

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Diplomová práce

Bc. Hana Hlobilová

Case management v nízkoprahových službách – případová studie

Vliv kvality vztahu mezi pracovníkem a klientem na proces „recovery“

Case management in low-threshold centres – case study

The impact of relationship quality between counselor and client on the recovery process

Vedoucí práce: doc. MUDr. PhDr. **Kamil Kalina** CSc.

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 19. 7. 2018

Bc. HANA HLOBILOVÁ

.....

(podpis)

Identifikační záznam

HLOBILOVÁ, Hana. *Case management v nízkoprahových službách – případová studie. Vliv kvality vztahu mezi pracovníkem a klientem na proces „recovery“*. [Case management in low-threshold centres – case study. The impact of relationship quality between counselor and client on the recovery process]. Praha, 2018. 81 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Kalina, Kamil.

Poděkování

Moje poděkování patří především panu doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, CSc., za jeho odborné vedení, poskytování podnětných rad, podkladů a doporučení během konzultací. Velmi si cením jeho zájmu a plynulé komunikace po celou dobu psaní závěreční práce.

Dále bych chtěla poděkovat okruhu mých nejbližších, kteří mi byli velkou oporou a případně mi také poskytli osobní pohled na předloženou práci či jiná doporučení.

Děkuji všem.

Abstrakt

Východiska: Hlavním důvodem pro zpracování tématu, je představit možnosti léčby klientů/pacientů závislých na návykových látkách, jestliže odmítají léčbu v psychiatrické nemocnici či jiné odborné instituci. Teoretická část práce se primárně zabývá dosavadními teoretickými poznatky v oblastech poradenského/terapeutického vztahu a jeho hranicích, principu recovery, motivaci a metodě case managementu. Dále poskytuje přehled vybraných psychoterapeutických směrů, které by podle autorky mohly být v práci s drogovou klientelou vhodné.

Empirická část shrnuje příběh klienta a vývoj vztahu s poradcem ve dvouletém časovém intervalu. Kromě autentických rozhovorů práce popisuje změny v motivaci klienta k abstinenci a orientuje se na klíčové faktory, které na jeho rozhodnutí mohly mít vliv. Součástí jsou také témata hranic a etiky, která jsou v poradenském/terapeutickém vztahu často diskutována.

Cíl a výzkumné otázky: Hlavním cílem práce bylo popsat případ vedení klienta, v nízkoprahovém zařízení pro drogově závislou klientelu, metodou zvanou case management a poukázat na vliv kvality vztahu s pracovníkem na jeho cestě k abstinenci. V další řadě práce zkoumá aspekty, které jsou pro klienta během spolupráce důležité a vyhodnocuje úspěšnost dosažení stanovených cílů.

Metody: Údaje byly získány v jednom případě použitím dotazníku, ale primárně prostřednictvím nestrukturovaných individuálních rozhovorů mezi klientem a poradcem či jiným pracovníkem kontaktního centra. Tyto rozhovory byly následně zaznamenávány do interního zápisu organizace, ze kterého byly pro potřeby práce zpětně získány k sepsání uceleného příběhu. Zpracovaná kazuistika klienta byla zvolena metodou absolutního výběru, protože se jednalo o jediný dlouhodobě fungující proces spolupráce.

Výsledky a závěr: Výsledky interpretují odpovědi na tři výzkumné otázky. Zkoumání kvalitního vztahu a jeho vlivu na progres klienta ke změně ukazuje, že v období jeho aktivní změny, došlo k několika významným událostem, které poukazovaly na jeho kladný vztah k pracovníkovi. V další řadě je zjišťováno, které aspekty jsou pro klienta během spolupráce důležité, výsledkem zjištění je, že se jedná o vztah s jedním pracovníkem a klient tedy nemusí svůj příběh předkládat pořád od začátku někomu jinému. V poslední části byla vyhodnocena úspěšnost dosažení stanovených cílů. Podle získaných údajů se klientovi podařilo během spolupráce docílit poloviny z nich.

Práce má však svoje limity, protože se jedná o subjektivní posuzování jediného případu, který nelze zobecnit.

Klíčová slova: case management – terapeutický vztah – recovery - nízkoprahová zařízení – závislost

Abstract

Introductions: The main reason for working on this topic is to introduce other treatment possibilities for drug addicted patients/clients, should they refuse standard psychiatric treatment. The part of theoretical background deals of counselling/therapeutic relations and its boundaries, the recovery principle, patient's motivation and the case management method. Further, an overview of selected psychotherapeutic approaches that may be suitable for treating drug addicted clientele is given by the author.

Empiric part of the work summarizes the story of one client and development of his relations with the counsellor in a period of two years. Besides many authentic interviews, the part also provides the description of changes in client's motivation to abstain and focuses on key factors that might affect his decision making. Furthermore, the topics of ethics and boundaries, which are in counselling/ therapeutic relation very often discussed, are included.

Aim and research tasks: The main goal of this thesis was to describe a case of conducting client in a low-threshold treatment facility using the case management method and to point out how the quality of relations with the counsellor affects his path to abstinence. In addition, the aspects that are important for the client during the collaboration were studied and the success rate of set goals was evaluated.

Methods: The data was collected primarily by non-structured interviews between the client and the counsellor or other employee of the contact center. The interviews were, consequently, written down and recorded with the organization's internal system and reobtained to create the full story for purposes of this work. Moreover, one questionnaire was also carried out. The client's casuistry was chosen by method of ultimate selection, as it was the only case of long-term working collaboration at the time.

Results and conclusion: The results interpret the answers on three research questions. Studying the qualitative relation and its effects on client's transformation progress, it may be concluded that several significant events occurred in the active transformation period and client's positive relation with the counsellor could imply their occurrence. Further, aspects that are important for the client during the collaboration were examined. The one-counsellor relation was found out to be of utmost importance for the client, simply because he does not need to go through his story all over again with different people. The last part contains the evaluation of the success rate of set goals. According to the data obtained, the client managed to successfully meet around half of set goals. The work has, nevertheless, its limits, because it is a subjective observation of only one case, which cannot be generalized.

Key words: case management – therapeutic relation – recovery – low-threshold treatment facility - addiction

Obsah

A.	ÚVOD	1
B.	TEORETICKÁ ČÁST	3
1	KONTAKTNÍ CENTRA PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ	3
2	ROGERSOVSKÁ PSYCHOTERAPIE	4
2.1	POSTOJE ROGERSOVSKY ZAMĚŘENÉHO TERAPEUTA.....	6
2.1.1	<i>Akceptování</i>	6
2.1.2	<i>Autenticita</i>	6
2.1.3	<i>Empatie</i>	7
2.1.4	<i>Kongruence</i>	7
3	EXISTENCIÁLNÍ SMĚRY	7
3.1	DASEINANALÝZA.....	7
3.2	LOGOTERAPIE.....	8
4	TERAPEUTICKÝ/PORADENSKÝ VZTAH	9
4.1	PRACOVNÍ VZTAH.....	9
4.2	PŘENOSOVÝ A PROTIPŘENOSOVÝ VZTAH.....	10
4.3	REÁLNÝ VZTAH.....	10
4.4	VZTAH JAKO NOSITEL ZMĚNY.....	11
4.5	ČLOVĚK JAKO VZTAHOVÁ BYTOST.....	12
5	HRANICE VE VZTAHU PŘI PRÁCI S KLIENTEM	14
6	MOTIVACE	14
6.1	CYKLICKÝ MODEL ZMĚNY.....	16
6.2	HAWTHORNSKÝ EFEKT.....	17
7	LÉČBA „BEZ LÉČBY“	18
7.1	ODVYKACÍ STAV – STIMULAČNÍ LÁTKY.....	19
7.2	RECOVERY.....	20
8	CASE MANAGEMENT	21
8.1	FUNKCE A CÍLE CASE MANAGEMENTU.....	22
8.2	TYPY CASE MANAGEMENTU.....	22
8.3	ÚČINNOST CASE MANAGEMENTU.....	23
8.4	POSTUP NAVÁZÁNÍ SPOLUPRÁCE.....	24
8.5	CASE MANAGEMENT MANUÁL KONTAKTNÍHO CENTRA STAGE 5.....	25
8.5.1	<i>Indikace klienta</i>	25
8.5.2	<i>Podmínky pro zahájení spolupráce</i>	25
8.5.3	<i>Vztah s klientem</i>	26
C.	EMPIRICKÁ ČÁST	27
1	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
1.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY:.....	27
1.2	VÝBĚR PŘÍPADU.....	28
2	METODY	28
2.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	29
2.2	SBĚR DAT.....	29
2.3	ANALÝZA DAT.....	29
3	LIMITY VÝZKUMU	30
4	ETICKÉ ASPEKTY	30
5	PŘEDSTAVENÍ KLIENTA	31
5.1	DĚTSTVÍ A RODINA.....	31
5.2	DOSPÍVÁNÍ.....	31
5.3	VÝVOJ DROGOVÉ KARIÉRY.....	32
5.4	LÉČEBNÉ INTERVENCE A ABSTINENCE.....	32

5.5	DEKOMPENZACE	33
6	SITUACE VÝCHOZÍHO BODU	33
7	PRŮBĚH SPOLUPRÁCE A VÝVOJ VZTAHU	33
7.1	SEZNÁMENÍ SE S KLIENTEM: KVĚTEN 2015	34
7.2	BUDOVÁNÍ VZTAHU: SRPEN 2015 – LEDEN 2016	35
7.2.1	<i>Uvažování o škodlivých dopadech užívání pervitinu</i>	<i>37</i>
7.2.2	<i>Zvažování léčby.....</i>	<i>37</i>
7.2.3	<i>Dekompenzace</i>	<i>39</i>
7.3	ZAČÁTEK CASE MANAGEMENTU: BŘEZEN 2016.....	41
7.3.1	<i>Individuální plán.....</i>	<i>42</i>
7.4	CESTA KE ZMĚNĚ: DUBEN 2016 – BŘEZEN 2017	43
7.4.1	<i>Poslední aplikace pervitinu, stádium aktivní změny</i>	<i>45</i>
7.4.2	<i>Navázání kontaktu s rodinou, práce.....</i>	<i>48</i>
7.4.3	<i>Vyslovení důvěry</i>	<i>48</i>
7.4.4	<i>Role ve vztahu, hranice</i>	<i>49</i>
7.4.5	<i>Shledání s matkou</i>	<i>52</i>
7.5	UKONČOVÁNÍ SPOLUPRÁCE.....	53
7.5.1	<i>Hodnocení individuálního plánu.....</i>	<i>56</i>
7.6	KATAMNOSTICKÝ ROZHOVOR: ČERVEN 2018	57
8	LINIE KLÍČOVÝCH UDÁLOSTÍ.....	58
9	CASE MANAGEMENT Z POHLEDU KLIENTA.....	60
10	VÝSLEDKY SPOLUPRÁCE.....	61
10.1	VLIV VZTAHU NA ZMĚNU MOTIVACE	62
10.1.1	<i>Další výsledky.....</i>	<i>64</i>
11	ROZVAHA A ZÁVĚR.....	65
D.	ZDROJE DAT	68
12	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	73

A. Úvod

Adiktologičtí klienti často mluví o tom, že nechtějí přicházet o svobodu, někteří z nich totiž léčbu v psychiatrických nemocnicích, jako omezování na svobodě vnímají. O střednědobé nebo dlouhodobé léčbě takto mluví i ve stádiu, kdy už uvažují o změně, ale myšlenka na skupinové terapie nebo několik měsíců v „izolaci“ je pro ně nepředstavitelná. *Co tedy s takovými klienty, kteří odmítají léčbu?*

V předložené práci se pokusím demonstrovat příklad lidského příběhu, za jehož šťastným koncem pravděpodobně stojí velká důvěra, zájem a skutečný lidský vztah. Je mi známo, že na základě jediného případu nemohu objektivně posuzovat účinnost tohoto přístupu, ale chtěla bych alespoň nastínit průběh a možnosti, které lze aplikovat v práci s klienty, kteří vypadávají z klasického systému léčebného kontinua a institucím se vyhýbají. Výsledkem této práce by mohl být nějaký příklad „dobré praxe“ pro intenzivní vedení klienta, který je bez přístřeší nebo žije v jinak nepříznivých životních podmínkách (např. squat), v nízkoprahovém zařízení pro drogově závislou klientelu. Celý příběh se odehrával v téměř dvouletém intervalu, nejdříve převážně mezi zdmi kontaktního centra, následně intenzivním vedením a provázením klienta v jeho životních událostech, formou case managementu.

S case managementem se nejčastěji setkáváme pravděpodobně v práci s lidmi s duševním onemocněním, v práci s drogově závislou klientelou, ale také v sociální práci. Rámec provedení case managementu s klientem v kontaktním centru, který je ústředním tématem mé práce, má mnohá specifika a úskalí. Jako ten nejvíc stěžejní soudím nepolapitelnost klienta v jeho přirozeném prostředí. Klienti kontaktních center nemají často mobilní telefony nebo pevnou adresu, na které bychom je mohli hledat. Nezřídka chybí motivace ke změně životního stylu. Kontaktní centra si mnozí uživatelé návykových látek vybírají pravděpodobně také z důvodu zachování anonymity. Dostat se blízko k takovým lidem a začít spolupráci, která by vedla ke změně, proto může představovat značnou obtíž. Nikdy nemůžeme předem předpokládat v jakém rozpoložení – nebo zdali vůbec, se klient na domluvenou schůzku dostaví. U klientů, kteří nejsou zařazeni v programu orientovaném na abstinenci, se může v důsledku intoxikace (a provázených stavů např. paranoidních, úzkostných nebo psychotických) práce výrazně komplikovat nebo zcela znemožňovat. Taková práce může být pochopitelně pro pracovníka značně náročná, a to zejména ve smyslu hrozící ztráty motivace nebo „syndromu vyhoření“, protože při práci s klientem a jeho pokroky, kterých se nám podařilo společně – někdy i v horizontu let – docílit, se můžeme najednou ocitnout opět na začátku.

V teoretické části práce také představuji některé psychoterapeutické směry, které se orientují na práci s klienty ve smyslu hledání jejich silných stránek či smyslu života. Ze své vlastní praxe a několika provedených rozhovorů vím, že je pro některé naše klienty představa toho „nudného“ života tam „jako všichni“ děsivá. Proč je život někdy pokládán za nudný, může mít příčinu v tzv. *existenciální bolesti*. Yalom (2004) píše, že tato bolest vzniká ve chvíli, kdy nedosažitelná přání začínají ovládat náš život – a my hledáme pomoc v rodině, u přátel nebo u psychoterapeutů.

Někteří lidé v dnešní době na ulici utíkají záměrně, protože chtějí fungovat mimo vybudovaný systém. Což může být také příkladem existenciálního tématu a skeptického pohledu na moderní svět, ve kterém, jak píše Kalina (2013) se „člověk více odcizuje své lidské podstatě, svému vlastnímu bytí, poddává se vnějšímu organizování a stává se spíše věcí mezi vyráběnými a konzumovanými. Jeho život se pak sestává z všedního obstarávání a zařizování, přizpůsobování druhým a manipulace s druhými. Metaforicky řečeno: člověk je ve vleku „osudu“ a sebeklamu. Takový nepravdivý, neautentický život je vlastně sám o sobě nemocí“.

Dle mého názoru a moderních poznatků se domnívám, že case management je v současnosti pro tyto lidi velmi vhodnou formou péče, protože jeho primárním cílem není úplná abstinence, ale objektivní zlepšení životní situace. Podobně se k tématu vyjadřuje např. Vanderplasschen et al. (2004).

B. Teoretická část

1 Kontaktní centra pro drogově závislé

Kontaktní centra se řadí mezi nízkoprahová zařízení, jejichž služby jsou poskytovány na principu *harm reduction*¹. K nízkoprahovým zařízením dále řadíme terénní programy, aplikační místnosti², automaty na injekční materiál, kontejnery pro bezpečnou likvidaci injekčních stříkaček³, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a také substituční programy.

Kontaktní a poradenská centra jsou např. podle Kaliny et al. (2003) specializovaná zařízení, která poskytují základní služby uživatelům drog. Kontaktní centrum (K - centrum) je zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje především snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta a tím, že pro užití služby nevyžaduje abstinenci klienta.

Primárně K-centra zahrnují kontaktní služby, poradenství a práci s motivací, výměnné programy (injekčního, ale i dalšího materiálu nezbytného pro nitrožilní užití), krizové intervence, základní zdravotní ošetření nebo pomoc se zprostředkováním specializované léčby. Mimo jiné jsou do práce s klienty zařazovány také aktivizační techniky, socioterapeutické aktivity nebo aktivity sportovní. V posledních několika letech vzrůstá trend přístupu case management, který je postupně zařazován právě i do práce s klienty kontaktních center⁴.

Přístup harm reduction, který je v kontaktních centrech využíván má za úkol především:

- Vyhýbat se zhoršování poškození způsobeného užíváním drog.
- Zacházet s uživateli drog důstojně, a především jako s lidskými bytostmi.
- Snaží se poskytovat intervence na nejvyšší možné úrovni.
- Zaměřovat se na dosažitelné cíle (IHRA, 2010).

¹ Soubor politik, které jsou zaměřeny na snížení negativních zdravotních, sociálních a ekonomických důsledků užívání drog ve společnosti, komunitě ale samotných uživatelů, např. přechod na méně škodlivou formu aplikace, distribuce injekčního materiálu, testování na infekční nemoci apod.

² V ČR formálně neexistují, spíše tzv. „shooting galleries“. Specializovaná aplikační místnost se nachází např. ve Frankfurtu v Německu.

³ Např. program resocializace uživatelů návykových látek FIXPOINT, Progressive, o.p.s.

⁴ Viz. např. www.progressive-os.cz/stage-5/

V dnešní době se již jedná o velmi rozšířenou službu, která pokrývá takřka celou republiku. Praha má dokonce tři kontaktní centra: Kontaktní centrum Stage 5, Sananim a Drop-in. Všechny poskytují poměrně podobnou škálu služeb. Sananim je pravděpodobně nevýznamnější adiktologickou pražskou organizací, která poskytuje službu case management, protože pod ní existuje dokonce fungující specializovaná ambulance. V kontaktním centru Stage 5 je case management poskytován přímo kontaktními pracovníky, ale žádnou specializovanou ambulanci v současnosti nedisponuje. Z mimopražských adiktologických služeb se case managementu věnuje např. organizace Podané ruce⁵.

Týmy kontaktních center jsou zpravidla multidisciplinární. Nejčastěji jsou složeny z odborníků v sociální práci, pracovníků v sociálních službách, adiktologů, zdravotních sester, ale součástí týmu může být i lékař, pedagog nebo pracovník s jinou profesí, jestliže splňuje alespoň základní podmínky pro výkon práce v tomto typu služby (tj. jakákoliv střední škola ukončená maturitní zkouškou + kurz pracovníka v sociálních službách).

Nezřídka bývají pracovníci zařazeni do dlouhodobého psychoterapeutického výcviku, jehož absolvování je nezbytné pro výkon terapeutické praxe. Psychoterapeutické směry mají velmi široký záběr různých škol a přístupů, proto má každý pracovník možnost, vybrat si ten, který je mu z podstaty jeho práce nejbližší. Z mého pohledu jsou pro práci s drogovou klientelou vhodné ty směry, které se orientují na zdravé stránky člověka, terapeutický vztah nebo existenciální témata.

2 Rogersovská psychoterapie

Zakladatel psychoterapie zaměřené na člověka je Carl Ransom Rogers (1902–1987), po něm se také nazývá „rogersovská“ psychoterapie. Více než na teorii se autor zaměřuje na vlastní terapeutický proces, a především na terapeutický vztah, ve kterém formuluje šest základních podmínek, které jsou uvedeny níže:

⁵ Viz. <http://ies.podaneruce.cz/hledn/?q=case+management>

Tabulka 1: Podmínky terapeutického vztahu dle Rogerse

1. **Vztah** – Dva lidé musí mít mezi sebou vztah, v němž si každý uvědomuje svoji odlišnost.
2. **Zranitelnost** – Klient je ve stavu inkongruence a je tudíž náchylný k úzkosti. Náchylnost k úzkosti motivuje klienta k vyhledání terapeutického vztahu a setrvání v něm.
3. **Opravdovost** – Terapeut je ve vztahu kongruentní a opravdový či autentický. Znamená to, že je opravdu sám sebou a své současné prožitky si přesně uvědomuje.
4. **Bezvýhradné akceptování** – Aby klient dokázal přijmout a uvědomit si popřené nebo zkreslené zážitky, musí posílit svou sebeúctu. K tomu nezbytně potřebuje bezvýhradné a ničím nepodmíněné přijetí a pozitivní ocenění ze strany terapeuta.
5. **Přesná empatie** – Terapeut přesně empaticky prožívá klientův vnitřní svět a snaží se mu to dát najevo. Bez empatického pochopení by nemohl klient důvěřovat, že ho terapeut bezvýhradně přijímá. A cítil by se ohrožený, např. tím, že by vyšly najevo nějaké nepřijatelné aspekty jeho života. Pomocí přesné empatie a bezvýhradného akceptování se klient přiblíží k plnému vědomí a přijetí sebe.
6. **Vnímání opravdovosti** – Klient vnímá, že ho terapeut přijímá a že mu rozumí. Neuvěří terapeutově péči a empatii, když jej nebude vnímat jako opravdového, ale jen člověka v určité roli.

Zdroj: Prochaska a Norcross (1999), str. 118; upravil Kalina (2013).

Principem tohoto směru je: 1) nedirektivní přístup, 2) projevování empatie, 3) technika terapeutické komunikace zvaná „zrcadlení“ a 4) filozofie nezasahování. Takový příklad rogerovského přístupu uvádí Kalina (2013) jako...

- Člověk v cizím městě: „Jak se tady dostanu na nádraží?“
Rogerovský psychoterapeut: „Hm...vy byste chtěl vědět, kde je nádraží....“

Humanistický pohled na lidskou bytost je optimistický, naplněný důvěrou v její potenciál, v „moudrost organismu“ (Rogers, in Zeig a kol. 2005). Rogers vnímá základ lidské podstaty jako „pozitivní, kupředu směřující, konstruktivistický, realistický, důvěryhodný...“ „Pokud je člověk schopen dobrat se k základní podstatě lidské bytosti,

najde zdravé, dobré jádro“. V podstatě tento typ psychoterapie nemá žádnou teorii psychopatologie a víceméně říká, že se nezaměřuje na duševní nemoc, ale na duševní zdraví. Rogers se odvracel od psychoanalyticky zaměřených autorů, protože tyto postupy podle něho byly spekulativní a neověřitelné. V jeho přístupu terapeut nemusí znát pacientovu minulost, protože v terapii pracuje s tím, jak pacient aktuálně vnímá a prožívá sebe a svůj svět, což zahrnuje i to, jak aktuálně vnímá a prožívá svoji minulost (in Kalina, 2013).

