

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí**

Diplomová práce

<b>Autor:</b>	Gabriela Dobiášová
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Pavel Vácha
<b>Datum odevzdání práce:</b>	23.4. 2007

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí**“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 23.4. 2007

.....  
Gabriela Dobiášová

### **Poděkování**

Děkuji Mgr. Pavlu Váchovi za poskytnutí cenných konzultací i písemných materiálů vedoucích k vypracování této diplomové práce. Za ochotu při realizaci výzkumu děkuji zúčastněným terapeutům, pacientům a klientům.

## OBSAH:

	ÚVOD.....	str.8
<b>1</b>	<b>SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>str.9</b>
	1.1 Vybrané teorie vzniku drogové závislosti.....	str.10
	1.1.1 Dimenze biologická .....	str.10
	1.1.2 Dimenze psychologická.....	str.11
	1.1.3 Dimenze sociální.....	str.11
	1.1.4 Dimenze existenciální (spirituální).....	str.12
	1.2 Bio-psycho-sociální model léčby.....	str.13
	1.3 Rozdělení drog .....	str.14
	1.3.1 Alkohol .....	str.15
	1.3.2 Tabák a závislost na tabáku.....	str.17
	1.3.3 Opioidy a opiáty.....	str.19
	1.3.4 Stimulancia.....	str.21
	1.3.5 Halucinogenní drogy.....	str.24
	1.3.6. Konopné drogy.....	str.26
	1.3.7 Analgetika, sedativa a trankvilizéry.....	str.28
	1.3.8 Těkavé látky.....	str.30
	1.3.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“.....	str.32
	1.4 Drogy a legislativa ČR.....	str.33
	1.4.1 Trestné činy v oblasti drog.....	str.36
	1.4.2 Protidrogová politika.....	str.37
	1.5 Prevence.....	str.38
	1.5.1 Primární prevence.....	str.38
	1.5.2 Sekundární prevence.....	str.40
	1.5.3 Terciární prevence.....	str.41
	1.6 Systém záchytu, léčby a doléčení drogově závislých.....	str.42
	1.6.1 Terénní programy.....	str.42
	1.6.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	str.44

	1.6.3	<i>Lékařská ambulantní péče o závislé.....</i>	<i>str.46</i>
	1.6.4	<i>Denní stacionář.....</i>	<i>str.48</i>
	1.6.5	<i>Detoxifikační jednotky.....</i>	<i>str.49</i>
	1.6.6	<i>Střednědobá ústavní léčba.....</i>	<i>str.51</i>
	1.6.7	<i>Terapeutická komunita.....</i>	<i>str.53</i>
	1.6.8	<i>Následná péče.....</i>	<i>str.55</i>
1.7		<i>Psychoterapeutické přístupy.....</i>	<i>str.57</i>
	1.7.1	<i>Individuální psychoterapie.....</i>	<i>str.58</i>
	1.7.2	<i>Skupinová psychoterapie.....</i>	<i>str.59</i>
	1.7.3	<i>Svépomocné programy.....</i>	<i>str.60</i>
	1.7.4	<i>Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie.....</i>	<i>str.61</i>
	1.7.5	<i>Kognitivně - behaviorální terapie.....</i>	<i>str.62</i>
	1.7.6	<i>Dynamická terapie.....</i>	<i>str.64</i>
	1.7.7	<i>Rodinná terapie.....</i>	<i>str.65</i>
	1.7.8	<i>Hagioterapie.....</i>	<i>str.68</i>
	1.7.9	<i>Apolinářský (Skálův) model.....</i>	<i>str.69</i>
	1.7.10	<i>Socioterapie.....</i>	<i>str.70</i>
	1.7.11	<i>Arteterapie.....</i>	<i>str.71</i>
	1.7.12	<i>Muzikoterapie.....</i>	<i>str.72</i>
	1.7.13	<i>Poetoterapie.....</i>	<i>str.72</i>
	1.7.14	<i>Psychodrama.....</i>	<i>str.72</i>
	1.7.15	<i>Gestalt terapie.....</i>	<i>str.73</i>
	1.7.16	<i>Strategická terapie.....</i>	<i>str.73</i>
1.8		<i>Integrace psychoterapie a farmakoterapie.....</i>	<i>str.74</i>
2		<b>CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<i>str.76</i>
3		<b>METODIKA.....</b>	<i>str.76</i>
4		<b>VÝSLEDKY.....</b>	<i>str.80</i>
5		<b>DISKUSE.....</b>	<i>str.99</i>
6		<b>ZÁVĚR.....</b>	<i>str.104</i>
7		<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<i>str.108</i>

<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>str.113</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>str.114</b>

## Úvod

Fenomén drogové závislosti je jedna z nejproblematictějších otázek současnosti. Drogy se stávají čím dál větší hrozbou nejen pro mládež, ale dokonce i pro děti. Jistě je to způsobeno mnoha spolu souvisejícími faktory, jmenuji tedy alespoň některé z nich. Nuda, pocit osamělosti, zvědavost, citová nevyrovnanost a další společenská nedostatečná seberealizace spočívá zřejmě v konzumním způsobu života naší společnosti. Velkou roli hraje také nedostatek sebekázně jedince, který je daný již geneticky a navíc zesílený případným patologickým vlivem rodiny v důsledku nesprávného výchovného přístupu.

Boj s drogou leckdy připomíná boj s neporazitelným nepřítelem. Může se zdát, že je zbytečné na tento boj vynakládat jakékoli úsilí, ale myslím si, že lhostejný přístup k této otázce není správný. I jediný pozitivně zakončený zápas s nebezpečím zvaným droga má smysl si brát jako příklad a věřit v šťastné konce všech drogově závislých dospělých lidí, mladistvých i dětí.

Ve své práci se zaměřuji mimo jiné hlavně na úspěšnost jednotlivých variant psychoterapeutických přístupů v léčbě drogové závislosti jakožto stěžejního bodu práce s klientem. Upřednostňuji zkoumání léčby závislosti na nealkoholových drogách, jelikož o tématu alkoholu, jeho zneužívání, léčby apod. již bylo napsáno velké množství publikací.

Podstata řešení závislosti na drogách, celkové pojetí této závislosti a nalezení vhodného léčebného přístupu je často předmětem matoucích a rozporuplných výkladů. Léčba dané závislosti bývá dlouhodobý a složitý proces. Vyžaduje kvalitní posouzení stavu problému, určitý čas, stejně jako nalezení vhodného léčebného programu či terapeuta a odpovídající terapeutický směr. Léčba drogové závislosti zahrnuje nejen samotnou psychoterapeutickou složku, ale i farmakoterapii, poradenství, dále pak aktivní spolupráci s ostatními zúčastněnými osobami, subjekty a podstatu vhodné aplikace psychoterapeutické techniky.

## 1 Současný stav

Drogy se dají definovat jako omamné látky, které mění stav člověka různými způsoby. Získávají se buď z rostlin nebo chemickou syntézou. Člověk si může vypěstovat návyk buď psychický nebo fyzický a stává se z něho toxikoman. Světová zdravotní organizace definuje pojem toxikoman jako každou oběť fyzické či psychické závislosti (nebo obou těchto závislostí zároveň). Problém drog je starý jako lidstvo samo. Odkazy na drogy nacházíme ve starém zákoně i starších náboženských textech. Drogy, ať už legální či nelegální, už od počátku věků způsobují lidstvu problémy (41).

Abúzus drog není jev izolovaný, ale úzce souvisí s psychosociální problematikou. Na prvním místě je třeba zkoumat příčiny a podmínky, ze kterých se zneužívání drog vyvíjí. Mezi obecně uznávané konstanty ovlivňující existenci a rozšiřování abúzu drog ve společnosti, konkrétně pak mezi mládeží, jsou řazeny zejména negativní jevy v rodině, ve škole, nevhodný způsob využívání volného času, problémy spojené se zaměstnáváním mládeže, neúčinná mravní, etická a právní výchova, snadná dostupnost, resp. nedostatečně potlačovaná nabídka drog ve společnosti, oslabená sociální kontrola až lhostejnost, nedostatečná trestně právní ochrana mládeže a malá účinnost uplatňovaných sankčních a preventivních opatření.

Proto je abúzus drog často chápán jako projev generačního protestu související s odmítáním autorit, nebo jako porucha socializace jedince, která je výsledkem působení blízkého závadového sociálního prostředí. V kontextu příčin vzniku užívání drog má svou roli také větší vnímavost, resp. osobní dispozice jedince. Vznik drogové závislosti je většinou dlouhodobý a složitý proces, v němž se uplatňuje řada faktorů. Dnes se nejčastěji jako hlavní příčina vzniku abúzu drog uvádí tzv. multifaktoriální podmíněnost, zahrnující patogenní faktory ze sféry biologické, psychologické a sociální (36).



## **1.1 Vybrané teorie vzniku drogové závislosti**

Drogová závislost vychází z principu bio-psycho-sociálněexistenciálního (spirituálního) modelu závislosti. Zde se objevuje interakce biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Nejedná se tedy o čistě zdravotní či jiný model odtrženě. Zjednodušeně lze vidět vývoj člověka jako cestu od naprosté závislosti na druhých (kojenec) k vyváženému poměru mezi samostatností a vzájemnému využívání potenciálu dvou či více lidí (zralá schopnost vytvářet a udržovat vztahy s druhými). V adolescenci, kdy vrcholí drama dospívání a kdy dominuje téma separace a individuace, je mladý člověk vystaven zatěžkávací zkoušce zralosti dosud vybudované osobnosti (42).

Užívání drog je cesta, kterou chce člověk zmírnit psychickou bolest či prázdnotu, eliminovat projevy určité vztahové či osobnostní krize. Vyplývá také ze snahy vyhnout se důsledkům vlastního jednání a prožívání. Aktuální prožitek krize může vést k jednorázovému užití nebo v horším případě k pravidelnému užívání drog, které po čase vyústí v krizi. Závislý člověk však svůj vnitřní konflikt neprožívá, vlastní životní krizi tím pádem nevnímá a nepřiznává a vědomě či nevědomě dělá mnoho pro to, aby se vyhnul střetnutí s vlastní minulostí, současností i budoucností. V tom mu pomáhají různorodé účinky chemických látek, které užívá, životní styl, který vede, ostatní závislí a jeho přesvědčení či ideologie, kterou zastává (45).

### **1.1.1 Dimenze biologická**

Výzkumy se podařilo identifikovat důležité neuromodulátory, neurotransmitery a neurohormony. Do značné míry byly prozkoumávány procesy neurotransmisí informací účastníci se na presynaptické a postsynaptické úrovni. Drogy zde provádějí hluboké změny. Jednotlivé typy drog navozují různorodé změny kognitivních funkcí, afektů a chování. Je zajímavé sledovat polaritu těchto jevů v době intoxikace a porovnávat ji se stavem následné či bezprostřední abstinence a to i v souvislosti s

dlouhodobým užíváním. Velkým nebezpečím je objevení náhlé kognitivní patologie ve formě halucinací, iluzí, které způsobují obtíže ještě větší (42).

### ***1.1.2 Dimenze psychologická***

Biologické změny v chemismu mozku a procesech se sdružují s dalšími poruchami nálady a emocí. Negativní psychologické důsledky drogové závislosti zahrnují často nízké sebehodnocení, zlost, grandiozitu a mimo jiné i zášť vůči ostatním. Obranné mechanismy se projevují jako popření, racionalizace, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům, včetně odporu ke zpětné vazbě od jiných lidí. Dalšími důsledky mohou být hostilita, výrazná sebelítost a přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, nízká frustrační tolerance včetně různých obav. Tento negativní soubor důsledků užívání drog není tak důležitý jako negativní řetězce, do kterých se důsledky mohou spojovat a které paradoxně udržují vzorce nadměrného užívání drog, ze kterých vznikly. Tím provokují chování klienta k dalšímu vyhledávání a konzumaci drog, čímž obtíže a vlastní závislost vzrůstají a dochází k podstatnému zvyšování tolerance drogy (26).

### ***1.1.3 Dimenze sociální***

Osoby drogově závislé se musí potýkat s narůstajícími sociálními problémy. Nejprve trpí systém blízkých osobních vztahů, které podporují a posilňují zdravý vývoj a fungování. Manželství a vztahy osob drogově závislých jsou často narušovány frustrací, zlostí ústící v nenávisť, strachem, zklamaným očekáváním, pocity viny, lítostí, depresemi a pronikavými pocity beznaděje a bezmoci. Tento intenzivní emocionální stres a nespokojenost jsou charakteristické pro většinu vztahů závislých osob a také často vedou k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila a ve které postižení hledají úlevu (42).

Dalším z důsledků je ztráta dovedností potřebných k pojmenování problémů ve vztazích, k řešení manželských konfliktů a k udržení intimních vztahů. Nově naučenou strategií v řešení nespokojenosti ze vztahových problémů konzumace drog. Sami klienti

v mnoha situacích uvádějí, že "droga nepomůže, ale napoví..." či že hledají klid pro "odpočinek". Rovněž partneři závislých se naučili používat maladaptivní strategie. Často mají potřebu kontrolovat nekontrolovatelnou situaci, což se projevuje reagováním na závislé chování partnera v průběhu jeho intoxikace, což obvykle situaci ještě zhoršuje. Partneři, partnerky závislých lidí nejsou jedinými blízkými, kteří jsou do zmatků závislosti vtaženi.

Tato situace se odráží i na dětech, které reagují na stres, nespokojenost, konflikty a emoční bouře. Ty mohou způsobit řadu citových a sociálních problémů, včetně nadměrného strachu, předvádění se doma i ve společnosti, problémů ve škole a obtíží s učením, rvaček, delikvence, předčasných sexuálních zkušeností, nedostatku sebevědomí a vlastním problémem s drogami. Tyto problémy přinášejí do rodiny další stres a poruchy do již tak přetíženého rodinného svazku. To bohužel evokuje další požívání drog, kterým špatné fungování rodiny narůstá, a které znesnadňuje snahy o řešení. Nezbytnou součástí primární léčby by tady zjevně měla být některá z forem rodinné terapie, která v moderních léčebných programech zaujímá ústřední místo **(12)**.

Tyto problémy však nejsou jedinými sociálními důsledky. Samozřejmě, že užívání drog přímo souvisí s potížemi v zaměstnání, finančními problémy, rozpory se zákonem, narušením či rozbitím přátelství, zadržením a uvězněním, odmítání společností a jiné formy sociální stigmatizace, pokles sociálního statutu, problémy s přijetím identity a sociálních rolí, ztráta společenského postavení.

Je zřejmé, že bez léčby a intervence není možné tuto sestupnou spirálu závislosti zvrátit. Ačkoliv se objevují případy, kdy se i hluboce závislým podařilo změnit svůj život bez intervence a léčby, u většiny osob, jejichž onemocnění zchronifikovalo, se tak nestává **(42)**.

#### ***1.1.4 Dimenze existenciální (spirituální)***

V této části se zabývám duchovním vývojem člověka. Užíváním drog se klient dostává do velmi intenzivních pocitů odcizení, izolace a prázdnoty, včetně ztráty smyslu a účelu života. Morální hodnoty se mohou zkomplikovat nevyočitatelným chováním,

nutkáním a motivací k intoxikaci. V této souvislosti se dají klienti přirovnat k "lodi bez kormidelníka". Nic mimo drogy nemůže naplnit klientovu prázdnotu. Prostřednictvím drogy nahrazují svá "strádání", přičemž toto řešení je vždy krátkodobé a krátce po něm následuje ještě větší stres, kterým se klienti nezabývají, vzhledem k tomu, že tuto nově vzniklou situaci opětovně řeší aplikací drogy. Tím vzniká okamžitá úleva, která ve svém důsledku vede k tomu, že se rozhodují a jednají v rozporu se svými zájmy a mnohdy i přesvědčením (42).

## ***1.2 Bio-psycho-sociální model léčby***

Bio-psycho-sociální model léčby drogových závislostí je již známý několik desetiletí, promítá se jak do medicínské léčby, tak do psychiatrie. Oblast léčby a sociální rehabilitace osob trpících závislostí představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Některé lze vzájemně kombinovat, jiné nikoli. Často jde jen s velkými obtížemi rozeznávat a odlišovat, které z nich jsou pro určitou indikovanou skupinu vhodnější a efektivnější, a které méně. Zásadním východiskem však zůstává skutečnost, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách (17).

Nestačí tedy například v detoxifikačním programu vycházet z nejmodernějších poznatků farmakoterapie a zapomínat, že bez vhodné podpůrné a motivační psychoterapie nebude mít výsledek programu velkou šanci na úspěch. Stejně tak jako sebelepší psychoterapeutická intervence není k ničemu, když se nebudeme zajímat o to, zda našemu klientovi současně nehnisají pod košilí žíly, nebo zda se nenachází v pokročilém stadiu rozvoje infekčního onemocnění. A podobně je tomu také se sociální prací, která dnes směrem ke klientovi představuje mnohem širší a bohatší spektrum činnosti, než bylo a bývá doposud využíváno (28).

Plně respektovaný bio-psycho-sociální přístup ke klientovi a vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou každého dobře fungujícího a efektivního programu. Tato provázanost je však realizovatelná pouze prostřednictvím týmové práce se zastoupením profesionálů různých oborů. Týmová práce je založena na principech

pluralita názorů a jejich vzájemné konfrontace, spojené s principem určité míry rovnocennosti přístupů. Model týmové práce vycházející z mezioborového přístupu, založený právě na principu názorové plurality nebyl před rokem 1989 vůbec obvyklý. Teprve v 90. letech minulého století jsme byli svědky rozvoje sítě nestátních zařízení a postupných přeměn v celém systému poskytování služeb a péče. Vyřešeny byly také uspokojivě otázky kompetencí, práv a povinností a v důsledku samotná zodpovědnost jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, ale také i podstata toho, zda je významnější či v jakém poměru má být zastoupena biologická terapie, psychoterapie, socioterapie a sociální práce nebo výchovné působení (17).

### ***1.3 Rozdělení drog***

Existuje řada systémů dělení psychotropních látek. Společensky nejužívanější dělení je na drogy zákonné (legální) a nezákonné (ilegální). Alkohol společně s tabákem jsou v České republice stejně jako v ostatních státech nejčastěji užívanou legální drogou. Prevalence kouření v české populaci je vysoká, a to jak mezi dospělými, tak i mezi dětmi a mládeží. Obdobně varující je prevalence nadměrného pití alkoholu, v úrovni celkové spotřeby alkoholu na osobu a rok. U dětí a dospívajících zvyšuje kouření a pití alkoholu riziko problémů s užíváním jiných návykových látek (48).

Užívání a především nadměrné užívání drog, ať už u nás pojatých jako legální (tabák, alkohol, léky) nebo ilegální (heroin, kokain, pervitin, marihuana a hašiš, extáze apod.), představuje pro jednotlivce, komunity i regiony řadu výrazných rizik – zdravotních, sociálních, ekonomických či trestně právních.

Avšak obtíž, s níž je nutno se v tomto případě vyrovnat, představuje sám problematický, časově a prostorově nestálý koncept „nelegality“ psychoaktivních látek.

Užívání a/nebo držení některých z nich je celosvětově zakázáno a trestné, jiné látky jsou ilegální jen v některých zemích. Alkohol je nezákonný v některých islámských zemích, naopak marihuana a další konopné látky jsou dekriminlizovány ve Švýcarsku (které se dekriminlizací „aktů těsně předcházejících užití“ a „obchodu v malých množstvích mezi dospělými“ chystá marihuanu a hašiš de facto legalizovat),

Belgii, Nizozemí a některých státech Australského společenství. Heroin byl do roku 1919 volně prodáván a užíván v Evropě i USA, Spojené státy americké v období 1919-1932 postavily mimo zákon alkohol. Naopak některá analoga amfetaminových drog nejsou zákonnými předpisy nijak regulovány. Látky, velmi příbuzné našemu pervitinu, jsou složkou řady preskripčních a dokonce i volně dostupných léčiv. Celosvětově legální jsou rozpouštědla, ale i benzín a plynové náplně do zapalovačů, které v českých poměrech představují značné nebezpečí pro děti a nejmladší dospívající především v sociálně deprivovaných oblastech a mezi příslušníky marginalizovaných menšin (47).

Problémy spojenými s užíváním návykových látek se zabývá protidrogová politika. Protidrogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (mezzo) a individuální (mikro) úrovni jejímž cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat (22).

Podkladem pro kvalifikovaná rozhodnutí v protidrogové politice, pro plánování intervencí a vyhodnocování jejich úspěšnosti je drogová epidemiologie. Drogová epidemiologie se zabývá rozšířením různých typů užívání drog v populaci, jeho příčinami a důsledky, vztahy mezi rozšířením užívání a zneužívání drog a zdravotními následky a efektivitou léčebných, zákonných a dalších intervencí, podnikaných s cílem snížit rozsah (zne)užívání drog a souvisejících škod (47).

### ***1.3.1 Alkohol***

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů – buďto jednoduchých cukrů, obsažených v ovoci (nejčastěji plody vinné révy) nebo polysacharidů z obilných zrn nebo brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Alkoholy tvoří celou skupinu látek, z nichž etylalkohol, druhý nejjednodušší, převzal jako nejznámější jméno celé skupiny. Při nedokonalých chemických procesech (např. domácí výrobě destilátů) vzniká směs etylalkoholu s nejnižším alkoholem, metylalkoholem (metanol), který je silným nervovým jedem se selektivním působením

na oční nerv – působí oslepnutí a vede k metabolickému rozvratu vyvoláním acidózy. Charakteristiku nervového jedu a schopnost vyvolat acidózu má i etylalkohol, i když v nižší míře.

Etylalkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací – někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou též zprávy o léčebném využívání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky požívání alkoholu. Nadměrná konzumace alkoholu bývá označována jako „alkoholismus“ (3).

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje „dispozičně - expoziční model“. Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti (17).

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti – akutní amnézie, při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem (27).

Stadia opilosti:

Excitační – po menších dávkách působí alkohol oslabení opatrnosti, hovornost, tendenci se prosazovat, někdy slovní i fyzickou agresi

Somnolentní – útlum, spavost

Komatózní – stav bezvědomí

Asfyktické – dušení vlivem zástavy dechového centra v prodloužené míše (26).

Pro vývoj tolerance na alkoholu je typické, že s rozvojem závislosti dochází zpočátku k jejímu zvyšování. Závislá osoba je schopna denně konzumovat značné

množství alkoholu aniž by se chovala nápadně, takže ani nepůsobí dojmem opilého člověka. Postupně však dochází naopak k výraznému snížení schopnosti rychle a účinně metabolizovat alkohol – snížení tolerance, při kterém i malé množství vypitého alkoholu vyvolá u postiženého příznaky těžké opilosti. To je zvláště nápadné v kontrastu s množstvím alkoholu konzumovaným v minulosti. Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, které postihuje pacienta kromě oblasti zdravotní postupně též v dalších důležitých oblastech jeho života. Pokud není závislý pacient adekvátně léčen, jeví onemocnění sklon k progresi, v terminálním stádiu může dojít k deprivaci s nutností trvalého umístění v psychiatrickém zařízení. Naopak při úspěšné léčbě dochází k úzdavě (17).

U léčby osob s anamnézou dlouhodobého a intenzivního abusu (zneužívání) alkoholu využíváme různé postupy. Od krátké intervence (spočívá v doporučení nepít alkohol, posilování motivace, sebemonitorování, terapeutickém kontaktu a navedení na účast ve svépomocné organizaci), která však většinou nebývá postačující, se klient dostane k následné specializované léčbě. Zvláště užitečná bývá rodinná nebo manželská terapie, psychoterapie, terapeutické kluby, Anonymní alkoholici a některé další kognitivně behaviorální postupy (48).

### ***1.3.2 Tabák a závislost na tabáku***

Jedinou návykovou látkou ze 4-5 tisíc složek tabákového kouře je toxický rostlinný alkaloid nikotin. Jedná se o bezbarvou tekutinu bez zápachu. Smrtelná dávka pro člověka je kolem 80 mg, poměrně rychle vzniká tolerance. Závislost na tabáku začíná závislostí psychosociální (psychická – naučená potřeba určité činnosti v určité situaci, sociální – totéž v určité společnosti). Po určité době, která je individuální a záleží na geneticky získané podobě receptorů v mozku, vzniká také fyzická drogová závislost, tedy závislost na nikotinu (asi 60 – 70 % kuřáků) (17).

Tabák pěstovali již Indiáni, kouřili jej ale jen rituálně z dýmky, „nešlukovali“ jej, takže pro ně významné zdravotní riziko neznamenal. Z kouře dýmky a doutníku se na rozdíl od kouře z cigarety nikotin vstřebává v ústní dutině: rozdíl je v pH tabákového



kouře. Nikotin potřebuje ke vstřebání pH lehce zásadité a takový je kouř z dýmek a doutníků. Kouř z cigaret je však lehce kyselý a proto kuřák cigarety musí vtáhnout kouř až do plic, aby se mohl nikotin vstřebat. Do Evropy přivezli tabák dva námořníci na lodích Kryštofa Kolumba roku 1492. Dnes je tabák rozšířen prakticky po celé planetě (48).

Jako způsob aplikace tabáku v České republice známe v zásadě dvě následující formy: bezdýmý tabák nebo tabák, který hoří. Bezdýmý tabák můžeme dále rozdělit na šňupací (aplikace vdechem do nosních dutin) a orální (aplikace do úst). Orální tabák je jednak tabák žvýkací, tedy listy tabáku, které se vkládají do úst a žvýkají (oblíbená forma zejména u horníků, kteří bývají závislí na nikotinu, ale během směny nemohou kvůli metanu kouřit) a „moist snuff“, doslova „vlhký šňupec“, což jsou papírové pytlíčky s tabákem podobné čajovým, které se vkládají do úst, kde se z nich uvolňuje nikotin, bohužel také spolu s dalšími chemikáliemi. Tabák, který hoří, známe především ve formě doutníku, dýmky nebo cigarety (17).

I když jedinou návykovou látkou v tabáku je nikotin, není to jediná škodlivina, např. dehty v tabákovém kouři podstatně zvyšují riziko zhoubných nádorů. Tabák také patří k tzv. průchozím drogám, zvyšuje riziko problémů s jinými návykovými látkami. Jako zásadní projevy intoxikace tabákem pozorujeme typický zápach z úst, bledost, studený pot, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy či špatnou náladu. Dlouhodobější rizika spočívají v poklesu tělesné výkonnosti, bolesti žaludku, rychlejšímu stárnutí pleti obličeje. Kouření podstatně zvyšuje riziko zhoubných nádorů, v celosvětovém měřítku působí 30 % rakovin. Dále je častou příčinou impotence u mužů středního věku, nese s sebou riziko poškození plodu u těhotných žen, onemocnění dýchacích cest, rozedmu plic, astma, nemoci cév dolních končetin, pronikavě zvyšuje riziko srdečních onemocnění. Kouření je nejzávažnější příčina smrti, které se dá předejít. Nejen samotný kuřák, ale i jeho okolí je ohroženo a to ve formě pasivního kouření (29).

Česká republika v roce 2003 přistoupila k Rámcové úmluvě o kontrole tabáku (WHO). Hlavním cílem je „ochraňovat současné i budoucí generace před zhoubnými zdravotními, sociálními a ekonomickými následky užívání tabáku a expozice tabákovému kouři“. Podpisem úmluvy se ČR zavázala podporovat veškerá opatření

kontroly tabáku, která budou směřovat ke snižování výskytu kuřáctví a vystavování nekuřáků tabákovému kouři.(48).

### ***1.3.3 Opioidy a opiáty***

Opioidy ovlivňují (farmakologicky působí) organismus prostřednictvím opioidních receptorů, v lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika). Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu.. Morfin je nejdůležitější účinnou látkou opia a referenční látkou, ke které se vztahuje účinek ostatních opioidů.. Opioidy potlačují percepční a lokalizační i psychickou a emocionální složku bolesti, působí euforii a zklidnění až ospalost.. Mají vysoký potenciál pro vznik závislosti somatického typu, závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo nejpozději několika měsících užívání. Její psychická složka se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním, neovladatelným dychtěním po droze, vzestupem tolerance. Dlouhodobí uživatelé se dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele (17).

Hlavními příznaky odvykacího stavu jsou zrcadlové účinky opiátů. Projevují se bolestí břicha, průjmy, dále neklidem, nespavostí. V horším případě je reakce bouřlivá – pocení, zvýšená teplota, slzení, mydriasa, pokles krevního tlaku, dehydratace, která může skončit kolapsem a smrtí. Léčbu rozlišujeme na vedoucí k abstinenci, popř. substituční (metadonem, buprenorfinem), která vede ke stabilizaci dlouhodobých uživatelů. Nejznámějšími opioidními drogami jsou heroin a braun (28).

