytem.

Ve většině těchto komunit je pro přijetí vyžadována podmínka, že klient prošel detoxifikační jednotkou (Kalina, 2003).

1.8.4 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Terapeutickou komunitu zde definujeme jako specializované rezidenční pobytové zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6 – 8 měsíců.

Cílovou populaci tvoří osoby závislé na návykových látkách, obvykle nealkoholových, ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Věk klientů se ve většině TK pohybuje v rozmezí 18 – 35 let.

TK v České republice jsou součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace s funkční provázaností na další odborná zařízení. Zřizující organizace je většinou nestátní. Ve státním sektoru fungují TK jako zařízení sociálních služeb nebo jako samostatná oddělení lůžkového zdravotnického zařízení. Kromě posledního případu není pro TK statut zdravotnického zařízení obvyklý.

TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými

pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé (Kalina a kol., 2001).

Základní principy léčby v TK jsou především motivovanost klienta k vlastní změně, která je základním bodem úspěšné léčby a resocializace, proto se podmínky života v komunitě maximálně přibližují realitě běžného života. Klient by se měl během léčby naučit přijímat odpovědnost, která je znakem zralé osobnosti. Trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby resocializace.

Klientův vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní. Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě) vzhledem k tomu, že pro člověka je život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy, přirozený. Přejít z terapeutické komunity do běžného života by tedy měl být vzhledem k náročnosti situace postupný.

Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život (Kalina a kol., 2003).

1.8.5 Programy metadonové a jiné substituce

Jednou z klíčových komponent léčby závislostí na návykových látkách je substituční léčba. Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena látkou – lékem s vhodnějším bezpečnostním profilem, tj. se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu. Je předepisovaná lékařem a užívá se většinou perorálně dle předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami.

Formy substituční léčby:

1. krátkodobá, rychlá detoxifikační substituce, realizovaná nejčastěji během hospitalizace,
2. střednědobá, prodloužená detoxifikace, prováděná během ústavní léčby, někdy ambulantně; trvá několik týdnů až měsíců a je vhodná pro klienty s velmi vysokou tolerancí či závislé na několika látkách.

3. dlouhodobá, většinou realizována ambulantní formou – udržovací substituce, např. metadonová či buprenorfinová substituce u klientů, závislých na opioidech; může trvat řadu měsíců či let.

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

Metadon je syntetický opiod, primárně agonista opiodních receptorů. Má silné analgetické účinky, centrálně tlumivý efekt. Může vyvolat depresi dechového centra, protože ovlivňuje hladké svalstvo a snižuje bazální metabolismus. Při přepočtených dávkách působí metadon přibližně dvakrát silněji a také jeho účinek trvá déle, než účinek morfinu.

Účinky metadonu se uvádějí v rozmezí 13 – 48 hodin. Analgetický efekt může trvat kratší dobu, ke spolehlivému potlačení odvykacích příznaků u většiny závislých osob však obvykle stačí jedna denní dávka.

Metadon může mít i nežádoucí účinky, k nejčastějším patří útlum dýchání, případně oběhové selhání, závratě, nauzea, útlum, pocení a zvracení. Častěji se vyskytují u ambulantních klientů. Dalšími nežádoucími účinky mohou být neuropsychické poruchy jako euforie, dysorie, slabost, bolesti hlavy, nespavost, dezorientace, poruchy vidění.

Metadon je návyková látka, jejímž užíváním vzniká závislost. Jeho efekt v organismu je ale od účinku jiných opioidů výrazně odlišný.

Z celosvětového hlediska je metadon v dlouhodobých udržovacích substitučních programech dosud nejčastěji užívaným preparátem. Ze zkušeností lze tedy říci, že v dobře prováděných programech přináší jeho užívání při snižování zdravotních a sociálních rizik spojených zejména s užíváním heroinu prokazatelný efekt.

Jako další substituce je využíván buprenorfin, který se u nás využívá jako lék krátkodobé substituce pro pacienty s nižší tolerancí vůči opioidům. Někdy je využíván i pro substituci dlouhodobou.

Základním principem substituce je náhrada ilegálně a draze získávané, intravenózně aplikované a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, ovšem podávané pravidelně, legálně a zdarma. Substituce je udržovací terapie, která

odkládá splnění konečného cíle, tedy trvalé a důsledné abstinence. Pro některé pacienty však může být substituce konečným cílem. Jedná se hlavně o pacienty s AIDS, u kterých podstatně zlepšuje kvalitu jejich života.

Nástrojem léčby je předepisování nebo podávání substituce ke konzumaci pod dozorem a v množstvích, která efektivně potlačují klientovy abstinenci příznaky a umožňují mu vést plnohodnotný život po všech stránkách.

Provádění substituční léčby probíhá na základě Standardů z roku 2000, u nás probíhá dvěma způsoby. Jednak jde o komplexní substituční léčbu, která předpokládá specializované zařízení s plným spektrem služeb pro drogově závislé, dalším typem provádějícím substituci jsou nízkoprahové substituční programy, které se omezují jen na poskytování metadonu a další terapii neprovádějí.

Substituční léčba významně snižuje kriminalitu, séropozitivitu HIV a AIDS a hepatitidy, omezuje užívání heroinu, zlepšuje celkový fyzický i psychický stav jedince a jeho sociální integraci. (Popov In Kalina a kol., 2003)

1.8.6 Následná péče, doléčovací programy

Typová charakteristika

Vymezení následné péče není jednoznačné. Často panuje neshoda, kdy je vlastně následná péče indikována, respektive kdy začíná. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změny chování, jedná se o poslední fázi procesu změny, a tudíž sem patří intervence zaměřené na udržení navozených změn chování závislého (Kalina a kol. 2001).

Akreditační standardy (2001) definují cílovou populaci pro programy následné péče takto: „abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci“. Z této definice tedy vyplývá, že následná péče je určena pro osoby, které absolvovaly ambulantní či residenční (základní) léčbu. Setkáváme se však i s osobami při znovunacházení svého vlastního místa ve světě bez předchozí odborné pomoci.

Jinými slovy základním úkolem následné péče je pomoci závislému navracejícímu se do „normálního světa“ pomoci vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Právě stabilizace

životního stylu závislého člověka se jeví jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislostí. S termínem doléčování je často v praxi spojováno především posilování abstinence při současném opomíjení intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu, a tedy sociální integrace závislých osob. Následná péče definuje rozmanitosti služeb v tomto typu péče.

Programy zabývající se následnou péčí musí mít jasná kritéria pro indikaci vstupu klienta do programu a zřetelně vymezené místo v systému péče o drogově závislé. V širším pojetí však následnou péčí od jakékoli léčebné aktivity či intervence nelze striktně oddělit.

Tým programu následné péče

V tomto typu programu možná více než kde jinde je naprosto nezbytná multidisciplinarita týmu. Každý program následné péče musí budovat kvalitní síť odborníků na problémové oblasti jeho klientů. Tým programu je nezbytné budovat na základě potřeb klientů, to znamená, že není nezbytně nutné v rámci daného programu saturovat veškeré potřeby klienta.

Základní tým programu následné péče musí obsahovat profese jako psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník. Ke speciálním dovednostem, kromě kvalitního výcviku v poradenství, popřípadě psychoterapii, patří osvojení si především prevence relapsu.

Velmi velký prostor vzniká v těchto programech pro ex-usery. Ti, po absolvování odborného vzdělání a pod kvalitní supervizi, pracují v oblasti socioterapie velmi dobře.

Hlavní složky programu následné péče

1. Psychoterapie – v programu následné péče se setkáváme s velmi pestrými symptomatologiemi klientů. Je však nezbytné správně diagnostikovat, co z problematiky klienta je řešitelné v aktuálním čase. V následné péči jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy. K tomuto cíli by mělo být terapeutické zaměření vztahováno. Spíše se jedná o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovy emotivity.
2. Prevence relapsu – obava z možného selhání je klíčovým motivačním faktorem závislého pro vstup do programu následné péče. Prevenci relapsu je nutno považovat za klíčovou složku následné péče. Jejím cílem je vybavit klienta

dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a tím snížila pravděpodobnost relapsu.

3. Sociální práce – má nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého. U klientů programů následné péče se lze setkat s velmi pestrá škálou sociálně právních problémů. Zkušenost však ukazuje, že kvalitní sociální pracovník je klíčovým členem týmu programu následné péče.
4. Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace – mít zaměstnání je jedním ze základních ukazatelů integrace do normálního života. Je to tedy jeden z hlavních úkolů pro závislého, který se vrací z léčby. Závislým většinou chybí potřebná odborná kvalifikace, popřípadě postrádají jakékoliv pracovní návyky. Zde je potřeba velmi intenzivní pomoci (mnohdy opět velmi praktické) při hledání zaměstnání. Jednou z forem, jak tyto obtíže zmírnit, jsou chráněné dílny. Ty umožňují získat základní pracovní návyky, popřípadě se rekvalifikovat. Do této oblasti patří kvalitní spolupráce programu následné péče s úřady práce, místními firmami, apod.
5. Lékařská péče – přestože následná péče spadá především do oblasti socioterapie, nesmí být medicínská oblast opomíjena. K důsledkům zneužívání drog neoddelitelně patří poškození organismu člověka. Je nezbytné v rámci léčby závislosti na drogách umožnit klientovi vedle psychosociální stabilizace i stabilizaci fyzickou. V rámci následné péče je nezbytné pomoci klientovi najít adekvátní lékařskou péči.
6. Práce s rodinnými příslušníky – je prokazatelné, že pokud se daří do léčby závislého zainteresovat celou rodinu, výsledná efektivita celého procesu se výrazně zvyšuje.
7. Nabídka volnočasových aktivit – naučit se „užívat si bez drog“ je nezbytným cílem léčby a následné péče. V rámci následné péče jsou nabízeny různé alternativy trávení volného času.

Průběh, komplikace, zvládání abstinence

Závislý opouští základní léčbu s rozhodnutím abstinovat. Nyní má před sebou velmi těžký krok – vytvořit si pro svoji abstinenci podmínky. O tom, jestli bude žít

normální život bez drog, rozhodne jeho schopnost zařadit se do tohoto „normálu“. Není to však úkol jednoduchý.

Běžný klient přicházející do programu následné péče má za sebou několikaletou dobu užívání a s tím související problémy. První změnou je, že ve většině případů ztrácí nad svojí abstinencí jakousi ochrannou ruku. Doposud abstinoval pod ochranou léčebného zařízení, nyní pro něj začíná období abstinence samostatné. Touha po droze, která možná v průběhu základní léčby zeslábla, nyní znovu nabývá na své intenzitě. Najednou se objevuje spousta praktických problémů k řešení. Ocítá se ve světě, kterému velmi často nerozumí. Je jakýmsi „cizincem“ v cizím městě. Najednou je před ním velké množství úkolů.

Délka programu následné péče

Doporučená délka pro absolvování programu následné péče je velmi pohyblivá. Obecně se v praxi většinou doporučuje min. 6 měsíců. Zkušenost však ukazuje, že mnoho klientů si tuto dobu prodlužuje zpravidla až na 1 rok. Konkrétní délka by měla být určena na základě klientovy zakázky a doporučení terapeuta.

Rozdíly mezi základní léčbou a následnou péčí je tedy nutné hledat především ve změně intenzity jednotlivých složek v průběhu procesu uzdravování závislého. Z obrázku je zřejmé úzké propojení obou těchto oblastí a nutnost integrace některých intervencí běžně odsouzených až do následné péče do programu základní léčby. Toto předpokládá velmi úzkou spolupráci jednotlivých typů programů. (Kalina a kol., 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

2. CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak terapeuti vnímají a prožívají práci s drogově závislými klienty.

Dílčím cílem je zjistit, zda existuje vliv na každodennost terapeutů, kteří s těmito lidmi denně pracují.

V souvislosti s tímto výzkumným cílem jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

1. Jak terapeuti vnímají práci s drogově závislými klienty v souvislosti
 - s délkou praxe
 - s vlastní zkušeností s užitím drogy
 - s počáteční motivací k práci s touto cílovou skupinou
2. Jaké pocity se objevují u terapeutů při práci s těmito klienty?
Jaká je zpětná vazba?
3. Působí prožitky z práce s drogově závislými klienty
 - na ně samotné?
 - na jejich soukromý život?
 - dokáží oddělit prožitky z práce od osobního života?
4. Jak terapeuti vnímají vlastní hranice při práci s klienty?
Jakou mají zkušenost s celospolečenským pohledem na problematiku drogově závislých?
5. Jak terapeuti při své práci vnímají a prožívají ohrožení syndromem vyhoření?

2.1 METODIKA

Pro zpracování praktické části diplomové práce jsem zvolila kvalitativní přístup za použití metody Interpretativní fenomenologické analýzy (*interpretative phenomenological analysis*, tj. IPA), uvádí Koutná Konstínková, Čermák. Metoda si klade za cíl lépe porozumět žité zkušenosti člověka. Zkoumá způsob, jakým člověk utváří význam své zkušenosti, díky čemuž je možné porozumět určité události či procesu (fenoménu) lépe.

Tato metoda vychází z kvalitativního přístupu k datům, který byl rozvíjen psychologem Jonathanem A. Smithem od 90. let dvacátého století. Původně se omezovala

na oblast psychologie zdraví, později se ukázala jako užitečná pro výzkum témat z oblasti psychoterapie a klinické psychologie (Koutná Kostínková, Čermák,). Na rozdíl od kvalitativních analýz pracuje s malým vzorkem jedinců, nevytváří statistiky ani předem formulované hypotézy.

Teoretická základna IPA

Interpretativní fenomenologická analýza se zakládá na třech pilířích: na fenomenologii, na hermeneutice a na ideografickém přístupu.

Fenomenologie popisuje žitou zkušenost respondenta tak, aby nebyla zatížena předsudky a předpoklady interpretujícího (výzkumníka). Snaží se o vykrystalizování čistého fenoménu (jevu).

Hermeneutika (v protikladu k fenomenologii) se opírá o předpoklad, že význam zkušenosti je utvářen sdílením. Proto je fenomén a jeho význam nahlížen z perspektivy výzkumníka i z perspektivy respondenta. Pohledy se vzájemně ovlivňují.

Ideografický přístup je založen na zaměření výzkumníkovy pozornosti na konkrétní jedince a specifickou událost či situaci, kterou prožívá.

V metodě IPA dochází k úzkému spojení fenomenologie a hermeneutiky. Výzkumník jednak detailně zkoumá zkušenost respondenta, ale zároveň si uvědomuje, že v porozumění zkušenosti druhého jedince hrají významnou roli jeho vlastní zkušenosti, postoje a přesvědčení. Výzkumník si uvědomuje obě perspektivy, přesto se drží cíle, tj. porozumění žité zkušenosti respondenta. (Koutná Kostínková, Čermák, s. 10 – 12)

1. Výzkumný vzorek

Protože se metoda IPA soustředí na detailní analýzu zkušenosti respondenta, je vhodné vybrat si pro výzkum nižší počet zkoumaných osob, doporučuje se tři až šest jedinců. Vybraný vzorek respondentů je záměrný, neboť výzkumník si vybírá takové jedince, kteří budou dobře reprezentovat fenomén, kterým se zabývá. (Koutná Kostínková, Čermák, s. 13) Já jsem vzhledem k vybraným popsáním programům práce s drogově závislými zvolila respondentů šest.

2. Tvorba dat

Mezi nejvhodnější způsob sběru dat pro metodu IPA patří polostrukturovaný rozhovor. Přestože nabízí představu o tématech, kterých se rozhovor týká, ponechává prostor pro vyplynutí informací, které se výzkumník nesnaží primárně zjistit, ale které mohou být pro interpretaci významné. Pro analýzu je důležité doslovně přepsat provedený rozhovor, neboť výzkumník pracuje s citacemi respondenta. (Koutná Kostínková, Čermák, s. 14)

3. Formulace otázek

Cílem kladení výzkumných otázek je zjistit, jakým způsobem respondent vnímá či prožívá určitou situaci a jaký jí přisuzuje smysl. Položená otázka, která napomáhá hlubšímu zkoumání zkušenosti, má podněcovat proces rozhovoru. Měla by být natolik otevřená, aby dala prostor pro vyjádření respondentovy zkušenosti či prožitku. Právě slova „zkušenost“ a „prožitek“ jsou v kladených otázkách pojmy klíčovými.

Při formulaci otázek je nutné držet se zásady, která říká, že otázka nemá směřovat k objasňování faktů, nesoustředí se na výsledek, nebo hledání příčiny, či následku. Položené otázky nemají ovlivnit způsob, jakým respondent přemýšlí nad sdělovaným prožitkem či zkušeností (Koutná Kostínková, Čermák, s. 12 – 13), ale mají výzkumníkovi umožnit prozradit o respondentovi jeho vztah k řešenému tématu. V následné analýze odpovědí je pak nutné, aby si výzkumník uvědomil svůj vztah k tématu i respondentovi a zohlednil jej.

4. Postup analýzy

Každý zkoumaný případ je nutno analyzovat samostatně a u každého případu procházet všemi fázemi analýzy. Před samotnou analýzou je však také důležité uvědomit si vztah výzkumníka k tématu, kterého se jednotlivé analyzované případy týkají, a navázat na něj. Výzkumník si tak uvědomí vlastní motivaci pro práci s tématem i vlastní prekoncepty týkající se zkoumaného tématu. (Koutná Kostínková, Čermák, s. 16 – 21)

Vlastní analýza se odehrává v následujících krocích:

- 1) čtení a opakované čtení
- 2) počáteční poznámky a komentáře

- 3) rozvíjení vznikajících témat
- 4) hledání souvislostí napříč tématy
- 5) analýza dalšího případu
- 6) hledání vzorců napříč případy

Po vlastní analýze dochází k procesu **interpretace** výsledků a **prezentace**.

