

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Diplomová práce

Užití přístupu orientovaného na klienta v terénní práci
s uživateli pervitinu

Autor práce: Bc. Martin Kratejl

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Studijní program: Etika v sociální práci (KS)

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracoval pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích, dne 28. 3. 2022

.....
Bc. Martin Kratejl

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucímu práce doc. PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D. za ochotu vedení mé práce a za velkou toleranci. Poděkování patří i všem těm, kteří mě v psaní této práce podpořili.

Obsah

Úvod	6
1 Uživatelé pervitinu a jiných amfetaminů.....	8
1.1 Pervitin a jiné amfetaminy.....	8
1.2 Další často užívané drogy v ČR.....	12
1.3 Uživatelé pervitinu	14
1.3.1 Typy uživatelů pervitinu.....	16
1.3.2 Faktory závislosti a její modely	17
1.3.3 Problémy uživatelů pervitinu.....	20
1.3.4 Specifika uživatelů pervitinu v rámci streetworku	22
2 Streetwork.....	24
2.1 Streetwork specifika a cíle.....	26
2.2 Kroky k naplnění cílů streetworku podle Podzimka, Zajíčka.....	27
2.3 Streetwork forma a definice výkonů podle Bednářové, Seznamu a definic výkonů adiktologických odborových služeb	32
2.3.1 Rozšiřující formy práce podle Seznamu a definic výkonů adiktologických odborových služeb, streetwork.....	35
2.4 Harm reduction	36
2.4.1 HR podle Tatarského.....	38
3 Přístup orientovaný na klienta.....	41
3.1 Vývoj přístupu orientovaného na klienta	44
1.1. Základní pojmy	47
3.2 Podmínky vztahu.....	49
3.3 Terapeutický proces	55
3.4 Silné a slabé stránky přístupu podle Kaliny	58
3.5 Harm reduction psychotherapy	59
3.5.1 Východiska HRP	60

3.5.2	Úkoly terapeuta/pracovníka.....	62
3.5.3	Fáze HRP terapie	65
3.6	Příklady z praxe	66
3.6.1	Klientka Anna	67
3.6.2	Klient Honza	72
	Závěr	76
	Použité zdroje	78
	Abstrakt	83
	Abstract	84

Úvod

Ve své diplomové práci se zaměřím na téma „Přístup orientovaný na klienta v terénní sociální práci s uživateli pervitinu“. Závislost na pervitinu u nás představuje velký problém, jelikož v současné době je v České republice okolo 35 tisíc injekčních uživatelů pervitinu. Inspirací pro napsání této práce mi byla má osobní zkušenost z organizace Jihočeský streetwork PREVENT, ve které pracuji již druhým rokem.

Pro mě jakožto terénního sociálního pracovníka je dobré mít znalosti nejen o tom, co se skrývá pod pojmem streetwork a co je náplní streetworkera, ale také o přístupu orientovaném na klienta a jeho možných alternativách, neboť tento přístup má nepřeborné množství využití v sociální práci, a to nejen s uživateli pervitinu a jiných drog. V práci vycházím z děl samotného autora přístupu Rogerse a z dalších významných osobností působících jak u nás, tak v zahraničí. Část práce věnuji Harm reduction psychoterapii (dále HRP), jež je inovativním přístupem vycházejícím z přístupu orientovaného na klienta. HRP u nás v současné době nemá příliš velkou tradici, ale přesto ji v průběhu své praxe zkouším na klienty aplikovat. Co se týče HRP, vycházím hlavně z autora tohoto směru, a to z děl Tatarského.

Cílem této diplomové práce je charakterizovat cílovou skupinu, na niž se práce soustředí, a to skupinu uživatelů pervitinu a jejich problémy plynoucí z užívání. V práci je zmíněn i samotný pervitin a jiné drogy, se kterými se uživatelé mohou v rámci své drogové kariéry setkat. Dalším cílem je charakterizovat uceleným pohledem přístup orientovaný na klienta, jeho základy, historický vývoj, alternativy a současné využití v terénní sociální práci s uživateli drog. Psychologickým záměrem celé práce je zhodnotit možnosti využití tohoto přístupu při práci s klienty v nízkoprahových podmínkách, jež v terénních programech panují. Důležité je zjistit, jestli je pracovník schopen pomocí tohoto přístupu klienta motivovat ke změně. V práci je také pojednáno o konceptu samotné terénní sociální práce, hlavně tedy o konceptu *streetworku*. Metodou k dosažení stanovených cílů je rešerše relevantní literatury a zhodnocení mé praktické činnosti v organizaci Jihočeského streetworku PREVENT.

V důsledku zvolených cílů a metod je práce rozdělena na tři části. První část tvoří uživatelé pervitinu a jiných amfetaminů. Hovořím také o pervitinu, jeho historii, účincích ad., o samotných uživateli a modelech závislosti. Zmínka je zde také o dalších nejčastěji užívaných drogách. Na toto téma navazuje ucelený pohled na *streetwork*, jeho specifika, cíle a formy práce. Hlavní zaměření u forem práce je věnováno *Harm*

Reduction (dále HR). HR není totiž pouze metodou práce s uživateli drog, ale také filozofií, kterou by se měli pracovníci terénních programů řídit. Třetí částí představuje ucelený pohled na přístup orientovaný na klienta a jeho alternativu *harm reduction psychotherapy*. V této závěrečné fázi uvádím možnosti užití obou přístupů na kazuistikách klientů.

1 Uživatelé pervitinu a jiných amfetaminů

V této kapitole se budu zabývat pervitinem, přesněji jeho charakteristikou, rozšířením v České republice, účinky a riziky spojenými s jeho užíváním. Zmíněny budou i další nejčastější drogy, s nimiž se klienti mohou setkat, je zde zahrnuta i první pomoc při akutní intoxikaci. Následně budeme definovat uživatele pervitinu, jejich motivace k užívání, etiologii závislosti, fáze drogové kariéry a samotnou závislost na této látce.

1.1 Pervitin a jiné amfetaminy

Jedná se o látky spadající do skupiny psychomotorických stimulantů. Psychostimulantia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují duševní i tělesný výkon. V případě, že dojde k opakovanému užití v rámci krátkého časového odstupu, je vzestup výkonnosti obvykle spojen se zhoršením kvality.¹

„Mechanismus účinku spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů – dopaminu, noradrenalinu, popř. i serotoninu – na synapsích v centrální nervové soustavě, eventuálně v přímé vazbě na receptory v centrální nervové soustavě. Tím dochází ke zvýšenému přenosu signálu na postsynaptický neuron.“²

Mezi hlavní zneužívané látky z této kategorie se řadí metamfetaminy, amfetaminy, MDMA či kokain. V České republice je nejčastěji užívaným psychostimulanciem metamfetamin neboli pervitin. Podle posledních odhadů z roku 2019 je v Čechách okolo 34,6 tisíc rizikových uživatelů této drogy. K užívání metamfetaminu v obecné populaci neexistují žádná specifická nosná epidemiologická data. Podle posledních průzkumů je prevalence užívání vyšší u mužů ve věku od 25 do 29 let, přesto se nedá skupina uživatelů přesně zařadit do určité společenské vrstvy či etnické skupiny.³ Data z Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti hovoří o tom, že pervitin alespoň jednou v životě užílo 5,4 % populace ve věku od 15 do 64 let a ke smrti spojené s předávkováním pervitinem došlo za zmíněný rok jen ve 12 případech.⁴ Dle mých praktických poznatků

¹ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8. s. 70.

² Tamtéž, s. 70.

³ Srov. CHRIST, M. BRAUNWARTH, W-D. DIRKS, H. DYBA, J. PETRI, R.H. HARFST, T. FLEISCHMANN, H. *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017. ISBN: 978-80-7440-178-7 s. 17.

⁴ MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8. s. 6.

dominují ve skupině uživatelů pervitinu muži od 25 do 40 let. Osobně si myslím, že je větší prevalence u členů romského etnika, ale pravděpodobně se jedná spíše o trend Jihočeského kraje, nikoli o celorepublikový fakt. Ze současných dat víme, že většina uživatelů pervitinu aplikuje drogu intravenózně, jiné formy aplikace jsou pro ně sekundární. Za rok 2019 se osobám užívajícím drogy intravenózně (celkem 45 tisíc osob, z toho 34,6 tisíc uživatelů pervitinu a 10 tisíc uživatelů opioidů) distribuovalo v rámci programů pracujících s drogově závislými okolo 7,5 milionu jednorázových injekčních stříkaček.⁵ Hrubým odhadem se na našem území ročně vyprodukuje něco okolo deseti tun pervitinu, kdy sedm tun je určeno na domácí trh a zbytek slouží pro vývoz do zahraničí.⁶

U pervitinu převažuje intravenózní aplikace (injekčně do žíly) následovaná aplikací intranazální (šňupání). Za méně častý způsob užívání se považuje inhalace po zahřátí na alobalu nebo požití *per os*.⁷

Rychlost nástupu účinků je závislá na aplikaci, v rámci intravenózní aplikace se účinky dostavují během několika sekund. V rámci aplikace intranazální se jedná o jednotky minut a při aplikaci *per os* dochází k nástupu účinků během 30 až 60 minut. Opět si můžeme účinky rozdělit do tří skupin na krátkodobé, dlouhodobé a nežádoucí.

Krátkodobé účinky:

- Odstranění únavy, urychlení myšlení, zvýšení hovornosti,
- pocit síly a energie (dochází k aktivaci osy sympatiku),
- nechutenství, snížený příjem potravy,
- mydriáza (rozšíření zornic),
- zvýšení libida.⁸

⁵ Srov. ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2020. *Návykové látky v České republice v roce 2019*. Zaostřeno 6 (6), s. 1–20.

⁶ Srov. Prevcentrum, 2018, Pervitin (online). (cit. dne 20.2. 2022). dostupné na: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>

⁷ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*, s. 71.

⁸ Srov. Prevcentrum, 2018, Pervitin (online). (cit. dne 20.2. 2022). dostupné na: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>

Dlouhodobé účinky:

- Nápadné hubnutí, problémy s pletí, sešlost, typické pohybové stereotypy („vykroucenost“),
- halucinace (sluchové, bludy), typicky paranoidně-perzekučního charakteru,
- Toxická psychóza,
- vznik psychické závislosti.⁹

Nežádoucí účinky:

- Sucho v ústech při intoxikaci, zvýšené pocení,
- bolesti na hrudi a přetížení krevního oběhu, s tím je spojeno riziko selhání srdce,
- tzv. dojezd, tzn., že po vysoké výkonnosti nastává stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinků,
- pohybové stereotypy („vykroucenost“),
- anxiogenní efekt (strach a úzkostné prožívání),
- tzv. stíha, tzn. pocity pronásledování a ohrožení,
- nadměrná koncentrace na nějakou, mnohdy nesmyslnou činnost,
- zvýšené množství chyb.¹⁰

S pervitinem se pojí různá rizika, která můžeme rozdělit jako u každé jiné drogy do několika kategorií.

První kategorii představují **rizika zdravotní**. Jelikož je metamfetamin hepatotoxický a neurotoxický pro dopaminergní nervová zakončení, dochází k postupné poruše motorických funkcí a paměti (poškození hipokampu) a jater. Toto poškození může být při dlouhodobé abstinenci v některých případech reverzibilní. Dále pak užívání pervitinu zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění a zhoršuje prognózu v případě, že se takové onemocnění již rozvinulo. Dochází ke zvýšení rizika mrtvice, srdeční arytmie či problémů s funkcí plic.¹¹ Pravidelné užívání je spojeno s problémy v kognitivní oblasti, nejčastěji se jedná o problémy s pamětí, zhoršené schopnosti se učit a zhoršení kognitivní

⁹ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*, s. 72.

¹⁰ Srov. Tamtéž, s. 71-72.

¹¹ Srov. DARKE, S, DUFLOU, J, KAVE, S. *Prevalence and nature of cardiovascular disease in methamphetamine-related death: A national study*. Drug Alcohol Depend. 2017. PMID: 28787694. s.175_176. dostupné online na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0376871617303770?token=0F6EF66F7A57D72EA36B5D23D1A00A6B8389D24BAF82DA1606E58F13BA23901B1801504FDBDFE BE35F4B2AF59D413803&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220304121538>

flexibility (uživatel nemění své chování na základě nových informací). Pouze některé z těchto funkcí se vrací do normálu v rámci dlouhodobé abstinence.¹²

V souvislosti s užíváním pervitinu se mohou objevit úzkostné stavy, a to již v rámci jednorázové intoxikace. V některých případech se mohou objevit panické ataky, které lze bez pomoci lékaře těžko odlišit od akutního onemocnění srdce. Užívání pervitinu zvyšuje pravděpodobnost agresivního chování uživatele, díky tomu se uživatel dostává do sociální izolace, jež je opět jednou z příčin rozvoje deprese.¹³ Při dlouhodobém užívání se rozvíjí toxická psychóza (jedná se o přechodný stav, který má příznaky paranoidní psychózy).

Toxická psychóza v méně komplikovaných případech odezní sama bez potřeby medikace, během několika dní. V komplikovaných případech je potřeba hospitalizace na psychiatrii a užití antipsychotik. Příznaky toxické psychózy by měly odeznít v rozmezí jednoho až šesti měsíců. Bohužel až 30 % uživatelů, kterým byla diagnostikována toxická psychóza, bylo v průběhu dalších osmi let diagnostikováno jiné psychotické onemocnění, jež neodezní ani při delší abstinenci. Dlouhodobé a časté užívání metamfetaminu vede k rozvoji psychické závislosti, somatická závislost při užívání nevzniká.¹⁴

Druhou kategorií jsou **rizika ekonomická**. V rámci těchto rizik hovoříme o finančních nákladech, a to nejen o těch, které potřebuje uživatel k sehnání drogy, ale i o těch spojených s odstraňováním dalších rizik, například provoz služeb pro uživatele, léčba nemocí spojených s užíváním ad.

Za třetí kategorii považujeme **rizika kriminální**. Do této kategorie zahrnujeme primární drogové trestné činy: držení, výroba, prodej nezákonných drog. Jedná se o trestné činy definované v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, a to pod paragrafem § 283–287, dále sem pak patří paragraf § 39 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Jestliže mluvíme o sekundárních drogových trestných činech, pak hovoříme

¹² Srov. BERNHEIM, A, SEE R. E., REICHEL, CM. *Chronic methamphetamine self-administration disrupts cortical control of cognition*. Neurosci Biobehav Rev. 2016. PMID: 27450578. s. 43-44. dostupné online na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0149763415303523?token=2668DC8DB951522A5D3875E3B931F8DCE169EEE9A6ED7EE11C2475BF4FF28FF30B8B411B18EF5CEEB3BBBCF26912A5D3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220304121748>

¹³ Srov. MCKETIN, R, LUBMAN, DI, NAJMAN, JM, DAWE S, BUTTERWORTH, P, BAKER, AL. *Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study*. Addiction. 2014 PMID: 24400972. s. 803_804. dostupné online na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12474>

¹⁴ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*, s. 73.

o ostatních trestných činech, které byly spáchány v jakékoliv souvislosti s drogami nebo pod jejich vlivem (drobná majetková kriminalita, řízení pod vlivem, zastrašování atd.).¹⁵

Poslední kategorii tvoří **rizika v oblasti sociální**. Jedná se zejména o změny v sociálních kontaktech, vztazích a patologiích v nich. Mezi další příklady řadíme nedokončení vzdělání, ztrátu zaměstnání a horší schopnost fungování v širších sociálních vazbách.¹⁶ „*Pro uživatele pervitinu je typická orientace na osoby, které užívají tuto látku nebo přes které je možné se k ní dostat. Dochází k redukci vztahů s „nedrogovou“ společností a vzhledem k patologii v chování jedince také k narušení nebo přerušení vztahů s nejbližším sociálním okolím. Sociální kontakt se tak často redukuje na uživatele drog, policii, případně pracovníky v pomáhajících profesích.*“¹⁷

Při předávkování je terapie symptomatická a spočívá hlavně ve ztišení zvýšené dráždivosti a hyperaktivity nervového systému. Nezbytné je ochlazení a monitorování srdeční činnosti, někdy je nutná korekce arytmií. Neklid a agitovanost je nutno omezit, utlumit benzodiazepiny nebo nízkými dávkami neuroleptik. Možná je také acidifikace moči urychlující eliminaci stimulantů v těle. Další somatické příznaky jako třeba tachykardie a hypertenze se dají léčit beta-blokátory.¹⁸

1.2 Další často užívané drogy v ČR

V této podkapitole se věnuji dalším nejčastěji užívaným drogám u nás, a to hlavně z toho důvodu, že mnoho uživatelů pervitinu můžeme nazvat výrazem polydrugové (lidé užívající více drog najednou). Lidé v naší zemi se také často dostávají do kontaktu s jinými uživateli, kteří jim mohou tyto drogy nabídnout.

Nyní se zaměřím na **Mefedron**, chemicky 4metylmethkathinon (4-MMC). Prvně byl syntetizován roku 1929 a v Evropské unii se distribuuje od roku 2007 v podobě kapslí, tablet nebo bílého prášku. Mefedron se dá užívat intranazálně, intravenózně či *per os*. Můžeme ho nalézt také ve skupině nových syntetických drog (NSD), dříve se prodával

¹⁵ Srov. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4. s. 20-23.

¹⁶ Kalina, K. (Ed.). (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Rada vlády České republiky, Meziresortní protidrogová komise, s. 93.

¹⁷ ZAHRADNÍK, J. *Postoj dlouhodobých uživatelů pervitinu k alkoholu*. Olomouc, 2017. Magisterská Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. s. 15_16. dostupné na: https://theses.cz/id/3h6yia/DP_Jan_Zahradnk.pdf

¹⁸ Srov. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0. s. 140.

pod názvem meow meow (mňau mňau). V roce 2011 byl přidán na seznam zakázaných látek.¹⁹

Extáze a jiné taneční drogy spadají do skupiny syntetických látek, které lze charakterizovat převažujícím kontextem užívání na akcích s nejen reprodukovanou elektronickou hudbou (*parties a raves*). Tyto látky se dnes rozšiřují i na festivaly jiných hudebních žánrů (rap, hip hop, rock, metal ad.). Mezi hlavní zástupce řadíme extázi (MDMA) neboli 3,4metylendioxymetamfetamin a látky jí podobné (MDEA, MDA). Mechanismus účinku spočívá v ovlivnění serotoninergního, dopaminergního a noradrenergního neurotransmiterového systému.

Po požití extáze (MDMA) nastává k uvolnění serotoninu uloženého v zásobních synaptických váčcích z presynaptického zakončení neuronu do synaptické štěrbiny. Dále pak dochází ke stimulaci syntézy a sníženému zpětnému vychytávání serotoninu. Na základě toho se snadněji uvolňuje dopamin. Po odeznění účinků MDMA dochází k vyrovnání hladiny serotoninu a jeho následnému opětovnému poklesu. Často může nastat tzv. *mid week blues*, jedná se o pokles nálady typicky uprostřed následujícího týdne po víkendové party.²⁰ Účinky extáze se dají shrnout takto. V první fázi po užití drogy se objevuje neklid a mírná zmatenost. Tyto příznaky ve druhé fázi ustupují a dostavuje se klid, pohoda, stres mizí a nálada se projasňuje. Pokud se droga užije ve skupině či páru, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Tento pocit vcítění je uživateli ceněn.²¹ Podle výroční zprávy za rok 2019 u nás užilo extázi odhadem kolem 109 tisíc osob. Právě extáze se u nás nachází na druhém místě v nejčastěji užívaných nelegálních návykových látkách, hned po konopných drogách.

Konopné látky neboli canabioidy patří mezi psychadelika (halucinogeny). Mají nejen ve světě, ale i v Evropě bohatou historii. Nejstarší písemné doklady o používání konopí pochází z období kolem roku 2737 před Kristem, jedná se o farmakologické pojednání od legendárního čínského lékaře Šen-nunga. Ovšem toto dílo se fyzicky nedochovalo a o jeho existenci víme jen z knihy vzniklé v dynastii Han v prvním století po Kristu. Informace o využití konopí se také nachází v nejstarší dochované čínské knize, tj. v Knize písní pocházející z období prvního století před Kristem. Ovšem odkazuje se v ní

¹⁹ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*, s. 74.

²⁰ Srov. Tamtéž, s. 76-77.

²¹ Srov. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4. s. 62.

na prameny, které jsou až o 2 000 let starší. Konopí se využívalo nejen v léčitelství, ale téměř po dobu 5 000 let sloužilo jako zdroj pevných textilních vláken k výrobě oblečení, plachet, lan ad. Ze semen konopí se vyráběl konopný olej bohatý na proteiny a mastné kyseliny.²² Nejaktivnější psychotropní látkou obsaženou v canabioidech je delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (THC). Dále se hovoří o canabidiolu (CBD), jenž má anxiolytický a antipsychotický efekt. V současné době v důsledku šlechtění koncentrace CBD v rostlinách ovšem klesá. Přesto vypadá, že se současným rozmachem užívání CBD nejen mezi sportovci by se trend snižování obsahu CBD mohl otočit. THC funguje na principu vytěšňování endogenních látek z vazby na canabiodní receptory.²³ V Čechách za rok 2019 užilo konopí asi 11 % dospělé populace, a proto je konopí nejužívanější nelegální drogou u nás.

Opioidy jsou tlumivými (analgetickými) látkami s výrazným euforickým efektem, které byly původně získávané z opia (sušená šťáva z nezralých makovic máku setého, *Papaver somniferum album*). Nejvýznamnějšími přírodními zástupci jsou alkaloidy - morfiium a kodein. Za nejvýznamnější zástupce syntetických a polysyntetických opioidů považujeme heroin, metadon a buprenorfin. V medicíně se tyto látky nejčastěji používají k tlumení bolesti, jsou charakteristické rychlým vznikem fyzické závislosti a zvláštními příznaky při odvykání, tzv. *syndrom opiátového typu* (bolest svalů, kloubů, pocení, slzení a průjmy). Opium zná lidstvo již po tisíciletí, jako první ho pěstovali Sumerové a Číňané. Údaje o jeho zneužívání pochází již z druhé poloviny prvního tisíciletí před Kristem. Do Evropy se opium dostalo až v 17. století a bylo hlavně využíváno v medicíně, ovšem hovoří se také o zneužívání již v tomto období.²⁴ Podle odhadů z roku 2019 je v Čechách okolo 10 500 problémových uživatelů opioidů.

1.3 Uživatelé pervitinu

Při práci se závislostí pracujeme velmi často s motivací, a to nejen s motivací klienta přestat, ale i s motivací, jež ho vede/vedla k užívání. Klienti si sami často ani neuvědomují, jaké faktory vlastně mohou ovlivnit jejich motivace k experimentu a následnému opakovanému užívání. Faktory vedoucí člověka k užívání definuje Fischer a jsou celkem čtyři.

²² Srov. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*, s. 45-46.

²³ Srov. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*, s. 64.

²⁴ Srov. Tamtéž, s. 55-56.

