

Trendy v péči o drogově závislé

Cenu Jaroslava Skály za inovativní text v oboru závislostí letos obdržel Kamil Kalina za publikaci Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Jeho hlavním tématem je nutnost úzké spolupráce preventivních a represivních aktivit, což také zdůraznil v následujícím rozhovoru.

Kamil Kalina pracoval jako psychoterapeut s psychotickými pacienty do začátku devadesátých let. V době, kdy se začalo mluvit o diagnózách hraničních stavů, se mezi těmito pacienty začali objevovat lidé, kteří kvůli komplikované poruše osobnosti užívali drogy. Ovlivněn touto zkušeností počátkem devadesátých let spolupracoval na založení několika nestátních organizací, které se specializovaly na problematiku drogově závislých. V roce 1993 se stal výkonným místopředsedou první meziresortní protidrogové komise a podílel se na vypracování první české vládní protidrogové koncepce a programu protidrogové politiky. Její realizaci podporoval později také v roli náměstka ministra zdravotnictví. Po pádu Klausovy vlády odešel z ministerstva. Od té doby působí jako lékařský ředitel a psychoterapeut v občanském sdružení SANANIM, což je jedna z organizací, které počátkem devadesátých let vznikly jako profesionální nestátní organizace s odbornými službami pro uživatele drog.



Co vám dala práce ve vládním sektoru?

Přinesla mi rozhled a mezinárodní zkušenosti. Je užitečné vědět, jakým způsobem je utvářena politika, která nás obklopuje, a zda do ní můžeme, či nemůžeme mluvit. Jedním z konkrétních výsledků mé práce i práce mého nástupce MUDr. Béma je velký podíl nestátních organizací na formulování státních politik a nárůst spolupráce státního a nestátního sektoru. Ačkoli na začátku byla spolupráce vynikající, v poslední době mám dojem, že stagnuje nebo někde dokonce upadá.

Jaký jste v posledních letech zaznamenal vývoj v poskytování služeb v oblasti prevence a léčby?

Vývoj je obrovský. V minulém desetiletí vznikl úplně nový sektor služeb, převážně spojený s působením právě nestátních organizací. Vznikla určitá dělba práce mezi státními a nestátními zařízeními. Stejně jako jinde ve světě přinesly nestátní organizace díky své pružnosti jiné typy služeb: výměnné programy, terénní práce s uživateli drog, nízkoprahová centra, doléčovací zařízení, terapeutické komunity. Takřka stoprocentně státní je v tuto chvíli prostor nemocniční léčby drogově závislých včetně detoxifikace. Ostatní zařízení a terénní programy jsou převážně, nikoli stoprocentně, řízeny nestátními organizacemi.

Je to velmi podobný model, jaký vidíme v některých vyspělých západních zemích, jako je Velká Británie nebo Holandsko, kde se také většina z nás učila. Česko se vymyká trendům v ostatních kandidátských zemích na vstup do EU, jako je Polsko a Slovensko, kde úloha státu je daleko vyšší a celý systém služeb trpí určitou rigiditou, staromódností a nevyvíjí se tak dynamicky.

Jaký přínos měly nové programy protidrogové péče?

Terénní programy se v Praze velice rychle uchytily v letech 1993–1994, čili ještě před tím, než přišla první velká vlna heroinu. To bylo výborné preventivní opatření. Domnívám se, že kromě působení prozřetelnosti a české opatrnosti je rychlý nástup výměnných programů jedním z racionálních a doložitelných důvodů, proč u nás stav nemoci HIV/AIDS je relativně nízký v porovnání se sousedními státy. Některé skupiny v užívající populaci si takto osvojily vzorce chování méně rizikového užívání včetně brání čistých stříkaček.

V současné době jsou terénní programy v Praze nesmírně přetížené a v podstatě ztrácejí kapacitu na individuální práci a kontaktní poradenství s klientem. Poptávka je obrovská a terénních programů není mnoho.

Je možné charakterizovat typického drogově závislého člověka v současné době v Česku?