#### **▪ Heroin**

Heroin (háčko, herák, héro, eidž, smetí, horse, kůň) byl syntetizován v roce 1874, v roce 1898 jej začala německá firma Bayer prodávat pod jménem heroisch, což znamená „silný“. Po léta byl považován za účinný lék pro závislost na morfinu, zpočátku bylo dokonce přesvědčení, že na něm nevzniká závislost. Heroin patří mezi polysyntetické deriváty morfinu, obohacení chemické struktury morfinu má za následek silnější „nájezd“, čili orgastický pocit typický na začátku intoxikace, v anglosaské

literatuře tzv. „flash“. Zdrojovou látkou pro výrobu heroinu bývá morfin nebo přímo opium.

Do roku 1994 se heroin v ČR vyskytoval jen sporadicky, potom jeho užívání rapidně vzrostlo, poměr mezi uživateli heroinu a pervitinu v léčebných zařízeních je v současné době až 3:1. Způsob užití je od šňupání, kouření, inhalace z aluminiové folie až po nitrožilní aplikaci, na kterou narkomani přechází právě v případě heroinu velmi rychle. Dávky rychle stoupají od počáteční cca 100mg až po 1 i více gramů na den, existuje jen malé rozpětí mezi dávkou, která vyvolá intoxikaci a dávkou, která je smrtelná, při stoupající toleranci se toto rozpětí paradoxně ještě zužuje. Snadno tedy dojde k předávkování (16).

Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou z nitrožilního užívání (HIV, viry hepatitid) a z předávkování.

#### ▪ **Braun**

Braun je směs derivátů kodeinu, patří též mezi polysyntetické opioidy, strukturálně mezi fenantrenové alkaloidy. Braun je specificky česká droga, vyrábí se v domácích laboratořích, výsledný produkt je tinktura hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Braun má nižší potenciál pro závislost než heroin. Jinak však účinky a důsledky užívání jsou obdobné jako u heroinu a opioidů obecně. Ve 2. polovině 90. let byl braun z české drogové scény prakticky zcela vytěsněn heroinem, dostává se ke slovu jako náhradní droga při výkyvech heroinového trhu (17).

#### ▪ **Metadon**

Metadon patří mezi syntetické opioidy, chemicky není odvozen od morfinu. Díky pomalému nástupu účinku doprovázenému jen minimálním pocitem euforiemi nižší potenciál závislosti než heroin. Aplikace je nejčastěji ústně, v cizině nitrožilně. Metadon se vyrábí pouze legálně, pro medicínské účely (substituční léčba závislých na

opioidech), prosakuje však na nelegální trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga pro účely abstinčních pokusů (26).

#### **1.3.4 Stimulancia**

Psychostimulancia jsou látky s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain. Psychostimulancia povšechně zvyšují psychomotorické tempo a vigilitu, urychlují myšlení, zvyšují nabídku asociací a výbavnost paměti (ovšem na úkor přesnosti). Zkracují spánek, zahánějí únavu, vyvolávají euforii a pocit duševní i tělesné síly a energie, v neposlední řadě pak snižují chuť k jídlu. Někdy však také mohou vyvolat úzkost, agresivitu a přecenění hranic psychosomatických možností. Somaticky způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. dojezd, stav podobný „kocovině“. Znamená celkové vyčerpání, únava, bolest kloubů. Po častém užití po sobě není výjimečný ani několikadenní spánek přerušovaný krátkodobými epizodami bdění s „vlčím“ hladem a konzumací ohromného množství potravy (28).

Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, „pouze“ závislost psychickou, která se vyznačuje především cravingem (dychtěním po látce, resp. po jejím účinku). Je však důležité si uvědomit, že psychická závislost je v zásadě vážnějším následkem než závislost fyzická, protože fyzické závislosti je možno se zbavit relativně rychle krátkodobým pobytem na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem dlouhé léčby, handicapuje uživatele při jakémkoli dalším užití látky, a to i z terapeutických důvodů.

Dlouhodobé užívání psychostimulancií může vést k toxické psychóze. Může ji vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Stav se většinou objevuje pod obrazem paranoidně-halucinatorního syndromu „stíha“. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovostí, pokračují domněnky, že chce dotyčnému někdo ublížit, zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci, po léčbě odezní bez následků a rezidua (16).

### ▪ **Kokain**

Kokain (koks, sníh, coke) je alkaloid jihoamerického keře Koka pravá. Výchozí látkou pro syntézu je aminokyselina arginin. Chemicky byl kokain izolován roku 1859, jeho účinky pro medicínu objevil Sigmund Freud. V roce 1878 se začalo léčení morfinistů kokainem a tím se přispělo k rozšíření kokainismu. Zneužívání kokainu postihuje epidemicky především USA a Kanadu, rostoucí problém představuje ve Velké Británii, kontinentální Evropa s výjimkou Holandska není zatím příliš zasažena. Znamky zvýšeného užívání v ČR jsou spíše ve finančně privilegovaných skupinách (17).

Užívání kokainu je nejčastější šňupáním, injekční aplikace je méně častá a tradiční žvýkání kokových listů se v našich podmínkách nevyskytuje vůbec. Mechanismus účinku je podobný jako u jiných stimulancií, rychlost nástupu závisí na formě podání. Nástup účinku se tělesně projeví vzestupem krevního tlaku, zrychlením pulsu, mydriadou, pocením, bledostí a nevolností. Pocity při prvním užití mohou být nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení), teprve opakovaná aplikace vede k pocitům euforie. Kokainista je veselý, družný, má příjemné halucinace, dostaví se touha po pohybu, zvýšený výkon. Nápadné jsou poruchy chování, zmizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede u žen k nymfomanickému chování a u mužů sice vzrůstá apetence, ale klesá potence. Kokain je silné anorektikum, organismus uživatele brzy trpí podvýživou.

Kokain nevyvolává somatickou závislost, o to mocnější je ale závislost psychická. Užívání kokainu představuje ohromnou zátěž pro kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Dlouhodobé šňupání vede k poškození nosní sliznic, časté jsou nekrózy v oblasti nosu, postižení či ztráta čichu je pravidlem. Postupně se objevují stavy úzkosti, panické ataky a toxické psychózy. Typické bývají tělové halucinace (napadení hmyzem) a pocity sledování, které mohou vést až k agresivitě či suicidii. Toxická psychóza po vysazení drogy odeznívá, stává se však, že u disponovaných osob může přetrvávat (26).

#### ▪ *Pervitin a skupina budivých aminů*

Pervitin (perník, pěčko, piko, peří) patří mezi budivé aminy. Ty byly objeveny a připraveny k použití poměrně pozdě, první zástupce – amfetamin – byl syntetizován až v roce 1887. Jeho působení bylo prozkoumáno až počátkem 20. stol. A ještě v roce 1939 byl návyk považován za vyloučený. Za necelý rok však popsali zneužívání amfetaminu v USA. Skupina budivých aminů má stovky zástupců, vedle amfetaminu a metamfetaminu (pervitinu) je to např. MDMA (extáze), a také bohatou historii jako léky proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu nebo také jako látky zneužívané armádou pro vyšší výkon bojových jednotek.

Ve světě nejrozšířenější droga této skupiny je amfetamin. Má obdobné, avšak o něco slabší účinky než v České republice dominující pervitin. Čistý pervitin má formu bílého prášku, bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zabarven do žluta či fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě neboli „varu“. Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor. Výrobce - „vařič“ musí mít znalosti na úrovni chemické průmyslovky, protože nedokonalým varem může syntéza skončit ve fázi meziprojektu, což zvyšuje riziko pro uživatele (17).

Z nelegálních drog s vysokým potenciálem závislosti je pervitin v ČR nejrozšířenější, z českého trhu proniká pervitin na západ pod názvem „čekko“. Aplikuje se ústy, šňupáním, nitrožilně (nejčastější). Pervitin urychluje psychomotorické tempo, vede k euforii, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství, způsobuje motorický neklid – typická je tzv. „vykroucenost“. Zvyšuje krevní tlak i tep, stoupá dechová frekvence, dalším příznakem je mydriasa, zvýšená pohotovost ke křečím, ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím všech sil až do úplného vyčerpání. Časté je samoléčení toxických psychóz heroinem, což vede k závislosti na heroinu se všemi důsledky. Sociální konsekvence (sociální dezintegrace, kriminalita, prostituce) bývají stejné jako u heroinistů. Možnost vyléčení ze závislosti na pervitinu spočívá k vedení k abstinenci, substituční léčba prakticky neexistuje, dosavadní pokusy mají spíše rozporuplné výsledky (34).

### 1.3.5 Halucinogenní drogy

Halucinogenní drogy jsou jednou z nejvíce vědecky zkoumaných skupin drog. Pozornost vědců přitahují nejen jejich neobvyklé vlastnosti a účinky na psychiku člověka, ale především jistá nevyzpytatelnost, mystičnost spojená s těmito účinky a využívaná kulturou od nepaměti. Do skupiny halucinogenních drog patří několik stovek různých látek. Obecně je lze rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (např. mezkalin, durman, psilocybin atd.)
- přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin)
- semisyntetické a syntetické halucinogenní drogy (např. LSD a PCP – „andělský prach“) (17).

S halucinogenními látkami (zejména s LSD a psilocybinem) se kromě jiného experimentovalo v rámci psychoterapie v rámci usnadnění a urychlení psychotherapeutického procesu u těžších neuróz, poruch osobnosti, závislostí i u psychóz a rovněž v psychoterapii umírajících. Stanislav Grof pak v návaznosti na terapeutickou práci za využití LSD, se svojí ženou rozvinul metodu holotropního dýchání. Zákazem používání LSD počátkem 70. let 20. stol. se éra „psychedelické“ psychoterapie výrazně utlumila, renesanci prodělává až po roce 1997, po konání mezinárodní konference ve Švýcarsku, ta přinesla podněty k revizi hodnocení výzkumů a dala podněty k navazující výzkumné práci.

Účinky halucinogennů bývají podobné, po krátkém období latence se objevují první příznaky intoxikace. Nástup bývá doprovázen pocitem chvění, neschopností ovládat pohyby, někdy závratěmi a nevolností. U nižších dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací, zvýšené citlivosti k prostorovému vnímání a vnímání barev. Častý je výskyt barevných kaleidoskopických obrazců, pocitem mírné euforie a nabuzení extatického stavu (26).

Vyšší dávky drogy mohou nabudit intenzivní halucinace bez možnosti ovlivnění vůlí. Tímto mechanismem může dojít k výskytu tzv. bad tripu (paranoidita, poruchy paměti, úsudku a pozornosti). Velmi zajímavým a zároveň rizikovým jevem je

depersonalizace a derealizace. Situace navozuje stav úplného odcizení od těla (sám sebe vidí jako divák) a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se kolem něho děje.

LSD ani psilocybin u člověka nevyvolávají závislost, nevyskytuje se u nich tzv. syndrom odnětí drogy., u LSD ještě nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti (rizikové jsou ale osoby s vrozeným srdečním onemocněním), u vysoké dávky lysohlávek hrozí především nevratná poškození jater nebo ledvin. Co se psychologických rizik týče, hlavním problémem je výše zmíněný bad trip, případný další rozvoj paranoidního stavu, hluboké deprese a stavy úzkosti. Ty mohou při vystupňování přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození až suicidia anebo agrese vůči okolí (17).

#### ▪ *LSD*

LSD se na našem současném černém trhu vyskytuje ve formě tzv. tripů a krystalů. V prvním případě se jedná o malé papírové čtverečky s potiskem různých symbolů (značí určitou „klasifikaci“ kvality). V druhém případě pak jde o malé granulky většinou tmavomodré či zelené barvy, připomínající umělé hnojivo. Oba přípravky se užívají perorálně, postupným rozpouštěním pod jazykem.

U nelegálně vyráběné drogy zaznamenáváme velké výkyvy v obsahu psychoaktivních látek a značný podíl různých příměsí, jejichž přítomnost je ze strany výrobců záměrná, obvykle se jedná o látky ze skupiny stimulancií (relativně frekventovaná je kombinace s extází). V důsledku toho můžeme hovořit o zvýšené předvídatelnosti účinku a tím i zvýšení rizika výskytu nepříjemných reakcí u uživatelů. Užívání LSD zaznamenáváme převážně vázané na subkulturní prostředí se specifickou hudbou, oblékáním a jinými módními trendy (47).

#### ▪ *Psilocybin*

Psilocybin je velmi aktivní látkou obsaženou v houbách z rodu lysohlávek, které se na území ČR běžně vyskytují. Tato historicky velmi stará a známá droga patří u nás k nejrozšířenějším přírodním halucinogenním látkám. Její cena je kolísavá, spíše obchod probíhá formou výměn a darování. Dostupnost houby je snadná, suší se a užívá



perorálně. Množství aktivní látky nejde odhadnout, což přináší velké riziko s kontrolou intoxikace, pro potlačení nepříjemné chuti bývají klobouky namáčeny do medu. Lysohlávky lze označit spíše za příležitostnou (sezónní) doplňkovou drogu (3).

#### ▪ *Ostatní halucinogenny*

V ČR se kromě dvou jmenovaných látek vyskytuje ještě další množství halucinogenů. Jejich rozšířenost je však relativně malá, hlavně proto, že se svými účinky zdaleka nemohou srovnávat se známými a zneužívanými látkami. Do této skupiny patří například *bufotenin* (ropuší jed) a *muscarin* (jed obsažený v muchomůrce červené). Mezi další patří *mezkalin* (získávaný z kaktusu *Lophophora Williamsi*), *durman* či *rulík zlomocný*. Díky nezkušenosti a malé možnosti regulovat dávkování však mohou experimenty s těmito látkami vést k závažným otravám končících i smrtí (17).

### 1.3.6 *Konopné drogy*

Původním domovem konopí je zřejmě centrální část Asie, odkud se díky své pěstitelské nenáročnosti rozšířila prakticky do celého světa, především do oblastí s teplým klimatem. Pěstuje se však i v evropských podmínkách včetně České republiky (nejlépe se mu daří v oblasti severní a jižní Moravy, kde dosahuje nejvyšší kvality co do obsahu psychoaktivních látek). Účinné látky obsažené v konopí byly identifikovány až v roce 1964 a byly nazvány „cannabinoidy“. Nejvíce psychicky aktivní látkou obsaženou v marihuaně a hašiši je THC (delta-9-trans-tetrahydrocannabinol).

Kannabinoidy mají kromě psychotropního efektu i další zajímavé využitelné vlastnosti. Analgetický vliv spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je již od roku 1991 využíván terapeuticky při zvládání obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění, jedná se o preparát Marinol, který v Kanadě mohou preskribovat i praktičtí lékaři. Tentýž lék je v klinickém zkoušení u Alzheimerovy choroby, kde mimo jiné působí na afektivitu nemocných. Perspektivní se jeví i užití v neurologii (roztroušená skleróza, migréna, Parkinsonova choroba), ve vnitřním

lékařství (THC je účinný bronchodilatans) a v očním lékařství (terapie glaukomu, kdy THC snižuje nitrooční tlak) (17).

Na černém trhu se vyskytují a jsou zneužívány dvě základní formy drogy: marihuana (tráva, zelí, maruška apod.) a hašiš (haš, čokoláda apod.). Tyto konopné drogy jsou užívány nejčastěji kouřením, v menším měřítku perorálně, obvykle jako součást pokrmů či nápojů.

Účinek drogy nastupuje u kouření během několika minut, při perorální užití později, ale o to má delší účinek. Nikdy nelze s jistotou říci, jak bude intoxikace probíhat, kromě obsahu aktivních látek v droze záleží také na celkovém nastavení jedince „setting“ (prostředí, očekávání, únava, nálada). Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek patří sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Typická pro konopnou intoxikaci je deformace vnímání času, který se jakoby vleče, rovněž deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze, doprovázené pocitem lehké euforie a výbuchy bouřlivého a nezadržitelného smíchu (47).

Ne zcela ojediněle se může intoxikace projevit formou zážitku „bad trip“, projeví se úzkostí, depresivní náladou, nevolností až zvracením. Patrné je výrazné překrvení spojivek (tzv. „králičí oči“). Dosud nebyl popsán případ předávkování s následkem smrti. Obecně je většinou odborníků sdílen názor, že konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Psychická závislost se vyskytuje u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, ani odvykací příznaky těchto drog (pouze vyjíměčně se při odvykání vyskytují pocity psychomotorického neklidu, nervozity, úzkosti, bolesti hlavy).

Nebezpečí kanabinoidů, které jsou označovány jako „měkké“ drogy spočívá v tzv. „gateway drug“ možnosti, to je startovací droga pro přechod na „tvrdé“ drogy (opiáty či stimulancia). Mezi odborníky ale panuje názor, že stejným rizikem přechodu může být pití alkoholu či kouření nikotinových cigaret (29).

Při častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopných drog se dostávají poruchy některých kognitivních funkcí, hlavně zhoršení paměti, schopnosti soustředění, zmatenosti, dezorientace. Dále pak „flashbacky“, při kterých se vrací se negativní

zážitky z minulosti, paranoidní stavy (sledování ostatními, strach ze zatčení policíí apod.). Vyjímečná není ani autoagrese či agrese k okolí. U disponovaných osob může dojít k provokaci latentního duševního onemocnění, konopí sehraje úlohu spouštěcího mechanismu například u schizofrenie (17).

#### ▪ ***Marihuana***

„Marihuana“ představuje název pro sušené květenství a horní lístky ze samičí rostliny konopí. Barva je podle kvality zpracování od tmavě zelené až po černo-zelené (v případě rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy). Pašovaná marihuana obvykle neobsahuje semínka, ta vypěstovaná v Čechách někdy nebývá pročištěná. Marihuana domácí produkce se dle oblastí původu pohybuje mezi 2 – 8 % obsahu aktivních látek, zahraniční pak mezi 6 – 14 %. O určité „revoluci“ na černém trhu lze hovořit ve spojitosti s rozvojem technologií pro hydroponii a pěstování při umělém osvětlení (tzv. „indoor“). Šlechtěné odrůdy dosahují značně vysokého obsahu psychoaktivních látek přesahujících někdy až hranici 20 % (4).

#### ▪ ***Hašiš***

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahující malý obsah květenství a drobných nečistot., barvu má tmavě zelenou až hnědou, obsah aktivních látek je okolo 40 %. Rozdíl oproti marihuaně v obsahu aktivních látek zároveň určuje základní rozdíl v dynamice účinku obou forem i potencionálních rizik spojených s jejich užíváním. Nové technologie pěstování marihuany však tento rozdíl téměř stírají (5).

### ***1.3.7 Analgetika, sedativa a trankvilizéry***

Ve většině případů se jedná o preparáty aplikované per os, vstřebávané ze zažívacího traktu, v praxi se uživatelů drog setkáváme i s nitrožilní aplikací nadrcené tablety rozpuštěné ve vodě. Časté zneužití léků je v kombinaci s alkoholem. Nebezpečí spočívá především v akutních otravách, dále pak v rozvinutí závislosti na lécích, poškození orgánů (gastrointestinální trakt, játra, ledviny).

Lékové závislosti jsou obecně podceňovány oproti závislosti na jiných drogách. Jsou však velmi úporné a obtížně léčitelné. Problémem je, že dlouho probíhají skrytě (tato závislost nemá svá společenství, rituály) a často za podpory rodiny a zdravotnického systému. Detoxifikace je dlouhodobou záležitostí, i zvládnutí její akutní počáteční fáze na detoxifikačním oddělení většinou vyžaduje několikanásobně delší pobyt než je tomu u závislostí na ostatních drogách. Kauzálním postupem je postupné snižování dávek užívaných preparátů. Klíčem k úspěšné léčbě lékových závislostí je souběžné řešení primární poruchy, pro kterou začal pacient původně léky užívat a na kterých se stal posléze závislým (17).

#### ▪ *Analgetika*

Analgetika jsou látky, které s dostatečnou selektivitou snižují vnímání bolesti. Bolest sama má značný biologický význam – varuje organismus před poškozením, signalizuje přítomnost nemoci, je tedy symptomem. Jsou ale případy, kdy svůj význam ztrácí a stává se vysilující, může navodit šokový stav, onemocnění zhoršuje a sama se stává nemocí.

Analgetika rozdělujeme v zásadě na dvě skupiny. *Opioidní analgetika*, která působí přímo v CNS, používají se k tišení středně silné až silné bolesti – pooperační, poúrazové, u onkologicky nemocných. Naopak *nesteroidní antiflogistika* – NSA působí v místě bolesti, kde se vytváří zánětlivá reakce. NSA slouží k tišení nižší až středně silné intenzity bolesti – bolest kloubů, svalů, nezastupitelné jsou v léčbě revmatických onemocnění.

Opomíjenou skupinou léků tišících bolest jsou psychofarmaka, především tricyklická antidepresiva, která se používají u pacientů s nádorovým onemocněním a umožní snížení dávky opioidních analgetik (34).

#### ▪ *Sedativa*

Sedativa jsou látky se všeobecně zklidňujícím účinkem. Patří sem barbituráty a brominy. V přeneseném slova smyslu můžeme za sedativa pokládat též hypnotika –

„léky na spaní“, která vyvolávají ospalost a navozují spánek. Hypnotika jsou velmi často předepisovanou kategorií léčiv, mnohdy neúčelně a zbytečně (7).

#### ▪ **Trankvilizéry**

V medicínské terminologii se používá označení anxiolytika. Anxiolytika svým působením snižují či odstraňují anxieta, psychickou tenzi, strach. Primární indikací jsou tedy úzkostné stavy, dále pak poruchy spánku spojené s anxieta, odvykací syndrom při závislosti na alkoholu a barbiturátech, epileptické záchvaty, premedikace před anestezií apod.

Nejčastěji preskribovanou skupinou jsou benzodiazepinová anxiolytika. Tato se vyznačují vysokou účinností, relativní bezpečností při předávkování, ale také rizikem vzniku závislosti. U všech anxiolytik je nutno počítat s tím, že vedle prospěšného efektu pacientovi se dostaví i vedlejší nežádoucí účinky, především pak negativní ovlivnění vigily - sedace (17).

#### **1.3.8 Těkavé látky**

Mezi těkavé látky, které označujeme také jako prchavé látky, inhalační drogy, patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, například éter a rajský plyn. Hlavní roli mezi zneužívanými těkavými látkami hraje **toluen** (methylbenzen), který je v současné době jistě nejrozšířenějším zástupcem inhalačních drog u nás. Získává se z ropy, lehkého oleje a koksových plynů, je to důležité rozpouštědlo a ředidlo, zejména laků. Dále pak **aceton** - rozpouštědlo, které bývá příležitostně předmětem zájmu lidí, kteří s ním pracují. **Éter** – rozpouštědlo tuků a olejů, dříve používaný k narkózám a v souvislosti s tím i zneužívaný. **Benzin** – směs vyšších uhlovodíků – pohonná hmota. **Rajský plyn** (oxid dusný) – smíšen s kyslíkem vyvolává krátce po vdechnutí opojný bezbolestný stav, používá se ke krátkodobým narkózám. Zdá se, že se znovu objevuje jeho zneužívání, inhaluje se z tlakových lahvíček pro výrobu šlehačky nebo z nafukovacích balonků . Při vdechování z lahve může dojít ke

spálení dýchacích cest mrazem, který vzniká při rychlém odpařování oxidu dusného **(43)**.

Jednotlivé těkavé látky se od sebe liší chemickým složením, způsobem účinku a klinickým obrazem. Společným znakem po užití je ovlivnění CNS, které se projevuje euforií, většinou útlumem, mohou se objevit zrakové či sluchové halucinace. Cílené a předvídatelné dávkování je při obvyklém způsobu aplikace prakticky nemožné a kvalitativní porucha vědomí snadno přechází v kvantitativní, v bezvědomí až koma, ve kterém může dojít k srdeční zástavě, k zástavě dechu nebo k udušení zvratkou.

V bývalém Československu byly těkavé látky známé již před druhou světovou válkou, jednalo se však jen o dospělé osoby, oblíbenou látkou byl éter. Hromadný výskyt zneužívání těkavých látek se zde objevil koncem šedesátých let u žáků a studentů základních i středních škol, zneužívanou látkou byl čisticí prostředek Čikuli, obsahující trichlorethylen, ten byl následně vytlačen toluenem **(13)**.

Opakovaně se vyskytující vlny zneužívání na jednotlivých školách v České republice bagatelizují často učitelé i rodiče. Nejčastěji „čichají“ žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Mladistvé láká touha po neobyčejném zážitku a zvědavost. Nejvíce nabízený je toluen, který zhruba třetina žáků odmítne, 1/3 zkusí inhalování, ale končí prvním pokusem a zbylá třetina pak inhalaci opakuje. Relativně brzy však tito přecházejí na jiné návykové látky. K inhalaci dochází za různých okolností – buď individuálně, nebo třeba i během chůze po frekventované ulici, velmi často také ve skupinách s dodržováním určitého rituálu. Bohužel však při rituálu není samozřejmostí poskytnutí první pomoci spoluživateli, když ztratí vědomí, nebo přestane dýchat. Většinou všichni utečou a zanechají ho jeho osudu **(27)**.

K úmrtí může dojít již při prvním experimentálním užití, většinou ale dochází k úmrtí u uživatelů až po dvacátém roce. Při delším užívání dochází k celkovému otupění, „hloupnutí“, poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. Jde o typický organický psychosyndrom, daný toxickým působením zneužívané látky na mozkovou tkáň. Často dochází i k toxickému poškození jater a ledvin, k dalším komplikacím patří poleptání dýchacích cest, případně aspirační pneumonie.

Toluen vyvolává silnou psychickou závislost, někteří pacienti inhalují denně, v důsledku toho pak dochází k degradaci osobnosti. Trvalé poškození mozkových struktur bývá dlouhou dobu utajeno a projeví se při některé nepříjemné události, která pak vyústí v agresivitu. Somatická závislost nebývá patrná, pacienta však k droze vracívá silný craving. Zneužívání této skupiny látek je velmi nebezpečné a dosti podceňované, legislativní opatření jsou zatím nedostatečná. Některé látky jsou uvedeny v zákoně 167/98 sb. o návykových látkách, ale jedinou zákonnou povinností je povinnost registrace výrobce před zahájením výroby u ministerstva zdravotnictví. Žádné jiné zákonné omezení pro výrobu, distribuci a užívání toluenu neexistuje. Měl by být alespoň zakázán volný prodej těkavých látek osobám mladším osmnácti let, jinak lze těžko očekávat snížení už tak varovného počtu uživatelů a počtu úmrtí v důsledku čichání toluenu (17).

### **1.3.9 MDMA a jiné drogy „technoscény“**

MDMA (ecstasy, extáze) byla jako účinná látka syntetizována, resp. patentována v roce 1912 firmou Merk jako lék na hubnutí. Nikdy však nebyla komerčně vyráběna a používána k této indikaci. Moderní historie MDMA je spojena se jménem Alexandra Shulgina, který látku resyntetizoval v 50. letech a hned následně proběhly pokusy o její využití v psychoterapii. Výsledky psychoterapeutické práce byly hodnoceny vesměs pozitivně, zvláště schopnost MDMA vyvolat introspekci a zlepšení schopnosti komunikace mezi lidmi. Mezi indikační skupiny patřila posttraumatická stresová porucha, partnerská terapie a péče o smrtelně nemocné. Poté co byla prokázána neurotoxicita MDMA, bylo její legální využití zakázáno (6).

Rekreační užívání extáze na „parties“ se začalo objevovat v 70. letech v USA, postupně se rozšířilo do Evropy. V současné době patří užívání extáze v klubech a na masových akcích za doprovodů typické reprodukované hudby (styl techno, house, rave a jiné) mezi fenomény dneška. Uživatel extáze většinou intenzivně tančí, někdy až do naprostého vyčerpání organismu. Pocit únavy a dehydratace je přehlušen příjemnými zážitky jako jsou pocity štěstí a blaha, emoční stavy s relaxací a bez pocitů strachu,

někdy bývá toto doprovázeno halucinacemi. Při užití v páru nastupují pocity empatie, lásky, potřeba se dotýkat druhého.(MDMA však nefunguje jako afrodiziakum). Mezi komplikacemi užití extáze vévodí hypertermie, přehřátí organismu, zvláště při celonoční párty. Opomíjenou prevencí je dostatečný příjem tekutin a ochlazení těla. Dále pak navazuje možné poškození ledvin a jater dochází k hrubému narušení vnitřního prostředí organismu a metabolickému rozvratu.