„Platná skutečnost, jež ovlivňuje chování, je vždy taková, kterou vnímáme v daném okamžiku. Můžeme se teoreticky odrazit od uvedeného poznání, aniž bychom se nutně museli zabývat otázkou, co opravdu ovlivňuje skutečnost“ (Rogers, in Zeig a kol. 2005. str. 311).

2.1 Postoje rogersovsky zaměřeného terapeuta

Rogersovský psychoterapeut je v procesu s klientem/pacientem nedirektivní, ale ne zcela pasivní. V rozhovoru jsou nejdůležitější následující čtyři postoje, které musí pracovník vyjádřit výrazně a současně.

2.1.1 Akceptování

„Terapeut klienta akceptuje takového, jaký je, nesoudí, nehodnotí, nemoralizuje, nepoučuje, nepovyšuje se, chová se k němu s respektem a úctou jako k lidské bytosti, přívětivě, trpělivě a s osobním zájmem.“ Vymětal (2003) navíc upozorňuje, že *„akceptovat druhého však neznamená s ním souhlasit, jenom přijímáme vše, co sděluje, jako něco, co je subjektivně významné.“*

2.1.2 Autenticita

Vymětal (2003) píše, že *„terapeut je ve svém jednání s klientem vždy sám sebou, tedy konkrétním nezáhadným člověkem, jehož projev je jasný... Nic nepředstírá, do žádné role se nestylizuje, nemanipuluje (a ani na to nemyslí).“* Pracovník zde projevuje svoje pocity nebo postoje, neznamená to však, že pacienta zahlcuje svými prožitky a momentálními nápady. Je nutné pečlivě zvážit, co je pro pacienta přínosné a co ne, v opačném případě by mohlo dojít k tzv. iatrogennímu poškození pacienta (Junková in Vymětal, 2004).

2.1.3 Empatie

Podle Vymětala je empatie vcit'ující porozumění, které znamená, že se „*terapeut snaží co nejpřesněji zachytit aktuální prožívání klienta v souvislosti s určitými obsahy vědomí a jejich významu pro klienta. „Vidí věci zevnitř klienta, tedy tak, jak je on sám prožívá a hodnotí.“* Pro dostatečné porozumění klientovi, však ani empatie sama o sobě však není dostačující schopností. Klientovi je třeba nabídnout dostatečný zájem, snahu pomoci, přesné a pozorné naslouchání a dostatečný prostor k jeho sebeprojevení.

2.1.4 Kongruence

Kongruence popisuje stav, který můžeme podle Vymětala chápat jako: „*autenticita obrácená „dovnitř“, opravdovost vůči sobě samému, prožitek jednoty myšlení, emocí jednání v situace „zde a nyní“.* Junková píše, že terapeut se chová tak, jaký je a vyjadřuje to, co cítí. Ke klientovi má lidský vztah, a to co cítí nebo prožívá nemá problém klientovi předložit (in Vymětal 2004).

3 Existenciální směry

V práci cituji některé významné autory (Buber nebo Yalom), jejichž přístup k pacientům vychází právě z existenciální psychoterapie. Ta je založena na tom, že 1) *není direktivní*, 2) *neposkytuje hotové odpovědi*, 3) *staví tazatele před problémy spíše filozofického rázu*. Filosofie několika významných představitelů (Husserl, Heidegger, Buber a další) uvádí, že principem tohoto směru je psychoterapie zaměřená na člověka, která *podporuje lidský růst a zrání*. Přístup je podporován více autory, v této části práce se však zaměřím na daseinanalýzu a logoterapii, které následně mohou podpořit úvahy, předkládané v empirické části práce.

3.1 Daseinanalýza

Švýcarská škola: *Binswanger a Boss*⁶ učí, že základním motivem lidské mysli je existenciální úzkost, přičemž zdrojem této úzkosti je představa konečnosti a lidské smrtelnosti.

⁶ Zakladatelé daseinanalýzy

Terapeutický postup bere vážně pacientovi výpovědi, jako autentický popis jedinečné zkušenosti a snaží se mu zprostředkovat porozumění jeho lidské situaci.

Tento směr pokládá terapeutický vztah za základ psychoterapeutického působení a obzvlášť zdůrazňuje jeho dimenzi – autentické setkání dvou lidí. Terapeut by měl do tohoto setkání vstupovat s plnou otevřeností, bez předpojatosti, kam patří i psychopatologická teorie. Důležitým předpokladem je komunikace ve stavu „já a ty, právě tady a teď“.

3.2 Logoterapie

Zakladatelem tohoto směru je Viktor E. Frankl. Pojem logoterapie pochází z řeckého slova „*logos*“, tedy slovo. Jedná se o aplikovanou terapii na základě psychologicko-antropologického modelu, který ve svém učení zdůrazňuje touhu člověka *po hledání smyslu*.

Logoterapeut ve své práci neusiluje o přesvědčení klienta logickým uvažováním, spíše mu napomáhá k pochopení jeho vlastního a individuálního smyslu. Podle Frankla je nalézt smysl života individuálním rozhodnutím člověka a v jeho kompetencích také zůstává to, jestli se ho pokusí nalézt i za těch nejsložitějších okolností (Ungvarsky, 2017).

Podle autora může člověk *smysl v životě* nalézt v několika oblastech:

- Ve vykonání činu (především v sebepřesahujícím).
- Prožitím hodnoty (skutečná obohacující zážitek), z nichž ta nejcennější je láska.
- V utrpení (pokud ho člověk promění ve své morální vítězství).

Během každé z těchto událostí člověk vytváří různé hodnoty (tvůrčí, zážitkové nebo postojové), které přinášejí kýžené uspokojení a smysl.

Základní myšlenkou tohoto směru je, že pokud touha po smyslu není naplněna, vede tento stav člověka k frustraci či *existenciálnímu vakuu*. To znamená, že člověk začíná pochybovat o smyslu své existence a smyslu života obecně. Tento stav Frankl nazývá *noogení neuróza*, pokud je existenciální prázdnota prohlubována, může vést podle autora až k duševnímu onemocnění nebo sebevraždě.

Významná je v tomto smyslu také tzv. *nedělní neuróza*, která se vyznačuje tím, že se objevuje ve dnech volna, pocit existenciální prázdnoty je zde pociťován nejvíce, protože není tlumen rutinní činností v zaměstnání (Frankl, 2006).

4 Terapeutický/poradenský vztah

Stejně jako v terapeutickém vztahu můžeme i v poradenském vztahu definovat tři základní komponenty, které s úspěchem terapie spojoval už Freud. Je to 1) *pracovní vztah*, 2) *přenosový a protipřenosový vztah* a 3) *reálný vztah*. Zároveň Gelso a Carter (1994) uvádí, že tyto komponenty se mohou ve v terapii objevovat současně. Ačkoli většina literatury vychází z procesu vznikajícího vztahu v terapii, tedy mezi pacientem a terapeutem, je zřejmé, že podobné interakce probíhají i v procesu adiktologického poradenství – tedy mezi poradcem a klientem.

Vztahovým tématem v psychoterapii se zabýval i Irvin D. Yalom, který o svojí zkušenosti s pacientkou vydal už v roce 1974 knihu „*Every day gets little closer*“, která byla přeložena do češtiny pod názvem „*Každý den o trochu blíž*“ (2005). V knize je popsán příběh pacientky Ginny Elkin (*pseudonym*), která má za sebou již spousty psychoterapeutických i psychiatrických zkušeností, z nichž vyšla s nálepkou „schoizdní“. Ginny a doktor Yalom se dohodli, že jako součást terapie bude každý z nich nezávisle psát deník reflektující jejich terapeutické sezení. Kniha je tedy výsledek jejich domluvy – jedná se o text nahlízející z obou stran na prožitky a postupně se rozvíjející vztah mezi terapeutem a pacientkou.

Další významný autor, Martin Buber, sepsal už v roce 1923, dílo věnované filosofii individuálního vztahu s druhou osobou, pod názvem „*Já a ty*“.

Autoři Prochaska a Norcross (1999) uvádějí, že terapeutický vztah je mezi těmi společnými faktory psychoterapie, které mají největší podíl na změně. Význam tohoto faktoru je podporován tím, že sama psychoterapie je v podstatě interpersonálním vztahem. Na důležitosti vzniku pevného spojení mezi pacientem/klientem a terapeutem se shodují psychoterapeuti mnoho různých psychoterapeutických směrů (in Kalina, 2013).

4.1 Pracovní vztah

Pracovní vztah nebo pracovní alianci Nutall (2002) definuje jako kontrakt či zakázku mezi adiktologem a klientem, kde je stanovena oblast, cíl spolupráce a podmínky, za jakých bude poradenský proces probíhat. Bordin (1979) zase uvádí jiné tři komponenty: cíl, pouto a úkol. Zároveň Úlehla (2009) uvádí, že podmínkou dobrého pracovního vztahu je zakázka. U adiktologických klientů se nezdá, že svoji zakázku nemají jasně formulovanou. V tomto případě je úkolem adiktologa pomoci mu jeho zakázku rozklíčovat a formulovat.

4.2 Přenosový a protipřenosový vztah

Clarkson (2009) uvádí, že přenosový vztah je „*přesunutí emocionálního postoje z předešlých vztahů k blízkým lidem na odborníka*“. Protipřenosovému vztahu můžeme rozumět jako „*reakcím terapeuta na klienta, které vznikají v důsledku klientova vlivu na terapeutovo vědomí*“.

Zde se rozlišují dvě základní formy: proaktivní a reaktivní protipřenos. Proaktivní zahrnuje pocity, fantazie nebo tělesné zážitky vstupující do poradenského procesu primárně v důsledku terapeutových nevyřešených událostí v minulosti. To mohou být jeho vlastní témata, se kterými nemá dobrou zkušenost, což může mít negativní vliv na jeho intervence vůči klientovi (Clarkson, Nuttal, 2000). Reaktivní protipřenos můžeme podle Claksona (2009) chápat jako pocity, fantazie a tělesné zážitky, které vyvolává sám klient a jeho skutečnosti, které do poradenského procesu přináší. Imhof (1991) a Yerks (2012) uvádějí, že v takovém případě může adiktolog či terapeut zažívat širokou škálu negativních pocitů od vzteku, beznaděje, přetížení nebo nudy.

4.3 Reálný vztah

Reálný vztah vymezuje Duquette (2010) jako autentický a realistický vztah mezi klientem a terapeutem. Rogers (1998) definuje na straně terapeuta tři základní postoje, aby tento vztah mohl proběhnout: autenticita, akceptace a empatie (Vondráčková in Kalina, 2015).

Studie autorů Ardito a Rabellino (2011) nabízí soubor nejdůležitější literatury, která se zabývala vztahem pracovníka a pacienta v psychoterapii a jejím výsledkem. Prvotní motivací k provedení studie bylo tvrzení, které předložil Eysenck (1952), že účinnost psychoterapie není prokázána a že jakékoliv zlepšení je pouze výsledkem tzv. „spontánní remise“. Dalším podnětem byl výzkum týkající se procesu a výsledku psychoterapie, který provedl Strupp a Hadley (1979), jenž se pokoušel vysvětlit nespecifické účinné faktory psychoterapie. Tento pohled Strupp (2001) o několik let později podložil, jelikož prokázal, že výsledek psychoterapeutického procesu je těmito faktory často ovlivňován. Jmenovitě se podle autora jedná o osobní charakteristiky terapeuta a pozitivní pocity, které vznikají u pacienta – pocity, které mohou vést k vytvoření pozitivního léčebného prostředí z emoční a interpersonální perspektivy.

Otázkou „*Co je efektivně účinné v psychoterapii?*“ se zabývali autoři Orlinsky a Howard (1986). V tomto tématu je podle autorů důležité poznamenat, že výzkum v oblasti psychoterapie je obvykle klasifikován jako *výsledný a procesní výzkum*. První z nich analyzuje výsledky terapie, zatímco průzkumy procesu zkoumají,

různé aspekty terapeutického procesu, které lze také měřit v průběhu léčby bez ohledu na výsledek. Tento proces podle autorů probíhá mezi pacientem a terapeutem v rámci jejich interakce.

Dále např. i Rogers (1951) definuje to, co považoval za aktivní složky v terapeutickém vztahu: uvádí empatii, shodu a nepodmíněný pozitivní ohled. Tyto složky byly považovány za ideální podmínky, které nabídl terapeut, ale později se ukázaly jako zvláště důležité pro terapii zaměřenou na klienta (Horvath a Greenberg, 1989; Horvath a Luborsky, 1993). Zatímco Rogers zdůraznil roli terapeuta ve vztahu, jiné práce se zaměřily na teorii vlivu sociálních aspektů. Strong (1968) vycházel z hypotézy, že jestliže je pacient přesvědčen o schopnosti a oddanosti terapeuta, poskytne mu to potřebný vliv, který přináší změny v pacientovi.

4.4 Vztah jako nositel změny

David Deitch (1995) přišel s pověstným výrokiem „*vztah je nositelem změny*“ pod nímž si můžeme představit několik rozměrů, které terapeutický vztah přináší:

- *obsah*: zabývání se vztahem a překážkami v něm, přenosy, nedostatky v porozumění apod. je v mnoha psychoterapiích významnou rovinou psychoterapeutického rozhovoru;
- *prostředí změny*: vztah zajišťuje přijetí, podporu, porozumění a ohraničení;
- *prostor, mikro-universum*, kde se rozehrává pacientovo interpersonální chování, na jehož změně terapeut pracuje;
- *pole působení dalších účinných faktorů psychoterapie*;
- *rámec psychoterapeutického procesu* ve smyslu kontinuity, spolehlivosti, bezpečí a hranic vůči okolí (in Kalina, 2013).

Vztah, který existuje mezi pacienty a jejich terapeuty Gelso (2014) popisuje jako všeobecně považovaný zásadní prvek úspěšné psychoterapie napříč všemi psychoterapeutickými směry.

Mnoho psychoterapeutů se zabývá přenosy pacientů na terapeuty a tím, co může být nazváno skutečným nebo osobním vztahem. Oba tyto pojmy (přenos a skutečný vztah) pocházejí z psychoanalytické teorie. Například přenos byl považován za možná největší Freudův objev, který se týkal psychoanalýzy jako léčby. Freud totiž zmiňuje, jak je skutečný vztah mezi pacientem a terapeutem důležitý, stejně jako řada dalších psychoanalytiků (viz Gelso, 2011), ačkoli byl tento koncept až do nedávna teoreticky i empiricky zanedbán. Navzdory skutečnosti, že přenos a skutečný vztah vznikly v rámci

psychoanalýzy, první autor a jeho tým předpokládali, že oba tyto pojmy jsou důležitou součástí všech terapeutických vztahů, bez ohledu na terapeutickou teoretickou orientaci.

4.5 Člověk jako vztahová bytost

Říká se, že člověk jako tvor, je stvořen k životu v páru nebo ve skupině. Už od narození je jedinec součástí nějaké sociální skupiny, která jeho osobnost formuje. V první fázi je to primární rodina, později školka, škola.... Dítě a později mladý člověk v ní zažívá nenahraditelné vrstevnické vztahy, které jsou důležité pro jeho socializaci. Lidé závislí na návykových látkách často z takových skupin vypadávají a někdy se uchylují k životu o samotě, což na jejich osobnost může mít neblahý vliv. V takovém případě může psychoterapie fungovat jako reparační nebo nahrazující prostředek, do kterého odborník vstupuje jako vyzrálá a důvěryhodná osobnost s lidským přístupem. K tomuto tvrzení mě zaujal citát

- „Používám svoji lidskost,

abych dosáhl lidskosti druhého“ (Dave Mearns).

Pozoruhodný pohled na budování změny v psychoterapii jako na paralelu individuálního vývoje v dětství nabízí Camplingová a Haigh (1999). Záměrem jejich tvrzení je dokázat, že zjednodušené schéma normálního vývoje (tzv. primární emoční vývoj) je přítomné také v psychoterapeutickém uspořádání jako podmínky a podněty pro sekundární emoční vývoj, který může na „druhý pokus“ přinést úzdravnou, reparativní zkušenost (Šiflerová, 2010).

Psychoterapie je podle Kratochvíla (2007) účinná jestliže:

- Má pacient k terapeutovi důvěrný vztah a očekává od něj pomoc, terapeut má rozvinutou schopnost empatie, pacienta akceptuje a je přesvědčený, že mu může pomoci.
- Výklad umožňuje pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sám sobě a svým osobním problémům.
- Pacient je schopný ventilovat svá minulá traumata i současné starosti nebo konflikty, které souvisí s příslušnými emocemi.

- Na základě terapie se pacient přestane vyhýbat problémům a situacím, které nezvládal a naučí se jim realisticky čelit.

Podle autorů Buber (1995) nebo Levinas (1997) se stále více poukazuje na význam mezilidských vztahů pro rozvoj a kvalitní život člověka. Odklání se od přílišného důrazu na individualistické hodnoty, jako je suverenita, autonomie nebo individualita, oddělená od druhých. Během dvacátého století se čím dál častěji objevovaly názory, které posilují předpoklady o tom, že člověk je fundamentálně a neoddělitelně provázaný s druhými lidmi a že v našem bytí je především a na prvním místě „bytí ve vztahu“. Zastánci tohoto názoru také tvrdí, že nejdříve existujeme jako ve vztahu a teprve potom si vytváříme představu naší individuality a oddělenosti.

Tento posun se podle autorů odráží ve vnímání toho, co je vlastně „člověk“. A to se musí zákonitě odrazit i na povaze terapeutického vztahu – zkoumáním svého vztahu s terapeutem může klient reflektovat a přehodnocovat prvky, které jsou významné pro jeho vlastní existenci – vztahy s druhými. Rogers poukazuje na individualistickou povahu člověka, která se projevuje jako potřeba autonomie, nezávislosti a svobody, jedinečnosti a sebeurčení, v tomto smyslu cituje Kierkegaardovu výzvu „*být tím, kým člověk doopravdy je*“ (1996) a říká, že největší zoufalství člověka pochází z toho, když se někdo rozhodne být jiný, než je, když žije podle představ druhých, jako by neměl své vlastní „já“. Terapie, která vychází z tohoto pohledu, je pak především objevováním vlastní osobnosti.

Nicméně podle provedeného výzkumu, jehož výsledky Rogers publikoval už v roce 1967 vyplývá, že ani kvalitní vztah mezi pacientem a terapeutem není jediným předpokladem pro úspěšnou léčbu, důležitá je především motivace. Rogers ve svém výzkumu srovnával účinky terapie zaměřené na člověka u skupiny „normálních“ klientů, schizofreniků akutních i chronických a paralelních skupin, kterým psychoterapie nebyla poskytnuta.

„Výsledky tohoto výzkumu byly zklamáním, protože u zkoumaných osob nebyla zaznamenána výrazná osobnostní změna. Od těchto výsledků se odvíjí všeobecný názor, že terapie zaměřená na člověka nemůže fungovat u lidí s diagnostikovanou schizofrenií, a tudíž ani s dalšími vážnějšími psychickými poruchami.“

Avšak už sám Rogers byl schopný pojmenovat několik nedostatků provedené studie. V první řadě zpochybňuje samotnou diagnózu schizofrenie, jako klíčový prvek, zodpovědný za neúspěšnost psychoterapie. A v druhé řadě se ukázalo, že byla opomenuta jedna z nejdůležitějších proměnných, která je součástí Rogersových šesti podmínek terapeutické změny, a to je motivace klientů k terapii, což dokládají i některé současné

výzkumy - např. Timuřák (2005) píše, že motivace je jedním z faktorů na straně klienta, který rozhoduje o výsledcích terapie a nesouvisí s žádnou psychiatrickou diagnózou (Rogers in Šiffelová, 2010).

5 Hranice ve vztahu při práci s klientem

Vzhledem k tomu, že je tato práce provázána primárně v duchu „vztahovosti“ a budování kvalitní aliance mezi pracovníkem a pacientem/klientem, musím také věnovat kapitole potřebným hranicím, které mají při práci se závislou klientelou svoje nezastupitelné místo.

Jakkoli se zabývám důležitostmi autenticity, přirozenosti nebo dokonce přátelstvím, musí být ve vztahu pracovníka a klienta přítomny i jisté znaky profesionality. Matoušek (2008) uvádí, že pracovník by se měl držet určitých profesních standardů za současného využívání získaných znalostí a dovedností. Na profesionální vztah je tak ideální pohled jako na kombinaci přístupu porozumění se zároveň přiměřeným rezervovaným přístupem, který zajistí, že se pracovník sice dokáže do klienta vcítit, ale zároveň si udržet odstup a objektivitu. Rozdíl mezi vztahem profesionálním/pracovním a soukromým je primárně podle Vodáčkové (2002) v tom, že pracovní vztah není na začátku ovlivněn předchozí emoční spoluúčastí pracovníka. Jedná se o jednostranný vztah, což znamená, že cílem je naplňovat klientovy zájmy a pomáhat mu řešit jeho problémy.

V tom vnímám nejdůležitější rozdíl mezi přátelstvím osobním a „přátelství“ pracovním. Do pracovního „přátelství“ pracovník nepřináší a neřeší svoje problémy a zároveň by neměl pociťovat potřebu být s klientem trvale citově spojen.

6 Motivace

Motivace je koncept, který má mnoho definic. Už Donald Hebb (1949) mluví o motivaci jako o „stimulaci, která vyvolává aktivitu určitého druhu“ nebo Richter (1927) jako o „spontánní aktivitě, která vychází z určitých základních fyziologických původů“, stejně jako u „vnitřních pohonů“, které pobízejí jedince i k běžným úkonům. Novější pohled na motivaci přináší například i Grohar-Murray (2003), ten uvádí, že se jedná o podněcené chování, psychologický proces, který chování udává cíl a směr. Motivace může být vnitřní nebo vnější a její motivy se mohou v čase měnit.