Charakteristika závěrů analýzy

Jak bylo popsáno výše, metoda IPA se zakládá na subjektivním přístupu. Proto si je výzkumník vědom, že závěry vzniklé z tohoto druhu analýzy jsou nikoliv definitivní, ale vždy dočasné a prozatímní. (Koutná Kostínková, Čermák, 2013)

Charakteristika výzkumného souboru

Protože metoda záměrného výběru umožňuje výběr respondentů podle stanovených kritérií (Patton, 1990 In Miovský, 2006), pro vytvoření výzkumného souboru byla uplatněna metoda s určitým záměrem, tedy metoda záměrného, účelového výběru. Na základě stanoveného cíle tedy byli vyhledáni jedinci splňující soubor kritérií a zároveň ochotní se do výzkumu zapojit.

Výzkumný soubor tvoří šest respondentů, kteří pracují v přímém kontaktu s osobami ohroženými drogovou závislostí či drogově závislými jedinci. Jedná se o respondenty z konkrétních popisovaných programů, kteří splnili kritéria výběru. V těchto programech se drogově závislý jedinec nachází od okamžiku prvního podchycení sociálním pracovníkem až po postupný nácvik začlenění se zpět do společnosti.

Z jednotlivých terapií, tj. Terénního programu streetwork, Kontaktního centra, Detoxifikačního programu, Substitučního centra, Terapeutické komunity a Programu následné péče, jsem kontaktovala vždy jednoho zástupce. Každý z oslovených zareagoval velmi vstřícně, k mému překvapení jsme se na termínech rozhovorů dohodli bezprostředně po seznámení a přiblížení záměru mého výzkumu.

Soubor respondentů, vybraný na základě doporučeného výběru IPA (Koutná Kostínková, Čermák, 2013) a doporučeného počtu tří až šesti jedinců pro diplomovou práci

(Smith, Flowers a Larkin In Koutná Kostínková, Čermák 2013) tvoří čtyři ženy a dva muži. Jejich průměrný věk je 40 let.

Těchto šest respondentů mi formou polostrukturovaných rozhovorů poskytlo prostor pro detailní analýzu každého jedince v konkrétním programu a následně podněty pro mikroanalýzu popsaných podrobností, v nichž se objevila četnost některých emocí a současně s nimi i témata související s vlivy spojenými s prací s lidmi závislími na nelegálních drogách. Následovalo mapování propojení témat a jejich vzájemné vazby. Konkrétní téma se ukázalo v novém světle. (Smith, 2012b, v Koutná Kostínková Čermák, 2013)

2.1.1 Použité techniky sběru dat

Při analýze IPA jsem vycházela z doporučené metodiky a vybrala jsem jako nejčastěji používanou metodu sběru dat polostrukturovaný rozhovor, protože umožňuje volně mluvit o tématu a sledovat postupně vznikající témata (Koutná Kostínková, Čermák, 2013). Témata kladených otázek vytvořila dostatečně velký prostor pro analýzu dat stanoveného cíle.

Respondentům jsem položila následující otázky:

- 1) Jak dlouho pracujete s drogově závislími klienty?
- 2) Proč jste se rozhodl/a pro práci právě s touto cílovou skupinou?
- 3) Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?
- 4) Přichází někdy od klientů pozitivní zpětná vazba? Jak ji vnímáte?
- 5) Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem?
- 6) Jak vnímáte práci s drogově závislími z hlediska vymezení vlastních hranic a celospolečenského pohledu?
- 7) Je práce s touto cílovou skupinou psychicky náročná?
- 8) Jste schopen/schopna se od práce odpoutat, oddělit ji od osobního života?
- 9) Setkal/a jste se při své práci se syndromem vyhoření?

10) Pracujete se závislými lidmi. Vnímáte souvislost s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem a přátelům?

Počáteční komentáře s hlavními myšlenkami tématu jsem detailně zaznamenala na papír, následně jsem tento text přepsala ještě tentýž den do dokumentu Word. Každý komentář jsem zaznamenávala samostatně.

2.1.2 Scénář rozhovoru

Před rozhovorem jsem jednotlivým respondentům blíže představila téma svého výzkumu a poskytla jim informace o podmínkách anonymního výzkumu. Poté jsem pokládala připravené otázky.

Strukturu otázek jsem volila podle zásad metodologie IPA. Na začátek jsem zařadila tři otevírací otázky, které se soustředily na délku praxe respondenta v oblasti práce s osobami ohroženými drogovou závislostí na nelegálních drogách, motivaci k práci s touto specifickou skupinou klientů a osobní zkušenost s nelegální drogou. Další otázky se týkaly zpětné vazby klientů, prožívání pocitů při práci v této oblasti, vnímání hranic, celospolečenského pohledu, psychické náročnosti, schopnosti oddělení práce od osobního života, syndromu vyhoření a vnímání zaměstnání respondentů v souvislosti s přístupem k vlastním partnerským vztahům, dětem a přátelům.

Otázky mi pomohly držet se v rozhovoru vytyčeného cíle.

Realizace výzkumu

Respondenti byli kontaktováni nejprve telefonicky. Během rozhovoru jsem představila tematický obsah, předpokládané časové rozpětí schůzky a navrhla její termín. Setkání se všemi respondenty proběhla v místě organizace, pro kterou pracovali, v soukromí kanceláře bez přítomnosti dalších osob.

Před samotným rozhovorem jsem znovu seznámila respondenty s obsahem a záměrem svého výzkumu a ubezpečila je o anonymitě jejich osobních údajů i konkrétního zařízení. Dala jsem jim na vědomí, že pokud bychom narazili na otázku, na kterou jim není příjemné odpovídat, je možné tuto otázku vynechat. Respondenti měli také možnost kdykoliv rozhovor ukončit.

S respondenty jsem si také vyjasnila, jaké informace budou ve výzkumu zveřejněny a jaké nikoliv. Rozhodla jsem se publikovat název programu a pohlaví respondenta.

Zeptala jsem se respondentů, zda mohu z rozhovoru pořídít audiozáznam, tento návrh byl však zamítnut. Odpovědi na otázky jsem směla zaznamenávat pouze ručně na papír. Dva respondenti si dokonce vyžádali přepis rozhovoru v elektronické podobě k autorizaci.

Po vyjasnění podmínek jsem přistoupila ke kladení otázek. Rozhovory probíhaly v téměř neformální atmosféře. Překvapila mě otevřenost a ochota respondentů sdílet své názory a zkušenosti.

Všimla jsem si rozdílů v odpovědích mužů a žen. Ženy byly ochotné postřehy a prožitky ze svého soukromí sdělovat více, muži odpovídali spíše formálně. Nosné detaily ze soukromí sdělili buďto nepřímou, nebo po další doplňující otázce.

Každý rozhovor trval přibližně dvě hodiny. Celková časová náročnost získávání dat výzkumu tedy činila přibližně dvanáct hodin.

2.1.3 Analýza dat

První fáze analýzy, tj. čtení a opakované čtení, slouží k hluboké orientaci na respondenta a na přiblížení se způsobu, jakým on sám nahlíží na vlastní životní zkušenost. K tomuto zaměření je důležité velmi pozorně číst přepis pořádaného rozhovoru. Text jsem četla několikrát a při tom si taktéž vybavovala neverbální způsoby komunikace, kterými respondent během našeho rozhovoru doplňoval odpovědi na otázky.

Ve druhé fázi, tj. počáteční poznámky a komentáře, jsem se během čtení soustředila na jednotlivé části textu, zejména na obsah respondentových výpovědí. Podtrhávala jsem si části, které mne zaujaly, a zapisovala si k nim komentáře. Většina výpovědí směřovala k vyjádření konkrétních emocí, které z textu vyvstávaly. Taktéž jsem si ve výpovědi každého jednotlivého respondenta všimla společných a rozporných momentů. Svě komentáře jsem zapisovala přímo do vtištěného textu přepisu rozhovorů.

Cílem třetí fáze analýzy, tj. rozvíjení vznikajících témat, je práce s vlastními poznámkami, které by měly být abstrahovány do názvů témat, jsou pro vnímání zkušenosti respondenta stěžejní. V této fázi jsem uplatnila princip hermeneutického kruhu. Snažila jsem se pojmenovat témata vznikající z pohledu respondenta, ale také ta, jež jsem ve

výpovědích vnímala já jako výzkumník. Oba pohledy ve vzájemném spojení pak blíže nastiňovaly témata zásadní pro přiblížení se zkušeností daného respondenta. Forma pojmenování témat měla opět podobu poznámek vpisovaných do textu přepisu rozhovoru.

Ve čtvrté fázi, tj. hledání souvislostí mezi tématy, dochází ke zjišťování vzájemných vazeb mezi tématy, vymezenými ve třetí fázi. Vytváří se hierarchie hlavních témat a jejich podtémat, je možné vyřadit z analýzy témata, která se jeví jako ojedinělá a pro cíl výzkumu irelevantní. Výběr témat se řídí záměrem tvorby interpretační analýzy, s níž interpretační analýzu tvoříme. K tomu je nutné vytvořit si tzv. „interpretační klíč“. (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

Ve svém výzkumu se zabývám prožíváním, proto jsem se soustředila primárně na emoce prožívané respondenty. Jako interpretační klíč jsem zvolila tzv. barevné kódování. Vychází z pozorování inspirované malířem Paulem Cézannem, který „pozoroval objekt svého zájmu tak dlouho, dokud mu nevyvstaly jeho na první pohled skryté vlastnosti – barevné odstíny, tvary apod.“ (Koutná Kostínková, Čermák, 2013).

Při procházení poznámek jsem si tedy všímala emocí, které se vynořovaly z jednotlivých výpovědí respondentů. Některé se objevovaly častěji, některé vyznívaly silněji než jiné, o jiných jsem byla přesvědčena, že se ukrývají „mezi řádky“, ač se je respondent snažil více či méně vědomě potlačit. Jednotlivým emocím jsem přiřadila barvu a pastelkami jsem zvýrazňovala věty nebo části vět, ve kterých se emoce přímo pojmenovaná respondentem nebo vnímaná ze strany výzkumníka projevovала.

Výše uvedeným čtyřem krokům byl podroben každý přepis rozhovoru, čímž byl splněn pátý bod analýzy IPA, tj. analýza dalšího případu.

Šestá fáze, tj. hledání vzorců napříč případy, slouží k propojení poznatků jednotlivých analýz. V tomto kroku jsem rozstříhala jednotlivé rozhovory podle počtu otázek na deset částí a rozložila je na podlahu. Porovnávala jsem mezi sebou jednak odpovědi na stejné otázky (např. všechny odpovědi na otázku číslo 4), ale i celé jednotlivé rozhovory mezi sebou. Sledovala jsem spojitosti mezi okruhy otázek, které jsem kladla respondentům, a mezi tématy pojmenovanými v jednotlivých analýzách. Zjišťovala jsem, jakou měrou odpovídají cíli mého výzkumu. Jak je uvedeno výše, soustředila jsem se zejména na prožívané emoce respondentů.

V této fázi analýzy jsem si vytvořila tabulku, do níž jsem zaznamenávala četnost emocí, které jsem v jednotlivých rozhovorech vnímala.

Reflexe vlastních představ souvisejících s tématem výzkumu

Sebereflexe slouží k vyjasnění si osobní role v interpretaci. Protože jsem si vědoma toho, že v kvalitativní analýze do závěrů vstupuji současně jako subjekt, provedla jsem před samotným výzkumem rozvahu nad svými pocity a během ní jsem si uvědomovala určité faktory, které mě jako výzkumníka mohou ovlivnit. Pokládala jsem si otázky týkající se osobní motivace a témat, která budou pro interpretaci stěžejní.

Jako zásadní motiv pro výběr tématu výzkumu považuji osobní zkušenost s prací s osobami závislými na nelegálních drogách. Pět let jsem pracovala jako zdravotní sestra v psychiatrické nemocnici na oddělení závislostí. Všimla jsem si, že někteří klienti se do léčebny opakovaně vrací, aniž by se jejich osobní stav zlepšoval. Vnímala jsem, jak frustrující může být taková zkušenost nejen pro rodiny závislých, ale také pro všechny pracovníky, kteří o takovou skupinu klientů pečují, protože terapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry i další pomáhající profese jsou vystaveni velké psychické zátěži.

Proto jsem si kladla otázky: Jsou osobnostní předpoklady lidí, kteří se věnují práci se závislými klienty, dostatečně popsány? Musí mít pro svou práci daný určitý potenciál a vrozené předpoklady, či je získávají během své praxe? Co prožívají ve svém zaměstnání? Jsou frustrováni při pohledu na cyklické návraty selhávajících klientů? Jsou ohroženi syndromem vyhoření? Jaké dojmy si odnášejí z celodenního kontaktu s těmito jedinci? Ovlivňují tyto zkušenosti jejich soukromý život? Kdo se zabývá jejich pocity a kdo je řeší?

Popis osobnostních předpokladů člověka pracujícího s osobami ohroženými závislostmi jsem našla v práci Poněšického (2011) – jednalo se však o doplňující zmínky. Dostatek odborné literatury, ve které by byla problematika osobnosti terapeuta diskutována, jsem nenalezla. Nabyla jsem proto dojmu, že prožívání terapeutů není pro autory zabývajícími se problematikou závislostí stěžejním tématem.

Při úvaze o podobě výzkumu zabývajícího se prožíváním terapeutů pracujících s klienty ohroženými závislostí jsem přemýšlela o rozdílech mezi jednotlivými programy

pro závislé. Zejména jsem vnímala rozdíl mezi terénním programem streetwork, který se zabývá klienty v nejtěžší fázi závislosti, a mezi programem následné péče, v němž se pracuje s klienty navracejícími se do běžného života.

Jedním z předpokladů, jež jsem si výzkumem chtěla ověřit, tedy bylo, že práce v programu streetwork klade na jedince vyšší nároky než v jiných programech, a proto by měl být terapeut v takovém typu programu psychicky velmi odolný, měl by procházet osobnostním výcvikem a častými supervizemi, neboť je frustracemi a syndromem vyhoření ohrožen nejvíce.

3. ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

3.1 Respondent R1 - Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R1	
Téma	Jádro emoce + souřadnice citace
Bezmoc/marnost	"Ano, často prožívám pocit marnosti a bezmocnosti." (22.) "...pak nikdo nepřijde, nic nesplní." (23.) " smetanu „slízne“ někdo jiný... (39.)
Úzkost	"Snažím se o profesionální přístupy, doplňovat si vzdělávání, držet se manuálů, supervize máme jednou do měsíce týmovou, individuální kdykoliv." (33. - 34.) " Řešíme problémy... vztahu pracovník – klient. Někteří klienti se snaží o manipulaci, aby dostali něco navíc..." (35. - 36.)
Radost	"...mi to těší." (14.) "Jsme rádi, že je udržíme na živu,..." (17.) "...jsem vděčný za to, kde jsem se narodil, vyrůstal a jak teď žiji." (21.)
Beznaděj	" Je velmi psychicky náročná. Je časté, že dlouho nevidíme žádný výsledek,..."(39.)
Lítost	"...si v osobním životě vážím víc svých přátel a blízkých, toho, co v životě mám." (19. - 20.) "...si řeknu, že ten člověk má na víc, než tady hnít." (31.)
Emoce domů (do soukromí)	X

Potlačování emocí (cílené zpracování)	"...přání se často rozchází s realitou. "(27.) "...člověk má na víc, než tady hnit. Mám to postavený tak, že je to jejich volba... (31. - 32.) "Tady ale držím striktní hranice."(37.) "...cíleně odděluji, nepřemýšlím o klientech v soukromí..."(42.)
Syndrom vyhoření	"Nesetkal jsem se s ním a s tímto fenoménem nemám problém." (44.)
Vnímání hranic	"Po těch letech už to tak neprožívám, je to jejich rozhodnutí..."(28. - 29.) " Snažím se o profesionální přístupy, doplňovat si vzdělávání, držet se manuálů, 34. supervize máme jednou do měsíce týmovou, individuální kdykoliv. Řešíme problémy hranic, co se týče vztahu pracovník – klient. "(33. - 35.) " Tady ale držím striktní hranice." (37.)
Vliv na soukromí a sebe sama	"...nepřemýšlím o klientech v soukromí..."(42.) " Přístup k rodině a přátelům mi to stoprocentně ovlivňuje. Uvědomuji si..., si... všímám, ...měním náhled..."(57. - 58.)
Celospolečenské vnímání	X
Zpětná vazba	"Práce má pro mne smysl a mám pocit, že jsem někomu užitečný." (18. - 19)
Vliv ve vztahu k partnerovi	X
Ovlivnění péče o dítě	"...děti nemám." (42.)
Ovlivnění ve finanční oblasti	X

Vyjádření respondenta R1:

„Posláním služby terénního programu je terénní sociální práce a následná sociální péče u osob, které jsou závislé na nelegálních návykových látkách. Jde nám především o snižování rizik v jejich současném způsobu života, soustředíme se například na bezpečnější aplikaci a terciální prevenci. Zároveň nám jde o ochranu veřejného zdraví.

Služba je určena osobám ohroženým závislostí nebo osobám závislým na návykových látkách. Osobám žijícím v sociálně vyloučených komunitách. Poskytujeme služby jako výměnu injekčního materiálu pro uživatele drog, testování na infekční choroby jako HIV, žloutenky B, C či syfilis, sociální, právní, zdravotní poradenství, práce s rodinou, krizová intervence, asistenční služby, přednáškovou činnost o sociálních patologiích. Naši nejčastější klienti jsou získáváni tzv. metodou „sněhové koule“. Někdy nás klienti vyhledají dřív než my je, a to prostřednictvím našich předchozích klientů. Náš primární zájem je klienta vyhledat, navázat s ním kontakt a snažit se ten kontakt udržet. Pokud to jde, posunout ho do zařízení o stupeň výše, jako je K centrum, AT ambulance či další instituce... Pokud klient nemá zájem o léčbu nebo o nějaký velký progres, pracujeme na tom, o co zájem má a na změnách, které jsou pro něj aktuálně možné a přijatelné. Problémových uživatelů drog máme asi čtyři sta padesát až pět set za rok, z toho asi sto uvádí jako základní drogu různé opioidy a zbytek má základní drogu pervitin.“

Rozhovor jsem získala u poskytovatele terénního programu.