V Praze je to devatenáctiletý člověk, který tři roky bere heroin, již nepracuje a zaopatřuje si prostředky na drogy nějakou nezákonnou činností, prostitucí, spoluprací s nezákonným trhem, dealery. Většinou žije ve své původní rodině, je na hraně těsně před vyhozením nebo po návratu

Setkání prevence a represe

Ve dnech 24. – 26. května proběhla VII. mezinárodní konference Společnosti pro návykové látky a 40. mezinárodní konference AT s názvem Klient v síti – přesahy aneb Historické setkání represe a prevence. Letos bylo pořadatelem občanské sdružení SANANIM ve spolupráci s ministerstvem vnitra. Cílem bohatého programu přednášek a workshopů z různých oblastí práce s problematickými uživateli drog a drogově závislými bylo otevření prostoru k širší meziresortní a mezilidské spolupráci.

Datum konference se ne náhodou krylo s další událostí, kterou bylo významné životní jubileum zakladatele protialkoholní léčby u nás a výcviku SUR – Jaroslava Skály, jenž 25. května oslavil 85. narozeniny. U příležitosti obou událostí byl vyhlášen první ročník Ceny Jaroslava Skály za autorský inovativní text v oboru závislostí. Cenu získal MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., za publikaci Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí.

Pro mne je zajímavé zhodnocení léčebných účinků některých drog. Probíhají klinické výzkumy používání cannabisu u některých neurologických poruch. S LSD se u nás tradičně pracovalo jako s pomocným lékem při psychoterapii.



fot. Pavla Hrachová

po posledním vyhození. Začíná mít potíže se zákonem. To je takový náčrt. Na dva chlapce připadá jedna dívka, ale postupně se více uplatňují i dívky. Leckde mimo Prahu je to úplně jinak. Stále jsou v Česku pervitinové oblasti, kde je heroin velkou vzácností, tam se obvykle vyvíjí úplně jiná komunita. Pak jsou profily uživatelů, s nimiž se v léčbě nesetkáme, třeba rekreační uživatelé marihuany. Tyto případy zachytíme jen tehdy, když v nich užívání drogy rozjede nějakou psychologickou nebo dokonce psychiatrickou problematiku. Co se týče obrovské taneční scény, tanečních drog, o těch nevíme vůbec.

S touto skupinou se nepracuje, nevyžaduje léčbu?

Tito lidé k nám přicházejí jen velmi okrajově. Většinou tehdy, když se do to ho zaplete nějaká jiná, tvrdší droga, ale typický uživatel extáze navštěvující house parties se léčit nejde. Má sice vysoce rizikový návyk a styl života, ale není nemocný, není na droze závislý. Samozřejmě na to může zemřít nebo se může došplhat k tvrdším drogám, když už je mu to málo. V každém případě je tu zapotřebí nějakých služeb cíleně vyslaných do této populace a zatím nemám dojem, že by se tomu někdo u nás přesvědčivě a s nasazením věnoval.

Jaké vnímáte trendy v rozlišování měkkých a tvrdých drog, v otázce legalizace?

Do toho bych se nerad zapletl. Každopádně, tvrdé a měkké drogy je pouze jiný název pro pokus o ohrazení drog, které mají vysoký návykový potenciál a jsou zdrojem vysokých rizik, a jiných drog, kde rizika nejsou tak markantní, avšak také bezesporu existují.

Pro mne je zajímavé zhodnocení léčebných účinků některých drog. Probíhají klinické výzkumy používání cannabisu u některých neurologických poruch. S LSD se u nás tradičně pracovalo jako s pomocným lékem při psychoterapii. Tu éru jsem ještě zažil a myslím si, že by tady povolené rozpětí mělo být trochu širší. Jsem ale přesvědčen, že když tohle napíšete, může někdo tvrdit, že jsem zastáncem legalizace. Tak to ale není. Rozhodně

ne legalizace, která by legalizovala obecnou dostupnost drog jakýchkoli, ať už tvrdých, nebo měkkých. Jsou prostě selektivní přístupy, které jsou rozumné, racionální, a prokázalo se, že fungují.

Letošní konferenci věnované návykovým nemocem jste dali název Klient v síti – přesahy. Co je myšleno tou sítí?

Zajímají nás sítě, v nichž se klient spolu s námi pohybuje: síť meziosobních vztahů, síť širších sociálních vztahů v komunitě a „velké“ společnosti, síť drogové scény, síť zákonné represe, do níž se klient dostává jako ryba menší než malá nebo větší než malá, síť služeb, zařízení a programů, v níž klient může být tulákem, odpovědným spolupracovníkem na své změně, ale také kritickým zrcadlem pro nás, síť vztahů v týmu, který se klientem zabývá, a v neposlední řadě síť odborných a správních organizací, institucí a orgánů, jejichž činnost, požadavky a fungování nás často upoutávají víc než problém klienta. Nejde tedy jen o síť resortů, ale i interpersonálních, institucionálních vztahů, které jsou za klientem a které jsou za mnou, když s klientem do kontaktu vstupuji.