Prvně se budeme zabývat **genetickými predispozicemi**. Přestože v dnešní době není ještě jednoznačně určeno, zdali existují specifické genetické informace vedoucí ke vzniku závislostního chování, jsou dostupné studie, které takovou hypotézu potvrzují. Na základě adaptačních studií na dvojčatech lze předpokládat, že geny ovlivňují vznik závislosti asi ze 40 až 60 %. Stejných výsledků bylo dosaženo také při studiích na zvířatech, konkrétně na myších.²⁵ Genetické predispozice ovšem neznamenají to, že se člověk stane závislým. Jak můžeme vidět, viz dále, existuje více faktorů ovlivňujících vznik závislosti například prostředí.²⁶

Biologické predispozice se zakládají na myšlence, že riziko spojené s užíváním psychoaktivních látek může být ovlivněno fyziologickými reakcemi. Nejčastěji se jedná o pocity spojené s intoxikací, kdy někteří mohou mít po užití látky příjemnější pocity a nemají takové problémy s tím látku zpracovat (nemají kocovinu, dojezd atd.). Na základě takovýchto predispozic je větší pravděpodobnost častějšího a také vyššího množství užívání látky.²⁷

Nyní se budeme zabývat **psychickými faktory**. Pravděpodobnost užívání návykových látek je spojena nejen na základě osobních rysů, mezi něž patří například potřeba vyhledávat nové zážitky, sklon k riskantním strategiím ale i snížená citlivost k ohrožení. Existují také určité psychické tendence zvyšující riziko, jedná se o určité způsoby prožívání, které jsou charakteristické emocionálním laděním spojeným se zvýšenou úrovní aktivity, dráždivostí, labilitou či stavy deprese a anxiety. Dále se pak hovoří o určitých způsobech uvažování a hodnocení různých situací (sklony k sebepodceňování/přeceňování) a o určitých způsobech chování hlavně v oblasti sebekontroly. Psychické onemocnění je také jedním z faktorů podporující rozvoj závislosti.²⁸

Dále si rozebereme **sociální faktory**. Všechny již dříve zmíněné predispozice působí v určitém sociálním, kulturním prostředí, jež ovlivňuje projevy těchto faktorů u jednotlivých osob. To znamená, že prostředí může člověka ovlivňovat k rozvoji

²⁵ Srov. Edenberg, H., Foroud, T. *Genetics and alcoholism*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 10. s.487-494. dostupné online na: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.86>

²⁶ Srov. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISSN 1214_1089. s. 3. dostupné online na: https://www.drogoinfo.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf

²⁷ Srov. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0. s. 89.

²⁸ Srov. Tamtéž, s. 89-90.

závislosti například na základě podpory závislostního chování, anebo naopak se prostředí může snažit tyto projevy odsuzovat. Mezi významné sklony zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti patří:

- vliv rodiny (dysfunkční rodina, syndrom CAN, závislost jednoho nebo obou rodičů zvyšuje šanci dítěte na rozvoj závislosti až desetkrát více),
- vliv sociální skupiny (subkultura, oceňování závislostního chování),
- vliv životního prostředí (prostředí měst, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace a vykořeněnost, společenská třída, profesní skupina – čím vyšší skupina, tím nižší počet závislostí),
- sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb).²⁹

Frouzová ještě rozšiřuje myšlenku těchto predispozic a faktorů o **spiritualitu a úroveň jejího prožívání**. Na tento faktor poukazuje na základě hnutí Anonymních alkoholiků (dále AA), kdy mnoho členů AA hovoří o pocitech odcizení a ztráty životního smyslu vedoucích ke zmatku a rozvoji závislosti.³⁰

Heller hovoří o motivacích k užívání v rámci několika oblastí, jedná se o oblasti: sociální, interpersonální, emociální, senzomotorické a intelektuální. To znamená, že uživatel je motivován například bytím v partě, snadnějším navázáním kontaktu s lidmi, vtipností, družností, lepším vnímáním hudby a tance, touhou po uvolnění a sebepoznání.³¹

1.3.1 Typy uživatelů pervitinu

Jak již bylo zmíněno výše, uživatele pervitinu se nedá úplně přesně zařadit do žádné určité sociální vrstvy, třídy či etnika. Proto v rámci definování typů uživatelů budu uživatele řadit podle četnosti a podle důvodů k užívání.

Riziková jedinci představují osoby, které mají některé predispozice, jak již bylo zmíněno. Příkladem mohou být děti, partneři, sourozenci uživatelů a zbytek rodiny.

Experimentátoři jsou osoby užívající různé drogy občasně a nepravidelně. Nedošlo zatím k rozvoji závislosti, drogy u nich nezpůsobují problémy v žádných oblastech života a přináší jim řadu pozitivních zážitků.

²⁹ Srov. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*, s. 90-91.

³⁰ Srov. BRENZA, Jiří a Michal RŮŽIČKA. *"Dokážu to?": pervitin – koncepce školení pro terapeutů*. Olomouc: P-centrum, c2012. ISBN 978-80-905377-0-5. s. 44.

³¹ Srov. Heller, J., Pecinová, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996, ISBN 80-7169-277-8. s. 12.

Příležitostní a rekreační uživatelé jsou taci, u nichž se užívání již stalo součástí životního stylu, ale neužívají častěji než jednou týdně. Začínají se u nich objevovat problémy a komplikace v souvislosti s užíváním drog, ovšem stále ještě nedochází k rozvoji závislosti. Typicky se jedná o uživatele LSD a marihuany.

Pravidelní uživatelé ještě nesplňují diagnostická kritéria závislosti, ale už se u nich začínají projevovat známky problémů ve fyzické, psychické a sociální oblasti. Takoví uživatelé berou drogy více než jednou týdně.³²

Problémoví uživatelé jsou definováni způsobem užívání drogy. Podle EMCDDA se jedná o injekční uživatele drog nebo dlouhodobé či pravidelné uživatele opiátů, kokainu a/nebo amfetaminů. Tato definice konkrétně zahrnuje pravidelné nebo dlouhodobé užívání předepsaných opiátů, jako je metadon, ale nezahrnuje jejich vzácné nebo nepravidelné užívání ani užívání extáze nebo konopí.³³

Závislí uživatelé již splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti (*craving*, potíže v kontrole užívání, nárůst tolerance, somatický odvykací stav ad.). Může, ale nemusí se jednat o problémové uživatele. Pro tyto uživatele je typická nepřekonatelná touha po droze nehledě na následky. Droga již silně ovlivňuje fyzickou, psychickou a sociální oblast. Často dochází k sociální izolaci, kdy se uživatel pohybuje pouze mezi dalšími uživateli.³⁴

1.3.2 Faktory závislosti a její modely

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou je touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.“³⁵

Mezi znaky závislosti patří:

- silná touha nebo pocit puzení, který se nazývá *craving* (bažení),
- potíže v kontrole užívání a sebeovládání,

³² Srov. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6. s. 17.

³³ EMCDDA, 2006, *Methods and definitions*. (online). (citováno dne 10.1.2022). dostupné na: <https://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.

³⁴ Srov. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, s. 17-18.

³⁵ BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1. s. 98.

- somatický odvykací stav (tělesné abstinenční příznaky projevující se po neuzítí drogy, následným cílem užití drogy je eliminace těchto příznaků),
- průkazný nárůst tolerance k účinku drogy (pro dosažení stejného účinku drogy je třeba vyšší dávka než na začátku užívání),
- postupné zanedbání jiných potěšení a zájmů (jedinec se zaměřuje hlavně na získání drogy a opomíjí jiné zájmy, droga je pro něj jediným zdrojem potěšení),
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (jedinec pokračuje s užíváním i přes zdravotní, psychické, ekonomické a další obtíže).

Závislost na droze může být fyzická a psychická. Fyzické závislosti se dá zbavit za pomoci detoxikace. V rámci této závislosti se organismus přizpůsobí droze, jež se stane součástí metabolismu i při látkové výměně. Při vysazení se objevují somatické abstinenční příznaky, které později odezní. Psychická závislost je důvodem relativně dlouhodobé léčby. Jedná se o stav psychiky, který postupně člověka nutí k pravidelnému užívání drogy. Po vysazení se dostavují psychické abstinenční příznaky (úzkost, neklid, agresivita ad.), na jejichž léčbu je třeba terapie.

Pro stanovení diagnózy je potřeba splňovat alespoň tři z výše uvedených podmínek během jednoho roku.³⁶

V rámci závislostí existuje hned několik modelů, kdy oblíbenost jednotlivých modelů se liší v rámci každé země a subjektivity každého pracovníka. V rámci této práce budeme probírat pouze šest modelů závislosti. Součástí každého modelu je pohled na závislost, její příčiny a formy léčby s důrazem na různé složky (faktory) závislosti. Jedná se o tyto složky (faktory) závislosti:

1. **Kulturní faktory**, které ovlivňují rozhodnutí člověka pro užívání drog. Jedná se o postoje vůči braní drog, praktiky určité skupiny/subkultury a samotnou dostupnost drog ve společnosti.
2. **Environmentální faktory**, do nichž patří principy podmiňování a zpevňování, faktory učení a životní události.
3. **Interpersonální faktory**, tj. sociální vlivy (volba životního stylu, tlak vrstevníků ad.) a rodinné faktory (genetické vlivy, fungování rodiny).

³⁶ Srov. BĚLÍK, Václav, Stanislava SVOBODA HOFERKOVÁ a Blahoslav KRAUS. *Slovník sociální patologie*, s. 98-99.

4. Intrapersonální faktory, tj. osobní vývoj, osobnost, rozdíly v pohlaví a afektivní/kognitivní stránka člověka.³⁷

U **morálního modelu závislosti** je závislý „zvrhlíkem“ a závislost je vnímána jako morální slabost, proto je místo léčby dána přednost trestu, neboť „zvrhlík“ by se měl „napravit“ v nápravném zařízení.

V současné době známe **tři psychologické modely závislosti**, a to teorii psychodynamickou, osobních rysů a behaviorálního učení. Pro všechny tyto teorie je společná perspektiva, že léčba může být efektivní, pokud nedojde ke změně příčinných faktorů (faktory viz výše).

Psychodynamická teorie se zaměřuje na osobní patologii uživatelů. Cílem léčby je rozkrývání nevědomých konfliktů, například rodičovské odmítnutí může vést ke vzniku závislosti. Výhodou tohoto přístupu je vysoká efektivita z toho důvodu, že konflikty jsou víceméně neměnné příčinné faktory.

Teorie osobních rysů se zase soustředí na změnu osobních rysů uživatele. Příkladem může být řešení silných úzkostných stavů uživatele. Nevýhodou je nízká efektivita, z důvodu vysoké stálosti osobnostních rysů.

Teorie behaviorálního učení zdůrazňuje změnu posilujících faktorů upevňování, které se uplatňují při závislosti na užívání. Droga u závislých totiž funguje jako prvek posilování chování. Ke změně faktorů může dojít například prostřednictvím změny prostředí. Výhodou je vysoká efektivita v důsledku snadné změny posilujících faktorů. V rámci této teorie se se závislým zpracovává plán odhalující to, jak u závislého droga působí jako posilující faktor a na základě tohoto poznatku je nabídnuta alternativa. Příkladem posilujícího faktoru drogy může být relaxace, potom tedy jako alternativa může být nabídnuta meditace.

V rámci **sociokulturního modelu závislosti** jsou vyzdvihovány sociální síly a kontexty plodící a podporující problémové užívání. To znamená, že kulturní postoje, strukturu rodiny a krizová období představují faktory, které je nutné řešit ve vztahu k jejich možnému dopadu na problémové užívání. Léčba je poté založena na změně environmentálního kontextu, v němž se uživatel nachází. V rámci tohoto modelu se také pracuje s dalšími intrapersonálními faktory například genetikou.

³⁷ Srov. MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-765-3. s. 30.

Medicínský model závislosti se zaměřuje na specifické fyziologické poruchy. Na závislost je pohlíženo jako na nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a pravděpodobně nevléčitelnou. Výhodou tohoto přístupu je posun od morálního hlediska a otevřenost vůči léčbě a jejímu pojistnému krytí. Jelikož je závislost uznána jako nemoc, snižuje se tím vina, kterou může klient za závislost cítit.³⁸

Bio-psycho-sociální model závislosti je v současné době nejčastěji užívaným modelem. „*V souvislosti s řešením závislosti se kombinují biogenetické rysy s psychosociálními faktory ve snaze o poskytnutí integrovaného komplexního modelu. Jedná se holistický model v tom smyslu, že sleduje dopad biologických aspektů na psychologické aspekty a zároveň jejich dopad na sociální aspekty v rámci průběžného interaktivního procesu. Biologická stránka zahrnuje geneticky dané vlastnosti, nitroděložní poškození a povahové nebo fyziologické rozdíly. Psychologické a sociální faktory jsou spojeny do psychosociálních, mezi něž patří interakce daného jedince s rodinou, místní komunitou, školou, zaměstnáním, vrstevníky a sociálními faktory.*“³⁹

Výhodou je zaměření na faktory komplikující a přispívající ke vzniku závislosti, komplexní přístup, individuální posouzení a široké spektrum terapeutických intervencí, protože léčba může spočívat v řešení více než jednoho problému najednou.

1.3.3 Problémy uživatelů pervitinu

V této podkapitole se budu zabývat nejčastějšími problémy uživatelů pervitinu v rámci *streetworku*. Problémy těchto klientů se dají rozdělit do dvou oblastí, a to na problémy zdravotní (fyzické, psychické) a sociální. Skupina sociálních problémů je obsáhlejší, a to hlavně z toho důvodu, že zdravotní problémy spojené s užíváním drog se mohou objevit až po dlouhé době užívání na rozdíl od těch sociálních, které se mohou objevit již v začínajícím stupni závislosti.

Pervitin jako každá droga narušuje homeostázu organismu a může mít patologické důsledky. Rizika vzniku takovýchto důsledků jsou závislá na metodě užívání, četnosti a kvalitě drogy. Všeobecně platí, že intravenózní aplikace je pro uživatele rizikovější než například šňupání.

Kvůli **fyzickým zdravotním problémům** je u uživatelů pervitinu zvýšené riziko přenosu infekčních hepatitid a AIDS/HIV, HIV neboli *human immunodeficiency virus*.

³⁸ Srov. MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*, s. 31-33.

³⁹ Tamtéž, s. 33.

Jedná se o virus, který následně způsobuje smrtelnou nemoc AIDS. Tento virus, jak již název napovídá, může napadnout pouze lidský organismus, není schopen se bez něj rozmnožovat a jeho problematičnost spočívá v tom, že omezuje funkci imunitního systému, neboť napadá a likviduje specifické buňky CD4, které by se daly přirovnat k dirigentům imunitního systému. K přenosu viru může dojít, pokud se některá z tělních tekutin (krev, ejakulát, mateřské mléko, vaginální sekret) dostane do styku se sliznicí dalších osob. Proto je riziko přenosu nejvyšší u nechráněného pohlavního styku a při sdílení injekčních stříkaček a náčiní (pánvička, filtry) mezi uživateli.⁴⁰ Hepatitida B, C je infekční zánětlivé onemocnění jater vyvolané stejnojmenným virem. Stejně jako u HIV se jedná o nemoc s pomalým průběhem. Hepatitida v kombinaci s hepatotoxicitou pervitinu může vést k rychlé k cirhóze jater. Hepatitida se dá léčit antiviroty. Přenos je stejný jako u HIV, a proto jsou uživatelé pervitinu ve větším ohrožení než běžná skupina obyvatel.⁴¹ Často se v praxi setkáváme s tím, že klienti trpí na místní a celkové bakteriální infekce například povrchové záněty žil, abscesy a flegmony. Pokud klienti bydlí na ulici, anebo ve squatech setkáváme se také se svrabem a impetigem. Mezi další fyzické problémy bych zařadil problémy s kvalitou chrupu, pokožky a různá orgánová postižení.

V rámci **psychických zdravotních problémů** se můžeme u uživatelů pervitinu setkat s psychickou komorbiditou, to znamená, že uživatelé mají k závislosti ještě další psychické poruchy. Na základě výzkumů bylo zjištěno, že téměř polovina závislých osob trpí psychickými problémy. Nejčastěji se jedná o generalizovanou úzkostnou poruchu, panickou poruchu a posttraumatickou stresovou poruchu (PTS). Dále se pak setkáváme s vysokou prevalencí duševních poruch, jako jsou deprese, bipolární porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), hraniční porucha osobnosti, antisociální porucha osobnosti a samozřejmě schizofrenie.⁴²

Užívání pervitinu velmi rychle zasahuje okolí uživatele, a proto se **sociální problémy** objevují již v začínajícím stadiu závislosti. Mezi nejčastější sociální problémy patří: sociální vyloučení, zhoršení rodinných a sociálních vztahů, bezdomovectví, nezaměstnanost, drogová kriminalita, špatné trávení volného času. Závislost je zátěžovou

⁴⁰ Srov. Hiv-PREVENCE, 2020, *Co je HIV/AIDS*. (online) (citováno dne 10.2.2022) dostupné na: <https://www.hiv-prevence.cz/co-je-hiv-aids.html>

⁴¹ Srov. IKEM, 2015-2020, *Hepatitida C*. (online) (citováno dne 11.2.2022) dostupné na: <https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-c/a-3619/>

⁴² Srov. *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report*. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (online) (citováno dne 1.2.2022) Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>

situací pro celou rodinu, v rámci závislosti může dojít až k celkové deprivaci a devastaci vzájemných vazeb a vztahů. Závislý jedinec není schopen plnit své rodičovské, psychologické, sociální a materiální povinnosti. Proto pokud se závislému nepodaří abstinovat, může rodina rezignovat a odvrhnout ho. Všechny sociální problémy jsou spojeny s tím, že uživatel dobrovolně přizpůsobuje drogám celý svůj život a rezignuje na většinu plněných rolí.⁴³

1.3.4 Specifika uživatelů pervitinu v rámci streetworku

Uživatelé pervitinu v rámci *streetworku* mají často společné rysy a vlastnosti, jedná se hlavně o to, že:

- nejsou motivováni ke změně, jsou v kontaktu pasivní a nekomunikativní,
- mají velkou obavu ze stigmatizace, jsou trestně stíhaní nebo v „hledáčku“ jiných orgánů například OSPOD, proto výrazně limitují čas i množství informací, které jsou ochotni poskytnout,
- jsou intoxikovaní, náladoví, anebo zažívají psychické problémy (podezřívavost, roztěkanost, paranoia atd.),
- nemají dostatečné znalosti v oblasti bezpečného brání, přenosných chorob atd.,
- mají selektivní vyhledávání informací, nadšení pro drogu (často mladí uživatelé),
- věří mýtům a převládají u nich stereotypy nebo se uzavírají do starého světa (staří uživatelé).⁴⁴

Jejich potřeby se v rámci TP dají shrnout v pyramidě. V pyramidě je patrné, že většina klientů vyhledává hlavně výměnný program a nemá příliš zájem o léčbu a abstinenci.

⁴³ Srov. MORAVCOVÁ, I. *Problémy spojené s užíváním nelegálních látek a jejich dopad na společnost*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta. Katedra křesťanské sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Petra Petková. s. 20-22. dostupné na: <https://theses.cz/id/ziy13g/00170002-920081525.pdf>

⁴⁴ Srov. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010. ISBN 978-80-86728-42-1. s. 85-88.



Zdroj: *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*⁴⁵

V rámci této pyramidy také můžeme vidět, že abstinence a motivace k léčbě většinou není hlavní zakázkou takových klientů, právě naopak. Klientovou jedinou zakázkou a motivací ke kontaktu je velmi často pouze výměna injekčního materiálu, o další služby zájem nemá. Ovšem je zde také patrné, že klientova zakázka se může z prosté výměny rozšířit i do dalších úrovní pyramidy a může dojít ke změně těch motivací, které vedly klienta ke kontaktu.

⁴⁵ Srov. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*, s. 88.

2 Streetwork

V této kapitole se budu zabývat tím, co je to streetwork, jaká je jeho charakteristika, kde bychom měli najít zákonnou oporu, a samozřejmě i tím, jaké služby poskytuje a jaká jsou jeho pozitiva a naopak negativa.

Název streetwork vychází ze spojení dvou anglických slov a těmi jsou *street* a *work*. V přesném překladu spojení těchto slov znamená – práce na ulici. Ulicí zde ovšem není myšlena pozemní komunikace, ale spíše otevřené neinstitucionalizované prostředí. Toto prostředí může být zastřešené (byty, squaty, ...) nebo nezastřešené (parky, ulice, náměstí, ...).⁴⁶ To znamená, že streetwork reprezentuje metodu terénní sociální práce, která namísto pasivních stacionárních modelů řešení sociálních konfliktů nabízí aktivní vyhledávací formu sociální intervence a krizové pomoci. Zajímavostí je, že ačkoliv pojem streetwork pochází z angličtiny, v anglicky mluvících zemích se příliš nevyužívá. Tam se označuje spíše jako *detached work* (předsunutá práce), anebo *field work* (práce v „poli“ neboli v terénu). Česká republika převzala tento termín z Německa, kde má streetwork bohatší tradici.⁴⁷

Streetwork je definován nejen způsobem práce, ale také cílovou skupinou, s níž pracuje, anebo, o kterou se zajímá. Proto se také někdy v souvislosti se streetworkem užívá pojem terénní sociální práce. Ovšem pojem terénní sociální práce je spíše obecnějšího charakteru a může zahrnovat jak streetwork, tak třeba i asistentskou službu v terénu (v bytě zdravotně postižených apod.).⁴⁸ „Definujeme-li streetwork, hovoříme o vyhledávací, doprovodné a mobilní sociální práci s nízkoprahovou nabídkou sociální pomoci zaměřenou na rizikové jednotlivce a neformální skupiny, které kontaktuje v době a místech, kdy a kde se obvykle zdržují, spontánně scházejí a tráví svůj volný čas, tj. na již zmíněné ulici.“⁴⁹

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je terénní sociální práce včetně *streetworku* realizována prostřednictvím terénních forem sociální práce. Tento zákon definuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující

⁴⁶ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč?. ISBN 80-7239-148-8. s. 7.

⁴⁷ BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici - streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. Co-jak-proč. ISBN 80-7239-048-1. s. 7-11

⁴⁸ Srov. Tamtéž, s. 8.

⁴⁹ Tamtéž, s. 8.

pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.⁵⁰

Za jednotící znak terénních sociálních služeb je považováno jejich naplňování v přirozeném sociálním prostředí, kterým se v zákoně rozumí „rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.“⁵¹ Za takové prostředí se považuje i prostředí, v němž se cílové skupiny aktuálně pohybují, příkladem může být otevřená drogová scéna.

Streetwork patří mezi služby sociální prevence, přesněji se řadí mezi terénní programy. Tyto služby napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky či způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.⁵²

Co je považováno za terénní programy, je taktéž vymezeno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o terénní služby, jež jsou poskytovány osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Terénní programy jsou určeny pro problémové skupiny osob, uživatele návykových či omamných látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Za cíl této služby se považuje vyhledávání a minimalizování rizik způsobu života těchto osob.⁵³

„(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“⁵⁴

⁵⁰ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 17. 2. 2022 Dostupné online na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006108?text=soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce>.

⁵¹ Tamtéž.

⁵² Srov. Tamtéž.

⁵³ Srov. Tamtéž.

⁵⁴ Tamtéž.