Co se týče úrovně motivace v léčbě závislostí, mluví o ní např. Morgensen et al. (1997) jako o jednom z klíčových faktorů na cestě ke snížení užívání návykových látek. Jiný autor, Simpson (2001), zase uvádí, že úroveň motivace ovlivňuje míru aktivního zapojení jedince do léčby, délku setrvání v léčbě a kvalitu jejího výstupu. Autoři Burman (1997) nebo Hser (2007) doplňují, že vyšší motivace ke změně předvídá větší pravděpodobnost redukce užívání návykových látek. Cesta k „úzdavě“ (recovery) je však komplikovaná fyzickou a psychickou závislostí a DiClemente (1999) uvádí, že chybějící motivace nebo důvody k zanechání užívání, jsou na této cestě mezi uživateli návykových látek kritickou oblastí. Úroveň vnitřní motivace ke změně hraje důležitou roli ve smyslu identifikace této potřeby, hledání vhodné léčby a následného udržování dlouhodobé změny.

Motivace se dále rozlišuje na vnitřní a vnější. V adiktologii je poměrně často zdůrazňován fakt, že jedním ze zásadních faktorů úspěšné abstinence je motivace vnitřní. Do léčby často nastupují i klienti, kteří svoji motivaci nemají dostatečně zvnitřněnou. V důsledku malé motivace potom čelí několika nástrahám, které vedou k neúspěšné léčbě. Mezi tyto nástrahy patří například to, že si klienti nedokážou přiznat, že s návykovou látkou mají problém. Wickizer et al. (1994) uvádí, že klienti, kteří do léčby přicházejí s ambivalentním přesvědčením ke změně, mnohdy léčbu předčasně ukončí.

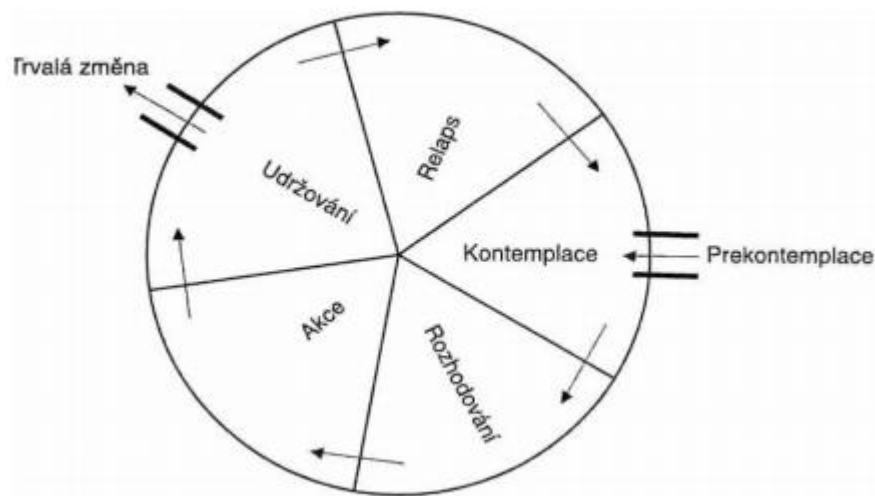
Ještě poměrně nedávno, podle Galanter et al. (2015), bývala úroveň motivace k léčbě závislostí dávávána do kontextu výhradně k přístupu samotného klienta/pacienta (buď motivovaný je nebo není). Práce s motivací se v léčbě závislostí objevovala jen málo a klienti tak neměli dostatek příležitostí čelit konfrontacím. Trendem bylo klienty/pacienty odkazovat na různé svépomocné skupiny (např. anonymní alkoholici nebo narkomani atp.) v naději, že zkušenosti vrstevníků budou mít na jejich rozhodnutí pro léčbu větší vliv. Důležitost konfrontace v psychoterapii během procesu změny vyzdvihuje i Kratochvíl (1997) nebo Kalina et al. (2008). Konfrontace podle uvedených autorů vede ke zvyšování vědomí a emočnímu uvolnění. Ale zároveň je třeba dbát na to, aby konfrontace nebyly příliš zraňující a probíhaly v bezpečném terapeutickém vztahu.

Galanter et al. (2015) dále uvádí, že v současnosti je tato úloha kladena jak klienta, tak na instituci, obě složky musí řešit bio-psycho-sociální rozměry, aby vzájemně motivovaly klienta k léčbě a společně hledaly cestu, která úspěšně povede k úzdavě „recovery“.

6.1 Cyklický model změny

Proces, jenž vyobrazuje měnící se stadia motivace nazvali Prochaska a DiClemente (1983) jako „cyklický model změny“, který obsahuje šest stadií v procesu ke změně (prekontemplace, kontemplace, rozhodování, akce, udržování změny a trvalá abstinence). Zvyšování klientovi motivace zahrnuje dokončení úkolů v každé z těchto fází, které klienta podporují a udržují v úspěšném „recovery“.

Obrázek 1: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho



Zdroj: Miller, Rollnick et al., in Kalina (2013a) kap. 29.

Prekontemplace: je stadium před rozhodnutím klienta ke změně. V tomto stadiu o změně ani neuvažuje a užívání drog ho baví. Klient si v tomto stadiu nepřipouští negativní dopady, které mu drogy způsobují. Vzniklé problémy má ve zvyku externalizovat – může za to okolní svět, který je k němu nespravedlivý, zlý a nerozumí mu. Je přesvědčený, že on sám má na drogou moc a své chování vždy dokáže sám sobě velmi dobře zracionalizovat. Nejedná se však doslova o „nulovou motivaci“, klient sice ještě není ten, koho se změna týká, ale může prožívat neurčitou nespokojenost.

Kontemplace: hlavní rozdíl mezi aktuálním a předchozím stadiem je v tom, že zde už klient dává vznik svých problémů, do přímé souvislosti s užíváním návykových látek. Užívání drog mu sice pořád přináší potěšení, ale začínají se objevovat i pochybnosti

a obavy z budoucího vývoje. Pro toto stadium jsou typické ambivalentní postoje – střídají se období „*nastavení pro změnu*“ s motivací „*pokračovat beze změny*“.

Rozhodování: v tomto stadiu nevýhody užívání drog výrazně převyšují jejich profit. Problémy dává do přímé souvislosti s užíváním drog a reálně přemýšlí o potřebě změnit aktuální situaci. Zvažuje svoje možnosti – výhody a nevýhody, např. různých typů léčebných programů. Na konci tohoto stadia dochází k rozhodnutí ke změně. Klient se však může i rozhodnout, že abstinovat nechce.

Jednání, aktivní změna: klient se zavazuje k určitému jednání, od kterého očekává změnu. V tomto stádiu je cílem realizace „*cesty ke změně*“ (terapie nebo léčení).

Udržování změny: v tomto stadiu je klient vystaven výzvě „*obhájit svou schopnost žít bez drogy sám před sebou o před svým okolím v běžném životě.*“ To se týká zejména klientů, kteří absolvovali rezidenční střednědobou nebo dlouhodobou léčbu, jež byli po celou dobu léčby podporováni terapeuti v bezpečném prostředí, po léčbě se musí vrátit zpět do rizikového prostředí nebo najít jiné. Zásadní zde hraje přecházení relapsu, k čemuž je potřeba „*přestavba životního stylu*“.

Relaps: je součástí procesu, protože se nedá předpokládat trvalá změna u všech. Miller a Rollnick uvádí, že „*Pokud nastane relaps, je úkolem člověka spíše pokračovat na kole změny než ustrnout v této fázi. Uklouznutí a relapsy jsou normální, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobý návyk.*“

Tento model byl navržen především pro klienty, u nichž čtvrté stadium – tedy jednání a aktivní změny – probíhá v ambulantních podmínkách.

6.2 Hawthornský efekt

Jedním z dalších důležitých pojmů, které nelze opomenout, je ve smyslu zvyšování motivace uváděný tzv. *Hawthornský efekt*, který je podle The Association for Qualitative Research⁷ považován za prostředek jež vede ke změně chování.

Ke změně chování dochází v důsledku toho, že jedinci jsou si vědomi, že jim je věnována zvláštní pozornost.

⁷ Asociace pro kvalitativní výzkum

Další, velmi podobná definice pochází od autorů Payne & Payne (2004) a říká, že pojem se objevuje obzvláště v sociálních experimentech. Chování jedinců se mění proto, že jsou si vědomi pozorování, a tak (obvykle) nevědomě zkreslují výsledky výzkumu.

7 Léčba „bez léčby“

Léčba závislostí nejčastěji probíhá prostřednictvím odborných institucí pod vedením odborníku příslušného zaměření, přičemž je v tomto procesu užíváno několika přístupů. Setkat se můžeme s psychoterapií individuální i skupinovou, averzní terapií, práci s motivací, práce s rodinou kognitivně-behaviorální terapií, behaviorální terapií, psychoanalýzou, pracovní terapií, arteterapií, relaxací, pohybovou nebo kreativní terapií atp. Přístupů nabízených institucemi napříč léčebným kontinuem využívaných k léčbě závislostí je celá řada. Poskytované služby se liší v závislosti na typu zařízení – od nízkoprahových center, ambulancí, detoxikačních zařízení, denních stacionářů, psychiatrických nemocnic – nabízejících střednědobou léčbu nebo komunit, které nabízejí léčbu dlouhodobou. Zařazování adiktologických klientů do léčebných zařízení je prováděno tzv. *matchingem*⁸, aby typ léčby klientovi co nejvíce vyhovoval a tím se zvýšila pravděpodobnost úspěšné léčby.

Nezřídka se ale objevují klienti, kteří do léčby nechtějí a odborné instituce odmítají. V tomto případě začínáme uvažovat nad jejich možnostmi „úzdavy“ bez léčby, ale je to vůbec možné?

Autor knihy *„Bez léčby to jde“* Pavel Nepustil píše, že pro lidi, kteří berou drogy není převratným objevem, že se některým uživatelům podaří dostat se z drogové závislosti bez odborné léčby. Uvádí, že jsou to často právě odborníci na problematiku závislostí, kteří jsou tímto fenoménem překvapeni. Vysvětluje, že tento postoj je pravděpodobně způsoben uměle vytvořeným prostředím za zdmi léčeben, ambulancí nebo komunit, jelikož pracovníci zde tráví hodně času a potkávají se pouze s těmi, kteří léčbu závislosti vyhledávají. Zkušenosti uživatelů drog, ale i mnohé výzkumy věnující se tomuto tématu dokazují, že tento proces „úzdavy“ bez léčby možný je. První, kdo se o téma začal více odborně zajímat byl americký sociolog Charles Winick, který provedl na konci padesátých let průzkum „registru narkomanů“. Válka proti drogám

⁸ Matching – neboli párování potřeb a intervencí pro konkrétního klienta

byla toho času v plném proudu a v souvislosti s tím byly pečlivě vedeny seznamy narkomanů s jejich osobními údaji. Winick se rozhodl tyto seznamy během pěti let srovnávat a přišel se závěrem, že třetina pravidelných uživatelů heroinu s užíváním přestane, a to bez využití jakékoliv odborné péče. S dalšími podobnými výsledky přišla americká socioložka, Lee Robins, která se zajímala o vojáky závislé na heroinu během války ve Vietnamu. Ačkoli podle jejího zjištění byly počty závislých vojáků obrovské, převážná většina z nich, po návratu zpět do USA, v užívání opiátů ani jiných drog nepokračovala ani nepotřebovala žádnou odbornou pomoc. Vojáci se po válce vrátili ke svým rodinám, začali se věnovat svému občanskému životu a na drogy neměli ani pomyšlení (viz. Dekontaminace, 2016).

Otázkou, jaké motivy vedou uživatele návykových látek ke spontánní remisi a jejímu následnému udržení, se zabývá ve svém výzkumu autor Walters (2009). Jako nejčastější důvody skupina respondentů uváděla: 1) podpora rodiny a přátel, 2) získání nového okruhu přátel/ vyhnutí se tomu starému (drogovému), 3) získání nové identity (neuživatel) a v neposlední řadě 4) vůle.

7.1 Odvykací stav – stimulační látky

Jisté riziko v tomto směru jistě představují somatické, ale i psychické komplikace, kterými je odvykací stav provázen. Pokud se klient rozhodne pro léčbu v instituci, stojí na začátku celého procesu detoxikace, která obvykle trvá několik dnů, maximálně týdnů.

Doba detoxikace se může měnit k povaze zneužívané látky. Nejdéle probíhá detoxikace od návykových látek, jejichž odvykací stav může být provázen somatickými komplikacemi (status epilepticus, delirium tremens aj.) a vyžadují lékařskou pomoc (alkohol, benzodiazepiny nebo barbituráty). Dvořáček (2015) uvádí, že zvládnutí odvykacího stavu od stimulancií obvykle provází spíše psychické komplikace, které typicky vrcholí za 2-4 dny, ale mohou přecházet až do týdne. Nejzávažnějším stavem je deprese. Výskyt somatických komplikací by se zde mohl objevit v důsledku tlumení odvykacího stavu benzodiazepiny, které uživatelé na konci tahu – „jízdy“ často užívají (in Kalina a kol. 2015).

Psychické komplikace se mohou vyskytovat i v podobě tzv. *toxické psychózy*. Psychóza je definována jako náhlé nebo vleklé duševní onemocnění, které se může projevat poruchami myšlení, pocitů nebo vnímání (např. slyšení nebo vidění osob nebo věcí, které nejsou přítomny), podezřívavost, odcizení se od společnosti, bázlivost, napětí, útočné chování, ztráta duševní kontroly, neobvykle zvýšená aktivita, podrážděná nálada, přehnané sebevědomí, snížená potřeba spánku, překotné myšlení apod. (www.psychoweb.cz).

7.2 Recovery

Podle výstupů provedených studií, které poukazují na dlouhodobé udržení změny a abstinence po tzv. *spontánní remisi*, vykazuje tento jev jisté podobnosti k principu, zvanému „recovery“. Podstatu principu, který je do českého jazyka překládán jako „úzdrava“ nebo „zotavení“, přibližuje autorka Powell (1996), vyjádřením krátkého citátu (in Powell, 2000).

„Give man a fish and you feed him for a day; teach him how to fish and you feed him for a life time“.

(překlad: Dej člověku rybu a nakrmíš ho na jeden den; nauč ho rybařit a nakrmíš ho na celý život).

Citace odkazuje na to, že pokud se zaměříme na řešení klientových problémů komplexně, ne pouze na negativní důsledky, bude v budoucnu spíše schopný samostatnosti, a to v dlouhodobém sledu.

Definice pojmu není zcela jednoznačná a její výklad se liší napříč různými organizacemi nebo autory. The Center for Substance Abuse Treatment⁹ (2006) definuje „recovery“ jako proces změny, díky němuž jedinec dosahuje abstinence a zlepšuje zdraví, cítí se lépe a zvyšuje svou kvalitu života. Další americká organizace NCADD (National Council on Alcoholism and Drug Dependence)¹⁰ uvádí, že se jedná o komplexní a dynamický proces, který zahrnuje pozitivní přínosy pro fyzické, duševní a sociální zdraví, které lidé závislí (nebo jejich rodiny) na návykových látkách získávají v případě, že dostávají pomoc, kterou potřebují. SAMHSA¹¹ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) „recovery“ definuje jako „zotavení od problémů s alkoholem a jiných drog, jedná se o proces změn, kterým člověk dosahuje abstinence a zlepšuje fyzické a duševní zdraví a kvalitu života.“

Hser a Anglin (in Kelly a White, 2010) uvádějí, že navzdory vzestupné tendenci zájmu odborníků o „recovery“ na poli adiktologie, mají empirické výzkumy stále svoje limity. To dokazuje právě široká škála definic tohoto pojmu napříč různými skupinami odborníků v této oblasti. Protože ještě nemáme zcela jasno v tom, jakou má „recovery“

⁹ Centrum pro léčbu závislosti

¹⁰ Národní rada pro alkohol a drogové závislosti (USA)

¹¹ Americká společnost pro návykové nemoci a duševní zdraví

koncepti, nemůžeme zavádět důležité prvky pro to, jak má být taková léčba strukturovaná, nabízena a vyhodnocována.

8 Case management

Co je case management? V České republice, podle Haasové (2008), stále nemáme zcela ukotvený nejvhodnější český ekvivalent, ale autorka dále uvádí, že se často můžeme setkat s překladem „případové vedení“ – v odborné literatuře se však příliš nevžil. Více je užíván termín „case management“ nebo „asertivní komunitní léčba“, což může působit matoucím dojmem, protože asertivní komunitní léčba je pouze jedním z typů case managementu.

Jedná se o přístup, který je podle Libry (2015) od osmdesátých let 20. století definován jako postup spolupráce s náročnými klienty, který je ve vztahu case managera ke klientovi proaktivní. Intenzivní vztah, který je vytvořen mezi pracovníkem a klientem je základním prostorem a nástrojem přístupu, který kombinuje výhody blízkého a v mnoha ohledech často, neformálního a formálního vztahu ke klientovi (in Kalina a kol. 2015).

Avšak napříč různou literaturou nalezneme i jiné definice např. Phaneuf (2008) píše, že se jedná o systém poskytování péče, která je integrovaná, komplexní a svou povahou má být multidisciplinární. Jiný autor, Yee (1990), ho popisuje jako proces poskytování správně nastavené služby, konkrétnímu klientovi. American Nurses Association¹² (1991) zase jako poskytování kvalitní zdravotní péče jejímž cílem je snižování roztržitosti služeb, zvyšování kvality života klientů a snižování nákladů na péči. Case management je tedy forma vedení klienta s cílem zlepšení jeho samostatného fungování.

Case management se v současnosti dostává velmi do popředí při práci s různorodou klientelou. Jeho strategie je zaměřena dle Vanderplasschen et al. (2004) na klienta s cílem zlepšit koordinaci a kontinuitu péče, zejména na ty osoby, které mají více rozdílných potřeb. Obvykle se jedná o klientelu závislou na návykových látkách, osoby s duševním onemocněním nebo jejich kombinace, tzv. duální diagnózy a v sociální práci, kde se nejčastěji jedná o práci s osobami v konfliktu se zákonem nebo ve spojitosti

¹² Americká asociace sester

s rodinnými konferencemi. Ty popisuje Bechyňová (2012) jako setkání pracovníků, kteří jsou zapojeni do práce s rodinou a snaží se hledat konstruktivní řešení její aktuální situace.

8.1 Funkce a cíle case managementu

Tři základní funkce case managementu definují Rose a Moore (1995):

- Uvědomovat si komplexní potřeby klientů
- Zprostředkovat klientovi zdroje, které jsou vhodné pro jeho potřeby
- Sledovat průchod službami a ujišťovat se o jeho účinnosti

Case management si klade za cíle:

- navázání a zapojení klienta do služby (engagement),
- posouzení aktuálního stavu (assessment),
- plánování cílů (planning),
- monitorování průběhu spolupráce (monitoring),
- obhajoba práv klientů (advocacy) a
- ukončení spolupráce (disengagement).

8.2 Typy case managementu

Organizace SAMSHA¹³ (1998) a autoři Ridgely & Willenbring (1992), Vanderplasschen et al. (2007) rozlišují čtyři modely:

a) *Model zprostředkování, brokerský (brokeage)/ univerzální (generalis)* – jedná se o velmi krátkodobý přístup. V rámci něho se pracovníci během jednoho nebo dvou setkání snaží mapovat a identifikovat potřeby klientů, případně zprostředkovávat jiné služby (SAMSHA, 1998; Stahler et al., 1995).

b) *Asertivní komunitní léčba (assertive community treatment)/ intenzivní case management* – podle Woodside & McClam (2002) je u tohoto modelu už více typické větší zapojení pracovníka „*managera*“ do případu klienta. Pracovníci se ujímají komplexní úlohy poskytováním služeb v oblasti asertivní terénní práce a přímého

¹³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration

poradenství, včetně nácviku dovedností, rodinných konzultací nebo krizové intervence (Stein a Test, 1980).

c) *Klinický (clinical)/ resocializační (rehabilitation) model* – tento model je založený na podobných principech jako intenzivní case management, ale obvykle u menšího počtu případů. Kanter (1989) píše, že klinické nebo resocializační přístupy kombinují zajišťování zdrojů a klinické či resocializační činnosti, mezi něž může patřit psychoterapie pro klienty a jejich rodiny nebo nácvik nových dovedností.

d) Přístupem, který je pro tuto práci nejpodstatnějším a z něhož vychází, je *case management založený na silných stránkách (strengths-based)* – Brun & Rapp (2001) nebo Siegal et al. (1995) uvádějí, že tento přístup se zaměřuje na silné stránky klientů, sebeřízení a využití neformálních pomocných sítí (oproti formalizovaným zařízením). Model zdůrazňuje primární roli vztahu mezi klientem a „*managerem*“ případu a uplatňuje terénní formu práce.

Vanderplasschen (nedat.) navíc uvádí ještě pátý model, který nazývá:

e) *Univerzální neboli standardní case management* – autor uvádí, že tento typ se využívá zejména při práci s bezdomovci, uživateli drog a těhotnými ženami nebo matkami.

8.3 Účinnost case managementu

K prověření účinnosti case managementu byla provedena systematická a komplexní studie autorů Vanderplasschen et al. (2007) za účelem zlepšit efektivnost nákladů na léčbu uživatelů návykových látek. Studie představuje přehled článků, uveřejněných v letech 1993-2003, které jsou zaměřeny na dopady různých modelů case managementu u různých populací užívajících návykové látky.

Výsledky některých studií poukazují na zvýšený efekt účinnosti v léčbě ve srovnání s jinými intervencemi. Dlouhodobé účinky však stále nejsou jasné. Nejvíce pozitivní účinky se týkají sníženého užívání služeb v nemocnicích a zvýšeného užívání komunitních služeb, delšího setrvání v léčbě, zlepšení kvality života a vysoké spokojenosti klientů.

Studie, kterou provedl Lightfoot et al. (1982) předpokládá, že case management by mohl snižovat počty předčasně ukončených léčeb a zlepšovat výsledky jak v oblasti psychosociální, tak z hlediska problémového užívání drog a alkoholu, zejména pak i u těch nejproblematičtějších klientů.

V práci s klientelou závislou na návykových látkách se tedy uplatňuje nejvíce intenzivní case management, který ve srovnání se standardní léčbou vykazuje např. dle studie Rapp et. al (2014) větší účinnost. Zejména byl zaznamenán velký rozdíl mezi účinností case managementu a v léčebných postupech jako setrvání v léčbě nebo zvyšování samostatného fungování u jedinců, kteří se chovají rizikově. Efekt intenzivního case managementu a asertivní komunitní léčby byl testován na vzorku 24 lidí, kteří zneužívají různé návykové látky, konkrétně u bezdomovců a lidí závislých na alkoholu. Ačkoliv všechny studie poukázovaly na objektivní zlepšení životní situace (bydlení, snížení užívání návykových látek, fyzické a mentální zdraví, kvality života, zaměstnání), pouze jediná studie autorů Cox et al. (1998) zřetelně poukázovala na to, že chroničtí alkoholici měli z intenzivního case managementu větší prospěch než z běžné léčby.