Extáze je nabízena ve formě tablet či kapslí. Tablety mívají z jedné strany vytačený reliéfní obrázek a mají různý tvar. Závislost na extázi přichází k léčbě jen zřídka, častěji jde spíše o řešení somatických či psychologických komplikací u disponovaných jedinců nebo u dlouhodobých uživatelů (17).

#### ***1.4 Drogy a legislativa ČR***

Současná platná legislativa oblasti alkoholu a tabáku se opírá o zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a vyhlášku 187/1989 Sb., kterou zákon provádí. Zákon však již neodpovídá současným podmínkám, a proto byl již několikrát, naposledy v roce 2003, předložen Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR návrh nového zákona (o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami), pokaždé však byl vrácen k dopracování. Dalšími zákony a opatřeními týkající se problematiky alkoholu a tabáku jsou například:

- zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních – upravuje spotřební daň na tabákové výrobky (35%) a alkoholické nápoje (výše daně se odvíjí od typu nápoje),
- zákon o č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy – část týkající se reklamy na tabákové výrobky byla změněna zákonem č. 132/2002 Sb., platí zákaz veškerých forem reklamy na tabákové výrobky s výjimkou reklamy ve specializovaných prodejnách tabákových výrobků,
- zákon č. 110/1997 Sb. o potravinách a tabákových výrobcích – stanovuje povinnosti při výrobě tabákových výrobků a jejich uvádění do oběhu,



- zákon č. 65/1965 Sb., zákoníku práce – obsahuje opatření na ochranu nekuřáků na pracovišti a zákaz konzumace alkoholu na pracovišti,
- Evropský akční plán o alkoholu (ČR k němu přistoupila v roce 2000),
- Rámcová úmluva o kontrole tabáku (WHO), ČR úmluvu podepsala v roce 2003,
- Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – Zdraví pro všechny v 21. století (přijato usnesením vlády v roce 2002) (48).

Existující zákony však nejsou vždy zcela dodržovány a jsou nedostatečně vymáhány. Výraznou měrou dochází k porušování zákazu prodeje tabáku a alkoholu osobám mladším 18 let, nejsou dodržována opatření na ochranu nekuřáků před pasivním kouřením, řidiči často nerespektují zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu. Roli při porušování zákazu prodeje alkoholických nápojů má do značné míry neexistence systému licencí na jeho prodej, vysoká dostupnost a velmi nízké ceny alkoholických nápojů (26).

Co se ostatních návykových látek týče, nejdůležitějšími platnými zákony v ČR jsou:

Od 1. ledna 1999 je v platnosti zákon č. 167/1998 Sb. O návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Tento zákon upravuje zacházení s návykovými látkami, s přípravky obsahujícími návykové látky, s některými látkami používanými při výrobě nebo zpracování návykových látek (tzv. prekurzory) a zacházení s pomocnými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi, pěstování máku, konopí a koky a vývoz a dovoz makoviny. K této problematice se vztahuje i nařízení vlády číslo 114 ze dne 10. května 1999, kterým se pro účely trestního zákona stanoví, co se považuje za jedy, nakažlivé choroby a škůdce.

Trestní zákon, byl novelizován s účinností od 1.1.1992, poté následovali další poměrně rozsáhlé novelizace účinné od 1.1.1994 a 29.6.1995. Nosnými body drogové legislativy zůstali novelizovaný §187 (Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů) a §188 trestního zákona (Šíření toxikomanie), novela platná od 1.července 2002).

Velmi často diskutovaným paragrafem je § 187a - Kdo bez povolení přechovává pro sebe omamné nebo psychotropní látky nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem (48).

Příloha k závaznému pokynu policejního prezidenta č. 39/1998, Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek:

<i>Látka</i>	<i>Hmotnost (g)</i>
Heroin	maximálně 0.3
Kokain	maximálně 0.5
Amfetamin	maximálně 0.5
Metamfetamin	maximálně 0.5
MDMA	maximálně 1.0
LSD	maximálně 0.0005
THC	maximálně 0.3

Maximálnímu množství omamné a psychotropní látky, které je uvedeno v tabulce, zpravidla odpovídá:

Heroin - 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách o hmotnosti kolem 100 mg, koncentrace 30% - obsah účinné látky se pohybuje od 8 do 30 %),

Kokain - 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky, uvedené množství se vztahuje k hydrochloridu, u báze - cracku - se určí přepočtem)

Amfetamin - 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky)

Metamfetamin - 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky)

MDMA (extáze) - 10 dávek (zpravidla distribuováno v tabletách s obsahem cca 100 mg účinné látky)

LSD - 10 dávek (zpravidla distribuováno ve formě tripů s obsahem cca 50 µg účinné látky)

THC - 20 cigaret - jointů (u konopí pěstovaného v našich podmínkách s koncentrací okolo 1.5 % v sušně použitelné části konopí, při váze jointu cca 1 gram) **(10)**.

Pozitivní dopady trestnosti držení drog ve smyslu signifikantní změny chování v kterékoliv z participantských skupin nebyly prokázány. Dopady byly popsány ve smyslu posunu ve společenském vědomí, který předcházel zavedení trestnosti držení nelegálních drog pro vlastní potřebu do praxe a dokonce i schválení příslušného návrhu (duben 1998). Projevily se zejména prohloubením sociální stigmatizace všech zkoumaných skupin uživatelů drog (od experimentátorů s konopnými drogami po veterány scény tzv. "tvrdých" drog) a stále se stupňujícím prolínáním trhů se všemi typy drog. Stručně řečeno podařilo se seskupit trh "měkkých" drog (konopí) s drogami "tvrdými" (heroin, pervitin). Což se projevilo při kriminalizaci lehkých drog již dříve v jiných zemích. V tomto je vidět argument, že řada uživatelů přechází z konopí na tvrdší drogy (není to tak vždy, ale každopádně stát tomu v podstatě napomáhá) **(22)**.

#### ***1.4.1 Trestné činy v oblasti drog***

Jde především o specifické trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187, 187a a 188 trestního zákona (viz trestnost držení drogy pro vlastní potřebu, trestnost šíření toxikomanie, trestnost zacházení s drogami). Svým způsobem specifickou povahu pak má trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 trestního zákona, jehož se dopustí ten, kdo ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, vykonává zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku (klasickým příkladem takového jednání je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky).

Vedle těchto specifických trestných činů (drogová kriminalita v užším smyslu) se s užíváním drog pojí řada dalších trestných činů (tzv. sekundární nebo přidružená drogová kriminalita), jejichž pachatelé si majetkovou trestnou činností, zejména krádežemi, opatřují prostředky k získání drogy (39).

#### **1.4.2 Protidrogová politika**

Protidrogová politika je ve své podstatě souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, a to na úrovni místní, státní nebo mezinárodní. Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991 zásadu „vyváženého přístupu“ v drogové politice; tím je míněno, že vedle strategie postihování nabídky drog, tj. represe, se mají rozvíjet a uplatňovat též strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách, tj. prevence primární, sekundární a terciární. Během 90. let se začala stále více hlásit o uznání třetí strategie – snižování poškození drogami, Harm Reduction (22).

Vedle deklarací Valného shromáždění OSN ztělesňují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. Protidrogová politika ČR je formulována ve vládních dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky z r. 1993, Koncepce a program protidrogové politiky z r. 1998, Strategie protidrogové politiky z r. 2000). Posledně jmenovaný dokument uvádí – ve shodě s drogovou strategií Evropské unie – čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR: represe, prevence (tj. prevence primární), léčba a resocializace, Harm Reduction (47).

Co se týče trendů v protidrogové politice v EU, navzdory odlišnostem ve specifikách drogových problémů, kterým jednotlivé členské státy čelí, a rozdílným prioritám v oblasti reakce na ně, panuje společná shoda o důležitosti sdílení informací a spolupráce s cílem omezit nabídku drog, jakož i o nutnosti vyvážit aktivity usilující o omezení nabídky opatřeními na snížení poptávky.

Tento evropský přístup je znatelný nejen v nové protidrogové strategii EU, ale také v národních strategiích přijatých členskými státy. V protidrogových politikách

některých členských států a v protidrogových strategiích EU se již v prevenci drogové závislosti začíná přesahovat rámec nezákonných drog a začínají se do protidrogových strategií zahrnovat i legální návykové látky a typy návykového chování (11).

## **1.5 Prevence**

### **1.5.1 Primární prevence**

Primární prevence zdravotních a sociálních následků užívání drog, zahrnuje opatření a programy zaměřené na dosud nezasaženou populaci (celkovou populaci nebo rizikové skupiny). Cílem programů primární prevence je předcházet rizikovým formám chování; odradit populaci, která ještě nepřišla do kontaktu s drogou od jejího prvního užití či alespoň první kontakt s drogou co nejvíce oddálit. Úkolem preventivních aktivit je zejména: vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich zneužíváním, posilování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů a podpora zdravějších typů chování a životního stylu.

Na místní úrovni je její součástí zejména aktivní příprava účinných preventivních programů přizpůsobených místním podmínkám, zaměřených na celkovou populaci a zvláště na rizikové skupiny (mládež), dále pak vzdělávání osob přicházejících do kontaktu s ohroženými skupinami (učitelé, lékaři, sociální pracovníci, vrstevníci atd.) (39).

K užívání drogy dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím (třeba i potencionálním) uživatelem a prostředím, ve kterém v integraci mezi drogou a uživatelem dochází. K jednotlivým vrcholům trojúhelníku – prvků systému – se váží tzv. rizikové faktory (zvyšují riziko) a protektivní, ochranné faktory (snižují riziko). Úkolem prevence je podpora projektivních a omezování rizikových faktorů.

## Droga

Člověk      Prostředí

**Droga** - důležitý je jí charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsob aplikace.

**Člověk** - závislost lze navodit u každého jedince, neexistuje struktura osobnosti, která by stoprocentně před závislostí ochránila. Rizikovými a projektivními faktory jsou zejména osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, nedostatek asertivity a schopnost čelit tlaku vrstevníků, poruchy chování, nevhodné sociální vazby, nezdrženlivost, sklon k depresi a také zdravotní handicap.

**Prostředí** – působení všeho, co nás obklopuje. Rozlišujeme 3 úrovně:

- společnost – vztah společnosti k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, ale i míra dezorganizace společnosti, výkonová a konzumní orientace, oslabení rodin, rozvodovost atd.. Patří sem i koncepce drogové politiky, investice a informovanost
- rodinné prostředí – atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl, rodinný systém hodnot a norem, dostupnost drog v rodině, zájem rodičů. Důležitou osobou je matka. Matky závislých bývají často hyperprotektivní nebo naopak hostilní, typický je též slabý, chybějící nebo naopak tvrdě výkonově orientovaný otec.
- vrstevnické prostředí – kamarádi, parta, škola. Toto tzv. referenční prostředí je pro dítě a dospívajícího mladého člověka velmi důležité. Záleží na hodnotách dané skupiny, převládající módě, životním stylu. Orientace na skupinové normy je často významnějším faktorem než droga sama. Tato skutečnost je využívána v prevenci ve strategii „peer“ programů (18).

Peer program je program za aktivní účasti předem připravených vrstevníků. Je jednou z mála prokazatelně účinných forem prevence vhodná pro normální děti a dospívající. Metodika peer programu pro naše základní a střední školy byla schválena

při oponentském řízení za účasti zástupců Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (29).

Dalším prostorem pro prevenci je vytváření a podpora sociálně přijatelných aktivit jako alternativní nabídka využití volného času a osobního rozvoje. Není možné opomenout i tzv. provokující faktory, které mohou být bezprostředním a přímým podnětem pro experiment s drogou. Nejčastějšími jsou zvědavost, nuda, zlepšení výkonnosti, zlepšení nálady, řešení (či spíše odsunutí) problémů, únik z bezvýchodné situace, snaha na sebe upozornit v partě (26).

### *1.5.2 Sekundární prevence*

Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní stali závislími. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Zahrnuje opatření zaměřené na zasaženou populaci, která využívá nějakou formu péče; tvoří ji zejména:

- zavádění programů včasné intervence
- programy léčebné péče
- programy zvyšující úspěšnost léčebné péče (39).

#### ➤ *Včasná intervence*

Včasná intervence je intervence poskytovaná osobám s počínajícími emočními problémy nebo problémy v chování, které by mohly souviset s užíváním drog. Probíhá nejčastěji ve školním prostředí, kde jejím podnětem je např. zhoršování školního prospěchu či kázeňské problémy. Jejím nositelem musí být informovaný pedagog s dostatečnými osobními kvalitami. Dalším prostředím pro včasnou intervenci může být např. ordinace praktického lékaře nebo pedagogicko-psychologická poradna. Cílem časné intervence je pojmenovat problém, porozumět mu, poskytnout podporu, motivovat ke změně a v ideálním případě zprostředkovat odbornou péči (45).

### ***1.5.3 Terciární prevence***

Terciární prevence je založena na minimalizaci negativních zdravotních a sociálních důsledků (problémového) užívání drog a závislosti a je zaměřena především na uživatele, kteří nejsou schopni či ochotni skončit s užíváním; zahrnuje zejména:

- informování uživatelů o méně škodlivých způsobech užívání
- substituční léčebné programy pro uživatele opiátů
- programy pro výměnu jehel
- potravinový, hygienický, zdravotnický a vitaminový servis (28).

#### **➤ *Harm reduction***

Jako „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy spočívající ve snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, riziko předávkování, riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečněji aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. šlehárny (39).



## **1.6 Systém záchytu, léčby a doléčení drogově závislých**

Mezi domácími i zahraničními odborníky dnes existuje shoda, že efektivní systém péče o uživatele návykových látek (sít' léčebné péče) by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitativní (struktura provázanost sítě), tak v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).

Specifické potřeby jednotlivých cílových skupin vyžadují dnes mimořádně širokou nabídku léčebných zařízení a programů, které mohou nabídnout optimální služby uživatelům sítě léčebné péče. Ti v závislosti na rozsahu problémů způsobených užíváním návykových látek i vlastní motivací ke změně chování mohou vyžadovat celé spektrum služeb od terénních programů, výměnných programů sterilního injekčního náčiní, motivačního tréninku, ambulantní psychoterapeutické či farmakoterapeutické péče až po dlouhodobou rezidenční léčbu v terapeutické komunitě či doléčovací program. Pouze komplexně definovaný systém služeb umožní vhodné párování potřeb klienta s vhodným typem léčebného zařízení. Systém péče se vyvíjí v čase a pružně se přizpůsobuje aktuálním potřebám v terénu (18).

### **1.6.1 Terénní programy**

Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby poskytovaná přímo na ulici. Je označována za „navštěvující“ sociální práci, která se sama nabízí v místech vznikajících sociálních konfliktů. Terénní programy stojí na úplném pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog. Často je první službou, se kterou se uživatel setkává. Z toho vyplývá cílová populace terénních programů, jde o tzv. skrytou populaci, s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické či právní povahy (8).

Skrytou populací rozumíme:

- tzv. experimentátory – většinou mladí lidé v počátečních stádiích drogových experimentů
- „děti ulice“ - mající přechodný azyl v drogových bytech

- Pravidelné uživatele drog – jejich zdravotní či sociální situace není ještě debaklová, tudíž nevyhledávají pomoc pomáhající instituce
- Problémové uživatele drog – v rozvinutém stupni závislosti, kteří již nejsou schopni pomoc vyhledat **(28)**.

Navázání kontaktu by bylo obtížné, kdyby neměli streetworkeri uživatelům co nabídnout. Služby jako výměnný program, které terénní programy nabízejí tedy usnadňují navázání kontaktu. Sterilní stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale prostředkem k navázání kontaktu. Terénní programy si kladou za cíl kontaktovat skrytou populaci a působit na ni. V ideálním případě směrem k úplné abstinenci, nebo alespoň k chování, které je pro uživatele „bezpečnější“ a vede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Cílem terénních programů je minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:

- Udržet nízký výskyt HIV/AIDS pozitivitu
- Snížit výskyt hepatitidy B,C
- Snížit počet úmrtí v důsledku předávkování
- Předcházet kriminalitě
- Motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci
- Učit uživatele drog „bezpečnějšímu“ užívání a zásadám bezpečného sexu
- Motivovat je k výměně použitého injekčního materiálu anebo k jeho likvidaci
- Udržovat nejvíce exponovaná místa na drogové scéně v čistotě (sběr použitého materiálu apod.)
- Navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog a informovat je o možnostech léčby **(18)**.

Některé terénní programy využívají současných nebo bývalých členů cílové skupiny jako dobrovolníků nebo placených pracovníků. Specifickou skupinou jsou externí pracovníci – stabilizovaní uživatelé drog. Pracují především na uzavřené drogové scéně, v tzv. drogových bytech, kam se profesionální terénní pracovníci

nedostanou buď z důvodů utajení těchto bytů (byty vaříčů drog), nebo protože pohyb profesionálů je zde ohrožující. Proškolení externí pracovníci mohou díky své znalosti drogové scény předávat potřebné informace takovým způsobem, který je pro ostatní uživatele srozumitelný a přijatelný. Tato činnost není přínosná jen na poli Harm Reductinon, ale může se stát pro externího pracovníka motivačním faktorem ke změně životního stylu, protože bezesporu prohlubuje vztah a zesiluje kontakt klienta se zařízením. Externím spolupracovníkům by měla být poskytována základní supervize (28).

I zařízení prvního kontaktu musí mít vytvořenou sociální síť a spolupracovat s ostatními zařízeními. Terénní programy by měly být v úzkém kontaktu s dalšími nízkoprahovými službami jako jsou např. kontaktní centra a metadonové programy a spolupracovat s nimi. Měly by pružně reagovat na vývoj drogové scény.

Terénní programy se také dostávají do kontaktu s klienty, kteří vypadli z vysokoprahových programů, např. ústavní léčby nebo z rezidenční léčby v terapeutických komunitách. Z těchto důvodů by léčebné programy měly poskytovat informace o nízkoprahových zařízeních a jejich službách. V případech vypadnutí klientů z vysokoprahových programů by měly terénní programy tvořit jakousi záchranou síť, která takového klienta zachytí a nabídne mu nějakou alternativu, aniž by ho odsuzovala (18).

### ***1.6.2 Nízkoprahová kontaktní centra***

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Mají být zaměřena na uživatele, kteří akceptují pouze nízkoprahové terapeutické a pomocné aktivity. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Důležitým principem práce je respektování volby klienta; ať se rozhodne pro abstinenci nebo pro život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, formu odborné péče a pomoci. Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné

instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky (34).

„Vlajkovou lodí“ cílové skupiny programu kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, především s vysoce rizikovým scénářem, tedy především i.v. uživatelé, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie, klienti ohrožení sociálně patologickými jevy. Je-li kontakt s nimi neúspěšný, je třeba hledat chybu ve službách, ne v klientech. Dokud tito klienti kontaktních center nezískají postupně pro pracovníky jméno a tvář, pokud služby zůstanou u instrumentálního nastavení výměn a skupinových „volnočasových“ a „resocializačních“ aktivit, pokud pracovníci s rostoucím profesionálním sebevědomím nenaváží individuální specifické kontakty, nenabídnou sami sebe a pak „na míru šitou pomoc“, nelze očekávat cíleně podpořené změny v individuálních scénářích a osudech. Obdobně je možné uvažovat o postupné specifikaci cílové skupiny na charakteristické podskupiny (etnické minority, ženy-muži, klienti v konfliktu se zákonem, víkendoví uživatelé syntetických drog) pro které je třeba specifikovat programy – co, v jaké fázi, pro koho (18).

Do spektra služeb v kontaktních centrech se obecně zahrnuje:

- Kontaktní práce – navázání kontaktu, vytvoření důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Tato aktivita je realizována v kontaktní místnosti, která svým netradičně řešeným interiérem nabourává vžitě představy o charakteru zdravotnické instituce.
- Výměnný program – výměna injekčního nářadí, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu.
- Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV, virové hepatitidy, neodkladná péče dle potřeby
- Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s klientem s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klientů. Týká se zdravotního stavu, zdravotních i sociálních rizik spojených s užíváním drog, minimalizace těchto rizik, dále informace o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informací o léčebných a dalších zařízeních, zprostředkování léčby.

- Další krátkodobé intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.
- Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě směrem k abstinenci. Je pojímáno jako vyšší stupeň služeb kontaktních center, při němž klient vystupuje z anonymity ze společenství v kontaktní místnosti a vstupuje do terapeutického či poradenského vztahu.
- Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou, právní poradnou apod. Může jít o jednorázovou intervenci nebo o „case management“ v oblasti sociální práce.
- Doplňkové služby – hygienický servis (sprchování, praní prádla), potravinový servis (polévka, pečivo, čaj, apod.), vitamínový servis. Spolu se základní zdravotní péčí tyto služby „zajišťují podmínky potřebné k přežití“ (35).

Důležitým je bezpochyby kvalitní mezioborový tým, který má být sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu a zároveň aby byl pružný a schopný dostát konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce. Standardy MZ i MPSV kladou důraz na obligatorní vzdělávání zaměstnanců v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon, dodržování etických kodexů a práci se supervizí. Kontinuální vzdělávání pracovníků kontaktních center pro problémové uživatele drog by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislosti, sociální práce, rodinné terapie, krizové intervence a motivačního tréninku (18).

### ***1.6.3 Lékařská ambulantní péče o závislé***

Specializovaná ambulantní střediska péče by měla být dostupná pro všechny potřebné pacienty a zajistit tuto službu v plném rozsahu. Do roku 1992 v ČR zajišťovala tuto péči celostátní síť zdravotních zařízení s jednotnou náplní a názvem ordinace AT

pro prevenci a léčbu závislostí. Jejich počet v České Republice byl 160 a zajišťoval plně dostupnost této specializované zdravotnické služby. Reorganizační změny, zejména privatizace ambulantních služeb, vedly k tomu, že se většina lékařů přestala touto problematikou zabývat z nejrůznějších důvodů, zejména pro obtížnost práce a nedostatečné finanční ocenění. To způsobilo nedostatečnou dostupnost specializované ambulantní péče o pacienty s abusem návykových látek **(36)**.

Přístup do AT ordinace mají nejen závislí, ale i experimentátoři a problémoví uživatelé. Mezi klientelu AT ordinace patří i pacienti, kterým byla léčba uložena soudem jako ochranná protialkoholní a protitoxikomanská léčba, nebo také léčba alternativní, ukládaná místo trestu. Vítanými návštěvníky AT ordinace jsou rodiče, příbuzní, partneři, přátelé – všichni, kdo jsou ve styku s člověkem, který má problém se zneužíváním návykové látky. Mezi cílovou populaci patří i gambleři, u kterých je patologické hráčství spojeno s abusem návykové látky **(28)**.

Každý nový pacient je komplexně vyšetřen lékařem, po somatické i psychické stránce. Důležitá je anamnéza. Objektivní – pohled na pacienta z různých stran – rodina, přátelé, škola atd.. Subjektivní – poskytuje údaje o užívání drogy, o začátcích užívání, frekvenci, předcházející léčby apod. Následuje klinické vyšetření, dále pak laboratorní a pomocná vyšetření. Provádí se kvalitativní vyšetření moče, které odhalí mimo jiné i přítomnost drogy. Další vyšetření je biochemické – vyšetření krevního obrazu a serologické vyšetření na virové hepatitidy A,B,C, vysokou záchytnost má zejména VH typu C, týká se hlavně injekčních uživatelů drog. Vyšetření na HIV pozitivitu se dnes provádí ze slin. V indikovaných případech je potřebné provést i vyšetření na STD – sexuálně přenosné choroby nebo vyšetření na graviditu. Mezi pomocná vyšetření patří i EEG, nutné při projevech epilepsie, zejména grand mal, který se může objevit při náhlém přerušení užívání benzodiazepimů **(18)**.

Léčebnou péči nejde oddělit od poradenství a preventivních aktivit. Každá léčebně preventivní péče by měla mít prvky bio-psycho-sociální, rozumíme tím farmakoterapii, psychoterapii a socioterapii.

Nezdravotnickým předstupněm návštěvy AT ordinace může být nízkoprahové kontaktní centrum. Další návaznost je především na ústavní léčbu, komplexní a

systematická ambulantní péče však může její potřebu či délku u mnoha pacientů snížit. V oblasti socioterapie a rehabilitace pak jsou užitečné návaznosti na terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněná bydlení apod.

#### **1.6.4 Denní stacionář**

Denní stacionář je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.). Má význam tam, kde uživatel sice má kde bydlet, ale nemůže být nebo by neměl být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci.

Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program, který je definován jako léčebně resocializační. Zahrnuje:

- Přesný časový rozvrh
- Soubor pravidel - stanoví podmínky léčby a definuje žádoucí i nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí
- Vyvážená skladby programu – skupinové terapeutické aktivity, aktivity sportovní, kulturní, klubové **(18)**.

Program má jasně stanovenou délku trvání. Prakticky bez výjimky jde o střednědobou léčbu v délce 3 – 6 měsíců. (většinou bývá 10-14 týdnů s možností individuálního prodloužení). Většinou bývá specifikován i minimální věk 17 let. Strukturovaný program by měl podle mezinárodních kritérií pokrývat minimálně 4-5 hodin denně po 5 dní v týdnu., v praxi jde často o více hodin denně. Pokrývají dobu jakou by trvalo vyučování ve škole nebo práce.

Strukturované denní programy mohou mít rozličné cíle, ale většinou zahrnují - dosažení a udržení abstinence jak od původní drogy tak od spouštěcích drog, změnu v sebepojetí a ve vztazích, podporu v osobním zrání a přiměřeném zvládnutí výzev vývojového období klienta, zlepšení sociálního fungování a osvojení základních

dovedností každodenního života potřebných pro zaměstnání nebo studium. Jako doprovodný program mívá denní stacionář „rodinný program“, zahrnující poradenství pro rodiče a další rodinné příslušníky, rodinnou terapii skupiny pro rodiče a partnery uživatelů.

Denní léčba je pro klienty velmi náročná, náročnost se však vyplácí, protože už během léčby se klient učí žít v přirozeném prostředí tak, aby se vyhnul rizikovým situacím, rozpoznal je a využíval strategií jak jim vzdorovat. Denní léčba není však vhodná pro všechny typy klientů. Ti, kteří mají za sebou dlouhodobou drogovou kariéru, klienti, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, nemotivovaní, nezralí či vysoce problémoví se neobejdou bez léčby ústavní (34).

#### **1.6.5 Detoxifikační jednotky**

Smyslem detoxifikace je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. To se může dít bez pomoci léků nebo za farmakologické podpory. Detoxifikace má připravit pacienta na další léčbu. Dalším důvodem detoxifikace je nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodu duševní choroby, což bývá nejčastěji u toxických nebo alkoholových psychóz (28).

Slouží také k tzv. diferenciální diagnostice, může se totiž jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní chorobu. Detoxifikace se také uplatňuje u klienta po těžkém úrazu, kdy je potřeba léčba v nemocničním prostředí, dále pak u klienta, který má jít do vězení či u závislého cizince, který má vycestovat. Někdy bývá detoxifikace zneužívána např. závislými na heroinu, snižuje totiž toleranci vůči droze. Drogově závislá osoba podstoupí tedy detoxifikaci, protože jí pak stačí opatřit si nižší dávku a vyjde jí to levněji (18).

Detoxifikaci provádí:

- Oddělení pro léčbu závislostí – umožňuje dobrou návaznost na další lůžkovou péči. Dostupnou konziliárních služeb je relativně dobrá, na témže pracovišti probíhá detoxifikace závislých na alkoholu i jiných návykových látkách. Tato



praxe je běžná např. v USA, je praktická s ohledem na častý výskyt kombinovaných závislostí.

- Detoxifikační jednotky v nemocničním komplexu – výhodou je velmi dobrá dostupnost konziliárních služeb, horší už je předávání pacienta k další léčbě.
- Detoxifikační jednotky zařízení, jež poskytují ambulantní služby – dobrá návaznost na další ambulantní péči, nevýhodou je zajišťování konziliárních služeb a pokrytí pronikavého zvýšení provozních nákladů na lůžka.
- Detoxifikace v domácím prostředí – u lehčích forem závislostí nebo intoxikací. Měla by být zajištěna návštěvní služba. Podmínkou domácí detoxifikace je stabilní sociální situace, dobrý somatický stav, odvykací syndrom neohrožující život atd. Bývá nutná spolupráce rodiny, která přebírá zodpovědnost za dodržování lékařských doporučení, podává léky a je v kontaktu se zdravotníky.
- Detoxifikace na somatických odděleních – u akutních pacientů. Kteří jsou přijímáni z jiného důvodu a propukne u nich odvykací syndrom – úraz, rozvrat vodního a minerálního hospodářství související s deliriem tremens, jaterním selháním, krvácením do trávicího traktu, hypertenzní krizí, dekompenzovaným diabetem atd. **(28)**.