2.1 Streetwork specifiká a cíle

Samotným cílem *streetworku* je vyjít vstříc cílové skupině populace, neboť většina jiných způsobů intervence je takzvaně institucionalizovaná a spoléhá na to, že jednotlivci sami pomoc vyhledávají. Naopak specifikum *streetworku* spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé organizace.⁵⁵

Podstatou *streetworku* je navazování přímých (opakovaných) kontaktů s klienty v místech, kde se nachází, a v době, kdy se na těchto místech obvykle vyskytují. Tím, že pracovník vstupuje do prostoru, který často příslušníci skupiny považují za „svůj“, se může stát, že je pracovník vnímán spíše jako vetřelec, anebo někdo nežádoucí. V důsledku toho pracovník podstupuje vyšší riziko nepřijetí, či dokonce napadení ze strany klientů.

Důležitým specifikem *streetworku* se stává nízkoprahovost, tzn., že je klientovi umožněn snadný vstup do služby a jsou na něj kladeny minimální požadavky (anonymita, intoxikace v rámci mezí). Při práci se využívá metoda sněhové koule fungující na principu, že jeden klient může do služby přivést, anebo alespoň odkázat někoho ze svého okolí. Cílovou skupinou se v rámci *streetworku* nejčastěji stává ta skupina uživatelů drog, jejíž vnitřní bilanci nepřevážily problémy spojené s užíváním drog nad zisky. Typicky se jedná o mladé uživatele nacházející se v takzvané „skryté populaci.“⁵⁶ Dále se pak jedná o tzv. problémové uživatele drog (PUD). Evropské monitorovací centrum pro drogy a závislosti (EMCDDA) takové uživatele definuje jako injekční uživatele drog, uživatele opiátů, dlouhodobé uživatele amfetaminů či uživatele kokainu.⁵⁷ Takovýmto klientům je nabídnuta (poskytnuta) podpora při zvládnutí krizového období života.

Celospolečenským cílem *streetworku* se stává sociální prevence a *Public Health* (ochrana veřejného zdraví, dále pouze PH), tzn. předcházení vzniku a šíření sociálně patologických jevů, ochrana populace před přenosem závažných infekčních onemocnění (AIDS, hepatitidy B, C, syfilis, ...) a udržení rovnováhy sociálního systému státu. Z toho vyplývá, že *streetworker* je něčím jako prostředníkem (mediátorem) mezi většinou

⁵⁵ Srov. RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-71-5. s. 11

⁵⁶ Srov. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifiká různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. s. 217.

⁵⁷ Srov. EMCDDA, 2006, *Methods and definitions*. (online). (citováno dne 10.1.2022). dostupné na: <https://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.

společností a mezi klienty, u nichž se vyskytuje sociálně patologické chování.⁵⁸ Mezi další cíle se řadí:

- prevence sociálně rizikových jevů (přednášky na školách na téma užívání drog a jejich rizika),
- předání informací (insolvence, exekuce, poradenství, ...),
- zmírňování nerovností včetně nerovného přístupu ke službám, vzdělávání, bydlení atd. (pomoc při komunikaci s institucemi),
- mírnění negativních důsledků a rizik životních situací klienta včetně jejich dopadu na společnost (informovanost v oblasti rizik užívání návykových látek, zmírnění následků užívání drog, distribuce HR materiálu),⁵⁹
- udržení nízkého výskytu AIDS a snížení výskytu hepatitid B a C,
- snížení počtu úmrtí v důsledku předávkování,
- udržování exponovaných míst v čistotě (sběr a bezpečná likvidace pohozených JIS),
- monitoring, depistáž a sběr dat,
- motivování klientů ke změně životního stylu a abstinenci.⁶⁰

2.2 Kroky k naplnění cílů streetworku podle Podzimka, Zajíčka

Podle Zajíčka a Podzimka dochází k naplnění cílů streetworku v rámci těchto tří kroků:

1. navázání kontaktu,
2. mapování situace uživatele,
3. volba vhodné intervence.

Druhý a třetí krok se navzájem neustále prolíná.⁶¹

Navázání kontaktu slouží k představení služby a zapojení uživatele do kontaktu se službou. V rámci praxe dochází k navázání kontaktu za pomoci:

⁵⁸ Srov. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: MPSV, 2006, s. 13-14.

⁵⁹ Srov. JANOUŠKOVÁ, Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ, ed. *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4. s. 13.

⁶⁰ Srov. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, s. 161.

⁶¹ Srov. KOTOVÁ, Helena, Michal KREBS, Stanislav KUNC a Martin STRNAD, ed. *Streetwork!: dobrá praxe 2015 : české a zahraniční zkušenosti z práce v nízkoprahových sociálních službách*. [Praha]: Česká asociace streetwork o.s. (ČAS), 2015. ISBN 978-80-905069-3-0. s. 58

- a) oslovení,
- b) prostřednictvím druhé osoby (metoda sněhové koule),
- c) prostřednictvím jiné služby (KC, NZDM, ...),
- d) uživatel si najde službu sám (internet, nálepka, ...).

Oslovení rozdělujeme na oslovení jednotlivce a na oslovení v rámci skupiny. V průběhu oslovení dochází k tomu, že iniciativu ke vzniku kontaktu přináší terénní pracovník (streetworker). Jedná se o doposud nejčastější způsob navázání kontaktu. V rámci oslovování přistoupí pracovník k jednotlivci/skupině a představí sebe i svou službu. Tyto kontakty mohou být ojedinělé i opakující. V rámci opakujících se oslovení může pracovník navázat na kontakt, který již proběhl v minulosti. Za pomoci takových kontaktů se zvedá povědomí o službě a o tom, co služba obnáší a nabízí, to usnadňuje navazování nových kontaktů. Oslovení v rámci skupiny přináší výhodu rychlého předání informací o službě velkému počtu osob. Díky jisté anonymitě ve skupině je pro některé osoby snazší vyslechnout si to, s čím přicházíme. Oproti tomu výhodou oslovení jednotlivce je možnost individuálního zaměření na osobu osloveného a kontakt bez „skupinového ruchu“.

K navázání kontaktu **prostřednictvím druhé osoby** dochází nejčastěji v rámci kontaktu s již stávajícím klientem služby, který s sebou má nově přichozího. Nově přichozí získává informace o službě a pracovník s ním začíná mapovat jeho situaci.

Jestliže dochází ke kontaktu **prostřednictvím jiné služby**, pak se hlavním cílem takového kontaktu stává probrání okolností, za jakých k nám klient přichází.

Uživatel si službu najde sám v rámci propagace. Mezi takovou propagaci se řadí profil na platformě Facebook (META), Instagram, TikTok a samozřejmě sem můžeme zahrnout internetové stránky.⁶²

Ve fázi **mapování situace uživatele** mapuje pracovník situaci uživatele a zjišťuje jeho postoje k návykovým látkám a jeho uživatelské návyky. Takové informace jsou potřeba pro volbu vhodné a účinné intervence (informace podaná na míru, nabídka řešení potíží, ...). V průběhu daného kontaktu je zapojen i uživatel do kontaktu takovým způsobem, aby informace od pracovníka nebyly podávány formou monologu.

⁶² Srov. KOTOVÁ, Helena, Michal KREBS, Stanislav KUNC a Martin STRNAD, ed. *Streetwork!: dobrá praxe 2015: české a zahraniční zkušenosti z práce v nízkoprahových sociálních službách*, s. 58-60.

V průběhu mapování nemusí nutně dojít k navázání spolupráce s uživatelem v klientském slova smyslu. Může dojít pouze k předání informací o službě. V praxi se setkáváme s tím, že musí dojít k několika opakovaným setkáním (oslovením), než se uskuteční vstup uživatele do služby. Při mapování je potřeba, aby pracovník kladl své otázky citlivě. Pokud jsou uživatelé nakloněni vstupu do služby, pak se často stává, že si potřebují pracovníka nejprve „otukat“ a teprve potom jsou schopni otevřeně mluvit o svém užívání a jiných problémech.

Zájem o klienta, se kterým pracovník do kontaktu vstupuje, spolu s respektem k jeho individualitě a garancí odbornosti vytváří prostor pro budování důvěry mezi pracovníkem a uživatelem. Bez této důvěry není možné pravidelně mapovat situaci klienta.⁶³

„Mapované oblasti:

- *informace týkající se užívání primární návykové látky,*
- *informace týkající se lokality (místo, kde klient žije),*
- *mapování zkušeností a setkávání se s dalšími návykovými látkami,*
- *zdraví, fyzické i psychické,*
- *sociální vazby uživatele,*
- *rodina,*
- *škola/práce.*“⁶⁴

K volbě vhodné intervence dochází teprve, když již máme klienta nakontaktovaného. Díky mapování jeho situace se nám ukazují jednotlivá rizika spojená s užíváním a klientovým životním stylem. Klient si sám určuje, jaké riziko vnímá jako momentálně ohrožující. Zvolené klientovo riziko se pro pracovníka stává tématem a pracovník se za spolupráce s klientem snaží najít způsob, jak toto riziko snížit nebo eliminovat. Pokud klient některé rizikové situace ve svém životě nezahledne, ale pracovník ano, může se dané riziko stát tématem dalších kontaktů.⁶⁵ Při řešení problému klienta se nejčastěji zaměřujeme na tato rizika:

- Somatická, psychologická a psychiatrická rizika
 - rizika spojená s akutní intoxikací,

⁶³ Srov. KOTOVÁ, Helena, Michal KREBS, Stanislav KUNC a Martin STRNAD, ed. *Streetwork!: dobrá praxe 2015 : české a zahraniční zkušenosti z práce v nízkoprahových sociálních službách*, s. 60.

⁶⁴ Tamtéž, s. 60.

⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 61.

- rizika spojená s dlouhodobým užíváním.
- Sociální rizika
 - riziko být pachatelem trestného činu,
 - finanční náročnost a komplikace,
 - změna kvality partnerských, kamarádských, rodinných vztahů,
 - problémy v práci/škole.⁶⁶

Podle Bednářové má *streetwork* tři funkce, a to funkci vyhledávací, doprovodnou a mobilní.

Vyhledávací funkce *streetworku* je realizována především za pomoci aktivní depistáže a navazování kontaktu s členy cílové skupiny. Jakožto další vyhledávací prostředek k navázání kontaktu s klienty se využívá mapování lokality neboli monitoring zahrnující v sobě sběr, analýzu a sumarizaci získaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě sociálně patologických jevů v určité lokalitě. *Streetworker* vstupuje do životního prostředí klientů na základě znalosti dynamiky v lokalitě.⁶⁷

Doprovodnou funkci lze nalézt v poskytování pomoci, podpory a asistence při zvládnání života, respektive v doprovázení klienta krizovým obdobím jeho života. V této situaci musí sociální pracovník klienta plně akceptovat. To znamená, že při takové práci s klientem nejde o to klienta moralizovat, napomínat či využívat jiné autoritativní výchovné metody, naopak se jedná o nedirektivní sociální práci, jež má vést k začlenění jedinců žijících rizikovým způsobem života do společnosti a jejich stabilní seberealizaci. Doprovodná funkce se dá také nalézt v podobě skutečného doprovázení, sociální pracovník fyzicky doprovází klienta na konkrétní pracoviště či místo a pomáhá mu a motivuje ho ke kontaktu s institucí, která mu může pomoci. Jako konkrétní příklad takovéto praxe se dá uvést doprovod klienta na úřad práce a pomoc při zajištění podpory v nezaměstnanosti.⁶⁸ Jak již bylo zmíněno, TP se vyznačuje mobilitou.

Mobilita práce na ulici vychází hlavně z potřeb a zájmů cílové skupiny. *Streetwork* totiž není vázán pouze na jednu konkrétní lokalitu, ale reaguje na dočasné či trvalé změny

⁶⁶ Srov. MIOVSKÝ, Michal. *Konopi a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2. s. 264, 286, 325, 393.

⁶⁷ Srov. JANOUŠKOVÁ, Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ, ed. *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*, s. 7.

⁶⁸ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*, s. 8.

sociálního prostředí cílové skupiny. V praxi se jedná o schopnost přesunu po městě i mezi městy.⁶⁹

Podle Hrdiny je základním předpokladem pro vykonávání a fungování *streetworku* tzv. **pragmatický přístup k uživatelům drog**. Tento přístup se zakládá na tom, že většina lidí, kteří berou drogy, po určité době zjistí, že jim drogy nedávají to, co dříve, nebo negativní účinky drog převažují nad účinky pozitivními. Teprve ve chvíli, kdy se uživatel dostane do takové situace, je motivován k tomu, aby se svou životní zkušeností něco udělal. Tento přístup umožňuje práci s klienty ve všech stupních drogové závislosti. Na základě tohoto principu Hrdina definuje čtyři klíčové složky *streetworku*:

1. výměna injekčního materiálu,
2. informace,
3. sociální a zdravotní poradenství,
4. poradenství a krizová intervence.

Výměna injekčního materiálu se neomezuje pouze na výměnu použitých JIS, ale i na distribuci dalšího HR materiálu. Nejčastěji se jedná o kondomy, aluminiové fólie (na kouření drogy), konzeliny (alkoholové tampony), náplasti, filtry (vatičky na filtraci drogy), filtry Rolls (filtry sloužící k inhalaci bylinných směsí), kyselinu askorbovou (k rozpouštění opioidů), sterilní vodu do JIS. Výměna má dva aspekty. Prvním aspektem se stává snižování zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek, jedná se o preventivní aspekt. Za druhé je výměna nástrojem pro navázání kontaktu s klientem. Často je klient ochoten věnovat svůj čas pracovníkovi jen na základě výměny, a proto je důležité, aby pracovník čas výměny dokázal dostatečně zúročit. Pracovník by měl tento čas využít pro budování vztahu s klientem nebo alespoň pro získání informací o klientovi a jeho sociální situaci.⁷⁰

Informace a jejich poskytování je důležitou součástí *streetworku*. Častými tématy při práci s klienty jsou účinky drog, jejich působení, důsledky, rizika aplikace, abusus (zneužívání) a závislost, informace o relativně bezpečném užívání návykových látek, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích apod. Pracovník může klienta informovat jak verbálně, tak i za pomoci informačních letáků či jiných tiskovin.

⁶⁹ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*, s. 8.

⁷⁰ Srov. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, s. 161-162.

Informační letáky a jiné tiskoviny slouží jako preventivně výchovný materiál. Mezi výhody informačních letáků a jiných tiskovin patří jejich snadná distribuce a předávání mezi klienty. Dále pak letáky mohou informovat o dalších dostupných formách pomoci a obsahují i kontakt na tato zařízení. Za nevýhodu se dá považovat snadná ztráta, neochota klienta si leták přečíst.⁷¹

Sociální a zdravotní poradenství hraje při poskytování služby zásadní roli obzvláště při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu klienta. Klienti *streetworku* se často potýkají s více sociálně-právními problémy najednou. Můžeme se setkat s tím, že klient nemá občanský průkaz, neplatí zdravotní pojištění, nemá ubytování, hledá volná pracovní místa, čeká na výsledky soudu a mnoho dalšího. Mezi často řešené zdravotní komplikace patří poškozené žíly, abscesy, hepatitidy, různé oděrky a zanícené rány, kožní onemocnění (impetigo, svrab, ...). Důležité je zmínit, že se problémy mohou vzájemně prolínat, ne všechny problémy dokáže pracovník vyřešit sám. Ty klienty, jejichž problémy není pracovník schopen vyřešit, referuje do příslušných zařízení, anebo jim radí, kde vyhledat pomoc. Pracovník by měl také zmínit, jaké následky může mít zanedbání řešení některých problémů.⁷²

Poradenství a krizová intervence slouží k provázení klienta obdobím, kdy není dostatečně motivován k abstinenci, a využívá se k postupnému vedení k náhledu, že užívání návykových látek představuje problém. V rámci krizové intervence se řeší zvládání aktuálního problému (krize). Součástí poradenství je také doporučování klienta do léčebných a sociálních zařízení.⁷³

2.3 Streetwork forma a definice výkonů podle Bednářové, Seznamu a definic výkonů adiktologických odborových služeb

Podle Bednářové *streetwork* jakožto téměř každá služba zahrnuje tři základní formy práce s klientem a ve prospěch klienta. Tři formy jsou následující:

1. přímá práce,
2. nepřímá práce,
3. přesahující práce.⁷⁴

⁷¹ Srov. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*, s. 161.

⁷² Srov. Tamtéž, s. 161.

⁷³ Srov. Tamtéž, s. 162.

⁷⁴ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici – streetwork*, s. 23.

Oproti tomu Seznam a definice výkonů adiktologických odborových služeb (dále pouze Seznam), na kterém se podílí Evropská unie, Úřad vlády České republiky a v neposlední řadě sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, rozšiřuje toto pojetí o další tři formy.

1. krátký rozhovor s klientem,
2. testování,
3. výkony v oblasti *harm reduction*.⁷⁵

Pod pojmem **přímá práce** se skrývá konkrétní činnost, kterou pracovník vykonává s klienty. Jedná se o individuální, skupinovou práci a vlastní *streetwork*. Jak již bylo zmíněno, *streetwork* představuje práci zaměřenou na cílovou skupinu vykonávanou v rámci sociálního prostředí zvolené skupiny. Součástí takové práce je také mapování terénu (monitoring), které probíhá za předem stanovených hledisek.

V rámci **monitoringu** *streetworker* vyhledává rizikové a nápadné skupiny obyvatel ve věku od 15 let. V průběhu vyhledávání by mělo dojít k prvnímu kontaktu zaměřenému na získání důvěry, na základě kterého může následně pokračovat práce s klientem (krizová intervence, snižování sociálních a zdravotních rizik, ...). Dalo by se říct, že cílem monitoringu dané lokality by měl být první kontakt s klientem.⁷⁶

Individuální práci se rozumí činnost nebo soubor činností orientovaný na konkrétního rizikového nebo problémového jedince. Individuální práce předpokládá ze strany klienta určitou míru motivace a spolupráce.⁷⁷ Podle Seznamu je individuální práci v rámci *streetworku*:

- individuální poradenství,
- sociálně-právní poradenství,
- krizová intervence,
- vstupní zhodnocení stavu klienta,
- indikovaná primární prevence,
- selektivní primární prevence,

⁷⁵ Srov. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020, s. 6-8.

⁷⁶ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici – streetworkm*, s. 23.

⁷⁷ Srov. Tamtéž, s. 24.

- všeobecná primární prevence.⁷⁸

Je nutno zmínit, že tento Seznam byl uveden v platnost od 1. 1. 2022, proto k němu není v současné době příliš informací.

Skupinová práce se zaměřuje na předem definovanou skupinu, v případě *streetworku* se jedná o skupinu uživatelů návykových látek. Tento typ práce vychází ze znalostí psychologie skupin a pracovník při své práci využívá znalosti skupinové dynamiky. Předpokladem kvalitní skupinové práce je dobrá znalost cílové skupiny, jejího fungování, postavení členů, hierarchie a vnitřních vztahů.⁷⁹ Podle Seznamu se za skupinovou práci v rámci *streetworku* považuje:

- skupinové poradenství,
- všeobecná primární prevence,
- selektivní primární prevence,
- indikovaná primární prevence,
- vzdělávání v rámci primární prevence.⁸⁰

Společným ukazatelem obou uvedených typů práce se stává sociální intervence, sociální poradenství a socioterapie a při přímé práci s klientem/skupinou klientů určitá míra motivace a spolupráce.

Nepřímá práce nezahrnuje pouze aktivity spojené s nezbytnou administrativou, jednání s relevantními institucemi v rámci cílové skupiny, aktivity spojené se zajišťováním a plánováním služby, ale také zahrnuje sepsání závěrečné, předávací zprávy, sepsání zprávy či posudku o klientovi pro relevantní instituce (OSPOD, VTOS – výkon trestu odnětí svobody). Dále pak podle Seznamu do nepřímé práce s klientem patří:

- monitoring,
- zpráva o klientovi.⁸¹

Zajímavostí je, že Bednářová udává monitoring jakožto přímou formu práce na rozdíl od Seznamu, jenž ho udává jako formu nepřímou. Poměr přímé a nepřímé práce by měl být v ideálním případě z hlediska časové náročnosti vyvážen.

⁷⁸ Srov. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*, s. 4.

⁷⁹ Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici – streetwork*, s. 24.

⁸⁰ Srov. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*, s. 5.

⁸¹ Srov. Tamtéž, s. 10.

Pojmem **přesahující práce** se také myslí práce smíšená. Pomocí této formy práce jsou řešeny konkrétní problémy, které vyplývají a vznikají v průběhu přímé a nepřímé práce s klientem. Obsahem přesahující práce je samotný pracovník, nikoliv klient. Jedná se o metodické vedení, specifické profesní vzdělávání, supervize, intervize. Prostřednictvím takovéto práce jsou hledány nové efektivní formy, přístupy a metody, jimiž se může pracovník řídit. Seznam se o tomto druhu práce nezmiňuje.⁸² Jednoduše se tyto aktivity dají nazvat jako aktivity ve prospěch vlastního profesního rozvoje.

2.3.1 Rozšiřující formy práce podle Seznamu a definic výkonů adiktologických odborových služeb, streetwork

Jak jsme již zmiňovali, Seznam přichází s rozšířením doposud známých forem práce pro *streetwork*.

Za formu **krátkého rozhovoru s klientem** je považováno poskytnutí informací nebo interakce s klientem za účelem motivování k využití jiné služby či navazujících úkonů. Do této formy práce se řadí:

- kontaktní práce,
- informační servis,
- minimální kontakt s klientem,
- korespondenční práce.⁸³

V rámci **testování** se jedná o provedení jednoho nebo více testů se zaměřením na infekční nemoci, složení návykové látky apod. Testování v sobě obsahuje jak předtestové, tak i potestové poradenství a průběh samotného testování. V rámci testování je třeba vyplnit s klientem In-come dotazník sloužící ke zmapování klientova života. Seznam hovoří v rámci testování o těchto úkonech:

- analýza návykových látek,
- testování infekčních nemocí,
- testování alkotesterem.⁸⁴

⁸² Srov. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici – streetwork*, s. 26.

⁸³ Srov. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*, s. 6.

⁸⁴ Srov. Tamtéž, s. 7.

To ovšem neznamená, že by všechny tyto úkony probíhaly v rámci běžné práce s klientem. Příkladem nám může být testování alkoesterem, které neprobíhá na bázi běžné práce, ale je realizováno při práci v prostředí zábavy. Analýza návykových látek se také uskutečňuje za speciálních podmínek a v současné době není v rámci *streetwork* v České republice příliš realizována.

Za **výkony v oblasti *harm reduction*** jsou považovány výkony předcházející vzniku a šíření sociálně patologických jevů, ochrana populace před přenosem závažných infekčních onemocnění (AIDS, hepatitidy B, C, syfilis, ...). Jedná se také o výkony spojené se zdravotním stavem klienta. V průběhu kontaktu dochází k hodnocení zdravotního stavu klienta a případné nutnosti ošetření (zásahu). Seznam hovoří v rámci oblasti HR o těchto službách:

- základní zdravotní ošetření,
- řešení akutní intoxikace,
- potravinový servis,
- distribuce HR materiálu,
- vrstevnická (peer) distribuce HR materiálu.⁸⁵

2.4 Harm reduction

Jak již bylo jednou uvedeno, HR chápeme jako minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. V rámci této strategie je důležité příliš nepracovat s kontroverzemi, které ohledně skupiny uživatel návykových látek často vznikají.

