

**Univerzita Palackého v Olomouci**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

**Veronika Máchalová**

3. ročník – prezenční studium

Speciální pedagogika dramaterapie

## **Krátký intervenční program pro závislé na pervitinu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne: . 4. 2011

.....

#### Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Michalovi Růžičkovi, Ph.D. za pomoc a odborné vedení bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat terapeutům P-Centra Olomouc za poskytnutí kasuistik.

# Obsah

Úvod	6
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>7</b>
1 Možnosti a formy ambulantní práce se závislími na pervitinu	7
1.1 Ambulantní léčba	8
2 Drogová politika	10
2.1 Historický přehled postojů k užívání návykových látek	11
2.2 Základní pilíře protidrogové politiky	12
2.3 Strana nabídky a poptávky nezákonného trhu s drogami	15
3 Závislost	16
3.1 Jednotlivé předpoklady vzniku závislosti	18
3.2 Faktory podílející se na vzniku a udržování závislosti na návykových látkách	19
4 Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku	21
4.1 Stručný popis publikace	21
4.2 Stručný popis verze dvoutýdenního programu	22
4.3 Stručný popis verze dvanáctitýdenního programu	23
4.4 Vhodnost intervence	24
4.5 Vedení školení a jeho kritéria	24
5 Krátký intervenční program pro osoby závislé na pervitinu	25
5.1 Verze pro tři setkání	25
5.2 Verze pro dvanáct setkání	26
5.3 Informační listy	27
5.4 Pracovní listy	27
6 Transformace metodiky	28
6.1 Britská společnost Rugby House	29
6.2 Fáze transformace metodiky	29
7 Terapeutické momenty programu	30
7.1 Pervitin	30
7.2 Neurobiologie závislosti	32

7.3	Euphoric recall	35
7.4	Craving (bažení)	36
7.5	Spouštěče	37
8	Tvorba a realizace kasuistického spisu Krátkého intervenčního programu	37
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>39</b>
9	Zkušenosti s Krátkým intervenčním programem a popis jednotlivých zařízení	39
10	Analýza kasuistických spisů	40
10.1	Analýza kasuistických spisů krátkého programu	40
10.2	Analýza kasuistických spisů dlouhého programu	45
11	Diskuse	51
	Závěr	53
	Seznam použité literatury	55
	Seznam příloh	58

## Úvod

Piko, peří, pergo, perník. Nejčastější slangové pojmy používané v Čechách. Tím zastřešujícím a identifikačním termínem je pervitin. Mezi české rarity patří nesporně české pivo, olomoucké tvarůžky vyráběné v nedalekých Lošticích a s raritami je spojován i pervitin - další z českých vynálezů. To je ovšem nonsens. Píše se rok 1888 a pervitin se rekrutuje v Japonsku. V historii se posuňme o kus dál. Nová syntetická droga se ve 2. světové válce demonstruje jako látka, která povzbuzuje účastníky války k vyšším výkonům. Uplynuly tři století a japonský vynález se dostává do popředí české drogové scény.

S vyšším počtem závislostí spojených s pervitinem je snaha státních i neziskových organizací vymyslet takový systém léčby, který by zajistil maximální péči jak v prevenci, tak i abstinenci. Jako je nepřeborné množství příležitostí jak se stát závislým, existuje široká škála zařízení, která nabízí klientům možnosti oprostít se od závislosti. Jako člověk, který se nezajímá o léčbu drogově závislých, bych měla poměrně zmatek v tom, jaká zařízení jsou klientům k dispozici, nemluvě o formách možné léčby. Proto se v první části bakalářské práce snažím stručně a jednoduše popsat jednotlivá zařízení v souvislosti s léčbou závislosti na drogách. Snažím se nastítnit drogovou politiku a její systém. Vzhledem k faktu, že na téma závislost je dostatek informací a literatury, chci problematiku alespoň krátce zmínit pro přiblížení tématu. Z tohoto důvodu se budu snažit srozumitelně popsat neurobiologickou cestu závislosti. Důležitou součástí bakalářské práce je popsání Krátkého intervenčního programu pro osoby závislé na pervitinu. Ten byl transformován z podoby závislosti na cracku /kokainu. Výhodu metodiky shledávám v její novotě a pokusu o inovaci dosavadních metod a přístupů s drogově závislou klientelou. Jako další motivaci pro klienta bych uvedla, že program je doposud zdarma a funguje nadstandardně v rámci běžné dosavadní léčby.

Zajímavé je, že nová metodika je teprve v dětských plenkách, ale přesto už ji znají odborníci v oblasti drogových závislostí jak v Olomouci, tak Přerově. Mým cílem je zjistit, nakolik je program odbornými pracovníky chápán jako nástroj, který usnadňuje terapeutický proces, a kde jsou možné chyby. To vše se vynasnažím popsat a zaznamenat. Chtěla bych se dozvědět, jestli klienti po ukončení programu pokračují v terapii. Pro získání odpovědi na zmíněné otázky budou k dispozici kasuistiky, podle kterých vyhodnotím odpovědi a podložím je čísly.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Možnosti a formy ambulantní práce se závislími na pervitinu

Existuje několik systémů péče o drogově závislé, mezi které patří terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčba, ambulantní léčba, denní stacionáře, střednědobá ústavní léčba, terapeutické komunity, doléčovací programy (Kalina et al., 2008). Dále se léčba rozděluje podle typu péče na ambulantní a rezidenční, a také podle délky na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu [http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/lecebne-programy\\_2007\\_04\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/lecebne-programy_2007_04_18.html) [2.4.11].

Existuje spektrum různých metod a přístupů léčby drogově závislých. Kombinace těchto systémů je možná, ale u některých přístupů a metod nereálná. Vhodnost a efektivnost lze jen s obtížemi rozeznávat. Komplexnost problémů souvisejících se závislostí na návykových látkách musí korespondovat s mezioborovým přístupem. Nevhodný výběr složek léčebného systému ohrožuje potenciál úspěšných možností spojených s léčbou. Programy se neustále mění podle potřeb a rozdílů klienta. U nás byl rozvíjen pouze model jednoho oboru- a to medicínského. Participace psychologie a sociální práce byla medicínskému modelu podřízena. Avšak se našlo několik pracovišť, která se s takovým stavem nesmířila, a začala vycházet vstříc klientele. Jednostrannost preference určitého přístupu není stále v mnoha případech ničím neobvyklým. Problém není už na úrovni komunikace mezi základními disciplínami, které se podílejí na léčbě drogově závislých, ale na konkrétních metodách a přístupech. Řeší se otázka, zda metody a přístupy vzájemným působením neohrožují potenciál programu, zda nejsou protichůdné. I když existují představy o tom, jakou by měl mít program podobu, nelze jednoznačně říci, že by jiný program byl špatný nebo neefektivní. Každý program hodnotí svoji práci podle jiných kritérií a nemusí být kompatibilní. Proto se vyváženost oborů a kombinace různých přístupů jeví jako nepřehledné bludiště. Jsou však oficiální strategie, které jsou považovány za doporučující. Avšak vedle nich existují přístupy, které jsou brány jako alternativa, s nimiž lze také v praxi pracovat. Pracovníci, kteří se těmito méně známými přístupy zabývají, mohou dosahovat kvalitních výsledků i přes poučky o tom, co je vhodné a nevhodné. Ke koordinaci návaznosti spektra poskytované péče a vhodného ošetření v dané fázi bychom měli mít nástroje k neustálému ověřování těchto souvislostí. Důležitý je fakt, zdali odborníci umí pružně reagovat na potřeby klientů. Jako příklad

můžeme uvést léčbu farmakoterapie. Nestačí vycházet pouze z nejmodernějších poznatků medicíny a při tom zapomínat na psychoterapeutické složky. Pokud by byl klient ošetřen pouze jednou formou, měl by pravděpodobně málo šancí na změnu. Pro efektivnost programu je provázanost jednotlivých metod podmínkou. Provázaností máme na mysli zastoupení odborníků z různých oborů. Pluralita názorů, na kterých je týmová práce založena, musí nést určitou míru rovnocennosti přístupů. Již zmiňovaná pluralita názorů s sebou nese spoustu pozitivních, ale i negativních stránek. Existují modely kvalitních a efektivních programů. To však neznamená, že program založený na odlišných principech by byl neefektivní.

Žádný program nemůže stoprocentně splnit všechny požadavky na něj kladené. Nejedná se totiž pouze o požadavky ze strany klienta, ale musíme respektovat požadavky společnosti a poskytovatelů finančních prostředků. Výsledkem těchto protichůdných sil by mělo být vytvoření optimální rovnováhy s měnícími se trendy a potřebami klientů různých věkových a sociálních kategorií (Kalina et al., 2003).

„V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče (sít' poradenských, léčebných a sociálních služeb, pozn. autora) pro uživatele návykových látek (Richterová Těmínová In Kalina et al., 2008, s. 369).“ Jak už bylo zmíněno výše, tak jednotlivé složky odpovídají potřebám klientů v souvislosti s jejich aktuální fází závislosti. Kvantitativní oblast zahrnuje následující kritéria: komplexnost, provázanost, efektivitu. **Komplexnost** poukazuje jak na existující specifické cílové skupiny, tak i na různorodost problémů spojené s užíváním návykových látek. Měli bychom brát zřetel na klientovu motivaci ke změně. Proto vybíráme takové typy služeb, které zohledňují potřeby klienta. **Provázanost** usiluje o navazování jednotlivých služeb, které jsou v rovnoprávném postavení. **Efektivita** představuje vytvořené nástroje poskytující maximální efektivitu. Tvoří je standardy odborné péče, které jsou od roku 2005 hodnoceny v rámci certifikačního procesu.

Základní kritéria tvoří rozsah systému péče a dostupnost. Regionální prevalence komplikací v užívání návykových látek určuje **rozsah systému péče**. Efektivní péči zajišťuje časová i místní **dostupnost** (Kalina et al., 2008).

## 1.1 Ambulantní léčba

Jde o službu, ve které klient/pacient dochází v pravidelných intervalech na předem smluvený čas do zařízení (Kalina et al., 2008). Výhoda ambulantní léčby je v tom, že klient



setrvává ve svém podpůrném prostředí. Nemusí tedy přerušovat zaměstnání, školu (Kalina et al., 2008). Klienti musí být efektivně motivováni k léčbě a schopni větší sebekontroly, protože se vlastně stále nacházejí v prostředí, kde užívali drogy [http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba\\_2007\\_04\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/illegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html) [2.4.11]. Richterová Těmínová (In Kalina et al., 2008, s. 378) uvádí, že „Ambulantní léčba je vedena v zařízeních zdravotnického či nezdravotnického charakteru.“

### 1.1.1 Typy zařízení poskytující ambulantní léčbu

Historie poukazuje na **AT ordinace** pro prevenci a léčbu závislostí. V ČR do roku 1992 tuto péči poskytovala zdravotnická zařízení. S ohledem na privatizaci ambulantních služeb se stala tato problematika okrajovou. Důvodem pro to byla náročná práce a nedostatečné finanční ohodnocení. Tím vznikla menší dostupnost specializované ambulantní lékařské péče pro léčbu závislostí na návykových látkách (Kalina et al., 2003). Současná situace je taková, že AT ordinace téměř zanikly, nebo jsou zřizovány v soukromých, řidšěji i státem poskytovaných zařízeních a zaměřují se především na alkoholismus [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/at\\_ordinace](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/at_ordinace) [2.4.11].