Významně lepší výsledky byly zaznamenány u lidí s ohledem na jejich možnosti čerpání příjmů z veřejných zdrojů, počet nocí strávených pod střechou ve svém místě pobytu a množství dnů, během kterých konzumovali alkohol. Předpokládalo se, že výsledky kvality životní situace se zlepšily na základě množství užívání návykové látky a využívání dalších doporučených služeb. V jiné studii zase Orwin et al. (1994) poukazují na známky pozitivního efektu intenzivního case managementu, které jsou spojené se zlepšením kvality bydlení.

U osob bez domova, které mají ve své anamnéze delší historii užívání návykových látek jsou podle Cox et al. (1998) a Stanhler et al. (1995) často zjišťovány významně horší výsledky. Účinky mezi skupinami byly obzvláště malé v randomizovaných klinických studiích, které porovnávaly intenzivní case management se standardní komplexní péčí (Brautch et al. 1995; Stanhler et al. 1995). Na základě retrospektivní studie, Thornquist et al (2002) ukazují, že vedení klientů formou intenzivního case managementu u nich prokazovalo větší zlepšení než standardní léčba, zvláště u chronických alkoholiků, kteří často využívali záchrannou službu, což významně přispělo konkrétním využívaným službám ke snížení nákladů na zdravotní péči.

8.4 Postup navázání spolupráce

Spolupráci case managera s klientem rozděluje Tomsa (2016) do tří hlavních částí:

- Nejdříve je důležité s klientem *navázat oboustranný vztah*, zmapovat jeho potřeby a společně s ním definovat cíle, kterých chce dosáhnout. Case manager klienta provádí, podporuje a vede – nikoliv zařizuje místo klienta. Role pracovníka je tedy velmi zodpovědná, ten by měl být empatický, zkušený a s dostatečným vzděláním. Pracovník

(case manager) musí v klientovi vzbudit důvěru, ta je ve vztahu klient – pracovník velmi důležitá a bez ní nemůže spolupráce dobře fungovat.

- Pokud máme zmapovanou situaci, přecházíme k tvorbě *individuálního plánu*. Tato část spolupráce spočívá v sestavení kroků, kterých je potřeba dosáhnout, aby došlo k naplnění předem stanovených cílů.
- Následuje *realizace jednotlivých kroků* – zde je možné očekávat nepředpokládané potíže a překážky. Pokud se objeví je třeba s klientem individuální plán revitalizovat a stanovit doplňující kroky. V závěru provede pracovník s klientem *finální revizi* individuálního plánu a zhodnotí, které cíle se podařilo naplnit, a které nikoliv – v tomto případě je možné stanovit nové postupy nebo cíle přehodnotit.

8.5 Case management manuál kontaktního centra Stage 5

Na konec teoretického konceptu práce vkládám část vypracovaného manuálu pro Case management v kontaktním centru Stage 5, jehož rámec mi byl během spolupráce s klientem velkou oporou.

8.5.1 Indikace klienta

„Indikovaným klientem pro intenzivnější péči ve formě case managementu je klient, u kterého vnímáme, že se potýká s potížemi ve vícero oblastech (sociální, zdravotní, nevyhovující, nebo žádné možnosti bydlení, rizikové užívání drog, psychiatrické komplikace...) a jeví se nám jako vhodné, aby měl jednoho pracovníka, který ho bude provázet a koordinovat činnosti v jeho prospěch. Typickým příkladem je klient, který využívá služeb kontaktního centra, ale dlouhodobě z nich neprofituje.

8.5.2 Podmínky pro zahájení spolupráce

Samotné přiblížování ke klientovi a budování vztahu může trvat různě dlouho a taky může mít různou formu. Pracovníkům jsou za tímto účelem umožněné činnosti mimo „standardní“ prostory a rámec práce v kontaktním centru (hudební aktivity, výlet do přírody, poradenství v parku, návštěva kavárny...). Variabilitu činností a jejich průběh promýšlíme v týmu na poradách case managementu. Míra angažovanosti a iniciování kontaktu ze strany pracovníka je taky tématem těchto porad. Vycházíme z předpokladu kontaktu s klientem alespoň 1 x do týdne. V případě, že se nám nedaří klienta asertivní formou navázat, nadále mu nabízíme možnost využívat standardní služby kontaktního centra a zůstáváme v udržovacím kontaktu.

8.5.3 Vztah s klientem

Pracovník vstupuje do procesu práce s klientem prostřednictvím budování vztahu a přes pracování na oblastech, které s klientem zařizuje. Bez vybudování vztahu založeném na vzájemné důvěře, nemůže pokračovat další práce. V ideálním případě se pracovník postupně stává koordinátorem péče o klienta, začíná komunikovat s jeho okolím, dalšími (pomáhajícími) institucemi, případně rodinou, nebo jinými důležitými osobami v životě klienta atd. Proces práce s klientem pravidelně sdílí na poradách case managementu. S klientem a s kolegy v týmu probírá možnosti propojování dalších institucí a osob ve prospěch klienta“ (Stage 5, 2017).

C. Empirická část

Empirická část práce bude zaměřena na popis spolupráce poradce (case managera), jako odborníka v drogových službách a klienta závislého na pervitinu, který se snaží se svou závislostí pracovat.

V první části budou popsány metody sběru dat a následně představen příběh klienta před naším prvním setkáním. Dále se budu zabývat konkrétní prací s klientem, podrobným popisem událost, vývojem vztahu v čase a orientací na plnění stanovených cílů. Významné události, které jsou v práci hodnoceny jako stěžejní, budou vyznačeny v textu tučným písmem a následně zaznamenány na časové ose pro přehlednější orientaci a snazšímu porozumění popsanému příběhu.

1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této práce je popsat účinnost jedné z forem metody case management a vliv vztahu mezi pracovníkem a klientem na změny v jeho motivaci ke změně.

Pokouší se mapovat potřeby konkrétního klienta, přičemž je kladena pozornost na naplňování stanovených cílů a dotýká se tématu hranic v profesionálním vztahu. Práce se pokouší zachytit, popsat a vysvětlit klíčové situace a momenty, které během této spolupráce mohly mít větší význam pro klienta, na jeho cestě ke změně a následné abstinenci.

1.1 Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Měl kvalitní vztah mezi pracovníkem a klientem vliv na jeho motivaci ke změně?

Doplňující otázky:

- Co bylo pro klienta během spolupráce důležité?
- Podařilo se dosáhnout stanovených cílů?

1.2 Výběr případu

Klient byl pro účely zpracování kvalifikační práce vybrán především ze dvou hlavních důvodů:

1. Prvním důvodem je autorčina dlouhodobá spolupráce s tímto klientem, jenž poskytla dostatečné množství klinického materiálu pro zpracování textu.
2. Ve druhém případě se jednalo o kvalitní vztah, který se mezi autorkou (pracovnicí v kontaktním centru) a klientem během spolupráce vytvořil a který mohl mít vliv na posun v klientově životě.

2 Metody

Vzhledem k tomu, že se jedná o rozbor jediného případu, bylo pro potřebu této práce využito metody kvalitativního výzkumu. Olecká & Ivanová (2010) uvádí, že závěrečná práce kasuistického typu je intenzivní studie jednoho případu – jedné situace, jednoho člověka, jednoho problému.

Podle známé definice Dismana (2000, str. 285) se jedná o nenumerické šetření a interpretaci sociální reality. V podstatě se jedná o analýzu textů, vedoucí k porozumění zkoumaných fenoménů. Mimo jiné slouží také k popisu a interpretaci fenoménů lidského života, často slovy samotných zkoumaných jedinců. Mezi nejčastěji používané techniky sběru dat patří zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor či analýza osobních dokumentů (Olecká & Ivanová, 2010. In Vacek, Miovský, 2013).

Miovský (2006) píše, že *„kvalitativní přístup využívá principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“*. Důležitou charakteristikou je kontextuálnost, která zohledňuje fakt, že existuje jen málo pravidel nebo zákonitostí, které by platily obecně. V kvalitativním výzkumu rozeznáváme čtyři situace, kdy lze zvažovat jeho použití, jedná se o:

- Předvýzkum nebo orientační výzkum;
- Ověření výsledků biostatistických analýz, typicky používaných u kvantitativního výzkumu na úrovni případových studií;
- Podbarvení výsledků statistické analýzy (pro oživení, lepší srozumitelnost)

- Nebo jako samostatný výzkumný projekt (jestliže povaha výzkumného úkolu a cíle vyžaduje užití výhradně kvalitativních metod).

Povaha práce odpovídá poslednímu typu výzkumu, tedy samostatnému výzkumnému projektu. Navíc Stake (2005) rozlišuje tři typy případových studií – z tohoto pohledu se jedná o studii *intrinsicní*, která se podle autora věnuje případu pouze kvůli jemu samotnému.

2.1 Výzkumný soubor

Základní soubor by za jiných okolností mohl být složen ze všech klientů, kteří byli ve službě vedeni formou case managementu. Dlouhodobě se však autorce dařilo spolupracovat pouze s jediným klientem. Vzhledem k tomuto faktu, se práce orientuje na rozbor jediného případu a základní soubor je tedy totožný, s výzkumným souborem, který byl zvolen metodou totálního výběru (Miovský, 2006).

Dalším předpokladem pro zařazení klienta do studie byla dobrovolnost a souhlas se zpracováním jeho příběhu.

2.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal za pomoci nestrukturovaných individuálních rozhovorů a pozorování klienta. Pro potřeby studie byly také využity texty, z interního dokumentu organizace, do kterého byly zaznamenávány v časovém horizontu dvou let. Některé informace byly získány ze zápisu ostatních kolegů, kteří s klientem taktéž komunikovali a tyto rozhovory, i z důvodu předávání informací v týmu, do dokumentu zapisovali.

Jedinou výjimkou byl strukturovaný dotazník, který obsahoval pět otázek se zaměřením na spokojenost klienta s case managementem. Jeho odpovědi jsou obsahem empirické části práci v kapitole 9.

2.3 Analýza dat

Data získaná z rozhovorů autorka analyzovala zpětně. Zápisy, které byly obsahem interního dokumentu organizace, tzv. zápisu z individuálního poradenství, autorka vyhledala a postupně propojila k sestavení přehledného příběhu.

Text bylo nutné opravit především z důvodu odstranění nevhodných výrazů, které neposkytovaly potřebná data k provedení výzkumu, tento proces nazýváme *redukce*

prvního řádu. Během přepisu z papírové podoby do elektronické, prošel korekcí textu také dotazník, který klient vyplňoval na papíře.

Dále proběhlo barvení textu, které se objevuje v místech, které autorka považuje za důležité.

3 Limity výzkumu

Jako nejvýznamnější limit práce hodnotím jednoznačně její kvalitativní povahu, protože na základě „funkčních“ intervencí, poskytnutých v jediném případě, nemůže odvozovat zobecnitelné výsledky.

V další řadě se mohou objevovat mezery v rešerši – odborné literatury, která se věnuje zvolenému tématu, je nepochybně nesčetné množství a některé údaje se autorce nemusely podařit vyhledat.

4 Etické aspekty

V průběhu mých poradenských setkání s klientem byl klient srozuměn s tím, že bych případně jeho kasuistiku použila pro studijní účely. Nežádala však jsem na něm informovaný souhlas pro zpracování v diplomové práci, protože jsem sama netušila, že se tak stane. Původně jsem pro diplomovou práci zvolila zcela jiné téma. V současnosti nejsem s klientem v kontaktu a ani dodatečný souhlas nelze vyžádat. Uznávám, že jde o etický problém, který však nemohu nijak řešit. Jsem ale přesvědčena, že kdyby klient tuto práci četl, necítil by se nijak dotčený, očerněný či zahanbený.

V další řadě, aby nedošlo k možnosti identifikace klienta, byly pozměněny jeho osobní údaje – jako jméno, věk, místa pobytu. Kromě toho bylo také posunuto časové zařazení v průběhu vývoje vztahu. Aby byla viditelná měnící se dynamika mezi jednotlivými setkáními, zůstalo časové rozmezí mezi nimi nezměněno.

5 Představení klienta

Viktor (38) je v tomto stadiu primárně aktivní injekční uživatel pervitinu, v mnoha případech alkoholu, a také pravidelný uživatel marihuany. Příležitostně užívá i opiáty nebo nadužívá léky benzodiazepinového typu. U klienta se pravidelně objevují toxické psychózy, poruchy nálad a úzkostné stavy. Na tyto duševní onemocnění užívá na předpis ambulantního psychiatra Risperidon¹⁴ a Zoloft¹⁵. V minulosti byl jeho primární drogou heroin, závislost na něm se mu před několika lety podařilo překonat.

5.1 Dětství a rodina

Klient vyrůstal s oběma rodiči a mladším bratrem (†20) v Praze, oba bratři měli poměrně normální dětství. Když se po revoluci otevřely hranice, odstěhovala se celá rodina do zahraničí za prací. Rodiče se však po nějaké době rozvedli, matka zůstala v zahraničí s novým partnerem a otec se vrátil zpět do Čech.

Jeho bratr však takové štěstí neměl, s drogami se mu skoncovat nepodařilo. Na nátlak otce podstupoval jedno léčení za druhým. Když mu bylo 20 let nastoupil do léčby během jediného roku celkem sedmákrát. Při polední hospitalizaci za ním přišel otec do nemocnice s výhrůzkou, že pokud okamžitě nepřestane, tak na něho zavolá policii. Vystrašený chlapec dle výpovědi Viktora tento nápor neunesl a spáchal sebevraždu skokem z okna nemocničního pokoje.

Viktorův otec si tento dramatický incident dával hodně za vinu a začal svůj smutek čím dál více utápět v alkoholu. Přišel o byt i práci a žádal pomoc od Viktora, který však žil s partnerkou a neuměl si představit, že žije ještě společně se svým neustále opilým otcem. Otec v neúměrném pití alkoholu pokračoval, až byl jednoho nešťastného dne, v poměrně nízkém věku (†38), nalezen mrtvý.

5.2 Dospívání

Viktor s bratrem měli možnost být s matkou v zahraničí nebo se vracet do Prahy do starého bytu, který jim pořád patřil. Otec se přestěhoval do jiného bytu, ale se syny byl

¹⁴ Lék ze skupiny antipsychotik, používaný k léčbě psychóz.

¹⁵ Přípravek ze skupiny SSRI – inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu, používaný k léčbě úzkosti a deprese

však pořád v kontaktu, jeho starost se však odrážela víceméně jen na finanční stránce, peněz měli bratři tedy neustále dost.

Oba dva chodili stále do základní školy, následně i na střední školu, kterou oba bez problémů ukončili maturitní zkouškou. Bohužel užívání návykových látek se pro oba sourozence stávalo denní rutinou.

5.3 Vývoj drogové kariéry

Rozvoj drogové závislosti podle klienta nastal v tomto období, kdy s bratrem zůstávali v bytě prakticky pořád sami a s velkým obnosem peněz, který postupně začali investovat do různých drog. Prázdný byt, který obývali pouze dva dospívající kluci, se nabízel jako ideální prostor a příležitost pro organizování různých party a počátek experimentování s návykovými látkami.

V této době byl jejich primární návykovou látkou heroin, jehož nadměrné užívání u obou vyústilo koncem 90. let k první hospitalizaci v psychiatrické nemocnici pro drogové závislosti.

5.4 Léčebné intervence a abstinence

Po úspěšném absolvování první léčby pro drogové závislosti orientované na abstinenci Viktor s užíváním nelegálních drog skončil. Hospitalizace pro něho byla velmi nepříjemná zkušenost, na kterou do dnes nerad vzpomíná.

Následně si našel také partnerku, vystudoval vyšší odbornou školu a získal dobře placenou pracovní pozici. Viktor zůstal v kontaktu s matkou, která stále žila v zahraničí, a pravidelně ji navštěvoval. Měl dva vážné vztahy, které dle jeho slov skončily na rozdílných představách o životě. Jeho partnerky toužily po zakládání rodiny, ale on se na takový krok ještě necítil.

Viktor si užíval především vydělaných peněz, které mu jeho stávající pracovní pozice nabízela, dostal také služební auto a užíval si neřízeného života, především v alkoholovém opojení po všech možných barech. Přiznává, že několikrát řídil v opilosti auto, což se mu jednoho dne nevyplatilo. Služební auto naboural. Firmě jej sice splatil, ale o pracovní místo stejně přišel. Následně na to, se s ním rozešla partnerka a tím se znovu po letech rozjel „drogový kolotoč“. Viktorovi se po první léčbě podařilo abstinovat téměř čtrnáct let.

5.5 Dekompenzace

Po těchto několika těžkých událostech, kdy se Viktor nacházel na pokraji „celkového zhroucení“, potkal starého kamaráda, který mu nabídl pervitin, a s tím *tak zmizely* aktuální problémy.

Pervitin začal užívat pravidelně a po několika letech abstinenci od heroínu, si vytvořil novou závislosti na pervitinu. Netrvalo dlouho a Viktor přišel o byt, odstěhoval se do azylového domu, novou práci už ani nesháněl. Začal užívat intravenózně pervitin denně. Nakonec skončil ve squatu, ve kterém ostatně přebývá dodnes.

6 Situace výchozího bodu

Klient užívá pervitin aktuálně čtyři roky, a to výhradě intravenózní cestou. Seznámila jsem se s ním v květnu roku 2015 v nízkoprahovém kontaktním centru, kde jsem byla zaměstnaná a vykonávala práci odpovídající pozici kontaktní pracovníce a praktická sestra. Tato pracovní pozice je podle mého názoru výhodnější z hlediska rychlejšího a snadnějšího navazování bližšího kontaktu s klienty, protože už od začátku se s nimi setkávám individuálně a často za mnou přichází s velmi citlivými tématy. Není úplně neobvyklé, že někteří klienti nedávají své potřeby „svěřovat se“ příliš najevo, je jim jejich situace trapná nebo vůbec nechtějí mluvit před ostatními, ať klienty nebo i pracovníky. Podobná situace nastala dle mého názoru i v tomto případě.

Viktor nejdříve chodil pravidelně na různá drobná ošetření, během kterých hovořil více o svých osobních tématech a zde, se také pravděpodobně zrodil začátek naší spolupráce. Toho času Viktor však užíval různé „koktejly drog“ a častěji než konstruktivní rozhovory, vedl různé psychotické, paranoidní a překotné monology, kterým se dalo jen těžce porozumět.

7 Průběh spolupráce a vývoj vztahu

S klientem, jehož příběh a vývoj motivace směrem ke změně životního stylu a abstinenci od návykové látky v následujícím textu popíšu, jsem se poprvé setkala před třemi lety. Od prvního setkání bylo zřejmé, že s klientem probíhá kontakt především na „lidské úrovni“. Za „*maskou závislosti*“, kterou měl toho času Viktor na sobě a bez které aktuálně nedokázal žít, jsem viděla zajímavou lidskou bytost. Pro zpracování této

práce jsem si Viktorův příběh vybrala proto, že mezi námi vznikl pevný a důvěrný pracovní vztah, který měl pravděpodobně i přiměřený vliv, na další průběh klientova vývoje na cestě ke změně.

7.1 Seznámení se s klientem: květen 2015

- **24. května 2015 - úterý**

První kontakt s Viktorem proběhl v květnu před třemi lety. Kromě základního seznámení s klientem, byly ústředním tématem našeho rozhovoru stavy, které prožívá pod vlivem pervitinu. Viktor trpí sluchovými halucinacemi, jedná se o hlasy, které jsou hodnotícího charakteru. Podle jeho slov se objevily už dávno a říká: „*Už dřív, když jsem pil, tak jsem se propíjel k tomu, že jsem si hodně mluvil sám se sebou a byl pro ostatní divnej. Hlasy mi také hodně rozjíždí tráva. Slyším tak tři až pět hlasů, většinou jsou to ženy, ale občas i muži, někdy na mě mluví i cizím jazykem. Ty hlasy jsou vždy hodnotící – jeden říká: on to udělal blbě, no podívej se na to, další říká ale ne, docela dobře to udělal a další jako super, že je to dobrý – neustále mě hodnotí, neustále! Nenabádají mě, mluví o mně, ne úplně ke mně. A taky na mě čekají! Nemám je v hlavě, ale jsou okolo*“.

Viktor přemýšlí, co jsou hlasy zač, zda jsou jeho, nebo cizí, nebo co to je. Medikace mu na to asi nikdy nepomohla, zároveň nemá úplně vysledovaný spouštěč. Dále popisuje: „*Hlasy utichnou jen ve chvíli, kdy беру několik dní v kuse, a pak padnu vyčerpáním – to je vlastně jediná chvíle, kdy usnu, jinak nespím. Nejlíp mi je, když jsem někde úplně sám. Nevěří lidem, mám pocit, že všechno, co jim řeknu, můžou použít proti mně...*“.

Lidé tedy ve Viktorovi vzbuzují paranoidní představy, ale zároveň si uvědomuje, že ty stavy mu může pervitin hodně zhoršovat.

Viktor již byl pro ostatní, profesionálně starší kolegy, známý klient. Kontaktní centrum navštěvoval prakticky denně, proto zde nebyl důvod k přílišné opatrnosti s nabídkou dalšího setkání. Zrovna jsme s kolegy plánovali uspořádat výlet v okolí Prahy, na který jsem Viktora pozvala.

7.2 Budování vztahu: srpen 2015 - leden 2016

- **2. srpna 2015 - úterý**

Viktor dnes dorazil ohledně plánovaného výletu a vypadal poměrně zmateně. Omlouval se, že na výlet nestihl dorazit, protože podle jeho slov proběhů už před dvěma týdny. Ve skutečnosti se však měl uskutečnit teprve nastávající čtvrtek, tedy za dva dny. Celkově po celou dobu našeho rozhovoru mluvil hodně rychle a překotně, bylo těžké jeho myšlenkové pochody zachytit, spíše nemožné. Jedno z jeho ústředních témat byla např. práce nebo progresivní terapie, kterou by chtěl vyzkoušet. Ptala jsem se, jestli teď nebere nějak moc, odpověděl: „*Hmm, to ani ne. Bral jsem teď sice navíc opium, ale spíš perník...já teď dokonce trochu pracuju, chodím do „káčka“ uklízet, ale vůbec se mi tam chodit nechce, mám z toho špatnej pocit, že jsem se někam upsal, ale to je jediný, co můžu dělat. Normální práci bych jednoduše nezvládal, nedokázal bych ani dodržovat pracovní režim, vlastně bych tam s největší pravděpodobností ani nechodil. Všechno mě teď šťve*“. Na otázku, jestli od nás nepotřebuje nějak pomoc, odpověděl ne.