Metoda HR se zakládá na pragmatickém přístupu *Public Health* (veřejného zdraví) k drogové problematice. Bereme v úvahu, že prevence (infekčních onemocnění) je vždy méně nákladná než léčba či represe. PH nevnímá problematiku zneužívání návykových látek a závislostí jako problém, jenž má příčinu v individuálních psychologických nebo morálních faktorech, ale vnímá ji spíše jako příčinu rozsáhlejších sociálních problémů a jako hrozbu veřejného zdraví.

Teorie HR reflektuje postoj PH a jde o krok dál, neboť se domnívá, že většina destruktivních důsledků a přetrvávajících problémů zneužívání nelegálních návykových

⁸⁵ Srov. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*, s. 8.

látek není výsledkem existence a účinků návykových látek jako takových, ale spíše drogové politiky státu. Základní principy HR se opírají o to, že:⁸⁶

1. *„Je možné „bezpečněji užívat“ nelegální návykové látky a předejít tím vážným zdravotním komplikacím.*
2. *Pravděpodobnost takového užívání je věcí protidrogové politiky, která působí na obchod s drogami, veřejného mínění a vzdělávání.“⁸⁷*

HR je ve své podstatě motivací klienta ke změně od svého rizikového chování k chování méně rizikovému. Základní charakteristiky a výhody tohoto přístupu lze shrnout následovně.

1. *„Harm reduction nadřazuje zájem o bezprostřední (veřejné) zdraví dlouhodobému cíli naprostého uzdravení.*
2. *Principy Harm reduction jsou pragmatismus, tvořivě a individuálně přizpůsobené služby, které jej staví nad ideologii a přístup „jeden model pro všechny“.*
3. *Na služby řídicí se principy Harm reduction může dosáhnout sedmdesát až osmdesát procent problémových uživatelů drog.*
4. *Harm reduction nabízí pracovníkům v oboru práce s uživateli drog širokou škálu možných intervencí.*
5. *Principy Harm reduction jsou pozitivně přijímány klienty, kteří užívají drogy.*
6. *Politiku Harm reduction lze snadno vědecky zkoumat, výzkumy prokázaly jejich pozitivní efekt.“⁸⁸*

Pravidla a postoje HR lze shrnout v těchto šesti bodech:

1. HR prosazuje, že některé způsoby aplikace návykových látek jsou bezpečnější než jiné,
2. HR prosazuje, že abstinence není vždy tím nejdůležitějším nebo nejvhodnějším cílem,
3. HR pracuje s lidmi v reálném prostoru a čase,
4. HR prosazuje, že uživatelé návykových látek jsou schopni řídit svůj vlastní život a měnit se,

⁸⁶ Srov. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*, s. 224.

⁸⁷ Tamtéž, s. 224.

⁸⁸ Tamtéž, s. 224.

5. HR počítá s prostředím uživatele návykových látek a s jeho okolím, v důsledku toho jsou voleny účinné intervence,
6. HR vztahu uživatele návykových látek do spolupráce s jinými programy a aktivitami, které jsou cílené na pomoc jim samotným.⁸⁹

2.4.1 HR podle Tatarského

V této podkapitole se podívám na odůvodnění a principy HR podle Tatarského, a to hlavně z toho důvodu, že autor je hlavním vyznavačem *harm reduction psychotherapy* (dále HRP), a proto stojí za zmínku i jeho myšlenky v oblasti HR.

Jakožto odůvodňující faktory pro poskytování HR Tatarsky uvádí tyto čtyři myšlenky, jejichž základem je přizpůsobení se klientovi a jeho životní situaci.

Mnoho uživatelů si nepřeje přestat užívat

Velká skupina osob užívající drogy není léčena a ani být nechce. Z různých důvodů je pro ně abstinence nemožná, anebo prostě abstinovat nechtějí, a proto nespolupracují s žádnými službami, které vyžadují abstinenci, anebo s takovými, jejichž práh je pro klienty příliš vysoký například odepření služby intoxikovanému. Tím, že nejsou klienti v žádné službě, dochází ke zvyšování rizik spojených s užíváním. Tím, že HR pracuje i s jinými cíli než s abstinencí a prahy jsou téměř non-existenční, dochází k otevření dveří právě této skupině, jež nevyhledává tradiční abstinenci a prahové způsoby léčby.

Uživatelé jsou různorodí stejně jako jejich potřeby individuální intervence

Samotní uživatelé jsou individuální a jejich problémy, cíle se liší i na základě látek, jež užívají. Z toho důvodu je důležité pracovat na motivaci klientů k jakýmkoliv pozitivním změnám.

Pro uživatele mají drogy různý význam a různou hodnotu

O drogách můžeme hovořit jako o nástroji sloužícím klientům k adaptaci na prostředí, v němž se nachází. Mnoho klientů drogám ve svém životě dává vysoký význam, hledají v nich útěchu, utíkají za pomoci nich od reality nebo jsou jejich hlavním zdrojem potěšení. Vzhledem k tomu, že u některých klientů ještě nedošlo k převládání negativních aspektů spojených s užíváním, je cílem HR objevit klientovy motivace pro užívání a nalézt bezpečnější alternativy.

⁸⁹ Srov. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*, s. 225.

Otázka umírněnosti

Hraje u klientů často důležitou roli, ačkoliv stále nepřevládají negativa spojená s užíváním, klienti si již uvědomují, že je třeba se trochu mírnit a minimalizovat rizika s užíváním spojená. HR pomáhá najít pro klienty alternativy, aby jejich užívání bylo pro ně co nejbezpečnější.⁹⁰

Dále pak Tatarsky hovoří o těchto sedmi stěžejních principech, bez kterých by HR a HRP nemohlo fungovat.

Přijetí toho, že mnoho uživatelů nechce přestat užívat.

HR bere abstinenci pouze jako jeden z možných cílů. Pro některé uživatele by měla být abstinence tím nejlepším cílem v rámci skutečného snižování rizik, ale je pouze na nich, zdali si tento cíl zvolí. Ovšem, jak již bylo zmíněno, HR odmítá předpoklad, že abstinence je nejlepším, anebo jediným přijatelným cílem pro všechny problémové uživatele drog. Vyžadování abstinence by bylo v rámci HR spíše kontraproduktivní, a to z důvodu, že někteří klienti jdou při zmínce abstinence do agrese (vzpoury) a mohou ji brát jako symbolické podřízení se autoritě. Proto si HR klade cíle umírněnější a pro klienta přijatelnější. Tyto cíle reflektují autonomní volbu klienta a nabízí mu nejen možnosti spolupráce, ale i možnost jejího ukončení. Právě tento princip otevírá dveře té velké skupině neléčených uživatelů, protože léčba a zvolená intervence jsou skutečně na klienta orientované. Tento přístup ovšem není pesimistickým přijetím toho, že problémoví uživatelé nemohou dosáhnout změny, jedná se spíše o začátek ambiciózního procesu změny. Cílem by mělo být klienta co nejvíce podpořit v oblasti optimálního zdraví, soběstačnosti, seberealizace a spokojenosti ve světě vztahů.

Hlavním cílem je aktivní zapojení uživatele do léčby/intervence.

Klíčem je vztah, vztah je nositelem změny. V počáteční fázi vztahu se cítí mnoho klientů ztracených z důvodu předchozích selhání v oblasti respektování klientových pohledů a postojů k jeho problémům. Přijetí těchto postojů může být v HR výchozím bodem pro intervenci s cílem motivovat klienta k vyhledání pomoci a možnému vytvoření aliance pro léčbu.

⁹⁰ Srov. TATARSKY, A. *Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment*, Journal of Substance Abuse Treatment, 2003, s. 249-256. ISSN 0740-5472. dostupné na: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00085-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00085-0).

Jakékoliv snížení rizik spojených s užíváním je považováno za cenné (úspěch).

HR vidí užívání jako proměnlivé kontinuum negativních důsledků, které je možno snížit v rámci bezpečného užívání. Tento model se snaží zaměřit na objevování specifických škodlivých aspektů spojených s užíváním, dále se soustředí na navrhování konkrétních cílů k jejich řešení. HR proto přijímá malé krůčky ve směru ke snížení škod jako legitimní cíle. Takové cíle mohou být směřovány k abstinenci, umírněnosti, vyhledání pomoci nebo k řešení jakýchkoliv problémů, které si klient stanoví. Malé úspěchy mohou vést k větším úspěchům, neboť každý úspěch zvyšuje sebedůvěru (*self-efficacy*) klienta ve změnu.

Mobilizace silných stránek klienta ke změně

Na rozdíl od absolutního názoru, že problémoví uživatelé návykových látek nemohou mít prospěch z psychoterapie, HR usuzuje, že mnoho klientů má sílu a motivaci. Toho lze využít k pozitivní změně v každé fázi závislosti. Silné stránky klienta je potřeba vždy posuzovat individuálně a na základě situace.

Aktivní spolupráce s klientem

Nedílnou součástí principu HR je hypotéza, že klienti pravděpodobně mohou vědět lépe než pracovník, co potřebují. Klient je sám expertem na svůj život. Tento předpoklad usnadňuje poskytování služeb, klient pociťuje, že jeho zkušenosti a postoje jsou užitečné, tím dochází k posílení vztahu a snadnější tvorbě léčebné aliance.

Důležitost de-stigmatizace uživatelů návykových látek

HR uznává, že velká část škod spojených s užíváním návykových látek je způsobena tendencí v naší společnosti stigmatizovat (nálepkovat) uživatele. Uživatelé jsou znehodnocováni, vystavováni nátlaku či zažívají represivní způsoby chování. Jelikož jsou tyto postoje ve společnosti všudypřítomné, tak mohou existovat i v rámci poskytovatelů sociálních služeb a mezi samotnými uživateli. Proto HR pracuje na principu bezpodmínečného přijetí klienta.

Ovlivnění důsledků léčby

Principy HR mají důsledky v rámci léčby drogových závislostí na dvou úrovních. Zaprvé koncept HR naznačuje potřebu integrovaného systému léčby ve spojení s různými službami zajišťujícími různé potřeby klientů. Zadruhé principy HR mají i důsledky pro samotný způsob terapie, neboť dochází k přesunu psychoterapie z kanceláří do terénu.⁹¹

⁹¹ Srov. TATARSKY, A. *Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment*, s. 249-256.

3 Přístup orientovaný na klienta

Máme na mysli psychologický a psychoterapeutický přístup spadající do oblasti humanistických směrů, konkrétněji do oblasti terapií vztahových a dialogových. Sám autor Carl Ransome Rogers (1902-1987) je mnohdy považován za zakladatele humanistické psychologie. Základní hypotézou tohoto směru je podle samotného Rogerse to, že „*Jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potencemi sebezporozumění a proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání zaměřeného na vlastní self. Tyto možnosti mohou být využity v definovatelné atmosféře, ve které vládou podporující psychologické vztahy.*“⁹²

Jak již bylo zmíněno výše, jedná se o terapii dialogovou a díky tomu se základním terapeutickým postupem stává rozhovor neboli dialog. Proto se také o této terapii hovoří jako o *Gesprach-therapie* (rozhovorové terapii). Každý rogersovský dialog má hned několik typických rysů.

1. Probíhá tváří v tvář a je to skutečný dialog s plnou angažovaností obou partnerů, ihned u prvního rysu dochází k radikálnímu rozchodu s psychoanalytickou technikou volných asociací a občasných interpretací.
2. Dialog je ze strany terapeuta nedirektivní a nemanipulativní. To znamená, že terapeut neurčuje obsah, neohraničuje téma ani nijak nestrukturalizuje sezení (kontakt).
3. Dialog je skutečně „zaměřený na člověka (klienta)“. Klient je centrem terapeutického přístupu a terapeutické filozofie. Terapeut se vědomě vzdává přímé kontroly nad klientem, nemá na něj žádné předběžné požadavky, nepřístupuje k němu zaujatě z hlediska společenských hodnot či odborné doktríny, nepodsouvá mu psychoedukační výklady a schémata, nerozhoduje za něj, nedává mu rady ani doporučení, pouze usnadňuje sebezpoznání klienta a způsoby, jak jich klient dosahuje.

To ovšem neznamená, že minimalismus v zasahování znamená nulové ovlivňování či bezhodnotový přístup. Jedná se o terapii zaměřenou na růst, zrání a sebeuskutečnění klienta. Terapeut není pouze facilitátorem procesu změny a průvodcem, je jakýmsi

⁹² ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 2014. Klasická díla psychologie. ISBN 978-80-262-0597-5. s. 106.

strážcem cíle s vírou, že každý ve svém nitru disponuje nesmírnými potencemi k sebeuskutečnění, jak již bylo zmíněno.⁹³

Zde bych ještě doplnil definici Marlis Pörter, která říká, že „*pracovat se zaměřením na osobu znamená nepředstavovat si to, jací by měli lidé, klienti být, ale vycházet z toho jací doopravdy jsou, jaké jsou jejich možnosti a dovednosti. Znamená to brát klienty, se kterými pracujeme, vážně, jako jedinečné osoby. Snažit se porozumět a přizpůsobit jejich způsobu vyjadřování a poskytovat jim podporu, aby našli svou vlastní cestu k zacházení s realitou v rámci jejich možností a schopností. Pracovat se zaměřením na osobu znamená také řešit lidské problémy, rozhodovat s lidmi, ale ne za ně a místo nich. Tento přístup se netýká pouze klientů, ale také sociálních pracovníků, kteří by měli být lidsky přístupní a ochotní se postavit čelem vlastnímu podílu na situaci, ve které se klient nachází.*“⁹⁴

Nemusíme ovšem mluvit pouze o přístupu z oblasti psychologie, samotný přístup orientovaný na člověka se dá využít i k vybudování vlastní životní filozofie a moudrosti, která je v kontextu s naší přirozenou podstatou, neboť v rámci tohoto přístupu se kladou vysoké nároky i na osobu samotného terapeuta, na jeho kázeň, postoj k sobě samému, empatii, sebedřívětí a další vlastnosti, o nichž budu psát v další části této práce.⁹⁵

Samotný Rogers v rámci přístupu hovoří i o svojí životní filozofii, například když přirovnává druhé osoby k západu slunce: „*Velice často milujeme, a dokonce i své děti, jenom proto, abychom mohli ovládat, místo abychom milovali, protože si jich vážíme. Jeden z nejspokojivějších pocitů, které znám a také jeden z nejintenzivnějších zážitků podporujících růst druhého člověka, prožívám tehdy, když druhého člověka přijímám stejně jako západ slunce. Pokud jsem schopen je tak vidět, jsou lidé stejně obdivuhodní jako západ slunce. Ve skutečnosti si západu slunce dokážeme vážít, protože ho nemůžeme ovládat. Pozorují-li západ slunce, nestává se mi, že bych si říkal: „Chtělo by to trošku zjasnit oranžovou při pravém okraji, přidat purpur podél horizontu a nešetřit tolik růžovou na těch mracích.*“ *To nedělám. Nesnažím se západ slunce ovládat. Pozoruji celý ten výjev s úžasem. Dokážu-li si vážít svých podřízených, svého syna, dcery, svých vnuků*

⁹³ Srov. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5. s. 180.

⁹⁴ PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367582-0. s. 15.

⁹⁵ Srov. MEARNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3881-9. s. 42-54.

a vnuček stejným způsobem, jsem sám se sebou velice spokojen. Myslím, že tento postoj je tak trochu orientální, pro mne je však jedním z nejspokojivějších.“⁹⁶

Hovoří také o tom, že vše, co se v rámci přístupu naučil, je možné využít ve všech mezilidských vztazích a nejen při práci s klienty, kteří mají problémy.⁹⁷

Tento filozofický náhled nám také ukazuje, jak bychom měli na člověka nahlížet. Člověk je stejně jako západ slunce neustále v procesu, vyvíjí se a nikdy není statický nebo fixní. I když proces „stávání se“ může být narušen, samotný potenciál pro růst je vždy přítomen. V alegorii se západem slunce bychom u narušení mohli hovořit o mraku, který nám blokuje výhled, ovšem to nebrání západu slunce, aby se měnil, dobarvoval či pomalu mizel. Lidé se vždy pohybují směrem k aktualizaci vlastního potenciálu do té míry, do jaké jim to dovolují společenské a přírodní podmínky, toto platí i u západu slunce, který nemůže ovlivnit, například jaké bude počasí a viditelnost. Podle Rogerse je poté uzdravení nejen léčbou, ale rozvojem a růstem do nového způsobu bytí.⁹⁸

Z této alegorie se dají i odvodit základy samotného přístupu, neboť rogersovský psychotherapeutický přístup znamená, že terapeut dosahuje konstruktivních změn v osobnosti a v projevu klienta tím, že jej bez výhrad a vstřícně akceptuje (jako zmíněný západ slunce), projevuje se vůči němu vysoce empaticky a autenticky (kladeny vysoké nároky na terapeuta). Za pomoci této vztahové nabídky je vytvářen psychotherapeutický prostor, jenž umožňuje osobní růst a překonání klientových vnitřních rozporů, což se děje díky pravdivějšímu porozumění sobě a subjektivně významným vztahům. Z těchto důvodů se jedná o terapii dialogickou a vztahovou.⁹⁹

Pokud má dojít ke změně, je třeba podle Rogerse splnit podmínky vztahu mezi klientem a terapeutem. Podmínek je celkem sedm, vysvětlíme si je v další fázi práce.

Tento směr si získal značnou oblibu a již v průběhu svého utváření a v současné době má široké spektrum využití. Je určen nejen pro poradce, terapeuty a další psychology, ale i pro osoby využívající poradenství jako součást své profese, ale nezabývající se

⁹⁶ ROGERS, Carl Ransom. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychotherapii*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2. s. 51.

⁹⁷ Srov. MEARNNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*, s. 33.

⁹⁸ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychotherapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1. s. 18.

⁹⁹ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychotherapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1. s. 10.

poradenstvím na plný úvazek. Do této skupiny můžeme řadit sociální pracovníky, zdravotní sestry či učitele.¹⁰⁰

V rámci přístupu se setkáváme s několika rozličnými označeními, kdy v současné době stále nalézáme jistou necelistvost při jeho definování (nazývání). Mezi další označení (názyvy) řadíme:

- nedirektivní přístup/nedirektivní psychoterapie (*Non-directive psychotherapy*),
- přístup zaměřený na klienta/terapie zaměřená na klienta (*Client-centred therapy*),
- přístup zaměřený na člověka (*The person-centred approach*, zkratka PCA),
- terapie zaměřená na člověka (*Person centred therapy*),
- zážitkový přístup/zážitková terapie (*Experiencing therapy*).¹⁰¹

3.1 Vývoj přístupu orientovaného na klienta

V této kapitole se budeme věnovat samotnému historickému vývoji přístupu, neboť necelistvost nazývání tohoto přístupu vychází právě z jeho historie. Je zde patrná různorodost vývoje a také mění se názory samotného autora, jež následně ovlivnily celý přístup. Přístup orientovaný na klienta bychom mohli periodizovat do pěti období.

Periodizace přístupu		
Období	Název přístupu	Datové vymezení
1.	nedirektivní poradenství	1940 až 1950
2.	psychoterapie zaměřená na klienta/reflektivní psychoterapie	1950 až 1960
3.	zážitková psychoterapie	1960 až 1970

¹⁰⁰ Srov. DRYDEN, Windy. *Dryden's Handbook of Individual Therapy*. Michigan: SAGE Publication, 2007. ISBN: 9781412922388. s. 145. dostupné online na: https://books.google.cz/books?id=nT8jqeRXBmYC&pg=PR3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false.

¹⁰¹ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 26-28.

4.	skupinová psychoterapie	1970 až 1980
5.	diferencovaně integrační období	1980 až současnost

Zdroj: Nykl, Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka¹⁰²

Počátek směru, jak je vidět, je spojován s rokem 1940, kdy Rogers vydává krátký článek o svém směru s názvem *The processes of therapy*, jenž uveřejnil v časopise pro poradenskou psychologii *Journal of Consulting Psychology*. Ovšem první zásady a zevrubnější teoretické zdůvodnění nalezneme až v roce 1942 v knize *Counseling and psychotherapy*.

V prvních dvou obdobích přístupu platí, že terapeut je tak trochu „druhým „já“ klienta“ a do vztahu příliš osobně nevstupuje, proto se často hovoří o období monologické terapie. Až ve třetím období je vztah obohacen o vzájemnost a opravdovost ze strany terapeuta a vztah se stává hluboce přirozeným a lidským. Od tohoto období se začíná hovořit o obdobích dialogické terapie.¹⁰³

Období nedirektivního poradenství, které datujeme od roku 1940 až do 1950, se zakládá na odmítnutí direktivního poradenství, jež bylo v daném období typické. Tehdy převládalo užívání autoritářských technik, mezi něž řadíme zákazy, příkazy, rady, interpretace, utvrzování a přesvědčování klienta terapeutem. Nedirektivní terapeut by měl být spíše průvodcem než expertem na problémy klienta, to znamená, že by měl klienta nechat určovat směr, kterým se bude terapie ubírat. Terapeut vytváří svým chováním permissivní a neintervenující atmosféru. Projevuje klientovi zejména neverbálně svou vstřícnost a je na něj plně a se sympatiemi soustředěn. Někdy je toto období ironicky nazýváno jako „hmm terapie“. Klient v již zmíněné atmosféře odkládá zábrany a otevírá se více sám sobě i terapeutovi. Prostřednictvím převážně monologu objevuje souvislosti, jež ho doposud nenapadly, a dosahuje nového vhledu do sebe sama a vlastní situace.¹⁰⁴

Další období datujeme v rámci let 1950 až 1960, jedná se o **období psychoterapie zaměřené na klienta/reflektivní psychoterapii**. V rámci tohoto období je zdůrazněn pozitivní charakter terapie a její zaměření na význam klientova fenomenologického světa.

¹⁰² Srov. NYKL, Ladislav. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal, 2004. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-86598-69-1. s. 25-28.

¹⁰³ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*, s. 28-30.

¹⁰⁴ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 26-27.