Doba, kterou detoxifikace vyžaduje, se liší podle závažnosti stavu a druhu látky. Po heroinu výraznější tělesné obtíže vymizí po týdnu. Poruchy spánku nebo mírné svalové bolesti, které trvají delší dobu už obvykle klientům nebrání v aktivní léčbě. Nekomplikované odvykací stavy po pervitinu zpravidla odeznívají ještě rychleji, největším problémem je ale silný „craving“- bažení. Nejdelší detoxifikační léčbu, kde v zájmu bezpečnosti pacienta musí dojít k postupnému vysazování, vyžadují závislosti na barbiturátech a benzodiazepinech a dále pak kombinované závislosti **(18)**.

Komplexně detoxifikace zahrnuje tyto prvky:

- toxikologické, somatické i psychiatrické vyšetření
- zajištění bezpečnosti pacienta
- psychoterapii a léčbu prostředím
- farmakoterapii

- prostředí, kde nejsou volně dostupné návykové látky
- rodinnou terapii
- vnitřní diferenciaci detoxifikačních jednotek
- akupunkturu (28).

#### ***1.6.6 Střednědobá ústavní léčba***

Jako střednědobou léčbu závislosti charakterizujeme léčbu trvající 3 – 6 měsíců. V ČR je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, popřípadě některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Někdy je pojem střednědobá léčba užíván i pro kratší program (přibližně 6 měsíční) terapeutických komunit – ve srovnání s jejich standardním dlouhodobým programem trvajícím přibližně rok a více (18).

Střednědobé léčby u nás vycházejí z apolinářského modelu – model zavedený Jaroslavem Skálou, směřují k abstinenci jako prostředku k vyšší subjektivní kvalitě života a co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původní životní role, za předpokladu dodržování určitých pravidel. Model funguje na principu terapeutické komunity v kombinaci s behaviorálními přístupy, vyznačuje se zejména v náročným léčebným režimem s bodovacím systémem. Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, ale i odpovědnost kolektivní. K dalším důležitým složkám apolinářského modelu patří posilování fyzické zdatnosti pacienta a systematická práce s jeho rodinou (9).

Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně-edukativní. Terapeutické přístupy mají charakter zdravotnických postupů (ošetřovatelské, léčba přidružených somatických a psychických komplikací, speciální vyšetřovací postupy), dále pak psychoterapie a sociální péče. Základem, na kterém je komplexní systém postaven je strukturovaná léčba s režimem.

Jak jsem již zmínila, délka trvání střednědobé léčby je 3 – 6 měsíců. Typický průběh můžeme rozdělit do 4 fází:

- 1. fáze (1-3 týdny) – detoxifikace – stabilizace pacienta, vyšetření, budování terapeutického vztahu, posilování motivace
- 2. fáze ( 1 měsíc) – adaptace na terapeutický program, zařízení, komunitu, seznamování se s režimem, principy strukturovaného programu, léčebným společenstvím. Klient si vytváří náhled.
- 3. fáze (2-3 měsíce) – fáze aktivní léčby – spolupráce. Klient jezdí na propustky, uskutečňuje se rodinná terapie, aktivně se řeší důsledky drogové kariéry, upřesňuje se motivace k abstinenci.
- 4. fáze (1 měsíc) – příprava na návrat do původního prostředí, vytváření reálných plánů do života po léčbě, zajištění práce a bydlení (s cílem minimalizace rizik relapsu), naplánování kvalitní následné péče (2).

K předčasnému ukončení léčby dochází buď proti radě lékaře na základě vlastního rozhodnutí nebo vyloučením z disciplinárních důvodů. Procenta předčasného ukončení u tohoto druhu léčby jsou poměrně vysoká, jednotlivá zařízení se v tomto směru liší – odlišnost je dána mimo jiné různou pevností vstupního filtru a daných vnitřních pravidel.

Na střednědobou léčbu je třeba nahlížet jen jako na etapu dlouhodobého terapeutického procesu. Změny, ke kterým dojde během doby léčení mají tendenci mizet, jakmile se klient vrátí do původního prostředí. A dalším důvodem je i to, že během krátkodobé léčby se dají zvládnout jen sekundární problémy vzniklé drogovou závislostí . Proto je nutné naplánovat přesný plán následné péče. Menší část klientů odchází do dlouhodobých programů terapeutických komunit nebo různých doléčovacích center s chráněným bydlením či do stacionářů. Větší část klientů se vrací do původního prostředí a využije následnou ambulantní péči. Psychiatrické léčebny poskytují jako jeden z prvků následné péče tzv. opakovací pobyty – většinou 3 týdenní pobyty v prvním roce abstinence, v odůvodněných případech i déle (2).

### **1.6.7 Terapeutická komunita**

Terapeutická komunita je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí i další společný program, pracovní a jinou různorodou činnost, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života., zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy na vlastní podíl vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování **(20)**. Terapeutické komunity pro závislé na návykových látkách vznikaly po druhé světové válce v USA, vycházely více ze zkušeností Anonymních alkoholiků než z britských terapeutických komunit pro duševně nemocné. Pravidla zde bývají jasná a důrazně prosazovaná, jejich porušení může vést k předčasnému ukončení léčby. Terapeutické komunity dělíme na několik typů:

- Terapeutické komunity v zařízeních poskytující střednědobou léčbu (od několika týdnů do zhruba 4 měsíců).
- Modifikované terapeutické komunity pracující ve specifických podmínkách (např. vězení) nebo se specifickými pacienty (kombinace s duševním onemocněním).
- Klasické terapeutické komunity pracující podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle a dělí se typicky na úvodní stádium (do 60 dní), stádium primární léčby (2 – 12 měsíců) a stádium návratu do společnosti („re-entry“, trvá 13-24 měsíců včetně ambulantního doléčování) **(26)**.

Pobyt klienta je strukturován do fází, z nichž každá má svá pravidla, práva a povinnosti. Liší se mírou přijímané odpovědnosti a jsou výrazem toho, že klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně. Přestupy z jedné fáze do druhé tím plní roli hodnotící, nahrazující bodový systém v jiných zařízeních.

V „nulté“ fázi (předpokládáme léčbu 1 rok), která trvá dva i více týdnů, sice klient pobývá v zařízení a absolvuje program, není ale ještě pokládán za člena komunity. O přijetí musí požádat a jeho vlastní vstup je provázen přijímacím rituálem a podpisem smlouvy.

V první fázi ( obvykle 3 měsíce) se klient odnaučuje negativní a destruktivní chování. Má dojít k náhledu, že jeho problémy skutečně způsobila droga, rozhoduje se o změně životního stylu bez drogy a přizpůsobuje se pravidlům komunity. Učí se sebevyjadřování a otevřenosti. Požádá-li o přestup do druhé fáze, celá komunita hodnotí jeho způsobilost a může mu přestup i zamítnout. Jestliže přestup schválí, opět je prováděn rituál **(18)**.

V druhé fázi (asi 6 měsíců) klient přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity, přebírá roli ve spolusprávě. Ve skupině konfrontuje své vztahy k ostatním s emocemi a zážitky, spojenými s lidmi z jeho minulosti. V této fázi má klient najít sebe sama a vztahy k ostatním v komunitě. Nyní také přibývá kontaktů s rodinou, které byly až do té doby minimalizovány. Přestupy do další fáze fungují všechny na stejném principu..

Třetí fáze je podstatným obohacením proti střednědobým léčbám a psychiatrickým léčebnám, které něco takového nenabízejí. Během ní totiž klienti využívají komunitu jako noční stacionář. Ve dne se uvolňují z programu, chodí do zaměstnání, shání si bydlení, zajišťují si doléčování. U této fáze však někdy dochází ke zhoršení vztahu, klienti potřebují daleko více podpory od ostatních. Datum odchodu z komunity je jasně stanoveno a příliš se neposouvá. Klienti jsou podporováni v separaci, často to jim samým ale nebývá příjemné. Cítí smutek z loučení s místem, kde prožili celý rok, kde vládla tolerance a respekt. Projevením tohoto smutku získají pevný pocit, že pro ně komunita byla přínosem a měla svou hodnotu. To je významné v souvislosti s tím, že bývalí uživatelé se najednou potýkají s pocity prázdnoty a za jediný cenný úsek svého života považují počáteční období braní drog, kdy ještě nebyli závislí **(26)**.

Terapeutická komunita se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace zejména pro klienty nezralé, s dlouhou drogovou kariérou a závažnou životní historií (traumatizace, zneužívání, dissociální chování, kriminalita).

Pro setrvání v komunitě bývá kritický začátek léčby, dochází k nejčastějším odchodům. Prospěšný může být tlak ze strany okolí a rodiny, pestrost a zajímavost programu a vhodné prvky léčby, které jsou většinou dobře akceptovány (relaxační techniky, arteterapie, muzikoterapie, sportovní aktivity apod.) (26).

### **1.6.8 Následná péče**

V tradičním pojetí léčby závislostí je mezi základní léčbou a následnou péčí ostrá hranice. Je striktně oddělována fáze léčby (psychiatrická léčebna nebo terapeutická komunita) a fáze následné péče. Kontinuita léčebného procesu by však neměla být při předávání klienta do následné péče přerušena. Proto je velmi žádoucí, aby centra následné péče měla dobrou komunikaci s programy, odkud klienty přijímají. Běžný klient přicházející do programu následné péče má za sebou několikaletou dobu užívání a s tím související problémy. První změnou je to, že nad sebou ztrácí jakousi ochrannou ruku nad svojí abstinencí. Dosud abstinovat pod ochranou léčebného zařízení. Bylo by mylné se domnívat, že závislý má již pevně vybudovanou motivaci k životu bez drog. Craving po droze sice zeslábnul, ale nyní znovu nabývá na intenzitě. Je také najednou zvyšován klientovou nestabilní situací, ocitá se ve světě, kterému často nerozumí, najednou je před ním spousta úkolů k řešení (18).

V rámci následné péče je tedy nutné klienta naučit vyhýbat se rizikovým situacím, popř. je dobře zvládat, najít si zaměstnání, bydlení, poplatit dluhy. Je také potřeba závislému znovu vypomoci vybudovat sociální vztahy. Typický klient přichází do následné péče netrpělivý, se svojí představou o budoucím životě, která však většinou neodpovídá jeho možnostem (21).

Doporučená délka pro následnou péči je pohyblivá, většinou bývá minimálně 6 měsíců. Podstatný je individuální přístup ke klientům. Mezi hlavní složky programu následné péče patří:

- *Psychoterapie* – jedná se o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovy emotivity. Je nezbytné správně diagnostikovat, co z problémů klienta je řešitelné v aktuálním čase, v následné péči jde především o stabilizaci

abstinence od primární drogy. Klienti mají v sobě různé traumatické zážitky z období dětství, užívání drogy a ty se najednou v podmínkách normálního života vynořují na povrch (34). Dobrý terapeut v následné péči pozná, kde je mez, za kterou – vzhledem ke stabilitě závislého v abstinenci – již není žádoucí zajít. Je však nezbytné v rámci sítě specialistů předat klienta do další péče.

- *Prevence relapsu* – jejím cílem je vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a snížila pravděpodobnost relapsu. Prevence relapsu stojí na 3 pilířích – kognitivní intervence, dovednosti zvládání, stabilizace životního stylu.
- *Sociální práce* – má nezastupitelnou roli, protože u klientů se setkáváme se spoustou sociálně právních problémů – dluhy u zdravotní pojišťovny, další dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd. Pomoc v této oblasti je nutná, protože mnoho klientů především ze začátku není schopno fungovat samostatně.
- *Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace* - jedním z hlavních úkolů pro závislého je najít si práci, je to nezbytný ukazatel integrace do normálního života. Je to úkol nelehký, protože klientům chybí často odborná kvalifikace. Jednou z forem pomoci jsou chráněné dílny, které pomáhají získat pracovní návyky a rekvalifikovat se. Ideální však je zapojení se do normálního pracovního života.
- *Lékařská péče* – medicínská oblast nesmí být opomíjena, protože k důsledkům užívání drog patří i poškození organismu člověka. Mezi nejčastější problémy patří HIV, hepatitida B a C, gynekologické a dentální problémy.
- *Práce s rodinnými příslušníky* – rodinná terapie je velice efektivní a může zabránit případnému relapsu. Důležitou aktivitou jsou skupiny rodičů, jejichž děti se léčí ze závislosti, protože jim umožňují získávat více informací a vyměňovat si zkušenosti s lidmi řešící stejný problém.
- *Nabídka volnočasových aktivit* – naučit se „užívat“ si bez drog je cílem léčby a následné péče. Proto je vhodné nabízet různé alternativy trávení volného času.

Přechod z léčby do následné péče by měl být pro závislého „vývojovým“ krokem kupředu v procesu jeho zdraví. Ustupující intenzita podpory klienta v následné péči je potom důležitým momentem celého procesu. Klient má tedy možnost převzít úplně zodpovědnost za svůj život a svojí závislost přerůst **(18)**.

### ***1.7 Psychoterapeutické přístupy***

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o osoby trpící závislostí. Její uplatnění najdeme v různých modifikacích na všech úrovních základních typů péče – od streetworku, nízkoprahových zařízení a substitučních programů až po terapeutické komunity a následnou péči. V každé z těchto modalit má psychoterapeutické působení odlišné cíle. Ty musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíly jednotlivých programů, odpovídat fázi léčby a respektovat klientův proces – například nevhodně načasovaná odkrývající terapie může po prvních několika málo úspěších léčebného programu být pro klienta ohrožující a vést k vypadnutí z léčby a ztrátě kontaktu s ním **(34)**.

V nejobecnější rovině můžeme hovořit o tzv. psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem, ať se jedná o streetworkera nebo lékaře odebírajícího krev. Na opačném konci kontinua pak hovoříme o systematické skupinové či individuální psychoterapii prováděné kvalifikovaným psychoterapeutem. Mezi těmito dvěma konci škály leží např. krizová intervence jako součást základní výbavy každého zaangažovaného pracovníka, dále pak motivační trénink, nácvikové programy jako trénink komunikačních dovedností a další **(45)**.

Psychoterapie závislostí má některé specifické rysy a klíčové prvky, obvykle zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a osobnostní růst. Tyto klíčové prvky můžeme charakterizovat jako:

- změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí,
- učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě,



- podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů,
- podporování aktivního, zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.

Od těchto klíčových prvků se odvíjí pozice psychoterapie v léčebném programu i role psychoterapeuta v týmu. Specifičnost psychoterapeuta vnímání a uvažování je významná jak z hlediska diagnostického, tak z hlediska plánování a volby strategie léčby (18).

### ***1.7.1 Individuální psychoterapie***

Individuální psychoterapie je nazývána také dyadickou, protože se jí účastní pouze dva: terapeut a jeho klient. V praxi bývá nejrozšířenější. Mezi oběma členy dyády vzniká poměrně intenzivní vztah, vyvíjející se především přístupem psychoterapeuta. Jeho osobnost a chování jsou pro průběh léčby tím nejdůležitějším, protože ji, ať již prostřednictvím direktivních zásahů či nedirektivně, řídí a kontroluje. Vztah mezi oběma má celou řadu podob, vyvíjí se a lze hovořit o jeho komplementaritě v rámci společného cíle, jímž je účinná pomoc klientovi. Zajímavým vztahovým jevem je tzv. metakomplementarita, kdy terapeut „dovoluje“ klientovi, aby po určitou dobu určoval a řídil – ovšem s určitým záměrem, kterým je osamostatňování klienta, přebírání většího dílu odpovědnosti, umožnění jeho „prosazení se“ vzhledem k terapeutovi.

Rozlišujeme několik základních rovin individuální psychoterapeutické práce ve vztahu k potřebám a aktuální situaci klientů závislých na drogách. Za extrémní formu individuální psychoterapie lze považovat krizovou intervenci, ta může mít formu individuálního sezení, avšak má odlišný cíl a setting (46).

Krizová intervence spočívá mimo jiné v motivačním pohovoru, který je sám o sobě specializovanou metodou vyžadující specifický trénink, klientovi umožňuje v klidu si promyslet vlastní motivy, které ho vedou k užívání drog nebo naopak k abstinenci. Vedení takového rozhovoru předpokládá, že není terapeut ovlivněn

předsudky, nesnaží se o direktivní rozhodnutí a dokáže poslouchat argumenty pro všechna možná řešení. Dokáže však také klienta upozorňovat na případný bludný kruh jeho myšlenek. Velkou roli v krizové intervenci u drogově závislých hrají příbuzní, partneři či přátelé. Často mohou vzniknout jakési koalice, ve které se proti sobě staví klient s terapeutem proti rodičům nebo partner s klientkou proti léčebně a podobně. Tyto tendence a manipulativní vzorce nejsou pro rodiny závislých ničím neobvyklým. Dobře zvládnutá krizová intervence u závislých klientů může dále být i významnou součástí prevence relapsu. Poté co klient opustí užívání drog i celý dosavadní životní styl, paradoxně problémů z jeho pohledu začne přibývat, schopnost řešit cokoli bývá totiž oslabena. Samy terapeutické programy totiž bývají mnohdy cílem bývalých klientů, kteří v krizových okamžicích volají nebo přicházejí, aby znova načerpali naději a sílu (45).

### ***1.7.2 Skupinová psychoterapie***

Při léčbě závislostí je skupinová terapie poměrně hojně využívanou metodou práce. Je však vhodná jen v určitých fázích léčby, často jí předchází právě individuální práce s klientem. Skupiny závislých osob mohou být součástí docházkové péče – ambulance, centra, stacionáře, dále pak probíhají v rámci dlouhodobých pobytů v léčebných zařízeních a v terapeutických komunitách. Skupinová terapie také bývá důležitou součástí doléčování, kdy klienti přes den pracují a večer se účastní doléčovacích programů. Zde skupina pomáhá klientovi v jeho začlenění se do širšího sociálního okolí nebo na přechodnou dobu je pro něj vztažnou podpůrnou skupinou (18).

Skupinovou terapii lze rozdělit do dvou základních typů – buď jde o uměle vytvořenou skupinu či o skupinu přirozenou, jejíž součástí je klient i mimo situaci terapie. Uměle vytvořené skupiny lze sestavovat a dělit podle různých hledisek, záleží na problematice pacientů a možnostech či dovednostech psychoterapeuta. Skupiny lze sestavovat jako homogenní co do věku a problematiky či naopak značně heterogenní. Dále se setkáváme se skupinami klientů stejného pohlaví (izosexuální) nebo skupiny

tvoří ženy i muži (koedukované). Z jiného hlediska mohou být skupiny uzavřené, kdy celý léčebný proces prodělávají stejní lidé, nebo otevřené, pak jsou do skupiny průběžně přijímáni a propouštěni klienti, takže skupina je „věčná“, pouze její členové se časem vymění **(46)**.

Skupiny závislých mívají většinou charakter homogenních skupin, jinak je smíšené složení – věk, pohlaví atd. určitě žádoucí. Rozlišuje se deset základních účinných faktorů ve skupinové psychoterapii. Vedle samotného členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností **(18)**.

Hlavním prostředkem je rozhovor ve skupině. Při skupinové terapii v léčbě závislosti se využívají techniky kognitivně-behaviorální terapie, gestalt terapie, strategické terapie, psychodramatu i techniky terapie dynamické. Psychoterapeut ve skupině závislých klientů musí být zpravidla aktivnější, přinášet náměty a volit témata, podporuje kohezi a vzájemnou emoční podporu ve skupině. Neměl by posilovat identifikaci členů skupiny s alkoholovou nebo drogovou subkulturou, ale naopak jim usnadňovat cestu k jiným lidem. Užitečný bývá humor, pozitivní zpětná vazba a posilování sebevědomí se změnou vztahového rámce. Např. recidivu lze přeznačkovat jako tvrdou, ale ve svých důsledcích cennou životní zkušenost. Z déle abstijnujících klientů se časem stávají velmi prospěšní laičtí terapeuté ve skupině. Psychoterapie drogových závislostí je velmi náročná, terapeut by měl mít možnost své případné problémy v práci konzultovat s někým zkušeným a musí projít nebo procházet specifickým výcvikem a přípravou **(28)**.

### ***1.7.3 Svépomocné programy***

Termín svépomocné programy označuje celou řadu různých druhů aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích. V oboru užívání

drog je tento způsob intervence považován za jeden z neúčinnějších nástrojů. V ČR je registrováno asi 50 organizací, které vyvíjejí svépomocné aktivity pro různé diagnostické skupiny či typy náročných životních situací, celá řada dalších svépomocných skupin pracuje neformálně. Poměrně známé v ČR jsou peer programy, dále pak Anonymní Alkoholici (AA) nebo Anonymní Narkomani (NA) (18).

Některé další svépomocné organizace týkající se závislosti na návykových látkách:

Al-Anon (pro manželky nebo partnerky závislých na alkoholu)

Alateen (pro dospívající děti z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu)

Patents Anonymus (Anonymní rodiče, organizace pro rodiče, jejichž děti jsou závislé na alkoholu nebo drogách) (26).

#### ***1.7.4 Psychoanalýza a psychoanalytická psychoterapie***

Psychoanalytické teorie jsou teorie motivace – snaží se vysvětlit, proč osoba začne užívat návykové látky a proč si tuto závislost udržuje. „Motivací“ jsou určeny jak lidské potřeby, tak i jejich nevědomý charakter. Konflikt vzniká jednak mezi těmito potřebami navzájem, tak i mezi nimi a společenskými normami. Člověk si je začíná uvědomovat až když se začnou v chování projevovat ve formě „symptomů“. Pro Freuda byl původně symptom formou, jíž se potlačená myšlenka nebo vzpomínka dostává do vědomí. Děje se to nevědomě, protože proces je zkreslen psychickou obranou. Symptom je tedy kompromis, je to produkt konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní. Užívání návykových látek je v rámci psychoanalytické koncepce obvykle považováno za symptom, který je reakcí na nějaký vnitřní konflikt.

Neomezující a nestrukturovaný průběh terapie a porozumění významům těchto jevů představují náplň psychoanalytické psychoterapie. Probíhá postupný proces odkrývání významu postojů, gest, pozic, pocitů, povahy vztahu s ostatními a způsobu myšlení o věcech, které si klient pamatuje možná jen mlhavě, ale ze kterých se často cítí již po mnoho let zmaten, rozrušen nebo v rozpacích (34). Úkolem terapeuta je představit

klienta „sobě samému“, přitom pacient postupně začíná chápat důvody svého zneužívání návykových látek i motivace k následné léčbě **(18)**.

### ***1.7.5 Kognitivně - behaviorální terapie***

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy hrají v oblasti léčby závislostí dominantní roli. Tyto přístupy mají za cíl překonat současné problémy klienta nácvikem žádoucího chování a myšlení. Tato psychoterapie byla založena H.J. Eysenckem, aj. Wolfem a vychází z poznatků I.P. Pavlova a behaviorismu. Behavioralisté nehledají příčiny, ale pracují s tím, že klasickým a instrumentálním (operačním) podmiňováním a desenzibilací mohou měnit současné chování. Skupina A. Badury objevila další druh učení bez pokusů – sociální učení pozorováním vzorového chování. Na poznávacích procesech, především na myšlení, staví kognitivní psychoterapie, která se dělí na Elvisovu racionálně-emoční terapii (boj proti iracionálnímu myšlení) a Beckovu kognitivní terapii (za emoční poruchy odpovídá nesprávné myšlení – kognitivní omyly) **(19)**.

Samotná behaviorální terapie vychází z konceptu učení, je zaměřena na změnu chování klienta. Tato terapie vychází z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. V psychoterapeutickém procesu pak jde o identifikaci těchto naučených vzorců chování, hledání mechanismů jakým jsou udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby jak je změnit. Behaviorální terapeuti považují chování člověka za zákonité, funkční a zaměřené k dosažení určitého cíle. Pečlivou analýzou prostředí, ve kterém se chování vyskytuje prozkoumáním zprostředkujících kognitivních procesů můžeme podle nich porozumět tomu, proč a jak se chováme. Na základě tohoto porozumění můžeme pak klientům pomáhat dosáhnout žádoucí změny. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické **(34)**.

K zakladatelů behaviorální terapie řadíme tedy především již zmíněného J. Wolpeho a H.J. Eysencka, období jasně profilovaného terapeutického směru je vztahováno na 50. a 60. léta 20. století. K výraznému obohacení přístupu přispělo

spojení behaviorální terapie s kognitivní terapií. Z terminologického i klasifikačního hlediska je třeba jednotlivé směry rozlišovat, neboť některé vycházejí z částečně odlišné terminologie a nemají ani společnou historii. Za zakladatele a duchovního otce spojení kognitivní a behaviorální terapie se považuje dvojice Mahoney a Meichenbaum (18).

Kognitivně-behaviorální (KBT) přístupy vycházejí z toho, že léčba užívání návykových látek zahrnuje několik fází a do těchto pak vstupují:

- Identifikací vysoce rizikových situací a klasicky podmíněných spouštěčů touhy po droze a vypracováním strategií, které by omezily její výskyt.
- Osvojením schopnosti úspěšně odolávat touze a nepříjemným afektům.
- Učením, jak se vyrovnat s maladaptivními myšlenkami na užívání drog a alkoholu a jak je, pokud možno, zvládnout.
- Učením, jak se vyhnout užívání, když se člověk nachází v jinak nevyhnutelné vysoce rizikové situaci.
- Vytvořením základního krizového plánu, jak se vyrovnat s vysoce rizikovými situacemi, ve kterých jiné schopnosti nefungují.
- Učením, jak objevovat různé způsoby, jakými se může člověk postavit znovu na nohy.
- Vymýšlením aktivit a vztahů, které ve střízlivém stavu přinášejí potěšení, jež dokáže kompenzovat pocity prázdnoty a ztráty po odstranění drogy ze života (34).

KBT přístupy jsou dnes využívány velmi široce v různých léčebných systémech a zařízeních pro drogově závislé. Relativně jasná strukturovanost, poměrně výrazný efekt v prvních fázích léčby a vzájemná kompatibilita s dalšími postupy činí z tohoto přístupu nedílný prvek jak ambulantní, tak také ústavní léčby. Mnohé z léčebných modalit si bez KBT přístupu nejde ani představit. Obecně můžeme říci, že KBT metodami v léčbě závislosti můžeme v relativně krátké době dosáhnout poměrně výrazných výsledků, které však bez další návaznosti a kombinaci především s dynamicky orientovanými psychoterapeutickými přístupy bývají spíše krátkodobě a efekt se rychle vytrácí. Jako příklad můžeme uvést třeba craving (bažení po droze), který bývá v počáteční fázi velice kvalitně podchycen KBT terapií, ale pokud tato

technika není následována dynamicky orientovanou terapií, její efekt by brzy vyprchá (18).

### **1.7.6 Dynamická terapie**

Cílem dynamické psychoterapie je odhalit skryté příčiny chování klienta a odkrýt jeho neuvědomělé konflikty. Najít jejich souvislost se současnými problémy a pomocí získaného vhledu uskutečnit odpovídající nápravu. V rámci psychoterapeutického procesu jsou uplatňovány techniky volných asociací, techniky výkladu snů, interpretací, znovuprožití ve slovech nebo také ve hře či kresbě (40).

Psychodynamická léčba tedy zdůrazňuje především odkrývání a práci s nevědomým materiálem. V rodinné terapii se to děje prostřednictvím 1) odkrývání nevědomých interpersonálních procesů; 2) odkrývání a práce se zakázanými pocity, jako je např. zlost a zklamání, 3) pomoci členům rodiny zaměřené na to, aby pochopili, jak se vzájemně podporují obrannou strukturu. Nevědomé interpersonální procesy ovlivňují fungování rodiny mnoha způsoby, používá se například termín „projektivní identifikace“. Jde o proces, ve kterém jeden člen rodiny nevědomě vyvolá určité chování druhého (34).

Dynamická psychoterapie se dělí na klasickou Freudovu psychoanalýzu, Adlerovu individuální psychologii (hybnou silou není sexuální pud, ale životní cíl, rodinná konstelace a vlastní postoj) a Jungovu analytickou psychologii. Moderní psychoanalýza se dále dělí na egopsychologii (vývoj Já je autonomní a nelze odvodit z Id), psychologii objektivních vztahů (vedle pudů je také určující vliv vztahů k lidem; Kleinová, M., Kernberg, O.) a selfpsychologii (Kohut, H.). Dynamickou psychoterapii teoreticky rozpracovával Fromm E., prakticky Horneyová K. a Sullivan H. Pouhé základní uspořádání převzala Rogersovská psychoterapie zaměřená na klienta, podle níž je důležité vcítění se do problémů klienta, vřelost a opravdovost, zatímco teorie a speciální techniky jsou nepodstatné (20).

