Klienti s duální diagnózou v programu doléčování drogové závislosti

Mgr. Veronika Šuráňová a kol.

2016

Společnost Podané ruce o.p.s.

Obsah

Komplexní program doléčování osob s duální diagnózou 5
Úvod 5
Odborná metodická východiska 6
Integrovaný model 6
Asertivní přístup 7
Case management 8
Posilování zodpovědnosti a možnost volby 10
Multidisciplinární tým 11
Intervize multidisciplinárního týmu 11
Kazuistické brífinky – denní sdílení aktualit 12
Supervize 12
Komplexní program pro klienty s duální diagnózou 13
Přijetí do „programu“ 14
Kritéria přijetí 15
Klient v invalidním důchodu 15
Klient v invalidním důchodu a/nebo zbavený svéprávnosti 16
Vstupní pohovor 16
Specifika mapování potřeb u klientů s duální diagnózou 17
Formální aspekty přijímání klientů do programu 19
Terapeutický kontrakt 19
Krizový plán 21
Individuální plán 22
Pilíře doléčovacího programu 23
Psychoterapie 23
Spolupráce s rodinou 24
Krizový telefon 25
Namátkové testování – kontrola výskytu drog 25
Skupinová práce a psychoterapie 26
Užitečnost konfliktů 28
Ranní komunitní setkání 30
Skupina chráněného bydlení 31
Role domovníka 31
Socioterapie a volnočasový klub 32
Neformální kontakt s terapeutem a terapeutickým týmem 33
Komunitní setkání 34

Farmakoterapie a lékový management 34
Specifika farmakoterapie a psychiatrické péče u klientů s duální diagnózou 35
Sociální práce 38
Rizikové situace a způsob jejich řešení 41
Když klient hovoří o tom, že nechce užívat léky 41
Samovolné vysazení léků 41
Využívání služeb po skončení programu 44
Spolupráce s dalšími službami 44

Komplexní program doléčování osob s duální diagnózou

Úvod

Naše doléčovací zařízení s chráněným bydlením navazuje na tradici léčby komunitního typu. Klienti po pobytové léčbě (psychiatrické nemocnice, terapeutické komunity) přicházejí často z prostředí, kde měli celý den naplánovaný a s pevně danými pravidly. Při přechodu do běžného prostředí, kde si klienti mají hledat zaměstnání, řešit dluhy, hledat si vlastní bydlení, je čeká velká změna. Jednak se stávají opět pány svého času, mají zpět v rukou zodpovědnost a zároveň mají plno problémů, kterým musí čelit, a to nejen existenčních, ale také osobnostních, rodinných. Doléčovací program proto nabízí bezpečné a částečně strukturované prostředí, kde se klienti mohou začít adaptovat na realitu své životní situace. Klienti tak mají základní pravidla a strukturu, která navazuje na strukturu terapeutických komunit, případně léčeb zaměřených na závislosti. Zároveň jsou podporováni v přebírání zodpovědnosti, v aktivním řešení potíží a ve větší samostatnosti. Program tvoří zejména skupinová a individuální terapie v kombinaci s psychoedukací a podporou v plánování každodenních aktivit, v péči o sebe, v řešení vztahových a sociálních situací. Podpora je zaměřena také na možnosti seberealizace a trávení volného času.

Odborná metodická východiska

Integrovaný model

V našich podmínkách jsou klienti s duálními diagnózami integrováni do všech aktivit, společně s ostatními klienty se účastní dynamických i tematických skupin, podílejí se na chodu společného bydlení v rámci rehabilitačních aktivit, plní roli domovníka apod. Tato integrace klade vyšší nároky na terapeutické dovednosti týmu. Klienti s duálními diagnózami mají nárok na vyšší míru podpory v podobě sociální práce, case managementu, psychiatrické péče, asistence či doprovodu na úřady a také jim může být prodlouženo chráněné bydlení až na devět měsíců.

Rizikem integrujícího přístupu může být vyšší nároky pro klienty s nízkou mírou soběstačnosti, na druhou stranu cílem našeho chráněného bydlení je postupné osamostatnění, hledání vlastního bydlení a začlenění do společnosti včetně trhu práce. Klienti mající invalidní důchod jsou přijati v případě, že prognóza naznačuje schopnost relativně soběstačného začlenění do společnosti po skončení programu DC – schopnost se o sebe postarat v samostatném bydlení, spolubydlení, a dále možnost finanční soběstačnosti (placení nájmu). Při invalidním důchodu klienty podporujeme v hledání a realizaci smysluplného využití volného času (brigáda, dobrovolnictví, pěstování zájmů, koníčků) v kombinaci s citlivostí ke změnám svého psychického stavu (umět si říci o odpočinek, o pomoc – umět vědomě „kolabovat“).

Integrovaný model pro léčbu duálních diagnóz je možné rozdělit na čtyři fáze léčby: 0. Fáze motivace a adaptace, 1. Fáze stabilizace, 2. Fáze rozvoje osobnosti, 3. Fáze odpoutávání. Z tohoto modelu čerpáme i v rámci doléčování.

Asertivní přístup

U klientů, kteří k nám docházejí s diagnózou závislosti a jejichž osobnost vykazuje vyšší odolnost vůči stresu, se ukazuje, že komunitní tlak (společenství) a pevné hranice v podobě pravidel jim pomáhají k lepšímu pocitu ohraničení, vytvářejí strukturu a vybízejí k výkonu a naplňování zvolených cílů. To vše za předpokladu, že je vytvořen vztah vzájemného respektu mezi klientem a týmem, garantem, „doléčovákem".

Někteří klienti mající duální diagnózu se v rámci své struktury osobnosti vyskytují v hraničním či psychotickém pásmu a těžko vytvářejí vztah. Na tlak reagují sociálním stažením, na příliš pevné hranice v podobě režimu vnitřním kolapsem, rezignací, útěkem. Je tedy nutný odlišný přístup. Snažíme se proto vyvažovat tlak vyšší mírou podpory, využíváme tzv. asertivní přístup – aktivně je oslovit, vtahovat do kontaktu a také asistovat a doprovázet při vyřizování jejich každodenních povinností.

Tonda

Tonda celé dny tráví u televize. I přesto, že je konzultační místnost jen pár minut od společenské místnosti, ve které televizi sleduje, nedostavuje se včas na individuální sezení. Upozornění a reflexe ze strany garanta nic nemění. Zatímco u některých klientů pomůže slovní upozornění nebo udělení napomenutí za neplnění denních či individuálních plánů a motivuje je k většímu úsilí, u Tondy napomenutí způsobí ještě větší úzkost a unikání. Situace se opakuje. Ve chvíli, kdy pro něj jeho garant přichází a na terapii odcházejí společně, Tonda se více otevírá a na další setkání začíná chodit včas.

Jan

Jan si dal v průběhu doléčování za cíl začít více sportovat, chtěl by se naučit pravidelně jezdit na kole, ale zatím o tomto plánu jen mluví a celé dny prospí nebo prosedí u televize. Zatímco u samostatných klientů může pomoci tlak skupiny nebo kritika, že je „prostě línej“, v kombinaci s nabídkou jiných klientů, že by mohli jezdit společně, Jan podobné návrhy ostatních odmítá. Později Jana přes den potká jeho socioterapeut, který mu nabídne, že můžou na kolo jen spolu, že mu ukáže jednoduchou, nenáročnou trasu a zasvětí ho do „tajů cyklistiky“.

V rámci asertivního přístupu jsou klienti aktivně vyhledáváni a kontaktováni, pokud se nedostaví na dohodnutou schůzku nebo program. S klientem je více a častěji probíráno téma, kdy dochází k porušování dohod (schůzky, spolupráce na tématech, se kterými na doléčování vstupoval), tyto situace by měly sloužit spíše k navazování a budování vztahu s klientem nežli jako jeho kontrola.

Case management

Case management je optimálním nástrojem při práci s klienty s duální diagnózou, zejména co se týče postupného řešení jejich životní situace. V týmu máme pouze jednu pracovnici proškolenou v této metodě, ideálním řešením je navazovat spolupráci se specializovaným poradenským centrem naší organizace, zejména pro klienty, kteří potřebují asistenci či doprovod na úřady. Externí case manažer může být pro klienty užitečný při recidivě, např. když klient nemůže docházet na DC (kvůli ohrožení bezpečí a abstinence jiných), může s ním udržet kontakt, asistovat mu při převozu do nemocnice, pomoci zprostředkovat a doprovodit

jej na krizový pobyt. Také sociální a dluhová situace je pro klienty často řešitelná v horizontu několika let (insolvence, splácení dluhů, právní situace), takže je důležité, aby klienti měli stabilní podporu při řešení těchto záležitostí i po skončení programu a ukončení služby DC v případě, že finanční a dluhovou situaci nemají optimalizovanou ve spolupráci se sociálním pracovníkem už během programu.