Terapeut se intenzivně do klienta vcítuje a za pomoci své empatie získané porozumění mu průběžně a srozumitelně sděluje. Za hlavní úlohu terapeuta se považuje reflexe (zrcadlení) vnitřního klientova světa. Díky tomu napomáhá terapeut pravdivějšímu „mapování“ subjektivity klienta, což vede k prohloubení klientova sebepoznání. Dochází k nahlížení vnitřních rozpor (inkongruence), jež teprve po identifikaci může řešit, tím překonávat a odstraňovat. Klient zjišťuje, kdo je, co opravdu chce. Terapeutovi náleží role společníka a průvodce. Zaměřenost na klienta je centrálním axiomem, který vykresluje celou povahu Rogersova přístupu. Cílem zaměření na klienta je zůstat v klientově fenomenálním univerzu po celý průběh terapie. Terapeut zastává pozici, že vykročení z univerza (návrh, podání rady, posouzení, ...) jen omezuje terapeutické zisky.¹⁰⁵

K dalšímu posunu směru dochází v rozmezí let 1960 až 1970. Začíná se vytvářet **zážitková psychoterapie**. To znamená, že na klienta orientovaná terapie začala být zkoumána v širším okruhu osob. Pojem zážitkový se vychází z toho, že psychoterapeutický proces se odvíjí od prožívání klienta a ze zaměření terapeuta na jeho fenomenologický svět, kdy oboje je neustále v centru pozornosti. Rogers definuje zážitek jako vše, co se děje v daný moment v organismu a jeho okolí a je to potenciálně přístupné k uvědomění. Také hovoří o tom, že tyto podmínky většinou nevidíme.¹⁰⁶ Terapeut je ve vztahu ke klientovi především autentický a bez výhrad a hodnocení ho akceptuje a dává mu najevo své empatické porozumění. Akcentován je také vzájemný vztah mezi klientem a terapeutem. Klient zjišťuje, že terapeut je živý a transparentní člověk, který se o něj osobně zajímá, a nastává chvíle opravdového osobního setkání. Spíše monologické vyjadřování klienta přechází do dialogu. Můžeme se setkat se zařazením do terapie odkrývací, a to z toho důvodu, že dochází k pravdivějšímu sebepoznání a uvědomění si toho, co si dříve klient neuvědomoval.¹⁰⁷

Předposledním stadiem vývoje přístupu je **skupinová psychoterapie**, kterou lze také nazvat psychoterapií prostřednictvím skupiny. Jedná se jak o malé, tak o velké skupiny, rodinou terapii nebo terapii hrou. Důležité je, že skupiny jsou uměle sestaveny za účelem léčby, rozvoje osobnosti apod. Terapeut je ve skupinách označován jako facilitátor, ale

¹⁰⁵ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*, s. 29-30.

¹⁰⁶ Srov. ROGERS, Carl Ransom, *The Carl Rogers reader*. Houghton: Houghton Mifflin Harcourt, 1989. ISBN 9780395483572. s. 305. dostupné online na: https://books.google.cz/books?id=CRnR87UQbMwC&pg=PR3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

¹⁰⁷ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 28.

jeho přístup k člověku se neliší od přístupu v individuální terapii. Je tedy stále autentický, empatický a chová se široce akceptujícím způsobem. Opět stejně jako u individuální psychoterapie můžeme ve skupinách sledovat volný průběh a nestrukturované dění spojené s nehodnotícím postojem facilitátora a zájmem. Klientovi se dostává v takové atmosféře interpersonální skupinové zkušenosti a z ní plynoucí korekce, má možnost se přirozeně chovat a hovořit upřímně a od druhých získat zpětnou vazbu.¹⁰⁸

Přístup se od roku 1980 až do současnosti nachází v **diferencovaně integračním období**. Již v samotném názvu je vyjádřena základní charakteristika a vývojová tendence. Po roce 1987 (smrt Rogerse) dochází k přesunu hlavních aktivit přístupu z USA do Evropy. Hlavní iniciativu můžeme pozorovat ve snaze vytvořit všeobecnou psychoterapii, jejímž jádrem je Rogersem definovaná nabídka vztahu doplněná o specifické postupy zvolené dle problematiky klienta. Terapeut stále zůstává akceptující, empatický, autentický, čímž vytváří prostor, v němž se klient cítí v bezpečí, a jsou uvolněny jeho autosanační (uzdravení sama sebe) a růstové síly. V tomto období dochází k rozšíření aplikace přístupu například do školství a managementu.¹⁰⁹

1.1. Základní pojmy

V této kapitole popíšeme několik základních pojmů, které do rogersovské terapie patří. Jedná se o pojmy: aktualizační tendence (*actualizing tendency*), self, aktualizace self (*self-actualization*), základní potřeby rozvoje *self* a podmínky ocenění.

Základní myšlenka **aktualizační tendence** je vcelku přímočará. Aktualizační tendence je touha přítomná ve všem živém, touha, která žene (tlačí) organismus k růstu. V případě člověka se jedná o touhu se kreativně vyjádřit a dosáhnout svého plného potenciálu.

Rogers toto vysvětluje na příkladu brambory, kterou nechal ve spíži. “*Už jste někdy nechali brambory ve spíži, jen abyste později zjistili, že vyrostly klíčky? Klíčky jsou malé bílé kořínky, které využívají jen to malé množství světla, které je k dispozici pod a kolem rámu dveří. Pokaždé, když otevřete dveře, vstoupí nějaké světlo, které povzbuzuje sazenice, aby bojovaly o přežití. Pokud byste na jaře zasadili tento brambor do půdy, brzy byste našli zelené klíčky bojující po povrchu, následované huňatými zelenými listy.*“¹¹⁰

¹⁰⁸ Srov. NYKL, Ladislav. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*, s. 27-28.

¹⁰⁹ Srov. Tamtéž, s. 28.

¹¹⁰ Positive psychology, 2021, *Carl Rogers's Actualizing Tendency and Person-Centered Therapy* (online). (cit. dne 1.1. 2022). dostupné na: <https://positivepsychology.com/rogers-actualizing-tendency/>

Tuto touhu přiklánět se k růstu viděl Rogers u každého organismu včetně člověka. Na základě toho také stojí hypotéza s potencemi, jak již bylo uvedeno v kapitole týkající se charakteristiky přístupu.

Pokud není aktualizační tendence dostatečně naplněna, dochází k inkongruenci, ale to neznamená, že organismus se přestává snažit, právě naopak. To znamená, že aktualizační tendence nemůže být zničena, neboť se jedná o tendenci organismu zachovat sám sebe.¹¹¹

Na rozdíl od toho *self* je obtížně pochopitelný konstrukt a formativní pojem Rogersovy teorie, kdy koncepce *self* je součástí psychologického konstrukt, který vyjadřuje výsledek všech vjemů člověka o svém organismu a prožívání a jejich vztahů s vjemy a objekty v jeho vnějším světě.

Rogers definuje *self* jako „organizovaný konzistentní pojmový gestalt, který se skládá z percepce vlastností „já“ anebo „mě“ a percepce vztahů k já nebo mně a k dalším aspektům života spolu s hodnotami, které se týkají těchto percepce. Je to gestalt, který je přístupný uvědomění, ale nemusí být nevyhnutelně uvědomovaný. Je to fluidní, měnící se proces, ale v každý daný moment je to specifická entita, kterou lze operacionálně definovat.“¹¹²

Fluidní struktura *self* znamená to, že podléhá změně, korekci a není chápána jako něco v daném bodě fixního, viz Rogersův pohled na člověka. *Self* vzniká tak, že se postupně diferencuje jako součást percepčního pole, jedná se o tu část, kterou vnímáme jako onu realitu, začneme ji nazývat *self*. *Self* se dostává do středu a kolem něj se uspořádávají všechny další zážitky. Tyto zážitky jsou poté vnímány a hodnoceny podle jejich důležitosti pro *self*. Takové zážitky mohou být prožívány přímo organismem (organismické), anebo mohou být převzaté, introjиковané (od slova introjekce) od druhých. Chování člověka je zpravidla konzistentní s jeho *self*, pokud se tak neděje, může dojít k tenzi a inkongruenci. Jen v podmínkách, v nichž *self* nevnímá ohrožení, mohou být všechny zážitky zhodnoceny a asimilovány do sebepojetí a vést ke změně a rozvoji. Takové podmínky pro změnu poskytuje právě terapeut.

¹¹¹ Srov. Positive psychology, 2021, *Carl Rogers's Actualizing Tendency and Person-Centered Therapy* (online). (cit. dne 1.1. 2022). dostupné na: <https://positivepsychology.com/rogers-actualizing-tendency/>

¹¹² ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 36.

Aby se *self* mohlo rozvíjet, musí být naplněny dvě základní potřeby: potřeba pozitivního přijetí druhými lidmi (*positive regard*) a potřeba pozitivního sebezpřijetí (*positive self-regard*).¹¹³

Aktualizace *self* je proces, který je jedním z projevů aktualizační tendence. Aktualizace *self* znamená to, že člověk sám sebe začíná lépe poznávat a začíná si lépe uvědomovat svou identitu.¹¹⁴ Objevuje se až diferenciací sebezpojetí, které udržuje a rozvíjí. Sebeaktualizace neznamena optimální fungování člověka z důvodu vývoje v neideálních podmínkách. O sebeaktualizaci mluvíme hlavně z důvodu, že se může dostat do rozporu s aktualizační tendencí. Jinak v rámci přístupu není příliš důležitá, protože se vztahuje jenom na část člověka vyjádřenou v sebezpojetí a sama o sobě je univerzální součástí aktualizační tendence.¹¹⁵

3.2 Podmínky vztahu

V předchozí kapitole jsem hovořil celkem o sedmi podmínkách, jež jsou specifické pro tento přístup a bez nichž nelze dosáhnout vztahu, který by vedl ke konstruktivní osobní změně. Těmto podmínkám se věnuji v téže podkapitole. Jedná se o tyto podmínky:

- 1) psychologický kontakt,
- 2) klientova inkongruence (*incongruence*),
- 3) terapeutova kongruence (*congruence*),
- 4) bezpodmínečné přijetí (*unconditional positive regard*),
- 5) empatické porozumění (*empathic understanding of the client's frame of reference*),
- 6) klientova percepce (*perception*).

Psychologický kontakt/vztah je podmínkou, která byla pravidelně přehlížena, dokonce ani Rogers o ní příliš nenapsal, protože vycházel z toho, že kontakt mezi klientem a terapeutem je nutný, zároveň však víceméně samozřejmým východiskem pro další práci. Ovšem tato podmínka je zásadní, neboť pozitivní osobní změna může nastat pouze

¹¹³ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 37-38.

¹¹⁴ Srov. RANGVALD, Kvalsund, *Growth as self-actualization : a critical approach to the organismic metaphor in Carl Rogers' theory*. UK: Tapir Academic Press, 2003. ISBN 9788251918893. s. 46. dostupné online na: https://books.google.cz/books/about/Growth_As_Self_Actualization.html?id=tHrTpf14mUYC&redir_esc=y

¹¹⁵ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 37.

ve vztahu. Můžeme rozlišit čtyři základní úrovně kontaktu: základní, kognitivní, emocionální, jemnou.

- **Základním kontaktem** je samotné setkání. Předpokladem je vzájemnost dvou lidí, kteří se musí navzájem přijmout. Člověk si sám volí, zdali chce být s druhým v kontaktu.
- **Kognitivní kontakt** se týká vzájemného porozumění. Každá z osob dává druhému k dispozici své významy a musí být schopna přijmout význam druhého. Předpokladem takového kontaktu je pochopení způsobu, jakým druhá osoba významy vytváří.
- **Emoční kontakt** je založen na emoční důvěrnosti. Předpokladem je ochota otevřít se vlastním pocitům a být emočně vnímavý a vstřícný.
- **Jemný kontakt** vyjadřuje intimitu a blízkost. Jedná se o kontakt, kdy se stáváme plně přítomnými a vytváříme potenciál pro jedinečný hluboký vztah s druhým člověkem. Kontakt je vždy vzájemný a konsensuální a obě strany musí dát svolení ke kontaktu.¹¹⁶

Jak je již patrné z vývoje samotného přístupu, Rogers se v prvních individualistických obdobích soustředil na individuální psychoterapii, otázky *self*, jeho možné utváření a změny. V dalších obdobích se Rogersův zájem posunul spíše na dění ve skupinách, na setkávání a mezilidské vztahy. Stále ovšem vycházel z hypotézy, že jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potencemi pro porozumění sebe sama a pro konstruktivní změnu. Tyto potence se nejlépe uvolní a realizují ve vztahu určitých kvalit.¹¹⁷

Terapeutický vztah je pouze jedním ze vztahů, v němž je cílem růst osobnosti. Za další takové vztahy se dá považovat i vztah učitele k žákovi, matky a otce k dítěti, partnera k partnerce (a naopak) nebo dítěte k rodičům a prarodičům. Ve všech těchto vztazích se stále jedná o růst osobnosti.¹¹⁸

„Význam vztahu a kontaktu s druhým člověkem pro zdravý vývoj a fungování osobnosti je v psychologii obecně uznávaný (viz například Bowlbyho studie separovaných dětí a vliv separace na jejich prožívání).“¹¹⁹ Člověk jakožto sociální

¹¹⁶ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 54-55.

¹¹⁷ Srov. Tamtéž, s. 53.

¹¹⁸ Srov. NYKL, Ladislav. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*, s.33.

¹¹⁹ ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 53.

a vztahová bytost se stává člověkem teprve prostřednictvím vztahů s druhými lidmi. Lidé bez kontaktu jsou deprimovaní, izolovaní a v konečném důsledku sami nemohou přežít.¹²⁰ Vztah v rámci Rogersovy terapie je klíčovým faktorem pro vytváření self a potřeby přijetí, z téhož důvodu je také vztah nositelem změny.

Inkongruence znamená, že klient je ve stavu zranitelnosti, tudíž náchylnější k úzkosti a jiné psychické poruše. Podle Rogerse je příčinou psychických poruch inkongruence mezi *self* a zážitkem jedince. Klient je díky inkongruenci otevřenější k vyhledání pomoci a uvědomění si její potřeby. Přístup zaměřený na klienta nemůže změnit klienta proti jeho vůli, a proto je nutná samotná motivovanost klienta k tomu, aby klient změnu chtěl. Zpravidla terapeut sám nezískává informace o klientovi diagnostickými metodami, ale vodítkem a zdrojem porozumění je mu klient a jeho vlastní popis potíží. Důraz na klientův popis se odráží v nedirektivitě přístupu. Terapeut se snaží, aby klient dosáhl nezávislosti a kontroloval svůj život zevnitř.¹²¹

Inkongruence nemusí být pouze v rámci klienta, naopak i terapeut se může do tohoto stavu dostat. Problémem je, že u terapeuta není inkongruence tak zřejmá jako u klienta. Dochází k ní, pokud si terapeut není vědom některých aspektů svého prožívání ve své odpovědi klientovi, a tudíž tyto aspekty nemůže vyjádřit, nebo k ní může dojít, pokud si je terapeut vědom svého prožívání, ale rozhodne se ho nevyjádřit. Ačkoliv si terapeut nemusí být vědom takového jednání, klient může cítit, že něco není v pořádku a může to mít dopad na kvalitu kontaktu i samotného vztahu.¹²²

Kongruence neboli ryzost, autenticita, věrohodnost, opravdovost, přirozenost a další tvoří jednu ze základních podmínek účinné psychoterapie. Terapeut ji vnáší do terapie a skrze ni vnáší sám sebe a nabízí meziosobní setkání. Jedná se o komplexní psychoterapeutickou proměnnou vysoce korelující s osobní zralostí člověka, jeho vnitřní stabilitou. V psychoterapeutickém významu se definuje takto: „*Autenticita je rysem osobnosti a znamená, že terapeut je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají terapeutovu momentálnímu prožívání a smýšlení.*“¹²³

¹²⁰ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3. s. 72.

¹²¹ ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 55.

¹²² Srov. MEARNNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*, s. 107-108

¹²³ VYMĚTAL, Jan. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X. s. 100.

Z historického hlediska byl tento požadavek na svou dobu radikální, protože v klasické terapii zaujímal terapeut roli experta a rádce. Být kongruentní totiž znamená, že terapeut je ochoten být tím, kým je, setkává se s klientem tváří v tvář a respektuje ho jako samostatného člověka, ve vztahu jsou oba rovnocennými partnery.¹²⁴

Předpokladem je být autentický sám k sobě, umět si naslouchat, dokázat zachytit vlastní prožívání, uvědomovat si ho a orientovat se v něm, jednoduše řečeno rozumět sám sobě. Z toho vyplývá, že terapeutova kongruence se skládá ze dvou hlavních dimenzí. První je již zmíněná autenticita k sobě samému a druhou pak selektivní projev této autenticity vzhledem ke vztahovému protějšku. Autenticitě se člověk učí stejně jako selektivnosti, s níž ji projevujeme. Jen vysoce autentický terapeut je schopen klienta plně akceptovat. Terapeutova kongruence působí na klienta následujícím způsobem:

- klienta vnitřně uklidňuje to, že ví, na čem je,
- klient se zabývá svým nitrem a významnými vztahy, učí se nově řešit problémy a nalézá sám sebe,
- nastává psychické oživení, narůstá sebeexplorace a vyvíjí se procesy k překonávání inkongruencí,
- klient reaguje na terapeutovu kongruenci svou vlastní ryzostí,
- dochází k emoční korekční zkušenosti.¹²⁵

Bezpodmínečné přijetí se zakládá na předpokladu, že růst či změna jsou pravděpodobné, pokud terapeut zaujímá pozitivní, akceptující postoj ke klientovi a k tomu, čím je v daném okamžiku. Díky tomu se vytváří prostor pro konstruktivní změnu. Jedná se o základní postoj terapeuta vůči svému klientovi, kdy terapeut zastává pozitivní hodnocení vůči klientovi nezávisle na podmínkách, klient je vždy přijímán jako hodnotová bytost zasluhující si úctu a respekt.

Role přijetí se zakládá na tom, že člověk má potřebu pozitivního přijetí. *„Být druhým bezvýhradně přijat a následně pak moci být skutečně sám sebou – beze zbytku a bez přetvářky – zdá se, že se jedná o skutečně základní lidskou vztahovou potřebu, jež je biologicky zakotvená (abych mohl „přežít“, musím být ostatními lidmi, nejméně však*

¹²⁴ Srov. PROCTOR, Carmel, *Congruence/Incongruence*, Buckinghamshire: Buckinghamshire New University, 2017, s. 1. dostupné online na: https://www.researchgate.net/publication/314232482_CongruenceIncongruence

¹²⁵ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*, s. 102-106.

jedním člověkem, přijat, a to v jakékoliv fázi života). ¹²⁶ Takovéto přijetí je základem pro psychické přežití do té míry, že člověk popře nebo zkreslí svůj zážitek, aby si udržel *selfconcept*. Z toho pramení, že touha po přijetí může vést k rozporu mezi vnímaným *self* a skutečným zážitkem, tedy to může vést k inkongruenci. Ta může být tedy chápána jako nedostatek bezpodmínečného přijetí a úzkost, zranitelnost nejsou její příčinou, ale výsledkem. Jak bylo uvedeno výše, aby mohl „přežít“, musí být přijat minimálně jedním člověkem, to znamená minimálně terapeutem. Terapeutovo bezpodmínečné přijetí tedy nahrazuje přijetí od druhých a vyústí v pozitivní sebepřijetí klienta, pozitivnímu postoji k jeho *self*, které se stává nezávislým na postojích druhých. Dochází k zvnitřnění centra hodnocení a eliminaci hodnocení zážitků jako méně či více hodných k přijetí a díky tomu již klient není inkongruentní. ¹²⁷

V praxi, pokud terapeut zastává postoj bezpodmínečného přijetí, dochází u klientů zpravidla k následujícím duševním dějům:

- klient se ve vztahu k terapeutovi cítí příjemně, přijat a přestává být na problémy sám,
- dochází k uspokojení potřeby uznání a ke zvýšení sebeúcty klienta,
- klient získává plnější kontakt sám se sebou,
- v široké míře se uskutečňuje emoční korektivní zkušenost, neboť dochází k hluboce uspokojující a povzbuzující komunikaci,
- dochází k stimulaci sebeexplorace a explikace,
- nastává protipodmiňování nepříjemných psychických stavů na základě recipročního efektu, neboť na klienta se přenáší terapeutova uvolněnost a klid. ¹²⁸

¹²⁶ VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*, s. 80.

¹²⁷ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 59-60.

¹²⁸ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*, s. 81-82.

Empatické porozumění je v některé literatuře označováno jako „porozumění vcítěním“, je další nezbytnou proměnnou pro optimální průběh a výsledek „léčby“. Podmínkou skutečného empatického porozumění je atmosféra bezpodmínečného přijetí.

Rogers definuje empatické porozumění jako způsob bytí s jinou osobou s několika aspekty. Empaticky porozumět znamená vstoupit do soukromého světa jiného člověka a být v něm jako doma. Zahrnuje to být citlivým v každém okamžiku, vnímat měnící se významy, které proudí od druhého člověka, ať již se jedná o strach, vztek, něžnost, zmatek nebo cokoli jiného, co druhý člověk zažívá. Znamená to dočasně žít život druhého člověka, chovat se jemně a nevynášet soudy (nehodnotit), vnímat významy, kterých si je druhý sotva vědom, ale nesnažit se odhalit pocity, jichž si druhý není vědom vůbec, protože to by mohlo být příliš ohrožující.¹²⁹

Empatie je tedy postoj, v němž terapeut přesně cítí klientem zažité osobní významy, toto porozumění vůči klientovi projevuje. V rámci takového porozumění se nejedná pouze o cítění vědomých a klientem vyjádřených obsahů, ale jedná se i o obsahy, jež se mohou nacházet těsně pod hranicí klientova vědomí. Nejedná se o identifikaci, naopak terapeut musí být schopen přejít z empatického porozumění k vlastním prožitkům. V průběhu kontaktu vkládá terapeut své vlastní pocitové vztahy a jejich kvalitu do vztahu, ve kterém je cílem osobní klientův růst.¹³⁰

Empatii nevyjadřuje terapeut pouze verbálně, ale i neverbálně mimikou, tónem hlasu a úsilím o vnitřní přiblížení a co nejpřesnější porozumění druhému. I empatie je schopností, kterou je nutno cvičit.

Percepce popisuje nejdůležitější konečný krok mezi terapeutem a klientem, tím je komunikace terapeutových postojů a zachycení této komunikace klientem. Jedná se vlastně o potvrzení toho, že klient zažíval empatické porozumění a bezpodmínečné přijetí ze strany terapeuta. Podmínka percepce vychází z vnímání samotného klienta a je dalším důkazem toho, že Rogers staví klienta skutečně do středu procesu.¹³¹

¹²⁹ Srov. ROGERS, Carl Ransom, *Client Centered Therapy (New Ed)*. Boston: Little, Brown and Company, 1980. ISBN 1841198404. s. 142.

¹³⁰ Srov. NYKL, Ladislav. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*, s. 37-38.

¹³¹ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 64.

3.3 Terapeutický proces

V této podkapitole se budu věnovat samotnému terapeutickému procesu, kdy podle Rogerse terapie neprobíhá plynule a rovnoměrně. V jejím průběhu se dají identifikovat klíčové momenty tzv. *momenty posunu*, v nichž nastává podstatná změna. Mezi takové momenty posunu řadíme krok dopředu, tzn., že dochází ke změně v osobnosti a projevu klienta. Tyto změny vznikají v přímé souvislosti s terapií. Rogers rozlišuje sedm stadií terapeutického procesu.¹³² Klient vstupuje do terapie v některém stadiu a mění se směrem k poslednímu. V rámci popisu procesu jsou zahrnuty i příklady z praxe.

V **prvním stadiu** jsou člověku vlastní rigidní názory o sobě a o světě. Je vzdálen svému bezprostřednímu prožívání a netouží po změně či osobním rozvoji. Nerozeznává problémy, pocity a osobní potřeby, raději komunikuje o vnějších věcech. Do terapie nepřichází dobrovolně, ale je do ní buď donucen, anebo někým poslán. Bohužel v takovéto situaci je naděje na terapeutický úspěch mlhavá, ledaže by se jednalo o skupinovou terapii nebo terapii hrou.¹³³

V rámci praxe se jedná o uživatele pervitinu, kteří zažívají pouze pozitiva, jež drogy přináší a do služby se dostali skrze jinou osobu. Často se jedná o klienty provádějící sekundární výměnu za někoho, kdo na kontakt nemohl z jakéhokoliv důvodu dorazit. Takoví klienti s námi příliš nekomunikují a skutečně přišli jen z donucení a v rámci výměny.