Respondent R1 byl muž ze všech respondentů sice nejmladší, zato s nejvyšším vzděláním. Při dotazování vystupoval velmi formálně, odmítal se otevřít, držel si odstup, hranice i vůči výzkumníkovi. Odpovídal formálně, více či méně. Během rozhovoru se neuvolnil, stále své chování i emoce měl pod kontrolou. Odpovědi byly strohé, nerozvitě. Z pozice výzkumníka jsem vnímala, že respondent ke mně přistupuje s despektem, a to z toho důvodu, že svá jednání, emoce a přístup ke klientům neustále schovával za formální věty Katalogu nabídky sociálních služeb. Bylo poznat, že má sice po profesionální stránce hodně zpracováno a stále pracuje, avšak výzkumníka odmítal přijmout jako partnera dialogu. Z mého pohledu se však za nastudované chování a emoční stereotypy tak trochu schovával.

Respondent si vyžádal přepis rozhovoru k autorizaci, a to emailem. V reakci na mnou zasláný přepis stálo: „*Měla byste si laskavě ujasnit, v jakém čísle a páde chcete mluvit.*“ Respondent byl předem seznámen s průběhem výzkumu, proto mě překvapila reakce na doslovný přepis.

V průběhu rozhovoru jsem se cítila stísněně z výše zmíněných důvodů. Cítila jsem jeho neustálou potřebu dávat najevo svoji převahu, zmiňovat svoje vzdělání a zdůrazňovat svoje postavení. Jeho vystupování a vzhled se zásadně odlišoval. Oděv a vzhled byl v nápadné podobnosti s jeho klienty. Zaznamenala jsem velký rozkol mezi postavením

v práci a v chování vůči mně jako výzkumníkovi. Svoje negativní pocity jsem zformulovala takto: „*Cítím se jako zpráskaný pes a odcházím s pocitem ponížení a neúcty k partnerovi v dialogu. Odpovědi byly strohé, velmi úsporné, stále uhýbající. Nesdělil nic navíc. Jen to, co si každý přečte v Příručce. V závěru si v sobě zkonstatovala, že se vědomě a cíleně vyvaroval odpovědím, které se dotýkaly jeho soukromí. Teoreticky nastudované fráze o zvládání praxe pomocí obranných mechanismů emoce odhalovaly velmi skrytě.*“

Z analýzy dat respondenta R1 vyplývá, že nejčteněji se vyskytovaly emoce Potlačení emocí a Vnímání hranic, což ukazuje na cílené zpracování, a to jak směrem ke klientům, tak i směrem ke mně jako výzkumníkovi. Emoce respondent neprojevil v oblastech Vliv ke vztahu k partnerovi, Ovlivnění v péči o dítě, Ovlivnění ve finanční oblasti a Celospolečenské vnímání, a to, dle mého názoru, z důvodu nastavených hranic - profesně zakotvených.

Pracovník terénního programu byl můj první respondent. Na schůzku jsem šla plná očekávání. Nejtěžší asi pro mě bylo, že jsem nikdy s drogově závislými nepracovala, a i když jsem načetla spoustu odborných knih a byla účastna na různých programech, stále jsem cítila, že mezi odborníky nepatřím. Můj první respondent byl muž, zhruba kolem 35 let, byl oblečený evidentně tak, aby dobře zapadnul na ulici mezi drogově závislé, hlavně, aby nebyl moc nápadný. Od začátku rozhovoru ale odpovídal striktně jen na moje otázky. Byla jsem nejistá, snažila jsem se mu položit osobní otázky, ale jeho hradba byl neprolomitelná. Od začátku mi dával najevo, že mě nebere jako partnera sobě rovného. V podstatě jsem se nedozvěděla o moc víc, než má zařízení na webových stránkách jako informaci o programu. Jeho obranné mechanismy fungovaly naplno.

V programu pracuje respondent již 10 let, vždycky se o problematiku závislostí zajímal, při studiu na vysoké škole prošel několika experimenty s různými nelegálními drogami. Dokázal to ale vždycky „ustát“ a zůstal v rovině experimentů. Viděl v té době na několika spolužácích, kam až pravidelné užívání drog může dojít.

Být užitečný a prospěšný byl asi nejsilnější pocit. Považuje za velký úspěch, když se mu podaří na ulici navázat užší kontakt s uživatelem, se kterým se setkává i opakovaně. Za úspěch považuje i to, když se mu podaří klienta přesvědčit o nástupu do léčby, což se stane velmi zřídka. Jako náročné vnímá umět si jasně stanovit hranice, ze které už klienta nepustí. Zvláště na ulici je tato hranice velmi tenká. Někdy by měl tendenci se ke klientovi

více přiblížit, ale v tomto je velmi striktní. Vnímá svět venku, kde se mezi klienty pohybuje každý den, a svět svých přátel a rodiny, který je odlišný a o to víc si ho váží.

Za dobu, kdy se pohybuje mezi závislími klienty na ulici, už si zvyknul na to, že jsou prostě nespolehliví, často lžou. I tak, když nějaký klient selže, nepřijde na domluvenou schůzku, třeba se několik dní vůbec neukáže, mrzí ho to. Vnímá to jako na houpačce, chvíli se něco daří a pak přijde zklamání. Uvědomuje si, že právě práce v tomto programu je velmi psychicky náročná, nesmí si problémy druhých příliš připouštět, silně hrozí syndrom vyhoření. Říká, že se člověk musí naučit radovat se i z maličkých úspěchů a hlavně musí umět psychicky odpočívat.

Důležitou součástí jeho práce je měsíční supervize, kdy se může ze svých pocitů jak kladných, tak negativních vyprávět. Sám si ale uvědomuje, že po deseti letech této práce už se více obrnil a už to všechno tolik neprožívá. Jako příjemné rozptýlení vnímá i možnost dalšího odborného vzdělávání a aktivní účast na různých akcích, které pořádá jeho organizace. Práce v terénu tudíž není úplně stereotypní.

Na závěr uvádí, že po deseti letech této práce hodně svůj život přehodnotil a rád si uvědomuje, že jeho problémy jsou vzhledem někdy k zoufalosti drogových problémů malicherné.

Během celého rozhovoru si respondent držel ode mne odstup, snažila jsem se prolomit bariéru i ženskými zbraněmi, ale bez úspěchu. Neměla jsem tedy z prvního rozhovoru úplně dobrý pocit, ale třeba ten další bude lepší. Buď je tak už naučený, nebo je osobnostně introvertní.

3.2 Respondent R2 - Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R2	
Téma	Citace + souřadnice
Bezmoc/marnost	"...mam potřebu děti zachraňovat, je mi jich líto, a na rodiče jsem naštvaná." (21.)
Úzkost/strach	"...když řeším ty děti z Osrodu, tam je to těžší. Když se s tím setkám v práci, hodně myslím na malého, mám pocit úzkosti..." (37. - 38.) " Bojím se, protože syn je hyperaktivní, strašně se v něm vidím, ale jsem deformovaná, nadměrně sleduji, jak si stojí v kolektivu, jak se děti chovají k němu." (51. - 52.)
Radost	"... moc se na to těším." (6.) " Naopak mi to někdy baví, když dobře pracuje skupina, je to pro mne zábava." (22.)
Beznaděj	X
Lítost	"Někdy se jedná o rodiče závislé a mají malé děti, mam potřebu děti zachraňovat, je mi jich líto, a na rodiče jsem naštvaná." (20. - 21.)
Emoce domů (do soukromí)	"...nebo když přijde příběh, který se mi dotkne. Dřív jsem si je nosívala hodně domů, celý večer jsem na to myslela. V doléčováku jsme vedli s manželem skupiny a mluvili jsme o tom i doma..." (31. - 33.) " V osobním životě mi to hodně ovlivňuje ve smyslu, že lidi si přímo řeknou. Rádi si se mnou povídají a já s nimi. ... když si někdo požádá. " (57. - 58.)
Potlačování emocí (cílené zpracování)	" Obecně moc pocity neprožívám, je to práce." (20.) "...mam hodně jasně vymezené hranice, Mám to naučený, vymezím se a nedělá mi to problémy dodržovat." (24. - 26.)

Syndrom vyhoření	"...hodně jsem pracovala, změny ve vedení, najednou jsem tady nebyla ráda a začala jsem si hledat jinou práci." (41. - 42.) "Trochu mi to změnilo přístup ke svým blízkým, ale neterapizuju." (46.)
Vnímání hranic	" Z hlediska hranic, no za tu dobu co pracuji s lidmi mam hodně jasně vymezené hranice, protože klienti hranice všeobecně nerespektují." (24. - 25.)
Vliv na soukromí a sebe sama	"Ví, že stříkačky jsou špinavý, může se nakazit, ví, že se nesmí o samotě s nimi vybavovat" (28.- 29.) "V dolčováku jsme vedli s manželem skupiny a mluvili jsme o tom i doma, tak vlastně s námi byli vždy a všude. S manželem už spolu nejsme,..." (33. - 34.) "... v práci, hodně myslím na malého, mám pocit úzkosti, abych neselhala já. No a v té souvislosti aby neměl trable pak on." (38. - 39.) "Celkově to prožívám, není to lehké, mám toho hodně..." (47.) "...hodně se pozoruji ve výchově... (53.) " Asi i ve vztazích mi to ovlivňuje..." (55.) " V osobním životě mi to hodně ovlivňuje ve smyslu, že lidi si přímo řeknou. Umím si povídat, umím se ptát, když si někdo požádá..." (57. - 58.) "Cítím, že mi to ovlivňuje a určitě to na mě působí, myslím ale, že dobře. " (59. - 60.)
Celospolečenské vnímání	"Z hlediska hranic, no za tu dobu co pracuji s lidmi mam hodně jasně vymezené hranice, protože klienti hranice všeobecně nerespektují." (24. - 25.)
Zpětná vazba	" Pozitivní zpětná vazba ve mně vyvolává pocit smyslu, že mám pokračovat dál." (18.)
Vliv ve vztahu k partnerovi	"... tak vlastně s námi byli vždy a všude. S manželem už spolu nejsme, je to zvláštní, ve spoustu věcech jsme se nepotkali, ale já to mám otevřený." (34. - 35.) " Asi i ve vztazích mi to ovlivňuje, s manželem jsme spolu měli psychotherapeutický výcvik. Hodně mě to ovlivnilo, ale víme, že pastí na sebe dělat nemusíme." (55. - 56.)

Ovlivnění péče o dítě	"Ví, že stříkačky jsou špinavý, může se nakazit, ví, že se nesmí o samotě s nimi vybavovat." (28. - 29.) "... souvislosti aby neměl trable pak on." (39.) "Bojím se, protože syn je hyperaktivní, strašně se v něm vidím, ale jsem deformovaná, nadměrně sleduji, jak si stojí v kolektivu, jak se děti chovají k němu. Od malička ho učím slovně vyjadřovat emoce,..." (51. - 53.)
Ovlivnění ve finanční oblasti	X

Vyjádření respondenta R2:

„Kontaktní centrum mám na starosti, žádosti o peníze, průběžné zprávy, závěrečné zprávy textovou část, celý tým, tj. vzdělávání, hodnocení, odborné vedení. Mám nezletilé klienty na rozhovory, dělám přednášky na školách, administrativu, webové stránky, grafiku.“

Respondentka č. 2 byla žena produktivního věku. Jak vyplývá z dotazníku, práce tuto respondentku velmi ovlivňuje, a to zejména v oblasti výchovy syna a v péči o něj, dále pak v osobním životě, dokonce i v partnerském. Při výchově se projevuje jako spíše úzkostná matka, která pečlivě vyhodnocuje vždy a ve všech ohledech svůj výchovný postup. Je si vědoma toho, co „dělat nemá“ a kdy dle svých slov selhává. Na druhou stranu je z dotazníku zřejmé, že respondentka klade důraz na vyjadřování synových emocí a sleduje jeho postavení v kolektivu.

V partnerském životě je svou prací také ovlivněna. Manželství respondentky se rozpadlo. Sama přiznává, že si práci „nosila“ domů. S manželem rozebírala pracovní problémy, snažila se je s ním řešit. To mělo dopad i na syna, který toto z pohledu dítěte těžko nesl.

Z tabulky emocí respondentky č. 2 vyplývá, že nejvyšší počet jádrových emocí, vyplývajících z dotazníku, jsou emoce ovlivňující soukromí a sebe sama, což potvrzuje respondentčino přiznání, že ji práce ovlivňuje.

Přivítala mě sympatická žena, zhruba kolem 35 let, na hlavě má dlouhé dredy. I u ní na první pohled vnímám, že se svým image potřebuje ke klientům co nejvíce přiblížit. Sama za sebe si myslím, že je to pro pracovníka asi dost důležité. Jak by klienti vnímali, kdyby s nimi pracovala paní v kostýmku?

Hned na úvod mi respondentka sděluje, že po třinácti letech v organizace končí a odchází do jiné organizace, která pracuje s pěstounskými rodinami. Sama už delší dobu cítí, že potřebuje profesní změnu. Začala pracovat nejdříve jako dobrovolný terénní pracovník a poté se vypracovala až na vedoucího programu.

Z jejího povídání o experimentech s drogami vnímám její potřebu si uvědomit samu sebe: kam směřuji, co jsem, co od života očekávám. Byla to doba střední školy, kdy popisuje i deprese z toho, že nevěděla, kam směřuje. Pak začala pracovat v terénu, viděla na vlastní oči, kam až drogy mohou člověka přivést. Vdala se, má syna a rozvedla se. Teď už ví, kde je její místo, a chce být především dobrou mámou. Alkohol pije, ví, kde je její hranice, a kouří. Měla jsem pocit, že to má srovnané, nepotřebuje si nic dokazovat.

Převážně pracuje s nezletilými dětmi, v individuálních pohovorech, ale vede i skupinu. Někdy přijdou s dětmi i rodiče. Přináší jí radost, když se povede, že dítě drogy brát přestane, těší ji i práce se skupinou. U dětí většinou ještě nejde o závislost, jedná se spíše o experimentování, a když je dobrá s rodiči, je velká naděje, že je dítě úspěšné. Obecně mám z ní pocit, že své pocity dokáže držet na uzdě. Když mluví o rodičích, kteří berou drogy a mají nejčastěji malé děti, je na ně rozhněvaná. Jako máma to prostě už vnímá jinak. Svoje hranice vůči klientům má jasně vymezené a už jí nedělá problémy je udržet. Vnímám ji jako profesionálku.

Když si začneme vyprávět o jejím synovi, je příjemná, vypráví mi, že i on byl několikrát u ní v práci, viděl stříkačky, ví, že se na ně nesmí sahat, že jsou špinaví. Vypráví, jak si dříve práci domů nosila, když měla případ, který se jí nějakým způsobem dotknul, měla ho v hlavě celý večer. Jeden čas s manželem vedla skupinu v doléčovacím programu, a to pak spolu o práci mluvili celý večer. Dnes už to tak není, snaží se soukromí od práce oddělit. Vnímám, že s manželským rozchodem není ještě úplně vyrovnaná, mluví o tom, že pracovně si sedli, ale ve spoustě jiných věcí se nepotkali. Syn to těžce nese, má pocit, že teď mu musí věnovat více času. Mám z ní pocit, že i nová práce je pro ni nový začátek.

Mluvíme o jejím syndromu vyhoření, kterým trpěla před svým otěhotněním, že přišlo v pravou chvíli. V té době měla spoustu práce, kromě práce s klienty zajišťovala ještě i administrativu, nějak v té době nevěděla kudy kam, dokonce už hledala jinou práci. Těhotenství prožila už v klidu. Po mateřské se zase ráda vrátila. Mluví o tom, že bylo příjemné pracovat s manželem.

Na závěr mluvíme hodně o tom, jak ji práce ovlivnila směrem k rodině, přátelům. Svoje povídání směřuje především k synovi, vnímá se jako úzkostná, určitě ho více sleduje, snaží se, aby byl spokojený a vyrůstal v dobrých podmínkách.

S respondentkou to bylo velmi příjemné povídání, měla jsem z ní pocit, že už toho má dost za sebou, ušla velký kus cesty a stále nové životní role zvládá a stále na sobě pracuje.

3.3 Respondent R3 - Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R3	
Téma	Citace + souřadnice
Bezmoc/marnost	„Já v tom mám jasno, tady je to tak, že kdo hranice nemá, moc v práci se závisláky neuspěje.“ (23. – 24.)
Úzkost/strach	„No, my musíme mít naprosto pevné hranice...“ (21.) „...musíme je držet zkrátka a hranice neposouvat...“(23) „...kdo hranice nemá, v práci se závisláky neuspěje.“ (23. – 24.)
Radost	„...tak cítím uspokojení a radost z práce...“ (12.) „...ale také mám radost...“ (18) „...cítím lidi pozitivně a po těch letech ani necítím žádnou negaci.“ (18. – 19.)
Beznaděj	
Lítost	„... někdy je mi jich líto, když slyším ten jejich příběh.“ (17.)
Emoce domů (do soukromí)	„Už i starší dceři to říkám,...“ (41.)
Potlačování emocí (cílené zpracování)	„...s každým jiným nemocným člověkem.“ (16.) „...jakmile zavřu v práci dveře.“ (30.)
Syndrom vyhoření	„...člověka vysaje, ale unaví.“ (28.) „Čas od času mi to pohltí, jsem vyčerpaná. V té době mě nic mě nebaví.“ (35. – 36.) „Ten stereotyp tady vyčerpává...“ (37.)
Vnímání hranic	„No, my musíme mít naprosto pevné hranice...“ (21.) „...musíme držet zkrátka...“ (23.) „Práci od soukromého života oddělím...“ (30.) „Myslím ale, že mi ta práce ovlivňuje, protože když jsem tu nepracovala, vždy jsem si představovala, že každý feťák si to

	způsobil sám.“ (48. – 49.)
Vliv na soukromí a sebe sama	„ Práce s těmito lidmi se určitě promítá do mých blízkých. Když mají různé problémy, tak to se mnou řeší, ptají se.“ (40. – 41.) „Práci od soukromého života oddělím...“ (30.) „Myslím, že mi ta práce ovlivňuje, protože když jsem tu nepracovala, představovala jsem si, že každý feťák si to způsobil sám.“ (48. – 49.) „Ten pohled se změnil, nemám takové klapky na očích...“ (50.) „Než něco řeknu, zamyslím se nad tím... samozřejmě i doma, nad problémy, dětmi partnerem...“ (50. – 51.) „Bez této zkušenosti v práci jsem to dřív takhle neměla...“ (52. – 53.)
Celospolečenské vnímání	„Feťáka si představí jen jako špinavého v kapuci se někde válet na zemi.“ (43.) „...hezky oblečení manažeri..., vůbec nikdo by to do nich netipoval.“ (44.)
Zpětná vazba	„Cítím lidi pozitivně a ani necítím žádnou negaci.“ (18. – 19.) „Jo, jo, pozitivní zpětná vazba od pacientů občas přijde.“ „...se lidé otevrou, vypovídají, tak cítím uspokojení...“ „...konkrétní terapie ho posunula dál a klient dosáhl určitého výsledku.“ (11. – 14.) „Cítím to ale lidsky, více jako člověk...“ (41.)
Vliv ve vztahu k partnerovi	„Než něco řeknu, zamyslím se nad tím, nad problémy, dětmi partnerem...“ (51.)
Ovlivnění péče o dítě	„Už i starší dceři ro říkám...“ „Než něco řeknu, zamyslím se nad tím, nad problémy, dětmi partnerem...“
Ovlivnění ve finanční oblasti	

Respondentka č. 3 byla žena v produktivním věku se zdravotnickým vzděláním, zaměstnaná jako zdravotní sestra ve státním zdravotnickém zařízení. Jako jediná z respondentů se nevyjadřovala směrem ke klientovi jako ke klientovi drogově závislému, ale jak sama uvádí v dotazníku, přistupovala k nim jako ke každému jinému pacientovi.