Vycházíme z definice Jana Stuchlíka pro metodu case managementu:

1. Zaměření na zdravé stránky klienta
2. Vztah mezi klientem a case manažerem a jeho důležitost
3. Poskytované intervence vycházejí z klientových rozhodnutí
4. Asertivita služby a zároveň vstřícnost i směrem k hůř spolupracujícímu klientovi
5. Terapeutický optimismus
6. Komunita jako zdroj podpory, tj. podpora existujících nebo obnova dřívějších sociálních vztahů klienta

Vzhledem k tomu, že klient má poměrně úzký vztah s terapeutickým týmem a klíčovou osobou v procesu jeho doléčování je jeho terapeut/garant, není case management určen pro všechny klienty plošně, ale zejména pro ty, kteří obtížně vytvářejí terapeutický vztah a potřebují větší míru praktické podpory, např. při jednání s úřady, zprostředkování a doprovod na krizový pobyt atd. V případě recidivy psychotických problémů nebo závislosti, dojde-li ke stabilizaci nejčastěji formou hospitalizace, může case manažer pomoci obnovit kontakt s „doléčovákem“ a klient může pokračovat v programu ambulantní formou. Zároveň v průběhu hospitalizace může za klientem docházet, udržovat tak kontakt a pomáhat při řešení jeho aktuální situace.

Jan Stuchlík dále definuje pět fází při CM: 1. Navázání kontaktu a budování vztahu;

2. Mapování potřeb klienta; 3. Stanovení cílů; 4. Plánování; 5. Realizace plánu.

V rámci individuálního plánování a šetření potřeb se zaměřujeme společně na tyto oblasti: 1. zdraví, 2. vzdělání a práce, 3. finance, 4. bydlení, 5. vztahy, 6. volný čas.

Zejména klient, který přicházejí do chráněného bydlení doléčovacího centra z jiného města, často v začátcích potřebuje velkou podporu – registrace u praktického lékaře, zubaře, gynekologa, registrace na příslušném úřadu práce ad., postupně s mírou stabilizace klient pokračuje v řešení finanční (dluhové) situace, v hledání zaměstnání, postupném hledání vlastních zájmů, nových (bezpečných) koníčků, vytváření nových bezpečných vztahů, hledání bydlení.

Posilování zodpovědnosti a možnost volby

V případě, že dojde k porušení pravidel programu nebo terapeutického kontraktu, je s klientem probrána celá situace a dále je klientovi popsáno, jaké pro něj má dané porušení následky a jaké se nabízejí možnosti řešení nově vzniklé situace. S klientem jsou probrány nejen důsledky dané situace, ale také možnosti jejího řešení, klient je podporován pro volbu takového řešení, kterého je schopen. Například při porušování pravidel programu nebo neschopnosti zvládat jeho nároky či nároky terapeutického kontraktu může být klientovi nabídnut individuální postup (např. intenzivnější kontakt s terapeutickým týmem, posílení sociálního poradenství, doplnění či revize krizového plánu), posilovací léčba v psychiatrické nemocnici (terapeutické komunitě) nebo ukončení programu a spolupráce formou doléčování či ambulantního doléčování.

Multidisciplinární tým

Vzhledem ke složité problematice duálních diagnóz, kde je jedna ze stanovených diagnóz drogová závislost, probíhá doléčování v rámci tzv. multidisciplinárního týmu. Tým se kromě stávajících terapeutických a sociálních pracovníků setkává s psychiatrem, který má tyto klienty v péči na pravidelných intervizích, na nichž se kromě aktuálních témat diskutují a vyhodnocují také léčebné postupy.

S cílem co největší transparentnosti takto poskytované služby je vhodné klientovi včetně informace o této multidisciplinární spolupráci uvést i konkrétní příklady informací, které jsou v týmu sdíleny (jaké léky psychiatr předepisuje, jak se vyvíjí průběh léčby pacienta/klienta, sdílení docházky apod.). Tak bude zaručeno, že se klientovi dostane srozumitelných informací a bude se moci rozhodnout, zda chce být do této péče zařazen. Klient souhlas s takto definovanou péčí stvrzuje svým podpisem (viz Dohoda o poskytování služeb).

Je žádoucí předat klientovi kontakt na psychiatra či si ověřit, zda na něho kontakt má (telefon, příp. pracovní telefon), aby mohl klient být s psychiatrem v kontaktu dle svých aktuálních potřeb. V krizových situacích může psycholog, terapeut či sociální pracovník psychiatrovi zavolat, sdělit mu důvody kontaktu a předat telefon klientovi k bližší domluvě.

Intervize multidisciplinárního týmu

Aby bylo možné na klienta a jeho témata nahlížet komplexně, jsou důležité pohledy z různých perspektiv – psychiatrická optika, psychologicko-terapeutická perspektiva, sociální práce, eventuálně perspektiva case managementu.

Intervizi vede vždy jeden pracovník, nejčastěji vedoucí týmu, který hlídá a sleduje časový harmonogram, zda se rozhovory drží daného tématu/klienta, sleduje, zda se ke klientovi vyjádřili všichni, kdo s ním pracují, a uzavírá jednotlivá témata.
K probíranému tématu/klientovi se vždy vyjadřují všichni, kteří s ním pracují. Vyjadřují se k aktuálním tématům, která s ním řeší, krátkodobým cílům (sociálním, terapeutickým, psychiatrickým ad.) a vztahu, tak jak jej s klientem pracovníci zažívají.

Kazuistické brífinky – denní sdílení aktualit

Každý den pracovníci sdílí aktuality, které se vztahují k daným klientům. Krátké kazuistické brífinky jsou směrovány ke klientům, u kterých je aktuálně důležitá koordinace, součinnost a propojenost informací o plnění programu v celém týmu, nebo mezi skupinovým a individuálním terapeutem.

Supervize

Supervize práce s klienty s duální diagnózou optimálně probíhá i za účasti psychiatra, který je součástí týmu. Kromě supervize týmu probíhají i kazuistické supervize. Je důležité ozřejmovat psychiatrickou, terapeutickou a sociální perspektivu, kterou na klienta každý pracovník uplatňuje, a dále ozřejmovat jednotlivé záměry těchto perspektiv.

Komplexní program pro klienty s duální diagnózou

Program je určen osobám, které kromě diagnózy závislosti byly nebo jsou léčeny i s dalšími psychickými obtížemi (onemocněním), včetně psychických poruch a poruch osobnosti.

V rámci našeho zařízení nabízíme několik možností doléčování.
Jednak je to 1. strukturovaný program s možností chráněného bydlení, 2. strukturovaný program ambulantní (bez bydlení), 3. individuální program (bez bydlení).

Program s chráněným bydlením
Doléčování s možností chráněného bydlení je určeno pro osoby, které absolvovaly pobytovou léčbu zaměřenou na závislost a/nebo léčbu přidružených psychických obtíží a zároveň mohou potvrdit a prokázat minimálně tři měsíce abstinence před nástupem do chráněného bydlení. U osob, které se aktuálně léčí s jinou diagnózou než závislostí (a zároveň splňují kritéria i pro léčbu závislosti), požadujeme absolvovanou tříměsíční léčbu závislosti v minulosti. Další skupinou mohou být lidé, kteří za sebou mají ambulantní léčbu s možností prokázat tři měsíce abstinence od svého psychiatra či jiného zařízení ambulantní léčby.

Chráněné bydlení je pro klienty s duální diagnózou koncipováno na minimálně pět měsíců s možností prodloužení na sedm až devět měsíců. Samotný program není časově omezený, klienti jej mohou využívat i po ukončení pobytu v chráněném bydlení. Využívat mohou jak terapeutické skupiny, individuální terapii, tak volnočasový klub. Po ukončení pobytu v chráněném bydlení je možné program využívat ambulantně – ad 2, nebo ad 3.
Kritéria pro přijetí: Absolvování tříměsíční léčby závislosti, eventuálně oddělení duální diagnóz určených pro duální diagnózy s potvrzením tříměsíční abstinence.

Ambulantní program

Jde o terapeutický program koncipovaný na pět měsíců, kdy klient na aktivity dochází ambulantně.

Kritéria pro přijetí:

Absolvování tříměsíční léčby závislosti, eventuálně oddělení určené pro duální diagnózy s potvrzením tříměsíční abstinence.

Absolvování tříměsíční léčby závislosti v minulosti a nyní probíhá léčba přidružené diagnózy. Podmínkou je motivace k abstinenčně orientovanému doléčování.