Ve **druhém stadiu** je člověk schopen mluvit o neosobních tématech a problémech, které jsou vnímány jako vnější a jeho se přímo netýkají. Klient popisuje pocity bez vztahu k sobě nebo jako něco věcného z minulosti. Mluví o nich, jako kdyby už nebyly, příkladem může být prostá fráze „symptomem byla deprese“ místo toho, aby klient přiznal „jsem depresivní“, anebo „měl jsem deprese“. Osobní názory jsou stále rigidní a klient se schovává za fakta.¹³⁴

V praxi se jedná o takové klienty, kteří se službou buď začínají spolupracovat, anebo spolupracují nějakou dobu, ale nepocitují příliš negativa, jež s sebou užívání pervitinu přináší. Pokud se někdy dostali do nepříjemných situací, moc o nich nemluví, a pokud

¹³² Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 67.

¹³³ Srov. ROGERS C.R. (1990) *Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií*. Praha, Psychoterapeutické sešity, č.37. s. 15. dostupné online na: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:116d42b0-26a5-11e4-8e0d-005056827e51?page=uuid:41ff1b40-35e8-11e4-8e0d-005056827e51>

¹³⁴ Srov. Tamtéž, s. 15.

ano, pak velmi málo a bez osobního zaujetí. Můžeme si uvést příklad. Jestliže klient vypráví o tom, jaké bylo předávkování pervitinem, neřekne „bylo mi špatně a bolela mě hlava“, ale řekne „projevovalo se to zvracením a bolestí hlavy“.

Posun od druhého do **třetího stadia** je závislý na tom, zdali klient v druhém stadiu zažije, že byl terapeutem plně přijat. Pokud ano, začne se uvolňovat a začne hovořit o svých pocitech z minulosti, nejčastěji z období dětství. Pocity, o nichž klient hovoří, mají často negativní konotaci. Své názory a představy přestává brát jako něco definitivního a faktického.¹³⁵ Často klienti vstupují do terapie právě v tomto stadiu.

Prakticky se setkávám s tím, že takoví klienti vzpomínají na dětství a na to, jak se v něm cítili, zdali byli nešťastní, anebo zažili nějaké křivdy. Často tito klienti hovoří o tom, jak zlobili, anebo něco provedli a poté to museli před rodiči tajit, protože rodiče byli dost autoritativní. Někteří z nich o sobě mluví jako o zbabělci a vypráví i o tom, jak nikomu nevěří. Kdykoliv se dostaví nějaká náklonnost, dostanou strach, neboť nemají rádi podřízení a náklonnost berou jako formu podřízení se.

Ve **čtvrtém stadiu** klient začíná hovořit o pocitech v přítomnosti a začíná být v projevu spontánnější. Klient může začít pochybovat o způsobu zpracování svých vlastních zkušeností. Také začíná cítit zodpovědnost za své problémy. Toto stadium je poměrně dlouhé, neboť klient sám sebe začíná vnímat jako cítící, prožívající bytost. V této fázi je klient často zděšen (překvapen) z toho, jaké ze skutečností, které vnímá, je schopen říci.¹³⁶

Klienti nám sdělují své současné pocity a to, jak se v současné chvíli cítí. Tématem může být i závislost a její dopad na jejich prožívání a vnímání reality, cítí potřebu se skutečně ujistit v tom, že informace, které nám poskytují, nikomu jinému neříkáme a nijak je neupravujeme. Rovněž se přesvědčují o naší mlčenlivosti a anonymitě služby. Setkáváme se s tvrzením, že určitě spolupracujeme s policií a dáváme jí informace. V tomto stadiu je základem klientovi znovu vysvětlit, jak funguje služba a pracovat dále na společném vztahu, například klienta můžeme přesvědčit možností nahlédnutí do dokumentace programu. Setkáváme se s tím, že klienti sami jsou překvapeni z toho, co všechno jsou ochotni nám říct.

K **pátému stadiu** dojde v případě, cítí-li se klient v terapeutickém vztahu bezpečně a není již zděšen (překvapen) průběhem terapie a určitým sebepoznáním, jehož dosáhl.

¹³⁵ Srov. ROGERS C.R. (1990) *Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorii*, s. 17.

¹³⁶ Srov. Tamtéž, s. 17.

Při dosažení tohoto stadia klient začíná hovořit o pocitech volněji a v přítomnosti. Ty osobní pocity, jež byly dříve popírány, anebo se jim klient vyhýbal, začínají být téměř plně prožívány. Dochází k uznání vnitřního prožívání a vyrovnávání se s rozdíly mezi prožíváním a vybudovanou představou o sobě, tzn., klient ví, že něco prožívá, ale často to není schopen popsat. Začíná si ovšem uvědomovat, že prožívá opravdu niterně a že se tímto prožíváním lze řídit. Takový klient začíná chtít být sám sebou, mění se a je více spjatý se svým přirozeným základem, uvědomuje si rozdíly mezi svým prožíváním a sebezpojetím.¹³⁷

Klienti nám sdělují své pocity otevřeně. Častým tématem je odmítnutí, kdy přiznávají, že si mysleli a někdy stále myslí, že je odmítneme přijmout a jde nám jen o abstinenci. Dále se pak setkáváme s tím, že ani vlastně neví, proč něco řekli, ale prostě to potřebovali říct. Může dojít také k doznání, že klient vlastně není zase tak hodný a pohodový, jak se nám může zdát, ale že někdy někoho oklame či zneužije ve svůj prospěch a přemýšlí nad tím, proč by si měl před námi na něco hrát. Nebo naopak si spousta klientů hraje na to, že jsou drsní až necitliví, přitom ve skutečnosti tací nejsou a přemýšlí nad koncem předstírání.

Definici **šestého stadia** uvádí Rogers jako „*o rozhodující stadium v oblasti změny, oproti ostatním stadiím probíhá často dramaticky. Výrazným rysem je plné prožívání přítomnosti a se všemi pocity včetně těch, které si klient v minulosti odmítal uvědomit. V důsledku takového prožitku může být klient zraněn. Toto zranění může být doprovázeno i fyziologickými obtížemi (pláč, napětí, ...). Klient chápe sebe jako člověka prožívajícího a v pohybu. Díky poznávání nových částí sebe dochází k trvalé změně, v důsledku toho se stává klientův vnitřní svět procesem, ve kterém klient sám se sebou otevřeně komunikuje.*“¹³⁸

V praxi klienti začínají přehodnocovat některá svá stanoviska, zásady a názory. Pokud jsme v předchozích fázích mluvili o nedůvěře v sebe a k ostatním, pak v této fázi s klienty hovoříme o tom, že si vlastně věří a začínají věřit někdy i ostatním. Důležitou součástí se stává i sebeláska, kdy klienti sami zjišťují, že by měli mít rádi sami sebe a tyto myšlenky s námi sdílí. Jak bylo uvedeno výše, setkáváme se s pláčem, ale také s hněvem, neboť klienti jsou někdy naštvaní, že jim to nedošlo dříve, než se dostali do špatné životní situace.

¹³⁷ Srov. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*, s. 131-132.

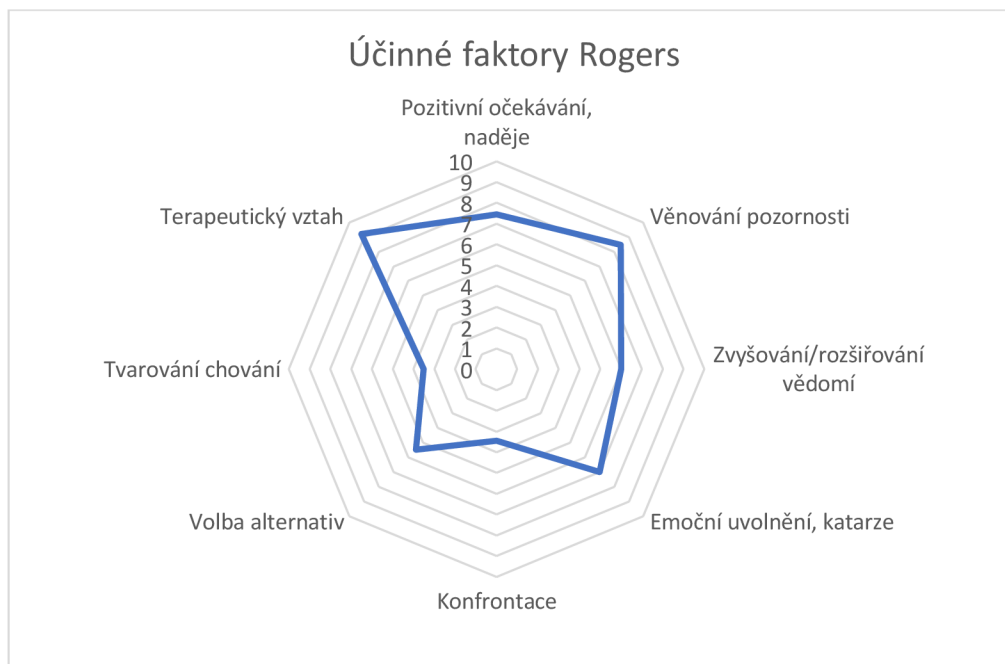
¹³⁸ Rogers C. R. (1990) *Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorií*, s. 19.

V posledním **sedmém stadiu** se pomalu vytrácí potřeba terapie, protože hlavní změny se již dějí hlavně mimo terapii, která již slouží spíše jen k referenci. Klient v tomto stadiu je otevřen vůči prožívání, důvěřuje vlastním pocitům a má silně rozvinuté vnitřní hodnocení. Pohyb, proměnlivost a plynulost se stávají součástí jeho života a každá nová událost je prožívána bez interpretací patřících do minulosti. Takový člověk žije plně v přítomnosti a může svobodně navazovat vztahy s druhými.¹³⁹

Jelikož již klient pomalu přestává terapii potřebovat, anebo cíle, které si stanovil pro naši spolupráci, jsou již splněné, dochází často k doporučení klienta do dalších adiktologických služeb například do adiktologické poradny, kde může aktivněji řešit nové cíle v oblasti závislosti a osobního rozvoje.

3.4 Silné a slabé stránky přístupu podle Kaliny

Kalina přišel s hodnocením účinných faktorů od 1 do 10, kdy 10 znamená nejúčinnější a 1 nejméně účinný. V rámci tohoto hodnocení se nejvýše umísťuje terapeutický vztah (9 bodů), věnování pozornosti (8,5 bodů), pozitivní očekávání a naděje (8 bodů). Tyto výsledky přesně korelují s tím, jak se přístup prezentuje a na jakých základech stojí.



zdroj: KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*.¹⁴⁰

¹³⁹ Srov. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*, s. 70.

¹⁴⁰ Srov. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*, s. 185-186.

3.5 Harm reduction psychotherapy

V této kapitole se budu věnovat praktickému užití přístupu orientovaného na klienta v rámci práce *streetworku*. HR a psychoterapie jsou tradičně chápány jako dva nezcela slučitelné přístupy, neboť tradiční způsoby vyžadují abstinenci jako cíl terapie na rozdíl od HR, jež na abstinenci nelpí, a proto vznikla HRP propojující a rozšiřující rogersovský přístup k psychoterapii s myšlenkami HR.

To znamená, že HRP je inovativním přístupem léčby pro lidi s problémy s alkoholem a jinými drogami. Na rozdíl od tradičního medicínského modelu závislosti pracuje HRP stejně jako Rogers s bio-psycho-sociálním modelem závislosti. Za pomoci tohoto modelu se snaží terapeut pochopit důvody zneužívání drog a závislosti na nich. V rámci HRP není závislost tím primárním problémem, je totiž výsledkem více faktorů. V rámci obou těchto terapií je každý klient posuzován zvlášť a individuálně, následná intervence se odvíjí od vztahu, který má klient k drogám a jejich užívání, dochází k identifikaci a práci s překážkami adherence k léčbě u jakéhokoliv klienta. HRP pomáhá lidem vytvářet vlastní individuální strategie s cílem omezení škodlivého užívání alkoholu a drog (abstinence, umírněnost a jiné krátkodobé cíle).¹⁴¹

HRP stojí na základech přístupu orientovaného na klienta, principech HR a svých specifických principech, což bude uvedeno. HRP pohlíží na vztah mezi klientem a terapeutem jako na partnerství založené na spolupráci a vzájemné důvěře. HRP dodržuje myšlenky a principy přístupu orientovaného na člověka a za pomoci těchto principů udržuje klienta zapojeného do léčby (spolupráce). Terapeutova kongruence, bezpodmínečné přijetí a empatické porozumění představují stěžejní faktory celé spolupráce. Pracovník zaujímá nehodnotící postoj a neodsuzuje klienta za zneužívání drog. Je zde eliminována snaha na klienta tlačit, či dokonce ho do něčeho nutit, jedná se totiž o nedirektivní přístup. Pracovník nechává klienta řešit problémy spojené s užíváním a závislostí svou vlastní rychlostí. Jedním z důvodů klientova určování rychlosti řešení je i to, že motivace řízená zvenčí je spojena se špatnými výsledky.¹⁴²

¹⁴¹ Srov. Europe PMC, 2002, *Harm reduction psychotherapy: an innovative alternative to classical addictions theory*. (online) (citováno dne 1.3.2022). dostupné na: <https://europepmc.org/article/med/12087633>

¹⁴² Srov. DENNIG, P. *Practicing Harm Reduction Psychotherapy*. New York: Guilford Publications, 2011, ISBN 9781462502332. s. 305. dostupné na: <https://archive.org/details/practicingharmre02eddenn/page/304/mode/2up?view=theater&q=harm+reduction+therapy>

V rámci terapie pracovník uznává klientovy silné stránky a úsilí se soucitem a bez předsudků, bezpodmínečně ho přijímá. Přístup skutečně sleduje klienta a jeho potřeby, pokud se v rámci terapie například objeví jiný problém, který klient potřebuje vyřešit, pracovník je schopen pracovat s tímto problémem. HRP uznává, že klienti dělají chyby a mají k tomu své důvody, kterých si nemusí být ani vědomi.¹⁴³ V rámci terapie terapeut konzultuje průběh s někým jiným pouze po klientově svolení. S klientem se vždy pracuje v té fázi terapeutického procesu, v níž se zrovna nachází.

Cílem se stává podpora procesu klientovy sebe-transformace za pomoci již zmíněných metod podle Rogerse. V průběhu terapie klientovi dochází, co je pro něj stresující, škodlivé v rámci užívání návykových látek a dochází k aktualizaci *self*.

3.5.1 Východiska HRP

HRP má i svá vlastní východiska, na nichž je závislá vhodná forma intervence a pomoci klientovi. Jedná se hlavně o náhled na klienta a jeho závislost. Tatarský uvádí tyto náhledy:

1. Problémy s užíváním látek lze nejlépe pochopit a řešit v kontextu celé osoby a v jejím sociálním prostředí.
2. Je třeba nahlížet na každého klienta jednotlivě z toho důvodu, že lidé s problémy s užíváním návykových látek se značně liší v každé psycho-sociální proměnné, proto musí být každý uživatel látky rozpoznán jako jedinečná osoba s jedinečnou směsí silných stránek, zranitelností a potřeb.
3. Klient má silné stránky, které lze podpořit (viz Rogers a potence).
4. Dochází ke stigmatizaci. Uživatelé drog jsou běžně vystaveni negativnímu, znehodnocování a dochází k jejich stigmatizaci (nálepkování). Mezi takové nálepky často patří přesvědčení, že závislí jsou lháři, zločinci, vykořisťovatelé, manipulátoři a lenoši. Nálepkování je v mnoha ohledech problematické, neboť nálepky nemusí nutně odpovídat realitě a vztahují se nejčastěji jen na některé uživatele, ale rozhodně ne na všechny.

¹⁴³ Srov. KNIGHT, C. *Case study Approach to Psychotherapy for advanced Practise Psychiatric Nurses*. New York: Springer Publishing, 2020, ISBN 9780826195043 s. 244, dostupné na: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=ITLwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA241&dq=what+is+har+m+reduction+psychotherapy&ots=WKtDtuulSf&sig=ho5znd46MpkQcZMtsnhRT3ZfTKY&redir_esc=y#v=onepage&q=what%20is%20harm%20reduction%20psychotherapy&f=false

5. Uživatelé berou drogy z důvodu adaptace. Často dochází k užívání v důsledku zvládnání náročných vnitřních nebo vnějších okolností.
6. Užívání drog spadá do kontinua škodlivých následků. Užívání drogy se mění v průběhu kontinua závažnosti od relativně bezpečného po bezprostředně život ohrožující.
7. Je důležitější klienta poznat než ho k něčemu nutit, například k abstinenci.
8. Primárním cílem je zapojit klienta do léčby (spolupráce). V počáteční fázi vztahu se cítí mnoho klientů ztracených z důvodu předchozích selhání v oblasti respektování klientových pohledů a postojů k jeho problémům. Přijetí těchto postojů může být v HR výchozím bodem pro intervenci s cílem motivovat klienta k vyhledání pomoci a možnému vytvoření aliance pro léčbu. Příkladem nám může být výměna použité injekční stříkačky za čistou, jež může být počátkem vzniku právě takového vztahu.
9. Důležité je začít skutečně tam, kde se klient nachází. Intervence, jež jsou relevantní pro celé spektrum uživatelů látek, mohou být navrženy tak, aby doslova začínaly tam, kde se pacient nachází jak geograficky, tak i z hlediska své motivace, cílů, silných stránek, hodnot, kultury a sociální skupiny.
10. Měli bychom hledat a mobilizovat silné stránky klienta za účelem pozitivní změny. HRP a přístup orientovaný na klienta předpokládá, že mnoho uživatelů návykových látek má silné stránky a motivace (potence), které lze v každém bodě využít k dosažení pozitivní změny.
11. Je třeba rozvíjet vztah mezi klientem a pracovníkem. Pracovník musí spolupracovat s klientem při tvorbě cílů, strategií a léčebných postupů. To znamená, že pracovník a klient jsou si ve vztahu rovni a klient je expertem na svůj život.
12. Cíle a strategie vyplývají z terapeutického procesu. Potřeby, motivace, cíle a silné stránky klienta určují zaměření terapie. Úkolem terapeuta je vytvořit prostor, v němž jak klient, tak terapeut spolupracují. Mělo by docházet ke společnému zkoumání toho, co klient potřebuje a jak nejlépe mu může pracovník pomoci v rámci dosažení pozitivní změny.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Srov. TATRŠKY, A. *State of art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse*. Journal of clinical Psychology, 2010, s. 120-121. ISSN 1097-4679. dostupné na: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.20672?saml_referrer

3.5.2 Úkoly terapeuta/pracovníka

Jak je již patrné z předchozích textů, tento styl psychoterapie klade vysoké nároky na samotného terapeuta, neboť terapeut musí být schopen dosáhnout podmínek vztahu podle Rogerse (kongruence, bezpodmínečné přijetí, empatické porozumění), ale také musí zvládnout dalších sedm úkolů spojených s HRP. Podle Tatarského nelze bez splnění těchto úkolů dosáhnout pozitivní změny. Zmíněných úkolů se terapeut ujímá na základě vnímání potřeb klienta a nedá se tedy stanovit jejich přesná posloupnost.

1. Zvládání terapeutické aliance.

Na základě klinické zkušenosti a empirických výzkumů bylo zjištěno, že nejvíce důležitým aspektem účinné psychoterapie u uživatelů drog je dobrá terapeutická aliance. Za terapeutickou alianci se považuje schopnost cílevědomě spolupracovat s klientem na volbě cílů, aktivit k jejich dosažení a budování vztahu. Důležitý je již prvotní kontakt, protože ten často na ulici určuje to, zdali se klient do služby ještě někdy vrátí, anebo si najde jinou alternativu. Proto je zcela zásadní, aby terapeut již od první schůzky přistupoval ke klientovi s respektem, empatií, bez jakýchkoliv předpokladů a předsudků. Úvodní schůzky se zaměřují čistě na klienta, to znamená, že jejich cílem je zjistit, co klient od kontaktu očekává, s jakými problémy přichází. K tomu terapeutovi slouží aktivní naslouchání, empatie, správně mířené dotazy, reflexe a zvládání protipřenosu.¹⁴⁵

2. Léčba terapeutickým vztahem.

Dobrý terapeutický vztah má sám o sobě pro klienta léčivý potenciál, a to hned z několika důvodů. Pocit bezpečí a důvěry může pomoci ke snížení klientovy úzkosti a umožňuje mu snadnější sebereflexi. Může mu napomoci s lepší orientací ve vlastním životě, s vyhodnocením, co je pro něj dobré, a s nalezením nových významů jeho současného chování. Terapeutický vztah učí klienta novým způsobům vztahování se k lidem, novým způsobům regulace vlastních emocí, ale učí je i vyjadřovat vlastní myšlenky a pocity. V tomto úkolu je hlavní prací terapeuta klientovi ukázat upřímný a přirozený zájem a ochotu se přizpůsobovat potřebám a přáním klienta.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Srov. NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7. s. 131.

¹⁴⁶ Srov. TATARSKÝ, A. KOOLOG, S. *Integrative harm reduction psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality*. *Journal of clinical Psychology*, 2010, s. 125. ISSN 1097-4679 dostupné na: https://icpla.edu/wp-content/uploads/2019/05/Tatarsky_Kellogg_IHRP11-1.pdf

3. Posilování dovedností k řízení vlastních pozitivních změn.

Vytvoření terapeutické aliance s klientem by mělo posilovat tu část klientovy osobnosti, jež stojí o změnu a chce tuto změnu sama řídit. Proces změny podporují tři klíčové schopnosti terapeuta i klienta, jedná se o zvědavost, sebereflexi a schopnost tolerance. Klientova zvědavost ohledně jeho vlastní závislosti ho motivuje k sebeuvědomění a sebedotazování. Sebeuvědomění pomáhá klientovi zkoumat své zážitky a propojit je s pocity a vnímáním. Nepříjemné pocity jsou snesitelnější, pokud si je klient vědom toho, jak s nimi pracovat, například za pomoci meditace. To znamená, že úkolem terapeuta je podpora schopností klienta, vedoucí ho k pozitivní změně.¹⁴⁷

4. Posouzení jako léčba

Posouzení klientovy situace je základním kamenem terapeutické aliance. Na základě posouzení vzniká vhodná volba intervence. V HRP je posouzení situace způsobem, jak pomoci klientovi zlepšit poznání sebe sama a vlastního chování a také jak najít možné způsoby snižování rizik. Terapeut se proto věnuje pečlivě detailům problémového chování. V rámci zkoumání problémového chování může být využita metoda časové osy, kdy klient vytváří časovou osu jednoho dne, v níž zvýrazňuje čas, v jakém kontextu užil drogu. Za pomoci této mikroanalýzy mohou terapeut s klientem dojít k ucelenému obrazu o klientově problémovém chování, klientovi to umožňuje určit situace, v nichž by uvítal změnu. Terapeutovým úkolem je zabývat se aspekty užívání, kterými se chce zabývat sám klient.¹⁴⁸

5. Přijetí ambivalence

Ambivalence neboli vnitřní rozpolcenost hraje ústřední roli v rámci pozitivní změny klienta. V rámci přijímání ambivalence pracuje terapeut s tím, že drogy mohou pro klienta znamenat nejen zátěž, ale i určitý únik. To znamená, že přestože mohou začít u uživatele převládat negativní důsledky užívání, stále se u něj mohou nacházet důsledky, které vnímá jako pozitivní. Úkolem terapeuta je tedy se nepřiklánět ani na jednu stranu, ale vyjadřovat zájem a pochopení pro obě. Tím, že terapeut je schopen přijmout obě

¹⁴⁷ Srov. TATARSKÝ, A. KOOLOG, S. *Integrative harm reduction psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality*, s. 126.