Z kontaktního centra Viktor neodcházel v příliš dobrém rozpoložení. Slíbil, že na výlet ve čtvrtek dorazí, ale nedorazil. Nakonec se poměrně dlouhou dobu neukázal vůbec.

- **21. září 2015 - středa**

Od posledního setkání se u Viktora příliš nic nezměnilo. Dnes nemá vůbec pojem o čase, povídá „*včera jsem se vydal k vám do káčka na výměnu, nechápu to, ale po cestě jsem všechny buchny ztratil. Zdržela mě nějaká holka, se kterou jsem včera byl*“ (pozn. mluvil o neděli). Divil se, když jsem mu řekla, že je dnes středa. Reagoval:

Viktor: „*Já sem stejně chodím jen, když mám blbou náladu, je to tady depresivní. Nechápu, co tady dělají ostatní*“.

Já: „*Chodí si sem pro pomoc nebo jen odpočinout. Dá se tady zařídit taky spousta věcí, třeba i v sociální oblasti*“.

Viktor: „*Hm, já jsem teď taky vyřazený z práce, nemám ani občanku, ale řešit se mi teda vůbec nic nechce. Stejně bych tam ani nedokázal zajít nebo něco zařídit*“.

Viktor byl dnes celkově v nějaké zvláštní náladě. Prý mu v kontaktní místnosti někdo ukradl batoh. Jeho tvrzení nebylo možné brát příliš vážně, protože nikdo z přítomných kolegů si nevšimnul, že by s nějakým batohem přišel. Je možné, že tuto situaci si navzdory vyčerpanému organismu, mohl jen představovat.

- **6. října 2015 - čtvrtek**

Dnes se Viktor objevil po dlouhé době v dobrém stavu, i když měl dost negativní myšlenky. Mluvil o tom, jak se mu pořád nedaří zařídit si občanku nebo včas dorazit na sprchu, opakovaně mu ani nevyšlo dorazit na domluvený termín k psychiatrovi. Situaci na úřadě popisuje následovně: „*Naposledy, když jsem se pokoušel zařídit si občanku, odešel jsem z čekárny po pěti minutách. Nedávám ty lidi kolem sebe, nejradši jsem sám. Oni se na mě dívají jako na feťáka, nesnáším ten pocit, že si to mně říkají*“.

Dále mluvil o problémech se spaním, pronásledují ho různé noční můry, které přebije většinou jen kouřením marihuany nebo tím, že se opije, ale poslední dobou nezabírá ani to. Navíc se nedávno někde popral, od té doby ho bolí žebra a má něco s uchem – špatně slyší (u doktora už byl). Na bolest žeber začal užívat **opiáty**.

Oproti předešlému setkání byl dnes Viktor konkrétnější. Rozhovor byl kvalitnější a témata uchopitelnější. Navzdory opakovaným obavám z nezvládnutí absolutně ničeho, dnes mluvil o dalším pokusu vyřízení občanského průkazu a návštěvy lékaře. Aktuálně přemýšlím o míře jeho motivace, ačkoli Viktor svoje **úkoly nebo stanovené cíle často nedokáže dotáhnout do konce**, má snahu je řešit a vrací se k nim. Pravděpodobně už uvažuje o změně svého životního stylu.

7.2.1 Uvažování o škodlivých dopadech užívání pervitinu

- **27. října 2015 - čtvrtek**

Viktor dnes dorazil na převaz malého abscesu, kromě toho také sdělil, **že by si měl nechat udělat testy na infekční nemoci**. Má obavy, že mohl chytit hepatitidu typu C, protože měl nechráněný pohlavní styk s infekční osobou. Na provedení testu je však ještě brzo, protilátky bude možné detektovat nejdříve za tři týdny. Dostal informace o tvorbě protilátek a principu testu. Za tři týdny by se měl připomenout. Dodává „*jestli jsem něco chytil, tak už nic nemá cenu*“. V opačném případě by snad pokusil o abstinenci.

Podle mého názoru bylo dnešní setkání provázeno doposud nejsilnější motivací ke změně. Viktor prožíval úzkost při pomyslení, že by mohl onemocnět a neustále hovořil o nepochopení vlastního jednání. Z hlediska motivace se Viktor už momentálně nachází ve fázi **prekontemplace** – vnímám zde velké dilema mezi prospěchem a škodlivostí užívání návykových látek.

7.2.2 Zvažování léčby

- **11. listopadu 2015 – pátek**

Viktor svoji situaci téměř nezvládá, přichází s myšlenkou na léčbu závislosti. Nejdříve by zkusil jen detoxikaci, kdyby to nezvládl, zkusil by snad znova i režimovou léčbu. Pokud tento názor přetrvává, měl by se v příštích dnech ukázat a detox si, ve spolupráci s námi, domluvit.

Viktor s režimovou léčbou nemá z minulosti dobrou zkušenost. Nerad se otevírá na skupinových terapiích a celodenní program je pro něho dost omezující. Je to poprvé od našeho setkání, co zvažuje léčbu. Podle mého názoru by se již dalo uvažovat o tom, že se Viktor, již nachází ve stádiu **kontemplace** – škodlivost a nežádoucí účinky užívaných látek, výrazně převyšují jejich žádoucí účinky.

- **15. listopadu 2015 - úterý**

Dnes proběhl s Viktorem dlouhý rozhovor týkající se široké škály témat – současné bydlení, užívání návykových látek, minulost, léčba v psychiatrické nemocnici na režimovém oddělení nebo nynější možnosti léčby.

Z intimního života mluvil především o tom, jak žil s přítelkyní a vedl „normální“ život. Během tohoto tématu Viktor působil „rozzářeně“ a po celou dobu se usmíval. Přemýšlí o abstinenci a rozhodl se, že se do konce listopadu pokusí vyřídit věci, které delší dobu odkládá (vyřízení občanského průkazu, evidence na úřadu práce a následně získání zaměstnání). Pokud se mu to nepovede, začne uvažovat o detoxikaci a režimové léčbě.

Viktor byl dnes ve stavu několikadenní abstinence. Všimám si, jak s jeho střízlivostí roste chuť k dlouhodobé abstinenci – především proto, že na toto období velmi rád vzpomíná. Cíle, které si momentálně klade, se však na tak krátký interval, zdají nedosažitelné, hlavně co se týče zaměstnání. Navíc je Viktor z minulosti zvyklý, být za svoji práci velmi dobře ohodnocený, nabídky práce, které aktuálně vyhledává nabízejí podstatě menší finanční odměnu, je z toho frustrovaný.

Viktor sice mluví o léčbě, ale jeho postoj k ní (a především k režimu a skupinové terapii) je však stále negativní. **Motivace je zde pravděpodobně spíše vnější.** Prvním úkolem teď bude vyřízení občanského průkazu.

- **18. listopadu 2015 - pátek**

V pondělí (21. listopadu) si podle domluvy Viktor přijde vydělat peníze na občanský průkaz¹⁶. Zároveň projevil zájem o pracovní pozici na úklidového pracovníka, kterou v kontaktním centru nabízíme formou dohody o provedení práce. Jeho plán je takový, že první peníze půjdou na vyřízení občanského průkazu a na úřad plánuje jít ve středu (23. listopadu). Jeho plány z minulého týdne se tedy mění, o detoxikaci teď, navzdory „lepšími vyhlídkám“, už nemá zájem.

¹⁶ V kontaktním centru je klientům poskytována možnost vydělávání na doklady (nebo jiné potřebné dokumenty). Princip je takový, že vydělané peníze zůstávají ve složce daného klienta a po další domluvě asistuje pracovník klientovi na úřad, kde mu vydělané peníze předá, aby bylo jasné, k jakému účelu peníze využil.

Zdá se, že kroky potřebné na cestě ke stanoveným cílům, se daly do pohybu. Přemýšlím o vhodnosti rychlé změny – Viktorovo nastavení funguje na principu buď všechno nebo nic (jen černá nebo bílá). Vnímám zde riziko pochybování o vlastních schopnostech v případě, že se něco nezdaří podle plánu a na tomto základě opět pokus o únik od problémů.

- **30. listopadu 2015 - středa**

Asistence sice úřad k vyřízení občanského průkazu sice neproběhla podle prvoplánu, ale nakonec byl úkol splněn. Viktor si sám zvládl zařídit potřebné věci, a k zítřejšímu dni, by měl mít připravenou „*rychloobčanku*“ k vyzvednutí.

Viktor na první dohodnutý termín asistence nedorazil. Přišel se však omluvit a domluvil si termín náhradní, který již bez problému proběhl. U Viktora přetrvává pocit, že **abstinenci zvládne bez ústavní léčby**. Popisuje, že aktuálně pociťuje větší naději, konečně se mu něco podařilo zařídit. Od této chvíle může začít **chodit na brigádu**,

7.2.3 Dekompenzace

- **7. prosince 2015 - středa**

Dnes přišel Viktor o 15 minut později na úklid, a ačkoli dorazil, nebyl téměř schopný jakékoliv aktivity, neustále jen hovořil na různá témata, která se vzájemně překrývala. Ptala jsem se, jestli si něčeho nevzal moc. Tvrdil, že teď bere jen antidepresiva a antipsychotika, které má na předpis od psychiatra.

Aktuální Viktorův stav opravdu neodpovídal tomu, čeho chtěl ještě minulý týden docílit. Úklid v kontaktním centru probíhá třikrát týdně, včas nepřišel ani jednou – natož střízlivý.

Kromě toho, se předchozí den poměrně hlasitě bavil s jiným klientem o tom, že bere Rivotril, dnešní symptomy by jejich nadužívání odpovídaly (nesrozumitelná řeč, špatná koordinace pohybu apod..).

- **21. prosince 2015 – středa**

Po předchozím „nevydařeném“ setkání, se Viktor ještě párkrát pokusil na brigádu dorazit, ale bohužel, se mu nakonec ve spolupráci nepodařilo pokračovat vůbec. Na základě toho jsme „kontrakt o úklidu“ po společné domluvě ukončili. Dnes na tom opět nebyl úplně nejlíp – to bylo také jedno z jeho dnešních témat, svůj aktuální stav dokázal reflektovat, ale přesto byla jeho řeč jen těžko srozumitelná, kontakt nebyl příliš dlouhý.

Protože je krátce před Vánoce, předala jsem Viktorovi pozvánku na Vánoční večírek, říkal, že má radost, ale vzhledem k tomu, že nevěděl, co je dnes za den – těžko předpokládat, jestli to bude vědět v pátek.

Viktor se v kontaktním centru objevil i druhý den, večírek jsme mu připomněli a on nakonec opravdu na vánoční večírek dorazil – při této příležitosti dostal přívěsek malého **strážného anděla**, který mu měl připomínat, že na světě není sám a vždy si má kam přijít říct o pomoc.

- **6. ledna 2016 - pátek**

Začátkem nového roku se Viktor ukázal v kontaktním centru a vyprávěl „asi před řemi dny jsem se hodně opil, spadnul a vůbec nevím, jak dlouho jsem byl v bezvědomí. Od té doby blbě vidím a skoro ani nic nepřečtu.“ Ptala jsem se, jestli byl v nemocnici, tam však vzhledem k tomu, že nechce vyhledávat společnost lidí, nešel. Dále jsme se bavili o jeho rodině, a také se Viktor připomněl se žádostí na **testování infekčních nemocí**.

Viktor: „*Já jsem o těch Vánocích přemýšlel, moc bych chtěl kontaktovat mámu, protože na světě nikoho jiného nemám.*“

Já: „*To je super nápad, jak dlouho jste nebyli v kontaktu? Máš na ní vůbec nějaký kontakt?*“

V: „*No, to už je dlouho, takovejch 7 let. Mám na ní email, tam jsme si psali, ale nepamatuju si heslo. Vím, kde bydlí, jezdil jsem k ní, možná jí můžu poslat dopis. Uvidím.... A taky jsem přemýšlel o tom testování, mám z toho strach.*“

Já: „*To jsou dvě důležitá témata. Určitě je teď pro tebe hodně náročné, ale pokud chceš, ty testy můžeme udělat dneska. Potom ti třeba můžu pomoci najít ten kontakt na mámu a zkusíme vymyslet, jak to nejlépe udělat.*“

Viktor byl k testování velmi ambivalentní, ačkoli na jednu stranu velmi chtěl, na druhou se bál, že by mohl zjistit, že je infekční. Nakonec se odhodlal, situace byla opravdu hodně vypjatá – **testy byly nakonec bez reakce**. Viktor se ještě po provedení testů zmínil tom, že jejich výsledky pro něho byly velmi klíčové v budoucích rozhodnutích.

Po tomto setkání Viktor docházel ve velmi dobrém naladění. Jeho řeč byla najednou klidnější, srozumitelná, cíle dostupnější a reálnější.

V tomto období jsme zrovna s kolegy začali uvažovat o vedení klientů formou case managementu. S Viktorem spolupracuji tři čtvrtě roku a troufám si říct, že mezi námi vzniknul opravdu **reálný a důvěrný vztah**, který je založený především na přirozeném kontaktu.

Podle mého názoru se ke mně klient aktuálně začíná vztahovat jako k „partákoví“, chodí mi vyprávět o tématech, která se mu honí hlavou nebo jen o obyčejných věcech, jako např. co v předchozích dnech dělal. Téměř pravidelně během rozhovoru opakuje, že se cítí mnohem lépe, **když si má s kým popovídat** a někoho jeho život zajímá.

7.3 Začátek case managementu: březen 2016

- **21. března 2016 - úterý**

Dnes Viktor mluvil o tom, že mu jeho **psychiatr, navzdory nadužívání návykových látek, vzal řidičák**. Říká „*Hodně mě to sebralo, byla to jedna z mála věcí, která mi ještě připomínala, jak jsem dřív fungoval. Teď nemám nic. Myslel jsem, že bych řidičák mohl využít i v hledání práce*“.

Celý dnešní rozhovor se točil kolem dvou neustále se opakujících témat – **práce a drogy**. Podle Viktora jsou to témata „ *který řeším pořád dokola, ale mám pocit, že se nedokážu nikam pohnout. Navíc jsem zase ztratil občanku. Nechal jsem ji u někoho na bytě a ten byt, teď nemůžu najít. Vím, která to byla ulice, byl jsem se tam podívat, ale zvonek tam není*“.

Během dnešního setkání jsem Viktorovi také představila metodu práce **case management** a nastínila, jak by taková spolupráce mohla vypadat. Podle Viktorovi reakce se zdálo, že se mu tato forma práce zalíbila.

V závěru setkání jsme se proto dohodli, že se Viktor v příštích dnech pokusí zamyslet nad tím, v jakých oblastech bych mu mohla pomoci a na tomto základě, následně vytvoříme individuální plán. Dále jsem Viktorovi také nabídla, že se mi někdy může z kontaktního centra ozvat telefonicky.

Významným důvodem pro zařazení klienta do case managementu bylo také to, že po poslední zkušenosti s rezidenční léčbou, **všechny ostatní možnosti léčby nebo jiné instituce odmítá**, zkusil by raději jinou možnost.

Protože jsem v kontaktním centru pracovala pouze na částečný úvazek, vyhodnotili jsme s ostatními kolegy, že pro lepší spolupráci a komunikaci s klientem, bude možnost i telefonické komunikace. Jak jsem již uváděla Viktor nemá zájem o vlastní mobilní telefon, proto moje nabídka byla taková, že pokud nebudu v práci a on se mnou bude chtít mluvit, může mi zavolat přímo z kontaktního centra.

7.3.1 Individuální plán

Na základě našeho předchozího rozhovoru jsme si s Viktorem dohodli termín schůzky, během které jsme se bavili o tom, čeho by v blízké budoucnosti chtěl dosáhnout a co, se mu třeba už během naší spolupráce povedlo, načež mi předložil ručně psaný seznam, který dal v posledních dnech dohromady. „*Přemýšlel jsem, pro mě bylo hrozně důležité to testování, to jsem rád, že mám za sebou a tady jsou ještě další věci, co bych asi chtěl...*“.

Tabulka 2: Individuální plán

- *Nechat se testovat na choroby*
- *Osvědčit se v podmíněném trestu*
- *Zlepšení bydlení*
- *Nalezení práce*
- *Po 7 letech navázání kontaktu s rodinou*
- *Řešení dluhové situace*

- *Docházet pravidelně na Stage 5*
- *Kontakt s psychiatrem*
- *Navrácení řidičského oprávnění*
- *Vyplnění volného času smysluplnou činností*
- *Nalézt okruh přátel z řad „nefetáků“*
- *Navázání známosti, uvažování o dalším vztahu a případně založení rodiny*

Ačkoli Viktorům seznam neobsahoval položku „**vyřízení občanského průkazu**“, společně jsme se dohodli, že tento krok bude potřeba podniknout jako jeden z prvních. V několika následujících dnech, si Viktor přišel opět vydělávat potřebnou částku k jeho vyřízení a tu uložil do své složky. Následně jsme si domluvili termín asistence na městský úřad pro jeho vyzvednutí.

Trochu se zdálo, že se opakuje podobná situace jako několik měsíců zpět. Opět jsme vyřizovali občanský průkaz a Viktor byl zase trochu odhodlanější k tomu, aby začal abstinovat. Po „krátkém“ klientovu debaklu se vyskytla znovu příležitost k **posilování jeho motivace ke změně**.

7.4 Cesta ke změně: duben 2016 – březen 2017

- **12. dubna 2016 - středa**

Na dnešní den jsme měli s Viktorem domluvenou schůzku v centru města a měla proběhnout společná cesta na úřad, kde měl k vyzvednutí připravený občanský průkaz. Ačkoli jsme s Viktorem nebyli dva dny kontaktu, dorazil na schůzku přišel včas a střízlivý. Po cestě z úřadu jsem mu nabídla posezení v kavárně (v rámci navázání spolupráce v case managementu), a tak se mi nejspíš podařilo **získat jeho důvěru**.

Během dvou hodin v kavárně mluvil o své rodině, vztahu k matce a celkově ke všem ženám. Říká: „*Myslím, že mi během dospívání hodně chyběla máma, proto asi nedokážu věřit jiným ženám. Na to mě navedla právě ta moje bývalá přítelkyně. Ležel jsem vedle ní, ona mě hladila po vlasech a ona najednou řekla „no jo, ty potřebuješ maminku“ a mně došlo, že je to pravda*“.

Mluvil také o **smrti svého bratra a otce**: „*Táta se upil, našli ho někde u bazénu až ráno. Brácha spáchal sebevraždu. Táta mu pořád vyhrožoval, že když s tím nepřestane, tak na něho zavolá policajty, on se lekl a vyskočil z okna. Tu jeho smrt si dával za vinu, proto taky tolik pil. Cítím se na světě hrozně sám*“. Pak ještě dodává „*Takže mně je vlastně úplně jedno, jak žiju a že se někde hrabu v popelnících, protože já vůbec nikoho nezajímám.*”

Zároveň se necítí dobře ani u nás v kontaktním centru, myslí si, že má na víc, ale ztratil motivaci. Během našeho rozhovoru vzpomínal také na doby, kdy ještě pracoval. Mluvil o autonehodě, kterou způsobil v opilosti a jejích následcích, které spustily sled narůstajících dluhů, které rostou dodnes. „*Bylo toho prostě strašně moc. Předtím než jsem si nechal udělat ty testy, tak jsem myslel i na **sebevraždu**. Prostě to, že jsem vůbec nevěděl, jak na to jsem a představa, co se mohlo stát, pro mě byl strašnej stres. Chtěl jsem to zabalit. Báł jsem se těch výsledků, kdybych to céčko měl, tak je to úplnej konec*“. V závěru schůzky Viktor konstatoval, že je rád, že si semnou mohl povídat mimo kontaktní centrum, protože tam má často pocit, že ho **někdo poslouchá**. Říkala jsem mu, že v rámci case managementu s ním můžu zase někam zajít. Na základě toho, **navrhnul návštěvu jeho squatu**.

Prvním úkolem proto, abychom mohli s Viktorem začít realizovat potřebné kroky ke stanoveným cílům, bylo opět potřeba zařídit občanský průkaz. Peníze, které k jeho vyzvednutí potřeboval si vydělal v kontaktním centru, proto bylo nutné, aby mu na úřad někdo asistoval. Schůzka byla domluvená několik dní dopředu a vzhledem k tomu, že Viktor toho času **nevlastnil mobilní telefon**, musela jsem spoléhat na to, že na schůzku dorazí. Mobilní telefon Viktor nechtěl, protože často popisuje představy o tom, že ho někdo poslouchá, nechce být „dohledatelný“, i proto obvykle při rozhovoru mluví tišším tónem.

Z tohoto hlediska byl dnešní rozhovor opravdu jiný než obvykle. Jeho řeč byla významně klidnější, plynulejší a upřímnější. Což i sám Viktor reflektoval. Pocity, že ho někdo neustále poslouchá, mohou být projevem toxické psychózy.

Významný rozdíl jsem také pozorovala v míře jeho otevřenosti. Mluvil o velmi křehkých a intimních tématech (ztráta otce, bratra, rozpadu vztahu, myšlenkách na sebevraždu...), ale jeho větší důvěru ke mně taky naznačovalo jeho pozvání do místa, kde se zdržuje. Zdá se, že je teď Viktor velmi odhodlaný ve změně životního

7.4.1 Poslední aplikace pervitinu, stadium aktivní změny

- **17. května 2016 – středa**

Ačkoli jsme se s Viktorem domlouvali na další setkání, které mělo proběhnout venku a s návštěvou jeho squatu, do kterého mě při předchozím setkání pozval, zdálo se to celé nějak nemožné. Od posledního setkání se Viktor často vyhýbal kontaktu se mnou, ale i s celým týmem. Pokud se v kontaktním centru objevil, tématu „**návštěvy jeho squatu**“ se vyhýbal. Dokonce i řekl, že už mu to naše „*naléhání a připomínání*“ není příjemné a má z toho jen stres. Na základě této informace jsem Viktorovi sdělila, že tento plán tedy zrušíme, protože vidím, že je to pro něho obtížné. Na což reagoval „*já jsem to slíbil, ale teď to nešlo*“.

Přes veškeré překážky v komunikaci, Viktor dnes nakonec dorazil na plánovaný výlet, který jsme připravili s ostatními kolegy pro klienty. Přišel střízlivý a ve velmi dobrém stavu, říkal „*včera ráno jsem ještě něco měl, ale večer jsem si už radši ani nic nedal, abych to dnes zvládnul*“.