**Specializované ambulantní služby** jsou nabízeny osobám užívající nealkoholové psychotropní látky. Tato komplexní specializovaná služba směřuje ke zvládnutí specifických obtíží spojených s jejich užíváním. Cílem je vypořádat se s odvykacími stavy a užívání stabilizovat do podoby, ve které se sníží sociální i zdravotní dopady <http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/poslani.html> [2.4.11]. Při tom je brán ohled na individuální přístup ke klientovi. Hledí se i na jeho důstojnost a lidská práva, respektuje se právo na jeho vlastní rozhodnutí <http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/principy-prace.html> [1.4.11]. Cílovými skupinami jsou jak dlouhodobí intravenózní<sup>1</sup> uživatelé drog, tak i klienti, kteří trpí dalším duševním onemocněním <http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/komu-je-cadas-urcen.html> [2.4.11].

Mezi další služby patří běžné **psychiatrické ambulance a psychologické poradny**, které pracují mimo jiné i s klienty, kteří mají diagnózu závislosti (Kalina et al., 2008).

---

<sup>1</sup> Intravenózní znamená nitrožilní.

Podobu ambulantní péče mají i **denní stacionáře**, do kterého klient každý den dochází a tráví zde celý den [http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba\\_2007\\_04\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html) [2.4.11]. Ve stacionáři je pro klienty připraven intenzivní strukturovaný program, který zahrnuje: přesný časový rozvrh, soubor pravidel stanovující délku léčby, skladbu programu (skupinové terapeutické aktivity, pracovní, kulturní, sportovní aktivity a další). Stacionární klientela zahrnuje i závislé na stimulačních drogách (Kalina et al., 2003). Klienti jsou v různé fázi závislosti a určující je také stabilní sociální zázemí (Kalina et al., 2008). Tuto podobu péče poskytuje např. Sananim.

Další ambulantní péči tvoří specifická zařízení, která nejsou zařaditelná jak do zdravotnického či nezdravotnického systému (Kalina et al., 2003).

### **1.1.2 Nízkoprahová kontaktní centra**

Nízkoprahový přístup je nazýván také jako služba prvního kontaktu. To znamená, že je často první odbornou službou, kde uživatel hovoří o svých problémech a o svém užívání. Je důležitou součástí systému péče o uživatele drog už jen proto, že se s touto službou setká cca 60% uživatelů. Důraz je kladen na reflexe a informace, které odborník klientovi poskytne. Program je sestaven pro uživatele drog a jejich blízké. Nezbytné je nevytvářet bariéry, které by mohly klientům službu ztížit. Nízkoprahová služba je nabízena tak, aby mohli plnit své denní povinnosti. To znamená, že je jak časově, tak lokálně dostupná. Pro práci s touto klientelou neexistuje nějaký platný vzorec, podle kterého odborníci klientele zajišťují potřeby. Znakem je individuální přístup, spolu s klientem se ze získaných informací hledá možný způsob řešení (Kalina et al., 2008). Tato služba často otevírá dveře pro další služby, jako jsou ambulantní a rezidenční (terapeutická komunita) zařízení (Kalina et al., 2008).

Ambulantní péči poskytují také nízkoprahové agentury odpovídající kontaktním centrům (Kalina et al., 2003). Služby kontaktních center zahrnují jak poradenství a motivaci ke změně, tak i programy harm reduction (viz kap. 2.2.1.) Zprostředkování léčby se děje za podmínek, kdy je zachována anonymita a využití služby nevyžaduje abstinenci klienta (Kalina et al., 2008).

## **2 Drogová politika**

Drogová politika se vyznačuje komplexním souborem preventivních, léčebných, sociálních, represivních a dalších opatření, uskutečňujících se na strukturálních, komunitních

a individuálních úrovních. Cílem je snížit užívání drog nebo škod, které jsou s tímto fenoménem spojovány (Zábranský, 2003).

Jeden z projevů sociálně patologického chování je užívání psychotropních látek, které bylo po staletí součástí sociálních rituálů. Kulturní a sociální produkt dané společnosti tvoří drogová politika. Hlavním bodem u drogové politiky je koncept, který společnost pro drogový problém a uživatele drog používá. Politický vliv však sehrává důležitou roli při definici tohoto konceptu. Postoj se postupem doby k užívání psychotropních látek měnil. Posun je i ve vnímání společnosti k užívání návykových látek. Pohled na problematiku již není soukromý, ale veřejný. Ekonomické zájmy, vliv společenského hnutí a rasismu měly značný vliv na drogovou politiku. Tak začaly být různé národnosti spojovány s jednotlivými drogami (kokain byl spojován s černými Američany).

## **2.1 Historický přehled postojů k užívání návykových látek**

Za specifický problém byly drogy a jejich užívání vnímány asi do roku 1960. Užívání drog bylo vyhodnocováno jako nemoc jednotlivce. Střední třída, která drogy převážně užívala, nezpůsobovala společenské problémy. Drogová politika, která má dnešní podobu, neexistovala. Experty v drogové souvislosti byli jak kriminalisté, tak specializovaní psychiatři v léčbě. Společenským problémem se drogy stávají v šedesátých letech. Na závislost je stále nahlíženo jako na nemoc, ale ve smyslu šíření do sociálních vrstev a profesí. Vytvářejí se specializované skupiny kriminalistů pro potírání drog. Situace v prevenci se také zhoršuje, a proto se začal zrod drogové politiky. Vyhlašují se války proti drogám, a to zejména v USA. Nebezpečí infekce HIV spojené s užíváním drog se projevuje na přelomu 80. let. Na užívání drog se začíná pohlížet komplexně, tedy s ohledem na biologické, psychologické a společenské faktory. Objevují se nové profese, jako jsou sociální pracovníci a epidemiologové <sup>2</sup>. Postupně je také prosazován harm reduction. Vznikají mezinárodní instituce, které se zabývají problematikou drog. Stále se však klade důraz na válku proti drogám. Díky rozvoji technologií dochází od počátku 90. let, po změnách v postkomunistických zemích, k produkci nových syntetických drog. Drogy jako globální problém označuje OSN na valném shromáždění. Zdravotní a sociální rizika injekčního užívání jsou největší hrozbou. Od války proti drogám Evropa ustupuje, ale USA u toho konceptu zůstává. Vládne přesvědčení o komplexnosti charakteru užívání drog, které

---

<sup>2</sup> Epidemiologie je lékařský obor zabývající se vznikem, příčinou a šířením nemocí.

vyžaduje mezinárodní spolupráci, sjednocení sběru dat a to bez ohledu na politické priority (Zábranský, 2003).

## 2.2 Základní pilíře protidrogové politiky

Zásady a cíle, které jsou navrhovány k řešení problematiky ilegálních drog, jsou podávány na rovině místní, státní a mezinárodní. OSN v roce 1991 formulovala mezinárodní zásadu vyváženého přístupu v drogové politice. Vedle strategie represe a prevence se v 90. letech uznává třetí strategie - harm reduction. Nakonec ve shodě s drogovou strategií je ratifikován poslední dokument, který obsahuje čtyři základní pilíře protidrogové politiky. Jsou jimi represe, prevence, léčba a resocializace, harm reduction. Význam **represe**<sup>3</sup> spočívá v potlačení užívání všech ilegálních drog. Zastánci tohoto modelu vidí drogové problémy jako celoživotní. Jedná se o spektrum aktivit, jejichž cílem je zastavení a omezení distribuce drog. Represe v sobě obsahuje prvky prohibice<sup>4</sup> a regulace<sup>5</sup>. Aby byly společenské dopady co nejnižší, musí být drogy vyřazeny z některých běžných situací (řízení dopravního prostředku atd.) (Zábranský, 2003).

**Prevence**<sup>6</sup> se skládá ze tří částí: prevence primární, sekundární, terciální. Prevencí v tomto smyslu se myslí prevence primární <http://www.legalizace.cz/legislativa/protidrogova-politika-v-cr/> [2.4.11]. Cílem primární prevence je odradit od prvního užití drogy nebo odložit co nejdéle kontakt s ní. Působí na společnost diferenciovaně, zaměřuje se na rizikovou skupinu a rozvíjí předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální celistvosti člověka (Kalina et al., 2008).

**Léčba a resocializace** vyvolává zamyšlení se nad tím, co pojem skutečně znamená. Pracovníci pomáhajících profesí západních zemí chovají podobnou negativní konotaci k používání pojmu resocializace jako odborníci u nás. Je to tiž spojován s režimem, převýchovou. V ČR je také patrná spojitost s bývalým komunistickým režimem, kdy bylo potřeba změnit tzv. „závadové chování“. Proto pojmy rehabilitace a resocializace je účelné

---

<sup>3</sup> Represe znamená potlačení, vytěsnění.

<sup>4</sup> Zakazuje jakékoli nakládání s vybranými drogami.

<sup>5</sup> Regulace snižuje dostupnost drog k minimalizaci společenských škod.

<sup>6</sup> Prevencí se rozumí předcházení nemoci nebo předcházení zhoršení stavu.

nahrazovat pojmem **sociální rehabilitace**<sup>7</sup>(Kalina et., 2003). Další pojem je **harm reduction**.

### 2.2.1 Harm reduction (HR)

„Termín ‚harm reduction‘ (HR) v doslovném překladu znamená, snižování poškození/škod<sup>6</sup> a je používán v mnoha slovních spojeních: HR jako pilíř protidrogové politiky, HR jako program výměny jehel, HR jako přímá intervence směrem ke klientovi, která se týká bezpečnějšího užívání drog apod (Janíková In Kalina et al., 2008, s. 100).“ Do češtiny se však překlad nepoužívá.

Vznik HR vychází z přístupu public health<sup>8</sup>. Harm reduction, na rozdíl od přístupu public health, klade důraz na individuální potřeby klienta, nikoli na ochranu zdraví celé společnosti (Kalina et al., 2008). Pojmem HR je označován především přístup, tedy jak na drogovou problematiku nahlížíme. Pojetí významu HR v užším slova smyslu se používá ke snižování negativních dopadů užívání drog. Označuje strategie o bezpečnějším užívání a postupech, které vedou k abstinenci. Strategie se užívá v práci s klienty v situaci, ve které se právě nacházejí, a zaměřuje se na samotné užívání návykových látek. Můžeme se také setkat s pojmy risk<sup>9</sup> reduction a harm minimisation<sup>10</sup>, zejména v zahraniční literatuře (Kalina et al., 2008).

### 2.2.2 Historie harm reduction (HR)

První případy šíření HIV/ AIDS vyvolaly debaty mezinárodních a nestátních organizací o použití harm reduction. Místa pro společnou diskusi byla různá. „Obě tato fóra jsou zajišťována Mezinárodní asociací, harm reduction‘ ( International Harm Reduction Association- IHRA, pozn. autora) (Janíková In Kalina et al., 2008, s. 99).“ Nutno podotknout, že se do hnutí zapojují také sami uživatelé, kteří se sdružují ve více státech pod křídla uživatelských organizací. „V roce 2006 začala vznikat Mezinárodní organizace lidí, kteří užívají drogy (International Network of People who Use Drugs – INPUD, pozn. autora) (Janíková In Kalina et al., 2008, s. 99).“ Náplní uživatelských organizací je spoluúčast na tvorbě programů a služeb, hlavně výměna injekčního materiálu. Dále se angažují v politice,

---

<sup>7</sup> Jedná se o (re)integraci jedince se závislostí do běžného života pomocí (znovu)nabytých dovedností.