¹⁴⁸ Srov. NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVA, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*, s. 132.

strany a na žádnou se nepřiklánět, zapojí se do procesu změny „celý klient“ a nejen ta část, jež chce změnu.

6. Stanovování cílů pro snižování rizik

V rámci přístupu snižování rizik existuje neodmyslitelný paradox. Na jedné straně HR klade důraz na přijímání klienta tam, kde je, na jeho myšlenky, cíle a na základě těchto poznatků dochází k volbě intervence. Na druhou stranu HR také podporuje pozitivní změny ve směru ochrany veřejného zdraví, čímž by se teoreticky dostávala do direktivního rámce. Terapeut proto musí nalézt kompromis mezi ochranou veřejného a klientovými cíli. Terapeut pomáhá klientovi vytvořit vlastní „ideální plán užívání“, v němž si klient sám a na základě vlastních zkušeností určuje, které drogy a v jakém rozsahu chce užívat tak, aby nejvíce eliminoval rizika a maximalizoval zisky.¹⁴⁹

7. Aktivní strategie pro pozitivní změnu

Jakmile si klient vyjasní problematické aspekty užívání drog a stanoví si cíle, je možné domluvit se na strategiích, jak těchto cílů dosáhnout. Nejčastějšími kognitivně behaviorálními strategiemi jsou:

- a) *Self-monitoring* se zakládá na sledování starých vzorců spojených s užíváním, klient se jim buď poddá, anebo si vytvoří nové. Pokud klient zná své staré vzorce chování, může se snadněji připravit na situaci, ve které by mohlo dojít k relapsu.
- b) *Crave/urge surf*, pokud klient cítí nutkání užít drogu, měl by se posadit alespoň na pět sekund (čas si určuje sám klient podle potřeby). Díky tomuto časovému odstupu mezi nutkáním a užitím si klient může rozmyslet, zdali drogu vůbec užije a co od ní očekává. Klient již nejedná z popudu, zvyku, ale jedná na základě vlastního rozhodnutí.
- c) Pohrávat si s návyky, to znamená, že klient zkouší měnit své návyky, tedy staré návyky za nové, které by vedly k lepšímu životu a menší frustraci.
- d) Identifikovat spouštěče. Pokud klient zažívá nutkání drogu užít, měl by se na chvíli zastavit a zamyslet se nad tím, co se stalo předtím, než k nutkání došlo.

¹⁴⁹ Srov. NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*, s. 132.

Může si klást otázky, zdali je užití drogy tím nejlepším řešením a zdali se nedá situace vyřešit jinak.

- e) 18 alternativ. Číslo 18 je čistě orientační, neboť počet alternativ si stanoví klient sám. Jedná se o seznam alternativních řešení problémů, jež u klienta nejčastěji spouští touhu po užití drogy. Pokud má klient vytvořeny alternativy, snadněji se rozhodne k tomu, co udělá.¹⁵⁰

3.5.3 Fáze HRP terapie

V rámci terapeutického postupu popisuje Tatarsky tři základní fáze: 1. připojení a zhodnocení, 2. stanovování cílů, 3. práce na změně. Tyto fáze si můžeme vyjádřit jako pyramidu. Základnu pyramidy tvoří připojení a zhodnocení, z toho vyplývá, že terapeutická práce v rámci HRP může probíhat, aniž by měla jasně stanovený cíl spolupráce.



Zdroj: NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*.¹⁵¹

¹⁵⁰ Srov. TATARSKY, A. KELLOG, S. *Harm reduction psychotherapy*. Lanham: Jason Aronson Inc. Publisher, 2002, ISBN 0765703521. s. 54. dostupné na: <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2015/11/Tatarsky-A.-Harm-Reduction.pdf>

¹⁵¹ Srov. NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*, s. 133.

Připojení a zhodnocení.

V této fázi je prvotním úkolem terapeuta usilovat o to, aby klientově formulaci problému správně porozuměl. Měl by být pozorný k tomu, jestli má klient nějaké cíle, popřípadě jaké. Terapeut se připojuje ke klientovi bez jakéhokoliv předporozumění, nenabízí mu žádné „znalosti“ o tom, co by měl klient dělat, jak jednat nebo o tom, co by měl dokonce chtít. Terapeut respektuje to, že sám klient je expertem na svůj život. Terapeut má znalosti o dopadech závislostního chování, a to jak negativních, tak i pozitivních. Tyto znalosti potom využívá při prozkoumávání dopadů na určitého klienta, terapeut pracuje s myšlenkou, že závislostní chování má pro klienta určitou funkci a tuto funkci se snaží společně nalézt. Důležité je, aby terapeut přizval klienta k vlastnímu vyhodnocování situace.

Fáze stanovování cílů

Jak již bylo zmíněno cílem HRP není to, aby klient dosáhl abstinence, ale jakákoliv pozitivní změna v jeho životě. Proto cíle terapie si určuje sám klient, jenž je terapeutem pouze povzbuzován k tomu, aby uvažoval i o drobných změnách, které například v rámci užívání drog nemusí znamenat abstinenci. Za změnu se dá považovat i občasné využití HR materiálu. Pokud si klient myslí, že je pro něj nejlepší vyzkoušet kontrolované užívání drog, terapeut ho v tom podpoří.

Fáze práce na změně

„Proces hledání ideální míry užívání drog se snaží maximalizovat pozitivní hodnoty skryté za užíváním drog a zároveň minimalizovat rizika s užíváním spojená.“¹⁵² Hledání této optimální míry se v dialogu terapeuta a klienta odehrává do té doby, než je klient připraven začít podnikat konkrétní kroky ke změně. I v této fázi dochází k pravidelnému upravování cílů a plánů tak, aby měl klient možnost zažívat pozitivní výsledky (změny).¹⁵³

3.6 Příklady z praxe

V následujících dvou případech používáme již zmíněné metody Rogerse, HRP, a to z toho důvodu, že organizace Jihočeský streetwork PREVENT, ve které pracuji je zastáncem motto „*Vztah je nositelem změny*“, taktéž se jedná o nízkoprahovou službu, jež ctí a zastává principy HR, které jsou si velmi blízké s oběma zvolenými přístupy. Zvolil

¹⁵² NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*, s. 134.

¹⁵³ Srov. Tamtéž, 133-134.

jsem dvě konkrétní kazuistiky. U první zvolené se nepodařilo dosáhnout posledního stadia podle Rogerse a práce s klientkou stále probíhá. Druhá kazuistika je zde uvedena, protože se podařilo dosáhnout úspěchu jak v oblasti HRP, tak i v oblasti pozitivní změny. Na základě toho s námi klient ukončil spolupráci a s dalšími problémy se obrací již na adiktologickou poradnu.

3.6.1 Klientka Anna

Čtyřicetiletá klientka Anna spolupracuje se službou *streetworku* již delší dobu, řádově rok. Na kontakty s ní v současné době často chodí její 14letá dcera, která má dle slov klientky poruchu autistického spektra a je na matku velmi vázána. Anna užívá intravenózně pervitin minimálně třikrát týdně a k tomu užívá látky substituční léčby (suboxone/subutex). Při kontaktech je velmi sdílná a milá, díky tomu jsme zjistili, že nemá dobré vztahy se zbytkem rodiny. Matka se s ní vůbec nebaví, starší bratr je v zahraničí (také uživatel, klientku do drog uvedl již ve věku 16 let, bratr je o pět let starší než klientka a se svou závislostí se nikdy nesnažil nic podniknout). První dítě (syn) se s Annou vůbec nestýká a nechce o ní slyšet (byl dán již v raném dětství do pěstounské péče klientčiny matky). Otec a prarodiče klientky již zemřeli, měla s nimi dobré vztahy a snažili se jí pomoci a přijmout ji. Manžel se před pěti lety u ní doma oběsil. Anna o tom hodně mluví, také hodně mluví o tom, že ji bil a jinak jí ubližoval. Přesto o manželovi mluví jako o dobrém otci své dcery.

V minulosti chodila na gymnázium, měla velmi dobrý prospěch. Taktéž zkusila studovat vysokou školu, bohužel kvůli drogám studium ve druhém semestru ukončila. Již v začátcích svého studijního života byla výbušná, bavila se spíše s chlapci a měla problémy s autoritami (jednou nám o svém dětství vyprávěla v souvislosti s dětstvím její dcery). Pravděpodobně napodobovala studium svého bratra, o kterém také hovořila. Měl dobré známky, ale problémy s autoritami.

Anna v tuto chvíli trpí „zaléčenou“ hepatitidou typu C („zaléčená“ z toho důvodu, že léčbu nedokončila a nepocítuje v současné chvíli žádné potíže). V důsledku závislosti je velmi hubená, možná až podvyživená, patrný je také problém s chrupem, chybí velké množství zubů. Již od pohledu je jasné, že je uživatelkou pervitinu. Klientka zkusila jednou přestat brát drogy a byla hospitalizována v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Bohužel léčbu nedokončila a nyní nemá ani v plánu přestat drogy užívat. Emočně je velmi stabilní, „výbuchy“ hněvu u ní nastávají jen, pokud se dostaneme na téma „matka“. Údajně jí dělá i naschvály. Anna vždy hovoří o tom, že ji matka není schopna přijmout

a vždy jí něco slíbí, pak od toho ustoupí (příkladem byla nabídka lepšího bydlení, kterou matka po týdnu zrušila). Na stresové situace klientka často reaguje sebelitostí, vulgaritami a stavěním se do pozice oběti. Ovšem pokud se jedná o situaci ohledně jejího bývalého manžela, říká, že si někdy bití zasloužila.

Anna má dle svých slov na prvním místě ve svých hodnotách svou dceru a rodinu, ačkoliv to tak v některých případech jejího konání není vidět (příkladem je to, že s dcerou má dojet k psychiatrice a již několik let to neudělala, z toho důvodu je také v „hledáčku“ OSPOD). Peníze příliš za hodnotu nepovažuje a zaujímá k nim postoj „*peníze budou a my nebudeme*“. Samozřejmě důležitou roli u ní hraje její drogová závislost, kdy nám sama řekla: „*Drogy miluji a rozhodně nemám v plánu přestat brát.*“ K povinnostem se klientka staví velmi laxně a příliš je neřeší. Má ráda západní filozofii, a proto říká: „*Žiju teď a tady*“. Co se týče trestů, má problémy s autoritou, a proto nemá ráda ani represe. Jedním z jejích návyků je intravenózní užívání pervitinu a orální užívání látek substituční léčby. Na pervitin přešla před deseti lety z heroinu z finančních důvodů. Heroin byl příliš drahý a nedostatečný. Anna nemá pracovní návyky, protože jí dle jejích slov nikdo nechce zaměstnat (kvůli hepatitidě C). Ráda čte a kouká na televizi se svou dcerou. Občas spolu chodí na procházky, ale to je v podstatě vše o jejích aktivitách a zájmech, pokud zrovna nepočítáme užívání drog.

Jak jsem již několikrát zmínil, Anna měla vždy problémy s autoritou a blízko k drogám skrze svého bratra. Díky tomu se dostala k užívání drog již ve svých 16 letech, závislou se stala někdy v 17 letech. Zpočátku užívala heroin. Nějakou dobu již užívá pervitin a látky substituční léčby. V současné době z několika důvodů nepracuje. Jedním z důvodů je HCV a druhým je pravděpodobně to, že příliš pracovat nechce. V současné době je spokojená s tím, že má invalidní důchod a k tomu příspěvky na dceru, práci již ani nehledá.

3.6.1.1 Anna a terapeutický proces

V této podkapitole se budu věnovat práci s klientkou Annou. Nebudu zde ovšem popisovat každý kontakt, který s klientkou proběhl. Bude se jednat spíše o shrnutí těch nejdůležitějších. V rámci psaní píši v množném čísle, a to z toho důvodu, že pracujeme ve dvojici.

Při prvním kontaktu jsme se na začátku představili a také jsme v rychlosti představili naši službu (*streetwork*), dále jsme Anně předali informační leták, na němž mohla nalézt naše pracovní číslo a pracovní dobu v různých městech v rámci Jihočeského kraje. Dále

jsme se jí zeptali, za jakým účelem nás kontaktovala. Její pohnutkou proto se nám ozvat byla potřeba výměny injekčního materiálu. Jelikož jsme byli u kontaktu ve dvou, využili jsme této příležitosti v tom slova smyslu, že jeden z nás s klientkou hovořil a druhý distribuoval HR materiál. Klientka s námi v rámci tohoto kontaktu mluvila spíše o neosobních tématech, jako bylo počasí, politika a okolí. Na základě toho jsme vyhodnotili, že se nejspíše nachází ve druhém stadiu podle Rogerse, tudíž jsme v průběhu kontaktu zaujali postoj aktivních naslouchačů, kteří dávají Anně prostor pro vyjádření svých myšlenek, názorů a poznatků. Zkrátka jsme byli kongruentní. Jelikož se pravděpodobně styděla hovořit o své drogové závislosti, seznámili jsme ji i s naším nehodnotícím přístupem a s tím, že naším cílem skutečně není, aby abstinovala. V tuto chvíli se klientka trochu uvolnila a začala být o něco sdílnější, co se týče užívání drog. Přesto jsme od ní v rámci prvního kontaktu nezískali o moc více informací než jméno, kód (jsme anonymní služba, proto každý z klientů je veden pod kódem, který se skládá ze tří písmen matky, dne a měsíce narození, tří písmen jména klienta), věk a užívanou drogu pervitin a suboxone a četnost užívání. Anna ovšem vypadala po prvním kontaktu spokojeně a říkala, že je ráda, že se nám ozvala, protože si dlouho takto s nikým nepopovídala a určitě se nám bude ozývat častěji.

Druhý kontakt proběhl za týden, Anna chtěla hlavně výměnu, nakonec jsme s ní strávili téměř 40 minut. V průběhu kontaktu nám sdělovala mnoho informací o sobě a o tom, jak a kde žije. Pochopili jsme, že se pravděpodobně dostává do třetího stadia podle Rogerse, neboť s námi začala hovořit o jejím dětství a o tom, jak její bratr užíval a ona ho brala jako vzor. Vždy se kamarádila s chlapci, se slečnami si příliš nerozuměla. Říkala, že byla vždycky svoje a neměla ráda autority. V průběhu kontaktu nám sdělila, že má také čtrnáctiletou dceru s poruchou autistického spektra. Jakožto pracovníci jsme stále byli spíše aktivními naslouchači, kteří se občasně vložili do klientčina monologu. Nejčastěji jsme vstupovali do monologu, pokud z naší strany mohlo dojít k nějakému nepochopení. Příkladem bylo, že jsme pochopili, že klientka bydlí v azylovém domě (dále AD). Víme, že tam vznikají problémy, pokud tam klienti berou drogy. Naší otázkou tedy bylo, jak to dělá a jak se cítí, když musí před pracovníky svou závislost tajit. Klientka nám objasnila, že bydlí vedle AD a že jsme se asi jen špatně pochopili, za to jsme se samozřejmě omluvili. V průběhu výměny nám sdělila, že HR až na jehly nepotřebuje, protože ho sama nepoužívá a minulý týden ho brala pro přátele, pro které dělá sekundární výměnu. Navrhli jsme jí možnost nějaký HR vyzkoušet, tuto možnost odmítla se slovy „*Neučte orla létat*“. V rámci druhého kontaktu nám klientka sdělila tyto informace: místo

bydliště a nedostačující velikost bytu, pocity z dětství i to, že má nemocnou dceru a že nepoužívá HR materiál.

Další kontakt se uskutečnil po dvou týdnech. Anna nevypadala vůbec dobře, měla velké kruhy pod očima a bylo na ní vidět dlouhodobé nevyspání. Sama Anna nám sdělila, že teď užívá mnohem více, zatímco je dcera u babičky. Na dotaz, proč tomu tak je, se rozpovídala o tom, že se jí před pěti lety oběsil manžel a ona ho našla. Bylo vidět, že situaci ani po pěti letech nemá úplně zpracovanou. Sama hovořila o tom, jak to již s bývalým manželem měli. Oba užívali, ale vzájemně se drželi zkrátka, on ji občas uhodil, ale s odstupem času chápe, že k tomu měl důvod, protože musela být nesnesitelná. Hovořila o tom, jakým byl pro jejich dceru dobrým otcem. Také se zmínila o svém synovi, kterému je 20 let a nehlásí se k ní. V rámci tohoto kontaktu proběhla krizová intervence, kdy jsme se snažili klientku alespoň trochu uklidnit a stabilizovat, neboť Anna pronesla i myšlenku, zdali by se neměla její dcera lépe bez ní, proto jsme klientce řekli, že vidíme, že je toho na ní v současné době moc a zdali by měla zájem si pohovořit o dceři. V rámci tohoto tématu klientka sama přišla na to, že by se bez ní dcera neměla lépe, protože je na ni zvyklá a je na ní v podstatě závislá. Nakonec usoudila, že vlastně není vůbec špatná máma. Osobně si myslím, že u tohoto kontaktu došlo ke zlomu a klientka nám začala skutečně důvěřovat a začala se cítit plně přijata (myslím si, že se dostala do 4. stadia podle Rogerse). Všimla si totiž toho, že jsme se jí věnovali i po naší oficiální pracovní době.

Za týden u dalšího kontaktu vypadala klientka lépe a poděkovala nám za pomoc z minulého týdne. Také nám řekla, že užívání omezila a požádala nás o mastičku na absces, jenž se jí v rámci předchozí zvýšené četnosti užívání vytvořil. Absces nevypadal vůbec dobře, prý i dost bolel. Do nemocnice Anna jít nechtěla, dali jsme jí mast Ichtoxyl a doufali ve zlepšení. Absces se stal tématem, jež nás vedlo k možnostem HR, kdy jsme klientce vysvětlili, že se jejich vzniku dá velmi snadno předcházet. Annin postoj „*Neučte orla lítat*“ se změnil a stanovili jsme si společný cíl, a to předcházení abscesům. HR ovšem zatím nechtěla, protože si od intravenózního užití dává chvíli pauzu a užívá intranazálně. Tím jsme se v rámci HRP dostali do druhé fáze, tj. ke stanovování cílů.

Na další kontakt asi po měsíci přišla Anna společně s dcerou, která si hrála opodál. Příchod s dcerou jsme považovali jako skutečnou ukázkou důvěry vůči nám pracovníkům. Došlo k navázání na předchozí téma, kterým bylo stanovení si cíle předcházet abscesům. Anna si zvolila, že bude užívat jen ty nejnútnejší pomůcky HR k omezení rizika jejich vzniku. Dali jsme jí tedy konzely a vodu do injekčních stříkaček. Vysvětlili jsme jí,

jak a proč se vše používá. Anna nám v průběhu kontaktu sdělovala další informace jak o sobě, tak o svých pocitech, které v současné době zažívá a přešla z toho, že za všechno může někdo jiný k tomu, že vlastně za něco může i ona sama svým jednáním. Byla překvapena tím, k jakému zjištění došla. My jako pracovníci jsme ji podpořili, vyjádřili naši plnou podporu a ujistili ji v tom, že to, jak se cítí, je naprosto v pořádku. Na základě tohoto zjištění se Anna stagnuje ve čtvrtém stadiu podle Rogerse. Naopak tím, že vyzkouší HR materiál se zase posunula do třetí fáze HRP.

V rámci dalších několika kontaktů, které probíhaly nepravidelně, jsme zjistili, že stále využívá HR materiál a občas si řekla i o nějaký navíc pro své přátele. Dobré bylo, že pro sebe začala mít občas i zájem o tzv. sucháče (vatové tampony z buničiny), které zabraňují tvorbě modřin. V rámci naší spolupráce se jednalo o další pokrok, kdy Anna začala využívat nejen to minimum HR, které jsme určili pro minimalizaci rizik tvorby abscesů, ale začala využívat i něco, co s cílem, který jsme si určili, nesouvisí. Bohužel ohledně Rogerse Anna stále stagnovala na pomezí čtvrtého a pátého stadia a v průběhu spolupráce to tak zůstává.

3.6.1.2 Anna zhodnocení, současnost a plány do budoucna

Přestože v oblasti rogersovské terapie Anna nedosáhla posledního sedmého stadia a stagnuje někde na pomezí čtvrtého a pátého stadia, považují celou spolupráci s ní za velký úspěch. Podařilo se nám dosáhnout toho, že klientka přiznává, že za některé problémy může sama a nestaví se už tak často do pozice oběti. Dále pak v rámci HRP se nám podařilo dosáhnout té nejdůležitější fáze, a to fáze změny v oblasti minimalizování rizik. Klientka začala používat HR materiál a vypadá to, že má v plánu v tom pokračovat. Navázali jsme pevný dlouhodobý vztah, v němž jsou uplatňovány podmínky podle Rogerse a který může klientku dále posouvat k pozitivní změně. Anna se nám otevřela a je vidět, že ve svém životě získala někoho, komu může důvěřovat. Anna se v průběhu kontaktů dle jejích slov cítí uvolněně a ví, že si nemusí na nic hrát, protože ji přijímáme takovou, jaká je.

V současné době s Annou spolupracujeme na identifikaci spouštěčů způsobujících nutkání si dát pervitin a hovoříme s ní o možnostech *crave surfu* a 18 alternativách, o nichž jsme se již zmiňovali. Anna často mluví o tom, že pervitin už v ní nevyvolává pocity jako dříve. Pravděpodobně u ní začínají převažovat jeho negativní účinky nad pozitivními, proto předpokládáme, že by dalším jejím cílem mohlo být omezení užívání pervitinu a přechod jen na látky substituční léčby. Častým tématem se stává její

matka, s níž by si pravděpodobně chtěla zlepšit vztah a chtěla by, aby ji matka přijala takovou, jaká je. Na tématu vztahu s matkou společně intenzivně pracujeme a v rámci této spolupráce si klientka s matkou začala občasně vyměňovat SMS zprávy, o tom, jak se jí a její dceři daří. Do budoucna počítáme s osobním setkáním.

Nevíme, jak se bude situace vyvíjet, až dcera odejde na střední školu do jiného města, kde chce bydlet na internátě. Na tuto možnost se Anna aktivně připravuje. Věřím, že se četnost užívání drog s odchodem dcery nezvýší.