Pokud se při práci s rizikovou mládeží používá individuální dynamická psychoterapie, je většinou kombinována se skupinovými psychoterapeutickými a

režimovými postupy. Jen zřídka se provádí jako hlavní, samostatný přístup k ovlivňování rizikové mládeže. Dynamicky orientovaný psychoterapeut by měl umět akceptovat klienta se všemi jeho slabostmi i chybami. Akceptovat klienta však není totéž jako jeho delikventní sklony schvalovat. Nemenší obtíž při individuální psychoterapeutické práci s rizikovou mládeží představuje nízká ochota těchto mladých lidí podstupovat zdlouhavý proces založený jen na verbální výměně mezi terapeutem a klientem. Z tohoto důvodu vnímají terapeuti orientovaní na práci s dospělou klientelou mladé lidi ohrožené sociálním selháním jako nemotivované a pro individuální psychoterapii nevhodné. Ti psychoterapeuti, kteří se na práci s těmito mladými lidmi specializují, se opírají o arteterapeutické techniky nebo o zpracování příběhů obsažených v pohádkách či ve výtvorech populární kultury. U mladých lidí platí obecně, že psychoterapeutické propracování rozumového náhledu na motivy je pro ně málo zajímavé a terapeuticky málo účinné. Individuální psychoterapie má u nich naději na úspěch zejména tehdy, když jim umožní setkání s pevnou, přijímající a autenticky se chovající dospělou osobou. Pokud se to podaří, stane se terapeut reprezentací ego-ideálu a vztah k němu výrazně ovlivní klienta (25).

### ***1.7.7 Rodinná terapie***

Rodinná terapie patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů pro drogově závislé. Je založena na různých teoretických východiscích jako je kognitivně-behaviorální, systémová, strategická rodinná terapie apod. Rodinnou terapii je výhodné kombinovat s dalšími léčebnými metodami. Při léčbě závislosti na drogách může změně v rodinném systému napomoci třeba i jen krátkodobá hospitalizace. Rodina může být zdrojem masivní patologie a četných problémů, může být ale i zdrojem veliké emoční podpory. Fungující rodina zmírňuje dopad nadměrného stresu a dobré rodinné vztahy často motivují k léčbě a k pozitivní změně (28).

K rozhodnutí požádat o psychoterapeutickou pomoc pro dítě dojde obvykle uvnitř v rodině. O tom, které dětské potíže jsou natolik závažné, aby rodina zvažovala zásah zvenčí, mohou rozhodovat kulturní hodnoty rodiny. Tyto hodnoty se rovněž



podílí na tom, zdali je zásah v podstatě vítaný, přijímaný s odporem nebo obávaný. V praxi jsou nejčastější dvě situace. Tou první je spolupráce s rodiči nezletilého nebo mladého dospělého pacienta, nejčastěji závislého na nealkoholových drogách. Druhou situací je spolupráce s partnerem nebo partnerkou dospělého, nejčastěji na alkoholu závislého klienta (12).

Stává se, že terapii zahájí jen jeden člen, například dítě s problémovým chováním nebo dospívající muž či žena s vážnými emocionálními potížemi. V průběhu terapie však vyjde najevo, že se problém netýká jen daného člověka, ale je třeba změnit chování celé rodiny (37).

Metody rodinných terapeutů velmi liší. Někteří nechávají rodinu modelovat klíčové události jejího života, aby viděli, jak se jednotliví členové rodiny v dané situaci chovali. Další přístup pracuje s tabulkami a diagramy znázorňujícími různá spojení a neshody v rodině. Někteří terapeuti pracují metodou tzv. sochařství, při níž se všichni členové rodiny mlčky uskupí do sousoší znázorňujícího jejich vzájemné vztahy. Tato technika je jednou z mnoha, která rodině nabízí zpětnou vazbu a výsledkem je nezřídka velké překvapení. Někteří terapeuti volí metodu práce s více rodinami současně, protože člověk snadněji odhalí narušené fungování v jiných rodinách než ve své. Tímto způsobem poznání situace v jiných rodinách, může získat cenný náhled i na situaci ve vlastní rodině (14).

Jak uvádí Matoušek, O., na sociální síti rodiny, napojení na své sociální okolí závisí schopnost rodiny vychovávat děti a vyrovnávat se s těžkostmi. Sociální síť rodiny je koalice rodin na sobě závislých, do níž se někdy počítají ještě jiní nepříbuzní lidé (přátelé, známí, případně i profesionálové pracující v institucích, jež s rodinou přicházejí do styku). Tak jako platí o jednotlivcích, že jejich duševní a tělesné zdraví souvisí s jejich vazbami na rodinu, platí o pospolu žijících malých rodinách, že mnohé aspekty jejich prosperity jsou závislé na vazbách v širší rodině (24).

Další terapeutické přístupy se snaží o podrobný rozbor hodnotového systému rodiny, jehož poznáním je možné rodině pomoci najít nové způsoby navazování vztahů. Může se jednat o práci na sestavení jejího rodokmenu (genogramu) nejen kvůli zachycení vazeb mezi jednotlivými členy, ale zejména k rozpoznání rodinných rysů a

podobností. Dnes nejrozšířenější způsob rodinné terapie je založen na teorii systémů. Tento přístup se nezabývá rodinnou historií v takové míře jako každodenními interakcemi a vlivem chování jednoho člena rodiny na ostatní. Rodinná terapie se snaží objasnit, jaké vlivy problém udržují a potom se je pokouší změnit. Strukturální terapie vychází z toho, že určité uspořádání a vztahy v rámci rodiny jsou užitečnější než jiné. Snaží se najít takové úkoly a cíle, které rodinu navedou pozitivním směrem **(14)**.

Rozpoznání specifického způsobu fungování rodiny může také pomoci k nalezení determinant, které problém udržují. Základem je předpoklad, že symptomy, které jsou terapeutovi prezentovány, jsou ve skutečnosti neuspokojivým řešením rodinných problémů. Oslabením významu symptomů maskující hlubší potíže se objeví nový vzorec fungování rodiny. Použitá terapeutická strategie může být stejná jako u strukturálního přístupu, ale bývá přesněji formulována a úkoly jsou cílenější. Variací této strategické práce může být užití paradoxu, kdy k rodinám, u nichž se zdá, že nebudou jednat na základě odborné rady, přistupujeme s tímto předpokladem v mysli. Základní principy intervence zůstávají stejné, ale práce je náročnější. Jedním z přístupů, který lze při paradoxním přístupu použít, je vytváření nového rámce. Symptom je akceptován a jeho význam pozitivně přeznačkován **(31)**.

Důležitým pohledem na léčbu klienta závislého na drogách je fakt, že problémy s návykovými látkami sice vznikají v kontextu rodiny, ale že rodina tyto problémy „nezpůsobila“. Na rodinu je správné pohlížet jako na součást řešení a ne ji obviňovat **(28)**. Při zvýšené zátěži v rodině, kterou nepochybně závislost na drogách některého jejího člena je, je pro její fungování důležitá míra odolnosti celého rodinného systému. Při zkoumání odolnosti rodinných systémů je základní otázkou, proč při zvýšené zátěži a stresu některé rodiny vydrží, zatímco fungování jiných je ohroženo. Mezi vnitřní zdroje odolnosti rodiny patří soudržnost rodiny, její flexibilita, společně sdílená duchovní orientace, otevřená komunikace, rodinné tradice apod. Pokud je stres v rodině chápán jako výzva či úkol, jsou lepší předpoklady k jeho zvládnutí. Odolnost rodiny má i své vnější zdroje. Jde především o (výše zmíněnou) sociální podpůrnou síť, tj. pomoc a podporu ze strany širší rodiny, přátel, sousedů, církevních společenství, ale i o některá sociální opatření a ekonomickou stabilitu **(38)**.

### 1.7.8 *Hagioterapie*

Hagioterapii, tzv. náboženskou terapii, označujeme jako nový směr psychoterapie. Náboženskost představuje geneticky podmíněnou vlastnost lidské psychiky a hranice mezi ateismem a náboženskou vírou nejsou zcela jasné.

Za nejdůležitější indikaci hagioterapie se považují ty psychopatologické stavy, u nichž lze předpokládat, že nedostatečná konzistence morálně hodnotových struktur, rozkolísání morálně hodnotových obsahů. V praxi jde především o pacienty z oddělení závislostí, jak mužů tak žen, ale i o pacienty s neurotickými poruchami, poruchami prožívání životního smyslu či poruchami osobnosti (33).

Základní terapeutickou formou jsou skupinové "meditace" nad biblickým textem inspirované duchovními postupy Františka Saleského, Ignáce z Loyoly a Ludvíka Granadského. Z psychologického hlediska jde v zásadě o tematicky orientované skupiny, jejichž otázky a problémy jsou inspirovány náměty biblických příběhů a zde obsaženými morálními konflikty a životními postoji. Skupiny jsou direktivně řízené, fluktuující, průběžně obměňované a alternativně dobrovolné. Zaměřují se na zpracování názorů a postojů. Očekává se, že každý účastník se k tématům vyjádří, a to konkrétně a ze své osobní zkušenosti, že promluví o svých zážitcích a pocitech. Vysoce se oceňuje upřímnost, přímočarost a schopnost být "sám sebou" v nejlepší slova smyslu, každá neupřímnost se "trestá". To se týká nejenom klientů, ale i terapeutů.

Terapeutická intervence si klade v zásadě dva cíle: obecný a speciální. Obecný se zaměřuje na rozbíjení obrazu falešného sociálního Já, respektive na rezignaci závislosti klienta na sociálním sebepojetí. Současně se zaměřuje na přitakávání pravému, dosud většinou odmítanému autentickému Já. Konečným terapeutickým cílem v tomto smyslu je navození stavu vstřícnosti k zásadní osobnostní proměně a restrukturalizaci hodnotového systému, s jakým se setkáváme například při hlubokých náboženských konverzích či v úvodních stádiích "kapitulace" v samořídících skupinách typu Anonymních alkoholiků či Anonymních narkomanů.

Speciální cíl terapeutického ovlivňování postihuje oblast morálně axiologickou. V prvním stupni spočívá v procvičování schopnosti přejímat odlišné sociální

perspektivy, v konkrétním případě tedy schopnosti prožitkového ztotožňování se s jednotlivými postavami biblických příběhů. V druhém stupni jde o schopnost zaujímání hodnotově morálních postojů k nejrůznějším morálním dilematům.

Hagioterapeutické aktivity probíhají již řadu let například v Psychiatrické léčebně Bohnice. Za tu dobu prošlo těmito aktivitami mnoho set pacientů a byly nashromážděny značné terapeutické zkušenosti. Přes vysokou dynamiku jsou skupinová setkání velmi oblíbená, dokonce i u participujícího zdravotnického personálu, neboť je zjevné, že náboženská má silný vliv na duševní život člověka. Toho lze využít v terapii, a to nejen u lidí religiozních, ale i u lidí s areligiozním sebeobrazem. Po překonání počáteční nedůvěry ("zase nás bude někdo evangelizovat") lze většinou pozorovat nárůst touhy po zaobírání se vyššími hodnotově morálními, případně náboženskými podněty a konfrontování se s nimi, a to i u klientů bez vyššího vzdělání a jinak bez intelektuálních zájmů.

Naprosto převažující část klientů se zpočátku označuje za nevěřící, ale v ovzduší skupinové koheze se často ukáže, že skutečná psychická realita je mnohem složitější. Za velké pozitivum ze strany klientů bývá často v této souvislosti označováno to, že se klienti poprvé v životě cítí oslovováni spirituálním základem samořídících terapeutických skupin typu "Anonymních alkoholiků" či "Anonymních narkomanů" (33).

### **1.7.9 Apolinářský (Skálův) model**

Model léčby závislostí byl uvedený do praxe doc.MUDr. Jaroslavem Skálou, CSc. (též Skálův model), známý i v zahraničí. Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. je nestorem české protialkoholní léčby, jeho metoda se aplikuje i na léčbu nealkoholových drog. Založil léčebnu v Praze u Apolináře a vůbec první záchytku na světě. Sám stál v čele instituce čtyřiatřicet let. Proslul tvrdým způsobem léčby, kterému říkal ve zkratce PRS neboli Program, Režim, Systém. Osobně však před výrazem "tvrdý" postup dává přednost přívlastkům "náročný" nebo "důsledný". Skálovy metody averzní terapie jsou

vyvažovány vykupitelskou otcovskou starostí o klinické případy, což strohému, ráznému, houževnatému člověku některé slabé povahy neodpouštějí (9).

Spojuje zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, projevující se zejména v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. V terapeutickém týmu se tradičně uplatňují pracovníci se středním vzděláním i tzv. laičtí terapeuti. Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, což je v léčbě závislostí pravidlem, ale i odpovědnost kolektivní (pochybení či režimový prohřešek jednoho pacienta se pokládá za pochybení ostatních, v konkrétním případě pražského Apolináře se postih týká asi 10 nejbližších spolupacientů, sdílejících jednu "světnici"). K dalším důležitým složkám Apolinářského modelu patří posilování fyzické zdatnosti pacienta a systematická práce s jeho rodinou. Apolinářský model aplikoval v oblasti závislostí principy terapeutické komunity nejen jako první u nás, ale jako jeden z prvních na světě vůbec (1949); uplatnění rodinné terapie (1965, vznik Střediska pro děti, mládež a rodinu 1967) bylo prvenstvím přinejmenším v tehdejší Československu (36).

Jako zajímavost uvádím, že Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP a občanské sdružení SANANIM vyhlašují každým rokem soutěž o Cenu Jaroslava Skály. O cenu se mohou ucházet autoři inovativních přístupů, článků, přednášek, publikací a výzkumů v oblasti prevence a léčby drogových závislostí. Vítěz ceny obdrží certifikát a finanční ohodnocení.

### ***1.7.10 Socioterapie***

Sociální rehabilitace je vnímána jako velmi podstatný proces, který je jakýmsi „vavřínem“, neboť naplňuje vlastní smysl léčby u drogově závislé osoby. Teprve reálná konfrontace se světem mimo zdi léčeben a ambulancí ověřuje, zda klienti dosáhli svého cíle, který zdánlivě vágně označujeme jako „žít normální život“. Cílem sociální rehabilitace je reintegrace závislého do společnosti prostřednictvím znovunabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.

V individuálně psychologickém pohledu pak tyto skutečnosti ovlivňují znovunabytí sebeúcty a kompetence vést život v běžné společnosti **(28)**.

Délka a způsoby konkrétních intervencí souvisí s hloubkou a šíří změn, které jsou individuálně odlišné. Nejčastější okruhy problémů spojených se sociální rehabilitací zpravidla obsahují:

- narušenou nebo neexistující síť blízkých vztahů a naopak dlouhodobou nebo „zablokovanou“ schopností blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet,
- nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, vyjadřování emocí a „adekvátního“ sebeprosazení
- nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti a návyky
- právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut
- životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění.

Kombinace poradenských, tréninkových a vzdělávacích aktivit, které určitý terapeutický prostor nabízí k vytvoření potřebných změn ve výše uvedených oblastech, může být doplněna řadou sociálně podpůrných služeb týkajících se rozvoje profesního vzdělání (chráněné dílny), způsobů aktivního trávení volného času v akceptujícím společenství (socioterapeutické kluby), nebo více či méně dočasným sociálním zabezpečením v podobě chráněného bydlení **(18)**.

### ***1.7.11 Arteterapie***

Arteterapii chápeme jako psychoterapeutický postup, který se opírá o výtvarné projevy klientů. Bývá součástí etablovaných psychoterapeutických postupů, málokdy je využívána samostatně, spíše dodává kompletnímu terapeutickému procesu další rozměr a obohacení. Během výtvarného vyjadřování dochází k manifestaci vědomých i nevědomých tendencí člověka. Terapeuti podporují a povzbuzují klienty ve spontánním výtvarném projevu, nebo jim předkládají ke zpracování určitá témata **(1)**.

Cílem arteterapie není vytvořit umělecké dílo, ale poskytnout prostor pro projevení emocí, vnitřní rozvoj a sebepoznání. K často zadávaným tématům ke

zpracování patří např. můj erb, čára mého dosavadního života, naše rodina, na čem mi v životě záleží apod. (28).

### ***1.7.12 Muzikoterapie***

Muzikoterapii lze rozdělit na aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii se využívá zpěvu, práce s hlasem a hry na různé, třeba improvizované nástroje. Pomocí nástroje je možné vyjadřovat pocity, vztah k jinému člověku apod. Receptivní muzikoterapie využívá poslechu hudby. Ta může souznít s náladou klienta nebo pokud má momentálně náladu nepříjemnou (deprese), lze ji pozvolna pomocí hudby přeladit. Hudba může se také vyvolat silné emoce, které se následovně nebo průběžně vyjadřují např. kresbou nebo se o nich hovoří při skupinové terapii. Muzikoterapii kombinujeme také s jinými technikami, například v rámci jógové relaxace (1).

### ***1.7.13 Poetoterapie***

Poetoterapie u závislých pomáhá uvědomovat si emoce a komunikovat. Sdílení pocitů může zvýšit kohezi a zájem o druhé. Klientům lze zadat, aby si do příští skupinové terapie každý připravil nějakou báseň. Sejdou se tak citově hluboké, byť někdy neumělé verše a rýmovačky. Po přečtení básně je možné se skupiny ptát, jaké pocity v nich vyvolala, jestli se někdo cítí podobně, komu z přítomných by chtěli báseň věnovat a podobně (28).

### ***1.7.14 Psychodrama***

Tato terapeutická metoda byla vyvinuta americkým psychiatrem J.L. Morenem. V podstatě jde o přehrávání různých scének „jako na divadle“, s cílem umožnit klientovi porozumět svým problémům, odreagovat se, případně nasměrovat k jinému chování. Podporuje spontánnost, výrazovou kreativitu a rozlišujeme vztahové možnosti. Psychodrama lze používat jako jednu z metod v rámci komplexního terapeutického

působení při skupinové terapii nebo jako hlavní prostředek psychoterapie, jemuž se vše ostatní podřizuje. Autorem psychodramatu je klient – protagonist (buď se sám přihlásí nebo může být vybrán terapeutem) a režisérem je psychoterapeut, jenž zasahuje do děje a řídí jej tak, aby došlo k osvětlení problému, případně abreakci a novým pozitivním zkušenostem pro klienta i pro ostatní členy skupiny. Současně však musí terapeut dbát na to, aby nedošlo k traumatizaci účastníků. Fantazii a improvizaci se meze nekladou, hraný děj se týká buď snů, nebo toho, co se stalo v minulosti, přítomnosti, nebo co lze očekávat v budoucnosti (46).

### ***1.7.15 Gestalt terapie***

Gestalt terapie (nebo také tvarová terapie) se spojuje se jménem amerického terapeuta německého původu F. S. Perle. V gestalt terapii nacházíme prvky psychodramatu, dynamické terapie (např. práce s obrannými mechanismy, strategické terapie (např. zesilování určitého negativního pocitu) a terapie humanistické. Užitečnost gestalt terapie při léčbě závislých může být dána její převážnou orientací na přítomnost i tím, že pomáhá zlepšit si sebeuvědomování na tělesné i duševní rovině a rozvíjí spontánnost a zodpovědnost za vlastní jednání. Terapeut může např. vyzvat pacienta, aby hovořil k alkoholu, řekl sklenici, co pro něj znamená, uvědomil si tělesné pocity, které v něm takto vznikly, zesílil je a nechal je projevit navenek. Technika gestalt terapie, prohlubující sebeuvědomění, je „shuttling“, tedy střídání ohniska pozornosti mezi tělesnými a duševními pocity a jejich verbalizace (28).

### ***1.7.16 Strategická terapie***

Nejčastěji se tento směr spojuje se jmény M.H. Ericsona, J. Haleyho J.K. Zdiva nebo manželů Lanktonových. Strategický terapeut využívá podle potřeby relaxační techniky, hypnózu, pozitivní konotaci (reframing), předpis symptomu, využívá odporu, často pracuje s rodinou nebo blízkými lidmi, obvyklé jsou různé „domácí úkoly“. Časté je i využívání nepřímých sugescí, překvapení nebo šoku. Terapeut může položit skupině



otázku kolik si myslí, že zemře ročně klientů na následky požívání návykových látek, uvede statisticky uvedené číslo a skupinu donutí si představit hromadu daných mrtvol. Na takto vyvolaný šok pak navazují konstruktivní návrhy týkající se léčby závislých (34).

Strategickou terapii můžeme rozdělit do určitých stádií. Tato stádia se mohou překrývat nebo se může měnit jejich pořadí:

- *Vytvoření rámce terapie* – navázání kontaktu, vytvoření důvěry, posílení motivace, využití existujících pozitivních nebo použitelných vzorců chování k dosažení terapeutického cíle.
- *Destabilizace dysfunkčního systému* – dosahuje se nadsázkou nebo zveličením určitého chování, navrhováním drobných změn, jež rozrušují nevhodné stereotypy, nebo zablokování těchto stereotypů jiným způsobem.
- *Transformace systému* – destabilizovaný systém se dá pozitivně ovlivnit např. hypnózou, relaxačními technikami, autosugescí.
- *Upevnění a integrace pozitivních změn* – pozitivní změna by měla být přenesena do každodenních situací klientova života. Využíván je nácvik zvládnání určitých situací, sebeoceňování. Tento prvek je velmi důležitý, protože řada závislých o sobě má špatné mínění a jejich sebevědomí je nízké. Terapeut nechává klienta vybavit si situace, kdy jej někdo chválil, oceňoval, staral se o ně.

Strategická terapie je zvláště užitečná u tzv. rezistentních pacientů nebo jejich rodin, strategický terapeut odpor nekonfrontuje, ale využívá (28).

### **1.8 Integrace psychoterapie a farmakoterapie**

Psychoterapie potencuje další léčebné postupy a naopak. Konkrétně psychoterapie v kombinaci s farmakoterapií je model mající jedinečné vlastnosti, navzájem se totiž ovlivňují. Extein a Bowers rozlišují mezi poruchami stavů, které popisují jako časově omezené, autonomní a nereagující na psychoterapeutické zásahy (akutní psychózy nebo delirium), a mezi poruchami osobnostních vlastností, definovanými jako „dysfunkční vlastnosti“, které si mají lidé sklon vytvářet a nést po celý život a které se projevují jako

předvídatelné vzorce interakce a reakce na stres. Na tyto způsoby jednání působí spíše než léčba medikamentózní léčba psychosociální. Poruchy stavů a osobnostních vlastností jsou na sobě nezávislé, u jedince však mohou být přítomny obě dvě současně (46).

Drogová závislost má atributy obou druhů poruch. Farmakoterapie a jiné lékařské zásahy jsou nutné většinou tam, kde je přítomna porucha stavu (odvykací symptomy spojené s fyzickou závislostí, intoxikace drogou a psychózy způsobené drogami) a kde je malá pravděpodobnost reakce na psychoterapii. Obdobně může být indikována psychoterapie u těch aspektů zneužívání látek, které mají vztah k osobnostním rysům a u nichž lze předpokládat malé ovlivnění farmakoterapií (posilování motivace ke snížení užívání drog, omezení dostupnosti drog, vyhýbání se rizikovým situacím a vytvoření sociální podpory v prostředí bez drog) (28).

Psychoterapie a farmakoterapie fungují na bázi odlišných mechanismů a zaměřují se na rozdílné oblasti symptomů či problémů. Poskytnutí podpory pomocí psychoterapie ale může pomoci klientovi překlenout negativní vedlejší účinky, které má většina farmakoterapií. Na druhé straně stabilizace a posilování naděje prostřednictvím podávání léku může podpořit vytrvání v léčbě během počátečních stádií, kdy je vytvářené terapeutické spojení ještě křehké. A v některých případech je stabilizace pomocí substitučních látek (např. metadonu) nutná už jen k tomu, aby mohly vzniknout podmínky, ve kterých bude klient schopen podstoupit psychoterapii. Kombinace různých forem léčby, které většinou působí na rozdílné symptomy, může být efektivní strategií léčby velmi širokého spektra problémů, kterým musí drogově závislý člověk čelit (34).

## 2 Cíle práce a hypotézy

Cílem mé diplomové práce je zmapovat efektivitu jednotlivých variant psychoterapeutických přístupů v léčbě drogové závislosti jakožto stěžejního bodu práce s klientem. Upřednostňuji zkoumání léčby závislosti na nealkoholových drogách., přestože v jedné z vybraných léčeben, kterou jsem zahrnula do výzkumného vzorku, se léčí také osoby závislé na alkoholu a patologičtí hráči.

Dalšími výstupy mého výzkumu je vyhodnocení spokojenosti klientů se službami léčebného zařízení, ve kterém se momentálně snaží zbavit závislosti na drogách, ale také zkušenost s případnou předchozí léčbou. Zajímá mě také srovnání názorů klientů a terapeutů na léčbu drogové závislosti a na efektivitu prováděných terapií v psychiatrické léčebně oproti terapeutické komunitě.

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, hypotézy budou stanoveny na základě provedeného výzkumu.

## 3 Metodika

V sociálněvědním výzkumu se uplatňují dvě základní formy výzkumu, kvantitativní a kvalitativní. Pro svou diplomovou práci jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu. Pro zpracování tématu mé práce „Psychoterapie v léčbě drogových závislostí“, považuji formu kvalitativního výzkumu za vhodnější, jelikož se díky němu mohu dostat více do hloubky této problematiky.

Kvalitativní výzkum spočívá právě v hloubkovém studiu jednotlivých případů, jeho cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o dané problematice (15).

Pro výzkum v mé práci jsem zvolila základní techniku sběru dat typickou pro kvalitativní výzkum, tj. strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon, anonymitu respondentů a souhlas s audio záznamem jsem ošetřila formou písemného „Informovaného souhlasu“, kdy mi respondenti stvrdili svým podpisem souhlas se zaznamenáním rozhovoru na diktafon. Druhým formulářem

„Prohlášení“ jsem se svým podpisem zavázala k tomu, že zjištěné skutečnosti budou sloužit pouze k výzkumu pro mou diplomovou práci.

Dalším způsobem provedení mého výzkumu bylo pozorování, a to ve formě pozorování jako účastníka. Pozorovatel jako účastník funguje spíše jako tazatel. Provádí pozorování, ale málo se zúčastňuje dění ve skupině. Ostatní jsou si vědomi jeho totožnosti (15). Při provádění mého výzkumu jsem se zúčastnila 2 psychoterapeutických komunit spolu s terapeuty a pacienty v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Sběr dat probíhal během měsíců leden - duben 2007. Výzkumný soubor je tvořen celkem 23 respondenty. Pro větší přehlednost jsem soubor rozdělila na vzorek „A“ – ten tvoří 4 terapeuty a 11 pacientů psychiatrické léčebny Červený Dvůr a vzorek „B“ – tvořený 2 terapeuty a 6 klienty Terapeutické komunity Karlov. Obě léčebny byly cíleně vybrány kvůli podobné několikaměsíční délce léčby, ale úmyslně jsem zvolila odlišný typ léčebny s jiným systémem léčby. Respondenty jsem vybírala formou náhodné volby v cílové skupině.

Po výběru zařízení jsem navázala kontakt s oběma řediteli léčeben, získala jsem souhlas pro svůj výzkum, provedla opakovanou návštěvu, domluvila podmínky rozhovoru a ošetření anonymity všech respondentů a poté jsem přijela do léčebny uskutečnit svůj výzkum.

Další podklady a informace důležité k mému výzkumu jsem čerpala studiem literatury a internetových zdrojů.

#### Základní informace o jednotlivých respondentech:

##### ***Výzkumný vzorek „A“ - Psychiatrická léčebna Červený Dvůr***

###### *Terapeuty:*

*Petra*, 30 let, psycholog

*Martin*, 29 let, psychiatr

*Šárka*, 27 let, psycholog

*Jan*, 27 let, psycholog

Pacienti:

*Petr 1*, 32 let, Tábor, základní vzdělání, první kontakt s drogou - LSD v partě v 15 letech, pak pervitin, léčí se podruhé.

*Petr 2*, 20 let, Chomutov, základní vzdělání, ve 13 letech poprvé marihuana, pak léky diazepam, tramal, v 15 letech na diskotéce pervitin, léčí se podruhé v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

*Jakub*, 18 let, Ústí nad Labem, základní vzdělání, poprvé ve 13 letech marihuana, potom extáze, pervitin, léčí se poprvé.

*Markéta*, 18 let, Písek, přerušená střední zdravotnická škola, poprvé kontakt s drogou v 15 letech – rovnou nitrožilně pervitin.

*Miloslav*, 35 let, Zruč nad Sázavou, vyučený tesař, poprvé v 17 let pervitin, léčí se počtvrté.