Na rozdíl od ostatních dotazovaných přistupovala ke klientovi věcně, až schematicky, řešila spíše „tělo“, nikoliv tělo i duši. Také z dotazování vyplynulo, že respondentka postupovala vždy a pouze dle pokynů ošetřujícího lékaře, případně dle postupu supervizora. Jako prostředek odbourání stresu zvolila fyzickou aktivitu – chodí cvičit.

Při provádění analýzy dat jsem zjistila, že respondentka č. 3 si vůbec neuvědomila, že se o klientech zařízení vyjadřovala pouze jako o pacientech. Z toho jsem vyvodila jistou míru profesionální deformace této respondentky, a to z pozice zdravotního pracovníka.

Na tento rozhovor jsem se těšila, protože na detoxifikační jednotce pracují zdravotní sestry a k nim mám vzhledem ke svojí práci v Psychiatrické léčebně v Dobřanech blízko. Velmi brzo jsem zjistila, že tato práce je opravdu velmi rozdílná oproti práci v ostatních programech.

Přivítala mě asi 40letá zdravotní sestra, která na detoxifikačním oddělení pracuje 6 let. Práci si ale nevybrala, byla sem zřejmě přidělena v rámci fakultní nemocnice. Zpočátku odpovídala na moje otázky stručně, až ke konci se trochu více rozpovídala. Bylo velmi poznat, že jde spíše o práci zdravotní než o terapeutickou.

Mile mě překvapilo, že sama má zkušenosti s marihuanou v mládí, ale spíše negativní, vlastně ji vůbec neoslovila a nic dalšího už nezkoušela.

Docela často mluví o radosti z práce, ráda se účastní skupin během detoxu, vidí ten posun u klienta, když nastoupí pod vlivem nějaké drogy a pak odabstinuje, říká, že je to jiný člověk. Určitě jsem ale měla pocit, že závislého klienta vnímá jako zdravotník a tak k němu také přistupuje. Nemocný je nemocný a je celkem jedno s čím. Skupiny na detoxu vedou terapeuti a zdravotnický personál se jich účastní více méně jako pozorovatel. Měla jsem z respondentky pocit, že ani více do hloubky osudů jednotlivých klientů jít nechce.

I ona má jasně postavenou hranici, kam až si klienta pustí, rozhodně nechce, aby jí jakýmkoliv způsobem ovlivňoval její život. Znovu ale opakuje, že má radost, když vidí, že klient na sobě pracuje a někam se posouvá.

Mám z ní pocit, že jí vyhovuje, že pracuje v režimové léčbě, kde jsou jasně daná pravidla, která se neporušují. Myslím si, že i pro pracovníka je pak práce jednodušší vzhledem k tomu, že je přesný rozpis aktivit na celý den, který klienti musí plnit i časově.

Je to samozřejmě rozdíl oproti práci třeba v terénu, kdy se musí pracovník s klientem domlouvat a není v tu chvíli vůbec jasné, jestli klient dohodu dodrží.

Práci i tak vnímá jako psychicky náročnou především na skupinách, kdy musí držet stoprocentně svoji pozornost při vyprávění klientů o jejich osudech. Stane se, že klient právě od ní potřebuje odpověď, takže se musí pořád soustředit. To vnímá jako náročné. Někdy, když odchází z práce, má pocit, že jí klienti vysáli veškerou energii.

Poslední roky se ale už naučila s pocity pracovat, nebrat si práci domů, když zavře dveře v práci, už na klienty nemyslí, jen když se objeví nějaký výjimečný případ, hlavně když se jedná o dítě.

Sama má dvě děti, takže doma už se maximálně věnuje rodině, ani o práci doma moc nemluví. Někdy se jí ale stává, že se cítí z práce vyčerpaná, hlavně psychicky. Našla si ale cvičení a to jí dokáže zase zpátky nabít energií. Často má v práci pocit stereotypu, který jí pak vysává energii.

Při povídání s respondentkou bylo zřejmé, že je to zralá žena, která ví, co a proč dělá. Působila na mě vyrovnaným dojmem. Zarazilo mě, že o klientech mluvila jako o pacientech. Přece jenom je zdravotník a pracuje ve zdravotnickém zařízení.

Na závěr se rozovídala o svých dcerách, které ve škole měly různé přednášky na drogové téma. I ony měly představu, že feťák je bezdomovec válející se na ulici, nemohly dlouho pochopit, že i mezi lékaři a managery jsou závislí. Změnil se i její úhel pohledu na drogově závislé. Dnes po šesti letech na detoxu je vnímá jako nemocné, kteří se rozhodli se léčit. Říká: „Dnes už vím, že si klienti svoji závislost vždycky nezpůsobí sami, dnes už je neodsuzují“.

3.4 Respondent R4 – Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R4	
Téma	Citace + souřadnice
Bezmoc/marnost	X
Úzkost/strach	"Já jsem člověk, který má rád vše pod kontrolou, nikdy jsem nebyla na žádném výkonu pod celkovou anestezií."(6. - 7.)
Radost	"...oceňuji, samozřejmě jsem za to ráda."(25.) "Je tam alespoň to momentální uspokojení, radost z té zpětné vazby."(27.) "Mám radost, když některý pacient najde práci nebo vlastní bydlení."(36. - 37.)
Beznaděj	"Někdy cítím, že mi je jich líto a mám pocit beznaděje."(29.) "Někdy cítím pocit nespravedlnosti." „Někteří lidé se snaží a nic, stále se v tom plácají a někteří, jsou na dávkách, nesnaží se a nějak tím životem proplouvají. Za mě to cítím jako nespravedlnost a jsem naštvaná na ten systém tady. Je to beznaděj."(32. - 35.)
Lítost	"...např. řeknou: „Děkuji, děkuji, jste strašně hodná“, ale ty další věci tam už nejsou..."(26. - 27.) "Někdy cítím, že mi je jich líto."(29.) "...ve vztahu v rodině, která nesouhlasí s mojí prací. Hlavně maminka s tatínkem nejsou nadšení, kam se jejich dcera ubrala."(42. - 43.)
Emoce domů (do soukromí)	"Někdy nad klientem přemítám, jestli to vyjde, nevyjde. Člověk, nebo jeho silný příběh mě musí oslovit, zasáhnout, abych si z toho něco odnesla."(30. - 31.)

<p>Potlačování emocí (cílené zpracování)</p>	<p>"Klienti, kteří jsou závislí, mají tendenci překračovat hranice, ale pracujeme v jasném režimu a hranice jsou nastavené."(39. - 40.) "Já nemám potřebu doma mluvit o práci, ..." (53.) "...potřebu pracovní věci manželovi říkat, ani brečet, co ten nebo který klient udělal. Od toho mám pak kolegy nebo kolegyně v práci, doma s tím nikoho nezatěžuji."(57. - 58.) "S kamarády v rodinách a se známými to nechci řešit,..."(95.)</p>
<p>Syndrom vyhoření</p>	<p>X</p>
<p>Vnímání hranic</p>	<p>"Někdy to ale vnímám účelově od některých lidí, ..." (25. - 26.) "Důležité je mít jasné hranice vůči klientům i pro organizaci, ale i já mám své hranice, kam až můžu jít a kam ne. Mám určitý sebezáchovný moment a musím tomu dát rámeček."(44. - 46.) "Už jen tím, jak ty lidi jsou bezhraniční, mají stále tendence posunovat hranice, jsou manipulativní, je potřeba vždy vytvořit nějaký svůj sebezáchovný ventil a proces ochrany sebe sama." (49. - 51.) "Mám volnou pracovní dobu a odmítám dělat přesčasy. Nemám potřebu pracovní věci manželovi říkat, ani brečet, co ten nebo který pacient udělal." (56. - 57.) "Obecně sociální práce a psychotherapeutický výcvik mi hodně dal a naučila jsem se pojmenovávat věci tady a teď, to znamená hned vše zpracovávat,..."(90. - 91.)</p>
<p>Vliv na soukromí a sebe sama</p>	<p>"...je potřeba vždy vytvořit nějaký svůj sebezáchovný ventil a proces ochrany sebe sama." (50. - 51.) "v době, kdy cítí určitou krizi, může zavolat. To trochu vstupuje do mého soukromí. Mám volnou pracovní dobu a odmítám dělat přesčasy."(55. - 56.) "... to ve mně nekumuluje. Ale asi trochu profesionální deformaci mám. Malinko paušalizuji, třeba když jedu v tramvaji, člověka si tipnu,..."(92. - 93.)</p>
<p>Celospolečenské vnímání</p>	<p>"Klienti, kteří jsou závislí, mají tendenci překračovat hranice, ale pracujeme v jasném režimu a hranice jsou nastavené. Co se týká vnímání společností, myslím, že hodně negativně je vnímána tato práce. "(39. - 41.) "Prospěch musí mít klient a nepoškodit ani sebe, ani</p>

	program organizace."46. - 47.) "člověka si tipnu, ten prodává, ten bere piko, nebo je na piku. Musím se na to ale zaměřit. Nebo se mi zeptá kamarádka. Jinak je nevnímám."(93. - 95.)
Zpětná vazba	"Velmi to oceňuji, samozřejmě jsem za to ráda. " (24. - 25.) "Je tam alespoň to momentální uspokojení, radost z té zpětné vazby." (27.)
Vliv ve vztahu k partnerovi	X
Ovlivnění péče o dítě	"Mám osmileté dítě, a tam jediné se to projevuje. Vstupuje mi to do rodičovské role, často si říkám, abych ve výchově neudělala chybu, a tak neovlivnila její špatné rozhodnutí. Ale to je na ní a jako rodič to neovlivním ..." (85. - 87.) "Když něco řeknu tak to takhle platí a tak to 90. bude." (89. - 90.)
Ovlivnění ve finanční oblasti	X

Vyjádření respondenta R4:

„Dělám s klienty sociální práci, adiktologii, individuální plánování, zhodnocení klienta do programu, to znamená, posuzuji vstupní anamnézu, zda je vhodný do programu. Je to určení na opoidní závislosti. Beru klienta komplexně, vnímám ho z pohledu, v jaké, se nachází situaci, v jaké rodině. Jinak se pracuje s etnicitou... Je minimálně romáků na ulici, žijí v soudržnosti, ve které je patologie a oni sami ji nevidí. Jejich pojetí normy a moje pojetí normy je rozdílné. Plán prevence relapsu je těžko pro ně uchopitelný. Hodně dělám prevenci relapsu a motivační rozhovory. Klienti jsou na metadonu a pracujeme na posunu je vést k abstinenci. Tohle je ale jejich volba. Nabízíme různé varianty, a rozhodnutí je na nich. Já jsem pro ně jen průvodce. Mám v tom jasno, proto v tom můžu dlouho fungovat. Tak dlouho, než oni sami se rozhodnou ke změně...“

Respondentka se projevovala velmi profesionálně. Práci v substitučním programu si vydobyla i přes nesouhlas rodiny. Její rodiče byli zklamáni, když zjistili, co by jejich dcera chtěla dělat.

Setkání s terapeutkou substitučního programu bylo velmi příjemné, hned mi bylo jasné, že mluvím s někým, kdo je odborník a v oblasti závislostí se pohybuje dlouhou dobu. Bylo znát, že nejsem první, kdo potřebuje od terapeutky čas na popovídání, k rozhovoru přistoupila profesionálně.

Na kladené otázky odpovídala v naprostém klidu, se závislými pracuje už patnáct let. Začala v terénním programu, který jako první začal poskytovat v terénu služby harm redukcion. Trochu na mě působila jako „mamina“, ale to je možná ten druhý pohled, který může být klientům příjemný. Rozhodně není ta, která by se chtěla svojí image přizpůsobit klientům. Nikdy žádnou nelegální drogu nevyzkoušela, strach ze ztráty kontroly byl vždy silnější.

Poměrně podrobně popsala, co ji vedlo k této práci. Je na sebe hodně náročná, přísná, má ráda věci a svůj život pod kontrolou. Nejdříve ji zajímalo, co se odehrává s člověkem po ztrátě kontroly, ať už se jedná třeba jen o anestézii. Zajímala se o sociální patologii všeobecně, až ji to přivedlo k přímé práci s drogově závislými.

Vždycky se zajímá o celý drogový příběh klienta, jak se užíváním jeho osobnost měnila, jak se měnilo sociální zázemí. Už si zvykla na to, že závislí klienti jsou nespolehliví, často lžou. Vnímá to tak, že to k nim patří. Už ji to tolik nerozhodí. Určitě má pocit, že práce v substituci ji naplňuje, baví ji, stále se má i od klientů co učit.

Práce v substituci je zajímavá tím, že klienti chodí pro substituci pravidelně, takže terapeutka je také pravidelně vidí. Popisuje radost z toho, když chodí klient, který již dlouhodobě abstinuje a směřuje k abstinenci. Je na ní vidět, že ji práce těší, že si čas na klienta udělá a má dobrý pocit, když klient poděkuje a je na něm vidět, že mu pomohla.

Poměrně hodně mluví o problému drog u Romů. Vnímá to jako hodně těžké, protože Romové nejsou schopni někam chodit pravidelně a trvale, proto v substituci často selhávají. Tam cítí určitou beznaděj. Prožívá i lítost nad některými konkrétními případy, hlavně když je to klient, u kterého zná jeho celou anamnézu a ví, jak se do propasti drog dostal. Stále má ale pocit, že negativa v práci vyvažují pozitiva, udělá jí radost každý dobrý

posun v životě klienta, je přesvědčena, že její práce má smysl. Když o klientech mluví, je cítit, že ji práce maximálně naplňuje.

V práci s klienty má jasně stanovené hranice, které nepřekračuje. Vnímá, že jednodušší je to v tom, že program substituce je jasně daný, má svá pravidla, a když se klient pro program rozhodne dobrovolně, musí pravidla respektovat. Rozpovídá se o tom, že její rodiče moc její práci nerozumí, měli o jejím profesním životě jinou představu. Nedokáží pochopit, že i drogově závislí jsou nemocní a je potřeba jim pomoci. Je cítit, že ji to mrzí, ale ví, že s tím se nedá moc dělat.

Vnímá svoji práci jako náročnou vzhledem k tomu, že klienti žádné hranice ani pravidla nemají, je proto potřeba být stále ve střehu, protože klienti se často snaží pracovníky manipulovat.

Svoji rodinu prací a příběhy nezatěžuje, ani necítí potřebu, vnímá to tak, že na řešení pracovních problémů jsou kolegové, striktně svoje soukromí se dvěma dětmi chrání.

Je pro ni důležitá i pozitivní zpětná vazba od kolegů, motivace k další práci. Měla už na předešlých místech pocitu, že práce nemá smysl, ale to především kvůli kolegům, kteří samotnou práci a klienty shazovali. Když se jim párkrát něco nepodařilo, měli tendenci to vzdát. To je ale pro ni nepřijatelný přístup, tak radši z práce odešla.

V práci se závislými už se naučila za tu dlouhou dobu poslouchat svoje tělo, když se cítí vyčerpaná, dá si pauzu, naučila se i delegovat práci na kolegy. Když pracovala jako vedoucí v terénu, bylo několik měsíců v roce náročnějších vzhledem k potřebné administrativě. Když to šlo, šla raději na ulici za klienty, aby změnila prostředí, a zase se k administrativě vrátila. Striktně se snaží dodržovat i pracovní dobu, už se naučila tu nebýt pro klienta kdykoliv. Když je doma, tak se věnuje osmileté dceři a práci neřeší. Jsou výjimečné případy, kdy musí vyřešit nějakou krizovou situaci po telefonu, ale jinak se prací doma nezabývá.

I ona mluví o prolínání pracovních zkušeností do vztahu rodič – dítě. Uvědomuje si, že více vnímá dceru, hlídá, aby neudělala výchovnou chybu. Tak jako ona, i dcera má od své matky jasně stanovené hranice, které by měla dodržovat. S jasně stanovenými pravidly vnímá jako rodič výchovu snadněji.

Popisuje, že se někdy přistihne, jak si v tramvaji tipuje, kdo jaké drogy by mohl brát, do jaké skupiny patří. Říká: „Určitě už trochu profesionálně deformovaná jsem, určitě lidi venku více pozoruji a všímám si jich.“

Byl to velmi příjemně strávený čas při rozhovoru s odbornicí, která mě vnímala jako rovnocenného partnera s naprostou profesionalitou.