Absolvování tříměsíční léčby závislosti a jiných psychických potíží v minulosti, nyní jsou v krátkodobé léčbě / stabilizačním pobytu z důvodu relapsu, případně došlo ke zhoršení psychických problémů nebo propukla toxická psychóza.

Individuální program

Je určen lidem, kteří v minulosti absolvovali tříměsíční léčbu závislosti, nyní se léčí s psychickým onemocněním a chtějí abstinenčně orientované doléčování.

Přijetí do „programu“

Podmínky pro přijetí do komplexního doléčovacího programu jsou: tříměsíční léčba (psychického onemocnění a závislosti), zaslání žádosti, životopisu a vyjádření terapeutického týmu z poslední léčby. Po splnění těchto podmínek je klient pozván na přijímací pohovor (o přijetí rozhoduje celý tým doléčovacího centra). Zájemci o doléčování, kteří absolvují dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě, již zakončí tzv. „rituálem“, mohou být přijati bez

vstupního pohovoru – na základě zaslané žádosti, životopisu a vyjádření terapeutického týmu. Zjišťování, co zájemce očkává a mapování potřeb probíhá v krátkosti telefonicky a následně v den prvního osobního kontaktu.

Kritéria přijetí

Při rozhodování o přijetí klienta do programu kromě kritérií týkajících se závislosti a náhledu klienta na závislost dále zvažujeme míru a schopnost samostatného fungování. Doléčovací program vytváří bezpečné prostředí a podmínky pro následné samostatné fungování klienta v běžném prostředí. Klient by měl být schopen po skončení doléčovacího programu fungovat samostatně – být schopen finančního sebezajištění, samostatného bydlení, řízení svého volného času a vytváření bezpečných vztahů s běžným prostředím. Po odstěhování by měl zvládat podporu pouze ambulantní formou (psychiatr, case manažer / terapeut). S ohledem na tuto skutečnost vyhodnocujeme možnosti takového fungování.

Klient v invalidním důchodu

U klientů s PID, ČID pro přijetí do doléčovacího programu zvažujeme schopnost a možnost samostatného fungování. . Vzhledem k invalidnímu důchodu je míra fungování klienta nižší, potřebuje tedy vyšší míru podpory. S tím se pojí i vyšší míra podpory po skončení programu.. Je proto důležité zvážit, zda je možné vyšší míru podpory zajistit i po skončení chráněného bydlení v rámci ambulantní péče. Po skončení chráněného bydlení v doléčovacím programu můžeme klientovi pomoci zprostředkovat kontakt s týmem case managementu a také terénním

týmem Sdružení Práh. Kontakt může být užší, ale také může sloužit jako místo stabilizace v případě, že klient začne vypadávat z ambulantního doléčování.

Klient v invalidním důchodu a/nebo zbavený svéprávnosti

U klientů zbavených svéprávnosti považujeme za důležité mít možnost sejít se i s opatrovníkem ještě před nástupem do programu. Při možnosti setkání s opatrovníkem proběhne společně s klientem a zástupcem doléčovacího centra reflexe povinností a činností, které opatrovník vůči klientovi činí (nakládání s financemi, platby aj.), za účelem nastavení nebo zpřesnění hranic opatrovnictví. V ideálním případě s určitou a postupnou mírou předávání zodpovědnosti směrem ke klientovi. Dalším úkolem takového setkání je zjistit vztahy mezi klientem a jeho opatrovníkem. U klientů zbavených svéprávnosti je doléčovací program vhodný pouze v tom případě, kdy diagnóza a míra fungování umožňuje klientovi svéprávnost za určitých podmínek opět nabýt a doléčovací program by v tomto případě sloužil jako podpora pro samostatné fungování a opětovné nabytí svéprávnosti. Pro klienty zbavené svéprávnosti s prognózou u chronicity onemocnění doporučujeme chráněné bydlení Sdružení Práh, Diakonie Brno nebo jiné chráněné bydlení určené pro osoby s duševním onemocněním.

Vstupní pohovor

Vstupní pohovor se skládá z tzv. „jednání se zájemcem o sociální službu“, kde se vyjasňují očekávání, potřeby zájemce a možnosti našich služeb a mapuje se sociální, resp. životní

situace klienta (práce, dluhy, bydlení, rodinná situace). Dále se mapuje období před hospitalizací, její příčiny a také se věnujeme mapování aktuálního psychického stavu – témat, která se objevují v rámci současné léčby, rizik spojených se zhoršením duševního zdraví a závislostí (v souvislosti se závislostí mapujeme, zda klient udržuje/neudržuje vztahy s drogovým prostředím). Zjišťujeme osobní cíle klienta, zejména krátkodobé, ale i dlouhodobější, a motivace k doléčování a další terapeutické spolupráci.

Na základě takto zjištěných informací je možné ve spolupráci s klientem dospět k dohodě o základních změnách, které si klient přeje uskutečnit skrze doléčovací centrum. A v návaznosti je možné formovat individuální plán péče (RVKPP) a individuální plán spolupráce (MPSV).
V písemném zpracování individuálního plánu spolupráce je jednoduchým způsobem zachycena situace klienta, popsány cíle a postup jejich dosažení.

Specifika mapování potřeb u klientů s duální diagnózou

U zájemců, u kterých v oblasti duševního zdraví můžeme hovořit o hraniční problematice nebo o psychotickém okruhu potíží, mapujeme a zaměřujeme se na zkušenosti s terapeutickými vztahy (u hraničních a psychotických klientů lze očekávat problematické a ambivalentní prožívání nejen primárních vztahů v rodině, ale také terapeutických či jakýchkoli vztahů). Bývá důležité kromě zmapování vazeb s rodinou a přáteli prozkoumat také vazby s bývalými terapeuty. Někdy přechod do nového zařízení a ukončení kontaktu s terapeutem může být prožíváno úzkostně. Zároveň mapujeme míru zvládnutí a průběh léčby specifických osobnostních a životních témat. Otevřeně se ptáme na potíže, se kterými se

klient léčil, na jakých tématech pracoval v minulých léčbách, která témata považuje za uzavřená a která bude řešit v rámci doléčování. Jelikož se jedná o vstupní rozhovor a zájemce je většinou ještě v péči psychiatrické nemocnice, můžeme dát klientovi doporučení, která témata by mohl ještě zpracovávat v léčbě, dříve než k nám nastoupí. Některým klientům po léčbě doporučujeme před doléčováním ještě terapeutickou komunitu, ve které je čas a bezpečí některá zvlášť obtížná témata terapeuticky řešit a integrovat.

Zájemci o chráněné bydlení jsou seznámeni s ubytovacími i terapeutickými prostory a také s pravidly a vnitřním řádem chráněného bydlení. Klademe důraz na informované rozhodnutí a informovaný souhlas s danými pravidly. V případě, že zájemci podmínky doléčování nevyhovují nebo se objevují potřeby a témata, které bychom nemohli skrze naše služby saturovat nebo napomoci s jejich léčbou v rámci doléčovacího procesu, odkazujeme na jiný typ služeb.

Záznam a soupis cílů, potřeb a očekávání zájemce zapisuje pracovník, který vede vstupní pohovor. Na jednání se zájemcem navazuje pak Dohoda o poskytování sociální služby společně s individuálním plánem. Psychologická a terapeutická témata na doléčování jak pro individuální, tak pro skupinovou terapii jsou sjednána v terapeutickém kontraktu.

Dalším cílem prvních setkání je navázat mezilidský vztah a kontakt se zájemcem o naši službu, pomoci k vytvoření důvěry mezi klientem, pracovníkem a zařízením a dále v souvislosti s diagnózou závislosti motivovat k udržení bezpečného chování a vyhýbání se rizikům. V rámci vstupního rozhovoru je také dán prostor k otázkám, osvětlení pravidel programu a oboustranné diskusi.

Formální aspekty přijímání klientů do programu

Základním nástrojem pro vytváření dobrého spojenectví je jednání se zájemcem o službu a přijímací pohovor.
Uzavření písemné spolupráce formou Dohody o poskytování sociální služby včetně Terapeutického kontraktu v rámci ambulantního doléčování předchází tzv. „jednání se zájemcem“. Na těchto setkáních je veden dialog o cílech, motivacích a očekáváních, důraz je kladen i na negativní očekávání a případné obavy ze spolupráce. K sepsání „Dohody o spolupráci“ by mělo dojít nejpozději během dvou tří setkání.
Na jednání se zájemcem tedy navazuje tzv. „Dohoda o spolupráci“, kterou rozvíjí tzv. „plán péče“ / „individuální plán“, vyhodnocování probíhá jedenkrát za měsíc v rámci mapovaných oblastí a jednou za tři měsíce dochází k revizi a hodnocení celkové spolupráce.