<sup>8</sup> Označuje pojem pro ochranu veřejného zdraví.

<sup>9</sup> Pojem risk nahrazuje harm v případě, že existuje nejasnost v měřitelnosti.

<sup>10</sup> Minimalizace poškození.

kde jejich cílem je zvyšování informovanosti jak majoritní skupině, tak uživatelům. Snahou je i prosazovat práva uživatelů drog a podílet se na ovlivňování dění ve společnosti, které na uživatele působí (Kalina et al., 2008).

### 2.2.3 Principy harm reduction

Problematické návykových látek se věnuje kanadské centrum, které sestavilo tyto principy: pragmatičnost, humanistické hodnoty, zaměření na poškození, zvažování nákladů a přínosů, zaměření na bezprostřední cíle (Kalina et al., 2008).

**Pragmatičnost** poukazuje na akceptování uživatelů drog, protože užívání návykových látek s sebou nese rovinu jak určitého rizika, tak i prožití pozitivních zážitků. Je tedy brán ohled na pozitiva i negativa užívání drog s cílem pochopit chování uživatelů.

**Humanistické hodnoty** určují, jak se akceptuje užívání drog. Princip je zaměřen k respektu a právu uživatele drogy užívat, nikoli jedince v užívání podporovat. Z toho pramení fakt, že uživatel není odsuzován moralistickými soudy.

**Zaměření na poškození** neprosazuje za cíl abstinenci, ale zároveň ji nevylučuje. Jedním z cílů je snížení dávek drogy, ale také pozitivně hodnotí změny ve stylu užívání. Zaměřuje se více na negativní dopady uživatelů a jeho okolí, než na snížení celkového užívání drog.

**Zvažování nákladů a přínosů**, které při vyhodnocení intervence umožní se zaměřit na priority.

**Zaměření na bezprostřední cíle.** První krok k bezpečnému užívání a možné abstinenci je dosažení nejbližšího realistického cíle (Kalina et al., 2008).

### 2.2.4 Cíle harm reduction

Přístup HR se snaží snižovat zhoršení poškození v důsledku užívání drog. Dále je zde snaha upřednostnit dosažitelné cíle, je brán zřetel na důstojnost uživatele s maximální možností intervence. K legalizaci nebo dekriminálníci se staví do neutrální pozice. Ale jasně se odlišuje od války proti drogám. Vytvořit svět bez drog je podle stoupenců HR nerealistickým cílem. Ignorování a odsuzování užívání ilegálních drog nikam nevede, proto HR akceptuje, že návykové látky jsou součástí našeho světa, a tak se snaží o snížení rizik spojených s užíváním. Abstinenci však pokládá za hodnotný cíl. Primární cíl není ignorovat a odsuzovat škody spojené s užíváním drog, ale snížit škody spojené s užíváním. HR potvrzuje,

že prvotními hýbateli jsou uživatelé samotní. Zároveň se nesnaží o bagatelizaci poškození, která z užívání plynou. Apeluje na nezaujatý přístup v práci s klientelou (Kalina et al., 2008).

### 2.2.5 Kritika harm reduction

Přístup HR má i své odpůrce. Nejpoužívanější výroky nepřiznivců HR jsou: HR nefunguje, HR udržuje uživatele ve slepé uličce, HR podporuje užívání drog a HR jako trojský kůň pro reformu drogové legislativy. Hlavně z počátku při zavádění programů o vyměňování jehel se objevoval výrok, že **HR nefunguje**. Dle výzkumů nebyla potvrzena domněnka, že systém výměny injekčního materiálu zvyšuje užívání drog, nebo že by se zvýšil počet použitých injekcí v ulicích. Názor, že **HR udržuje uživatele ve slepé uličce**, byl popřen literaturou. Byla tak vyvrácena myšlenka o znemožnění drogově závislého spadnout co nehlouběji do problému užívání drog, a tím ztratit možnost vzdát své závislosti. **HR podporuje užívání drog** a to proto, že lidé mohou užívání chápat jako bezpečné. Studie však nepotvrdily myšlenku, že by se z používání HR zvýšil počet nových uživatelů. Musíme veřejnost informovat, že všechny drogy jsou škodlivé, ale i z toho se dá vyjmout fakt, že je zde určitá míra jak omezit poškození uživatele. **HR jako trojský kůň pro reformu drogové legislativy** označuje nepopíratelný fakt dvou rovin odborníků. Někteří zastánci HR se hlásí k drogové úpravě o vytvoření regulovaného trhu s některými nebo všemi drogami, druzí zase tyto návrhy nepodporují (Kalina et al., 2008).

## 2.3 Strana nabídky a poptávky nezákonného trhu s drogami

Jedná se o strategické přístupy, které jsou označovány jako **snížení nabídky** a **snížení poptávky drog**. Obě dvě strany jsou na sebe vázány. Nesmíme tedy hledat jedinou příčinu drogové skutečnosti a snažit se o eliminaci buď na jedné, či druhé straně (Kalina et al., 2003).

### 2.3.1 Snížení nabídky

Jde o to zastavit, omezit výrobu a distribuci kontrolovaných drog<sup>11</sup>. Klademe důraz na přímý postih při jejich nelegální výrobě. Za ústřední pojem je pokládána **represe**, ale základní

---

<sup>11</sup> Kontrolované látky jsou psychoaktivní substance a prekurzory. Jejich dostupnost je omezena nebo zakázána.

opatření ke snižování nabídky rozdělujeme na : administrativní kontrolu, zákonnou represí a eradikaci zemědělské produkce (Kalina et al., 2003)

**Administrativní kontrola** zasahuje v oblasti legálních drog, které se využívají v medicíně pro medicínské výzkumy. Zabraňuje tak možnosti dostat drogy na nezákonný trh.

**Zákonná represe** eliminuje trestnou činnost v souvislosti s produkcí a obchodem drog.

**Eradikace<sup>12</sup> zemědělské produkce** se snaží nejen o vymýcení opiového máku, koky a cannabisu, ale snaží se najít alternativní zdroje obživy. „ Aktéry snižování nabídky jsou v našich podmínkách především orgány státní správy : jednak kontrolní a správní úřady ( v ČR např. Inspektorát omamných a psychotropních látek na MZ, aplikující administrativně- kontrolní část úmluv OSN, pozn. autora), jednak policie, celní služba, justice a vězenství . Cílovými skupinami jsou osoby, které neoprávněně , tj. mimo zákonný rámec daný u nás zákonem o návykových látkách ( zákon č. 167/1998 Sb., pozn. autora), s kontrolovanými látkami zacházejí a dopouštějí se tak trestných činů ( Kalina In Kalina et al.,2003, s. 16).“

### 2.3.2 Snižování poptávky

Cílem je snížit vyhledávání drog a jejich odběr ze strany zákazníka v nezákonném trhu. Snižování poptávky a snižování nabídky se mohou doplňovat. Důležitá pro snižování poptávky je prevence: primární, sekundární, terciální. **Primární prevence** (viz kapitola 2.3.2.). **Sekundární prevence** zahrnuje pojmy, jako jsou včasná intervence, poradenství a léčba. Zaměřuje se na klienty, kteří již drogy užívají a jsou na nich závislí. **Terciální prevence** se snaží předcházet jak zdravotnímu, tak sociálnímu poškození. Jedná se tedy o doléčování, podporu v procesu abstinence, ale také prevenci rizik zdravotního charakteru u klientů, kteří neabstínují (Kalina et al., 2003).

## 3 Závislost

Život žijeme ve světě protikladů. Narození a smrt, láska a nenávisť. Tyto antagonistické duality jsou zdrojem neklidu, touhy a hledání. Pokud se budeme zabývat podstatou životních

---

<sup>12</sup> Eradikace znamená vymýcení.



dilemat, najdeme i hluboké kořeny závislosti. Potřeba cítit se výkonně, cítit energii, touha ztratit zábrany je vektor <sup>13</sup>, který je z části nevědomý a z části uvědomovaný. Tento vektor, hluboce uložen v našem těle, má korespondující drogu, která tyto prožitky umocňuje. V případě stimulancí to jsou látky, které přinášejí euforii a slast. Přirozené zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách bychom měli respektovat (Kalina et al., 2008).

Základní znak vytvořené závislosti tvoří vysoká touha užít drogu. Je s ní spojená nízká kontrola nad zmíněnou touhou, protože přirozený, biologický zdroj odměny je daleko nižší než při požití drogy. „Zatímco dopamin <sup>14</sup> je klíčovým mediátorem <sup>15</sup> pro akutní odměnu a vznik závislosti, pro konečná stádia závislosti jsou celulární<sup>16</sup> změny glutamátergních <sup>17</sup>projekcí z prefrontálního kortexu<sup>18</sup> do nucleus accumbens (viz kap. 7.2.1) (Dvořáček In Kalina et al, 2008, s. 32).“ Důsledkem dlouhodobého užívání drog je mozek rozmazlený, protože nechce situaci řešit až zítra, ale potřebuje rychlou odměnu. Nutkavý model, který chce odměnu teď hned a rychle, dominuje pro všechna další chování a takto jednající mozek se s postupem času mění (Kalina et al., 2008). „ Dle současné definice MKN-10 se syndromem závislosti rozumí skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Jeřábek In Kalina et al., 2008).“ Symptodem syndromu závislosti je touha tyto látky konzumovat. Dle pojetí WHO je znakem závislosti silný **craving** (viz kap. 7.4) tyto látky užít. Dalšími příznaky je **odvykací stav**. Pozitivní posilování (libostní složka efektu drogy) a dále negativní posilování (vyhnutí se odvykání) se podílí na udržování drogy závislého. Nepříjemnost abstinčních symptomů způsobují vyhledávání drogy již nikoli pro přímý odměňující efekt, ale z důvodů potlačení těchto abstinčních stavů. Snížená činnost dopaminergního systému v důsledku dlouhodobé adaptace systému odměny na opakování aplikace drogy, je projev odvykacího stavu (Kalina et.al.,2008). Příznakem závislosti je i **zvýšená tolerance** <sup>19</sup> k látce (Kalina et al., 2008).

Závislost se dále dělí na **psychickou** a **fyzickou**. Psychická závislost je syndromový komplex, který se vyznačuje psychickým bažením a je jí přiřazována narušená kontrola

---

<sup>13</sup> Vektor v této souvislosti chápeme jako přenašeč.

<sup>14</sup> Dopamin je látka, která hraje důležitou roli v nervovém systému.

<sup>15</sup> Mediátor je zprostředkovatel.

<sup>16</sup> Celulární znamená buněčný.

<sup>17</sup> Glutamin je sloučenina kyseliny glutamové, která se vyskytuje v bílkovinách.

<sup>18</sup> Prefrontální kortex označuje před čelní oblast mozkové kůry.

<sup>19</sup> Je návyk, kdy jedinec musí zvýšit dávku.

užívání, která i navzdory následkům pokračuje. Typický psychický typ závislosti jsou amfetaminy<sup>20</sup>. „Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving (Jeřábek In Kalina et al., 2008, s. 55).“ Obě závislosti se většinou rozvíjejí současně.

Dvořáček (In Kalina, 2008, s. 34) uvádí: „Čeština nemá jazykově dobře odlišenou fyzickou závislost odpovídající anglickému pojmu ‚dependence‘ od závislosti ve smyslu stavu souvisejícího s odměňujícími a libostními funkcemi, tedy stavu odpovídajícímu anglickému pojmu ‚addiction‘.“

### 3.1 Jednotlivé předpoklady vzniku závislosti

Existuje několik předpokladů, které se podílejí na vzniku závislosti. Nejčastější jsou biologické, psychologické, sociální a spirituální.