*Martin*, 25 let, Ústí nad Labem, střední odborné vzdělání, první kontakt s drogou – od 13 let kouřil heroin, v 15 letech pervitin, léčí se počtvrté.

*Zdeněk*, 26 let, Teplice, vyučený zedník, poprvé ve 12 letech marihuana, od 13 let pervitin, od 14 let heroin, léčí se poosmé, teď je zde kvůli závislosti na alkoholu, přes 3 roky nebere drogy, závislosti se zbavil v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

*Honza*, 20 let, Kaplice, vyučený truhlář, poprvé v 1. ročníku na učilišti kouřil marihuanu, tvrdé drogy ve druhém ročníku, pak lysohlávky, tramal, subutex, pervitin, heroin, léčí se poprvé.

*Pavel*, 24 let, Uherské hradiště, vyučený truhlář, nedodělaná nástavba, pracoval, než ho vzali do vazby za distribuci omamných a psychotropních látek, poprvé kontakt s drogou přes přítelkyni ve 20 letech - pervitin, léčí se poprvé.

*Milan*, 27 let, Teplice, vyučený tesař, poprvé marihuana v 16 letech, od 18 let pervitin a heroin, léčí se podruhé, předtím se léčil 4 měsíce v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, po návratu domů recidiva.

*David*, 29 let, Loděnice u Berouna, střední průmyslová škola, první kontakt s drogou ve 14 letech na diskotéce - marihuana a pervitin, pak 4 roky heroin, subutex., léčí se potřetí, jednou léčebna Řevnice a pak komunita v Majdaleně.

*Výzkumný vzorek „B“ - Terapeutická komunita Karlov*

Terapeuti:

*Petr*, 40 let, vedoucí TK

*Petra*, 21 let, terapeutka

Klienti:

*Vítek* - 23 let, Praha, vyučený elektrikář, živil se prodejem drog, první kontakt s drogou v 9 třídě - marihuana, od 16 let pervitin, léčí se poprvé.

*Michal* - 22 let, Jičín, základní vzdělání, první kontakt s drogou od bratrance ve 13 letech - pervitin, od 15 let heroin, 2 roky vězení za krádeže, léčí se poprvé.

*Kristýna* - 16 let, Praha, přerušené SOU, od 4. třídy alkohol a cigarety, denně do 8 třídy, potom marihuana, následoval pervitin, léčí se podruhé (předtím Bohnice).

*Saša* - 23 let, Ústí nad Labem, základní vzdělání, nedoučený elektrikář, poprvé v 15 letech marihuana, 18 let pervitin od přítelkyně, první léčba.

*Honza* - 19 let, Božíčany u Karlových Varů, základní vzdělání, 1 rok keramické školy, poprvé ve 13 letech taneční droga, do 15 let marihuana, od 18 let pervitin a žil na ulici, navazuje na předchozí léčbu (5 měsíců léčba - Červený Dvůr).

*Katka* - 17 let, Praha, základní vzdělání, poprvé droga u kamaráda pervitin, dále marihuana, následuje opět pervitin, potom heroin. Léčba popáté – 2x Bohnice, 2x Jemnice, pokaždé vyloučena za porušení pravidel nebo útěk.

## 4 Výsledky

### ➤ Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „A“- terapeuti

V rámci výzkumu ve své diplomové práci jsem zjišťovala, co motivuje terapeuty k práci s drogově závislími a proč pracují právě v Psychiatrické léčebně Červený dvůr.

Kromě Martina, který se na práci s lidmi bojujícími se syndromem závislosti zaměřil úmyslně již při studiu, neměli ostatní respondenti původní záměr pracovat s drogově závislími. Po nějaké době práce zde podle Šárky pochopili, že drogově závislí jsou také lidé kteří mají problémy jako spousta ostatních, jen je řešili právě drogou. Důležitá je také zpětná vazba od klientů, která motivuje k pokračování v práci s drogově závislími.

Podle Petry je na této práci náročné srovnat se s těžkými osobními příběhy klientů, když do nich terapeuti investují svou energii a profesní vědomosti a oni stejně nenajdou ten správný náhled a recidivují, je těžké se smířit s „prohrou“. Dalším důvodem je, že zařízení není velký kolos a typické zdravotnické zařízení, ale pracuje zde menší terapeutický tým.

Všichni respondenti se shodli na tom, že se jim líbí zámecké prostředí léčebny jak z venku, kde je krásný park, tak i vevnitř v historických prostorách budovy, prostředí působí pozitivně na personál i na pacienty samotné – léčí totiž „samo o sobě“. U Šárky a Jana jsem zaznamenala jako motivaci pro práci právě zde silnou profesní náklonnost k řediteli léčebny, jelikož mu skutečně záleží na léčebně i léčbě pacientů a také pro jeho upřímnou snahu o férovost a pravdu. Vyhovující je i koncepce léčebny, protože přímo vtahuje pacienta do chodu provozovny a může se podílet na jejím provozu, pacienti zde mají ucelený a naplněný program. V neposledním řadě hraje velkou roli pro výběr pracovního místa v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr její výborná pověst co se úspěšnosti léčby týče.

Respondentů jsem se dále ptala na to, co za dobu své praxe v léčebně díky zpětným vazbám od klientů vědí o tom, co klientům na této léčebně nejvíc vyhovuje,

proč se léčí právě zde a co jim případně nevyhovuje a změnili by, kdyby k tomu měli příležitost.

Klientům zde podle terapeutů nejvíce vyhovuje prostředí, areál, park, krásné prostory uvnitř budovy. Dále kvalitní tým personálu, vyhlášená dobrá pověst léčebny. Vyhovují jim pravidla která musí dodržovat, jsou jim sice nepříjemná, ale pokud jsou motivovaní, tak vědí, že jim v léčbě pomáhají.

Terapeutka Šárka: *„Pacientům se v léčebně líbí, protože je zde výborné ubytování, jídlo ,oni sem jdou třeba rovnou z ulice, mají to jako odpočívárnu a taky zašívárnu před drogovou mafii, taková Pražská nebo Karlovarská drogová mafie si rozmyslí, jestli je pojedete hledat na periferii republiky.“*

Pacientům z pohledu terapeutů vadí bodovací režim, cítí se často podvedeni, že jsou hodnoceni nerovnoměrně, někdo jim konkrétní prohřešek toleruje a někdo jej trestá body. Podle Jana jim také vadí doznívající zbytky skálovského systému, tvrdého rigidního režimu, cítí také omezování svobod na příkladech jako jsou vycházky, návštěvy, mobily, dívání se na televizi. Nejvíc asi podle jeho názoru může klientům vadit, že se zde pořád tolik uklízí. Nespokojeni jsou také proto, že zde není takový prostor na psychoterapeutickou práci.

Co se pracovní terapie týče, je orientovaná kromě prádelny a kuchyně hlavně na park a zahradnictví, říkají jí „tráva, listí, sněh“..., chybí jim chráněné tvůrčí dílny. Kdyby mohli něco konkrétního změnit, chtěli by více času na skupinovou terapii, která probíhá 1x týdně, přáli by si jí alespoň 2x-3x týdně.

Téma mé práce je směřováno k psychoterapii, potažmo dalším terapiím aplikovaným na klienty se syndromem závislosti, které spolu dohromady tvoří ucelený systém léčby drogové závislosti. Jak jsem zjistila při mém výzkumu, v psychiatrické léčebně Červený Dvůr se léčba skládá z těchto terapií.: Psychoterapie – individuální, skupinová, komunitní, dále pak pracovní terapie, arteterapie, volnočasové aktivity, edukativní přednášky uskutečňované pacienty mezi sebou. Celková režimová terapie a bodovací systém dotváří léčbu k co největší efektivnosti.



Další otázkou bylo, zda pacientům vyhovuje spíše přísná režimová terapie, nebo by uvítali volnější režim v léčbě. Zjišťovala jsem také, jestli terapeuti z osobní zkušenosti a dosavadní praxe vnímají, jak pacienti přistupují k jednotlivým aplikovaným terapiím, nakolik na sobě cítí úspěšnost jednotlivých druhů terapie, a kterou terapii popřípadě z jejich pohledu považují pacienti i oni sami za nejefektivnější.

Z rozhovorů jsem se dozvěděla, že každý den se skládá z předem daného programu, pacient si nemůže zvolit terapie podle svého, ale zúčastňuje se všech naplánovaných aktivit povinně. Terapeuti se shodli na tom, že když pacienti hodnotí pobyt, vyhovoval jim více přísný režim než kdyby měli volnost. Zpočátku je přísná režimová terapie odrazuje, je to velký nápor oproti tomu, na co byli zvyklí, pak v tom ale najdou určité bezpečí a ke konci léčby je to zase odrazuje. Nicméně zjistí, že to bylo užitečné. Podle názoru terapeutky Šárky měl být i v přísnosti pravidel fázovitý proces, detoxifikace, 1-2 měsíce přísná režimová terapie při které se zjistí, jestli je pacient dostatečně motivovaný k léčbě, další fáze už by mohla mít volnější režim se všemi odměnami a výhodami, které souvisí se snahou se léčit. Oblíbená a důležitá je i rodinná terapie – vyhodnocuji ji samostatně v jedné z následujících otázek. Dobrý je pro pacienty také kontakt s venkovním světem díky parku, který je přístupný veřejnosti.

Obecně platí, že pacientům vyhovuje nejvíce skupinová psychoterapie, je z pohledu všech terapeutů považována za nejoblíbenější i nejefektivnější terapii v léčbě drogové závislosti. Co se psychoterapie týče, je důležitá provázanost mezi psychoterapií individuální + skupinovou + komunitní. Dále je mezi pacienty velmi oblíbená arteterapie, která je zde poskytována na velmi vysoké úrovni. Jaká terapie je nejefektivnější, je dáno podle terapeuta Jana konkrétním terapeutem a ne druhem terapie - momentálně se shodují všichni terapeuté, že je u pacientů nejoblíbenější arteterapie.

Na terapiích může klientům vadit podle terapeutů nevyváženost - moc pracovní terapie a málo psychoterapie respektive skupin.

Terapeut Jan: „*Nesedí jim ta terapie, ve které se cítí slabí, když dáme neurotikovi tlustý štětec ať namaluje obrázek, bude se vztekat a bude vyžadovat tenkou tužku, aby mohl*

*namalovat své přesné linky. Dále pacientům nevyhovuje uklízení a čistota vyhnaná až ad absurdum.“*

Návaznou otázkou bylo, jak terapeuti hodnotí, jestli se cítí pacienti lépe při individuální psychoterapii nebo při skupinovém sezení.

Petra: *„Přístup k individuálnímu psychoterapeutickému sezení proti skupině je podle konkrétní osobnosti člověka, zpočátku volí více individuál, pak časem chtějí radši skupinu. Nejefektivnější je skupina.“*

Martin: *„Pacienti se cítí lépe při individuálních psychoterapeutických sezeních, ale je snaha se jim vyvarovat, protože léčba je nastavena na skupinovou psychoterapii. Měli by se tedy naučit svěřovat se ve skupině a přijímat reflexe od ostatních.“*

Šárka: *„Asi se cítí lépe při individuálu, taky si tím předchystají půdu pro skupinu, pokud je nějaké citlivé téma. Jak spolu pacienti už nějaký čas žijí pohromadě, jsou postupně zvědaví na to, jaký je ten druhý a co prožil, to vše se řeší na skupině.“*

Jan: *„Líbí se jim skupinové terapie, ale lépe se cítí na individuálním sezení. Záleží na tématu, pokud je intimní, například když je ve skupině sám homosexuál, bude se stydět, pokud jich na skupině bude víc, nebude se už muset stydět o tom mluvit.“*

Samostatně jsem se věnovala rodinné terapii v otázce zaměřené na její potřebnost a účinnost z pohledu terapeutů.

Rodinná terapie je zde nesmírně důležitá. Probíhá tak, že za pacientem přijedou rodiče, partneři či sourozenci, na celý týden jsou ubytovaní v léčebně (nejbližším rodinným příslušníkům platí pojišťovna právě 1 týden), zúčastňují se celého týdenního programu jako ostatní pacienti. Vymezený prostor pro rodinnou terapii je jak v individuální, tak i ve skupinové a komunitní psychoterapii, hodnotí se na čem rodinné vztahy fungují, v čem je problém. Dále se pak členové rodiny účastní i arteterapie - tvoří společnou koláž, ostatní klienti jsou zde také přítomni. Rodinná terapie probíhá i na skupině. Na závěr týdne se rodina sejde na hodnotící skupině. Jinak celý týden navštěvují členové rodiny i pracovní terapii, zapojují se do všech činností v léčebně, které jsou v programu.

Martin: „*Rodinná terapie je velice účinná, ale ne každý má možnost, aby rodina přijela, asi 40% pacientů má rodinnou terapii.*“

Šárka: „*Rodinná terapie je moc důležitá, nemocný je totiž celý systém, je třeba léčit celou rodinu. Terapeut se pokusí odkrýt problém a pracovat na něm, je třeba uzavřít jasnou zakázku co a jak se má vyřešit, co je reálné vyřešit a co ne.*“

Následující otázka zněla: Jestliže navážou pacienti mezi sebou tady v léčebně kamarádské vztahy, může jim toto přátelství být přínosem v léčbě, nebo je podle vaší zkušenosti častěji demotivuje a stahuje zpět k braní drog.

Terapeuti se shodli na tom, že pokud nejsou tato přátelství navazována v souvislosti s drogou a na principu recipročních vztahů - něco za něco, ale na obyčejném přátelství a sympatiích, ovlivňují tyto vztahy pacienta pozitivně ve smyslu snadnějšího si přivykání na přísnější režim než byli předtím zvyklí, společně si radí jak abstinovat. Léčebna ale preferuje komunitní styl léčby, tudíž přílišné svěřování se jen mezi sebou a izolování se od okolí může být kontraproduktivní. V konečném důsledku je nutné mít na zřeteli, že je zde každý sám za sebe. Ráda bych také zmínila, že vyhodnocuji jen názor na vztahy čistě kamarádského rázu, jelikož sexuální vztahy jsou v léčebně zakázány.

Posledním tématem rozhovoru bylo vyhodnocení kolegiálních vztahů v terapeutickém týmu Psychiatrické léčebny Červený Dvůr.

Až na Petru, byli ostatní dotázaní terapeuti nespokojeni se vztahy, které zde mezi nimi panují. Shodli se v tom, že na to, jaký jsou poměrně malý kolektiv, se stále musí učit lépe zvládat krizové situace.

Jeden z respondentů uvedl, že principem kolegiálních vztahů je, že když lidé odvádí kvalitní práci, tak spolu i dobře vycházejí. Zde se ale podle jeho slov jeden o druhém domnívá, že nevykonává svou práci tak dobře, jak by měl. Nemusí to být vždycky pravda, ale tyto myšlenky tu jsou. Domnívá se, že terapeuti stále neumí pracovat týmově, ačkoli jsou k tomu dobře vedeni a snaží se o to. Chybí jim ale odbornost, výcviky, čas strávený na supervizi, v tomto si respondent myslí, že mají

deficit. Až se naučí pracovat týmově, vztahy se zlepší, přeorientují se z jednotlivých osobnostních problémů na problémy klientů. Dále se domnívá, že zde v léčebně terapeuti ještě jako lidé nemají dostatečně rozvinutou profesionální stránku osobnosti. Místo důležitým problémům se věnují pseudoproblémům mezi sebou v týmu. Hledají na sobě chyby. Nejsou schopni poskytnout kvalitní supervizi, protože mají strach, že bude v rámci supervize zpochybněna jejich osobnost a schopnosti.

### ➤ Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „A“- pacienti

Tento výzkumný vzorek reprezentují pacienti psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Otázky, které se zaměřovaly na první kontakt s ilegální drogou, věk a bydliště pacienta, četnost léčby předtím, než přišli do této léčebny, byly již vyhodnoceny v rámci metodiky při představení jednotlivých respondentů – pacientů.

Pro svůj výzkumu pokračuji v rozhovoru v bloku otázek zaměřených na to, co motivovalo pacienta k nynější léčbě, popřípadě kdo se nejvíc zasloužil o to, že se léčí ze své závislosti a proč si jako léčebnu zvolil právě Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr.

Naprostá většina respondentů byla k současné léčbě motivována pouze sama sebou, často je ovlivnil jejich nepříznivý zdravotní stav, například plastika nohy po nitrožilním užívání drogy. Psychické problémy ve formě „schízny“ hrály velkou roli v motivaci k léčbě u uživatelů pervitinu. Petr 2 a Jakub žili téměř půl roku na ulici a chtějí změnit způsob svého života, protože jim už situace připadala neúnosná. Petr 1 a Miloslav cítí odpovědnost za to, že díky své drogové závislosti a problémy s ní spojené, velmi ublížili své rodině, respektive svým synům, jako motivaci mají tedy především své děti. Pavel je motivován k abstinenci od drog propuštěním z vazby, rád by se už po propuštění k drogám nevrátil. Davidovi vyhovuje, že si zde nemusí léčbu platit, neboť má díky drogám moc dluhů a neměl by na úhradu.

Honza: *„Už jsem sám sebe nezvládal, pokusil jsem se o sebevraždu, chtěl bych žít normálně. Jsem už 1,5 roku nakažený hepatitidou, takže musím přestat brát drogy, jinak mi doktor nenasadí interferon. Zásluhu má i moje matka, dostávala mě na dno, shazovala mě a nechala mě při abstinenci samotného. Kradl jsem taky doma peníze, chci*

*to napravit. Tady mi vyhovuje, že mám víc informací o recidivě, že i jeden panák mě může dostat zase zpátky k fetu.“*

*Markéta: „Zbavit závislosti se chci kvůli své malé sestře, jsou jí teprve 3 roky, nechci totiž, aby vyrůstala v prostředí, kde je feťák a byla tím pak ovlivněná. Jinak rodinu ráda nemám. Červeňák mi doporučila kamarádka, má to tu dobrou pověst, dobrý výsledky.“*

*Zdeněk: „Léčil už jsem se celkem osmkrát, tady jsem podruhé. Poprvé jsem se tu vyléčil ze závislosti na drogách, už to neberu 3 roky. Teď jsem tady kvůli alkoholu, věřím, že když jsem se tady dostal z drog, zbavím se i závislosti na alkoholu.“*

Většina respondentů se shodla na tom, že Psychiatrická léčebna Červený Dvůr má výbornou pověst co se úspěšnosti léčby týče a buď jim byla doporučena jinými toxikomany, kteří se zde léčili, nebo terapeuti z nízkoprahových zařízení – K-center.

Všichni jsou zde fascinováni krásným prostředím uvnitř budovy, historickými sály, které slouží ke skupinové a komunitní psychoterapii a hlavně parkem, který léčebnu obklopuje.

Kromě Zdeňka, který se v Červeném Dvoře při první léčbě zbavil závislosti na drogách a znovu je zde kvůli závislosti na alkoholu, byli všichni dotázaní respondenti při předchozích léčbách v jiných zařízeních neúspěšní, neměli velký zájem hovořit o zkušenostech z dříve absolvovaných léčeb. Po návratu z léčby do původního prostředí znovu zrecidivovali. Všech 9 z celkových 11 respondentů tohoto vzorku, kteří do léčebny přišli kvůli závislosti na pervitinu, uvedli, že problémem jejich recidivy nebyla somatická závislost, nýbrž psychická touha po droze. Všichni respondenti se nicméně shodli na tom, že pokud nejsou motivováni převážně sami sebou, nastupují-li do léčení z drogové závislosti z donucení či kvůli někomu jinému, není léčba efektivní.

Mým dalším záměrem bylo zjistit, jakých druhů terapie se pacienti v rámci léčby zúčastňují a jestli si mohou vybrat určité terapie nebo to mají určeno pevně řádem. Následující otázkou tohoto bloku bylo, co pacientům na systému léčby vyhovuje, jaká terapie se jim jeví jako nejefektivnější, dále co jim naopak v léčbě vadí, zda jim vyhovuje přísná režimová terapie, nebo by uvítali volnější přístup a pokud by mohli něco změnit na pravidlech, která tu fungují, co by to bylo.

Jak jsem již zjistila při rozhovorech s terapeuty ve vzorku „A“, léčba drogově závislých se v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr po případném absolvování detoxifikační jednotky skládá z těchto terapií.: Psychoterapie – individuální, skupinová, komunitní, dále pak pracovní terapie, arteterapie, volnočasové aktivity, edukativní přednášky uskutečňované pacienty mezi sebou. Celková režimová terapie a bodovací systém léčbu dotváří, pacienti si nemohou volit určitou terapii podle vlastního rozhodnutí, ale mají vše určeno v léčebném programu.

Respondenti výzkumného vzorku „A“ - pacienti se většinou shodli na tom, že je potřeba přísná režimová terapie v rámci léčebny, že ji potřebují k tomu, aby se ze své závislosti úspěšně vyléčili. Obecně jim také vyhovuje řád léčebny a stanovená pravidla, velké výhrady však mají k bodovacímu systému. Ten jim nevádí ani tolik sám o sobě, ale často je rozladí z jejich pohledu nesmyslnost konkrétního bodování. Nemají však pocit nespravedlnosti v bodování ve srovnání mezi sebou. Další kritické názory jsem zaznamenala na téma uklízení – pacientům připadá takto přísně pojatý úklid jako příliš perfekcionalistický.

David: *„Mám radši přísnější režim, když se chci z toho opravdu dostat, je to nutný. Změnil bych ale bodový systém, člověk je pořád ve stresu, dostáváme body za nesmysly.“*

Jakub: *„Dobrá je, že máme celý den režim, nějaký program. Vadí mi jen zbytečný čtvrtáky za to, když někdo jí jídlo lžící, jinak mi bodování vyhovuje, chce to na nás fakt přísnost.“*

Petr 1: *„Režim nepovažuji za tolik přísný, asi mi to nepřijde, protože jsem byl v kriminálu, na nás je tady potřeba přísnost, potřebujeme jí.“*

Podle odpovědí respondentů výzkumného vzorku „A“ - pacienti, můžu jako výsledek prezentovat největší oblibu arteterapie a skupinové terapie. Nejoblíbenější terapií pacientů je tedy arteterapie a co se efektivity v léčbě drogové závislosti týče, uváděli všichni dotázaní respondenti - pacienti skupinovou psychoterapii. Zejména menší skupiny upřednostňují pacienti před komunitami, v kterých je přítomno více pacientů i terapeutů. I respondenti, kteří odpovídali, že je jim někdy nepříjemné se na skupinovém sezení před ostatními otevřít a upřímně hovořit o svých pocitech a své

minulosti, považují právě skupinovou psychoterapii za nejdůležitější prvek v léčbě své závislosti.

Markéta: „*Na skupině mi vadí, že mě vždycky ostatní rozsekají, říkají o mně všechno špatný, co nechci slyšet, co není pravda. Tedy ona je to pravda, v tu chvíli mi to vadí, ale pak zjistím, že měli pravdu, terapeutka mi poradí jak to řešit.*“

Dalším mým poznatkem je, že i když pacienti ze začátku mají problém psát si svůj deník, který předkládají terapeutovi k přečtení, časem si na tuto metodu zvyknou a pomáhá jim. Když najdou po kontrole terapeutem podtržené části textu, zamýšlí se nad tím a snaží se o změnu. Časem pro ně přestává být psaní deníků nutné zlo, ale vnímají to najednou pozitivně.

Zda se respondenti cítí lépe při individuální psychoterapii, nebo skupinové psychoterapii, mohu shrnout do několika poznatků. Zpočátku léčby by klienti uvítali více individuálních sezení, necítí se ještě příliš připravení na otevření se před skupinou, jakmile ale poprvé dostanou více reflexí ze strany ostatních pacientů při skupině, stává se skupinová psychoterapie velmi oblíbenou. Počáteční ostych se překlene do upřímného svěřování se s očekáváním reflexe od ostatních. Postupně se pacienti učí přijímat i vícečetnou kritiku.

Účinnost rodinné terapie mohu posoudit jen ze zkušenosti respondentů - terapeutů výzkumného vzorku „A“, protože žádný z mnou dotazovaných respondentů - pacientů vzorku „A,, ji zatím neabsolvoval. Buď ještě nedosáhli patřičné délky léčby, kdy bývá aplikována, anebo se svou rodinou mají tak špatné vztahy, že ani nemohou očekávat, že by za nimi ostatní členové rodiny přijeli a rodinnou terapii absolvovali.

V souvislosti s mým výzkumem jsem také zjišťovala, jestli přátelství, která naváží pacienti mezi sebou tady v léčebně, mohou být přínosem v léčbě, nebo jestli takové kamarádství pacienta častěji demotivuje a stahuje zpět k braní drog.

Důležitým faktorem podle respondentů bylo, jak moc jsou motivováni k léčbě, pokud jsou zde v léčebně z vlastního přesvědčení, přátelství je lepší než samotářství ale

záleží na typu člověka. O drogách se obecně pacienti mezi sebou nebaví, mohlo by to fungovat jako spouštěč chuti na drogu. Reakce jsem zaznamenala takové, že zhruba polovina pacientů považuje přátelství v léčebně za prospěšné a druhá polovina za rizikové, které vede spíš zpátky k braní drog.

Markéta: *„Vztahy jsou tu zakázané, ale mě to stejně neláká. Přátelství s někým tady při léčbě mi pomáhá, ale nesmím se bavit s konkrétními lidmi, kteří chutě rozjíždějí úmyslně.“*

Milan: *„Kamarádi jsou důležitý, ale hodně lidí tady není kvůli léčbě, ale aby se schovali nebo si prodloužili život, jsou do drogy tak zamilovaní, že už stejně nehodlají přestat, léčit se je donutí třeba soud nebo rodina, ale stejně tvrdí, že jsou tu kvůli sobě. Ti pak mě můžou stáhnout dolů zase mezi drogy.“*

Honza: *„Na kamarádství, která tady začnou během léčení fungovat, se dívám tak, že se stejně každý přetvařuje a pomlouvá, mně pomáhá akorát tak návštěva rodičů a přítelkyně.“*

Dalším dotazem bylo, jestli mají pacienti nějaké spřízněné terapeuty a proč a jak je to ovlivňuje v léčbě.

Respondenti - pacienti berou většinou terapeutu jako profesionály, kteří ví, jak „zasáhnout“, aby pacienta směřovali kam potřebují a co je to pro něj dobré. Pokud mají nějakého spřízněného terapeuta, hrají-li roli osobní sympatie v léčbě, motivuje je to více, protože cítí osobní angažovanost. S antipatií vůči někomu jsem se v odpovědi nesešla, názor, který zde panuje, je ten, že terapeut je pro ně autorita.

Závěrečnou otázkou bylo, jak si pacient představuje svou budoucnost bez drog, co je ochoten udělat pro to, aby mohl žít bez závislosti na drogách jako ostatní lidé.

Petr 1: *„Musím se odstěhovat se z Tábora, vařil jsem tam pervitin, tak bych byl snadný objekt.“*

Petr 2: *„Od září se vrátím zpátky do školy, zařadím se do normálního života, vrátím se zpátky do Chomutova, nebojím se toho.“*

Jakub: *„Jako svojí nejbližší budoucnost vidím komunitu v Brně, pak nevím...“*



Markéta: „Až mi přijede návštěva, tak se domluvíme jak dál. Chci si dodělat přerušenu školu, do prostředí zpátky domů se bojím. Spíš ale doufám, že pár lidí mezitím zavřou a půjde to.“

Miloslav: „Ještě zkusím doléčovák a najít si práci, vrátím se zpátky, myslím si, že zvládnou i stejný prostředí.“

Martin: „Nechci se už vrátit na sever, vyberu si doléčovák třeba v Praze, Brně nebo Olomouci.“

Zdeněk: „Domluví si doléčovák, pak si chci najít práci.“

Honza: „Budoucnost je taková nejistá, bojím se recidivy, vyzkouším asi doléčovák, pak počkám rok, doktor mi dá ten interferon, ale až tak po roce abstinence, kvůli interferonu musím být úplně čistej a ta léčba se může dát jen jednou. Domů se nevrátím, půjdu bydlet k babičce do Netolic, budu dělat truhlářinu a žít s přítelkyní.“

Pavel: „Chci založit rodinu, taky chci začít pracovat.“

Milan: „Minule jsem šel po čtyřměsíční léčbě zpátky do Teplic, půl roku jsem nebral nic, pak jsem začal kouřit marihuanu, zase jsem vzal pervitin, a tak jsem zase tady. Teď vím, že musím pak změnit město, známý, práci. Kdyby mi bylo kolem 20 let tak bych zvolil komunitu, ale protože je mi 27 let, věřím si, že jinde než v Teplicích už to napodruhé zvládnou sám. Tak si jen dám doléčovák a začnu žít normálně.“

David: „Chci pak ještě do komunity a na doléčovák. Jinak já mám svůj byt, který je teď tak trochu neútulný, bylo to drogové doupě, takže ho chci předělat na normální byt a založit rodinu.“

### ➤ Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „B“- terapeuti

Jaká je motivace k práci s drogově závislými pro respondenty - terapeuti z terapeutické komunity Karlov:

Petr: „S drogově závislými pracuji přes 10 let, byla to výzva, říkalo se, že feťákům není pomoci, chtěl jsem tenhle názor zbourat. Práce s klienty sama o sobě mě baví, vadí mi jen systém získávání peněz pro léčebnu a s tím spojená byrokracie.“

V Terapeutické komunitě Karlov (dále jen TK) pracují dotázaní respondenti - terapeuti rádi proto, že jsou tu dobrý tým, vzděláním i lidsky, fungují společně již 10 let jen s malými personálními obměnami. Je zde pro ně příjemné pracovat, mají klid na svou práci, a protože se obecně ví, že jsou sehraný tým, nikdo jim do jejich systému práce nezasahuje.