Pojednali jsme téma široce jako klient v síti, jednak proto, abychom si klienta vůbec všimli, protože nám často uniká. Také hodně proto, abychom zmapovali interdisciplinaritu a podnítili překračování úzce vymezeného odborného stínu, kterým řada z nás trpí, a naučili se komunikovat v rámci jednotlivých profesí i mimo ně ve prospěch klienta.

Vnímáte podobný přístup na straně represe, posílá k vám třeba policie zachycené uživatele či zprostředkovatele drog?

Ne, tam je hodně velký blok a na konferenci jsme o tom také mluvili. Je to něco zcela nepodobného praxi v zemích, jako je Velká Británie, kde jsem strávil několik let, nebo Holandsko, kde je naprosto běžné, že policií ➔

Důležité je vnímat drogovou závislost nejen jako nějakou interakci chemie mozku a chemie dotyčné látky, ale v bio-psycho-socio-spirituálním kontextu. Spirituálním ne ve smyslu náboženství, ale ve smyslu duchovní dimenze. Ta tu byla vždy – drogy byly v historii, v kultuře přírodních národů s duchovnem úzce spjaté.

➤ zachycený uživatel drogy je okamžitě doporučen do kontaktního centra. K tomu se mu řekne: „Pokud tam nepůjdete a nebudete tam chodit, tak až vás příště načapeme, zapíšeme si vás a už na vás nebudeme tak hodní.“ Tam spolupráce standardně funguje. To je u nás věc naprosto neznámá a už jsme se domluvili, že s tím budeme něco dělat.

Jinak některé programy ministerstva vnitra, jako sociální prevence, prevence kriminality, jsou u nás hodně zajímavé, často se týkají nerepresivního přístupu. Ukazuje se i zájem pojmout represí částečně jako prevenci a doufejme, že se podařilo postavit aspoň nějaké osobní můstky mezi těmito dvěma světy, které jsou zatím jeden pro druhého spíše dírou než stří.

Jak se v této oblasti uplatňuje psychologie?

Chtěl bych zdůraznit, že se v této oblasti rozvíjejí služby, které lze stěží označit jako výhradně psychologické. Jsou to služby řečneme na širokém rozkmitu zdravotně-sociálně-výchovně-psychologických služeb, kde většinou pracují mezioborové týmy. V těch mají i psychologové důležité uplatnění, ale ne jenom z titulu své profese. Každý, kdo přichází se svou odborností, má možnost jiného pohledu a jiné nabídky pro klienta. Psychologové jsou důležitými členy a často i vedoucími těchto týmů, většinou přes terapeuticko-poradenskou složku práce, méně přes diagnostiku.

Kdo se diagnostikou zabývá, když ne psychologové?

Většinou neděláme žádnou specifickou diagnostiku. Diagnostické postupy jsou hodně standardizované, s použitím mezinárodních přeložených a upravených materiálů, které připravují psychologové. Je to formulované tak, že diagnostiku včetně anamnézy, to, čemu říkáme komplexní zhodnocení, nemusí nutně dělat psycholog nebo lékař.

Důležité téma, které je dnes ve středu naší pozornosti, je téma duálních diagnóz. Učíme se je rozpoznávat a na některých našich pracovištích se zdá, že takzvané normálně drogově závislí už neexistují, že to jsou všechno duální diagnózy, pokud ne psychického, tak somatického rázu. Takřka každý má hepatitidu B nebo C a léčebný přístup musí být komplexní. Zahraniční výzkumy nasvědčují, že dříve takoví lidé vypadávali z léčby, protože se nepočítalo s osobnostními či psychopatologickými zvláštnostmi. Dnes vedeme odbornou komunitu k tomu, aby se s nimi učila pracovat. Podle mne to má velmi dobré výsledky. Středně těžká psychická porucha vyskytující se vedle drogové závislosti je dnes léčitelná v zařízení věnujícím se drogám často bez specifické psychiatrické intervence. Závislý člověk tak nevypadává z léčby a jeho stav se může upravit.