**Biologický** předpoklad zahrnuje zájem o své tělo, výživu, sport. Obezita, jako porucha příjmu potravy, může vést jedince k užívání amfetaminů z důvodů snížení váhy.

**Psychologický** předpoklad zdůrazňuje, že na počátku užívání návykových látek jedinec prožívá nudu, má narušené hranice, nízké sebehodnocení. Samostatnost v rodinném kruhu není pěstována, proto si samostatnost vytváří v oblasti, kde rodina za jedincem nemůže. Primární prevence pak učí asertivitě a nabízí jak zvládat volný čas.

**Sociální** předpoklad určuje, kdy se jedná se o rizikové faktory spojené s touhou identifikace se skupinou, z důvodu rasové odlišnosti a pocitu vyčlenění ze společnosti spojené s užíváním. Prevence nabízí možnost rozvoje sociálního chování, empatie.

**Spirituální** předpoklad uvádí absenci smyslu života, duchovních hodnot. Tato absence se stává rizikovým faktorem při užívání návykových látek. Chybí pokora a nerozvíjená introspekce<sup>21</sup>. Materiální zisky, síla hrubosti má zde vysoké postavení. Náplní primární prevence je korekce pocíťovaných nedostatků (Kalina et al., 2008).

---

<sup>20</sup> Látka, která patří do skupiny syntetických drog.

<sup>21</sup> Introspekce znamená sebezpozorování.

### 3.2 Faktory podílející se na vzniku a udržování závislosti na návykových látkách

Na vzniku závislosti se podílejí faktory, které bychom neměly opomenout. Zabýváme se tedy těmi nejčastějšími: rodinné faktory, spoluzávislost (kondependence), role otce na vzniku závislosti, teorie o fixaci v orálním stadiu vývoje, drogy jako náhradní prostředek a mechanismus o účincích drogy.

**Rodinné faktory** obsahují teorie, které se zabývají systémem rodinných vztahů. Předpokládáme, že rodina a vztahy, které jsou v ní, mohou přispívat ke vzniku závislosti. Existence závislosti je vnímaná jako neizolovaný jev v systému vztahů. Závislost se tak stává důležitým prvkem fungování a udržuje tak rovnováhu. Diametrálním rozdílem je rodina, kde je jeden z rodičů závislý, a rodina, kde užíváním návykových látek prochází dítě. V rodině, kde je závislý rodič, se stane užívání návykových látek součástí kultury. Tato teorie nehledá jednoznačného viníka nebo příčinu. Mluvíme o procesu interakce (Kalina et al., 2008). Vznik závislosti je podmíněn mnohočetnými faktory. „Nepotvrzuje předpoklad nějakých jednoznačných specifických oblastí a vychází z toho, že rizikové faktory mohou být v oblasti biogenetické, sociální, etnické, antropologické i psychologické (Hajný In Kalina et al., 2008, s. 51).“

Mnohdy je velmi sporné, zda se jedná o příčinu, či následek. Živnou půdu pro růst závislosti mohou představovat některé osobnostní rysy či typy rodinných vztahů, které mohou závislost buď doprovázet, nebo vznikat až jako důsledek. Toto se stává předmětem vědeckých sporů, avšak pro terapeutickou práci to není až tak důležité. Je třeba o takových to souvislostech vědět, a pokud možno je zahrnout do léčby, abychom drogově závislého dovedli k abstinenci.

**Spoluzávislost** (kondependence) představuje rodina, partner/partnerka, kdy závislost spíše podporují nebo snahu o vyléčení negují. „Spoluzávislý člověk či systém rodinných vztahů jakoby nemohl unést ‚nezávislost‘ a závislé dítě či partnera vlastně ‚potřeboval‘ (Hajný In Kalina et al., 2008, s. 42).“ Pojmy jako je neschopnost zachovat pravidla, obviňování namísto řešení, zavírání očí nad jasnými souvislostmi, jsou důkazem toho, že rodina nebo partner spoluzávislost předpokládá a

umožňuje jedinci chovat závislost. Příkladem je toho jedinec v rodině, který neužívá návykové látky, ale cítí pocit sebevědomí, že on je tím, kdo to všechno vydrží.

**Role otce na vzniku závislosti** rozumíme nadměrným pečujícím vztahem matky k dítěti, kdy nebylo potvrzeno mínění, že by tento vztah přecházel ke vzniku závislosti. Literatura uvádí, že opak nastává u otců. Tam, kde se později u dítěte projevila závislost, byl zajištěn problematický vztah s otcem.

**Teorii o fixaci v orálním stadiu vývoje** chápeme v psychoanalýze závislost jako fixace ve fázi velmi raného vývoje dítěte. Chování a prožívání kojence je totiž v mnoha ohledech podobné jako chování závislého. Ohrožení, kterému malé dítě nedokáže čelit, a vnitřní konflikty, které ho ohrožují, nedokáže samo řešit. Podobně tomu je i u závislého. U rozvinuté závislosti je navíc jedinec zaměřen na základní potřebu a jeho zúžený horizont vidění je pro něj charakteristický. Výzkum však potvrdil, že orální rysy nepředstavují příčinný faktor závislosti. Jedná se spíše o rysy, které jsou posíleny v průběhu rozvinuté závislosti.

**Drogy jako náhradní prostředek** se stávají proto, že samotný účinek drog se pro některé užívající stává natolik významným, že reguluje emoce, tj. mění prožívání. Mluvíme o narušení citové výbavy v době, kdy se měla přirozeně vyvíjet. Jde tedy o deficit psychických funkcí a komplexní slabost jedince. Dítě si v období raného dětství zvnitřňuje prvky péče s nejbližší osobou a je tím učeno základní důvěře. Tímto si dítě odnáší zkušenost a naději, že bude moci někomu věřit, tedy nejen sobě samému. Ale někomu, kdo s ním bude chtít sdílet své emoce, kde bude mít podporu. Souvislost je i se zvýšeným napětím, které jedinec musí zvládnout, a to tak, že se o ně s někým podělí, čímž se jich nemusí zbavovat.

**Mechanismus o účincích drogy** je snaha měnit svůj stav mysli. Nejprve dojde k **selhání**. Člověka tento prožitek může vést k pocitu zklamání, smutku, pocitům zlosti na sebe i ostatní. Prohlubující se stav dojde až k **emoční regresi**, kde zralé způsoby vyrovnání již ztratily svoji platnost. Výslednicí jsou pocity úzkosti, neklidu. Jedinec v tomto stadiu se snaží najít něco, co by ho uklidnilo. V procesu bažení dojde k depersonalizaci<sup>22</sup>, kdy se uživatel stává tím, kdo užívá drogu a zároveň se stává svým pozorovatelem. Po nějakém čase nepříjemné pocity a myšlenky zmizí a jedinec prožívá **pocit uvolnění**, štěstí, klidu a celistvosti. Takový stav je pouze dočasný,

---

<sup>22</sup> Depersonalizace znamená odosobnění.

protože účinek nemá dlouhodobý charakter. Přicházejí pocity studu, viny. Jedinec sám před sebou zklamal. Kruh se uzavírá a opakuje (Kalina et al., 2008).

## **4 Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku**

Hlavním kritériem pro přijetí klientů pro absolvování programu jsou uživatelé - buď primární, nebo problematictí uživatelé cracku a kokainu. Program se nevztahuje pouze na toto, ale obsahuje i další kritéria nezbytná pro přijetí osob užívajících návykové látky. Výhoda intervenčního programu je v jeho použitelnosti. Byl sestaven tak, aby současně mohl jít ruku v ruce s individuálním programem (léčebným plánem), což terapeutům umožní zabývat se tématem do hloubky. Pracuje se také s důležitými a častými pojmy: lapsem a relapsem (viz kap. 7.2.2) a to aniž by klient přerušil kontinuitu programu (Gray, 2006). Realizace programu by měla být v průběhu 12 týdnů. V případě nízkoprahového sezení se odvolává na 2 týdny. „Je velice důležité, aby byla vedena souběžně se sezením individuálního léčebného plánu (hlavními sezeními, pozn. autora) a umožnila tím, aby byl(a):

Obsah programu realizován s minimálním přerušením.

Plán specifické péče zaměřen a integrován do všeobecného plánu péče o klienta

Postup klienta týdně sledován.

Laps a relaps diskutován mimo 12 - ti týdenní program tak, aby byla struktura sezení zachována.

Více času na sledování a prevenci lapsu / diskusi o léčebných plánech (Gray, 2006, s. 5).“

### **4.1 Stručný popis publikace**

Publikace obsahuje návod k realizaci programu, kde jsou poskytnuty:

**Vysvětlující informace a návod, jak program vést.** Podává návod, jak je možné program spojit s individuálním léčebným plánem. Dalším obsahem publikace jsou:

**Hlavní zásady, jak každé sezení vést.** Zpřehledňují léčebné nástroje, kterými jsou informační listy. Tyto listy jsou aplikovány při každém sezení. Důležité v programu jsou terapeutovy znalosti o tématu, protože pokud terapeut má širší znalosti o dané problematice, působí na klienty pozitivně, a tím se zvyšuje i produktivita a pozitivita terapeutického vztahu.

**Zvláštní informace pro terapeuty ke každému sezení** tvoří důležité znalosti, které terapeut musí vědět.

**Informační listy pro klienty** jsou materiály, které podávají klientům informace potřebné k danému tématu.

**Pracovní listy** jsou aplikovány pro určená sezení, a ty jsou posléze kopírovány. Jedna sada kopií je podána klientovi pro vlastní potřebu a druhá sada je uložena ve spisu o klientovi.

**Pracovní listy a monitorovací nástroje pro individuální léčebné plány.** K individuálním plánům léčby patří pracovní listy, se kterými se pracuje více v hlavních sezeních než v programových sezeních (Gray, 2006).

Pracovní listy pro hlavní sezení obsahují:

**Poučení z lapsů.** Toto cvičení si dává za cíl předcházet stavům a událostem, které by jedince mohly nabádat k užití. Postupovat by se mělo pomalu a důležitost je vnímání detailů, jako třeba nalezení odpovědi na otázku, kde klient našel finanční obnos na drogu.

**Monitorování kokainu (CMF dotazník)** funguje jako kontrola a sleduje fyzické a psychické zdraví. Ideální případ nastává, když se skóre postupně snižuje. Tento nástroj je pomocník pro klienta i terapeuta, proto je důležité, aby klient odpovídal na otázky pravdivě.

**Plán péče (CMF skóre)** slouží po převedení činností z programových sezení do pracovního listu č. 3 po nějaké době od jejich vypracování k hodnocení plánů činností.

**Dotazník pro monitorování cracku, heroinu, metadonu** zaznamenává míru užívání cracku, kokainu a opiátů. Zmiňuje se o skutečnosti, že někteří klienti mohou též užívat metadon (Gray, 2006).