3.6.2 Klient Honza

Dvaadvacetiletý klient Honza spolupracoval s naší službou po dobu půl roku. Na kontakty chodil pravidelně každý druhý týden. Užíval intravenózně pervitin minimálně pětkrát týdně. Při kontaktech byl přátelský a komunikativní (roli na tom určitě hrál i podobný věk pracovníků a klienta). Honza byl jedináček a s rodinou měl dobré vztahy, rodiče ho podporovali v jeho práci modela a občas, pokud Honza nemohl vyjít s penězi, mu pomohli zaplatit nájem. I s širší rodinou neměl žádné problémy a rád navštěvoval prarodiče.

Podle jeho vyprávění jsme pochopili, že se měl v dětství velmi dobře a jakožto jedináček měl vždy všechno, co si přál. Údajně nebyl lakomý a hračky půjčoval dalším dětem, proto byl mezi nimi oblíbený. Vystudoval ekonomickou střední školu a studium řádně zakončil maturitní zkouškou. Po tomto studiu chtěl nastoupit na vysokou školu, ale bohužel zapomněl přijít na zápis, a proto nenastoupil.

Na začátku spolupráce byly na Honzovi vidět již začínající známky užívání pervitinu (začínal mít kruhy pod očima a ostré rysy). Ovšem jinak byl atletické postavy a dle standardů atraktivní a neměl žádné zdravotní potíže. Na prvním místě v hierarchii hodnot měl rodinu, poté svého psa (kterého bral jako součást rodiny), dále peníze a štěstí. Pervitin byl pro něj pouze zábavou, proto ho nebral jako vysokou hodnotu.

Jelikož se živil jako model, pak mezi jeho zájmy patřilo fitness a také měl zájem v oblasti sociální práce. Právě sociální práce byla oborem, který chtěl studovat. Výhodou bylo, že Honza nebyl plně spokojen se svým životem a sám chtěl nějakou změnu.

3.6.2.1 Honza a terapeutický proces

Podkapitola je stejně jako v rámci předchozí kapitoly napsána v množném čísle, protože pracujeme ve dvojici.

První kontakt s Honzou proběhl úplnou náhodou na základě oslovení, kdy jsme ho viděli, jak sedí na lavičce v parku. Seznámili jsme ho se službou a byl mu předán informační leták. Na tomto kontaktu neměl zájem o výměnu ani o jiný HR materiál, protože tvrdil, že si občas „zahulí“ marihuanu, ale nic jiného. Celý rozhovor trval okolo pěti minut a poté následovalo rozloučení.

Druhý kontakt proběhl přibližně po dvou týdnech, kdy sám Honza zatelefonoval se zájmem o setkání. Na kontaktu nám sdělil prosbu o výměnu materiálu, který však nemá být pro jeho potřebu, ale má jej pro svou kamarádku. To pro nás byla možnost vysvětlit mu principy, na kterých naše služba stojí. Jedná se o tzv. principy HR a nehodnotící přístup ke klientovi, tudíž se kamarádka vůbec nemusí stydět a příště se s námi může setkat sama. I přes jeho zjevné zaujetí tímto zjištěním se setkání po chvíli rozloučením ukončilo. Pokud by vše, co nám Honza řekl, byla pravda, nacházel by se v prvním stadiu podle Rogerse, tzn., že na kontakt byl donucen jít a nemá zájem se dále vídat.

Další kontakt proběhl po dvou týdnech. Na něm nám Honza řekl o své závislosti na pervitinu, kterou se nám styděl prozradit při prvním setkání. Omluvil se nám, že svou závislost a zájem o službu shazoval na někoho jiného. S podobnými začátky kontaktů se jakožto pracovníci setkáváme často, a proto byl Honza ujištěn o pochopení z naší strany. Zároveň jsme ocenili i jeho snahu a odvahu za námi s takovýmto problémem přijít a svěřit se. Zopakovali jsme mu nehodnotící přístup ke klientům a uvedli i to, že má volnost volby a není (ani nebude) k ničemu nucen. Dozvěděli jsme se něco o něm samém a jeho závislosti. Hlavní informací pro nás byl věk, užívaná droga, způsob užívání a četnost. Honza sám přiznal nadměrné užívání, které by i z jeho pohledu bylo potřeba omezit. Bohužel jsme měli domluvený ještě další kontakt, tudíž jsme nemohli v rozhovoru dále pokračovat. Na základě sebeuvědomění si problémovosti lhaní i svého nadměrného užívání, usuzuji, že se nacházel na pomezí mezi třetím a čtvrtým stadiem.

Při dalším kontaktu jsme se pokusili navázat na již zmíněné nadměrné užívání a klientovu myšlenku ho omezit. Zjistili jsme jeho snahu přestat, která je ale bržděná demotivací cokoliv udělat. Začali jsem pro lepší přehled podrobněji mapovat jeho životní situaci. Honza se žíví jakožto model, má své vlastní bydlení v bytě a před rokem měl nastoupit na vysokou školu v oboru sociální práce. Při tématu studia se zmínil o snaze další možnosti ho ještě vyzkoušet. Změna prostředí by mu podle jeho vlastních slov mohla prospět. V této myšlence jsme ho podpořili.

Bohužel při dalších kontaktech Honza pospíchal a měl zájem zpravidla především o výměnu materiálu. Bylo patrné, jak se fyzicky proměnil k horšímu. Citlivě jsme mu to

reflektovali, a dostalo se nám odpovědi, že se má minimum spánku a málo jí. Nepřemýšlel však jak moc to na něm bude vidět.

Po dalších čtrnácti dnech od posledního kontaktu, ve kterém jsme reflektovali zjevné zhoršení ve vzhledu, se nám Honza ozval a chtěl si promluvit. Poděkoval nám za naše povšimnutí si jeho zevnějšku. Údajně ho právě toto motivovalo se nad sebou zamyslet a uvědomoval si, že pokud by nadále pokračoval v nadměrném užívání, mohl by přijít o zaměstnání. Řekl, že skutečně touží po změně. V předešlých kontaktech nám přišlo, že v něm téma škola a změna prostředí skutečně rezonuje, a tak jsme ho upozornili na blížící se konečné lhůty podávání přihlášek. Ocenil to a pro lepší plnění jeho budoucích plánů jsme sestavili seznam cílů, jež bych chtěl splnit. Prvním bylo podat do následujícího týdne přihlášku na VŠ, druhým pak snaha o umírněnost v užívání. Díky tomu jsme se v HRP dostali do fáze stanovení cílů.

Když jsme se znovu sešli, nebyl Honza v dobré náladě a působil přeshlým dojmem. Předešlý cíl – tedy podat přihlášku – nesplnil. Podle svých slov neměl vůbec čas. Skleslost, která z Honzy během kontaktu čišela, byla údajně zapříčiněna jeho pocitem neúspěchu. Především pociťoval vinu vůči nám, že nás zklamal a silný byl i jeho strach, že se ním ukončíme spolupráci. Vysvětlili jsme mu, že jeho chování chápeme a rozumíme, proč se tak cítí. Zároveň ale byl ubezpečen o tom, aby se nestrchoval o nadcházející spolupráci. Přece jen jsme zde pro něj a další, kteří chtějí pomoci se zvládnutím své závislosti. Když jsme se ho ptali na HR materiál, oznámil nám snížené užívání pervitinu, tudíž nebyla výměna tentokrát nutná. Bylo nám řečeno, že tento týden nepotřebuje, jelikož teď užívá méně. Zasloužil si naše ocenění už jen za svou snahu snížit užívání a také za to, jak se i přes zjevné nesnáze snaží se svými problémy pracovat. Ocenili jsme ho za to a upozornili, že přeci nedělá všechno špatně, když se mu daří brát umírněněji. Myslím si, že se Honza nacházel v pátém stadiu a v oblasti HRP jsme stále zůstali u stanovování cílů, přestože se mu povedlo brát umírněněji.

Nadcházející týden nám pouze zavolal s tím, že přihlášku na VŠ nakonec podal a z pohledu závislosti aktuálně není potřeba se vidět.

V průběhu dalších měsíců se Honza držel a skutečně užíval méně. Pracovali jsme s ním na důvěře v sebe samého. Honza sám se nám svěřoval s informacemi, jež si myslel, že nikdy nikomu neřekne. Pomalu se začali měnit k lepšímu i některé jeho názory a životní návyky. Zároveň měl dobrý pocit z proběhlého přijímacího řízení, na jehož základě byl i později přijat.

Příprava nástupu na školu, změna prostředí a fáze přehodnocování klientových stanovisek znamenaly zlom i v naší spolupráci. Jakožto pracovníci jsme pociťovali čím dále tím snižující se možnosti jak nadále Honzovi pomoci. Toto jsme mu vysvětlili a odkázali ho na adiktologickou poradnu. Po společné dohodě jsme ukončili spolupráci v šestém stadiu podle Rogerse a v posledním stadiu v oblasti HRP.

3.6.2.2 Honza zhodnocení, současnost

Tuto spolupráci a její výsledek považuji za obrovský kariérní úspěch, kdy se nám společně podařilo dosáhnout pozitivní změny, a to nejen v oblasti užívání návykových látek. V současnosti víme o Honzově docházení do adiktologické ambulance, kde se pokouší abstinovat. Společně s tím studuje i na vysoké škole.

Závěr

Jedním z cílů práce bylo charakterizovat skupinu uživatelů pervitinu a jejich problémy plynoucí z užívání. V této oblasti jsem se zaměřil na problémy fyzické, psychické a sociální a na charakteristiku závislosti.

První kapitola umožňuje získat přehled o pervitinu jako droze, drogové závislosti a samotných uživatelích pervitinu. Také se zabývá popisem, etiologií, projevy a důsledky užívání pervitinu včetně fází drogové kariéry. Dále se v této kapitole nachází informace o nejčastěji užívaných drogách v České republice, a to z toho důvodu, že mnoho klientů jsou tzv. polydrogové (lidé užívající více drog), anebo lidé s těmito drogami přichází do kontaktu. V rámci definování problémů spojených s užíváním jsem se zaměřil hlavně na problémy, které nejčastěji řeším v rámci praxe v zařízení Jihočeského streetworku PREVENT.

Druhá kapitola práce se komplexně zabývá službou *streetwork*, její charakteristikou, ukotvením v zákoně, cílovou skupinou, filozofií a metodami práce. V oblasti metodiky práce jsem vycházel ze *Seznamu a definic výkonů adiktologických odborných služeb*, který byl uveden v platnost na začátku roku 2022. Důraz je zde kladen hlavně na koncept *harm reduction*, kdy tyto myšlenky jsou pro *streetwork* a další části práce jedním ze základních stavebních prvků. Pracuji jak se všeobecnou filozofií *harm reduction*, tak i s myšlenkami Tatarského, který je zakladatelem stylu práce, kterému se věnuji ve třetí kapitole.

Ve třetí a závěrečné kapitole jsem pracoval na splnění posledního cíle práce, a to na tom charakterizovat uceleným pohledem přístup orientovaný na klienta, jeho základy, historický vývoj, alternativy a současné využití v terénní sociální práci s uživateli drog. V této poslední kapitole se věnuji také *harm reduction psychotherapy*, alternativnímu přístupu vycházejícímu z myšlenek Rogerse a rozšiřuje je o možnost práce s klientem v nízkoprahových podmínkách. Tento přístup u nás v současné době nemá přílišnou teoretickou ani praktickou základnu, přestože v USA se jedná o rozšířenou formu práce s uživateli návykových látek. V této kapitole spojuji teoretickou rovinu práce s praktickou, kdy u některých termínů a forem práce ukazuji případy, s nimiž jsem se setkal. Také je zde věnován prostor dvěma kazuistikám, na nichž prezentuji možné metody užití obou přístupů a terapeutický proces probíhající v nízkoprahových podmínkách, které ve *streetworku* panují. Díky tomu jsem v průběhu práce dospěl k názoru, že přístup orientovaný na klienta a jeho alternativa *harm reduction*

psychotherapy jsou velmi dobře použitelné v rámci terénní sociální práce s uživateli pervitinu a jiných drog. Z toho důvodu, že i nemotivovaní klienti velmi dobře reagují na podmínky, které stanoví Rogers (kongruence, bezpodmínečné přijetí, empatické porozumění) a často s námi vyhledávají kontakt právě na základě těchto podmínek. V kombinaci s *harm reduction psychotherapy* a filozofií *harm reduction* jsem došel k názoru, že se jedná o velmi účinný nástroj vedoucí k pozitivní změně klienta v téměř jakékoliv oblasti jeho života včetně užívání drog. Proto si myslím, že by bylo dobré, kdyby se u nás začalo věnovat více pozornosti již zmíněné *harm reduction psychotherapy* a došlo k výzkumu, který by mé zkušenosti potvrdil, anebo vyvrátil.

Na závěr bych rád sdělil, že díky této práci jsem získal jak mnoho teoretických poznatků, tak i obohacení o praktické zkušenosti. Tyto poznatky a zkušenosti se týkají teoretických i praktických znalostí přístupu orientovaného na klienta a samozřejmě HRP. Bylo pro mě přínosné zkoumat vlastní práci s klienty více do hloubky a dopodrobna.

Použité zdroje

Knížní

1. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč?. ISBN 80-7239-148-8.
2. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici - streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. Co-jak-proč. ISBN 80-7239-048-1.
3. BĚLÍK, V., SVOBODA, S., HOFERKOVÁ, A., KRAUS, B., *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1.
4. BRENZA, Jiří a Michal RŮŽIČKA. *"Dokážu to?": pervitin - koncepce školení pro terapeutu*. Olomouc: P-centrum, c2012. ISBN 978-80-905377-0-5.
5. CHRIST, M. BRAUNWARTH, W-D. DIRKS, H. DYBA, J. PETRI, R.H. HARFST, T. FLEISCHMANN, H. *Poruchy vzniklé užíváním metamfetaminu*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2017. ISBN: 978-80-7440-178-7
6. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
7. HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996, ISBN 80- 7169-277-8.
8. JANOUŠKOVÁ, Klára a Dana NEDELNÍKOVÁ, ed. *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4.
9. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
10. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
11. KALINA, K. (Ed.). (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Rada vlády České republiky, Meziresortní protidrogová komise.
12. KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
13. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
14. *Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010. ISBN 978-80-86728-42-1.
15. KOTOVÁ, Helena, Michal KREBS, Stanislav KUNC a Martin STRNAD, ed. *Streetwork!: dobrá praxe 2015 : české a zahraniční zkušenosti z práce v nízkoprahových sociálních službách*. [Praha]: Česká asociace streetwork o.s. (ČAS), 2015. ISBN 978-80-905069-3-0.
16. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.

17. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
18. MEARNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3881-9.
19. MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-765-3.
20. MIOVSKÝ, Michal. *Konopi a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
21. MAHDALÍČKOVÁ, Jana. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-589-4.
22. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]* MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8.
23. NEPUSTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7.
24. NYKL, Ladislav. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Brno: Barrister & Principal, 2004. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-86598-69-1.
25. Ostravská univerzita v Ostravě, *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: MPSV, 2006.
26. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367582-0.
27. RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-71-5.
28. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2020.
29. ROGERS, Carl Ransom. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2.
30. ROGERS, Carl Ransom, *Client Centered Therapy (New Ed)*. Boston: Little, Brown and Company, 1980. ISBN 1841198404.
31. ROUS, Z., CHOMYNOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2020. *Návykové látky v České republice v roce 2019*. Zaostřeno 6 (6) s. 1–20.
32. ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1
33. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
34. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.
35. VYMĚTAL, Jan. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.

36. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

Online

1. BERNHEIM, A, SEE R. E., REICHEL, CM. *Chronic methamphetamine self-administration disrupts cortical control of cognition*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016. PMID: 27450578. dostupné online na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0149763415303523?token=2668DC8DB951522A5D3875E3B931F8DCE169EEE9A6ED7EE11C2475BF4FF28FF30B8B411B18EF5CEEB3BBBCF26912A5D3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220304121748>
2. DARKE, S, DUFLOU, J, KAVE, S. *Prevalence and nature of cardiovascular disease in methamphetamine-related death: A national study*. *Drug Alcohol Depend*. 2017. PMID: 28787694. dostupné online na: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0376871617303770?token=0F6EF66F7A57D72EA36B5D23D1A00A6B8389D24BAF82DA1606E58F13BA23901B1801504FDBDFEBE35F4B2AF59D413803&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220304121538>
3. DENNIG, P. *Practicing Harm Reduction Psychotherapy*. New York: Guilford Publications, 2011, ISBN 9781462502332. dostupné online na: <https://archive.org/details/practicingharmre02eddenn/page/304/mode/2up?view=theater&q=harm+reduction+therapy>
4. DRYDEN, Windy. *Dryden's Handbook of Individual Therapy*. Michigan: SAGE Publication, 2007. ISBN: 9781412922388. dostupné online na: https://books.google.cz/books?id=nT8jqeRXBmYC&pg=PR3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false.
5. EDENBERG, H., FOROUD, T. *Genetics and alcoholism*. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 10, dostupné online na: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2013.86>
6. EMCDDA, 2006, *Methods and definitions*. (online). (citováno dne 10.1.2022). dostupné na: <https://www.emcdda.europa.eu/stats07/PDU/methods>.
7. EPMC, 2002, *Harm reduction psychotherapy: an innovative alternative to classical addictions theory*. (online) (citováno dne 1.3.2022). dostupné na: <https://europepmc.org/article/med/12087633>
8. Hiv-PREVENCE, 2020, *Co je HIV/AIDS*. (online) (citováno dne 10.2.2022) dostupné na: <https://www.hiv-prevence.cz/co-je-hiv-aids.html>
9. IKEM, 2015-2020, *Hepatitida C*. (online) (citováno dne 11.2.2022) dostupné na: <https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-c/a-3619/>
10. KNIGHT, C. *Case study Approach to Psychotherapy for advanced Practise Psychiatric Nurses*. New York: Springer Publishing, 2020, ISBN 9780826195043. dostupné na: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=ITLwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA241&dq=what+is+harm+reduction+psychotherapy&ots=WKtDtuulSf&sig=h05znd46MpkQcZMtsnhRT3ZfTKY&redir_esc=y#v=onepage&q=what%20is%20harm%20reduction%20psychotherapy&f=false

11. MCKETIN, R, LUBMAN, DI, NAJMAN, JM, DAWE S, BUTTERWORTH, P, BAKER, AL. *Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study*. *Addiction*. 2014 PMID: 24400972. dostupné online na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.12474>
12. MORAVCOVÁ, I. *Problémy spojené s užíváním nelegálních látek a jejich dopad na společnost*. Olomouc, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta. Katedra křesťanské sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Petra Petková. dostupné na: <https://theses.cz/id/ziy13g/00170002-920081525.pdf>
13. NCBI, *Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report*. Bethesda (MD): National Institutes on Drug Abuse (online) (citováno dne 1.2.2022) Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
14. Positive psychology, 2021, Carl Rogers's Actualizing Tendency and Person-Centered Therapy (online). (cit. dne 1.1. 2022). dostupné na: <https://positivepsychology.com/rogers-actualizing-tendency/>
15. PROCTOR, Carmel, *Congruence/Incongruence*, Buckinghamshire: Buckinghamshire New University, 2017, dostupné online na: https://www.researchgate.net/publication/314232482_CongruenceIncongruence
16. Prevcentrum, 2018, Pervitin (online). (cit. dne 20.2. 2022). dostupné na: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>
17. RANGVALD, Kvalsund, *Growth as self-actualization : a critical approach to the organismic metaphor in Carl Rogers' theory*. UK: Tapir Academic Press, 2003. ISBN 9788251918893. dostupné online na: https://books.google.cz/books/about/Growth_As_Self_Actualization.html?id=tHrTpf14mUYC&redir_esc=y
18. ROGERS C.R. (1990) *Psychoterapie zaměřená na klienta. Rozhovor s Glorii*. Praha, Psychoterapeutické sešity, č.37. dostupné online na: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:116d42b0-26a5-11e4-8e0d-005056827e51?page=uuid:41ff1b40-35e8-11e4-8e0d-005056827e51>
19. ROGERS, Carl Ransom, *The Carl Rogers reader*. Houghton: Houghton Mifflin Harcourt, 1989. ISBN 9780395483572. dostupné online na: https://books.google.cz/books?id=CRnR87UQbMwC&pg=PR3&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
20. TATARSKY, A. *Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment*, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2003, ISSN 0740-5472. dostupné na: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00085-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00085-0).
21. TATRASKY, A. *State of art in harm reduction psychotherapy: an emergening treatment for substance misuse*. *Journal of clinical Psychology*, 2010, ISSN 1097-4679. dostupné na: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.20672?saml_referrer
22. TATARSKY, A. KELLOG, S. *Harm reduction psychotherapy*. Lanham: Jason Aronson Inc. Publisher, 2002, ISBN 0765703521. dostupné na: <https://icpla.edu/wp-content/uploads/2015/11/Tartarsky-A.-Harm-Reduction.pdf>
23. TATARSKY, A. KOOLOG, S. *Integrative harm reduction psychotherapy: A case of substance use, multiple trauma, and suicidality*. *Journal of clinical*

- Psychology, 2010, ISSN 1097-4679 dostupné na: https://icpla.edu/wp-content/uploads/2019/05/Tatarsky_Kellogg_IHRP11-1.pdf
24. ZAHRADNÍK, J. *Postoj dlouhodobých uživatelů pervitinu k alkoholu*. Olomouc, 2017. Magisterská Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Martin Dolejš, Ph.D. dostupné na: https://theses.cz/id/3h6yia/DP_Jan_Zahradnk.pdf
25. *Zaostřeno na drogy: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISSN 1214-1089. dostupné na: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf
26. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. ve znění platném k 17. 2. 2022. Dostupné online na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006108?text=soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce>.

Abstrakt

KRATEJL, M., *Užití přístupu orientovaného na klienta v terénní práci s uživateli pervitinu*. České Budějovice 2022. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra sociální a charitativní práce. Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Klíčová slova: Přístup orientovaný na klienta, Rogers, uživatelé návykových látek, uživatelé pervitinu, pervitin, Harm Reduction, Harm Reduction Psychotherapy, streetwork, terénní sociální práce, drogy

Práce se zabývá možnostmi využití přístupu orientovaného na klienta v rámci terénní sociální práce v zařízení typu streetwork. Jedná se o teoretickou práci zhotovenou na základě rešerše relevantní literatury. V teoretické části je popsán pervitin a další nejčastěji užívané drogy společně s definováním cílové skupiny uživatelé pervitinu. Dále pak je pojednáno o streetworku a přístupu orientovaném na klienta. V práci je popsána alternativní metoda *harm reduction psychotherapy*, kdy na případě klientky je ukázáno i možné využití tohoto přístupu.

Abstract

The Use of Person-centered Approach in field social work with Metamfetamin Users

Key Words: person-centered approach, Rogers, drug users, metamfetamin users, metamfetamin, harm reduction, harm reduction psychoteraphy, streetwork, social street work, drugs

This Diploma thesis deals with the possibility od use of person-centered approach in field social work in streetwork. This thesis is made on the basis of a research of relevant literature. The theoretical part describes metamfetamin and other most commonly used drugs, along with defining the target population of metamfetamin users. Furthermore, the streetwork and the person-centered approach are disscussed. The thesis also illustrates an alternative method of harm reduction psychotherapy, which is further decribed in a example case of a client.