3.5 Respondent R5 - Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R5	
Téma	Citace + souřadnice
Bezmoc/marnost	„Ovšem neplacené.“ (6.)
Úzkost/strach	„Je to pro nás důležité, abychom neměli pocit marnosti a honby za větrem. (19. – 20.) „Měli jsme případy mezi kolegy, že to na ně mělo destruktivní vliv.“ (63.) „Uvědomuji si riziko i velký tlak, musím to mít stále na paměti.“ (68.)
Radost	„...tam je pěkná zpětná vazba.“ (15.) „Přijedou ti úspěšní, grilujeme, povídáme, je to příjemné. (15. - 16.) „...Samozřejmě bychom chtěli mít co nejvíce zpětné vazby pozitivní,..." (17. – 18.)
Beznaděj	„...procento úspěšných je malé.“ (17.) „Práce v terénu musí být demotivující.“ (27.) „...Práce je na psychiku náročná,..." (28.)
Lítost	Pozitivní zpětné vazby je ale jako šafránu, máme všichni po ní hlad, procento úspěšných je malé. (16. – 17.)
Emoce domů (do soukromí)	„Musíme přísně oddělovat pracovní problémy od osobních. Není snadné to udržet.“ (39.) „Snažím se o to a je to důležité, mám 3 dospělé děti, manželku, psa, zázemí. Chodím běhat, chodíme na koncerty, do divadla, na výstavy.... Jsou, ale období kdy to prosakuje do osobního života, od toho pak máme supervize 1x za měsíc s psychologem nebo sdílení s kolegou.“ (48. – 51.)
Potlačování emocí (cílené zpracování)	„Je to pro nás důležité, abychom neměli pocit marnosti a honby za větrem.“ (19. – 20.)
Syndrom vyhoření	„...syndrom vyhoření, v určitých obdobích přichází frustrace, negativní pocity.“ (28. – 29.) „Snažím se o to a je to důležité, mám 3 dospělé děti, manželku, psa, zázemí. Chodím běhat, chodíme na koncerty, do divadla, na výstavy.... Jsou, ale období kdy to prosakuje do osobního života, od toho pak máme supervize 1x za měsíc s psychologem nebo sdílení s kolegou.“ (48. – 51.) „ Měli jsme

	případy mezi kolegy, že to na ně mělo destruktivní vliv, člověk si občas klade otázky, jak dlouho to ještě zvládne.“ (62. – 63.)
Vnímání hranic	„Žádnou zkušenost s nelegální drogou nemám, nikdy jsem nic neužíval ani nezkoušel žádný experiment.“ (11. – 12.) „Každý pracovník by měl mít prostředky jak vše zpracovávat a mít psychoterapeutický výcvik.“ 45. – 46.)
Vliv na soukromí a sebe sama	„Klienty cítím a vnímám jako sobě rovné, nedívám se na ně jako na pacienty. Vnímám je jako lidi, kteří měli různá životní traumata, vážím si jich pro jejich zajímavé lidské vlastnosti. Tady jsou lidé, kteří mají snahu s tím něco dělat, mají svou velmi silnou motivaci.“ (22. – 25.) „Pracovní stres mi ovlivňuje, může tedy ovlivnit náladu a to samozřejmě nejvíc v partnerském vztahu. Měli jsme případy mezi kolegy, že to na ně mělo destruktivní vliv.“ (61. – 63.) Práce to je náročná, jako v pomáhajících profesích. Jste nervózní, protivní z pracovního stresu, no projevy jsou.“ (64. – 65.)
Celospolečenské vnímání	„Myslím, že lidé jsou velice stigmatizovaní, je hodně negativních pohledů směrem od veřejnosti. Je velmi těžké tedy shánět dotace pro narkomany, veřejnost raději podpoří matky s dětmi.“ (33. – 35.) „...že narkomani nejsou jen ti co ničí ale také ti co zvelebují a dělají hezké okolí. Je to takový vzkaz veřejnosti.“ (36. – 37.)
Zpětná vazba	
Vliv ve vztahu k partnerovi	„Pracovní stres mi ovlivňuje, může tedy ovlivnit náladu a to samozřejmě nejvíc v partnerském vztahu. Měli jsme případy mezi kolegy, že to na ně mělo destruktivní vliv.“ (61. – 63.)
Ovlivnění péče o dítě	„Naše děti nemají takové problémy. Naši klienti jsou běžně ve věku mých dětí, jsem opravdu moc rád, že naše děti takové problémy nemají.“ (65. – 66.)
Ovlivnění ve finanční oblasti	X

Respondent č. 5 byl muž staršího věku. Přestože se vyjadřoval velmi stroze, jeho odpovědi byly věcné, otevřené. Sám hodnotí, že největší oporou v tomto oboru je vzdělání, které si neustále aktualizuje, neboť si uvědomuje, jakému tlaku a vlivům je dennodenně vystaven.

Setkání v terapeutické komunitě bylo z mnoha ohledů zase úplně jiné než předcházející setkání. Zásadní rozdíl vnímám v tom, že komunita patří pod diakonii církevní, tudíž personál je věřící. Druhým velkým rozdílem je, že pracovníci komunity vidí klienty celý den po dobu až jednoho roku. Sama za sebe to vnímám tak, že léčba skrze Boha je o něco jednodušší. Bůh klientům v léčbě může rozhodně pomoci, klienti díky své víře cestu k abstinenci mají duchovně jednodušší, ale ve své podstatě nevím, jestli jednu závislost nevymění za jinou. A co se stane, když je Bůh zklame? Vráti se zpět k drogám?

Vedoucí komunity vnímá svoji práci ve všech ohledech pozitivně. Do komunity klient nastupuje dobrovolně, takže se předpokládá, že v léčbě vydrží. Pozorování změny klienta v průběhu tak dlouhé doby je pozitivní. Komunita pořádá i setkávání s bývalými klienty, to respondent prožívá hodně radostně, protože přijdou klienti, kterým se v životě daří.

Váží si klientů, kteří se pro tak dlouhou a náročnou léčbu rozhodli, vnímá je jako sobě rovné, nikdy se nad ně nepovyšuje. To je cítit i z toho, jak o klientech mluví. Vztah se během léčby určitě vytvoří, uzavřenost skupiny, která je spolu 24 hodin denně, je to vztah velmi intenzivní. Vedoucí mluví o tom, že třeba práce v terénu by mu přišla demotivující, v komunitě pozitivních zpětných vazeb je rozhodně víc. Důležité jsou pro něj i pravidelné měsíční supervize. Jsou někdy období, kdy se cítí vyčerpaný a snad i vyhořelý, ale supervize mu vždycky pomůže.

Negativně vnímá práci se závislými v kontextu pohledu společnosti. Vždycky to tak bylo a přetrvává to i v dnešní době. Je velmi náročné shánět finanční prostředky, klienti závislí na drogách nejsou atraktivní, nedá se na nich zviditelnit. Raději se dávají prostředky třeba na matky s dětmi nebo seniory. V této oblasti vnímá svoji práci jako velmi náročnou. Snaží se vymýšlet stále novou práci pro klienty, aby si komunita svými prostředky přilepšila.

Mluví o tom, že je vzhledem k intenzivnímu trávení času s klienty těžké někdy udržet pomyslnou hranici mezi ním a klientem. Mám z toho pocit, že se to pracovníci učí

za pochodu, někdy udělají chyby, ty se pak řeší při supervizi. Někdy ale přece jenom k přenosu mezi klientem a pracovníkem dojde. Za tak dlouhou dobu léčby se vztah určitě vytvoří a nejdůležitější je ho udržet v příslušných mantinelech. S klienty podnikají i různé akce, výlety, soutěže, programy. Uvědomuji si, že pak mají s klienty i společné zážitky, a tam je myslím velmi těžké hranici dodržet.

Sám vedoucí komunity má tři dospělé děti, jeho práce ale do soukromí neprosakuje. Snaží se problémy nechat za branou komunity. Někdy se mu to ale nepodaří, stává se to ale zřídka. Sám, když má pocit, že si práci příliš nechává prosakovat do soukromí, řeší problém na supervizi s psychologem.

Snaží se volný čas s rodinou trávit naplno a využívat každé volné chvíle ke společným aktivitám. Rozpovídá se o svých třech dospělých dětech, které jsou všechny v životě úspěšné, je cítit, že je na ně pyšný. Říká: „Lidé se sklonem k závislosti vycházejí většinou z problémového rodinného prostředí.“

Na závěr rozhovoru mluví o tom, že je to práce velmi náročná a ani on neví, jak dlouho ji ještě bude dělat. Ví ale, že kdyby ho práce přestala naplňovat, radši odejde, než aby to odnesla rodina.

3.6 Respondent R6 - Analýza rozhovoru

Analýza výsledků - respondent R6	
Téma	Citace + souřadnice
Bezmoc/marnost	"Občas se ale stane, že jiný klient není v dobrém stavu, to není příjemné." (40. - 41.)
Úzkost/strach	" Jsem zastáncem striktního přístupu i po 15 letech práce." (28.) "Cítím to ale lidsky, více jako člověk, než lítost z pohledu terapeuta." (41. - 42.) "48. "Přestože peněz není moc, a sama to s dvěma dětmi utáhnu dost těžce, ...vnímám, že se zaměřuji i na to, aby mi partner dokázal porozumět nejen lidsky, ale uměl mi pomoci i po ekonomické stránce." (49. - 51.)
Radost	"Samozřejmě, že z toho mám radost, je to pozitivní vazba a děje se tady a teď." (13. - 14.) "39. Když potkám socializovaného klienta, je spíš radost. Vidíte, že je sociálně začleněný, to je příjemné, pozitivní." (39. - 40.)
Beznaděj	"Občas se ale stane, že jiný klient není v dobrém stavu, to není příjemné. " (40. - 41.)
Lítost	"Jako svůj problém si to neberu. Úplnou marnost to nezažívám, ale asi tak jednou do roka mi určitý příběh osloví, cítím soucit, ale myslím, že je zdravý." (20. - 21.) "Vzbuzuje to ve mne lítost, to ano. Cítím to ale lidsky, více jako člověk, než lítost z pohledu terapeuta." (41. - 42.)
Emoce domů (do soukromí)	"Jednou do roka mi určitý příběh osloví, cítím soucit, ale myslím, že je zdravý. Ještě ve mne tak jeden den doznívá, ale vnímám to jako součást jejich života." (21. - 22.) "Občas se ale stane, že jiný klient není v dobrém stavu, to není příjemné." (40. - 41.)

<p>Potlačování emocí (cílené zpracování)</p>	<p>"Mám to již po patnácti letech nastaveno tak, že vše, co se děje, je v pořádku..." (18.) "Já jsem pouze jeho průvodce v určitém období jeho života. Když se to nepodaří, je opět pouze na něm, jaký život si nakonec ON vybere..." (25. - 26.)"28. Jsem zastáncem striktního přístupu i po 15 letech práce. Pravidla jsou nastavena a těch se držíme. Chrání to jak terapeuta, tak i závislého klienta. Speciálně u naší cílové skupiny je to důležité mít direktivní přístup." (28. - 30.)" Teď už tolik ne, hodně mám zpracováno." (36.) "Občas se ale stane, že jiný klient není v dobrém stavu, to není příjemné." (40. - 41.)</p>
<p>Syndrom vyhoření</p>	<p>"Vnímala jsem, že moje kapacita pro klienty, co se týká trpělivosti a osobní angažovanosti, je omezená, v práci jsem však zůstala." (46. - 47.)</p>
<p>Vnímání hranic</p>	<p>"...kdy klient hodně chválí a to jsem raději obezřetná..." (15.) "...s klientem jdeme společně kus jeho životní cesty a je na něm, kterou cestou půjde. Jako svůj problém si to neberu"(19. - 20.) "...je opět pouze na něm, jaký život si nakonec ON vybere..." (26.) "...je to důležité mít direktivní přístup. V klasické terapii ne, ale s těmito závislostmi je třeba dodržet mantinely." (30. - 31.) "Vnímám, že vědomě nedávám alkohol jako dárek. U vlastních dětí jsem na pozoru. Především u mladšího dítěte, které je nezletilé. Snažím se o jasný postoj, že ani symbolicky ne." (52. - 54.)</p>
<p>Vliv na soukromí a sebe sama</p>	<p>"...mi ovlivňuje i směrem k sobě samé, vlastně prostřednictvím této činnosti pracuji stále na sobě, nabírám nové poznatky a zkušenosti." (33. - 34.) "Teď už tolik ne, hodně mám zpracováno, náročnost profese vnímám jako výhodu a motivaci k seberozvoji, k práci na sobě." (36. - 37.) "Cítím to ale lidsky, více jako člověk, než lítost z pohledu terapeuta." (41. - 42.) "Vnímám, že vědomě nedávám alkohol jako dárek." (52.)</p>
<p>Celospolečenské vnímání</p>	<p>"...že se jinak dívám na dění ve světě, na dění u přátel a v podstatě i v rodině. Práce s drogově závislými mi ovlivňuje i směrem k sobě samé, vlastně prostřednictvím této činnosti pracuji stále na sobě,</p>

	nabírám nové poznatky a zkušenosti." (32.-34.)
Zpětná vazba	" Pozitivní zpětná vazba přijde většinou při loučení, když klienti odchází do zpět do plně samostatného života." (11. - 12.) "...je to pozitivní vazba a děje se tady a teď." (13. - 14.)
Vliv ve vztahu k partnerovi	"...vnímám, že se zaměřuji i na to, aby mi partner dokázal porozumět nejen lidsky, ale uměl mi pomoci i po ekonomické stránce." (49. - 50.)
Ovlivnění péče o dítě	"...sama to s dvěma dětmi utáhnu dost těžce..." (49.) " U vlastních dětí jsem na pozoru. Především u mladšího dítěte, které je nezletilé." (52. - 53.)
Ovlivnění ve finanční oblasti	"Přestože peněz není moc, a sama to s dvěma dětmi utáhnu dost těžce,... vnímám, že se zaměřuji i na to, aby mi partner dokázal porozumět nejen lidsky, ale uměl mi pomoci i po ekonomické stránce." (48. - 50.)

Vyjádření respondenta – R6:

„Zde je klientům vytvořeno bezpečné prostředí pomocí poradenství, pomoci při hledání zaměstnání, pracovní terapie, skupinové a individuální terapie, také individuálních aktivit. Poskytuje přechod z režimu v komunitě do běžného života. Snaží se o začlenění klienta do sociální situace, podporuje sociální vazby, stabilizaci v abstinenci a uvědomování odpovědnosti klienta v průběhu programu i po jeho ukončení. Většina klientů má dluhy, exekuce, nedokončené vzdělání. Klienti zde mohou být šest měsíců, matky s dětmi dvanáct měsíců. Je zde devět pokojů pro stálé bydlení. Na terapii dochází i lidé z ambulance. Chodí do zaměstnání, platí nájem, platí zde sankční řád. Pro klienty je 2x týdně skupinová terapie, 1x týdně individuální, mohou využít i rodinnou či párovou terapii. 1x do měsíce mají možnost volnočasové aktivity, například koncert, výlet, výstava, přednáška. Volný čas mohou trávit dle svého. Často se řeší následné spolubydlení.“

Respondentka č. 6 byla jedinou respondentkou, u níž bylo vyhodnoceno, že její práce se promítá i do oblasti Ovlivnění ve finanční oblasti. Dotazovaná se spontánně zmínila, že vnímá, jak je ovlivněna při vyhodnocování svého potenciálního partnera. Přistihla sebe sama, že u možných partnerů hledá nejen lidské porozumění, ale i oporu v oblasti ekonomické.

Poslední setkání a rozhovor byly velmi příjemným ukončením jedné fáze mé práce. Setkání s vedoucí programu následné péče bylo velmi milé. Respondentka bydlí v rodinném domě, v podkroví, jinak celý dům je zařízen pokoji pro klienty, včetně zázemí a místnosti pro setkávání na skupinách. Je to velmi milá, drobná, zhruba čtyřicetiletá žena s dvěma dcerami, se kterými žije sama.

Její odpovědi jsou barvitě, ale profesionální. Se závislými pracuje již 15 let. Vlastně se k této práci dostala náhodou, prostě přišla nabídka a ona jí využila. Sama s drogami až na jednu zkušenost s hašíšem nemá. Po této jednorázové zkušenosti byla několik hodin dezorientovaná, vůbec ji to neoslovilo.

Svoji práci vnímá rozhodně jako pozitivní a to hlavně proto, že do chráněného bydlení přichází klient čistý, po léčbě a snaží se s jejich pomocí zařadit zpět do života. Často se to povede, klient si najde práci, bydlení a z chráněného bydlení může odejít. Respondentka moment loučení vnímá jako maximálně pozitivní zpětnou vazbu. Stává se, že klient, který už žije mimo chráněné bydlení, se přijde za ní podívat a je to pořádku. V ten moment si uvědomuje silně, že její práce má smysl a je potřebná.

Za dlouhou dobu, kdy s klienty pracuje, už je tolik neprožívá, naučila se, že všechno, co se děje, je v pořádku, ona může klientovi jen nabídnout pomoc a nasměrovat ho na cestu. Jakou cestu si ale pak vybere klient, to už není v její moci ovlivnit. Neprožívá pocity marnosti, od toho už se umí odpoutat. Stane se ale třeba jednou za rok, že ji nějaký příběh více zasáhne, třeba tím, že se podobá tomu jejímu. Ale i s tím už umí pracovat.

I v tomto programu jsou jasně daná pravidla a hranice a ty musí dodržovat jak pracovník, tak klient. Respondentka to vnímá jako nutné, všichni vědí, co mohou a co už ne. Klienti se občas snaží s ní manipulovat, zkouší to. Vnímám ji jako člověka, který má něco za sebou, co nebylo vždycky lehké, je ukotvená, ví, co a proč svoji práci dělá a dělá ji dobře. Svoji práci vnímá i jako možnost pro sebe se dále rozvíjet.

Když přijde klient, kterému se úplně nedaří, cítí spíše lítost, v tu chvíli je více člověk než terapeut. Ale i to k životu přirozeně patří.

Vypráví zcela otevřeně, že sama prošla v životě velmi těžkým obdobím a o to víc bylo vyčerpávající se věnovat klientům. Byla hodně unavená, fungovala jako stroj. Dokonce v tu dobu zvažovala, že z programu odejde.