## 4.2 Stručný popis verze dvoutýdenního programu

Léčebnou cestou se pro klienty, kteří nechtějí přestat s užíváním cracku / kokainu, stává nízkoprahový program. Jedná se o klienty, kteří byli zapojeni do služeb léčebných zařízení. Pravděpodobnost užívání cracku / kokainu je rekreační. Tento program je vhodný pro klienty, kteří s drogami nejsou schopni přestat a crack / kokain užívají jako sekundární drogu. Součástí programu je harm reduction (viz kap. 2.2.1.) a informace, že rizika spojená

s užíváním kokainu / cracku jsou méně známá než rizika spojená s užíváním heroinu. Těmto klientům je nutno poskytnout informace, aby mohla být snížena rizika v souvislosti s užíváním cracku /kokainu, apelovat na pochopení možných rizik s užíváním drog, rozvíjet důvěru mezi klientem a terapeutem v daném zařízení, položit základy pro další zapojení klienta do následné léčby. Harm reduction není vyhrazen jen pro dvoutýdenní intervenci. Vzhledem k možným lapsům ve 12 týdenním programu musíme klienta u intravenózního užívání cracku uvažovat o podání informace, která se zaměřuje na bezpečnější zásady aplikování drogy (Gray, 2006).

Každé sezení má svoje číslo. Plán dvoutýdenního programu tedy obsahuje:

**Číslo** sezení

**Cíl**, ke kterému směřuje

**Témata**, kterými se zabývá

**Požadované materiály**, kterými jsou informační nebo pracovní listy.

Jako příklad lze uvést sezení č. 2, které se bude zabývat zdravotními důsledky při užívání cracku / kokainu a harm reduction. Cíle jsou jasně dány. Klient by měl pochopit zdravotní důsledky, které jsou spojovány s užíváním cracku / kokainu. Zaměříme pozornost na klientovy možné zdravotní problémy, terapeut zajistí vhodnější informovanost o možných strategiích, které snižují rizika při užívání cracku / kokainu. Požadovaným materiálem jsou informační listy č. 4,5,6 (Gray, 2006).

### **4.3 Stručný popis verze dvanáctitýdenního programu**

Klienti, kteří byli vybráni terapeuti do dvanáctitýdenního programu, jsou vhodnými adepty, protože na základě vyhodnocení tito klienti mají motivaci ke změně a disponují takovou kognitivní úrovní, že mají předpoklady pro úspěšné absolvování programu. Jednotlivá sezení nesou (Gray, 2006) :

svůj název

cíle

témata

požadované materiály.

Aby program účinně fungoval, tak terapeuti musí klientům určit témata. Dalším krokem je tvorba spojení, vytvoření vztahů mezi tématy. Při vzniku nebezpečných stavů pomohou tato

spojení klientům vytvořit si plány pro zvládání krizových situací, a hlavně situací, které se opakují. Co se harm reduction týče, ve dvanáctitýdenním programu se této problematice primárně nevěnuje, protože signifikantní cíl shledává v abstinenci drog (Gray, 2006).

#### **4.4 Vhodnost intervence**

Pracovníci provádí souhrnné hodnocení, v němž se ujistí, jestli je klient pro tuto intervenci vhodný. Hodnocení poskytuje informace, zdali je klient motivován, jestli má zájem skoncovat s užíváním cracku / kokainu a jestli klientovy kognitivní schopnosti jsou na takové úrovni, aby mohl podstoupit dvanáctitýdenní intervenci. Dvoutýdenní program je vhodný pro ty klienty, kteří nechtějí přestat s užívání cracku / kokainu. Program se zaměřuje na oblast, jakým způsobem drogy působí. Zahrnuje popis oblasti zdraví a zaměřuje se na harm reduction. Součástí léčebné cesty je napojení klientů na další vhodné služby (Gray, 2006).

#### **4.5 Vedení školení a jeho kritéria**

Kompetentní pracovníci jsou ti, kteří jsou dostatečně proškoleni. Musí mít znalosti o cracku / kokainu a o tématech s nimi spojených. Kompetentní terapeuti musí rozumět léčebným nástrojům (pracovním listům) a měli by vědět, že :

- Služby, které zařízení nabízí, nebudou omezovat průběh programu
- Vedení s ostatním personálem zařízení program podporují
- Program neprobíhá samostatně, ale souběžně s hlavními sezeními.

Minimální doporučená praxe odborníka v oblasti léčby návykových látek jsou dva roky. A to proto, aby chápal programový model a možný vliv změny v poskytování současných služeb. Proto je důležitý dohled nad pracovníky a možnost posouzení, jak program funguje. Dohled nad terapeuti umožňuje:

- rozpoznat zavčasu problémy v raném stádiu
- sledovat a podporovat cíle programů
- vylepšit projevy při vedení programu
- vymezit další potřeby ve školení a rozvoji
- v rámci služeb získávat zpětnou vazbu na práci.

Absolvování 12 týdenního programu umožňuje udržení si klientů v dosahu služeb po dobu 12 týdnů a déle. U dvoutýdenního programu je důležité položit základy pro důvody další



léčby. Je možné po absolvování programové struktury pokračovat v individuálních sezeních po dobu určitou. Sezení se mohou zaměřovat na možnosti ve vzdělávání nebo pracovního uplatnění. Toto jim může pomoci v postupném osamostatňování se. Klientům je nabídnuta i možnost doléčovacího programu (Gray, 2006).

## 5 Krátký intervenční program pro osoby závislé na pervitinu

### 5.1 Verze pro tři setkání

Možnost léčby nastává v případě, že klient je zařazen do systému léčebných zařízení, ale reálná možnost přestat s užíváním pervitinu není. Pro tuto klientelu byl vytvořen nízkoprahový program. Důvody, proč nechtějí klienti s užíváním přestat, jsou různé. Buď jednoduše ještě nejsou dost vnitřně připraveni tento krok podniknout, nebo pervitin užívají rekreačně a nebo pervitin je pro ně drogou doprovodnou. I přes všechny tyto možnosti je nezbytně nutné pokusit se vysvětlit jednotlivé informace, mezi které patří:

- snaha minimalizovat rizika, která kráčí ruku v ruce s užíváním pervitinu
- porozumění možných rizik v souvislosti s pervitinem
- terapeutický vztah je zakládán na důvěře, proto by se měla zaměřovat pozornost i na tento aspekt
- vzhledem k velmi krátké intervenci v případě nízkoprahového programu se apeluje na další účast v léčbě.

**První sezení (nulté)** je zaměřeno na seznámení s programem, pracuje se s motivací klienta. **Sezení 1** nese ve svých cílech porozumění pervitinu, buduje se terapeutický vztah a snaží se, aby klient dokázal určit svůj nejhlavnější problém. Vzhledem k tomu, že klient se momentálně nachází v situaci, kdy není dodržován režim bdění a spánku, nemluvě o pravidelné stravě, samozřejmě nepřichází v úvahu, aby se sezení zaměřovalo na tvorbu léčebného plánu při užívání pervitinu. Klient vidí momentálně řadu jiných problémů nežli užívání pervitinu. Terapeutovi je však jasné, že meritum věci je závislost na pervitinu. **Sezení 2** si bere za cíle porozumění zdravotních důsledků ve spojení se závislostí. V případě, že klient nechce přestat v užívání, jsou mu nabízeny možnosti, jak snížit rizika spojené s pervitinem (Růžička, Wittmann et al., 2010).

## 5.2 Verze pro dvanáct setkání

Tento program je realizovatelný u klientely, která vynakládá úsilí vedoucí k abstinenci užívání pervitinu a obsahuje tedy 12 sezení.

**Sezení 1** se zaměřuje na popisování programu klientovi, vytvoření popisu problémů, které klient vnímá jako kardinální. Stanovují se cíle, kterých by mělo být ve dvanáctitýdenním setkávání dosaženo.

**Sezení 2** má za cíl seznámit klienta s informacemi, jakými mechanismy pervitin působí. Tím má klient možnost lépe chápat stavy úzkosti a deprese, což mu poskytne příležitost skoncovat se závislostí. Dále se připravuje půda pro následující sezení a rodí se vztah terapeut/klient .

Upřesnění následků spojených s užíváním pervitinu, růst terapeutického vztahu ke klientovi a diskuse nad současnými zdravotními potížemi je obsahem **sezení 3**.

**4. sezení** nese název Zavření dveří za nákupem drog. Sezení se zaměřuje na to, jaké stálé možnosti má klient ke koupi drogy a jak se může těchto možností zbavit.

**Sezení 5** obsahuje informace k pochopení schémat, která se opakují v užívání pervitinu. Soustředíme se na pojmy bažení a deprese, snažíme se, aby klient tomu lépe porozuměl.

**Sezení 6** bylo sestaveno tak, aby klient mohl chápat systém užívání pervitinu. Dále se terapeuti a klienti zaměřují na tvorbu opatření, která mohou předejít užití drogy.

**Sezení 7** je pokračujícím systémem předchozího sezení, kde se hlavní část váže na spouštěče v procesu závislosti. Budují se strategické tahy, které mohou změnit způsoby v jednání, a tím snížit riziko užití drogy.

**Sezení 8** je opět navazujícím systémem na sezení předchozí. Terapeut vysvětluje jednotlivé typy bažení a zdůrazňuje, že v tomto okamžiku má klient možnost výběru, protože klient dostal kontrolu nad pervitinem.

**Sezení 9** je zaměřeno na mechanismy euphoric recall a snažíme se najít společný způsob, jak tomuto aspektu účinně čelit.

**10. sezení** se snaží zjistit, jak klient vnímá propojení užívání pervitinu s trestnou činností. V případě, že klient trestnou činnost nepáchá, toto sezení nahrazuje sezení 11.

Shrnutí získaných zkušeností a vytvoření strategického plánu jak účinně bojovat proti možným spouštěcím jednotkám se věnuje **sezení 11**.

**12. sezení** je poslední v programu a klient shrnuje, kterých cílů dosáhl a jaké proběhly změny. Dále si klienti podle pracovního listu 23 vymezí takové cíle, kterých by chtěli dosáhnout během následujících 12 měsíčních sezení (Růžička, Wittmann et al., 2010).

### 5.3 Informační listy

Byly vytvořeny pro klienty, a to tak, aby poskytovaly důležité informace, které jsou součástí tématu sezení.

**Informační list 1** obsahuje názvy jednotlivých sezení, kterých se klient zúčastní po vymezenou dobu. Jednotlivá sezení jsou seřazena tak, že klient díky zvolené posloupnosti má možnost pochopit souvislosti s užíváním drogy a umožňuje tak delší abstinenci, při které otěže života nadržuje ve svých rukou pervitin, ale klient.

**Informační list 2** informuje klienty o působení pervitinu. Popisujeme mechanismy tak, aby jim klient porozuměl.

**Informační list 3** se zabývá problematikou chemických látek, které jsou součástí lidského organismu a jaký vyvolají účinek při vyplavování běžném i dlouhodobém.

**Informační list 4** se zabývá faktem, že bezpečné užívání pervitinu neexistuje. Seznamuje klienty s komplikacemi, které jsou v souvislosti s užíváním drogy. Jedná se o záněty, abscesy po intravenózní aplikaci pervitinu, zvýšenou pravděpodobnost infarktu myokardu atd. Kapitola obsahuje taktéž informace pro závislé ženy v době těhotenství. Popisuje klientovi fakta a následky, která jsou v souvislosti s užíváním pervitinu. Dále podává informace o nemocích, které jsou přenášeny krví.

**Informační list 5** nese jako ústřední téma harm reduction a je zde zdůrazněno nebezpečí, které vzniká s užíváním pervitinu, i za předpokladu, že klient látku neužívá intravenózně.

**Informační list 6** zdůrazňuje nácvik dýchacích technik, které slouží k potlačení chuti užít pervitin (Růžička, Wittmann et al., 2010).