V průběhu dne jsme se vrátili k tématu návštěvy jeho squatu. Mluvil o tom, že teď nebylo nejlepší období „*vlastně bych ho označil za další propad*“. Navrhnul sám od sebe setkání hned příští den, přičemž se opět pokusí být střízlivý.

Během posledního setkání, kdy se zdálo, že Viktorova důvěra ke mně roste, uběhla poměrně dlouhá doba. S Viktorem se mi nedařilo setkat, hlavně také proto, že během posledního měsíce hodně užíval – převážně pervitin. Po celý tento čas mu bylo těžké porozumět a mluvil spíše v heslech. Podle témat, která se střídala a překrývala, ale bylo evidentní to, že se děje něco, z čeho má Viktor **strach**. Pravděpodobně i proto, se kontaktu se mnou, spíše vyhýbal.

Dnešní setkání mimo kontaktní centru bylo opět velmi jiné. Viktor byl rád, že mohl strávit den jinak, než byl několik posledních let zvyklý. Mluvil o tom, jak dříve rád cestoval a že by si měl najít nějaký koníček.

Zpětně, podle veškerých informací, byl 16. květen celkově poslední den, kdy Viktor **užil pervitin**. Ve smyslu měnící se motivace ke změně se klient od této doby nachází

ve stadiu *aktivní změny*. V následujících měsících byly jeho potíže spíše na chutě, bažení, „pervitinové“ sny, poruchy spánku, alkohol nebo pravidelné kouření marihuany...

- **18. května 2016 - čtvrtek**

Dnes Viktor poprvé využil nabídky, ozvat se telefonicky. Prostřednictvím telefonu jsme dohodli místo setkání a společně s další kolegyní jsme vyrazili navštívit Viktorům squat.

Celkově bylo dnešní setkání velmi hezké. Jak Viktor předchozí den slíbil, dorazil dnes střízlivý, aby setkání zvládnul. Během rozhovoru mimo jiné povídal o tom, proč se tak obával tuto návštěvu uskutečnit „*napadlo mě, že spolupracujete s policií. Nerozumím tomu, proč někoho vlastně zajímám, takže jsem si automaticky myslel, že v tom něco bude. Navíc jsem tam u sebe měl nějaký lidi, kvůli kterejm tam ti policajti přijeli*“.

Následně jsme se o tomto tématu bavili více podrobněji (anonymita, důvěra apod.) a Viktor nakonec uznal, že to tak nejspíš nebude. Myslím, že jeho důvěra k nám, je zase o něco větší.

Když jsem od Viktora dostala nabídku návštěvy jeho squatu, probírali jsme toto téma s ostatními kolegy. Největším tématem bylo samozřejmě zachování etiky práce, a proto se jako nejvhodnější varianta, jak klientovi ukázat náš zájem, ale zároveň chránit vlastní bezpečí, nabízela „návštěva“ ve dvojici. Klient měl velmi dobrý vztah i s druhou kolegyní vztah, proto s tímto návrhem bez problému souhlasil.

- **26. května 2016 - pátek**

Dnešním hlavním tématem bylo sepsání **životopisu**. S Viktorem jsme už dříve mluvili o jeho pracovních možnostech, protože do práce by se rád po několika letech rád vrátil. V předchozích dnech jsme se dohodli na malém „domácím úkolu“, aby si ho ručně navrhnul, a pak ho u nás v KC přepíše do počítače. Hlavním důvodem pro „ručně psaný návrh“ bylo to, že Viktor několik let s počítačem nepracoval.

Během rozhovoru se zmínil: „*přemýšlel jsem, že si ten životopis předepíšu napíšu tady. Já nejsem vůbec schopnej si nad to někdy sám sednout*“. Během dnešního kontaktu tedy sepsal body, které by v životopise chtěl uvést. Dalším tématem, kterým se Viktor

v průběhu zaobíral byl to, že dříve pracoval na velmi dobrých pracovních pozicích a aktuálně ho provázely obavy, že bude muset začít úplně od znova.

Dohodli jsme se, že s ním v dalších vyrazím do knihovny, kde si vytvoří registraci a přepíše životopis. Zároveň by se chtěl podívat na nějaké **inzeráty s nabídkou práce**.

Kromě sepsání životopisu, bylo dalším Viktorovým tématem efektivní **vyplnění volného času**. Jednou z možností pro klienta byla registrace do knihovny, proto během další schůzky byla v plánu její návštěva, kde si bude také moct přepsat životopis do elektronické podoby (ačkoli by to mohl udělat i v kontaktním centru).

Výhodou bylo také to, že Viktor dříve s počítači pracoval, v důsledku toho, začal vzpomínat na svůj „minulý“ život, ke kterému by se rád zase vrátil.

- **22. června 2016 – čtvrtek**

Squat, ve kterém Viktor žije je vybydlený prostor, ve kterém je možnost zapojení elektřiny. Realitní makléři, kteří nemovitost nabízejí (zatím neúspěšně) k prodeji, o jeho obývání prostoru vědí, proto by mu v tomto směru pravděpodobně vyšli vstříc. Proto by byl rád, abych s ním do této realitní kanceláře zašla. Domluvili jsme si termín schůzky na příští týden.

Také **aktivně hledá zaměstnání** „*ale skoro všude chtějí číslo, aby se mi měli kam ozvat, tak jsem si sehnal SIMku. Mobil ještě nemám, ale pořídím si nějakou obyčejnou, stejně nepotřebuju žádnou lepší, stačí mi na volání. Můžu tady na sebe nechat kontakt*“. Vypadá to, že domlouvání a celkový kontakt by teď mohl být snazší. S ohledem na jeho minulé představy o odposlechu, jsem se Viktora ptala, jak to má aktuálně s jeho hlasy a paranoidními představami. Odpověděl, že „*hlasy skoro zmizely. Nejhorší jsou ale špatný sny, ty mě provázejí pořád – zdá se mi třeba, že si dám, a pak se probudím ve stresu, že jsem to nevydržel*“.

Hledání práce začíná vypadat nadějně. Před několika měsíci Viktor pochyboval, že by vůbec někde dokázal docházet včas, ale aktuálně už pravidelně dochází na domluvené schůzky do kontaktního centra a obvolává různé inzeráty. Dalším velkým úspěchem je také pořízení mobilního telefonu. Po celou dobu našeho kontaktu nechtěl být ve spojení se světem, protože se bál odposlechu. V současnosti měsíc abstinuje od pervitinu a uznává, že paranoidní stavy byly vyvolány převážně jeho vlivem. Cítí se dobře, už nemá takový pocit, že ho všichni sledují.

7.4.2 Navázání kontaktu s rodinou, práce

- **27. června 2016 – úterý**

Viktor se dnes znenadání pochlubil „*včera jsem telefonoval se svojí mámou, v kontaktu jsme nebyli asi sedm let. Já jsem jí volal, ona to nezvedla, a pak když volala zpátky tak jsem nemohl dlouho mluvit. Byl to jen krátký hovor, protože byl v práci. Nějak mi to pořád dochází, mám takovej zvláštní pocit, ale mám radost*“.

Byla jsem z takové informace velmi překvapená, protože Viktor tvrdil, že na mámu nemá žádný kontakt, proto jsem se zajímala o to, kde ho vzal. Dal mu ho prý strýc (bratr jeho matky), kterého nedávno potkal.

Protože teď Viktor začal opět docházet do zaměstnání, rozhodl se, že by se mohl pokusit zjistit a následně vyřešit svoji dluhovou situaci. Patrně má reálnou představu o tom, v jaké výši se jeho dluhy mohou pohybovat, proto by také chtěl, aby se jejich nárůst zastavil. Proto by si rád v příštích dnech dohodl schůzku v dluhové poradně, přičemž doufá v případnou insolvenční ochranu.

Viktor se pár dní v kontaktním centru neukázal. Z mého pohledu se nabízela recidiva a subjektivní pocity „neúspěchu, selhání a zklamání“. O to větším překvapením bylo, když se objevil a sdělil hned dvě velké události: 1) **má práci** a 2) **je v kontaktu s rodinou**.

7.4.3 Vyslovení důvěry

- **28. srpna 2016 - pondělí**

Dnes po dlouhém domlouvání proběhla s Viktorem asistence do dluhové porady. Na místě dostal arch papíru se seznamem míst, kde dluhy bývají nejčastější (pojišťovna, banky, dopravní podnik, operátoři, pokuty atp.). Viktor má teď za úkol jednotlivé věřitele obvolat a zjistit si, kde má jaké pohledávky.

V poradně mluvil o tom, že „bavil jsem o této situaci taky s jedním kamarádem, a ten říkal, abych se nechal zaměstnat za nějakou minimální mzdu, ze které mi potom budou strhávat minimum, a takhle bych vlastně splatil tu nejnižší možnou částku dluhu (tj. 30%)“. Právniče v poradně se toto Viktorovo sdělení moc nezamlouvalo a odvětila, že „pokud s tím chcete něco dělat, tak byste měl změnit svůj přístup“. Na základě toho uvedl, že „vůbec nestojí na jeho straně a stejně z něj akorát dělají všude blbce“. Moc jí nevěřil v tom, co říká „vlastně to byla stejně ženská a těm já celkově vůbec nevěřím – **teda kromě tebe**“.

Viktor z dluhové poradny odcházel poměrně rozzlobený a šel ještě do kontaktního centra, aby si na internetu mohl ověřil informace, které mu právnička řekla. Zajímavé sdělení bylo také to, že Viktor obecně nevěří moc ženám – ale mně ano.

Odcházel s tím, že zase tak úplně nelhala. Říkala jsem mu, že nikdo nemá zájem na tom, aby se měl špatně a že nemá důvod mu tady v těch věcech lhát. Nakonec mi děkoval, že jsem tam s ním dnes šla, že by se sám asi nedokopal.

7.4.4 Role ve vztahu, hranice

- **24. října 2016 - úterý**

Dnes jsem s Viktorem vyrazila na asistenci k **zubaři**, protože ho dlouhodobě trápí kosmetická zubní vada, kterou si přivodil pod vlivem drog. Po cestě jsme se bavili o tématech spojených s „pervitinovou minulostí“. Ptala jsem se na hlasy (sluchové halucinace), které se podle Viktora už vůbec neobjevují, protože jak říká „zjistil jsem, že vedle v domě, je nějaký penzion. No a ty hlasy, který jsem slyšel, byli lidi, kteří tam byli ubytovaní“.

Ačkoli se Viktorovi dnes nepodařilo problémy se zuby vyřešit, podařilo se ho alespoň „nakontaktovat“ k zubnímu lékaři, který ho jako uživatele návykových látek přijal, a na kterého se v budoucnu může obracet.

Dále jsem zvažovala, do jaké míry se mohly hlasy u Viktora objevovat v souvislosti s užíváním pervitinu a jakou měrou se na nich podílely osoby ze sousedního penzionu. Protichůdný je k tomuto výroku popis hlasů, které zmiňoval už během jednoho z prvních kontaktů (7.1), kdy uváděl, že tyto sluchové halucinace jsou hodnotícího typu, a dokonce se na něho někdy domlouvají. Také na tyto projevy, které byly patrně projevem toxické psychózy, stále užívá patřičnou medikaci.

Každopádně jako významné sdělení vnímám to, že Viktor už *žádné hlasy neslyší*.

- **21. listopadu 2016 – úterý**

Během posledních dvou měsíců Viktor změnil práci, protože ta předchozí byla práce přes noc, a také tam pracovali hodně uživatelé pervitinu. Neměl téměř čas docházet ani na schůzky do kontaktního centra, protože přes den spal – nejčastěji se objevil jen v pondělí. Jeho témata se týkala hodně bažení, protože pervitin mu v práci běžně někdo nabízel. V současnosti pracuje přes den a téměř v „*nedrogovém*“ kolektivu. Protože Viktorova pracovní doba to aktuálně opět umožňuje, mluvila jsem s ním dnes o tom, že by bylo vhodné, aby na individuální poradenství začal docházet pravidelně.

Hlavním důvodem bylo to, že do této doby kontakt probíhal spíše na kontaktní místnosti, a to převážně o běžných tématech. Mimořádně během asistencí mimo kontaktní centrum, kde se právě většinou pouštěl i do víc osobních témat. Viktor se na tento návrh díval s nadšením, protože už dříve říkal, že se mu do kontaktní místnosti v současnosti už moc chodit nechce.

Poslední dobou se sama zaobírám otázkou, jakou mám v tomto **profesním vztahu roli**, a kde už moje práce s klientem končí (abych klientovi nedělala mámu). Moje obavy pramenily z toho, že Viktor některé věci těsně před cílem vzdává (a já mám opravdu nutkání některé věci připomínat). Ptám se, jestli dokáže popsat, proč to tak má. Odpovídá: „*Všechno to je pro mě často dost složitý, ale proč to tak mám, vlastně úplně nevím. Možná se s tím pojí nějaký strach z budoucnosti, z toho, že se všechno neposouvá tak rychle, jak bych si představoval, takže jsem vlastně rád, když je nade mnou trochu dohled*“, protože jsem podle jeho slov vlastně téměř jediný člověk, který se o něho, a jeho starosti nějakým způsobem zajímá.

Na základě naší domluvy ohledně pravidelného setkávání jsme si s Viktorem dohodli další schůzku na příští týden.

Téma, kterým by se chtěl příště zabývat je návštěva jeho matky v zahraničí, kterou plánuje v průběhu Vánoc. Od prvního telefonátu jsou v kontaktu pravidelně – volají si každou neděli.

- **30. listopadu 2016 - čtvrtek**

S Viktorem jsem od předešlé schůzky nemluvila. Na dnešní den jsme měli domluvené individuální poradenství, které jsem Viktorovi nijak nepřipomínala, přišel včas, přesně jak jsme se domluvili (dřív bylo třeba se ujist'ovat, zda Viktor s dohodnutým termínem počítá). Byl rád, ocenil, že takové setkávání pro něj bude určitě přínosnější, protože má jistotu, že na poradenství bude dostatek času.

Viktor dnes začal tématem, návštěvy jeho matky v zahraničí: *„Mám z toho setkání docela strach, nevím, jak to bude vypadat. Neumím si ani představit, že si jako budeme hrát na to, že je všechno v pohodě jakoby těch sedm let ani nebylo“*. Pokračuje o svém vztahu s matkou: *„S matkou jsem neměl nikdy nejlepší vztah. Ona neví, jak na tom teď sem, s největší pravděpodobností něco tuší, ale když spolu mluvíme, tak dělá, že ten problém neexistuje“*. Dále mluvil o svém rozhovoru s psychiatrem, říkal: *„psychiatr mi doporučil, abych jí napsal „jakože“ dopis, kterej však neodešlu... no a potom mám zkusit napsat dopis, kterej „jako“ ona píše mně. Co bych asi chtěl, aby mi na přivítanou řekla“*. Viktor popisuje střídavé pocity štěstí, nadšení, strachu a nervozity. Doporučuju zkusit napsat ten dopis. Zdá se mi to, jako dobrý nápad.

Dále se dostáváme k tématu závislosti a bažení: *„Hodně často se mi zdá o perníku a mám strašný chutě“*. Na otázku, jak bažení překonává odpovídá *„spánkem. Jdu spát třeba v osm večer, protože nemám co dělat.“* Opakovaně se bavíme o hledání nějaké vhodné aktivity na vyplnění volného času. *„Chtěl bych poznat nějaký nový lidi, protože s těma starýma se stýkat nechci. To bych byl hodně rychle zpátky tam, kde před půl rokem. V práci pár „normálních“ lidí je“*. Prý se tam s někým domluvil, že mu pojede pomoci o víkendu na chatu. *„Víkendy jsou pro mě celkově strašný, protože nechodím do práce. Nemám co dělat, takže to aspoň nějak uteče“*.

Ke konci setkání mluví ještě jednou o svém psychiatrovi a říká „*Doktor mi už úplně vysadil Risperidon, to jsem měl na ty hlasy, už je vůbec neslychám. Nechal mi už jen Zoloft. Tak jsem s ním bavil o vrácení řidičáku. Takže začnu chodit na toxikology*“. K tomuto tématu ještě dodávám, že tento proces bude trvat nejméně dva roky.

Dnešní setkání bylo provázeno několika různými tématy. Jako nejzásadnější vnímám obavy ze setkání s matkou. Z mého pohledu si Viktor opět stanovil několik významných cílů, které se nemusejí vyvíjet a uskutečňovat tak rychle, jak by si představoval. Z minulosti si s Viktorem nesu zkušenost, že tato překážka – *překonávat překážky* – pro něho může být někdy demotivující nebo před nimi může utíkat. Z mé strany se tedy nejednalo o pochybnosti, spíše o konfrontaci.

- **5. prosince 2016 – úterý**

Dnes si Viktor vybral uložené peníze a koupil letenky. Za mámou poletí 22. prosince a stráví u ní celých deset dní. Dnes už není tolik nervózní, naopak se těší.

Na dnešním dni bylo zásadní hlavně to, že ačkoli si Viktor pravidelně ukládal nějaké peníze, které chtěl využít nejprve ke koupi telefonu, potom na zubaře a následně letenek. Vždy však vybral téměř celý obnos a peníze utratil za jiné věci. Peníze, které měl odložené na letenky poctivě celou dobu ukládal, a také je potom za ně utratil. Návštěva matky pro něho byla nepochybně velmi důležitým krokem.

7.4.5 Shledání s matkou

- **4. ledna 2017 - čtvrtek**

Několik posledních měsíců bylo pro Viktora nejdůležitější téma návštěva matky v zahraničí, kterou sedm let neviděl. Byla to pro něho velká výzva, kterou provázely obavy. Navzdory tomu dokázal našetřit dostatečný obnos peněz a před koncem roku za mámou opravdu odletěl.

Během **návštěvy matky v zahraničí** mi Viktor poslal SMS, ve které stálo: „*Ahoj, posílám pozdrav Londýna¹⁷. Včera (před přiletem) jsem byl dost nervózní, ale už to ze mě spadlo. S mámou jsem byl u moře, a tam jsem jí řekl o fetu, vzala to úplně*

¹⁷ Město je z důvodu zachování anonymity smyšlené

*v pohodě. Nečekal jsem to. Teď mi je asi nejlíp za poslední roky. Hezky se o mně stará a je tu sranda. **Máš na tom velkou zásluhu, a za to děkuji.***“

I následně Viktor toto setkání hodnotil, jako hezké. S matkou je domluvený na další setkání, která by teď chtěli uskutečňovat pravidelně.

7.5 Ukončování spolupráce

- **25. ledna 2017 - čtvrtek**

Viktor dnes dorazil chvíli před zavírací dobou. Měl několik aktuálních témat (práce, náplň dne a ženy). Poprvé mluví vážně o tom, že by si chtěl **najít přítelkyni**, doslova říká „*co mám pořád sám dělat*“. Je to zajímavý posun, není to tak dávno, co si vztah neuměl ani představit, protože by to podle svých slov „*psychicky ani fyzicky nezvládl*“. Zkouší navazovat normální vztahy, a to se mu i daří – v práci nějakou **známost navázal**. Dokonce dostal i nabídku, aby se k ní přestěhoval.

Opět mluvil o svojí abstinenci a snech, které se převážně točí kolem „*perníku*“. Úspěšně jim odolává, stojí za svým rozhodnutím, že už s perníkem nechce mít nic společného. Navazujeme na téma, proč vlastně ještě využívá naše služby, protože podle jeho slov, i on se už cítí trochu „*jinde*“. Říká: „*chodím si povídat, jinak bych sem už nechodil*“. V návaznosti na jeho sdělení reaguji, že v březnu v práci končím, a proto by bylo dobré, aby dále chodil třeba na nějakou psychoterapii.

Viktor je nejdříve trochu zaskočený, následně se bavíme o důvodech mého odchodu, nakonec konstatuje, že tomu rozumí. Během hovoru vyslovuje obavy, že mi nebude moct říkat o svých budoucích úspěších, protože říká „*to mi vždycky udělá radost. Když se mi něco povede a já to mám komu říct*“.

Viktorovi jsem nabídla, že mu před mým odchodem pomůžu s hledáním jiné vyhovující služby, která by už byla spíše vysokoprahová. Je to osm měsíců od jeho posledního užití pervitinu, pravidelně chodí do práce, a především navázal nově nějaký vztah se ženou.

- **31. ledna 2017 - středa**

Viktor dnes opět dorazil těsně před zavírací dobrou, ale s ohledem na předchozí téma „mého odchodu“ jsem mu i přesto, nabídla prostor na rozhovor. Zajímalo mě, jak svoje myšlenky z předešlého setkání zpracoval – už se nezdál tak rozhozený, ale zněl trochu našťvaně. A potom spustil „*podobnou situaci jsem už jednou zažil v jiné službě. Tam se mnou pracovala Dominika¹⁸, a ta taky potom odešla. Měl jsem pak problém začít s někým zase víc komunikovat. Nebaví mě říkat pořád to samý dokola*“. Odpověděla jsem, že tomu rozumím, ale že tyto profesní „skutečné“ vztahy – vlastně suplují ty skutečné – lidé přicházejí, a pak zase odcházejí. Viktor takové vysvětlení (s trochou melancholie) přijal a dále ještě sdělil, že byl opět za psychiatrem, momentálně chce hodně aktivně začít řešit navrácení řidičského průkazu. Další termín mají sjednaný na konec března.

Z mého pohledu nebyla Viktorova reakce nadsazená, protože ji chápu jako přenosovou reakci na to, že lidé z jeho života často odcházejí (rodina, přátelé, ženy...), ale v rámci pracovního vztahu se s touto skutečností, alespoň objektivně, dobře vypořádal. Což může poukazovat na jistou kvalitu osobního růstu.

- **15. února 2017 - čtvrtek**

S mým blížícím se odchodem, začínáme s Viktorem intenzivně řešit jeho následnou péči. Potřeboval by si chodit za někým popovídat, protože s psychiatrem se baví jen o medikaci. Bavili jsme se o možnostech ambulantního doléčování, tato myšlenka se mu líbí. V příštích dnech si do doporučené ambulance zkusí si zavolat a domluvit si schůzku.

Mimo jiné, mu v nedávné době skončil podmíněný trest. Kvůli jehož záznamu pro něho nebylo možné najít kvalifikovanou práci, které se věnoval dříve. Včera si byl vyzvednout trestní rejstřík, který už má konečně bez záznamu. Na základě toho uvažuje o hledání nového zaměstnání na hlavní pracovní poměr. Zároveň uvažuje i o změně bydlení, nabídka od kolegyně z práce stále trvá – dokonce by ani nemusel platit žádný nájem. V tomto kroku si stále není úplně jistý, protože nové ubytování by bylo mimo město.