Nakonec zůstala, všechno se srovnalo, ale říká, že úzkosti kolem dcer se občas objeví. Určitě si jich více všímá, trvá na pravidlech i v roli matky. Někdy má strach, jestli je dobře vychovala, ale vnímá je jako zodpovědné. Táhnou se s ní z doby manželství dluhy, každopádně říká, že se má co ohánět a finanční situace není vždycky jednoduchá. Vidím ji jako bojovnici, která se nevzdává, myslím, že může být dobrým příkladem i pro klienty. Přeji jí do budoucna hodně štěstí, aby našla vhodného partnera, který by ji mohl finančně pomoci.

3.7 Srovnání jednotlivých rozhovorů

Pokud srovnáváme jednotlivé rozhovory, můžeme v jednotlivých zkoumaných oblastech nacházet zajímavé vztahy a souvislosti.

Co se týče jádrových emocí, pocity bezmoci vycházejí z různých zdrojů. Může to být nedostatečné finanční ohodnocení práce (R5), vidění špatného stavu klienta (R6), ale i bezmoc spojená s nemožností pomoci dítěti v ohrožení (R2). Emoci úzkosti jsem rozpoznala, když respondenti hovořili o velké snaze udržet si ve vztahu terapeut – klient profesionální přístup, když usilují o stanovení pevných hranic a o tvrdou kontrolu tohoto vztahu (R1, R3, R4). Diagnostikovala jsem ji také z tlaku, kterým na terapeuta jeho profese působí (R5), nebo z nedobré finanční situace (R6).

Přestože jsem předpokládala, že emoce radosti se může objevovat zřídka, respondenti uváděli, že mají radost zejména ve chvíli, kdy cítí pozitivní zpětnou vazbu, zejména pokud se některému z klientů podaří úspěšný průlom v léčbě závislosti (R1, R4, R5, R6). Psychická náročnost práce (R1, R5), pocit nespravedlnosti (R4) a malé množství úspěšných klientů (R5, R6) může vést k pocitu beznaděje.

Předpokládala jsem, že u terapeutů (jako pomáhající profese) se bude objevovat lítost. Je zajímavé, že z výpovědí nevyplývá jednoznačný zdroj, který by tuto emoci vyvolával. Respondenti se málo vyjadřují o lítosti spojené se sledováním případu neúspěšného klienta. Někteří však v tomto duchu vypovídali (R2, R6). Jeden z respondentů projevoval lítost nad nepochopením vlastních rodičů ve výběru profese (R4), pro dalšího byl příčinou nedostatek pozitivní zpětné vazby (R5).

Další oblastí, na kterou jsem se zaměřila, byla otázka, zda jsou emoce prožívané v zaměstnání přenášeny i do soukromí. Polovina respondentů uvedla, že v různé míře nad příběhy svých klientů doma přemýšlí a emoce spojené s těmito příběhy v nich ještě nějakou dobu doznívají. Zároveň někteří z nich druhým dechem dodávají, že se snaží pracovní oblast od soukromé oddělovat. Ve výpovědích jsem sledovala, v jaké míře se u terapeutů projevuje potlačování emocí. Většina odpovědí pro mě vyznívá tak, že potlačování emocí se projevuje v komentářích o cíleném oddělování práce od soukromí (R1), naučeném „neprožívání“ práce (R2), nezatěžování rodiny a přátel a vyzdvihování role „průvodce“ na cestě klienta.

Vzhledem k předpokládané psychické náročnosti profese jsem sledovala i otázku syndromu vyhoření. Jeden z respondentů jasně uvedl, že se jej tento problém netýká (R1), někteří respondenti se vyjadřovali o fázi, kdy cítili vyčerpání, stereotyp (R3), potřebu změny (R2, R6) či frustraci (R5), což jsou signály značící možné ohrožení syndromem vyhoření.

U všech respondentů jsem si všimla určité shody v otázce vymezení si hranic ve vztahu klient – terapeut. Všichni se vyjadřovali v tom duchu, že si určují striktní, jasné, pevné hranice (R1, R2, R3); u jednoho z respondentů se udržování hranic projevuje i v obezřetnosti a odmítání alkoholu, byť i jen jako dárku (R6).

Všichni dotazovaní se vyjádřili, že jejich profese má vliv na ně samotné i na soukromí. Jeden z respondentů uvádí, že má obavu ze selhání a vliv práce se projevuje na vztazích (R2), další vypovídá, že díky vlivu profese se změnil jeho pohled na závislé (R3), v dalším případě jsem se setkala s nutností odmítat v zaměstnání přesčasy, aby bylo možné věnovat se sobě a rodině (R4), jeden z dotazovaných uvádí, že pracovní stres má vliv na vztahy (R5). Vliv na sebe sama nemusí být vždy jen negativní, při dobrém zpracování tohoto vlivu může docházet i k seberozvoji (R6).

V oblasti celospolečenského vnímání se někteří dotazovaní vyjádřili o proměně svého pohledu na skupinu klientů (R3 uvádí, že si už nepředstavuje závislé jen jako zanedbané jedince, poté co zjistil, že mezi klientelu mohou patřit i dobře vypadající manažeři), jeden z respondentů hovořil o pohledu společnosti na oblast péče o závislé (R5 vypovídal, že drogově závislí jsou stále velmi stigmatizováni, proto je problém získat na péči o ně dotace).

Zajímala jsem se, zda v profesi terapeutů dochází ke zpětné vazbě a co jim tato případná zpětná vazba přináší. Většina dotazovaných uvedla, že ke zpětné vazbě, i té pozitivní, dochází (v různých případech v různé míře), což jim přináší hlavně pocit uspokojení a chuť pokračovat v práci.

Předposlední oblastí byly vztahy, a to jak k partnerovi, tak k dětem. Dva z respondentů se o vztazích s partnerem či partnerkou nevyjadřovali vůbec (R1 a R4). Ze zbývajících výpovědí vyplývá, že se nad svými vztahy více zamýšlejí, v jednom případě byl přínosný i psychoterapeutický výcvik (R2). Jeden z respondentů vypovídá, že si uvědomuje, jak je důležité lidské porozumění ze strany partnera, ale i hmotné zabezpečení.

Ve vztahu k dětem jsem vnímala zvýšenou opatrnost. Objevila se zde výpověď o nadměrném sledování postavení potomka v kolektivu (R2), strachu z chyby ve výchově (R4), zvýšená bedlivost (R6). Jeden z respondentů uvádí, že si uvědomuje vděk za to, že jeho potomci nemají problémy jako jeho klienti (R5).

Co se týče ovlivnění finanční oblasti, pouze jeden z dotazovaných uvádí, že je těžké zabezpečit dvě děti, když nemá v domácnosti partnera.

Z porovnání rozhovorů v jednotlivých oblastech je patrné, že nejsilněji zaznívá téma hranic, nutnost psychohygieny a neustálé práce na sobě, aby respondenti byli schopni psychicky náročnou profesi dobře vykonávat a aby netrpěl jejich osobní život.

4. DISKUSE

Ve své diplomové práci se zabývám problematikou prožívání terapeutů, kteří pracují s drogově závislými. Primárním cílem práce je odkrýt jádrové emoce terapeutů, sekundárním cílem je pak zjistit, jak je jejich práce ovlivňuje nejen při práci samé, ale i v soukromí, ve vztahu k dětem a v neposlední řadě i v osobním životě, např. ve vztahu k partnerovi.

Teoretická část práce poskytuje ucelený vhled do problematiky drog, tento pojem vymezuje a specifikuje. Z hlediska sémantiky tohoto pojmu došlo k posunu významu. Viděno očima většinové populace střední a mladší generace pojem droga je chápán ve smyslu návykové látky, která se aplikuje nitrožilně, popřípadě se šnupe či kouří. Látky běžně dostupné, jako jsou například látky těkavé – lepidla, syntetické barvy, rozpouštědla, jsou vnímány spíše jako látky každodenního života. Obdobný, nebojím se říci, až tolerantní přístup se ukazuje i ve vnímání látek sice zákonem omezených – věkové hranice prodejnosti, ale společností tolerovaných, či dokonce v určité míře i vyhledávaných. K těmto látkám řadíme např. alkohol a nikotin. Vedle vlastního vymezení pojmu a pojmů s problematikou souvisejících se práce zmiňuje i o způsobech léčby drogově závislých, dotýká se jak osobnosti závislého, tak osobnosti terapeuta.

Drogově závislým se může stát kdokoliv z nás. Závislost je záležitost nenápadná, plíživá a zcela závislá na síle osobnosti člověka, osvětě a „selském“ rozumu každého jedince. Systém péče o drogově závislé rozlišuje šest základních složek péče:

- Terénní práce.
- Nízkoprahová kontaktní centra.
- Detoxifikační jednotky.
- Rezidenční léčba.
- Metadonové a jiné substituční programy.
- Následná péče a péče doléčovací.

5. ZÁVĚR

V úvodu práci jsem si položila otázku, zda existuje vliv práce s osobami ohroženými drogovou závislostí na prožívání a na každodenní realitu terapeutů. Výsledky dotazníků ukazují, že vliv se jednoznačně projevuje a intenzita tohoto vlivu se odvíjí od určitých faktorů. Mezi které patří kromě délky praxe, ale zejména program, ve kterém daný terapeut pracuje. Ukazuje se, že nejvíce emocí (bezmoc, úzkost, lítost a beznaděj) se projevuje u pracovníků, kteří pracují s klienty, jejichž vyhlídky na celkové uzdravení jsou nejisté, či dokonce mizivé. V těchto programech jsou také terapeuti nejvíce konfrontováni s vysokým očekáváním ze strany rodin či přátel svých klientů, neboť je vnímají jako „záchranu“ svých blízkých a mají v některých případech tendenci na ně svalovat i případné neúspěchy v léčbě. Zároveň vzniká velký tlak způsobený obavami z možného relapsu klientů.

U všech respondentů bylo patrné, že jejich práce je nejvíce ovlivňuje v oblasti vymezování hranic. Všichni uváděli, že nastavit si osobní hranice je nutné, neboť klienti sami hranice nevnímají a mají snahu je neustále posouvat. Aby nebylo s terapeuty manipulováno a aby se vyhnuli přílišnému zasahování práce do soukromí, je pro ně nutné si ujasnit, kam až úvahy o svém zaměstnání nechají zajít. Zdůrazňují, že v této oblasti je jim velkou pomocí sebezkušenostní výcvik a supervize, během nichž mohou diskutovat o svých problémech s odborníky. Ať už vědomě či nevědomě, většina respondentů přiznává, že jejich povolání zasahovalo či zasahuje do jejich soukromého života. Některé řešené případy se i přes vědomé vymezení hranic terapeutů lidsky dotýkají. Vliv práce se specifickou klientelou závislých také přímo či nepřímo ovlivňuje určitá důležitá životní rozhodnutí, jakým je například výběr partnera. Patrný byl také vliv na vztah k dětem a jejich výchovu. Dá se říci, že terapeuti jako rodiče své děti více sledují, ale zároveň si více váží toho, že jejich potomci netrpí stejnými problémy, se kterými se setkávají u svých klientů.

Protože práce s osobami ohroženými závislostí je velmi psychicky náročná, ptala jsem se respondentů, zda se cítí být náchylní na tzv. „burnout syndrom“ (syndrom vyhoření). Naprostá rezignace a apatie je totiž, jak známo, velkým strašákem pomáhajících profesí. Terapeuti evidentně o tomto fenoménu dobře vědí a jeho prevence je jistě jedním ze základů sebezkušenostního výcviku. Ačkoliv se nikdo z terapeutů nevyjádřil, že by takovým stadiem procházel, jedna z respondentek však popisovala stav

před odchodem na mateřskou dovolenou, který naznačoval, že pokud by se její životní situace nezměnila, mohla se syndromu vyhoření blížit.

Jsem přesvědčena, že pokud bych se respondentů přímo ptala, zda pociťují negativní emoce, jakými jsou např. bezmoc, beznaděj a lítost, dočkala bych se buďto opatrných, nebo dokonce přímo záporných odpovědí. Připadalo mi, že zejména někteří z mých respondentů se obávají jakéhokoli zdánlivého ohrožení své profesionality, proto své emoce záměrně potlačovali. Sledované jádrové emoce se projevily nepřímo. I přes tento jev všichni přiznávají, že práce se závislými je psychicky náročná, mnohdy až vyčerpávající.

Dle mého názoru by bylo přínosné, pokud by terapeuti mohli během své profesní kariéry procházet různými typy programů, neboť každý z nich nabízí jiný pohled na skupinu závislých. Pracovníky terénních programů by jistě mohlo motivovat, pokud by mohli vidět např. klienty ve fázi resocializace. Mohli by se častěji setkávat s určitou mírou uspokojení, která by vnesla do jejich každodenního prožívání více pozitivních emocí. Navíc by mohlo docházet k efektivní výměně zkušeností a celkově k určitému vhledu i nadhledu, co se profesi týče.

Uvědomuji si, že tento výzkum nepodává statistické, snadno sledovatelné závěry, ze kterých by bylo možné sestavovat obecně platné hypotézy.

Navržená hypotéza pro další výzkum je, že existuje vliv této práce na každodennost terapeuta v péči o děti, v partnerských vztazích, ve finanční oblasti aj. Zajímavým tématem by bylo porovnání jednotlivých programů, kde pracovníci uvedli odlišnou intenzitu jádrových emocí. Zajímavým tématem pro subhypotézu může být myšlenka, že pracovníci v oblasti terénních programů mohou být terapeuti vystaveni pocitu marnosti, bezmoci, nespravedlnosti.

Kvalitativní analýza ukázala, že oblast prožívání terapeutů by měla být zkoumána intenzivněji, aby se těmto cenným pracovníkům dostávalo dostatečné péče, neboť jen vyrovnaný a psychicky odolný člověk může být klientům opravdu přínosem a oporou během jejich náročné cesty k uzdravení.

LITERATURA A PRAMENY

1. Autogenní trénink: cesty k vyrovnanosti a uvolnění. České vyd. 1. Praha: Svojtka & Co., 2008. ISBN: 978-80-7352-818-8.
2. BAKALÁŘ, E. *Nové psychohry: společenské hry pro všestranný rozvoj osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-235-1.
3. BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Vyd. 1., Praha: Victoria Publishing, 1995, 91 s. Vědět víc (Victoria Publishing). ISBN 80-7187-003-x.
4. ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M., MELLANOVÁ, A. *Speciální psychologie*. Vyd. 2., upravené. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN: 80-7013-243-4.
5. JANÍK, Alojz a Karel DUŠEK. *Drogy a společnost*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
6. JOYCE, P., SILLS, CH. *Základní dovednosti v gestalt psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-771-8.
7. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., v Portálu 1. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.
8. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1-2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
9. KALINA, K., MIOVSKÝ, M. *Psychoterapie v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing, 2008.
10. KENNARD, D. *An introduction to therapeutic communities*. Jessica Kingsley Publishers. London, 1998.
11. KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 190 s. ISBN 978-802-1063-822.
12. KUDRLE, S. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Drogy a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003.

13. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN: 80-85850-24-9.
14. MELLANOVÁ, A., ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Přepřac. vyd. 5., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN: 978-80-7013-559-4.
15. MILLER, W. R., ZWEBEN, A., DICLEMENTE, C., RYCHTARIK, R. G.: *Motivational enhancement therapy manual*. U. S. Department of Health and Human Services, ADAMHA, NIAAA, Washington, 1992.
16. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
17. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 2., Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-831-7.
18. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Besip, 1995.
19. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996.
20. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN: 80-85121-52-2.
21. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Bažení (craving): společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání*. Praha: Sportprag, 1999.
22. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Vyd. 1., Praha: Academia, 2007. 472 s. ISBN 80-200-1499-3
23. PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Vyd. 1., Praha: Triton, 2011, 116 s. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-518-3.
24. PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?* Rozš. vyd. 2., Praha: Maxdorf, 1995, 88 s., barev. fot. na příl. Medica. ISBN 80-85800-25-x.
25. PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf, 1995.

26. ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 260 s. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.
27. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 1., Praha: Portál, 2002, 49 s. ISBN 80-717-8553-9.
28. STUHLÍKOVÁ, I. (1998). *Úvod do psychologie emocí (hlavně teorie emocí) – skriptum PF (dostupné v prodejně skript v knihovně JU)*
29. STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-289-9.
30. SVOBODA, M., HUMPOLÍČEK, P., ŠNOREK, V. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80-7178-214-9.
32. VOJÁČEK, K. *Autogenní trénink*. Praha: Avicenum, 1988.
33. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Aktualiz. vyd. 2., Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0253-3.

Seznam elektronických zdrojů:

1. Monika Plocová, <http://www.monikaplocova.cz/zakladni-faktory-a-metody-lecby>
2. Timulák L., www.oblibene.name/userdata/shopimg/.../file/EFT-Timulák.ppt
3. Plháková A., slideplayer.cz/slide/2876243/

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník respondentů

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 1

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 2

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 3

Příloha č. 5 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 4

Příloha č. 6 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 5

Příloha č. 7 – Přepis rozhovoru – Respondent č. 6

Příloha č. 1 – Dotazník respondentů

1. Jak dlouho pracujete s drogově závislými klienty?
2. Proč jste se rozhodl pro práci právě s touto cílovou skupinou?
3. Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?
4. Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů, jak to vnímáte?
5. Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?
6. Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?
7. Přejde vám tato práce psychicky náročná?
8. Jste schopen se od práce odpoutat, oddělit práci od soukromého života?
9. Setkal jste se při své práci se syndromem vyhoření?
10. Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?

Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru – respondent R1 (Terénní program)

1. *V: Jak dlouho pracujete s drogově závislými klienty?*

S touto cílovou skupinou pracuji od října roku 2006, tedy skoro deset let.

2. *V: Proč jste se rozhodl pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

Měl jsem o tuto práci dlouhodobý zájem.

3. *V: Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?*

Ano, v období dospívání jsem uskutečnil různé experimenty (mám zkušenost s marihuanou, hašišem, lysohlávkami, pervitinem, alkoholem i tabákem), ale viděl jsem vývoj u některých známých kolem sebe a měl jsem představu, kam pravidelné užívání vede... Studoval jsem tehdy na vysoké škole a měl jsem svou představu o budoucnosti i cíl.