### 5.4 Pracovní listy

Celkový počet činí 23 označených pracovních listů. Jsou vždy využívány pouze ve vyjmenovaných sezeních. Důležitost se klade na kopii vypracovaných listů, pro potřebu

klienta a pro dokumentaci. Poslední název pracovního listu nese „hodnocení“. Tento dotazník se zaměřuje na hodnocení všech sezení, které klient absolvoval. Cílem je vylepšit program do příštích let, proto se apeluje na pravdivost výpovědi.

#### 5.4.1 Pracovní listy pro hlavní sezení

Pracovní listy pro hlavní sezení jsou čtyři. Obsahem **prvního pracovního listu pro hlavní sezení** je správná interpretace klienta toho, co se s ním děje, což mu umožňuje držet pevně v rukou možnosti výběru a opět se nedostat do spárů závislosti. **Druhý** soubor **pracovních listů pro hlavní sezení** se zaměřuje na klientovy pokroky. Hodnotícími body jsou „skóre“, které se sčítají a zapisují do Plánu péče. Ideálním stavem je, když se „skóre“ snižuje. V případě, že v některých oblastech se „skóre“ zvyšuje, je nutné tyto oblasti s terapeutem řádně ošetřit. **Třetí** část **pracovního listu pro hlavní sezení** nese název Plán péče. **Čtvrtý pracovní list pro hlavní sezení** slouží k monitorování změn v užívání pervitinu, heroinu, metadonu, THC a alkoholu v průběhu setkání (Růžička, Wittmann et al., 2010).

## 6 Transformace metodiky

Krátký intervenční program pro drogově závislé je chápán jako inovace postupů ambulantní práce s lidmi se závislostí na stimulantech. Touto metodikou se může chlubit Velká Británie, kde program má svou domovskou půdu. Garantem britské metodiky je společnost Rugby House. Transformace programu s názvem Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku v českém prostředí nese název Krátký intervenční program pro osoby závislé na pervitinu. Nelehká a komplikovaná otázka řešení drogově závislé klientely může být řešena jak na území odděleného od běžného života (terapeutická komunita), tak i v ambulantní podobě. Hojně rozšířeným fenoménem v souvislosti s léčbou závislosti na stimulantech se stává pervitin. Tato klientela, která vyhledává jakoukoliv formu léčby, je velmi častá. Proto motivace v nacházení nových terapeutických postupů je vysoká a možnost vyzkoušet nový postup britské metodiky se sama nabízí. Aplikace Krátkého intervenčního programu „( orig.: AIDAN GRAY *Final draft crack/cocaine Brief intervention programme* ©NTA/ COCA/Rugby House 2006)“ (Růžička, 2010, s. 1) je cíleně zaměřena na klientelu závislou na cracku a kokainu. Spolupráce olomouckého P-Centra s britskou společností se formuje v terapeuticko - poradenské činnosti v oblasti drogové závislosti. Činnost projektu shledává cíle v různých oblastech. Tou první je důkladné seznámení s novou metodikou. Školení, které trvalo týden s dotací 35 vyučovacích hodin , se zúčastnili hlavně

pracovníci P –Centra v Olomouci. Školení probíhalo od 7.9. -11. 9. 2009. Mezi nimi byla také účast pracovníků sdružení Podané ruce, o. s. z Olomouce a Prostějova a Vojenská nemocnice Olomouc. Aidan Gray, autor metodiky a projektu „Dokážu to?“, sám vedl školení. Jak autor článku popisuje (Růžička, 2010), tak pozitivum shledává ve sblížení každé z organizací a poukazuje na uvědomění si terapeutických rolí a jejich možností pomoci klientele užívající pervitin. Transformace programu z kokainu a cracku na pervitin je důležitá vzhledem k odlišnosti působení na nervový systém klienta.

## **6.1 Britská společnost Rugby House**

Své kořeny nachází v Holbornu, kde fungovala jako krizové centrum a rok 1986 je rokem jejího založení. Název pochází z působiště centra, a tím byla ragbyová škola. Specializace se postupem času rozšiřovala a odborné služby byly poskytovány širší oblasti klientely, tudíž klientela užívající drogy a alkohol. Díky rozvoji organizace služby prostoupily celý Londýn a vzhledem k faktu, že do této doby, služby nezahrnovaly specifické skupiny, kterými jsou etnické minority, osoby s postižením a rodiny s dětmi, se rozvoj služeb rychle ujal (Růžička, 2010).

## **6.2 Fáze transformace metodiky**

Zrod nové metodiky pro klientelu závislou na pervitinu se řídil následujícími kroky. Pro transformaci programu určeného pro klientelu užívající crack / kokain na klientelu závislou na pervitinu byla použita do češtiny přeložená klíčová publikace od Aidana Graye *Final draft crack/cosine Brief intervention programme* ©NTA/ COCA/Rugby House 2006. Informace zabývající se oblastí kokainu a cracku byly nahrazeny informacemi, které se týkají pervitinu a jeho působení. Další částí článku se staly anamnézy klientů, které terapeuti po dobu využívání programu nasbírali. Z jednotlivých anamnéz jsou zpracovány kasuistiky. Autor článku (Růžička, 2010) se zmiňuje o zrodu metodiky, která nese pracovní název Pervitin 1.1. O jejím vývoji se předpokládá, že v rámci vzájemných konzultací a setkání s pracovníky Rugby House se zrodí konečná podoba s názvem Pervitin 1.3. Projekt bude zakončen vyhodnocením statistické metody, která ověří efektivitu programu a určí další možnosti aplikace v ambulantním zařízení (Růžička, 2010).

## 7 Terapeutické momenty programu

### 7.1 Pervitin

Nálepku nejčastější a nejhojnější drogy v Česku dostal pervitin (Zábranský, 2003). V České republice se vyskytuje celoživotní prevalence uživatelů pervitinu u dospělé populace okolo 4 %. Za poslední rok <sup>23</sup> se u kategorie mladých dospělých (15-34 let) pervitin vyskytuje do 3 %. Skupina uživatelů pervitinu stále stoupá a vyskytuje se vysoký podíl uživatelů, kteří pervitin aplikují intravenózně. [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/vyrocní\\_zpráva\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2009\\_zverejnena](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2009_zverejnena) [2.4.11]. Výroba pervitinu se skládá jak z léků, které jsou prodávány na předpis, nebo léků, které recept nevyžadují. Tyto léky obsahují efedrin nebo pseudoefedrin, které jsou klíčové při jeho výrobě. Zábranský (2003) poukazuje na malovýrobce, kteří si z léků tyto výchozí látky sami získávají. Další využívání výrobců k výslednému produktu pervitinu je **čistý efedrin** <sup>24</sup>. [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/e/efedrin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/e/efedrin) [2.4.11]. „Spektrum léků se průběžně mění v závislosti na jejich dostupnosti a ceně. Nejdůležitějším zdrojem efedrinu pro český černý trh nicméně stále je továrna v Roztokách u Prahy (Zábranský, 2003, s. 69-70).“ Často se o pervitinu tvrdí, že je to droga, která vznikla v Česku, ale není to pravda. O syntetizaci pervitinu se hovoří již od roku 1888 v Japonsku. Ve druhé světové válce Japonsko užívalo pervitin jako látku, která podporovala piloty při sebevražděných letech. Podobně látku zneužívalo i Německo a odsud pochází její název. Pokud se přesuneme do našich krajin, tak v Čechách existovala postava drogového podsvětí, jehož přezdívka byla „Freud“. Tento člověk podal postup tvorby pervitinu, který vznikal v domácí výrobě. Každý z kolektivu, točící se kolem „vařiče“ měl svoji úlohu. Český lavinový boom užívání pervitinu je zaznamenáván na přelomu 70. a 80. let. Česká republika je také známá osobami, které pervitin umějí vyrobit v cizině a zpět se vracejí s finančním obnosem [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/stimulancia/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin) [2.4.11].

---

<sup>23</sup> Drogová situace je zpracována na základě informací z roku 2009 a i s přesahem do roku 2010.

<sup>24</sup> Efedrin je alkaloid. S přibývajícím časem byl přírodní alkaloid nahrazen syntetickým efedrinem. Efedrin s dalšími látkami tvoří častou součást různých léků, které jsou vydávány na předpis.

### 7.1.1 Specifika pervitinu

Se stoupající tolerancí stoupá i závislost na pervitinu. Jde o závislost psychickou, nikoli fyzickou. Pervitin patří do kategorie stimulantů, takže účinky jsou poměrně stejné a podobné jako u dalších jejích zástupců. Objevuje se zvýšená potřeba k činnosti, mizí potřeba spánku, zvyšuje se potřeba fyzické aktivity (neklid). Na fyziologické úrovni dochází ke zvýšení krevního tlaku, stoupá frekvence dechu. Po takovém náročném výdeji energie je velká pravděpodobnost, že dojde k naprostému vyčerpání organismu. Po psychické stránce dochází po užití pervitinu k růstu většího sebevědomí, jedinci se zvyšují pocity sebedůvěry. Pozornost a soustředěnost se zintenzivní, jedinec povolí mantinely v rámci běžného chování. Vše nemůže trvat do nekonečna, proto po nějaké době přijdou do popředí únava, vyčerpání, úzkost, strach a potřeba se nasytit.

V lidském těle se nacházejí chemické látky, které reagují na nebezpečí a radost. Jedná se o látky **adrenalinu** a **dopaminu**. Adrenalin vylučují nadledvinky a řadí se do skupiny katecholaminů<sup>25</sup>. V případě běžné situace je látka dopamin uvolňována jako reakce lidského organismu na nebezpečí a vzrušení. Lidské tělo má tak schopnost pracovat na co možná nejvyšší výkon. Chemická látka způsobí změny v organismu, které se demonstrují především zvýšeným průtokem krve, a ten způsobí, že svaly získají rychlejší dávku kyslíku. Zrychlí se i frekvence dechu. Přesunutím krve ze žaludku do svalů paží a nohou vznikne pocit nevolnosti žaludku. Dochází k pocení, což je důkazem, že se tělo brání před přehřátím organismu. Svaly jsou v tenzi. Organismus je připraven vyloučit nashromážděnou energii. Tento stav nazýváme jako třes (Růžička, Wittmann et al, 2010).

Dopamin funguje jako neurotransmiter<sup>26</sup> v centrální nervové soustavě a periférii. Ve chvíli, kdy jedinec za běžných okolností zažívá příjemné pocity, tak se do nucleus accumbens (viz kap. 7.2.1.) a do frontálního kortexu<sup>27</sup> opakovaně vyplavuje dopamin. V případě, že došlo k užití pervitinu, se ve velkém množství začne uvolňovat dopamin, dojde k blokaci mechanismu zpětného vychytávání a tzv. dopaminová transportní pumpa neustále vydává dopamin. Za běžných okolností si totiž nervové buňky poskytují výměnu informace pomocí neurotransmiterů. Po předání informace mezi buňkami se neurotransmiter transportní buňkou vrátí zpět. Tím nedochází k narušení rovnováhy chemických látek. V případě účasti pervitinu

---

<sup>25</sup> Katecholaminy nesou význam jako neurotransmiter. Jsou to látky adrenalin, noradrenalin a dopamin.

<sup>26</sup> Slouží jako přenašeč impulzu nebo vyvolání reakce.

<sup>27</sup> Čelní kůra.

se ale transportní buňka blokuje a na místo zpětného vychytávání kontinuálně vypouští dopamin. Výsledkem procesu je pocit euforie. Tento stav se také nazývá jako pocit vrcholu neboli high. Dojezd, pád neboli crash je výsledkem vyčerpání dopaminu. Tím, že vzroste počet negativních pocitů, zesílí se i potřeba opakovaného užití pervitinu (Růžička, Wittmann et.al, 2010).