Petra: *„K práci s drogově závislými mě motivovala matka, která pracuje také v sociální sféře, v dětském domově. Na mojí práci mě baví kontakt s lidmi, práce s drogově závislými má pro mě smysl, nejvíc mě baví psychoterapeutické sezení se skupinou. Rozladí mě, že někdy klienti nedodrží co si společně na skupině domluví, pak třeba na výjezdu udělají něco co nesmí – setkají se se známým, který je pro ně nebezpečný a podobně.“*

Spokojenost či nespokojenost klientů s režimem a službami fungujícími v TK, jsem se snažila zmapovat dalšími otázkami, zajímal mě pohled terapeutů, kteří mohou vyhodnotit své dosavadní zkušenosti s klienty. Otázky zněly: Proč se léčí klienti právě zde, co jim vyhovuje a případně nevyhovuje na režimu či poskytovaných službách a co by změnili, kdyby k tomu měli příležitost.

Podle názorů dotázaných respondentů vycházejících z jejich zkušeností získaných praxí v Terapeutické komunitě Karlov, zde vyhovuje klientům bezpečné prostředí, protože jsou daleko od drog, další motivací pro výběr léčebny je zde poskytování této sociální služby zdarma, líbí se jim složení týmu a také systém, kterým se zde pracuje s rodinou.

Kdyby klienti mohli něco konkrétního změnit, povolili by zde v léčebně poslech muziky, která není povolena, protože může být spouštěčem chuti na drogu a posunuli by večerku na pozdější hodinu. Nejvíc podle názoru respondentů klientům vyhovuje vlastní pocit posunu někam dál v životě, vyřídí si zde potřebné a chybějící doklady, zmapují své dluhy a adekvátně svým možnostem vytvoří konkrétní splátkový kalendář. Klientům zde obecně vadí, že musí o všechno žádat skupinu, která jejich požadavek buď schválí nebo zamítne.

Další fakta, která jsem se rozhodla v mém výzkumu promítnout byla, zda klientům vyhovuje spíše přísná režimová terapie nebo by uvítali volnější režim v léčbě. Zkoumala jsem také, jak respondenti - terapeuti z osobní zkušenosti a dosavadní praxe vnímají, jak klienti přistupují k jednotlivým aplikovaným terapiím, nakolik na sobě cítí úspěšnost jednotlivých druhů terapie a kterou terapii popřípadě z jejich pohledu považují pacienti i oni sami za nejefektivnější.

Přísná režimová léčba klientům podle zkušeností terapeutů sice vadí, mluví o tom často, chtěli by uvolnit některá pravidla. V konečném důsledku ale chápou, že jim právě tato přísná pravidla také pomáhají se z drogové závislosti vyléčit. Po zhodnocení na konci léčby klient přiznává, že právě tento přísný systém byl potřeba.

Petra: *„Přísný režim jim vyhovuje a pevný denní režim rozhodně potřebují, na Vánoce se poleví a nefunguje to tak dobře jako normálně, když se pak všechno vrátilo k normálu, fungovalo to líp.“*

Nejoblíbenější u klientů jsou podle vyhodnocených odpovědí volnočasové aktivity – týdenní výjezd mimo léčebnu s cyklistickým nebo lyžařským programem, další sportovní aktivity mimo léčebnu, protože terapeuti se v očích klientů dostanou ještě více do záměrné pozice „jako táta, máma, starší bratr či sestra“, což bývá pro léčbu rozhodně přínosem. z důvodu úplné důvěry v terapeuta.

Dalším poznatkem je, že z pohledu terapeutů klientům vyhovuje nejvíce skupinová psychoterapie, ale musí fungovat propojenost všech druhů terapií, všechno má v léčbě svůj smysl. Oblíbená je mezi klienty také prevence relapsu – co může v budoucnu ohrozit jejich abstinenci a vrátit je k drogové kariéře.

Nejvíce efektivní je na léčbu drogových závislostí podle odpovědí respondentů v tomto výzkumném vzorku respondent - terapeut skupinová dynamická psychoterapie. Spočívá v tom, že klient 1 hodinu hovoří před skupinou o svých problémech, minulosti, svých pocitech a potom následuje 15 minutová reflexe od ostatních členů skupiny.

Petr: *„Existují ale velmi sebestřední klienti - narcisti, po kterých negativní reflexe při dynamické psychoterapii kloužou a nemají moc velký efekt, pro tyto typy klientů je vhodnější individuální psychoterapie.“*

Následuje zhodnocení respondentů - terapeutů, jestli se cítí z jejich pohledu a zkušenosti klienti lépe při individuální psychoterapii, nebo při skupinovém sezení.

Petr: „Vím ze zkušenosti, že by klienti chtěli víc individuálů, ale komunita je založena na jiném principu, na skupinovém sezení a reflexi od ostatních členů komunity. Klienti neumí přijímat kritiku, často mají agresivní reakce, ale ani sami neumí vyslovit kritiku. Učí se to tady časem.“

Samostatnou otázku jsem kladla respondentům na téma rodinné terapie, její potřebnost účinnost v léčbě drogové závislosti - z pohledu terapeutů.

Rodinná terapie je v Terapeutické komunitě Karlov organizována na víkend, rodiče či rodinní příslušníci přijedou, ubytují se přímo zde, absolvují úvodní pohovor s terapeutem i s klientem zároveň, následuje poučení rodičů o celkovém chodu a pravidlech léčebny. Rodič se může zúčastnit terapií probíhajících v terapeutické komunitě, obvykle se zúčastní skupinové psychoterapie. Ze zkušeností je zřejmé, že na skupinu účast rodinných příslušníků působí dobře a je velmi efektivní, jak pro danou konkrétní rodinu, tak i pro ostatní členy komunity, za kterými ještě rodina přijet nemohla nebo u kterých není z důvodů například špatných vztahů v rodině rodinná terapie možná.

Dalším záměrem mého výzkumu bylo zjistit, zda mohou přátelské vztahy, které navážou klienti mezi sebou tady v léčebně, být přínosem v léčbě drogové závislosti, nebo klienty podle zkušenosti terapeutů tyto přátelské vztahy častěji demotivují a stahují zpět k braní drog.

Vztahy ve smyslu sexuálním jsou v komunitě zakázány. Díky tomu, že zde klienti žijí dlouhou dobu společně, však často naváží přátelské vztahy, tyto vztahy mohou motivovat v léčbě drogové závislosti směrem dopředu k abstinenci, neměly by ale vést k separování se od skupiny a řešení problémů mimo skupinu.

Petr: „Uvnitř komunity nejsou příliš intenzivní kamarádké vztahy moc vítané, jestliže se totiž z některých klientů stanou dobří kamarádi, nedokáží si pak říci adekvátní negativní reflexi při skupinové psychoterapii a případným krytím svých průšvihů

*popírají princip společného řešení problémů v komunitě. Přátelství venku sice povzbuzuje, ale když jeden selže, tak selže okamžitě i druhý.“*

Poslední otázkou rozhovoru bylo vyhodnocení kolegiálních vztahů v terapeutickém týmu v Terapeutické komunitě Karlov.

Kolegiální vztahy mezi terapeuty byly dotázanými respondenty označeny za kvalitní a vyhovující, panuje zde sešranost v týmu a dobře se jim s ostatními kolegy spolupracuje.

#### ➤ **Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „B“- klienti**

Další výzkumný vzorek reprezentují respondenti - klienti Terapeutické komunity Karlov. Úvodní otázky v rozhovoru, které se zaměřovaly na to, jaký byl pro klienta první kontakt s ilegální drogou, jeho věk a bydliště, četnost léčby předtím, než se začal léčit v této léčebně, jsem stejně tak, jako u výzkumného vzorku „A“- pacienti, již vyhodnotila v rámci metodiky při představení jednotlivých respondentů – klientů.

Pokračuji otázkami směřovanými na zjištění motivace klientů k nynější léčbě, popřípadě kdo se nejvíc zasloužil o to, že se léčí ze své závislosti a proč si jako léčebnu zvolili právě Terapeutickou komunitu Karlov (dále jen TK).

Všem dotázaným respondentům vyhovuje na TK prostředí ve kterém zde žijí, izolovanost od drogového světa a to, že si odsud mohou zařídit spoustu věcí, jako například vyřídit si chybějící doklady, vypořádat se s dluhy, které většinou mají, zorganizovat jejich splátky. Líbí se jim, že se mohou pohybovat i venku mimo budovu, což v některých léčebnách jako například v Psychiatrické léčebně Bohnice, se kterou mají někteří zkušenost v předchozí léčbě, nebyli zvyklí. O svých předchozích léčbách však hovořili jen minimálně. 4 (všichni uživatelé pervitinu) celkových ze 6 respondentů tohoto vzorku, uvedli jako důvod, proč se jim nedaří abstinovat, silnou psychickou touhu po droze. Jako motivaci k léčbě a důvod, proč se rozhodli zbavit své drogové závislosti právě zde v TK uvedli:

Kristýna: „Mojí motivací je trestní stíhání, když se budu léčit, je to pro mě polehčující okolnost. Ukradly jsme s kamarádkou u ní doma peníze a šperky. Už jsem se léčila v Bohnicích, ale utekla jsem odtud, pak jsem se vrátila s mámou zpátky, moc mi tam pomohla jedna terapeutka. Do komunity už jsem chtěla jít sama dobrovolně. Že jsem tady na Karlově je na doporučení kurátorky. Líbí se mi, že tu můžeme pracovat venku. A taky mi vyhovuje režim, nejsme tady zavření jako jsou jinde.“

Michal: „Já jsem seděl dva roky ve vězení za krádeže, už chci navázat na abstinenci, když tak dlouho neberu. Motivoval mě taky terapeut z Kontaktního centra. Tady mi vyhovuje určený režim, pracovní terapie a taky skupinová terapie.“

Vítek: „Drogy jsem začal brát, abych zkusil něco nového, bylo to v partě, někdy jsem je bral a někdy zase nebral, pak už jsem si ale nevěděl rady. Léčit mě přiměl špatný způsob žití na drogách, finančně a hlavně psychicky. Je to jen hon za drogou, žití ze dne na den. Na Karlově jsem kvůli prostředí, je to mimo drogový svět, dám se tu dohromady a chci zase nabrat sebevědomí.“

Saša dostal na TK kladné reference od kamaráda, vyhovuje mu, že se učí mít sám svoje hranice, starat se sám o sebe, vařit, prát, a že zde není možnost styku s drogou a abstinence se tím pádem daří. Honza získal kontakt při své předchozí léčbě v psychiatrické léčebně Červený Dvůr, v 18 letech jej matka vyhodila z domu, byl na ulici, motivován je jen sám sebou, tady v komunitě si chce naplánovat a zajistit svou budoucnost, je vděčný, že tu může být. Katka se chce zbavit závislosti proto, že cítí, že jí drogy nedělají dobře po somatické stránce a ještě více psychicky. Tady v komunitě se jí líbí, že se učí žít jako v normálním životě bez drog.

V mém výzkumu jsem dále zjišťovala, jakých druhů terapie se klienti v rámci léčby zúčastňují a jestli si mohou vybrat určité terapie nebo to mají určeno pevně řádem. Další otázkou tohoto bloku bylo, co pacientům na systému léčby vyhovuje, co je pro ně přínosem a jaká terapie se jim jeví jako nejefektivnější, dále co jim naopak v léčebně vadí, zda jim vyhovuje přísná režimová terapie, nebo by uvítali volnější přístup a pokud by mohli něco změnit na pravidlech, která tu fungují, co by to bylo.

Při rozhovorech s terapeuty ve vzorku „B“ jsem již zjistila, že klienti Terapeutické komunity Karlov mají terapie pevně dané programem, sami si nemohou žádný druh terapie zvolit, nebo ji naopak neabsolvovat: Praktikují se zde psychoterapie – individuální, skupinové sezení, dynamické skupiny, dále pak pracovní terapie, volnočasové aktivity a zavádí se arteterapie.

Společným rysem v odpovědích respondentů bylo, že je pro léčbu nutná přísnější režimová terapie, klienti sami cítí, že je pro ně přínosnější, než kdyby měli volnější režim. Výhrady, které mají klienti k systému, který zde panuje, uvedu v následujících ukázkách odpovědí.

Vítek: *„Přísný režim mi vyhovuje a ostatní pravidla taky, ale vadí mi organizované volno o víkendy. Změnil bych to, aby se mohlo kouřit v pracovním bloku. Na terapiích mě štve, že se někdy řeší pořád dokola úplně nepodstatné věci, jako třeba vztahy, které jsou tu zakázané.“*

Michal: *„Vadí mi dynamické skupiny, musím mluvit hodinu, je to dlouhý, ale zase mi pak vyhovují čtvrt hodinové reflexe na sebe od ostatních, to docela pomáhá.“*

Kristýna: *„Vyhovuje mi přísnější režim, je pro ty co se léčit chtějí. Vadí mi, že se tu musí všechno hlásit a nechat to schvalovat skupinou, při výjezdech, když chci jít třeba do pekárny a tak.“*

Saša: *„Vadí mi pravidla ohledně výjezdů, musím žádat skupinu, jestli můžu do krámu a oni mi to nemusí schválit. Změnil bych jenom tyhle pravidla na výjezdech, protože když nemůžu jít do krámu nebo baru, postávám na nádraží a potkám feťáky snáz. Vyhovuje mi spíš přísný režim. Nejvíc mi vyhovuje dynamická terapie, hlavně reflexe od ostatních.“*

Honza: *„Upřednostňuju přísnost, nejvíc mi vyhovuje dynamická terapie a reflexe od ostatních. Na skupině mám problém odpovídat na otázky ostatních, radši mluvím sám, vykecat se mi pomáhá fakt nejvíc.“*

Katka: *„Na Karlově se mi líbí nejvíc prostředí, zkusím tu žít jako pak v normálním životě bez drog. Co bych změnila, asi aby bylo míň práce. A lepší je pro nás rozhodně přísnější režim.“*

Jestli se respondenti cítí lépe při individuální psychoterapii nebo skupinové psychoterapii, mohou uvést v konkrétních odpovědích respondentů.

Vítek: „*Líp se cítím na individuální terapii, ale víc hlav víc ví a pomáhají mi určitě na skupině, důležité jsou reflexe od ostatních členů.*“

Kristýna: „*Zpočátku je asi lepší individuální terapie, pak je dobrý se otevřít ve skupině.*“

Michal: „*Cítím se asi líp při individuální psychoterapii, na začátku určitě, ale potom už mi víc vyhovují skupiny. Na individuálu děláme osobní plán.*“

Saša: „*Když je nějaká intimní věc, tak mám radši soukromé sezení s terapeutem než skupinu.*“

Honza: „*Nerozlišuju individuální terapii a skupinu, lepší je možná skupina, že je tam víc reakcí od víc lidí.*“

Katka: „*Individuál je pro mě rozhodně lepší než skupina.*“

Potřebnost a účinnost rodinné terapie - v Terapeutické komunitě Karlov klient rodinnou terapii absolvuje až ve 2 fázi léčby. Je realizována tak, že přijede návštěva na víkend, mají úvodní konzultaci – rodinní příslušníci, klient i terapeut, kdy si „vyříkají minulost a naplánují budoucnost“. Přítomný terapeut pomáhá v komunikaci klienta s jeho rodinou. Rodinnou terapii respondenti považují za efektivní. Netýká se to však klientů, kteří mají rodinné vztahy vazby zpretzhané, většinou kvůli krizi, kterou způsobila drogová závislost.

V souvislosti s mým výzkumem byla kladena otázka, jestli přátelství, která naváží klienti mezi sebou tady v léčebně, mohou být přínosem v léčbě nebo jestli takové kamarádství klienta častěji demotivuje a stahuje zpět k braní drog.

Vítek: „*Přátelské vztahy mě k léčbě určitě motivují.*“

Kristýna: „*Kamarádství je dobré, ale člověk musí spoléhat sám na sebe. V Bohnicích mi vyhodili z léčby kamarádku, pár dní jsem byla úplně špatná, ale pak mi došlo, že jsem tam sama za sebe.*“



Michal: „*Spřízněné duše mě k léčbě motivují, ale hodně lidí je naivních, že kontakt mezi klienty venku vydrží.*“

Saša: „*Kamarádi jsou podpora, ale nesmí se to tu členit na skupinky po víc lidech, aby se nebořila komunita.*“

Honza: „*Kamarádství mezi klienty není dobré, drží při sobě a nejsou pak schopni kritizovat toho druhého, taky si kryjí průšvihy, třeba u vztahů nebo porušení pravidel. Kdo přijde do komunity nový, tak může stahovat dolů v motivaci k léčbě, ale když se do komunity zapojí, funguje to opačně.*“

Katka: „*Kamarádi v léčbě nejsou dobře, tají průšvihy před skupinou a komunitu to rozloží.*“

Dalším dotazem bylo, jestli mají pacienti nějaké spřízněné terapeuty a proč, jak je to případně ovlivňuje v léčbě drogové závislosti.

Respondenti - klienti se shodli na tom, že konkrétní spřízněné terapeuty nemají, pokud je jim někdo sympatičtější, nehraje to na léčbě závislosti roli. Z pohledu všech je ideální terapeut přísný, nekompromisní, ale s přátelským přístupem.

Saša: „*Nejdřív jsem měl dva oblíbené terapeuty, jedna se mi líbila jako ženská a druhý byl můj garant. Pak ale jsem pochopil, že každý terapeut je jiný a pak je víc postřehů k dobru.*“

Závěrečnou otázkou bylo, jak si pacient představuje svou budoucnost bez drogové závislosti, co pro to je ochoten udělat, aby mohl žít mezi ostatními lidmi bez drog.

Vítek: „*Už mám vybraný doléčovák a chráněné bydlení, vybral jsem si Prahu, pak bych se chtěl přestěhovat do jiné části Prahy než odkud jsem.*“

Kristýna: „*Chci dodělat školu, odstěhovat se brzo od rodiny.*“

Michal: „*Doléčovací Centrum v Českých Budějovicích nebo v Kladně, naplánuju si to ke konci léčby, pak chci pracovat. Do Prahy se vrátit nemůžu, do Mladé Boleslavi taky ne, přestěhuju se jinam.*“

Saša: „Vybral jsem si doléččovák v Praze, taky chci začít pracovat, to je prioritní a pak se vrátím do Ústí nad Labem. Nemám tam moc kamarádů feťáků, byl jsem spíš samotář.“

Honza: „Do budoucna půjdu do Prahy na doléččovák, seženu si práci přes Sananim, přestěhuju se do Prahy.“

Katka: „Mám v plánu nějaký doléččovák a chráněné bydlení, pak chci bydlet v Praze.“

## 5 Diskuse

Teoretickou část své diplomové práce jsem pojala jako průřez drogovou problematikou, zaměřila jsem se především na systém léčby drogově závislých a hlavně na druhy psychoterapií, které se v léčbě drogové závislosti uplatňují.

Ve svém výzkumu jsem zjišťovala, jaká je motivace klientů k léčbě drogové závislosti, z jakého důvodu si zvolili k léčbě právě léčebnu, ve které se nyní pokouší své závislosti zbavit, jsou-li spokojeni se službami a poskytovanými terapiemi. Z důvodu možnosti komparace systému léčby v psychiatrické léčebně a terapeutické komunitě jsem zvolila pro výzkum k mé diplomové práci tyto dva druhy zařízení pro léčbu drogové závislosti. Upřednostňuji zkoumání léčby závislosti na nealkoholových drogách. Zajímá mě také srovnání názorů klientů a terapeutů na systém léčby drogové závislosti a na efektivitu prováděných terapií v psychiatrické léčebně oproti terapeutické komunitě.

Příjemnou skutečností při výzkumu pro mě byl fakt, jak pozitivně a s ochotou přistupovali ředitelé obou zařízení, kde jsem prováděla rozhovory potřebné pro mou diplomovou práci a jak se mi maximálně snažili vyjít všemi informacemi vstříc. Výzkum jim bude sloužit zároveň jako zpětná vazba od klientů, proto jsem byla požádána, abych svou diplomovou práci po vyhodnocení výzkumu a po jejím definitivním ukončení doručila po jednom výtisku zpět na léčebnu, kde jim bude k dispozici.

Co se mého konkrétního výzkumu týče, mohu vyhodnotit své výsledky a souhlasit s Radimeckým a Kalinou, kteří uvádějí, že častou startovací drogou, tzv. „gateway drug“ je marihuana (17). 9 respondentů z celkových 17 mělo poprvé kontakt

nelegální drogou právě ve formě kouření marihuany. 5 respondentů začalo již napoprvé brát pervitin, jeden respondent heroin, jeden LSD a jeden jako první drogu ve svém životě vyzkoušel taneční drogu.

Podle Vodáčkové je mladý člověk, adolescent, v době, kdy u něj vrcholí drama dospívání a kdy dominuje téma separace a individuace, vystaven zatěžkávací zkoušce zralosti dosud vybudované osobnosti. Užívání drog je cesta, kterou chce v tu dobu člověk zmírnit psychickou bolest či prázdnotu (45).

Tento názor jen potvrzuje výstup úvodního bloku otázek v mém rozhovoru, kde byl také dotaz na věk, kdy poprvé respondenti užili ilegální drogu. Spodní hranice u dotázaných respondentů je limitována věkem 12 let, horní hranice 20 let. Ukázalo se, že první pokus vzít si drogu byl respondenty klienty či terapeutů realizován ve 13 letech, a to v sedmi případech. Respondenti drogu získali od přátel, partnera či příbuzného a užili ji v partě, protože prožívali psychicky složitá období, nebo chtěli zkusit něco nového na rozptýlení ve svém životě.

Respondenti, kteří se léčí z drogové závislosti již po několikáté, se shodli ve svých odpovědích v tom, že po návratu do původního prostředí neustáli vazbu na bývalé známé a svou drogovou kariéru a zrecidivovali. Jak uvádí Kalina, na střednědobou léčbu je třeba nahlížet jen jako na etapu dlouhodobého terapeutického procesu. Změny, ke kterým dojde během doby léčení mají tendenci mizet, jakmile se klient vrátí do původního prostředí. Dalším důvodem je i to, že během krátkodobé léčby se dají zvládnout jen sekundární problémy vzniklé drogovou závislostí. Proto je nutné naplánovat přesný plán následné péče (2). Tento názor mi potvrdil můj výzkum, jelikož respondenti, kteří se léčí z drogové závislosti více než poprvé, jsou rozhodnutí nepodcenit návrat zpět do místa, kde drogy brali a projít ještě některým doléčovacím centrem popřípadě chráněným bydlením.

Změnou je také to, že toxikoman nad sebou odchodem z léčebny ztrácí jakousi ochrannou ruku nad svojí abstinencí. Dosud abstinovat pod ochranou léčebného zařízení. Bylo by mylné se domnívat, že závislý má již pevně vybudovanou motivaci k životu bez drog. Craving po droze sice zeslábnul, ale nyní znovu nabývá na intenzitě.

Je také zvyšován klientovou najednou nestabilní situací, ocitá se ve světě, kterému často nerozumí, najednou je před ním spousta úkolů k řešení **(18)**.

Tuto skutečnost v mém výzkumu potvrdilo všech 9 uživatelů pervitinu z Psychiatrické Léčebny Červený Dvůr a 4 uživatelé pervitinu z Terapeutické Komunity Karlov. Jak uvádí Radimecký a Kalina, stimulancia nevyvolávají somatickou závislost, ale závislost psychickou, která se vyznačuje především cravingem. Zatímco somatické závislosti je možné se zbavit v poměrně krátké době na detoxifikační jednotce, psychická závislost je důvodem dlouhé léčby a bývá častým důvodem k recidivě **(17)**.

Jedním z cílů výzkumu mé diplomové práce byla komparace názorů klientů a terapeutů na režimovou léčbu drogové závislosti a na efektivitu prováděných terapií v psychiatrické léčebně oproti terapeutické komunitě. Podle Nešpora, K. mají terapeutické komunity určité zvláštnosti k nimž patří vnitřní diferenciací komunity, čím déle zde klienti jsou, tím získávají ve srovnání s nováčky více výhod, jež se týkají propustek, návštěv nebo míry soukromí. Oproti tomu je od nich očekávána větší zodpovědnost a aktivnější podíl na léčbě ostatních **(26)**.

Z výsledků vyplývajících z mého výzkumu, by tento princip preferovali i terapeuti ze zařízení typu psychiatrické léčebny. Domnívají se, že postupné mírné uvolňování pravidel a přísného režimu by mohlo být prospěšné i pro jejich pacienty. Po určité době léčby pacienta, prověření jeho motivace a zohlednění jeho dosavadního přístupu k léčbě své drogové závislosti by mohl získat podobné „výhody“, aniž by byl v principu porušen model léčby daného zařízení.

Jak ale uvádí Dvořáček, J. kvalitu léčebného prostředí lze chápat jako nepřímý terapeutický nástroj. Základními cíly je udržení prostředí bezdrogového, bezpečného, klidného a důvěrného pro další terapeutické aktivity. Proto jsou podoba strukturovaného programu a režimu a skladba terapeutických aktivit uspořádány tak, aby toto prostředí bylo možné udržet. Vzhledem k některým zvláštnostem střednědobé ústavní léčby jako jsou například častější příjmy nových pacientů a častější odchody, menší vstupní filtr či zdravotnický charakter zařízení, daří se v zařízeních typu psychiatrické léčebny udržet jen některé znaky terapeutické komunity **(2)**. Jak vyplynulo z mého výzkumu, klienti či

pacienti obou zkoumaných zařízení sice považují režim fungující v jejich léčebně za přísný, nicméně vyhovující vzhledem k jejich závislosti a tendenci recidivy. Shodují se na tom, že pevná pravidla mají svůj smysl a řád je nutný.

Po vyhodnocení výsledků výzkumu musím konstatovat, že až na dvě vyjímky, všichni respondenti – terapeuti i respondenti - klienti či pacienti považují ve své léčbě za nejvíce efektivní terapeutickou metodu skupinové psychoterapie. Zpočátku léčby by ještě sice uvítali více individuálních psychoterapeutických sezení, ale s přibývajícím sebevědomím i motivací k léčbě je skupinová psychoterapie pro ně suverénně nejlepší způsob „vypovídání se“ a zároveň zachycení co nejvíce reflexí od ostatních léčících se drogově závislých.

Jak uvádí Kratochvíl, S. vedle samotného členství ve skupině je efektivní pro léčbu emoční podpora od ostatních členů, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevování, odreagování, zpětná vazba a konfrontace a náhled. Dále pak členové skupiny oceňují zkoušení a nácvik nového chování, získávají nové informace a sociální dovednosti **(20)**.

V komparaci výsledků výzkumu ze zařízení typu psychiatrické léčebny oproti terapeutické komunitě jsem zachytila rozdíl pouze v tom, že respondenti - pacienti Psychiatrické léčebny Červený Dvůr považují za nejefektivnější skupinovou psychoterapii ve formě menších skupin nepřesahující počet cca 10 členů. Další podstatnou informací, která mě zaujala při vyhodnocování výsledků výzkumu, je to, že největší oblibu u pacientů má v rámci léčby arteterapie. Dle Duška, K. a Janíka, A. dochází během výtvarného vyjadřování k manifestaci vědomých i nevědomých tendencí člověka **(1)**. Pacientům podle jejich vlastního názoru na arteterapii vyhovuje právě tento moment překvapení nad tím, co se dá z jimi spontánně vytvořeného obrázku vyčíst.

Respondenti - klienti Terapeutické komunity Karlov také považují za nejefektivnější skupinovou psychoterapii, hlavně ve formě dynamických skupin. Jako nejoblíbenější terapií jsem podle výsledků výzkumu u těchto respondentů zaznamenala volnočasové, hlavně sportovní aktivity. Názorem Nešpora je, že endorfiny, které navozují příjemné pocity a které se vylučují při sportu, pomáhají mírnit deprese a

úzkosti a nabuzují dobrou náladu, to vše je potřebnou složkou motivace klienta pro vyléčení se z drogové závislosti (27).