4. *V: Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů, jak to vnímáte?*

Pozitivní vazba od klientů přichází formou vděku, že je ochoten někdo se s nimi vůbec bavit. Samozřejmě, že mi to těší. Někdy klienti přímo vyjadřují, jak jsou nám vděční za to, co pro ně děláme a vyloženě nám děkují. Někdy se stane, že klient před nástupem do léčby přijde poděkovat za to, jak jsme se k němu chovali. Jsme rádi, že je udržíme na živu, někdy je posuneme výš do následného programu. Práce má pro mne smysl a mám pocit, že jsem někomu užitečný. Ovlivňuje mě v tom, že si v osobním životě vážím víc svých přátel a blízkých, toho, co v životě mám. Když vidím, v jakých podmínkách někteří vyrůstají a žijí, jsem vděčný za to, kde jsem se narodil, vyrůstal a jak teď žiji.

5. *V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?*

Ano, často prožívám pocit marnosti a bezmocnosti. Jsou klienti, se kterými se na něčem domluvíme, např. asistenci k lékaři, den, čas, pak nikdo nepříjde, nic nesplní. Až když přijdou pro výměnu materiálu, řeknou třeba „Já jsem spal...“ Je důležité zastávat pragmatický přístup a vidět úspěchy i ve věcech, kde by je laik nehledal. Je třeba být hodně trpělivý a naučit se, že přání se často rozcházejí s realitou. Máme jedenkrát za měsíc supervize s jedním lékařem. Po těch letech už to tak neprožívám, je to jejich rozhodnutí...

6. *V: Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

V některých případech si řeknu, že ten člověk má na víc, než tady hnít. Mám to postavený tak, že je to jejich volba a já jsem pouze průvodce v určité fázi jejich cesty. Snažím se o profesionální přístupy, doplňovat si vzdělávání, držet se manuálů, supervize máme jednou do měsíce týmovou, individuální kdykoliv. Řešíme problémy hranic, co se týče vztahu pracovník – klient. Někteří klienti se snaží o manipulaci, aby dostali něco navíc, často hrají na city: „Když mi to ale nedáte, můžu se nakazit“, „Vždyť se známe dlouho, tak udělejte výjimku“. Tady ale držím striktní hranice.

7. *V: Přijde vám tato práce psychicky náročná?*

Je velmi psychicky náročná. Je časté, že dlouho nevidíme žádný výsledek, a když ano, smetanu „slízne“ někdo jiný, např. v následné péči, či terapeutické komunitě.

8. *V: Jste schopeni se od práce odpoutat, oddělit práci od soukromého života?*

Práci cíleně odděluji, nepřemýšlím o klientech v soukromí, děti nemám.

9. *V: Setkal jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Nesetkal jsem se s ním a s tímto fenoménem nemám problém. To, že se tak nestalo, příkládám na vrub pravidelné supervizi a velkému důrazu na další průběžné vzdělávání, které je v organizaci vyžadováno. A další důvod vidím v rozmanité činnosti. Kromě samotného chození do terénu a práci s uživateli drog se věnujeme i jiným aktivitám. Přednášíme studentům, děláme workshopy pro návštěvníky NZDM, podílíme se na pořádání krajské AT konference, účastníme se komunitního plánování a několika pracovních skupin, jsme partnerem portálu e Dekontaminace a jednou ročně pořádáme divadelně-preventivní akci Den s Ulicí. Tam zveme terapeutické komunity, které odehrají svá představení a pak diskutují s diváky, kterými jsou studenti gymnázií a odborných učilišť. Dále se snažíme, aby každý zaměstnanec publikoval odborné texty a přednášel na odborné konferenci. Takže ta náplň je pestrá a možnost realizovat se, jde na různých rovinách.

10. *V: Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?*

Přístup k rodině a přátelům mi to stoprocentně ovlivňuje. Uvědomuji si, že si více všímám lidí kolem sebe, ve svém osobním životě a měním náhled na každodenní trable. Z mého pohledu se stávají malichernými a vlastně žádné trable nejsou.

Příloha č. 3 – Přepis rozhovoru – respondent R2 (Program – Kontaktní centrum)

1. *Výzkumník (V): Jak dlouho pracujete s drogově závislými klienty?*

Asi 13 let, letos ale končím a od nového roku budu pracovat s novou cílovou skupinou, z důvodu změny, cítím, že potřebuji odejít z organizace, potřebuji i životní změnu, jdu sama ze svého rozhodnutí do organizace pěstounů – doprovázení, poradce, moc se na to těším.

2. *V: Proč jste se rozhodla pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

Při VŠ jsem začala pracovat jako teréniak a kamarádka to šla zkusit, já šla tedy s ní a vybrali mne. Z úplného dobrovolníka před třinácti lety jsem vylezla až na vedoucí pozici.

3. *V: Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?*

Ano mám, proto jsem se prostřednictvím druhých lidí asi chtěla poznat. Asi jsem si to chtěla vysvětlit proč... Pervitin, party, hous, techno, experimentovala jsem s halucinogenama, teď jen pijí alkohol a cigarety, musím v pití vědět, kde jsem. Teď mám syna, tak musím být odpovědná nejen v práci, ale i jako matka. Přinášelo mi to únik z deprese, pokus o prožívání přesahu, spiritualita, únik z nudy na střední škole.

4. *V: Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů? Jak to vnímáte?*

Někdy ano, rok jsem dělala s nezletilými, kteří měli potíže s drogami. Na rozhovory průběžně dochází nezletilí z Ospodu nebo z besed či přednášek – primární prevence. Pozitivní zpětná vazba ve mně vyvolává pocit smyslu, že mám pokračovat dál.

5. *V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?*

Obecně moc pocity neprožívám, je to práce. Někdy se jedná o rodiče závislé a mají malé děti, mam potřebu děti zachraňovat, je mi jich líto, a na rodiče jsem našťvaná. Naopak mi to někdy baví, když dobře pracuje skupina, je to pro mne zábava.

6. *V: Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

Z hlediska hranic, no za tu dobu co pracuji s lidmi mam hodně jasně vymezené hranice, protože klienti hranice všeobecně nerespektují. Mám to naučený, vymezí se a nedělá mi to problémy dodržovat. Lidé vůbec nejsou v obraze, jsou na drogově závislé našťvaný, nachází stříkačky v pískovišti. Svě dítě jsem občas měla

v kanceláři. Ví, že stříkačky jsou špinavý, může se nakazit, ví, že se nesmí o samotě s nimi vybavovat.

7. *V: Přejde vám tato práce psychicky náročná?*

Jo přijde někdy. Tehdy kdy je toho hodně mám hodně věcí na starost, nebo když přijde příběh, který se mi dotkne. Dřív jsem si je nosívala hodně domů, celý večer jsem na to myslela. V dolčováku jsme vedli s manželem skupiny a mluvili jsme o tom i doma tak vlastně s námi byli vždy a všude. S manželem už spolu nejsme, je to zvláštní, ve spoustu věcech jsme se nepotkali, ale já to mám otevřený. Malej to nese těžko...

8. *V: Jste schopna se od práce odpoutat, oddělit práci od soukromého života?*

Jo to úplně, jen když řeším ty děti z Ospodu, tam je to těžší. Když se s tím setkám v práci, hodně myslím na malého, mám pocit úzkosti, abych neselhala já. No a v té souvislosti aby neměl trable pak on.

9. *V: Setkala jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Před otěhotněním, to bylo akorát načasovaný, hodně jsem pracovala, změny ve vedení, najednou jsem tady nebyla ráda a začala jsem si hledat jinou práci. Do toho jsem ale otěhotněla a nějak se to vyřešilo.

10. *V: Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?*

Trochu mi to změnilo přístup ke svým blízkým, ale neterapizuju. Ale když mi sestra řekne, že se jí zdálo tohle a tohle, tak si s ní ráda pokecám. Celkově to prožívám, není to lehké, mám toho hodně, marodila jsem se zády, po výpovědi z pracovního procesu mi zády přestaly bolet, celý podzim jsem psala životopisy, chodila na výběrová řízení. Dělán věci, které mi pomáhají, bydlím s malým v domku. Topím si v krbkách a cítím, že se mám něco naučit díky tomu. Bojím se, protože syn je hyperaktivní, strašně se v něm vidím, ale jsem deformovaná, nadměrně sleduji, jak si stojí v kolektivu, jak se děti chovají k němu. Od malička ho učím slovně vyjadřovat emoce, hodně se pozoruji ve výchově, naprosto přesně vím, kde a kdy selhávám. Ví, že to dělat nemám. Asi i ve vztazích mi to ovlivňuje, s manželem jsme spolu měli psychoterapeutický výcvik. Hodně mě to ovlivnilo, ale víme, že pasti na sebe dělat nemusíme. V osobním životě mi to hodně ovlivňuje ve smyslu, že lidi si přímo řeknou. Rádi si se mnou povídají a já s nimi. Umím si povídat, umím se ptát, když si někdo požádá, nemám s tím problém. Cítím, že mi to ovlivňuje a určitě to na mně působí, myslím ale, že dobře. Kontaktní centrum mám

na starosti, žádosti o peníze, průběžné zprávy, závěrečné zprávy textovou část, celý tým, tj. vzdělávání, hodnocení, odborné vedení. Mám nezletilé klienty na rozhovory, dělám přednášky na školách, administrativu, webové stránky, grafiku.

Příloha č. 4 – Přepis rozhovoru – respondent R3 (Program Detoxifikace)

1. *V: Jak dlouho pracujete s lidmi závislími na nelegálních drogách?*

S těmito lidmi pracuji přibližně 6 let.

2. *V: Proč jste se rozhodl pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

Zaměřená na tuto práci jsem nebyla, zkušenost s těmito lidmi jsem také žádnou neměla, ale líbí se mi práce s lidmi a zajímají mne vztahy, vazby a příčiny jejich úniků k závislostem.

3. *V: Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?*

Jednou s trávou, ale není to pro mne. Měla jsem pocity úzkosti a různé strachy asi tak 5 hodin. Do nevědomí jsem se nedostala naštěstí. Žádná má očekávání to nesplnilo.

4. *V: Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů? Jak to vnímáte?*

Jo, jo, pozitivní zpětná vazba od pacientů občas přijde. Hlavně když při terapeutické skupině se lidé otevrou, vypovídají, tak cítím uspokojení a radost z práce. Také že jsem pacientovi mohla pomoci, že konkrétní terapie ho posunula dál a pacient dosáhl určitého výsledku.

5. *V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?*

V podstatě prožívám pocity jako při práci s každým jiným nemocným člověkem. Někdy je mi jich líto, když slyším ten jejich příběh, proč vlastně k tomu došlo, ale také mám radost, když se trochu posunou a něco se jim povede. V podstatě, ale cítím lidi pozitivně a po těch letech ani necítím žádnou negaci.

6. *V: Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

No, my musíme mít naprosto pevné hranice, máme tady režimovou léčbu. Kladu důraz na jejich dodržování. Pacienti mají totiž hodně velkou snahu rozvolnit hranice, tak je musíme držet zkrátka a hranice neposouvat. Já v tom mám jasno, tady je to tak, že kdo hranice nemá, moc v práci se závisláky neuspěje.

7. *V: Přijde vám tato práce psychicky náročná?*

Ano, tato práce je hodně psychicky náročná, hlavně když děláme skupiny, pacienti mluví, vypráví a komentují své trable i celé příběhy, tak musím reagovat, přitom udržet pozornost, vytvářet jim zpětnou vazbu, to často člověka vysaje, ale i unaví.

8. *V: Jste schopni se od práce odpoutat a oddělit práci od soukromého života?*

Práci od soukromého života oddělím, jakmile zavřu v práci dveře. V soukromí si kolikrát nevybavím ani tváře pacientů. Když jsem doma, řeší se domácí starosti. Mám dvě děti, tak si to domů netahám. Horší je pak práce na dětské psychiatrii, to je pak jiná zátěž.

9. *V: Setkal jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Se syndromem vyhoření jsem se setkala, čas od času mi to pohltí, jsem vyčerpaná. V té době mě nic nebaví. Řekla bych, že čím déle jsem v této práci, tak víc cítím a víc kolem sebe těch věcí vidím. Ten stereotyp tady vyčerpává, ale momentálně chodím cvičit a to mi dost uspokojuje, vyplaví se endorfiny a hned je mi dobře.

10. *Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?*

Práce s těmito lidmi se určitě promítá do mých blízkých. Hlavně známí, když mají různé problémy tak to se mnou řeší, ptají se. Už i starší dceři to říkám, i když mají ve škole spoustu přednášek, tak se s tím přímo nesetkaly a neví, že závislost má různou podobu. Feťáka si představí jen špinavého v kapuci se někde válet na zemi. Ale jsou i hezky oblečení manažeři závislí na drogách a vůbec by to do nich nikdo netipoval. Starší dcera se hodně ptá, chodí teď do deváté třídy, ale nemám s ní problémy ani potřebu ji nějak kontrolovat. Ona ani její kamarádky nic takového nevyhledávají. Dnes jsou děti ve školách hodně informované a myslím, že mají už brzy přehled. Myslím ale, že mi ta práce ovlivňuje, protože když jsem tu nepracovala, vždy jsem si představovala, že každý feťák si to způsobil sám. Dnes na to mám jiný úhel pohledu. Ten pohled se změnil, nemám už takové klapky na očích a člověka už tak neodsuzuji. Hlavně mi práce ovlivňuje v tom, že než něco řeknu, zamyslím se nad tím, to samozřejmě i doma, nad domácími starostmi a problémy s dětmi i mužem. Jinak bez této zkušenosti v práci jsem to takhle neměla.

Příloha č. 5 – Přepis rozhovoru – respondent R4 (Substituční program)

1. V: Jak dlouho pracujete s drogově závislými lidmi?

Začala jsem v roce 2001, to je zhruba 15 let.

2. V: Proč jste se rozhodla pro práci právě s touto cílovou skupinou?

Vždy mě zajímala sociální patologie, typ člověka, který „může“ fungovat bez sebekontroly. Já jsem člověk, který má rád vše pod kontrolou, nikdy jsem nebyla na žádném výkonu pod celkovou anestezií. U lidí, kteří užívají nelegální drogy, mě zajímají jejich povahy, příběhy a baví mě jejich posun, kontinuální příběh, dlouhodobost. Začínala jsem v terénu a baví mě sledovat celý vývoj jedince z plně závislého k nezávislému a samotné dění kolem příběhu. Cílová skupina mě přijde zajímavá, i když jsou všeobecně ulhaní, tak jsou při tom bezprostřední, své příběhy používají ve smyslu – „vy nás znáte, my lžeme, my jsme ti feťáci a to k nám patří“. Baví mi v tom ta přirozenost. Souhlasím s tím, že při práci s feťáky se dá hodně naučit a dost vás to vede dopředu v tom smyslu, že se stále něco učím, že mi poskytují nové cesty jak jim pomoci z jejich situace, nové techniky, nápady a možné varianty. Nutí mi to být tvůrčí, více méně vždy s individuálním přístupem.

3. V: Máte osobní zkušenost s nějakou drogou?

Nemám žádnou, ani s marjánkou, možná s tabákem nebo alkoholem. Ale jak jsem říkala jen do té míry, abych vše měla pod kontrolou a neztratila nad sebou kontrolu.

4. V: Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů? Jak to vnímáte?

Ano, přichází, když se něco povede, dokážou ocenit, že si na ně uděláte čas. Dodáte naději. Jsou vděční a ocení jen to, že je dokážu vyslechnout. Neočekávám, že budou trvale abstinovat. Jim stačí ta chvíle, kdy se mohou svěřit. Velmi to oceňuji, samozřejmě jsem za to ráda. Někdy to ale vnímám účelově od některých lidí, např. řeknou: „Děkuji, děkuji, jste strašně hodná“, ale ty další věci tam už nejsou... Je tam alespoň to momentální uspokojení, radost z té zpětné vazby.

5. V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?

Někdy cítím, že mi je jich líto a mám pocit beznaděje. Směrem k sobě je to ve mně různé. Někdy nad pacientem přemítám, jestli to vyjde, nevyjde. Člověk,

nebo jeho silný příběh mě musí oslovit, zasáhnout, abych si z toho něco odnesla. Záleží, v jaké fázi odvykání se pacient nachází. Někdy cítím pocit nespravedlnosti, například v porovnání s Romy. Někteří lidé se snaží a nic, stále se v tom plácají a někteří jsou na dávkách, nesnaží se a nějak tím životem proplovají. Za mě to cítím jako nespravedlnost a jsem naštvaná na ten systém tady. Je to beznaděj, někteří mají velké dluhy a nemohou se z toho vyhrabat. Mám radost, když některý pacient najde práci nebo vlastní bydlení.

6. V: *Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

Klienti, kteří jsou závislí, mají tendenci překračovat hranice, ale pracujeme v jasném režimu a hranice jsou nastavené. Co se týká vnímání společnosti, myslím, že hodně negativně je vnímána tato práce. Cílová skupina, se kterou pracuji, není pozitivně vnímána hlavně ve vztahu v rodině, která nesouhlasí s mojí prací. Hlavně maminka s tatínkem nejsou nadšení, kam se jejich dcera ubrala. Je to pro ně nepochopitelné. Důležité je mít jasné hranice vůči klientům i pro organizaci, ale i já mám své hranice, kam až můžu jít a kam ne. Mám určitý sebezáchovný moment a musím tomu dát rámeček. Prospěch musí mít klient a nepoškodit ani sebe, ani program organizace.

7. V: *Přijde vám tato práce psychicky náročná?*

Já si myslím, že jo. Už jen tím, jak ty lidi jsou bezhraniční, mají stále tendence posunovat hranice, jsou manipulativní, je potřeba vždy vytvořit nějaký svůj sebezáchovný ventil a proces ochrany sebe sama

8. V: *Jste schopna se od práce odpoutat, oddělit práci od soukromého života?*

Já nemám potřebu doma mluvit o práci, občas se stane, že mám službu na telefonu doma. S klientem mám například domluveno, že si definujeme plán, určitý mechanismus a v době, kdy cítí určitou krizi, může zavolat. To trochu vstupuje do mého soukromí. Mám volnou pracovní dobu a odmítám dělat přesčasy. Nemám potřebu pracovní věci manželovi říkat, ani brečet, co ten nebo který klient udělal. Od toho mám pak kolegy nebo kolegyně v práci, doma s tím nikoho nezatěžuji.