## 7.2 Neurobiologie závislosti

Přibližně v posledních patnácti letech se stal neurobiologický model jako hlavním medicínským modelem závislosti. Vzhledem k velké dynamičnosti rozvoje tohoto modelu jsou koncepty staré jen několik let již nepřesné a neurobiologická literatura starší pěti let má téměř historický význam. Pohled na podstatu závislosti se postupem času měnil. Nejprve na ni bylo nahlíženo jak z modelů morálních, sociálních, až po pohled dnešního bio-psycho-sociálního modelu. Na závislost se také v polovině dvacátého století začalo nahlížet jako na nemoc a postupem času proniká do americké a evropské klasifikace nemocí.

Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti působícího na mozek je biologický činitel. Dochází k behaviorálním změnám, které mají podobu závislostního chování. **Chronické recidivující onemocnění mozku** je systém odměny, který nese klíčové behaviorální projevy. Přirozené zdroje odměny jsou nahrazovány užíváním návykových látek (drog), chování se odvíjí od podnětů drogu užít. Účinek relapsu je možný i po několika letech abstinence (Kalina et al., 2008).

### 7.2.1 Systém odměny

Dvořáček (In Kalina et al., 2008, s. 25) uvádí: „ Tento model (v různých svých podobách) vychází v současnosti z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému..., v češtině nepřiliš obratně nazývaných jako systém odměny“. Systém odměny se označuje jako vnitřní autoregulující mechanismus, sloužící k nepřetržitému zajišťování potřeb nutných k přežití. Patří sem i pocit tělesné pohody. Pro přežití organismu jsou potřeba vyvolat situace a podněty, které jsou spojovány s odměnou. Tímto systémem se zvyšuje pravděpodobnost opakování těchto situací a zároveň se zvýší pravděpodobnost přežití organismu. Vzhledem ke stáří a vývojové stabilitě můžeme tento mozkový systém pokládat za velmi cenný. Biologickým přirozeným zdrojem odměny je přednostně myšlena potrava. Další zdroje odměny se vyznačují komplikovaností. Jedná se o různou úroveň sociálních vztahů.



„Za klíčovou funkční anatomickou strukturu systému odměny je (i přes podílení se více mozkových struktur na její funkci, pozn. autora) považována dobře definovatelná oblast - nucleus accumbens, kde přirozený zdroj odměny zvyšuje výdej dopaminu. Základní anatomickou osu systému odměny tvoří propojení ventrální tegmentální oblasti s nucleus accumbens a propojení nucleus accumbens s prefrontálním kortexem (přední část kůry čelního laloku, pozn. autora) (Dvořáček In Kalina et.al., 2008, s. 26)“. Systém odměny je připraven pro přirozené zdroje odměny, což drogy rozhodně nesplňují. Drogy mají umělé zdroje, které vynikají několika odlišnostmi: odměna je dosahována rychleji a jednodušeji než v obvyklé situaci běžného života. Výdej dopaminu po použití drogy je nepřiměřený a bohužel účinnější. Pro zastavení umělé odměny nemá organismus vytvořené mechanismy zpětné vazby (Kalina et.al., 2008).

Zvýšení výdeje dopaminu je jedním ze základních kroků k vytvoření závislosti. Opakovaný zvýšený výdej dopaminu v nucleus accumbens vyvolává soubor komplikovaných adaptací, kde vlastnosti a funkce systémových odměn jsou na jeho konci změněné, a tím je závislost spojovaná se změnou behaviorálních projevů. Avšak dopaminergní funkce pro vysvětlení o působení drog v mozku není dostatečná. Na vzniku závislosti se totiž podílí další neuromediátorové systémy. Jde především o glutamatergní systém, serotoninergní systém a další. Změna nastane při pokračujícím užívání a udržování návykového chování. Dopaminergní systém se v této fázi závislosti podílí méně nebo vůbec. Význam roste v glutamatergní projekci z prefrontálního kortexu do nucleus accumbens. Při rozvíjení závislosti lze sledovat více změn neurochemických systémů. „ Na základě těchto změn lze rozdělit závislost do několika stádií : 1. akutní drogový efekt, 2. přechod z rekreačního užívání drog do vzorců užívání charakteristických pro závislost, 3. vytvoření závislosti ( Dvořáček In Kalina et al., 2008, s. 29-30).“

### 7.2.2 Relaps a laps

Nefunguje jako jednorázová událost, ale jako proces, kde se složky kognitivní, behaviorální a afektivní navzájem prolínají. **Relaps** vyplývá z nerovnováhy životního stylu, který ohrožuje jedince v jeho sebekontroli. Protože rozmanitost situací je na první pohled zřejmá, definují se obecnější skupiny: **Emoční stavy, které jsou negativní.** Jsou také považovány za nejčastější. Mají charakter intrapersonální, takže mezi nejčastější projevy jsou považovány vztek, úzkost, deprese, nuda. **Interpersonální konflikty** mezi které patří vztahy konfliktního charakteru k partnerům, přátelům, konfrontace v zaměstnání atd. **Sociální tlak,**

který se rozděluje na tlak přímý (setkání s člověkem, který klientovi v minulosti drogy obstarával) a nepřímý (blízkost jedinců či skupiny, která drogy užívá). Podléhání okamžitému uspokojení prostřednictvím drogy, vypovídá o nedostatečné schopnosti řešit své problémy. Proto náhodné setkání s drogovým dealerem je nepravděpodobné, pokud přání užít drogu je vysoké. Syndrom porušení abstinence nazýváme období po použití drogy, které vypovídají o pocitech bezmoci, viny, ale mohou se také objevit pocity obviňování druhých atd. **Laps** se užívá pro pojmenování tzv. uklouznutí. Vyznačuje se porušením pravidel, které si klient stanovil (Kalina, 2008).

### 7.2.3 Neurobiologický model a jeho důsledky

Cílem neurobiologických studií je především porozumění podstatě závislosti. Snaží se o nalezení biologických znaků, které by potvrzovaly vyšší možnou závislostí predispozici. Dále se snaží o nalezení vhodných terapeutických prvků, které by mohly jednodušeji závislost napravovat. Seznamme se s modely k pochopení podstaty závislosti a s ní spojené možné důsledky (Kalina et al., 2008) :

**Vznik a stabilizace závislosti je dlouhodobý proces**, a proto závislost nevzniká hned, ale je vytvářena po určitou dobu. Terapie by vzhledem k tomu měla být stejně úměrná. Návrat k přirozeným zdrojům odměny je tedy komplikován.

**Ukončit užívání drog není jednoduchou záležitostí.** Pro přechod z jednoduchých, drogových strategií k původním a tedy komplikovaným strategiím není jednoduchou cestou. Změna není snadná vzhledem k tomu, že doposud byl závislý odměněn užitím drogy, a tudíž systém odměny měl vysokou hodnotu.

**Změny mozku lze do určité úrovně vrátit.** I přes fakt, že se mozek může pyšnit vysokou adaptibilitou a plastičností, existuje i hranice, která když je překročena, tak vzniklé změny již odstranit nelze.

**Recidivita závislosti.** Relaps může být spojován se souvislostí užíváním drog nebo nese spojitost se stresem. Avšak podstatné je uvést, že vysoká tendence závislosti je recidivovat.

**Riziko relapsu** je jako důsledek paměťové stopy na užití drogy. Systém odměny je spojen s pamětí, a proto může tento systém komplikovat úsilím o abstinenci.

**Spojení stresu s rizikem vzniku relapsu.** Terapeutický program se zaměřuje jak na strategie k získání libosti, tak i řešení stresu. Pomocí jednotlivých konkrétních

příkladů se pokoušíme zvládat klientův stres a budovat jeho komplexní odolnost vůči stresu.

**Neschopnost závislého mozku odložit zisk odměny.** Nezbytné pro terapeutický program jsou programové prvky, které učí závislého jak znovu a pomaleji dosahovat odměny. Postup je náročný, protože rychlost a jednoduchost jsou hlavními znaky drogové odměny.

**Oslabení přirozených zdrojů odměny.** Jedněmi z klíčových aktivit jsou z hlediska změny systému považovány volnočasové aktivity. Terapeutické prvky představují závislému přirozený zdroj odměny, a to v širokém spektru. Tak se učí využívat přirozené zdroje odměny namísto uměle vytvořených drogových (Kalina et al., 2008) .

**Vysoká tendence rozvoje závislosti na drogách.** Všechny návykové látky působí na systém odměny a tento systém se tak stává rychlým, jednoduchým a silným. Dvořáček (In Kalina et al., 2008, s. 37) uvádí: „ Pro chápání podstaty závislosti by z této skutečnosti mohlo plynout, že nejbezpečnější cestou je trvalá a úplná abstinence. Ze stejného modelu ovšem může plynout i to, že právě tato cesta je nejméně pravděpodobným průběhovým obrazem tohoto onemocnění.“

### 7.3 Euphoric recall

Představuje vzpomínku na pozitivní pocity. Negativní pocity nejsou v popředí, ba dokonce jsou vytěsňeny. Zažívání euphoric recall může klienta dovést až ke cravingu. Klienti mnohdy uvádí, že se snaží dostat do stejného pocitu euforie a vrcholu, který zažili při jednom z prvních užití pervitinu. Přestože vědí, že pravděpodobnost takového cíle není reálná. Tento jev lze popsat jako prožitek euforie, kdy si prázdniny z dětství zafixujeme jako delší a slunečnější. Schopnost mozku je i asociace pachů s negativní nebo pozitivní zkušeností. Nepříjemná zkušenost s alkoholem v jedinci vyvolává pocity nevolnosti. Na vzniku euphoric recall se podílí diskuse o starých dobrých zážitcích v souvislosti s užíváním. Je to podobný princip, jako kdy ž se vede debata o jídle, což často může způsobit pocit hladu. V pracovním listu (Růžička, Wittmann et.al., 2010), který nese název Euphoric recall, autor připodobňuje jev k upoutávce na film. Upoutávka nese pouze nejlepší části, ale celý film ve výsledku nestojí za nic. Účinek euphoric recall funguje velmi podobně. Vzpomínka se vztahuje pouze na příjemné zážitky (Růžička, Wittmann et.al., 2010).

## 7.4 Craving (bažení)

Závislost se projevuje nutkavou touhou drogu užít a je spojována s kompulsivním užitím drogy. Tento projev se nazývá jako **craving (bažení)**. I přes fakt, že přesnost mechanismu cravingu není známa, je podstatná v této souvislosti dysbalance dopaminergního systému. Při nedostatečné, či nadměrné dopaminergní stimulaci se craving dostavuje, ale klíčovost dysbalance dopaminergního systému není zcela jasná. Při útlumu dopaminergního systému neboli při odebrání drogy se craving vyskytuje. Možnost touhy je i v kontextu se setkáním s potenciálním užitím drogy. Tato situace se projevuje zvýšenou aktivitou dopaminu v systému odměny. Jsou studovány role serotoninergního systému a vliv prefrontálního kortexu v souvislosti s cravingem. Pod pojmem craving se skrývá více stavů, které mají odlišnou podstatu. Dvořáček (In Kalina et al., 2008, s. 33-34) uvádí:

„craving jako touha po odměňujících účincích drogy...

craving jako touha uniknout nepříjemným psychickým stavům, např. při odvykacím stavu ...

craving jako stav s dominujícím obsesivním charakterem...“

Za komplikaci v abstinenci můžeme považovat craving. Charakterizace subjektivních příznaků cravingu jsou:

fantazie a vzpomínky na pocity pod vlivem drogy jsou nutkavého charakteru  
fyziologické procesy jako je pocení, bolest různých částí těla, sucho v ústech  
objevuje se silná touha užít návykovou látku, zhoršuje se vnímání spojené  
s podrážděním (Kalina et al., 2008).