Ústní forma dohody je sjednána v případě, že jde o jednorázové konzultace (1–3), na nichž se ukáže, že danému klientovi není možné službu dlouhodobě poskytovat (z jakýchkoli důvodů). Záznam o uzavření této ústní dohody je zapsán v elektronické databázi.

Terapeutický kontrakt

Kontrakt s klientem s duální diagnózou individuálně sestavuje a sepisuje jeho terapeut/garant, a to zejména proto, aby společně hovořili o specifických a individuálních tématech spojených s terapeutickým vztahem a doléčováním. Klademe větší důraz na vytváření společného kontraktu, klienti jsou s větším důrazem zapojováni do spoluutváření terapeutické aliance. Terapeut se tak ptá na očekávání, potřeby, témata, zahrnuje i svoji osobu, co klient očekává od

něj, je dobré ptát se na předchozí zkušenosti s terapií, na potenciální obavy, negativní zkušenosti, ale také pozitivní a dobré zkušenosti s terapií.

Terapeutický kontrakt u klientů s dalšími psychickými problémy může obsahovat kontrakt na individuální témata klientů, např. kontrakt o předčasném, impulzivním ukončování doléčování, zaměstnání, izolace od skupiny. Kontrakt by neměl sloužit jako nástroj tlaku na změnu a korekci klientova chování, ale spíše pomáhat budovat mezi klientem a terapeutem vztah a spojenectví. Jeho chování vzniká přirozeně, často se jedná o obranné reakce. Klientům takto můžeme pomoci směrovat pozornost na problematické oblasti a napomoci tak k větší míře uvědomění souvislostí jejich prožívání a chování.
Podobně jako se uzavírá kontrakt týkající se závislosti (např. hovořit o chutích na drogy v terapii), uzavíráme kontrakt na další témata. Mělo by se hovořit o vztahu k medikaci, o impulsivitě, sebepoškozování, užití drog, gambling, promiskuita, agrese, přejídání, hladovění, rizikové vztahy, hlasy, bludy, o bezpečí v chráněném bydlení, na skupině, v terapii. Může být proto užitečné budovat důvěru rozhovorem právě o těchto tématech a eventuálně dopředu vytvářet speciální kontrakt na témata z toho vyplývající (např. předčasné odchody a ukončování doléčování, izolace od skupiny či jakékoli specifické vzorce, které klient v předchozích léčbách a životě opakuje); Pokud podobné situace vzorce nastanou – je důležité věnovat se jim v doléčovacím programu v kontextu klientových vzorců, předchozích zkušeností.

Hedvika

Hedvika má v anamnéze sebepoškozování, pokus o sebevraždu, fyzické napadení zdravotní sestry, závislost na lécích a pervitinu, krom závislosti je diagnostikována toxická psychóza s podezřením na paranoidní schizofrenii.

Příklad terapeutického kontraktu:

Hedvika kontaktuje svého terapeuta nebo pracovníky DC v případě, že se bude chtít pořezat nebo si jinak ublížit. Na terapeutických sezeních bude o takových myšlenkách nebo pocitech hovořit, stejně tak o paranoidních myšlenkách, slyšení hlasů nebo chutích na drogy. Terapeut bude na tyto stavy reagovat s respektem a citlivě. Pokud bude cítit agresi vůči pracovníkům nebo jiným klientům, bude o těchto impulzech hovořit se svým terapeutem/garantem. Terapeut tyto informace nebude vynášet mimo individuální sezení, pokud se s Hedvikou nedohodne jinak.

Hedvika se bude snažit vyhýbat rizikovým místům, která by mohla zvýšit riziko relapsu (nebude kontaktovat lidi z minulosti, se kterými nebo od kterých brala drogy, bude se vyhýbat místům, kde brala drogy nebo je má s nimi spojená).

Hedvika v krizových situacích přijme pomoc od svého okolí.

Následovat může sestavení krizového plánu.

Krizový plán

Krizový plán obsahuje kroky a opatření, které budou učiněny v krizových situacích. Zároveň je dohodnuto, co se stane, pokud je klient nebude chtít dodržet. Krizový plán sestavuje klient společně se svým terapeutem/garantem na prvním setkání, resp. na začátku spolupráce společně s terapeutickým kontraktem. Krizový plán navazuje a plánuje řešení situací, které jsou spojeny s psychickými tématy klienta, závislostí, eventuálně jiné rizikové a krizové situace, které by mohly ohrozit aktuální stabilitu a fungování klienta v rámci programu DC.

Individuální plán

Při vytváření terapeutického plánu / plánu doléčování je pro terapeutický tým základní orientací, zda duální diagnóza a struktura osobnosti klienta spadá do okruhu neurotických obtíží (deprese, úzkosti aj.), hraničních (poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy aj.), nebo psychotických. Na základě tohoto základního rozlišení lze u klientů předpokládat, jakým způsobem budou vytvářet vazbu a kontakt s terapeutem a terapeutickým týmem. Vodítkem mohou být také předchozí léčby a jejich průběh (úspěšná, nebo předčasná ukončení) a témata spojená s osobností a psychickým onemocněním (zacházení s agresí, vztahy, sexualitou atd.).

U klientů s duální diagnózou jsou do terapeutického kontraktu zanesena i témata spojená s jejich fungováním ve vztazích plus témata související s jejich psychikou (sebepoškozování, předčasné ukončení, izolace, úniky, poruchy příjmu potravy aj.).
V kontraktu terapeut s klientem společně definují, jak s těmito tématy budou nakládat, mohou společně reflektovat i historii těchto témat a jejich řešení. Pokud se patologické vzorce začnou opakovat v doléčování, je v kontraktu společně s klientem sepsáno (či ústně řečeno), jak s nimi bude naloženo – podle závažnosti je to zaznamenáno v terapeutickém kontraktu nebo krizovém plánu.
V případě porušení těchto dohod v kontraktu je na to klient upozorněn. Klient je povzbuzován k tomu, aby za sebe sám přebíral zodpovědnost, přijal své obtíže jako součást svého fungování a své osobnosti a zapojil se do jejich řešení (nejen závislosti).

Pilíře doléčovacího programu

Psychoterapie

Součástí programu doléčování jsou tzv. Garantské pohovory 1x týdně. Garantské pohovory nejsou čistě terapeutické, často spadají spíše do oblasti poradenství. U klientů, kteří jsou indikovaní pro psychoterapii, je možné, aby garantské pohovory byly součástí setkávání se sociálním pracovníkem a s terapeutem probíhala psychoterapie.
Psychoterapie (skupinová a individuální) v součinnosti se sociální prací, socioterapií a strukturovanými pravidly je základní nástroj doléčování.
Cílem individuální psychoterapeutické péče v této fázi je stabilizovat klienta v chráněném prostředí, intenzivně pracovat s jeho aktuálním prožíváním nových situací, posilovat jeho zdroje, motivovat jej a zároveň konfrontovat v situacích, kde se objevují vzorce chování, které klient zažil jako nefunkční (přehlížení emocí, úniky do pracovního výkonu, popírání bažení a myšlenek na drogy apod.). Individuální terapii je možné prokládat, zejména v indikovaných případech:

- párovou psychoterapií
- rodinnou psychoterapií

U klientů s duální diagnózou se může ve větší míře objevovat odpor k medikaci, a to nejen kvůli nežádoucím účinkům, ale také kvůli stigmatizaci a s ní narůstajícím pocitům méněcennosti nebo „nekompetentnosti“ či vyloučení.

U dlouhodobě traumatizovaných klientů se mohou častěji objevovat krizové stavy vyžadující krizovou intervenci ze strany terapeutického týmu. U psychóz i přes medikaci může docházet k obdobím zvýšené paranoie nebo slyšení hlasů (včetně vnitřních kritických komentujících hlasů ad.).

V těchto situacích je možné s klientem v terapii pracovat na spouštěčích a zvládání těchto stavů. Spouštěčem může být únava, některé emoce (jako vztek, frustrace, smutek), místa, situace nebo část dne (ráno/noc) atd.

Spolupráce s rodinou

Při nástupu klienta – při mapování jeho aktuálních rodinných vztahů – je dobré domluvit s klientem i společné rodinné sezení. Indikace sezvání rodinných příslušníků je důležitá zejména u klientů, u nichž hrozí nejasné vnímání hranic v mezilidských vztazích a interpretace rodinných vztahů. Dále u vazeb, kdy rodiče zasahují do života klienta a mají vliv na jeho fungování a směřování.

Setkání s rodinou mohou obnášet:

– poradenství, informační servis, společná sezení dle individuálních potřeb a možností (rodiče, sourozenci apod.)