¹⁸ Jméno pracovníka je smyšlené

Největší dnešní téma bylo alkohol! Viktor v současnosti hodně pije, hned od rána. Říká: „*Není mi z toho dobře. Piju pivo i na žízeň, protože doma nic jiného nemám. Přemýšlím, že o víkendu jsem snad nepil vůbec nealko*“. Zkusila jsem mu doporučit, aby si vždy k nákupu, alespoň nějakou vodu koupil (případně birrel místo piva).

Z mého pohledu se moje doporučení, v danou chvíli, zdály pošetilé. Viktor však nebyl nikdy závislý na alkoholu, takže zde byla přeci jen naděje, že si místo alkoholu nějaké nealkoholické nápoje nakoupí. O několik dní později mi poslal SMS (na služební mobil) „...*po ránu už teď vůbec nepiju a je to pravda, je mi teď o dost líp.*“

- **8. března 2017 - čtvrtek**

Poslední schůzka s Viktorem proběhla v galerii, kde se aktuální instalace zabývala různorodostí menšin a stigmaty. Tuto návštěvu galerie si Viktor velmi chválil, protože podle jeho slov „*měl po dlouhé době možnost dělat něco jiného než jít na pivo*“. Co se týče následné péče, Viktor má domluvenou schůzku v Adiktologické ambulanci, kam by měl dorazit 20. března na vstupní pohovor. Další den je objednaný ke svému psychiatrovi, kde už by se měli dohodnout na postupech ohledně toxikologických testů, kvůli navrácení řidičského průkazu.

S bydlením je zatím nic nezměnilo, stále bydlí na squatu, ale dnes už vážně zvažuje, že přijme nabídku od kolegyně z práce a přestěhuje se k ní – má z toho však strach, že ztratí svoji jistotu a případně nebude mít kam odejít.

Dnešním setkáním naše spolupráce skončila. Viktor za poslední dva roky udělal obrovský pokrok. Jeho abstinence od pervitinu je aktuálně deset měsíců, a i když se mu nestále objevují nějaké vzpomínky, sny a chutě – je přesvědčený, že pervitin už brát nikdy nechce.

7.5.1 Hodnocení individuálního plánu

V průběhu spolupráce si Viktor určil cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Přesně po roce od jeho sepsání se mu povedlo docílit několika věcí, a to....

1) „*Nechat se testovat na choroby*“ ✓ – testování na infekční nemoci Viktor absolvoval ještě předtím, než došlo k sestavení individuálního plánu. Podle jeho slov byl právě tento krok tím stěžejním pro to, aby získal motivaci k těm ostatním.

2) „*Osvědčit se v podmíněném trestu*“ ✓ – Viktor dlouhou dobu nevěděl, co přesně jeho podmíněný trest obnáší, a kdy přesně mu končí. Dopis s usnesením ztratil a zjišťovat si okolnosti se bál, protože tu podle něho existovala možnost, že již maří soudní rozhodnutí. Nakonec se osvědčil a trestní rejstřík měl po roce bez záznamu.

3) „*Zlepšení bydlení*“ – Ačkoli ke konci naší spolupráce Viktor ještě bydlel ve squatu, hovořil už tom, že má možnost lepšího bydlení. Během posledního setkání tuto variantu vážně zvažoval.

4) „*Nalezení práce*“ ✓ – Viktor již dlouhou dobu pracuje. Zatím docházel „jen“ na brigádu, formou dohody o provedení práce, ale protože se mu podařilo osvědčit se v podmíněném trestu, zvažoval, že si najde práci na hlavní pracovní poměr.

5) „*Po 7 letech navázání kontaktu s rodinou*“ ✓ – I tento cíl se Viktorovi podařilo naplnit. S matkou je v kontaktu a podle jeho slov mají v plánu, navštěvovat se pravidelně.

6) „*Řešení dluhové situace*“ – Dluhovou poradnu Viktor sice navštívil, ale dále se problémem nezabýval. Každopádně touto cestou získal informace o jeho možnostech do budoucna.

7) „*Docházet pravidelně na Stage 5*“ ✓ – V současnosti už Viktor kontaktní centrum nenavštěvuje. V průběhu spolupráce se mu však dařilo na domluvené schůzky chodit, a to především v posledních šesti měsících.

8) „*Kontakt s psychiatrem*“ ✓ – Se svým psychiatrem byl Viktor v pravidelném kontaktu a v posledních měsících obzvlášť, kvůli toxikologickým testům a navrácení řidičského průkazu.

9) „*Navrácení řidičského oprávnění*“ – Řidičský průkaz se Viktorovi během naší spolupráce získat nepodařilo, ale poskytnul všechny potřebné kroky k tomu, aby ho co nejdříve získal nazpět.

10) „*Vyplnění volného času smysluplnou činností*“ – O tom, že by si Viktor našel nějaký koníček nemám žádné zprávy.

11) „*Nalézt okruh přátel z řad „nefeřáků“*“ – Viktor minimálně mluvil o známých a lidech z práce. Zmínil se také o jednom bývalém kamarádovi, se kterým se roky neviděl.

12) „*Navázání známosti, uvažování o dalším vztahu a případně založení rodiny*“ – Nemám žádné zprávy o tom, jak se vyvíjí Viktorův vztah s kolegyní z práce, ale přeci jen na konci naší spolupráce se o nějaké známosti zmínil.

7.6 Katamnestický rozhovor: červen 2018

S klientem jsem nebyla v kontaktu více než rok, nevěděla jsem, zda jeho abstinence stále trvá, ale přece jen i rok byl úspěch o kterém jsem chtěla napsat. Největším překvapením proto bylo náhodné setkání s klientem (teď už bývalým), který i po tak dlouhé době ve svojí abstinenci pokračuje.

- **7. června 2018 – čtvrtek**

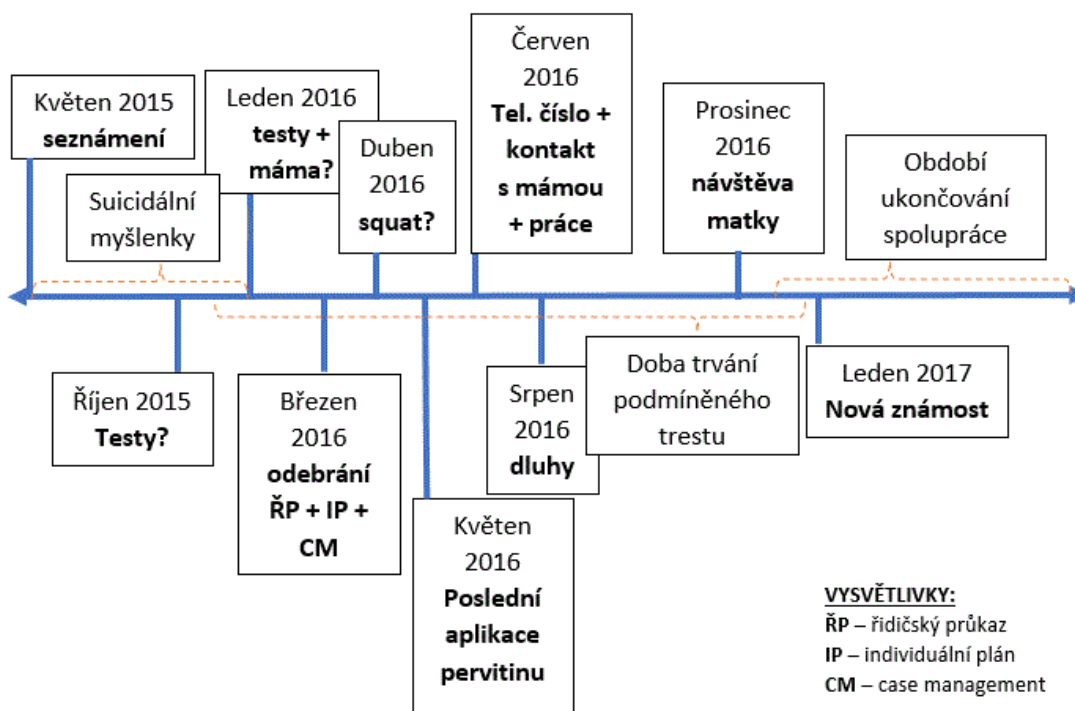
Viktor mluvil o tom, jak se mu v současnosti daří. Našel si přítelkyni, pracuje a také už nebydlí ve squatu. Navíc říká: „*Pořád mám u sebe toho anděla, připomíná mi, že už nechci brát. Byl jsem teď ve squatu a vůbec se mi tam nechce vracet, už tam nebydlím*“. Na otázku, kde teď bude bydlet odpovídá: „*U mé přítelkyně, mám tam zahradu a vlakem je to kousek do města. Mám se teď fakt dobře...*“.

Setkání s Viktorem po takové době bylo velmi obohacující. Důležitým sdělením pro mě byla symbolika vysílaná prostřednictvím „amuletu“ v podobě darovaného anděla, který mu stále napomáhá v udržování abstinence.

8 Linie klíčových událostí

V této části práce popíšu linii klíčových událostí, které ve Viktorově případě považuji za důležité ve vztahu k měnící se motivaci ke změně a jejímu následnému udržování.

Obrázek 2: Linie klíčových událostí



- **Říjen 2015** - v tomto období si začal Viktor poprvé vážně uvědomovat jaké fatální následky, si může užíváním drogy způsobovat. Je si vědom svého rizikového chování a pervitinu, v důsledku zvýšeného stresu, užívá v podstatně vyšších dávkách. Má zájem o provedení testů na infekční nemoci, ale obavy z reaktivního výsledku tento krok oddalují.
- **Leden 2016** - jedná se pravděpodobně období, které mělo u klienta významný vliv na všechny jeho ostatní kroky v budoucnu. Předtím, než se Viktor k tomuto kroku odhodlal a nechal se na infekční nemoci otestovat, zpětně přiznal, že představa nakažení se infekční nemocí, byla provázena suicidálními myšlenkami. Nemám přesné informace o tom, kdy se tyto myšlenky objevily poprvé, proto jejich začátek zařazuji do období prvního kontaktu s klientem.

Navíc, zde Viktor poprvé začíná více mluvit o svém velkém přání, setkat se znova s matkou, se kterou nebyl sedm let v žádném kontaktu.

- **Březen 2016** – po poměrně lepším období, kdy se Viktorovi víceméně dařilo plnit všechny své „zakázky“, pro něho bylo odebrání řidičského průkazu velkým krokem zpět. Řidičský průkaz byla jedna z mála věcí, které mu připomínala, že může žít „normálně“ a bez drog. Viktor na nějakou dobu vypadl z kontaktu a zdálo se, že ztratil veškerou motivaci ke změně.

Vytvoření individuálního plánu v souvislosti se začátkem spolupráce formou case managementu a pozornost, kterou mu tato nabídka poskytla, byla pravděpodobně ta událost, která udržení kontaktu s klientem zachránila.

- **Duben 2016** – klientovo pozvání do místa svého pobytu (squatu), byl bezpochyby určitým ukazatelem velké důvěry. Ačkoli z jeho strany následně proběhlo několik pochybností např. ohledně spolupráce s policií, podařilo se tuto návštěvu uskutečnit a důvěru v tomto vztahu upevnit.

- **Květen 2016** – tento bod byl celkově jedním z nejdůležitějších. Viktor v tomto měsíci naposledy užil pervitin a tento stav se mu podařilo udržet do současnosti. Z okolností, které na udržení tohoto stavu mohly mít vliv, přichází v úvahu právě navázání důvěrného vztahu, ale nepochybně také klientovi vlastní úvahy ve střízlivém stavu „o životě bez drog a na drogách“. Viktor začíná více hovořit o tom, že už s pervitinem nechce mít nic společného. Toto jeho rozhodnutí mu činí velké problémy, protože velmi často musí odolávat cravingu, a také ho neustále provázejí „pervitinové“ sny.

- **Červen 2016** – tento časový úsek je převratný především z hlediska aktivního hledání zaměstnání, pořízení mobilního telefonu (včetně telefonního čísla) a navázání kontaktu s matkou. Viktor dlouhou dobu mobilní telefon odmítal, hovořil o tom, že by ho někdo mohl sledovat, ale také absolutně nechtěl být v kontaktu s okolním světem, stresoval ho čas, o kterém nechtěl mít žádný pojem. Několikrát měl snahu a telefon si pořídil, avšak v krátkém časovém úseku ho zpravidla prodal nebo někde ztratil. Zajímavé bylo to, že SIM kartu si s sebou nosil pořád stejnou.

Viktor se také aktuálně hodně věnoval kontaktováním různých zaměstnavatelů a vyhledáváním vhodných pracovních nabídek. V souvislosti s tím si stále více uvědomoval, že bez mobilního telefonu se mu případný zaměstnavatel nebude moci dovolat.

Překvapující proto bylo, když jeho prostřednictvím začal komunikovat s matkou. To byl pravděpodobně také hlavní důvod, proč zůstal i nadále ve spojení.

- **Srpen 2016** – Od Viktorovi poslední aplikace pervitinu uběhlo čtvrt roku. Období je významné především z hlediska starších „chyb“. Viktor by rád začal pracovat a navrátil se k původnímu způsobu žití. Během posledních let si však nadělal nemalé dluhy a tyto myšlenky ho aktuálně pronásledují.

- **Prosinec 2016** – Od prvního telefonického rozhovoru s matkou, uběhlo téměř půl roku. Od této doby je s ní Viktor v kontaktu pravidelně, i proto je teď několik posledních měsíců jeho ústředním tématem její návštěva. Matka žije v zahraničí, Viktor si potřebuje obstarat letenku a především peníze, za které ji koupí. Tato situace se nezdá neřešitelná, protože Viktor pravidelně už několik měsíců chodí do práce. Problém je v tom, že se mu dlouhou dobu nedaří, potřebné peníze našetřit – ale i to se mu nakonec podaří a Vánoční svátky i příchod Nového roku tráví po několika letech s rodinou. Kromě toho zpětně zjišťuje, že se mu v tomto měsíci podařilo osvědčit se v podmíněném trestu – jeho trestní rejstřík je tak bez záznamu.

- **Leden až březen 2017** - Začátek nového roku přináší spoustu pozitivních emocí, které se pojí s nadmíru úspěšným setkáním s matkou. Navzdory tomu, že dříve spíše popírala situaci, kterou si její syn prochází – jeho sdělení o drogové minulosti, nakonec velmi dobře přijala.

Viktor stále chodí do práce, ve které se mu podařilo navázat známost.

Dalším tématem, které se koncem měsíce otevírá, je ukončování naší spolupráce a možnosti jeho následné péče.

9 Case management z pohledu klienta

Pro zjištění spokojenosti klienta s formou vedení a spolupráce, mu byl předložen dotazník orientující se na pět otázek. Dotazník mu byl ponechán, aby měl dostatek času se nad jednotlivými oddíly zamyslet a jejich odpovědi byly následně prodiskutovány na jednom z individuálních sezení.

- **1) Je pro tebe tento druh spolupráce zajímavý? Jak?**

„Je to anonymní zařízení, nemusím se registrovat. Postupně jsem získal důvěru. Nejsem vyloženě proti ústavní léčbě, ale preferuji řešení mimo léčebnu. Zaujala mě možnost podpory při řešení existenčních záležitostí za doprovodu terapeuta, který zná moji situaci detailně. Soukromé rodinné záležitosti mám problém sdělovat pokaždé jinému pracovníkovi.“

- **2) V čem ti intenzivní spolupráce pomohla a pomáhá?**

„Nejprve mi pomohla s rozhodnutím zkusit přestat v řádu dní a pokračovat dál bez drogy. Prvním důležitým krokem bylo testování na přenosné (infekční) choroby, které jsem stále odkládal a bez určitého doporučení bych se ze strachu vyhýbal a pokračoval v braní. Dalšími kroky bylo zařizování dokladů, navázání kontaktu s rodinou, návštěva dluhové poradny pro informace k oddlužení. Dále jsem se rozhodl hledat práci, psát životopis. Dále bych rád navštěvoval zubaře a dal si do pořádku chrup.“

- **3) Co bys ocenil v průběhu pokračující spolupráce?**

„Možnost setkávání pravidelně na individuálních schůzkách, kde můžu probrat úspěšnost předem stanovených kroků směrem k abstinenci a dále se pracovní rozvíjet. Určitě mi pomáhá a pomohl doprovod v těchto situacích.“

- **4) Čemu by ses se rád vyvaroval? Nebo co ti během spolupráce vadí?**

„Já nevím, nad tím jsem nepřemýšlel. Nic mi nevadí“.

- **5) Kdy by měl být kontrakt ukončen?**

„To nevím, asi se ukončí nějak sám“.

10 Výsledky spolupráce

Na začátku spolupráce byl klient bez přístřeší, užíval denně pervitin, pravidelně také marihuanu a příležitostně alkohol, léky benzodiazepinového typu či jiné návykové látky. Nebyl v kontaktu s rodinou a toho času dokonce neměl ani jiné sociální vazby. Ostatním lidem téměř vůbec nedůvěřoval, a také s nimi nerad přicházel do kontaktu, proto také ve squatu, ve kterém se vyskytoval, přebýval sám. Klient neměl příliš vybudovanou motivaci ke změně, užívání návykových látek mu naopak přinášelo uspokojení, protože pod jejich vlivem mohl zapomenout na veškeré svoje problémy.

Během dvou let se Viktorovi podařilo zlepšit jeho životní situaci v mnoha směrech. Na konci spolupráce byl klient zaměstnaný, měl čistý trestní rejstřík, nabídku kvalitnějšího bydlení a vybudovaných několik sociálních vazeb. Klient zpravidla hovořil o tom, že jeho motivace k abstinenci vychází také z toho, že *má, pro co žít.*

10.1 Vliv vztahu na změnu motivace

- První a *hlavní výzkumná otázka* byla zaměřena na význam kvality vztahu mezi klientem a pracovníkem v průběhu spolupráce. Pro klienta, byl podle předchozího textu, kvalitně navázaný vztah s pracovníkem důležitý zejména z toho hlediska, že se nemusel opakovaně svěřovat se svými intimními tématy neustále novým pracovníkům. Práce proto byla pravděpodobně plynulejší a klient odhodlanější.

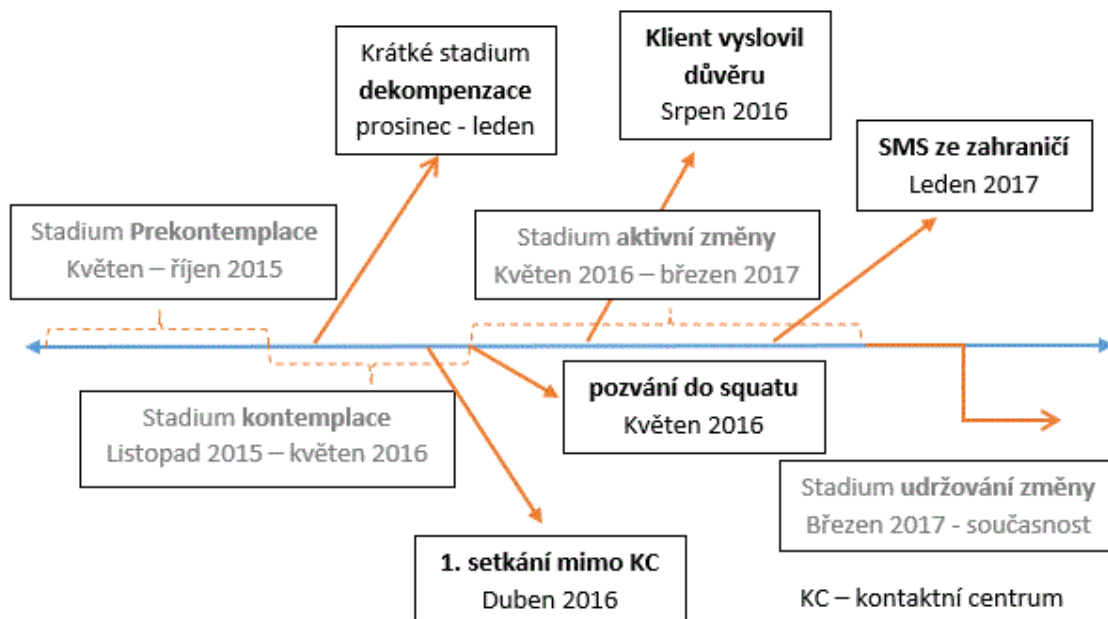
K tomuto tématu se vyjadřuje sám klient v dotazníku¹⁹ kde uvádí, že bez patřičného zájmu, by se pravděpodobně neodhodlal ani k prvnímu kroku, který považuje za klíčový v jeho změně motivace, a to podstoupení testování na infekční nemoci. Z výše popsaného se dá uvažovat o tom, že tato intenzivní podpora mohla být klientovi nápomocná, v učinění jeho konečných rozhodnutí, ve více směrech.

V průběhu spolupráce s klientem, se měnila také jeho motivace ke změně. K jejímu znázornění jsem využila pojmů *cyklického modelu změny*²⁰ a na časové ose znázornila období, která danému stadiu odpovídají. Pod přiloženým obrázkem je popis jednotlivých stadií, který obsahuje číselné odkazy na konkrétní místa v textu, pro lepší orientaci a zachycení klientovi měnící se motivace a vztahu k pracovníkovi.

¹⁹ Kapitola 9, otázka číslo 2.

²⁰ Model je popsán v teoretické části práce, kapitola 6.

Obrázek 3: Vliv vztahu na změnu motivace



1. Stadium *prekontemplace* je zařazeno v období seznámení se s klientem – květen 2015 (7.1) až říjen stejného roku. V tomto období ještě příliš nepozorují vliv *pracovního vztahu* na klientovu motivaci. Viktor, ale začíná poprvé více uvažovat nad škodlivými dopady užívání návykových látek (7.2.1).

2. Stadium *kontemplace* začíná v období, kdy Viktor začal uvažovat o léčbě a změně životního stylu (7.2.2). Navzdory vlastnímu přesvědčení o rizikovosti chování pod vlivem návykových látek, dochází ještě k jednomu krátkému období dekompenzace (7.2.3) klienta a téměř ztrátě veškerého kontaktu. Klient navíc v této době přichází o řidičský průkaz (7.3), který ho podle jeho slov „držel nad vodou“ – myšleno ve smyslu, že měl něco víc než většina ostatních klientů kontaktního centra. Situaci se naštěstí podaří včas zachránit. Domnívám se, že na *záchranu situace* mohl mít vliv i první kontakt s klientem mimo kontaktní centrum. Setkání v kavárně mohlo v klientovi evokovat skutečný pocit zvýšeného zájmu ze strany pracovníka, poprvé také více hovořil o svých osobních tématech.