9. V: *Setkala jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Samozřejmě jsem se s tím setkala, poprvé to bylo na praxích při studiu, když jsme měla pocit, že pracovníci nevykonávají svoji práci tak, jak by měli – shazování klientů, takové ty řeči, že stejně kecá a nemá to smysl - co si

vybavuji tak v azylovém domě a na ÚP. Na sobě když jsem nastupovala jako vychovatelka do ÚSP - tak jsem byla nadšená a poté, co to nadšení nebylo dostatečné - minimálně ohodnoceno, přijato, spíš nepřijato, tak jsem se přestala snažit, a práce tak nějak přestala dávat smysl. Neměla jsem na to, neustále bojovat s vedením. Při práci se závislými jsem byla opatrnější, ale asi jsem jistě známky jevila a někdy se objevují i nyní. Bylo to, když jsem nastoupila do pozice vedoucího pracovníka a nějak mě to nenaplňovalo, nyní je to když jsem unavená, přetížená - období, které jsou náročnější - leden - nárůst administrativy - vyúčtování projektů, poté je to pololetí - opět průběžné zprávy, napsat žádosti apod., hodně to souvisí s tím jaké je doma prostředí. Jak jsem se s tím vypořádala - když jsem byla vedoucí - občas jsem si dala terén, aby jsem byla v kontaktu a vesměs jsem to nakonec "vyřešila" těhotenstvím. Nyní se snažím více vnímat sama sebe a signály těla - uberu si práci, dělám jenom to, co je nutné, nebo deleguji, vezmu si volno, je potřeba dobrý time management – což mi moc nejde, ale snažím se. Pracovní starosti se snažím rozkládat – nenechávat rozhodnutí jenom na sobě, hodně konzultuji s ředitelem, kolegy. Domu si práci nenosím, tam mám dost práce s dcerou :-). Takže když jsem doma, jsem doma. Maximálně zvedám telefon, v případě nějaké krize. Jo a co mi pomáhá je hlídání pracovní doby - když přesáhnu, s klidným svědomím končím dřív - do pracovní doby si počítám i ty telefony doma, jestli mi rozumíte.

10. V: Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?

Mám osmileté dítě, a tam jediné se to projevuje. Vstupuje mi to do rodičovské role, často si říkám, abych ve výchově neudělala chybu, a tak neovlivnila její špatné rozhodnutí. Ale to je na ní a jako rodič to neovlivním nebo nebudu schopná to ovlivnit, když by se k něčemu měla rozhodnout. Víím, že jsou při výchově důležité hranice, správně vše nastavit. Když něco řeknu tak to takhle platí a tak to bude. Obecně sociální práce a psychoterapeutický výcvik mi hodně dal a naučila jsem se pojmenovávat věci tady a teď, to znamená hned vše zpracovávat, takže se to ve mně nekumuluje. Ale asi trochu profesionální deformaci mám. Malinko paušalizuji, třeba když jedu v tramvaji, člověka si tipnu, ten prodává, ten bere piko nebo je na piku. Musím se na to ale zaměřit. Nebo se mi zeptá kamarádka. Jinak je nevnímám. S kamarády v rodinách a se

známými to nechci řešit, žádné problémy se závislostí obecně ani s drogami.
Když tak jim dam kontakt na někoho.

Příloha č. 6 – Přepis rozhovoru – respondent R5 (Komunita psychoterapeutická)

1. *V: Jak dlouho pracujete s lidmi závislími na nelegálních drogách?*

10 let

2. *V: Proč jste se rozhodl pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

Souvisí to se spirituálními podněty, pracujeme biopsychosociologicky, je to zařízení církevní a tedy pomáháme lidem, jsem členem církve evangelické. Náš program je celodenní, strukturovaný, včetně práce. Ovšem neplacené. Máme truhlářskou dílnu, momentálně provádíme rekonstrukce laviček formou veřejné zakázky – arteterapie celodenní, zahrnuje to rodinu, bezpečí i léčbu zároveň. Jsme zařízení pod Diakonií církevní.

3. *V: Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?*

Žádnou zkušenost s nelegální drogou nemám, nikdy jsem nic neužíval ani nezkoušel žádný experiment.

4. *V: Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů? Jak to vnímáte?*

Ano, pořádáme výroční komunity, takové rauty. Vlastně za tímto účelem, zveme klienty na sdílení životních příběhů, tam je pěkná zpětná vazba. Přijedou ti úspěšní, grilujeme, povídáme, je to příjemné. Pozitivní zpětné vazby je ale jako šafránu, máme všichni po ní hlad, procento úspěšných je malé. Samozřejmě bychom chtěli mít co nejvíce zpětné vazby pozitivní, nemít pocit marnosti z mála úspěšných klientů. Letos se zúčastnilo 9 lidí. Je to pro nás důležité, abychom neměli pocit marnosti a honby za větrem.

5. *V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?*

Klienty cítím a vnímám jako sobě rovné, nedívám se na ně jako na pacienty. Vnímám je jako lidi, kteří měli různá životní traumata, vážím si jich pro jejich zajímavé lidské vlastnosti. Tady jsou lidé, kteří mají snahu s tím něco dělat, mají svou velmi silnou motivaci. Náš program je dlouhodobý, trvá zhruba 1 rok, klienti už prošli sítí, myslí to vážně, jsou tady dobrovolně, to je velké plus. Spolupracujeme s K-centrem. Práce v terénu musí být demotivující. Kapacita našeho zařízení je plus minus 15 lidí za rok. Práce je na psychiku náročná, hrozí snadno syndrom vyhoření, v určitých obdobích přichází frustrace, negativní pocity.

Máme ale supervize 1x za měsíc s psychologem, s ním máme dobrou zpětnou vazbu.

6. *V: Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

Myslím, že lidé jsou velice stigmatizováni, je hodně negativních pohledů směrem od veřejnosti. Je velmi těžké tedy shánět dotace pro narkomany, veřejnost raději podpoří matky s dětmi. My tady se snažíme dělat ty lavičky, snažíme se vejít lidem do podvědomí, že narkomani nejsou jen ti co ničí ale také ti co zvelebují a dělají hezké okolí. Je to takový vzkaz veřejnosti. No ale mít a udržet hranice není lehké, protože naše práce s klienty je založená na vztahu. Fungují tu přenosové fenomény. Musíme přísně oddělovat pracovní problémy od osobních. Není snadné to udržet. Vedu skupiny terapeutické, prevence relapsu, psychoterapeutické skupiny, různé rituály, individuální poradenství, garantství. Každý klient má svého garanta a ten je jeho průvodcem. V běžném provozu chodíme s klienty na turistiku, sport, bowling, jezdíme třeba na Šumavu, do muzea a podobně.

7. *V: Přijde vám tato práce psychicky náročná?*

Ano to určitě. Každý pracovník by měl mít prostředky jak vše zpracovávat a mít psychoterapeutický výcvik.

8. *V: Jste schopni se od práce odpoutat a oddělit práci od soukromého života?*

Snažím se o to a je to důležité, mám 3 dospělé děti, manželku, psa, zázemí. Chodím běhat, chodíme na koncerty, do divadla, na výstavy.... Jsou, ale období kdy to prosakuje do osobního života, od toho pak máme supervize 1x za měsíc s psychologem nebo sdílení s kolegy.

9. *V: Setkali jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Máme přísná pravidla, která přísně dodržujeme. Měl by to člověk umět odfiltrovat, myšlenky ho ale občas zasáhnou v osobním životě. Snažíme se s rodinou sportovat, muzicírujeme, ale někdy na to myslím. Tam mi pomůže zase supervize. Mám zodpovědné děti, jsou dospělé a s manželkou jsme nezaznamenali žádné špatnosti. Studují vysokou školu, spíš ta jedna dcera jde do perfekcionalismu, drogové zkušenosti nemají nebo alespoň o nich nevíme... jsou úspěšní všichni tři. Lidé se sklonem k závislostem, jsou známkou nějakého problému.

10. *V: Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?*

Pracovní stres mi ovlivňuje, může tedy ovlivnit náladu a to samozřejmě nejvíc v partnerském vztahu. Měli jsme případy mezi kolegy, že to na ně mělo destruktivní vliv, člověk si občas klade otázky, jak dlouho to ještě zvládne. Práce to je náročná, jako v pomáhajících profesích. Jste nervózní, protivní z pracovního stresu, no projevy jsou. Naše děti nemají takové problémy. Naši klienti jsou běžně ve věku mých dětí, jsem opravdu moc rád, že naše děti takové problémy nemají. Uvědomuji si riziko i velký tlak, musím to mít stále na paměti. Hodně mi v tom pomáhá psychoanalytické vzdělání, výcvik. V tomto typu práce je vysoké riziko, že vás to ovlivní. Daleko vyšší než jinde.

Příloha č. 7 – Přepis rozhovoru – respondent R6 (Následná péče)

1. *Jak dlouho pracujete s drogově závislými lidmi?*

Se závislými lidmi na drogách pracuji již 15 let.

2. *Proč jste se rozhodla pro práci právě s touto cílovou skupinou?*

No, tehdy to bylo proto, že taková přišla nabídka práce. Mám vystudovanou Sociálně právní školu DIS, pak pětiletý sebezkušenostní výcvik, rodinné terapie, je toho víc. Práce mi baví, je to práce s příběhy lidí, s různými tématy.

3. *Máte osobní zkušenost s nějakou nelegální drogou?*

Jednou kouření hašiše, to nebyla moc dobrá zkušenost, nastala prostorová i časová dezorientace a trvala několik hodin.

4. *Přichází někdy pozitivní zpětná vazba od klientů, jak to vnímáte?*

Pozitivní zpětná vazba přijde většinou při loučení, když klienti odchází do zpět do plně samostatného života. Také při opětovném vyhledání z důvodu služby jednorázové konzultace při různých životních rozhodnutích. Samozřejmě, že z toho mám radost, je to pozitivní vazba a děje se tady a teď. Motivuje mne to k další práci. Někdy nastane situace, kdy klient hodně chválí a to jsem raději obezřetná, setkala jsem se v tomto kontextu s manipulací. V takové situaci je časté, že chce předejít konfliktům, zavděčit se.

5. *V: Jaké pocity prožíváte při práci s drogově závislým klientem? Cítíte je pozitivně či negativně?*

Mám to již po patnácti letech nastaveno tak, že vše, co se děje, je v pořádku, dění má smysl, s klientem jdeme společně kus jeho životní cesty a je na něm, kterou cestou půjde. Jako svůj problém si to neberu. Úplnou marnost to nezažívám, ale asi tak jednou do roka mi určitý příběh osloví, cítím soucit, ale myslím, že je zdravý. Ještě ve mne tak jeden den doznívá, ale vnímám to jako součást jejich života. Vždy jde o sílu, která tady a teď působí na konkrétního jedince. Asi se to těžko vysvětluje, ale konečné rozhodnutí je vždy na klientovi a ten to má ve své moci. Já jsem pouze jeho průvodce v určitém období jeho života. Když se to nepodaří, je opět pouze na něm, jaký život si nakonec ON vybere...

6. *V: Jak vnímáte práci s drogově závislými z hlediska hranic a celospolečenského vnímání?*

Jsem zastáncem striktního přístupu i po 15 letech práce. Pravidla jsou nastavena a těch se držíme. Chrání to jak terapeuta, tak i závislého klienta. Speciálně u naší

cílové skupiny je to důležité mít direktivní přístup. V klasické terapii ne, ale s těmito závislostmi je třeba dodržet mantinely. Z hlediska celospolečenského vnímání je to tak, že se jinak dívám na dění ve světě, na dění u přátel a v podstatě i v rodině. Práce s drogově závislými mi ovlivňuje i směrem k sobě samé, vlastně prostřednictvím této činnosti pracuji stále na sobě, nabírám nové poznatky a zkušenosti.

7. *Přijde vám tato práce psychicky náročná?*

Ted' už tolik ne, hodně mám zpracováno, náročnost profese vnímám jako výhodu a motivaci k seberozvoji, k práci na sobě.

8. *Jste schopna se od práce odpoutat, oddělit práci od soukromého života?*

Když potkám socializovaného klienta, je spíš radost. Vidíte, že je sociálně začleněný, to je příjemné, pozitivní. Občas se ale stane, že jiný klient není v dobrém stavu, to není příjemné. Vzbuzuje to ve mne lítost, to ano. Cítím to ale lidsky, více jako člověk, než lítost z pohledu terapeuta. Za dobu mé práce jsem asi 2krát měla strach, bylo to vyhrožování ze strany klienta po telefonu.

9. *V: Setkala jste se při své práci se syndromem vyhoření?*

Velmi náročné pro mne bylo období, kdy jsem sama řešila náročnou osobní situaci. Vnímala jsem, že moje kapacita pro klienty, co se týká trpělivosti a osobní angažovanosti, je omezená, v práci jsem však zůstala. Přestože peněz není moc, a sama to s dvěma dětmi utáhnu dost těžce, tak i když mám nabídky na partnerský vztah, vnímám, že se zaměřuji i na to, aby mi partner dokázal porozumět nejen lidsky, ale uměl mi pomoci i po ekonomické stránce.

10. *Pracujete se závislými lidmi, domníváte se, zda to nějak souvisí s přístupem k vašim partnerským vztahům, dětem, přátelům?*

Vnímám, že vědomě nedávám alkohol jako dárek. U vlastních dětí jsem na pozoru. Především u mladšího dítěte, které je nezletilé. Snažím se o jasný postoj, že ani symbolicky ne. Starší z dětí je již plnoleté, tak něco málo alkoholu akceptují. Snad mám to štěstí, že i zodpovědné.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Adriana Zábranová

Studijní program: Sociální práce s aplikovanou psychoterapií

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Prožívání terapeutů při práci s drogově závislými

Počet stran (bez příloh): 96

Celkový počet stran příloh: 20

Počet titulů české literatury a pramenů: 31

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2016

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne 29. dubna 2016

.....

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Adriana Zábranová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Prožívání terapeutů při práci s drogově závislými

Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):96

Počet stránek příloh:20

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Ví autorka co jsou AT ordinace a jakou mají úlohu v systému péče o drogově závislé?
2. Co jsou to protipřenosové fenomény a protipřenosová neuróza?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci. Kolegyně svojí práci rozdělila standardně na dvě části - teoretickou a praktickou. V teoretické části práce se zaměřuje na popis a zpracování informací souvisejících s různými druhy péče o osoby ohroženými drogovou závislostí. V empirické části práce, která má charakter kvalitativní studie zkoumá „subjektivní prožívání terapeutů při práci s drogově závislými“ v různých typech péče. Kolegyně se pouští do tématu, které svým charakterem spadá do oblasti „adiktologie“, „sociální poradenství“, nebo „sociální práce s drogově závislými“. Téma je v souladu se studovaným oborem.

Klady a nedostatky:

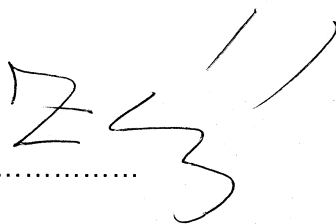
Teoretická část práce je jakýmsi objektivní deskripcí různých důležitých pojmů, poznatků a přístupů v oblasti primární, sekundární i terciární péče o závislé na nealkoholových drogách, které jsou poměrně logicky poskládané. Bohužel chybí zmínka o AT ordinacích. (podr. viz otázka k obhajobě)

V empirické části je autorka odváznější a pouští se do Interpretativní fenomenologické analýzy polostrukturovaných rozhovorů se šesti pracovníky pracujícími v různých protidrogových službách. Zaměřuje se na jejich subjektivní prožívání vlivu práce na jejich každodenní život. Orientuje se zejména na jádrové emoce pracovníků, zajímavý záměr, který souvisí s protipřenosovými fenomény, ale působí trochu nevytěženě. Empirické části práce by neškodila větší interpretační hloubka, analýza působí useknutým dojmem. Např. slibné by bylo rozvíjet hypotézu o chybějící lítosti u jednoho z pomáhajících pracovníků. Domnívám se, že tato otázka z hlubinné psychologie již přesahuje nároky na diplomovou práci v oboru sociální práce a doporučuji jí k obhajobě. (Podr. viz otázka k obhajobě).

Navrhovaná klasifikace: 2

Datum, podpis:

2.5.2016



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Adriana Zábranová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Prožívání terapeutů při práci s drogově závislými

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 96

Počet stránek příloh: 20

Počet titulů v seznamu literatury: 36

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přílehavost tématu

			x	
--	--	--	---	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

V praktické části práce si studentka stanovila hlavní cíl - zjistit, jak terapeuti vnímají a prožívají práci s drogově závislými klienty. Dílčím cílem - zda existuje vliv na každodennost terapeutů, kteří s těmito lidmi denně pracují. Byla použita kvantitativní metoda IPA.

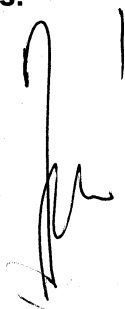
Studentka uvádí, že výzkumný soubor tvoří šest respondentů, kteří pracují v přímém kontaktu s osobami ohroženými drogovou závislostí či drogově závislými jedinci. Oceňuji výběr metody, která ale dle mého názoru nedává úplné informace, protože se ve výzkumu nebral zřetel na to, že není jasné v jaké pozici a jakým způsobem uvedení respondenti pracují s drogově závislými /sociální pracovník, psycholog, psychoterapeut, AT poradenství a terapie, psychoterapie/ což by bylo lepší a přesnější odpovědí k danému tématu a také by bylo možné dané respondenty porovnat a dodalo by to výzkumné části na větší kvalitě.

Po přečtení diplomové práce je cítit, že studentka se pokusila zpracovat dané téma. I když uvádím nedostatky práce, které snížily celkovou kvalitu, což je škoda, záměr práce i výběr metodologie vnímám jako vhodný. Práci doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: 3 – 2 /při objasnění nejasností v práci a úspěšné obhajobě 2/

Datum, podpis:

2.5.2016

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by a surname that is partially obscured by the signature's flow.