– zprostředkování informací o procesu doléčování, typických tématech, rizikových situacích

– podpora komunikace mezi rodinnými příslušníky a klientem

– pomoc pří řešení konfliktů

– pokračování práce na tématech z léčby

Krizový telefon

Všem klientům je k dispozici pro komunikaci s týmem nebo terapeutem mobilní telefon s 24hodinovou službou. Klientům, kteří potřebují vyšší míru podpory a také bližší vztah s terapeutem, telefon slouží pro kontakt s terapeutem v terénu. Klienti dobrovolně nebo povinně kontaktují terapeuta/tým v zátěžových situacích, např. za účelem přípravy na řešení zátěžové situace (jednání na úřadech, návštěva rodiny, pracovní pohovor ad.) a následné reflexe a sdílení zvládnutí zátěžové situace.

Při nástupu dostávají klienti informace, v jakých situacích mohou telefon využívat a také v jakých situacích je to žádoucí, eventuálně povinné. Telefon je možné využít i pro dodržení kontraktu – hlášení relapsu, předkrizové stavy, krizové stavy (včetně pocitů ohrožení, bludů, paranoie, hlasů, sebepoškozování, kontaktu s rizikovým prostředím).

Namátkové testování – kontrola výskytu drog

Namátkové testování výskytu drog vnímáme jako ochranu společenství lidí na chráněném bydlení, potvrzení abstinence a potvrzení možnosti si vzájemně důvěřovat. – Tento postoj se snažíme sdílet i s klienty. Namátkové testování by mělo přesahovat kontrolu. Slouží jako prvek posilující motivaci. Funkce namátkového testování spočívá zejména v psychologickém účinku – potvrzení abstinence a zpráva pro ostatní členy skupiny/programu, že se nacházejí v čistém prostředí a také že existuje nástroj, který může vyjasnit pocity nedůvěry či podezření klientů vůči sobě. V ideálním případě pomáhá kontrolní funkce testování posilovat funkci superega a sebekontroly u samotných klientů.

Čeněk

Na skupině, Čeněk sdílí pocity ponížení a vzteku, které v něm vyvolává testování ze strany rodičů, když je u nich přes víkend. K Čeňkovi se připojuje Berta, která poukazuje na psychické týrání ze strany svých rodičů, od kterých by testování nesnesla. Několik klientů směrem k Čeňkovi sdílí opačné pocity, negativní výsledek testu, který rodiče uvidí, jim dává naději, že si získají zpět jejich důvěru a posílí to jejich vzájemné vztahy. Čeněk reaguje sdílením pocitů méněcennosti z nálepky feťák. Následně přichází s uvědoměním svého špatného vztahu sám k sobě. Skupina toto téma dále rozvíjí.

Skupinová práce a psychoterapie

Probíhá v několika formách:

1. Přehledová komunita (1x týdně)
2. Dynamická skupina (1x týdně)
3. Dynamická/Tematická skupina (1x týdně)
4. Skupina chráněného bydlení (1x týdně)
5. Krátké ranní komunitní setkání / plánování denních aktivit (každý den)

V rámci programu s chráněným bydlením klienti docházejí na dvě skupinová terapeutická setkání. První probíhá formou dynamické psychoterapie, která je určena jak pro klienty chráněného bydlení, tak pro klienty, kteří docházejí ambulantně. Trvá 1,5 hodiny. Této skupině předchází tzv. komunitní setkání, které trvá 30 minut a slouží k reflexi každodenního

prožívání, abstinence, symptomů, rizikových situací a témat na dynamickou skupinu.
Druhé terapeutické setkání střídá dynamickou terapii s tematickou skupinou vždy podle potřeb skupiny a skupinové dynamiky. Tato skupina je pouze pro klienty chráněného bydlení a následuje po ní tzv. skupina chráněného bydlení, kde se řeší jak provozní problémy, tak konflikty v souvislosti se společným bydlením.
Jelikož k nám klienti přicházejí po léčbě, mají se skupinovou terapií zkušenost. Motivovaní klienti mají mnohdy poměrně dobrou míru sebereflexe a zralost při sebevyjádření nebo při zpětných vazbách k ostatním. Vzhledem k tomu, že klienti do programu a do chráněného bydlení přicházejí a odcházejí různě, lze pozorovat opakující se fáze skupinového procesu. Je důležité klienty žádající o doléčování vybírat i s ohledem na skladbu a osobnostní struktury ve skupině. Nedílnou součástí skupinového procesu jsou konflikty, rivalita, boj o místo ve skupině.

Specifičtí jsou klienti, kteří přicházejí z nebo byli ve výkonu trestu. Zkušenosti se závislými lidmi ukazují, že jsou rozdíly mezi tím, jak klient funguje v rámci formálních pravidel a jak v neformálním prostředí. Tým se snaží tyto rozdíly pojmenovávat a vtahovat do vztahu s klientem.
U klientů z vězení jsou rozdíly v chování před terapeuty a v šedé zóně ještě větší. Často mají tendence tvořit hierarchické vztahy mezi jednotlivými členy a utvářet dominantní podskupinu, stavět se na vrchol hierarchie. Je vhodné mít omezený počet klientů z výkonu trestu v jedné skupině. U nás jsou to maximálně dva, tři klienti ve stejné skupině.

Užitečnost konfliktů

Klienti, kteří přicházejí s duální diagnózou, mohou být osobnostně velmi různí, proto je lepší uvažovat o těchto lidech spíše v kategoriích psychologie struktur osobnosti, charakterových struktur, eventuálně psychopatologie. Co se ukazuje jako významné, je míra dominance, submisivity a také míra sociálního stažení – schopnost vztahovat se k druhým. V našich podmínkách, kdy integrujeme klienty s duální diagnózou mezi klienty se závislostí, dochází k tomu, že se na skupině sejdou jednak klienti mající problémy s agresí (impulzivita a agrese namířená ven), eventuálně s narcistní devalvací druhých, jednak klienti s výrazným sociálním stažením a uzavřeností, odporem k sobě. V takových chvílích jsou to především dovednosti terapeutů a dobrá kooperace celého terapeutického týmu, které mohou pomoci klientům z těchto konstelací terapeuticky těžit.

Vilma

Vilma, která žila v minulosti s partnerem, jenž ji týral psychicky i fyzicky, je na skupině svědkem toho, kdy Albert mluví poměrně impulzivně o své agresi vůči přítelkyni a o svých tendencích někomu ublížit, shazuje svoji partnerku (byl trestaný za ublížení na zdraví). Terapeutka pomáhá klientovi odkrývat pocity, které agresi vyvolávají (zranitelnost, ponížení), to se daří jen částečně, je pojmenováno shazování a arogance. Vyzývá skupinu k reflexím a sdílení pocitů vůči Albertovi. Vilmě vytváří zvlášť bezpečný prostor (tónem hlasu, používáním jazyka), ta se rozhovoří o vztahu s násilným partnerem. Terapeutka pomáhá Vilmě vyjádřit i pocity, které v ní Albert vyvolává (strach, úzkost) – dává najevo, že je bezpečné to se skupinou sdílet. Albert na konci skupiny více odkrývá, proč má tendence partnerku shazovat, a před skupinou se prezentovat s arogancí. Skupině tím ukazuje masku, za kterou se může schovat. Omlouvá se i Vilmě, nechtěl v ní vyvolat strach. V závěrečné reflexi

Vilma popisuje jako dobrou zkušenost, že poznala někoho, kdo má problémy s agresí, přičemž nebyla v roli oběti.

Po skupině je téma dál zpracováno v individuální terapii s garanty/terapeuty.

V případě, že by nedošlo k tomu, že by Vilma sdílela své aktuální pocity, nebo by Albert zůstal bez vhledu ke svému chování a prožívání, musel by skupinový terapeut předat informace individuálním terapeutům, aby toto téma otevřeli s klienty jednotlivě na individuální terapii a také prozkoumali jejich vztahování mimo skupinu při neformálních kontaktech. Pokud se podaří témata zpracovat, bude to viditelné v rámci skupinové dynamiky na skupinách, jestliže ne, rovněž bude znát, jak na sebe na skupinách reagují. Skupinový terapeut pak může jejich vztah a téma agrese otevřít na skupině sám.