Kromě toho další známkou dobře se vyvíjejícího vztahu bylo pro autorku klientovo pozvání do jeho místa pobytu (7.4) - „*squatu*“. Ačkoli se Viktor následně tomuto setkání nějakou dobu vyhýbal, podařilo se ho s několikátýdenní prodlevou přeci jen uskutečnit (7.4.1). Tento krok byl podle autorky jako jeden z nejvýznamnějších, co se týče budování důvěry klienta k pracovníkovi. Viktora totiž provázely obavy, že spolupracujeme s policií, proto pro něho musel být tento krok při rozhodování velmi náročný.

Od tohoto momentu byla práce s klientem bez významnějších výkyvů, a to s ohledem na vzrůstající důvěru klienta k pracovníkovi. Viktor aktuálně užívá pervitin méně, ale naopak se čím dál častěji objevují dny, kdy Viktor více užívá alkohol a marihuanu, což dává hodně do souvislosti se samotou. Popisuje, že užívané látky mu pomáhají *nebýt tak sám*,

3. Stadium *aktivní změny* je zařazeno do období, kdy klient užil pervitin naposledy (7.4.1) a pokračuje až do období ukončování spolupráce, které trvá od ledna do března 2017 (7.5). Skutečnost vlivu kvalitně vytvořeného vztahu a důvěře k pracovníkovi, klient potvrzuje ve dvou případech:

- Po schůzce, která proběhla do dluhové poradny se Viktor zmiňuje o tom, že obecně nevěří ženám – následně dodává, že case managerka (autorka práce) je výjimkou (7.4.3).
- Ve druhé řadě svoji důvěru v pracovníka zmiňuje v SMS, kterou zaslal ze zahraničí, během pobytu u své matky (7.4.5).

V tomto stadiu se ještě pořád objevují dny, kdy se Viktor opije, ale to se mění v době, kdy se v zaměstnání seznamuje s lidmi z nedrogového prostředí a s ženou, se kterou následně plánuje společné bydlení (7.5). Po vytvoření dobrých sociálních vazeb se už pravděpodobně necítí tak sám a svůj volný čas je schopný více efektivně vyplnit – což později potvrzuje v katamnestickém rozhovoru (7.6).

4. Poslední stadium *udržování změny* je zařazeno do období po ukončení spolupráce, a na základě provedeného katamnestického rozhovoru (7.6), až do současnosti.

10.1.1 Další výsledky

- *Druhá výzkumná otázka* zjišťovala, které aspekty jsou pro klienta během spolupráce důležité. Z předloženého textu vychází, že pro klienta bylo důležité především navázání vztahu s někým, kdo ho dokáže vyslechnout. Často docházel na domluvené schůzku jen proto, aby se mohl svěřit s tím, co se mu aktuálně podařilo. Toto tvrzení podporuje Viktoro vyjádření v dotazníku, proč je tento druh spolupráce pro něho zajímavý²¹. Dřív jeho motivace ke změně nebyla příliš velká, protože jak sám uvedl, měl pocit, že na světě nikoho nezajímá, a proto také neměl důvod na svoji aktuální situaci cokoliv měnit.

²¹ Otázka č. (1), předchozí kapitola

- *Poslední, třetí otázka*, se ptala, zda se podařilo během spolupráce naplnit stanovené cíle. K tomuto účelu posloužil sestavený individuální plán (7.3.1) a jeho následné vyhodnocení. Viktor si na začátku intenzivní spolupráce stanovil 12 cílů (čísla v textu), z nichž se mu během jednoho roku podařilo celkem šesti z nich docílit úplně a ty zbývající se alespoň řešit pokoušel nebo se mu je podařilo naplnit později.

Dosažené cíle:

Viktor podstoupil 1. testování na infekční onemocnění, 2. podařilo se mu osvědčit v podmíněném trestu, 3. začal chodit do zaměstnání a 4. navázal kontakt s matkou, přičemž po celou dobu aktivně a pravidelně 5. docházel na konzultace do kontaktního centra Stage 5 a ke svému 6. ambulantnímu psychiatrovi.

Cíle, jichž se během spolupráce pokusil dosáhnout:

Ostatní cíle se alespoň pokoušel řešit 7. v práci se mu podařilo navázat vztah se ženou – a podle katamnestických údajů tento vztah nadále pokračuje, 8. naskytla se mu možnost 9. lepšího bydlení – kterou podle stejných údajů využil. 10. Volný čas aktuálně tráví převážně na zahradě a v práci také nalezl 11. okruh známých z řad neuživatelů.

Jediný cíl, jehož výsledek není z dostupných dat jasný a nebyl v průběhu spolupráce zcela naplněn je jeho 12. dluhová situace.

11 Rozvaha a závěr

Jak uvádí Libra (in Kalina, 2015, viz kapitola 8) je jedním z předpokladů funkčnosti case managementu často právě neformální vztah mezi pracovníkem a klientem. Důvěra, kterou do vztahu přináší *skutečný vztah* spolu s tím *profesionálním*, prostřednictvím kterého pracovník klienta vede a propojuje s ostatními zdroji, se tento přístup zdá velmi vhodný, ale jistě má svoje rizika. Z hlediska klienta/pacienta, u kterého mohou mnohdy absentovat kvalitní sociální vazby, může tento vztah představovat přátelství – které se může objevit samozřejmě i u pracovníka, ale ten je na rozdíl od klienta pod pravidelnou supervizi a hranic v pracovním vztahu by si měl být vědom – klient ovšem takový *background* nemá. Zde je nepochybně úkolem pracovníka, aby tyto hranice dokázal korigovat a udržet. Bez ohledu na to, stejně se v adiktologických službách často s tématem vztahu a hranic setkáváme.

Jak bylo uvedeno i v empirické části práce (7.4.4) několikrát jsem sama sebe konfrontovala otázkou: *Jakou v tomto „často neformálním“ profesionálním vztahu hraji roli?* Jsem pro klienta kamarádka, matka nebo opravdu jen case managerka? K nalezení přesné odpovědi by bylo nejspíš třeba dalšího zkoumání, ale podle výsledků spolupráce můžeme alespoň odvozovat, že tento *pracovní vztah*, mohl být pro klienta ve zvyšování jeho motivace k abstinenci jedním z důležitých faktorů. A jak vlastně poznáme, že už nepřekročujeme pomyslné hranice vztahu? Podle mého názoru je má každý pracovník nastavené jinak daleko/blízko, takže pravděpodobně nemůžeme nikdy přesně stanovit, kam až ve spolupráci s klientem můžeme zajít a kde už je to moc. Budeme-li brát stále v potaz etiku vztahu – tedy klienta nijak nepoškodit, nevyužívat apod.

Postup a konkrétní kroky, které byly s klientem využity se nedají zobecnit a dále používat jako zaručený funkční nástroj během doprovázení klienta k abstinenci. Ale jestliže se bavíme o recovery, case managementu a individuálnímu přístupu, nemůžeme pravděpodobně zobecňovat nikdy, protože každý klient má jiné potřeby a každý pracovník jiné pracovní metody a výše zmiňované *hranice*. Přemýšlím, že pokud bychom něco mohli zobecňovat, jedná se pravděpodobně o účinnost case managementu, pokud je klient patřičně motivovaný a jeho vztah s pracovníkem důvěrný a kvalitně navázaný. Strong (1968) uvedl, že pokud je pracovník pacientovi oddaný, může tato důvěra pomoci v pacientovi vyvolat změnu. Zároveň však Rogers (1968) dodává, že vztah v terapii je sice důležitý, ale sám o sobě není pro změnu dostačujícím faktorem, pokud klientovi chybí motivace. Riziko vidím v tom, že klient nemusí vždy na správného pracovníka narazit a kvalitní vztah s ním navázat.

Dále uvažuji nad tím, že během vývoje konkrétního postupu oslovování klientů a jasných kritérií poskytované služby v kontaktním centru, nebyl zpočátku jasně stanovený. Navazování spolupráce s klienty nebylo zrovna nejjednodušší, často vypadávali nebo o nabízenou službu neměli zájem. Viktor se kterým jsem se už delší dobu pokoušela pracovat se tak zdál jedním z mála vhodných *kandidátů* pro intenzivnější práci. Při větším množství klientů na jednoho pracovníka by během spolupráce pravděpodobně nebylo pro vybudování opravdu kvalitního vztahu příliš prostoru.

V teoretické části se práce zabývá také částečně Franklovou logoterapií, jenž se zmiňuje o tzv. nedělní neuróze (3.2), kterou autor řadí mezi jedno z existenciálních témat. Podle mého názoru tento pojem zcela přesně vystihuje stav, kterému byl klient často vystaven. Budeme-li se bavit o období, kdy už klient abstinovat od nelegálních látek a měl zaměstnání, neustále ho provázely volné víkendové dny, které mu činily potíže, protože neměl adekvátní program, kterým by volno vyplnil. V tomto období se u Viktora objevovaly dny, během kterých více konzumoval alkohol a kouřil marihuanu, která mu

pomáhala mimo jiné na potíže se spánkem, ale především mu tyto látky pomáhaly přežít dlouhé prázdné dny.

V tomto směru je patrně dobré věnovat pozornost časovému úseku, kdy klient začal pravidelně chodit do práce. V práci se mu mimo jiné podařilo navázat nějaké další vztahy a začal být v kontaktu s matkou, klient tak kolem sebe vytvořil okruh sociálních vazeb, které několik posledních let neměl. Jeho dny přestávaly být tak prázdné a jeho celková situace se začínala zlepšovat – a zlepšení v mnoha ohledech přetrvává do dnes. Mohli bychom za těchto podmínek hovořit o dosažení cíle, který si klade *recovery* (7.2)? Tedy navození dlouhodobé změny, přičemž je pacient/klient, veden k čím dál větší samostatnosti? A mohl v tomto pokroku hrát nějakou roli popsany jev *hawthornský efekt* (6.2)? Viktor se během několika rozhovorů zmínil, že *nemá pro co žít* – při mém zájmu o klienta, se chodil na domluvené schůzky bavit především o tom, co se mu v posledních dnech podařilo. Hovořil také o tom, že když svoje úspěchy má komu sdělovat, má také *důvod se o něco snažit*. To popisuje i DiClemente (1999), že chybějící motivace nebo důvody k zanechání jsou pro uživatele návykových látek kritickou oblastí.

A co vlastně Viktora motivuje dále abstinovat? Jeho životní situace se zlepšila v mnoha ohledech, tedy narostlo pravděpodobně i množství udržovacích faktorů podporujících zvyšování motivace. Během katamnestického rozhovoru se také zmínil, že jedním z konkrétních a hmatatelných zdrojů je pro něho malý přívěsek *strážného anděla*, který dostal jako vánoční dárek a ten mu často připomíná, důvody k udržení změny. Talisman se pro klienta stal nejspíše nějakým *symbolem abstinence*. Různé talismany proti *cravingu* doporučují např. Nešpor a Csémy (1999) píší: „*Zhotovte si nebo si opatřete abstinentský symbol, talisman nebo něco, co vám bude připomínat vaše dobrá předsevzetí*“. Zdá se, že i takové maličkosti mohou mít pro klienty velký význam.

Závěrem této práce je rozvaha nad vlivem vztahu na klientovi pokroky v „*léčbě bez léčby*“. Důležitých faktorů na jeho cestě k *úzdavě* byla jistě celá řada (nové sociální vazby, motivace, budoucnost atp.), které měly na léčebný progres společný vliv. Stěžejní otázkou však zůstává: Může být v tomto příběhu *vztah nositelem změny*? Podle předložených výsledků se objevují jisté známky toho, že v tomto procesu údravy mohl mít kvalitně navázaný vztah klienta s pracovníkem nějaký vliv, ale do jaké míry? To nám nejspíše žádný výzkumný nástroj přesně změřit nedokáže.

D. Zdroje dat

American Nurses Association (1991). *CHN communiqué*. Washington, DC: Council of Community Health Nursing

Ardito, R. B., Rabellino, D. (2011). *Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research*. Department of Psychology. Center for Cognitive Science. University of Turin, Italy. Publikováno online: doi: 10.3389/fpsyg.2011.00270

Bechyňová, V. (2012). *Případové konference*. Praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. Praha: Portál.

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise*, 16, 252-260.

Braucht, G. N., Reichardt, C. S., Geissler, L. J., Bormann, C. A., Kwiatkowski, C. F., & Kirby, M. W. (1995). *Effective services for homeless substance abusers*. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 87–109.

Brun, C., Rapp, R. C. (2001). *Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relations*. *Social Work*, 46(3), 278–288.

Buber, M. (1995). *Já a ty*. Olomouc, Votobia

Burman S. The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *J Subst Abuse*. 1997; 9:41–61.

Campling, P., Haigh, R.[Eds.] (1999). *Therapeutic Communities: Past, Present and Future*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Clarkson, P. (2009). *The therapeutic relationship*. London: Whurr Publishers.

Clarkson, P., Nuttal, J. (2000). *Working with countertransference*. *Psychodynamic Counselling*, 6, 359-379.

Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 523–532.

Deitch D.A. (1995). *Léčení drogových závislostí v terapeutické komunitě*. In: Marádová, E. [Ed.], *Problematika zneužívání návykových látek*. Sborník. Praha: Pedagogická fakulta UK.

Dekontaminace I. (2016). *Bez léčby?* Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center. Praha: Sananim

DiClemente, C. C. (1999). *Motivation for Change: Implications for Substance Abuse Treatment*. 10 issue: 3, page(s): 209-213

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. New York, Guilford.

Duquette, P. (2010). *Reality Matters: Attachment, the Real Relationship, and Change in Psychotherapy*. *American Journal of Psychotherapy*, 64 (2), 127-151.

- Eysenck H. J. (1952). *The effects of psychotherapy: an evaluation*. J. Consult. Psychol. 16, 319–324.10.1037/h0063633
- Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano*. Praha: Karmelitánské vydavatelství.
- Galanter, M., Kleber, H. D., Brady, K. T. (2015). *Textbook of Substance Abuse Treatment, DSM-5*. The American Psychiatric Publishing.
- Gelso, C. J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: The hidden Foundation of change*. American Psychological Association Press. Washington DC. 363-365
- Gelso, C. J. (2014). *A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research and Practise*. Psychotherapy Research, 24, 117-131.
- Gelso, C. J., Carter, J.A. (1994). *Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment*. Journal of Counseling Psychology, 41, 296-306.
- Grohar-Murray, M., & DiCroce, H. (2003). *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada.
- Hebb, D. O. (1949). *Drives and the C.N.S. (conceptual nervous system)*. Psychological Review, 62, 243-254.
- Horvath A. O., Greenberg L. S. (1989). *Development and validation of the working alliance inventory*. J. Couns. Psychol. 36, 223–233.10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath A. O., Luborsky L. (1993). *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 61, 561–573.10.1037/0022-006X.61.4.561
- Hser YI. *Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: findings from a 33-year follow-up study*. J Addict Dis. 2007;26(1):51–60.
- IHRA (International Harm Reduction Association). (2010). Co je „harm reduction“? Dostupné z: [https://www.hri.global/files/2010/10/26/Briefing - WhatisHR%28czech%29amended2.pdf](https://www.hri.global/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf)
- Imhof, J. (1991). *Countertransference issues in alcoholism and drug addiction*. Psychiatric Annals, 21 (5), 292-306.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. 1. vydání.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing, a.s., str. 301-315, 355, 634-647
- Kanter, J. (1989). *Clinical case management: Definition, principles, components*. Hospital and Community Psychiatry, 40(4), 361–368.
- Kelly, J. F, White, W. L. (2010). *Addiction Recovery Management. Theory, Research and Practise*. Humana Press. Pages 10-11.
- Kratochvíl, S. (2007). *Příběhy terapeutických skupin*. 1. vydání, Triton.

- Levinas. E. (1997). *Totalita a nekonečno: Esej o exterioritě*. Oikoymenh.
- Lightfoot, L., Rosenbaum, P., Ogurzsoff, S., Lavery, G., Kusiar, S., Barry, K. et al. (1982). *Final Report of the Kingston Treatment Programmed Development Research Project*. Ottawa, Canada: Department of Health and Welfare, Health Promotion Directorate.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Portál. Praha
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Frey RM. *Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action*. J Consult Clin Psychol. 1997;65(5):768–77.
- NCADD. (2015). *Definition of Recovery*. Dostupné z: <https://www.ncadd.org/people-in-recovery/recovery-definition/definition-of-recovery>
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999). Bažení (craving). Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportpropag, str. 36
- Nuttal, J. (2002). *Modes of therapeutic relationship in brief dynamic therapy – a case study*. Psychodynamic Practise, 8 (4), 505-523.
- Olecká, I., & Ivanová, K. (2010). *Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku*. EMI, 2, 19-24. ISSN 1804-1299.
- Orlinsky D. E., Howard K. I. (1986). “*Process and outcome in psychotherapy*,” in Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis, 3rd Edn, eds Garfield S. L., Bergin A. E., editors. (New York: Wiley;), 311–385
- Orwin, R. G., Sonnefeld, L. J., Garrison-Mogren, R., Smith, N. G. (1994) *Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management programs for homeless persons: Lessons from the NIAAA Community Demonstration Program*. Evaluation Review. 18 (2):153–207
- Payne, G., Payne, J. (2004) *Key Concepts in Social Research. The Hawthorne Effect*. Publication online, 2011.
- Phaneuf, M., (2008). *Case Management: Tools and Coordination Methods*. Dostupné z: http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/Case_management_to_ols_and_coordination_methods.pdf
- Powell, S. K., (2000). *Case Management. A Practical Guide to Success in Managed Care*. Lippincott.
- Psychoweb.cz (n.d.). Risperidon – Ratiopharm, Zolofit
- Prochaska, J., Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing.
- Rapp, R., C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2014). *The Efficacy of Case Management With Persons Who Have Substance Abuse Problems: Three-Level Meta-Analysis of Outcomes*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.82, No.4, pp.605-618.

- Ridgely, M. S. & Willenbring, M. (1992). *Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues*. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management* (NIDA Research Monograph 127) (pp. 12–33). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Richter, C.P. (1927). *Animal behaviors and internal drives*. *Quartely Review of Biology*, 2, 307-343.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí*. Praha: Portál.
- Rose, M. S., Moore, V., L. (1995). CM. In RICHARD, L. E. et al. *Encyclopedia of Social Work*. NASW. Washington: Nasw Press.
- Siegal, H. A., Rapp, R. C, Keluher, C. W., Fisher, J. H., Wagner, H. & Cole, P. A. (1995). *The strengths perspective of case management: a promising inpatient substance abuse treatment enhancement*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(1), 67-72.
- Simpson, D. D. (2001) *Modeling treatment proces and outcomes*. *Addiction*. 96(2): 07–11.
- Stage 5. (2017). *Case management manuál Stage 5*, Praha
- Stahler, G. J., Shipley, T. F., Bartelt, D., DuCette, J. P. & Shandler, I. W. (1995). *Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success*. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), 151–167.
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative Case Studies*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 443-466). Thousand Oaks, CA,: Sage Publications Ltd.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). *Alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program and clinical evaluation*. *Archives of General Psychiatry*, 37(4), 392–397.
- Strong S. R. (1968). *Counseling: an interpersonal influence process*. *J. Couns. Psychol.* 15, 215–22410.1037/h0020229
- Strupp H. H., Hadley S. W. (1979). *Specific versus non specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome*. *Arch. Gen. Psychiatry* 36, 1125–1136
- Strupp H. H. (2001). *Implications of the empirically supported treatment movement for psychoanalysis*. *Psychoanal. Dialogues* 11, 605 61910.1080/104818811093486 1
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (1998). *Comprehensive case management for substance abuse treatment, TIP Series 27*. Rockville: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Grada Publishing a.s.
- The Asociation fo Qualitative Research: the hub of qualitative thinking. Dostupné z: <https://www.aqr.org.uk/glossary/hawthorne-effect>
- Thornquist, L., Biros, M., Olander, R., Sterner S. (2002) *Health care utilization of chronic inebriates*. *Academic Emergency Medicine*. 9 (4):300–08

- Timulák, L. (2005). *Současný výzkum psychoterapie*, Triton
- Tomsa, P. (2016). *Case management ve službách drogové prevence*. Časopis: Sociální služby, 26- 27. Dostupné z: [www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Case%20management\(1\).pdf](http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Case%20management(1).pdf)
- Ungvarsky, J. (2017). *Logotherapy*. Salem Press Encyklopedia
- Úlehla, I. (2009). *Umění pomáhat*. Praha: Slon
- Vanderplasschen, W. (nedat.). Pracovní listy. *Přehled účinnosti různých modelů case managementu pro uživatele látek*. 0006. Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R. a Broekaert, E. (2004). *The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe*. *Psychiatric Services*, 55(8). s. 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R., Broekaert, E. (2007). *Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Population*. *J Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95
- Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál
- Vymětal, J. (2003). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2. aktualizované vydání.
- Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2. rozšířené a přepracované vydání.
- Walters, G. D. (2009). *Spontaneous Remission from Alcohol, Tobacco, and Other Drug Abuse: Seeking Quantitative Answers to Qualitative Questions*. Published online.
- Wheel of Change*: Prochaska a DiClemente, in DiClemente, Scott (1997); Wanigaratne, Wallace, Pullin et al. (2008).
- Wickizer, T., Maynard, C., Atherly, A., et al. (1994). *Completion rates of clients discharged from Drug and Alcohol treatment Programs in Washington State*. *Am J Public Health* 84(2): 215-221
- Woodside, M. & McClam, T. (2002). *Generalist case management: A method of human service delivery*. Florence: Thomson Learning.
- Yalom, I. D. (2004). *Láska a její kat*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2005). *Každý den o trochu blíž*, Praha: Portál.
- Yee, D. L. (1990). *Developing a quality assurance program in case management service settings*. *Caring Magazine*, 30-35.
- Yerks, S. (2012). *Countertransference Knowledge and Substance Abuse Treatment*. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 106.
- Zeig, J. K., Rogers, C., Satirová, V., Watzlawick, P., Ellis, A., Beck, A., Lazarus, A. (2005). *Umění psychoterapie*. Praha: Portál.

12 Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 2: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementeho	16
Obrázek 4: Linie klíčových událostí	58
Obrázek 5: Vliv vztahu na změnu motivace	63
Tabulka 1: Podmínky terapeutického vztahu dle Rogerse	5
Tabulka 2: Individuální plán	42