Podle Gjuričové, Š. a Kubičky, J. patří k podstatným prvkům efektivních léčebných programů pro drogově závislé rodinná terapie. Rodina může být zdrojem masivní patologie a četných problémů, může být ale i zdrojem velké emoční podpory. Spolupráce s rodiči nezletilého nebo mladého dospělého nebo partnery člověka závislého na nealkoholových drogách je velmi častá (12).

Respondenti - terapeuti v mém výzkumu považují rodinnou terapii za velmi důležitou a efektivní psychoterapeutickou metodu. Také respondenti – klienti či pacienti, kteří ji již absolvovali potvrdili její efektivitu. Nadpoloviční většina respondentů – klientů či pacientů, však nemá potřebné rodinné zázemí, neboť své rodině díky drogové závislosti velmi ublížili a vztahy a vazby na rodinu jsou zpřetrhané.

Podle Nešpora bývá významným motivačním činitelem nejen vliv rodiny, ale i okolí, které ho obklopuje a s ním spojených vztahů (26). Proto jsem se rozhodla v mém výzkumu dále zjistit, zda mohou přátelské vztahy (ve smyslu kamarádství), které naváží klienti mezi sebou v léčbě pro drogově závislé, být přínosem a motivací nebo spíše častěji demotivují a stahují zpět k braní drog. Podle mých výsledků z rozhovorů s respondenty – terapeuty jsou přátelství mezi klienty či pacienty podporována do té míry, pokud nepřekročí rámec separování se od ostatních. Jinak jsou pozitivní ve smyslu snadnějšího zvykání si na režimovou terapii a pomáhání si v abstinenci.

Respondenti klienti či pacienti mají vůči přátelstvím vznikajícím v průběhu léčby daleko skeptičtější postoj. Dva respondenti zásadně s těmito druhy vztahů nesouhlasí, ostatní jsou spíše nejistí ve svých odpovědích. Zpočátku odpovědi se vyjadřují kladně pro vznik takovýchto přátelství, zároveň ale zdůrazňují množství rizik s nimi spojených. Jen jeden respondent odpověděl kladně bez výhrady. Jak uvádí Rotgers, ústavní léčba i terapeutické komunity pro drogově závislé jsou založeny na principu komunitním, veškeré problémy klientů či pacientů by měly být řešeny v rámci psychoterapeutických skupinových sezení. V případě krizové intervence může klient vyhledat terapeuta a požádat o individuální formu psychoterapie (34).

Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že respondenti - klienti či pacienti mají řádem léčebny a pevným programem stanoveny, kterých druhů terapií se budou účastnit. Účast je povinná. Podle názoru Kaliny je však specifickým znakem velké části klientů trpících závislostí nižší úroveň motivace ke změně, projevujících se v určitých fázích léčby. Měly by být tedy voleny terapeutické aktivity právě s ohledem na fázi, ve které se klient nachází, na jeho možnosti a aktuální potřeby. Stále více je při léčbě závislostí zdůrazňována nutnost různorodosti nabídky, na jejímž základě lze spolu s klientem vytvořit individuální plán léčby či péče. Ten by měl vycházet ze skutečných možností a potřeb klienta a odrážet úroveň jeho motivace ke spolupráci (18).

## **6 Závěr**

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat efektivitu jednotlivých variant psychoterapeutických přístupů v léčbě drogové závislosti, vyhodnotit postoj klientů či pacientů k aplikovaným druhům psychoterapie a zároveň získat jejich názor na ucelenost léčby v zařízeních pro drogově závislé. Zajímala mě také komparace názorů klientů a terapeutů z psychiatrické léčebny oproti terapeutické komunitě. Mým záměrem bylo dále zjistit, jak hodnotí respondenti systém léčby, prostředí léčebny či režimovou terapii panující v léčebnách pro drogově závislé.

V provedeném výzkumu jsem zjistila, že klienti či pacienti volí pro léčbu především takovou léčebnu, která má dobrou pověst, co se výsledků, tj. úspěšnosti léčby týče. Ti, kteří se skutečně chtějí své závislosti na drogách zbavit a jsou zde z vlastního přesvědčení, ne pouze kvůli nátlaku okolí, upřednostňují přísnou režimovou terapii, dodržování pravidel a oceňují psychoterapeutickou práci. Za nejefektivnější psychoterapeutický přístup v léčbě drogové závislosti, označilo 21 z celkových 23 respondentů skupinovou psychoterapii.

Jako výstup z mého šetření prováděného v rámci kvalitativního výzkumu v mé diplomové práci, vplynuly dvě hypotézy:

Hypotéza 1: Nejefektivnější psychoterapeutickou metodou v léčbě drogové závislosti je skupinová psychoterapie.

Hypotéza 2: Drogově závislí sami upřednostňují při léčbě přísnou režimovou terapii s pevnými pravidly oproti volnějšímu režimu.

Společným rysem v odpovědích respondentů na otázku, zda jim pomáhá rodinná terapie, bylo to, že ji považují za velmi důležitou. Bohužel však rodinné vztahy u drogově závislých bývají v nadpoloviční většině narušeny či úplně zprůhledněny, takže možnost aplikace rodinné terapie je limitována ochotou rodinných příslušníků ji absolvovat.

Možnost nápravy vidím v osvětě drogové problematiky v širší populaci, vzdělávání osob přicházejících do kontaktu s ohroženými skupinami, jako jsou rodiče, vrstevníci, učitelé, lékaři, sociální pracovníci atd. Velký význam má také primární prevence na místní úrovni, jejíž součástí je zejména aktivní příprava účinných preventivních programů přizpůsobených místním podmínkám, zaměřených na celkovou populaci i rizikové skupiny.

V mém výzkumu jsem se dále zajímala o vztahy, které fungují v léčebnách pro drogově závislé. Zkoumala jsem ze tří hledisek - vztahy mezi klienty či pacienty mezi sebou, dále pak kolegiální vztahy mezi terapeuty a v neposlední řadě vztahy mezi klienty či pacienty a terapeuty.

Co se vztahů mezi léčícími se drogově závislými týče, musím se zmínit se o tom, že vztahy ve smyslu sexuálními, jsou v léčebnách zakázány. Díky tomu, že zde klienti žijí dlouhou dobu společně, však často naváží přátelské vztahy. Takové vztahy mohou motivovat v léčbě drogové závislosti směrem dopředu k abstinenci, neměly by ale překročit určitou hranici a vést k separování se od skupiny a řešení problémů mimo skupinu. Respondenti terapeuty vzniklá přátelství vítají, a pokud nepřekročí tuto hranici, souhlasí s tím, že tyto přátelské vztahy mohou být nápomocné ve snaze vyléčit se z drogové závislosti. Podle názoru respondentů klientů či pacientů, je důležitým faktorem v přátelství mezi sebou to, jak moc jsou motivovaní k léčbě. Pokud jsou



v léčbě z vlastního přesvědčení, přátelství má pozitivní vliv. Celkový výsledek jsem zaznamenala takový, že zhruba polovina pacientů považuje přátelství v léčbě za prospěšné a druhá polovina za rizikové, které může demotivovat a vést zpátky k braní drog.

Kolegiální vztahy mezi terapeuty podle výsledků mého šetření, fungují dobře v sehraném týmu Terapeutické komunity Karlov. V Psychiatrické léčbě Červený Dvůr se až na jednoho respondenta shodli všichni dotázaní v tom, že na to, jaký jsou poměrně malý kolektiv, se stále musí učit lépe zvládat krizové situace a naučit se pracovat týmově bez zbytečného vyhledávání kritiky mezi sebou.

Vztahy mezi klienty či pacienty a terapeuty jsou podle mých výsledků z výzkumu velmi dobré, klienti či pacienti považují terapeuty za profesionály, jsou pro ně autoritou. Z jejich pohledu má být ideální terapeut přísný, nekompromisní, ale s přátelským přístupem.

Přínos mé práce do praxe má podstatu zpětné vazby jak pro vedoucí, tak i terapeuty obou léčeben pro drogově závislé, které mi posloužily jako výzkumný vzorek k mému výzkumu, tedy pro Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr a pro Terapeutickou komunitu Karlov. Výsledky mého výzkumu mohou dát ucelené informace o postojích klientů k léčbě, momentálním stavu kolegiálních vztahů mezi terapeuty, dále pak o spokojenosti klientů či pacientů se službami a terapiemi výše uvedených léčebných zařízení. Dále byla má diplomová práce přínosem pro mě samotnou, výzkum považuji za velice cennou zkušenost a informace získané podrobným studiem literatury i internetových zdrojů mě obohatily k mému vlastnímu prospěchu.

Závěrem si dovoluji konstatovat, že téma drogové závislosti je bezesporu skutečně vážným a alarmujícím problémem celé společnosti. Věk užití první nelegální drogy se snižuje. Jak ukázal i můj výzkum, první pokusy braní nelegálních drog byly respondenty klienty či pacienty realizovány již ve 13 letech, a to v sedmi případech, jeden respondent uvedl dokonce 12 let.

Mladí lidé by měli zaměřit svoji pozornost namísto chvilkového zážitku s drogou jiným směrem, především usilovat o svoji seberealizaci. V tomto ohledu je důležitá podpora rodiny již od dětství, primární prevence jak v rodinném prostředí, tak i

ve škole a neméně důležitý je i vliv médií. Programy prevence drogové závislosti a také léčebná opatření by se měly týkat jak legálních, tak nelegálních drog a prioritně se zaměřit na děti a mladé lidi.

Podstata řešení závislosti na drogách, celkové pojetí této závislosti a nalezení vhodného léčebného přístupu je často předmětem matoucích a rozporuplných výkladů. Věřím, že má diplomová práce přispěje k informovanosti o dané problematice a může být užitečná ve zpřehlednění uceleného systému léčby drogově závislých.

## 7 Seznam použité literatury

1. DUŠEK, K. – JANÍK, A. *Drogy a společnost*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990 ISBN 80-76583-99-4.
2. DVOŘÁČEK, J. *Střednědobá ústavní léčba*, In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6
3. Drogový informační server. *Alkohol*. Poslední aktualizace 5-4-2007. Dostupné z <http://www.drogy.net/>
4. Drogy. *Marihuana*. Poslední aktualizace 3-2-2007. Dostupné z <http://www.drogy.estranky.cz/clanky/cannabinoidy/marihuana>
5. Drogy. *Hašiš*. Poslední aktualizace 3-2-2007. Dostupné z <http://www.drogy.estranky.cz/clanky/cannabinoidy/hasis>
6. Drogy. *Extáze*. Poslední aktualizace 3-2-2007. Dostupné z <http://www.drogy.estranky.cz/clanky/stimulanty/extaze>
7. Drogy. *Sedativa*. Poslední aktualizace 3-2-2007. Dostupné z <http://www.drogy.estranky.cz/clanky/sedativa/sedativa>
8. Drogy. *Streetwork*. Poslední aktualizace 3-2-2007. Dostupné z <http://www.drogy.estranky.cz/clanky/pomoc/streetwork>
9. Drogy-info.cz. Apolinářský model. Poslední aktualizace 11-7-2006. Dostupné z <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/search?SearchText=sk%E11%F9v+model&x=0&y=0>
10. Enpsyro, *Drogy a zákon*. Poslední aktualizace 10-12-2006. Dostupné z <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3zpad.html>
11. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Stav drogové problematiky v Evropě, Výroční zpráva za rok 2006*. ISBN 92-9168-254-3
12. GJURIČOVÁ, Š. – KUBIČKA, J. *Rodinná terapie-systemické a narativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3.

13. HAMPL, K. *Čichání těkavých látek v evropských zemích*. Ozor, roč. 29, č.3, 1994. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s.193 - 195
14. HAYESOVÁ, N. *Aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-807-4.
15. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
16. JOHN, R – PRESL, J. *Drogy! Otázky a odpovědi*, 1.vyd. Praha: Medea kultur Praha, 1995
17. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6
18. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
19. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-657-8.
20. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 2. vyd. Praha : Galén, 2001. ISBN 80-7262-096-7.
21. KUDA, A. *Následná péče, doléčovací programy*, In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s.208 – 212.
22. LEJČKOVÁ, P. - MRAVČÍK, V. - RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-14-5
23. MATĚJČEK, Z. - DYTRYCH Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0332-7.

24. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
25. MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. *Mládež a delikvence: Možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
26. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-463-X.
27. NEŠPOR, K. *Středoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.
28. NEŠPOR, K. – CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
29. NEŠPOR, K. – PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd. Praha Fortuna: 1999. ISBN 80-7071-123-X
30. PÁLENÍČEK, T. – KUBŮ, P. – MRAVČÍK, V. *Nové syntetické drogy*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2004. ISBN 80-86734-26-9.
31. PLANTE, T. G. *Současná klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-963-2.
32. RADIMECKÝ, J. - KALINA, K. *Rozdělení a účinky návykových látek*. Publikováno: 2004-10-12. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zavislosti/3\\_rozdeleni\\_a\\_ucinky\\_navykovych\\_latek](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zavislosti/3_rozdeleni_a_ucinky_navykovych_latek)
33. REMEŠ, P. *Hagioterapie*. Poslední aktualizace 5-4-2007. Dostupné z [http://sweb.cz/hagioterapie/text\\_01.html](http://sweb.cz/hagioterapie/text_01.html)
34. ROTGERS, F. a kol.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9
35. SANANIM. *Kontaktní centra*. Poslední aktualizace 8-9-2006. Dostupné z <http://www.sananim.cz/intro.php>

36. SKÁLA, J. a kolektiv: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*.1.vyd. Praha: Avicenum, 1987, In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s.91 - 94
37. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
38. SOBOTKOVÁ, I. *Rodinná resilience*. In *Československá psychologie: Časopis pro psychologickou teorii a praxi*. č. 3. Praha: Psychologický ústav akademie věd České republiky, 2004. ISSN 0009-062X.
39. Středočeský kraj. *Trestné činy v oblasti drog, Primární prevence, Sekundární prevence, Harm Reduction*. Poslední aktualizace 7-5-2006. Dostupné z <http://www.kr-stredocesky.cz/socialni-oblast/protidrogova-politika/slovnicek-pojmu?itmID=&chapter=132>
40. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí: Jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2.
41. Temnota života. *Obecně k drogám*. Poslední aktualizace 24-6-2006. Dostupné z <http://temnotazivota.blog.cz/0606/drogy>
42. VÁCHA, P. *Nemedikamentózní léčba drogových závislost*. Diplomová práce. Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, 2003
43. VANĚČEK, M. *Ketamin, Ufo, Rajský plyn*. Bulletin národní protidrogové centrály 2002, roč. 8, č.1. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6, s.193
44. VAVERKOVÁ, K. *Bílá moc*. 1. vyd. Benešov: Start, 2000. ISBN 80-86231-11-9.
45. VODÁČKOVÁ, D.a kol: *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
46. VYMĚTAL, J. a kol.. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3.

47. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4
48. Zaostrěno na drogy, Rozdělení drog 2/2006, roč. 4, vydavatel Úřad vlády ČR, ISSN 1214-1089.

## **8 Klíčová slova**

Drogy

Závislost

Psychoterapie

Léčba drogové závislosti

Pomoc



## **9 Přílohy**

Příloha č. 1 – Informace o Psychiatrické léčebně Červený Dvůr

Příloha č. 2 – Informace o Terapeutické komunitě Karlov

Příloha č. 3 – Prohlášení

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas

## **PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR**



### **Informace o léčebně**

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 550 až 750 pacientů.

Léčebna má v současnosti 4 oddělení - příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová.

Léčebna tedy poskytuje:

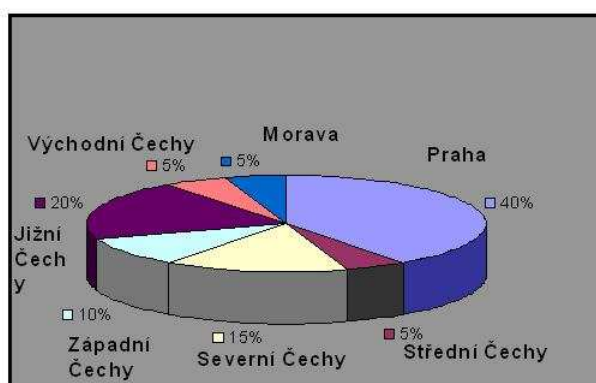
- Střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách
- Dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství
- Detoxikaci a detoxifikaci
- Rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách
- Krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu
- Krátkodobé motivační (tzv.opakovací) pobyty v rámci následné péče

Léčebna se podílí na vzdělávání profesionálů v pomáhajících oborech - studentů vyšších sociálně právních a sociálních škol, studentů arteterapie, psychologie, středních zdravotnických škol atd. Léčebna je klinickým pracovištěm zdravotně sociální fakulty.

### **Klientela léčebny**

Léčebna je celorepublikové zařízení. Průměrné zastoupení pacientů z jednotlivých krajů v posledních letech ukazuje následující graf:

**Typické krajské zastoupení pacientů v PL Červený Dvůr v letech 1995 - 2005**



**Typický absolutní počet pacientů z jednotlivých regionů v jednom roce**

Praha	...cca 280 - 320
Střední Čechy	...cca 35 - 40
Severní Čechy	...cca 105 - 120
Západní Čechy	...cca 70 - 80
Jižní Čechy	...cca 140 - 160
Východní Čechy	...cca 35 - 40
Morava	...cca 35 - 40

### **Léčba v Červeném Dvoře**

Léčebna se specializuje pouze na léčbu lidí, kteří se dostali do těžkostí a problémů v důsledku užívání návykové látky / alkoholu či jiné drogy / či hraní na automatech. Aby léčebna mohla fungovat skutečně užitečně a efektivně, aby nikdo nebyl při řešení svých problémů zbytečně rušen, platí zde určitá pravidla, která je nutno dodržovat. Mezi zcela základní pravidla, jejichž nedodržování není slučitelné s pobytem v naší léčebně, patří:

- udržování bezdrogového prostředí - jakékoli porušení abstinence během léčby či jakákoli manipulace s drogou vedou k předčasnému propuštění z léčby /za účelem udržení čistoty jsou pravidelně prováděny rozbory moči a kontroly

dechu na alkohol, během celého pobytu kontrola pošty, určitá omezení ve vycházkách a v návštěvách/

- spolupráce při všech terapeutických aktivitách
- zákaz fyzické agrese, psychického nátlaku, projevů rasismu
- zákaz sexuálních kontaktů zde v léčebně / včetně nedoporučení současného léčení závislých partnerů /

Všechna další pravidla chodu léčebny, terapeutického režimu a běžného každodenního života zde jsou upravena systémem bodování. Tento systém bodování je zde již tradiční, zprvu se zdá komplikovaný, ale posléze lze zjistit, že celé dění kolem činí pacienta výhodně přehledným. Léčba je dobrovolná, předpokládá se tudíž, že ke všem terapeutickým aktivitám přistupuje pacient svobodně, nikomu se nezabraňuje v odchodu z léčebny, rozhodne-li se tak. Současně je podmíněna doba uplynutá nutné k obměně pacientovy původní komunity - tedy nový nástup nejdříve po 6 měsících. Léčebna si taky vymíní právo odstoupit z terapie ze své strany, neshledá-li spolupráci pacienta jako dostatečnou.

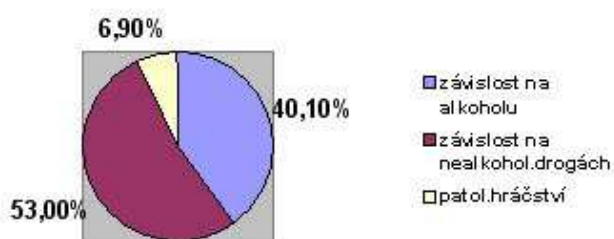
Léčba trvá v průměru 3-6 měsíců. Již zmíněný bodovací systém vytváří základní rámec léčebného programu. Základním terapeutickým nástrojem je terapeutická komunita, celý program se tedy odehrává v komunitním prostředí – skupinová a komunitní psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, přednášky, volnočasové aktivity. Důležitou součástí léčby je zvládání některých rolí s větší zodpovědností za chod oddělení či léčebny – příslužba v kuchyni, služba na detoxu, spoluvedení komunity a skupiny.

Léčba začíná přijetím na detox /čili příjmové oddělení/. Tato fáze pobytu slouží k odstranění drogy z těla a k celkové stabilizaci potřebné k pobytu na odděleních dalších. Také ale slouží jako určitý vstupní filtr, který má chránit lidi v léčebně před možným vstupem drogy do léčebny. Pobyt na detoxu není zaručeno automatické přijetí do další terapie – vyžaduje se již dobrá spolupráce, samozřejmě podle pacientova stavu.

Celou léčbu lze rozdělit v principu do několika etap:

- 1.** V úvodním období je zvykání na komunitu, komunitní systém léčby a celý léčebný režim. Stabilizuje se pacientův tělesný i duševní stav. Postupně si připouští celou míru svých problémů, zejména důsledků jeho drogové kariéry. Postupně si ujasňuje postoj k droze a důvody, proč v užívání drogy nepokračovat.
- 2.** V dalším období pacient pracuje otevřeně na skupinách, podílí se na chodu komunity, kontaktuje se formou vycházek a návštěv s okolím. Během tohoto období jasněji formuluje cíl pobytu zde a hledá cesty k řešení svých problémů. Snaží se řešit potíže a komplikace, které vznikly v důsledku jeho užívání drog.
- 3.** V závěrečném období se orientuje na budoucnost, zajišťuje si bezpečné zázemí, hledá konkrétní momenty v dalším životě, které budou podepírat jeho abstinenci. Plánuje konkrétní doléčovací program.

### Skladba léčených diagnóz v roce 2005:



### Kulturní, historický a přírodní význam areálu

Areál léčebny je komplexem několika kulturních památek, z nichž nejvýznamnější je vlastní zámek, zámecký park a vodohospodářský systém parku. Zvláště zámecký park s vodohospodářským systémem jsou z památkového hlediska nadregionálního významu s úzkými vazbami na parkovou tvorbu evropskou.

Areál se nachází ve II. zóně Chráněné krajinné oblasti Blanský les - park je tak pod ochranou nejen památkové, ale i přírodní.

### Moderní historie léčebny

Areál před uvažovanou likvidací zachránil v roce 1966 vznik psychiatrická léčebny specializované na léčbu závislosti na alkoholu. V současnosti postupně pokračují významné rekonstrukce zámku i celého areálu a je vytvářena celková koncepce využití areálu jako moderního psychiatrického zařízení.





### **Podmínky přijetí do léčby**

Do léčebny se přijímají pacienti splňující následující kritéria:

- věk minimálně 18 let,
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza,
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou speciální léčbu a umožňující plné zapojení do všech aktivit, motivace k léčbě.

## **TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KARLOV**

### **Terapeutická komunita Karlov je:**

specializované zařízení pro střednědobou rezidenční léčbu a sociální rehabilitaci osob závislých na nealkoholových drogách.

### **Terapeutická komunita Karlov je určena:**

Klientům při diagnostikované závislosti na nealkoholových drogách

- mladistvým a mladým dospělým
- matkám s dětmi

Kapacita TK je 12 mladistvých klientů a 9 lůžek pro matky s dětmi.

### **Základní podmínky a předpoklady pro přijetí jsou:**

- věk 16–24 let, matky bez omezení věku
- dobrovolnost vstupu, přijetí řádu, režimu a pravidel života v komunitě
- absolvování rezidenční detoxifikace

Klienti jsou přijímáni pouze prostřednictvím Kontaktního centra SANANIM v Praze. Klientky-matky jsou přijímány prostřednictvím Denního stacionáře SANANIM.

### **Terapeutická komunita Karlov nabízí:**

- střednědobou rezidenční léčbu a sociální rehabilitaci
- poradenství pro rodiče a partnery klientů
- odborné konzultace a stáže

### **Základním prostředkem léčby je samotný život v terapeutické komunitě, který nabízí:**

- otevřenou komunikaci mezi klienty a personálem
- spoluúčast klientů na rozhodovacích procesech v komunitě
- společenství, které přirozeně vede ke změně škodlivých vzorců chování

Doba léčby je 6–8 měsíců u klientů mladistvých, u matek s dětmi 7-12 měsíců. Léčba je rozdělena do 4 fází, které respektují klientův růst a míru jeho vlastní změny.

### **Dalšími prostředky léčby jsou:**

Základní formou léčby je samotný život v komunitě. Mezi základní metody využívané při léčbě TK Karlov patří:

- Skupinová terapie – léčba je založena především na skupinové psychoterapii, klient týdně absolvuje 22 hodin skupinové terapie.
- Individuální psychoterapie – využívá se pouze ve výjimečných případech.
- Režim a pravidla – celý program je velmi pevně strukturován, je vytvořena podrobná vnitřní legislativa, je definováno pět kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klient z komunity vyloučen
- Rodinné a rodičovské poradenství – jednak je realizováno formou rodičovských skupin, které mají především charakter skupinového poradenství (konají se dvakrát měsíčně) a dále rodinné poradenství v rámci návštěv rodiny v komunitě.
- Výchova a vzdělávání – v oblasti výchovy se zaměřujeme především na trénink odpovědnosti, dále na získání hygienických, pracovních a společenských návyků. Příprava plánů týdenních, měsíčních, finančních.
- Pracovní terapie – je zaměřena především na zabezpečení vlastního chodu domu (vaření, hospodářství, zvířata, zahrada, úklid, praní, svépomocné opravy domu a zařízení, údržba) a pracovní činnost v rámci brigád a pracovních poměrů mimo komunitu. Jejich cílem je získání pracovních návyků.
- Volnočasové aktivity – sport, zátěžové a zážitkové akce.
- Sociální služby - hlavním cílem poskytování sociální práce v rámci léčby v TK je odstranění negativních sociálních důsledků drogové kariéry, které ovlivňují současný život klienta a při jejich nevyřešení by se mohly stát zátěží v budoucnosti
  - evidence klienta na příslušném pracovním úřadě s možností získání dávek sociální péče
    - pomoci klientovi získat nové osobní doklady (občanský průkaz, pas, průkaz pojištěnce ZP) v případě jejich ztráty či vypršení jejich platnosti
    - zprostředkování kontaktu s policií, soudy, probačními pracovníky. Cílem je, aby maximum trestních problémů bylo vyřešeno v rámci léčby v TK
  - Zdravotní péče – jsou zajištěny služby psychiatra v rámci TK, mimo komunitu pak služby praktického lékaře, pediatra, gynekologa, hepatologa a stomatologa, kteří poskytují kontinuální péči během pobytu klientů a dětí v komunitě.
  - Psychiatrická péče – komunita externě spolupracuje s psychiatrem, který zajišťuje jednak vstupní psychiatrická vyšetření, jednak v případě potřeby péči klientům s psychiatrickými onemocněním a medikaci

Terapeutická komunita Karlov poskytuje také léčbu jako alternativu trestu.

### **Práva klientů jsou:**

- dobrovolnost příchodu a odchodu
- právo na spolurozhodování o postupech své léčby
- právo na utajení všech informací týkajících se léčby



### **Následná péče:**

Pro klienty, kteří dokončili léčebný program, je zajištěn ambulantní program následné péče v Doléčovacím centru SANANIM a program chráněného bydlení.

### **Základním cílem TK Karlov je:**

zapojení klientů zpět do života bez drog, zvládnání nároků tohoto života a prožívání pocitu vlastní spokojenosti. Základní podmínkou k dosažení tohoto cíle je trvalá abstinence a získání schopnosti odpovědného rozhodování.

## **PROHLÁŠENÍ**

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA  
Adresa děkanátu: Jírovцова 24/1347  
370 04 České Budějovice

Studijní obor: Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby  
Název diplomové práce: Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí  
Autor práce: Gabriela Dobiášová  
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Prohlašuji, že údaje získané ke zpracování diplomové práce na téma „Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí“ budou sloužit pouze k mé vlastní potřebě a nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by vedly k odhalení nebo přiblížení identity osobnosti.

Datum a místo

.....

Podpis autora práce

.....

Podpis respondenta

.....

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA  
Adresa děkanátu: Jírovцова 24/1347  
370 04 České Budějovice

Studijní obor: Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby  
Název diplomové práce: Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí  
Autor práce: Gabriela Dobiášová  
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Já ..... bytem .....

.....  
souhlasím s poskytnutím rozhovoru na téma „Psychoterapeutické přístupy v léčbě drogových závislostí“ a jeho zaznamenáním na diktafon.

Datum a místo

Podpis respondenta

.....

.....