Matyáš

Matyáš má diagnózu závislost na marihuaně a toxickou psychózu s podezřením na paranoidní schizofrenii. Konflikt a verbální agrese v kuchyni mezi několika členy chráněného bydlení vyvolává v Matyášovi úzkost a zcela ho paralyzuje. Tým o konfliktu diskutuje společně v týmu, terapeuti na skupinách. V individuální terapii se Matyáš cítí vinen, že nijak nezasáhl, trápí ho výčitky, je na sebe naštvaný. Terapeut jej podporuje, aby sdílel to, co se s ním dělo, a pojmenovává projevy agrese, zároveň pojmenovává Matyášovu roli svědka a validuje Matyášovo prožívání i chování. Podporuje jej zároveň v tom, aby v takových situacích kdykoli přišel za terapeutickým týmem. Matyáš poté odkrývá souvislosti celé situace. Posílen z individuální terapie přináší do skupiny informace, které odkrývají tendenci „agresora“ bagatelizovat konflikt a také tendenci některých členů obviňovat „oběť“, že si za agresivní reakci může sama. Hynek, klient, který křičel na klientku, dostává podmínečné vyloučení za agresi (v anamnéze má výkon trestu za ubližování na zdraví),

přičemž je podporován terapeutickým týmem, aby přijal napomenutí jako výzvu více se na toto své téma zaměřit a cíleněji na něm pracovat. Matyáš od této chvíle na skupinách ožil, začal se zapojovat a více otevírat, byl schopný Hynka v rámci svých možností konfrontovat a vyjadřovat svůj názor. Do této chvíle na skupinách víceméně mlčky naslouchal. Hynek potřeboval velkou podporu a ocenění dosavadních úspěchů od terapeutů a postupně byl schopen překonat pocity křivdy („dělal sem daleko horší věci; kdybyste mě znali, tak byste věděli, že křičení je úspěch“), v doléčování pokračovat, a na tématu agrese v individuální terapii pracovat.

Ranní komunitní setkání

Klienti, kteří nemají zaměstnání, se setkávají ráno v prostředí chráněného bydlení na tzv. ranním komunitním setkání. Setkání vede pracovník, člen týmu, a je zaměřeno na sdílení a reflexi předešlého dne a plánů na aktuální den. Klienti, kteří přijdou ze strukturovaného programu nebo léčby, kde si sami nevaří a v řadě ohledů jejich život řídí řád zařízení, často nevědí, jak trávit den a svůj vlastní čas. U klientů s duální diagnózou se často objevuje unikání z každodenní reality do spánku, hraní mobilních her ad.

Ranní setkání klientům pomáhají plánovat si samostatně den, vyhýbat se rizikovým situacím, plánovat si víkend. Pracovník pomáhá korigovat plánované aktivity, aby se klient příliš nepřepínal (výkonově orientovaní klienti), nebo naopak aby netrávil celý den u televize nebo s mobilními hrami.

Skupina chráněného bydlení

Skupina chráněného bydlení slouží k podpoře samoregulace skupiny v rámci každodenního fungování na bydlení. Její terapeutická funkce spočívá v reflexi odehrávání dynamiky skupiny, možnost jejího pojmenování a zpracování v bezpečném prostoru terapeutické skupiny. Zároveň na praktických událostech každodenního života. Na této skupině je možné řešit neumyté nádobí, hygienické návyky, schopnost domlouvat se při sledování televize a také domluvy na úklidu společných prostor. Zároveň je skrze tyto setkání možné uchopit a pojmenovat dynamiku vztahů jednotlivých členů v méně strukturovaném prostředí a větší konflikty následně řešit na terapeutické skupině. Tato skupina také nabízí prostor reflektovat schopnost jednotlivců vycházet s druhými v rámci běžných neformálních kontaktů a učit se vycházet s druhými. Zejména pro klienty, kteří po doléčování odcházejí do samostatného bydlení formou podnájmu ve spolubydlení, je důležité naučit se řešit konflikty a emoce v rámci běžného fungování.

Role domovníka

Klienti v chráněném bydlení mají společnou kuchyni a obývají dohromady prostory, ve kterých vznikají konflikty, blízké vztahy i dobré zkušenosti. Každý klient v chráněném bydlení dostává na jeden měsíc roli „domovníka“. Tato role obnáší rozdělování úkolů spojených s úklidem společné kuchyně a společných prostor. Při přijímání nových klientů domovník zároveň pomáhá integrovat nového člena do chodu bydlení. S touto rolí klient dostává do rukou zodpovědnost, ale také moc rozhodovat a komunikovat o úklidu a péči

o společné prostory. Hranice toho, o čem domovník rozhoduje a co má na starosti, jsou trvale dané. Pro reflexi této role a společného soužití slouží skupina chráněného bydlení, která probíhá každý týden.

Socioterapie a volnočasový klub

Cílem volnočasových aktivit je pomoci klientům rozšířit si repertoár možností, jak trávit volný čas, jak si „užívat bez drog“. Volnočasové aktivity připravuje terapeutický tým, zároveň každý klient v rámci své cesty k uzdravení připravuje klub minimálně jednou pro ostatní sám. Volnočasové kluby, které připravuje terapeutický tým, jsou zaměřeny na co nejpestřejší škálu možností, jak pěstovat své zájmy (sportovní činnosti – běhání, cyklistika, horolezecká stěna, bazén; kulturní činnosti – divadla, kina, cestovatelské večery, přednášky, výstavy).
U volnočasových aktivit klienti zažívají kontakt s druhými v méně formálním prostředí a zážitky ze společných aktivit je pak možné využít k dalšímu zpracování vztahování se klienta k ostatním lidem.

Hugo

Hugo je klient, který se léčil se závislostí na pervitinu, marihuaně a zároveň mu bylo diagnostikováno protrahované psychotické onemocnění. Na skupinách byl hodně uzavřený, spíše reagoval reflexemi k ostatním než svými tématy, přes den trávil volný čas u televize. Výrazně ožil, když na něj přišla řada s přípravou volnočasového klubu pro ostatní. Potřeboval zároveň podporu našeho socioterapeuta pro větší sebedůvěru při plánování a vymýšlení společného odpoledne, zároveň se cítil potřebný a chtěl pro ostatní vymyslet něco, co bude

většinu skupiny bavit. Přišel s nohejbalem, který lze hrát na veřejném hřišti v nedalekém okolí, a sám se poměrně aktivně do hry zapojil. Všechny překvapil svojí soutěživostí, nadšením do hry a energií, kterou do přípravy i hry vložil. Bylo důležité, aby dostal zpětnou vazbu a podporu při realizaci. Na základě této pozitivní zkušenosti se klient poté i více otevíral na skupinách a bylo možné tyto stránky jeho osobnosti rozvíjet, a to i přesto, že v běžném dni se opět vracel k televizi a unikal před životem.

Neformální kontakt s terapeutem a terapeutickým týmem

V rámci programu podporujeme i možnost návštěv doléčovacího zařízení pro bývalé i současné klienty za účelem sdílení, „jak se daří, novinek, nebo i běžných každodenních problémů“.

Zkušenosti s režimovou léčbou ukazují, že u klientů často vzniká větší či menší rozdíl mezi formálním fungováním v rámci programu a tzv. „šedou zónou“, může to být dáno nedůvěrou k autoritám, životní zkušeností, osobností.

Terapeutický tým proto nabízí klientům i méně formální kontakt. Mohou kdykoli přijít do kanceláře a popovídat si, jak se daří, nebo se naopak svěřit s aktuálními potížemi. Tyto kontakty často pomáhají vytvářet a budovat větší míru důvěry a vzájemný vztah mezi klientem a týmem. Pro určité klienty může být neformální kontakt možností zažít bližší a zároveň bezpečný vztah s týmem.

Komunitní setkání

Jednou za půl roku organizujeme komunitní setkání, které konkrétně u klientů s duální diagnózou funguje jako podpora v jejich dlouhodobém procesu změny životního stylu. Na setkání mohou přijít i rodiny s dětmi, partneři. Akce má neformální charakter spojený s rituály letního a zimního slunovratu. Program není příliš strukturovaný: začíná se vzájemným představením zúčastněných a poté volnou zábavou (grilování, povídání), která je zakončena rozděláváním ohně jako symbolu změny a ochrany.

Farmakoterapie a lékový management

U klientů s duální diagnózou je v anamnéze brán zřetel na historii psychiatrické péče (léčebná historie, prodělaná závažná onemocnění, psychiatrická či psychoterapeutická péče, psychický stav), dále je zjišťována farmakologická anamnéza (užívané léky), onemocnění ad.

Klienti jsou podporováni v samostatném užívání léků, k tomuto účelu jsou léky uschovány v kanceláři terapeutů a klienti si pro své léky samostatně docházejí, přičemž jejich výdej a četnost jsou zapsány do záznamových archů. Při vynechání předepsané farmakoterapie je s klientem tato skutečnost probírána (klienti jsou podporováni v otevřenosti a sdílení vztahu k lékům), zároveň mají klienti povinnost farmakoterapii dodržovat dle určení lékařem.
V případě, že je farmakoterapie a psychiatrická péče indikována již od počátku spolupráce (klient přichází s medikací, má doporučení vyhledat po léčbě psychiatra ambulantně), probíhá kontakt s psychiatrem nejlépe jednou za čtrnáct dní. V průběhu spolupráce je možné domluvit

individuální frekvenci návštěv, k té dochází vždy po domluvě s psychiatrem.
Každý klient je probírán minimálně jedenkrát za čtrnáct dní na intervizi. Na těch probíhají konzultace stran medikace, motivace, docházky, terapeutických záměrů a doporučení. Na základě těchto porad je možné přeformulovat či změnit doporučení pro léčebné/doléčovací postupy.