Většinou bývá syndrom závislosti natolik v popředí, že se stává prvním důvodem k léčbě. Dokud se něco neprovede se syndromem závislosti, to ostatní zůstává skryté, neléčitelné, nepřístupné. Teprve když klient chvíli abstínuje, obnaží se ostatní problémy a příznaky. Pro klienta je to často velký otřes, protože zjistí, že sice přestal brát drogy, ale najednou je mu hůř. Právě proto je důležité, aby byl psychologicko-psychotherapeutický, a často i psychiatrický servis nablízku, abychom léčbu dokázali společně dotáhnout do cíle. Takoví lidé po skončení léčby specializované na závislosti často

odcházejí pokračovat do nějaké psychoterapie. Ale dokud berou, nikdo je do terapie nevezme.

Důležité je přitom vnímat drogovou závislost nejen jako nějakou interakci chemie mozku a chemie dotyčné látky, ale v bio-psycho-socio-spirituálním kontextu. Spirituálním ne ve smyslu náboženství, ale ve smyslu duchovní dimenze. Ta tu byla vždy – drogy byly v historii, v kultuře přírodních národů s duchovnem úzce spjaté.

Mají lidé pracující v této oblasti nějaké specializované vzdělání? Jaké požadavky jsou na ně kladeny?

Na vedoucích místech jsou většinou lidé, kteří absolvovali nějakou humanitní vysokou školu (sociální práce, speciální pedagogiku, nebo psychologii) či studenti. Dost často jsou to mladí lidé ze středních škol. Je to mladá, dynamická skupina pracovníků, lačná po vzdělávání, pružná v uvažování – taková líheň nových nápadů. Ti, kteří začínají v terénu, obvykle dlouho nevydrží kvůli syndromu vyhoření. Pokračují pak v práci v dlouhodobějších programech nebo odcházejí do jiných pozic, ne vždy na práci s drogovou klientelou, kde se všude dobře uplatní.

U všech programů je velký problém náhlého nástupu velkého počtu poměrně mladých lidí s velmi různorodým vzděláním. Proto jsme vytvořili při Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a ve spolupráci s Asociací nestátních organizací model dlouhodobého, mezioborového vzdělávání pro pracovníky v této oblasti. Teď zrovna probíhá jeden výukový týden druhého čtyřsemestrového cyklu. Skladba účastníků je velmi pestrá, od lékařů přes sociální pracovníce, zdravotní sestry, psychologů, studenty až po lidi se středoškolským vzděláním, kteří dokončují studium na VŠ. V příštím roce, kdy končí tento cyklus, neuvažujeme o dalším cyklu, ale spíše o nástavbách, zejména v oblasti poradenství, harm-reduction, práce s terapeutickými komunitami, psychoterapie. Směřujeme k vytvoření odbornosti drogového poradce, který má široké uplatnění ve sféře služeb pro drogově závislé a problémové uživatele.

Častým tématem v práci s problematickými uživateli drog a drogově závislými je již zmíněný syndrom vyhoření. Jak s ním pracujete?

Jsem rád, že se v téhle oblasti se syndromem vyhoření začalo počítat jako s něčím, co se stává takřka pravidelně, co je profesionálním rizikem a pro co musí být propracovaný nějaký postup. Jeden z našich důležitých nástrojů je supervize. Dále věnujeme hodně pozornosti vzdělávání, snažíme se, aby pro pracovníky byla pestrá nabídka pracovní činnosti. Když si někdo v přímém styku s klienty občas udělá „výlet“ do oblasti primární prevence, výuky nebo výzkumu, tak to také prospívá jeho duševnímu zdraví. Občas platíme bazény a masáže, máme program pro prevenci vyhoření, jsou-li zrovna prostředky. Platíme i výcviky. Je také důležité zachovat si jiskru, hravost. Potřebujeme to nejen pro sebe, ale i pro klienty. Když v nás klient tu jiskru necítí, co si má potom myslet o dospělých. Pak se ptá: „Tam mě taháte, do tohoto světa, k těm gumákům?“

Jak si udržujete jiskru vy sám?

Píši básně a pořád si s něčím hraji. Mým koníčkem je i má práce. Svůj syndrom vyhoření jsem si léčil i sedmi lety v politice. Hodně mi dává učení, zejména interakční učení, vedení výcviku, supervize. To mě udržuje v obrátkách.

Pavla Císařová

Takzvané normálně drogově závislí už neexistují. Všechno jsou duální diagnózy, pokud ne psychického, tak somatického rázu. Takřka každý má hepatitidu B nebo C a léčebný přístup musí být komplexní.