Specifika farmakoterapie a psychiatrické péče u klientů s duální diagnózou

MUDr. Ronald Marek

Klienti v centrech pro léčbu závislosti (terapeutické komunity, doléčovací centra) často potřebují řešit další, mnohdy chronické psychické poruchy. Část z nich je způsobena vlastním dlouhodobým užíváním návykových látek, část poruch vzniká v důsledku stresového životního stylu či zanedbané péče a jiná část poruch může vznikat nezávisle na užívání drog. Snaha některých psychiatrů nejprve stabilizovat závislost a až poté řešit další psychiatrické poruchy se zdá být neefektivní. U léčby zaměřené na dosažení či udržení abstinence je farmakologické řešení psychických poruch důležitou prevencí relapsu. Pokud jakékoli klientovo duševní utrpení nebude adekvátně ošetřeno, je pravděpodobné, že pacient bude hledat nějaké řešení sám a patrně jako samoléčbu použije dříve nebo později návykovou látku.

Na základě vlastních zkušeností (přes deset let pracuji jako konziliární psychiatr v terapeutické komunitě pro klienty s duálními diagnózami) vím, že klienti v chráněném prostředí se cítí ve strukturovaném léčebném režimu psychické lépe a často naléhají na snižování, až vysazování psychofarmak, mají představu, že při doléčování již budou žít nový život bez problémů a nutnosti medikace. Na psychofarmaka se dívají jako „na chemické drogy“, na kterých nechtějí být závislí. Ve skutečnosti však přechodem do jiného, méně strukturovaného prostředí u těchto klientů často dochází k přechodnému zhoršení psychického stavu a nutnosti úpravy medikace.

Nemalá část klientů s duální diagnózou má problémy s přijetím duální psychické poruchy a nutnosti dlouhodobého užívání psychofarmak. Je vhodné opakovaně vysvětlovat účinky léků a rizika možného vysazení. Důležitým aspektem je navázat dobrý vztah lékař–klient (pacient), což je možné častějšími kontrolami a motivačními sezeními zvláště na začátku pobytu v doléčovacím centru, kdy klienti ještě nemají pravidelné zaměstnání a mají více času. Díky navázanému dobrému vztahu jsou pak klienti ochotni více konzultovat svoje problémy i mimo domluvené kontroly v rámci krizových intervencí či akceptovat telefonické konzultace iniciované psychiatrem v případě, že se nedostaví na domluvenou schůzku.

Nejčastějším důvodem snížení dávky léků nebo jejich vysazení jsou nežádoucí účinky psychofarmak. Klienti, kteří v době léčby byli bez vztahu a během doléčování si najdou sexuálního partnera, zjistí, že jim psychofarmaka (sedativně působící antipsychotika či některá antidepresiva) neumožňují plnohodnotný sexuální život (mají sníženou sexuální apetenci, nemohou dosáhnout orgasmu). Někdy jsou ochotni se o těchto problémech bavit a pak se dá hledat kompromisní řešení. Pokud ale už jsou ve fázi ambulantního doléčování a dávkování léků jim už nikdo nekontroluje, tak se bohužel stává, že léky kvůli sexuální

dysfunkci bez konzultace s psychiatrem sami vysadí a v důsledku toho po několika týdnech dochází k relapsu psychické poruchy. Možnou prevencí toho je se při kontrolách aktivně doptávat na jejich spokojenost v sexuálním životě a o možných sexuálních dysfunkcích otevřeně mluvit.

Další problematikou, kde klienti s duální diagnózou užívající farmaka můžou být limitováni, je výběr zaměstnání. Při užívání sedativně působících psychofarmak je nutné klienty opakovaně upozorňovat, že by si neměli hledat zaměstnání, v rámci kterých by řídili motorové vozidlo či pracovali na nočních směnách. I bez ohledu na užívání psychofarmak směnný pracovní provoz narušující pravidelný režim spánku a bdění je rizikem pro většinu klientů s duálními diagnózami (poruchami spánku začíná většina psychických poruch a uměle iniciované narušení spánku muže vést k celkové psychické dekompenzaci).

Snižování či postupné vysazení medikace provádíme u klientů dlouhodobě stabilizovaných psychicky i sociálně až v druhé části doléčovacího programu. U klientů, kde máme pochybnosti, zda byla diagnóza psychotického onemocnění s ohledem na krátkou dobu abstinence správná a zda se nejednalo spíše o protrahovanou toxickou psychózu, požadujeme kontrolní psychologické vyšetření. Pokud vyšetření potvrdí naši hypotézu odeznělé toxické psychózy, postupujeme při vysazování antipsychotik velmi opatrně. U klientů s duální diagnózou dávku psychofarmaka opatrně snižujeme na nejnižší možnou udržovací dávku.

Vhodné je vytvořit si krizový plán při zhoršení psychického stavu. Klienti mají mobilní číslo na psychiatra a jsou opakovaně ujišťováni, že při jakémkoli zhoršení psychického stavu je vhodné jej probrat po telefonu. K tomu slouží telefonické konzultace, tzv. asertivní pohovory. Domluvíme se na nejbližší možný termín návštěvy a v rámci krizové intervence – mimořádné

kontroly – se snažíme dávku psychofarmak vhodně upravit. V případě výrazného zhoršení psychického stavu nabízíme sjednání hospitalizace na psychiatrické klinice či v psychiatrické nemocnici. Zhoršení psychického stavu může souviset s lapsem užívání návykové látky. V těchto případech je vhodné zvážit ústavní detoxifikaci.

Sociální práce

Lenka Matonohová

Tak jako ostatní aktivity doléčování i sociální poradenství sleduje změnu, která vede k abstinenci a celkové resocializaci klienta.
Individuální sociální poradenství obsahuje zejména:

podporované zaměstnávání
dluhové poradenství
finanční plánování

Pro uživatele je v nabídce také služba sociální práce a poradenství, která se zaměřuje převážně na tyto oblasti:

- zvýšení zaměstnatelnosti a uplatnění na trhu práce
- hledání vlastního bydlení
- mapování a řešení dluhových závazků včetně právního poradenství
- řešení dalších právních problémů, jako je např. aktuální trestní stíhání, OPP, spolupráce s PMS

- jednání se sociálními úřady
- vyřizování sociálních dávek
- finanční poradenství, hospodaření s penězi, finanční plány
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zdravé volnočasové aktivity
- případně další individuální témata, např. úprava styku s dětmi a péče o ně

Uživatelé mohou toto sociální poradenství využít formou individuálního poradenství.

Pokud se tedy ukáže, resp. když klient přichází i s tématy týkajícími se jeho sociální situace, že pro klienta by mohlo být prospěšné pracovat na okruzích spadajících do kompetence sociálního pracovníka, může toto klientovi terapeut (jako jeho garant a klíčový pracovník) doporučit. Definováním těchto témat se spolupráce se sociálním pracovníkem stává součástí doléčování s cílem stabilizovat klienta v sociálněprávní či pracovní oblasti.
S klienty, kteří přicházejí v tíživé sociálněprávní situaci (nezaměstnanost, dluhy, právní závazky), sociální pracovník zmapuje jejich životní situaci a společně sestaví plán kroků, které povedou k jejímu řešení. S klientem vyplní, případně klient sám dopředu vyplní a pak ho se sociálním pracovníkem pouze doplní, anamnestický dotazník. Klient také po nástupu obdrží pracovní dotazník, zaměřený na dosažené vzdělání, včetně rekvalifikačních a dalších kurzů, předchozí praxi včetně krátkodobých brigád a pracovních zkušeností bez pracovní smlouvy a na očekávané zaměstnání (v jakém oboru, jestli má nějaké požadavky na dojíždění, pracovní dobu, jestli je překážkou práce na směny, noční směny atd.).
Poté, co je s klientem zmapována jeho situace, domlouvají se společně se sociálním pracovníkem na schůzkách a spolupráci, četnost setkávání se může pohybovat v rozmezí jednou týdně, jedenkrát za čtrnáct dní, eventuálně dle potřeby nebo individuální domluvy. Zpočátku je četnost setkávání intenzivnější, postupně se interval setkávání prodlužuje. Pokud

klientovi vznikne nečekaný problém, řeší se situace okamžitě.

Sociální pracovník klientovi poskytuje informace, poradenství a pomáhá mu aktivizovat vlastní schopnosti při řešení jeho problémů. V následné péči má pomoc ze strany sociálních pracovníků spíš podpůrný charakter, aby klienti řešili své problematické situace samostatně. V případě klientů s duální diagnózou je ale častěji na místě asertivní a aktivnější přístup sociálního pracovníka, ať už ve smyslu častějších setkání, v aktivnější komunikaci ze strany pracovníka, nebo poskytování asistence sociálního pracovníka při jednání s úřady, kdy sociální pracovník pomůže klientovi vyjednat a zařídit, co je potřeba. Asistence může probíhat jak osobně, tak např. telefonicky (po předchozí domluvě a souhlasu klienta sociální pracovník jedná s příslušnou úřední osobou). Vždy se ale sociální pracovník snaží co možná nejvíc podpořit klientovy schopnosti vyřídit si své věci samostatně.

Při mapování a řešení sociálních problémů je důležitá strukturalizace práce, protože klienti často řeší víc problémů najednou, mají tendence utíkat od jednoho problému k druhému a tím se v problémech ztrácejí a řešení jsou neefektivní. Významná je také emocionální podpora klienta.

Před přestupem do druhé fáze klient se sociálním pracovníkem reflektují průběh a vývoj spolupráce a životní situace.

Kromě individuálního poradenství probíhá sociální práce i v rámci skupinových aktivit. Ranní komunity, některá témata tematických skupiny PR a v rámci klubů (ukázat zdravé možnosti trávení volného času).

Průběh spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem se stává tématem probíraným v multidisciplinárním týmu.

Rizikové situace a způsob jejich řešení

Když klient hovoří o tom, že nechce užívat léky

S klientem v takové situaci probíráme důvody, které vedou k takovému rozhodnutí. Je dobré prozkoumat pocity stigmatizace nebo nedůvěry a pomoci mu tyto témata otevřít, pomoci mu je uchopit, zpracovat. Častým důvodem mohou být i deklarované nežádoucí účinky, je dobré se opět doptávat na konkrétní obtíže, které klient pozoruje, a podpořit dialog na toto téma s psychiatrem.

Pokud má klient vytvořený dobrý terapeutický vztah a je stabilizovaný jak psychicky, tak ve světě (zaměstnání, zájmy) a sám uvažuje o snižování nebo vysazování léků, je odkázán na psychiatra. Po dohodě s ním je poté možné přistoupit k vysazení, nebo postupnému snižování. Je důležité klienta upozornit a poučit jej o možných psychických výkyvech, které mohou při vysazení léků nastat. Někdy může být užitečné nabídnout častější kontakt s terapeutem nebo psychiatrem, eventuálně možnost spojit se telefonicky.

Při snižování či vysazování léků je třeba mít na zřeteli, že klient by měl být stabilizovaný, mít podpůrné zázemí, měl by být schopný řešit zátěžové situace, klíčový je také dobrý vztah s terapeutem, psychiatrem a dalšími pracovníky DC.

Samovolné vysazení léků

Pokud si klient v rámci doléčovacího programu s chráněným bydlením léky sám vysadí, jedná proti pravidlům programu a dostává napomenutí za porušení těchto pravidel. Situace je s ním reflektována, při častém opakování by klientovi hrozilo až vyloučení z programu. V rámci

ambulantní formy doléčování, pokud je klient svéprávný, má užívání léků přímo ve své kompetenci jejich pravidelné užívání není zavedeno do pravidel spolupráce. Důležité je v obou případech probírat s klientem důvody, které vedly k takovému chování (odpor vůči medikaci, roztržitost, neschopnost organizace času aj.).

Při odporu k medikaci se terapeut zajímá o důvody tohoto odporu, je důležité prozkoumat, zda si klient stěžuje na nežádoucí účinky, nebo jde spíše o pocity méněcennosti a stigmatizace. V prvním případě je odkázán na konzultaci se svým psychiatrem, v druhém případě se jedná spíše o psychologickou rovinu fenoménu. U stabilizovaných klientů by snižování medikace po konzultacích s psychiatrem nemělo nic bránit.

Kamil

Kamil krom diagnózy závislosti měl diagnostikovanou i bipolární poruchu. Po ukončení programu s chráněným bydlením samovolně vysadil léky. Důvodem byl začínající partnerský vztah a Kamilovy obavy z negativního vlivu léků na erekci. Terapeutka Kamila upozornila na rizika jeho počínání (samovolné vysazování léků) a podpořila jej, aby konzultoval vysazení léků se svým psychiatrem a domluvil se s ním na koordinovanějším postupu. Kamil o vysazení léků psychiatra obeznámil až poté, co zjistil, že nedochází k prudkému zhoršení stavu, a vymluvil se na to, že se nemohl dostavit dříve. Kamil docházel dál na skupinu i na individuální terapii, po počátečním výkyvu nálad, které pomohla stabilizovat zejména individuální terapie, medikaci vysadil bez vážnějších potíží. Zhruba půl roku po vysazení léků Kamil zažíval zvýšený stres v práci i v partnerském vztahu (rekonstruovali dům, vymezoval se vůči rodičům a nevlastnímu otci přítelkyně – žili v trojgeneračním domě; dále cítil nejistotu v roli nevlastního otce – zda být spíš kamarád a přítel matky, nebo přejít do otcovské role vůči její dceři ad.).

Kamil začal být vztahovačný zejména v práci a neustále měl dojem, že se o něm v práci negativně baví. Sám po čase emočního napětí a paranoidních prvků v uvažování kontaktoval psychiatra a požádal ho o opětovné nasazení léků v menších dávkách. Dobrý terapeutický vztah, který zároveň pomáhal stabilizovat klienta při emočních obtížích, a respektující přístup podpořil důvěru klienta, na základě které si při zhoršení sám o léky řekl.

Vojtěch

Vojtěch měl diagnostikovanou závislost na pervitinu a paranoidní schizofrenii. V minulosti se mu nepodařilo dokončit léčbu ani v nemocnici, ani v komunitě. Ambivalentní byl i jeho vztah k „doléčováku" a terapeutům. Střídala se u něj období přimknutí, kdy byl otevřený, a období zavrhnutí svého okolí (lidí), kdy se uzavíral. Ačkoli Vojtěch deklaroval, že léky užívá, náznaky ukazovaly, že si dávkuje léky sám (dostal napomenutí za nedodržování dohodnutých pravidel). Zpětně přiznal, že při hledání práce si léky sám snižoval, své terapeutce jako důvod zpětně uvedl, že se po lécích cítil ospalý a bez života. I přesto, že jej terapeutka podporovala v tom, aby si řekl o snížení léků lékaři, a jeho ošetřující psychiatr byl ochotný dávky léků upravit, eventuálně postupně i změnit medikaci pro účely zaměstnání, do kterého nastoupil, Vojtěch s ním o medikaci nekomunikoval, což ukázaly společné intervize pracovníků. Po čase impulzivně ukončil pobyt v chráněném bydlení, našel si podnájem a ani ambulantně v programu pokračovat nechtěl. Přišel až v době krize s akutními psychotickými příznaky, kdy bylo nezbytné zprostředkovat mu hospitalizaci. To se povedlo, jak jsme však po čase zjistili, na reverz léčebnu opustil. V době, kdy k nám Vojtěch nastoupil, jsme neuzavírali individualizované terapeutické kontrakty.

Je možné, že při nástupu, kdy byla Vojtěchova motivace poměrně velká, by fokus a dohoda např. o impulzivním ukončování programu i bydlení, které opakoval v předchozích

léčbách, umožnily Vojtěchovi i nám se více zaměřit na tyto procesy zavržení. Zároveň v době hospitalizace by mohlo být efektivní využít case manažera, který by za ním docházel a pokusil se kontakt udržet, eventuálně spolupráce s terénními týmy.

Využívání služeb po skončení programu

Když klienti ukončí skupinový i individuální program, mohou se dobrovolně účastnit volnočasových klubů, po domluvě s pracovníky využívat po dobu maximálně tří měsíců počítačovou učebnu a využívat možnost doručení pošty do DC. Další kontakty jsou podporovány v neformálním duchu, klienti mohou přijít na návštěvu v otevírací době i bez ohlášení (s rizikem, že na ně nebude mít pracovník neprodleně čas). Zároveň v případě potíží je možné spolupráci obnovit.

Spolupráce s dalšími službami

Terapeutická komunita Sejřek
Terapeutická komunita Bílá Voda – Tao
Psychiatrická nemocnice Bohnice, oddělení duálních diagnóz
Psychiatrická nemocnice Černovice
Psychiatrická nemocnice Nechanice
Psychiatrická nemocnice Jihlava
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice
Sdružení Práh – Terénní tým, Chráněné bydlení, Diakonie Brno – Chráněné bydlení Ovečka, Terapeutická komunita Trend, Svépomocné skupiny Slyšení Hlasů.