Spouštěčem a příčinou se v souvislosti s cravingem uvádí relaps. Naprostá většina závislých v prvních měsících zažívá craving, avšak k relapsu dojít nemusí. Ohrožující je právě fakt, že může klienta v procesu léčby zaskočit, znejistit, a to i před ukončením léčby, kdy klient s tímto faktorem nepočítá. Přichází pocity viny, neúspěchu z celé předchozí léčby. Důležitost spočívá v připuštění si a uvědomění si, že nerozpoznaný craving může představovat plodnou půdu pro relaps. Proto je důležité zaměřit se na důvody špatné vnímavosti cravingu, mezi které patří nereálné osobní nároky klienta (Kalina, 2008).

## 7.5 Spouštěče

Pro úspěšnou abstinenci je důležité, aby klient znal své spouštěče závislosti. Při zanedbání této části dochází k vyšší pravděpodobnosti lapsů a relapsů. Spouštěčem užití drogy může být v podstatě cokoli:

peníze  
místo  
osoby  
jednotlivá roční období.

Společné působení chemických látek a nervových přenašečů vytvoří fyzický pocit, který je spojen s cravingem a nutkáním užít. Cílem je vytvořit klientův mechanismus, kterým by se řídil v případě touhy užít drogu. Proto se používá **protitah**. Jde o změnu, nebo přeprogramování spouštěčů. Spouštěčem může být ulice, kterou klient zná, protože v této lokalitě si kupoval pervitin. Protitah bude vyvarovat se vstupu do této oblasti a raději se ulici zdaleka vyhnout. Odůvodnění pro klienta je, že už se nechce setkávat s lidmi, kteří nejsou opravdovými přáteli a pervitinem disponují (Růžička, Wittmann et al., 2010).

## 8 Tvorba a realizace kasuistického spisu Krátkého intervenčního programu

Kazuistika popisuje konkrétní případ a má často zajímavý, ale i poučný charakter <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/kazuistika> [2.4.2011].

Kazuistika popisuje konkrétní případ a má často zajímavý, ale i poučný charakter. Účel je uvést novou představu a nebo potvrdit předchozí nález. „Kazuistiky obvykle mívají šest částí: titul, abstrakt, úvod, popis samotného případu, diskuzi a literární odkazy. Každá jednotlivá část vyžaduje konkrétní požadavky, aby kazuistika jako celek mohla být kvalitní. Tento proces obvykle vyžaduje nejméně trojí autokorekci (přepsání, pozn. autora) před tím, než vznikne původní hrubý koncept. Neexistuje speciální doporučení pro psaní jednotlivých částí. Za výhodný postup se považuje začít psaním úvodu, po kterém pokračujeme v popisu samotného případu. Následujícím krokem je tvorba titulu a po něm se obvykle věnujeme diskuzi a literárním odkazům [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2008&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2008&magazine_id=2) [2.4.11].“

Terapeuti, kteří pracovali s klienty v Krátkém intervenčním programu pro osoby závislé na pervitinu, sbírali informace, které získali v sezeních. Po ukončení metodiky, ať už v řádné podobě nebo předčasné, terapeuti zapisovali jednotlivé informace o klientovi do Závěrečné zprávy (Příloha č. 1). Na základě těchto získaných informací jsme vytvořili údaje, které shrnují odpovědi jednotlivých otázek, které jsou součástí Závěrečné zprávy.

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 9 Zkušenosti s Krátkým intervenčním programem a popis jednotlivých zařízení

Jak už je výše zmíněno (viz kap. 6), tak novou metodiku využívá P-Centrum Olomouc, Sdružení podané ruce, o.s.(Olomouc a Prostějov) a Vojenská nemocnice Olomouc. Pro orientaci jsou níže krátce popsána jednotlivá zařízení, která pracují s programem.

„P-Centrum Olomouc je nestátní nezisková organizace zabývající se prevencí, léčbou a integrací osob ohrožených drogovou závislostí. Poskytuje lidem s problémem drog a jejich blízkým ambulantní léčbu a poradenství. Poradenské služby (i telefonické a emailem) jsou bezplatné a anonymní <http://www.p-centrum.cz/index.php?id=10> [2.4.11].“ Součástí centra je i galerijní činnost, která nabízí veřejnosti jak načerpat umělecké zážitky, tak zpřístupnit veřejnosti budovu P-Centra. Jako další nabídka centra je doléčování a možnost využít službu chráněného bydlení. A v neposlední řadě je věnována pozornost dětem, kterým vytvořilo denní centrum, neboli podporu a možnost jak dítě naučit zacházet s volným časem <http://www.p-centrum.cz/index.php?id=10> [2.4.11].

Sdružení podané ruce je občanské sdružení, jehož kořeny historie sahají do roku 1984 <http://www.podaneruce.cz/cz/sdruzeni/historie-sdruzeni.html> [2.4.11]. Motto, které se nalézá na jejich internetových stránkách zároveň popisuje náplň práce. „Pomáháme lidem v obtížných situacích jejich života tvorbou preventivních, podpůrných a intervenčních služeb. Formou kvalitně poskytovaných služeb hledáme a vytváříme cesty k sociální, zdravotní i osobní stabilizaci klientů, s ohledem na dlouhodobě udržitelnou kvalitu jejich života a osobní spokojenost <http://www.podaneruce.cz/cz/> [2.4.11].“

Vojenská nemocnice Olomouc: „Je příspěvkovou organizací Ministerstva obrany ČR s nadregionální působností. Poskytuje služby pacientům všech zdravotních pojišťoven bez závislosti na vztah k armádě ČR <http://www.vnol.cz/> [2.4.11].“ Program je používán na psychiatrickém oddělení, jehož hlavní formou jsou hospitalizace, kde je dáván důraz na detoxifikační pobyty a ambulantní činnost. Zařízení se zabývá léčbou na návykových látkách, závislost na alkoholu i drogách <http://www.vnol.cz/cs/oddeleni/psychiatrie/> [2.4.11].

## **10 Analýza kasuistických spisů**

Celkový počet kasuistických spisů činní 55. Vytvořili jsme 2 soubory. První soubor kasuistik projektu „Dokážu to?“ obsahuje získané informace z krátkého programu (program pro tři setkání) a druhý soubor kazuistik obsahuje informace týkající se dlouhého programu (dvanáctitýdenní program).

První otázka se zaměřuje na způsob, jakým byla ukončena práce na metodice, jestli byla metodika ukončena řádně či nikoli. V případě, že metodika nebyla ukončena řádně, jsou další části otázky směřovány k zjištění, který modul byl rozhodující pro ukončení terapie. Dotazujeme se také, jaké byly důvody pro její ukončení. Další otázkou se snažíme zjistit, zdali klient pokračuje v jiném typu terapie. Následující otázky jsou orientovány na použité moduly. Jedna z částí otázky se ptá, které moduly se účastníkům projektu dělaly dobře a proč, druhá část se snaží zjistit, se kterými moduly se pracovalo špatně a proč. Předposlední otázka se snaží zjistit návrhy terapeutů ke změně nebo doplnění metodiky. Poslední otázka dává prostor pro vypsání dalších poznámek.

Každá závěrečná zpráva (kasuistický spis) obsahuje kód klienta a jeho věk, pohlaví, typ programu, kterého se účastní (krátký nebo dlouhý). Další část dává prostor pro vypsání počtu sezení s klientem a modulu, ve kterém byla terapie ukončena. Součástí je i kolonka pro vypsání data. Poslední částí je jméno experta, který zpracoval kasuistiku a jméno odborníka terapeutické ambulantní práce.

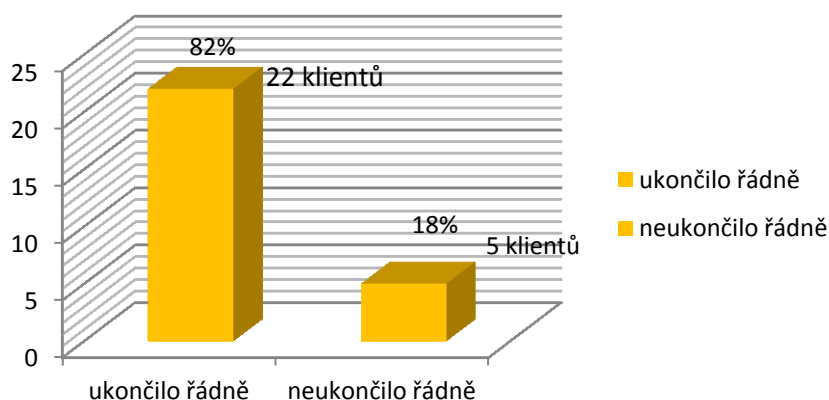
### **10.1 Analýza kasuistických spisů krátkého programu**

Celkový počet kasuistických spisů krátkého programu je 27.

V 1. otázce se dotazujeme na způsob, jakým byla ukončena práce na metodice. Chceme získat odpověď, kolik klientů ukončilo sezení řádně a kolik jich léčbu nedokončilo.



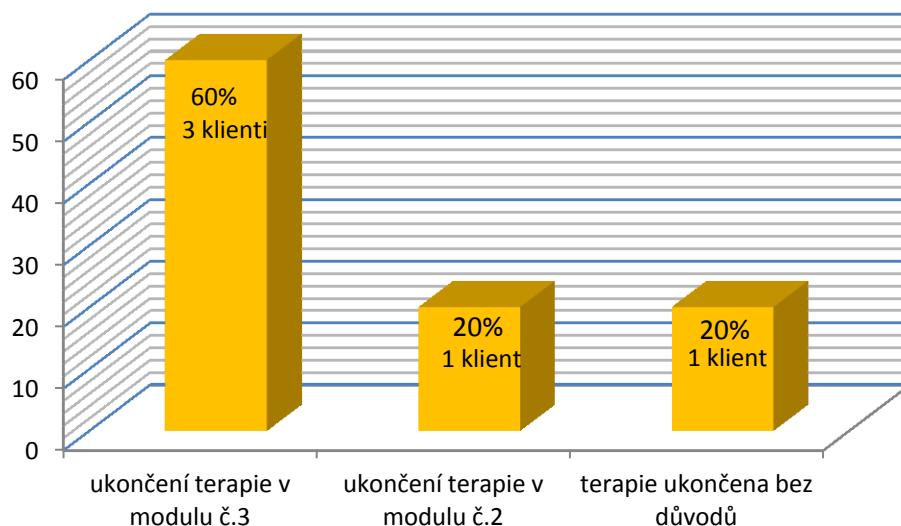
**Graf č. 1 : Jakým způsobem byla ukončena práce na metodice.**



Z grafu č. 1 vyplívá, že 82% klientů řádně metodiku ukončilo. Zbývajících 18% klientů ukončilo sezení předčasně, tudíž metodiku neukončili řádně.

Ve 2. otázce se snažíme zjistit, který modul byl nejčastější pro ukončení terapie a získat tak různé důvody pro které byla terapie ukončena.

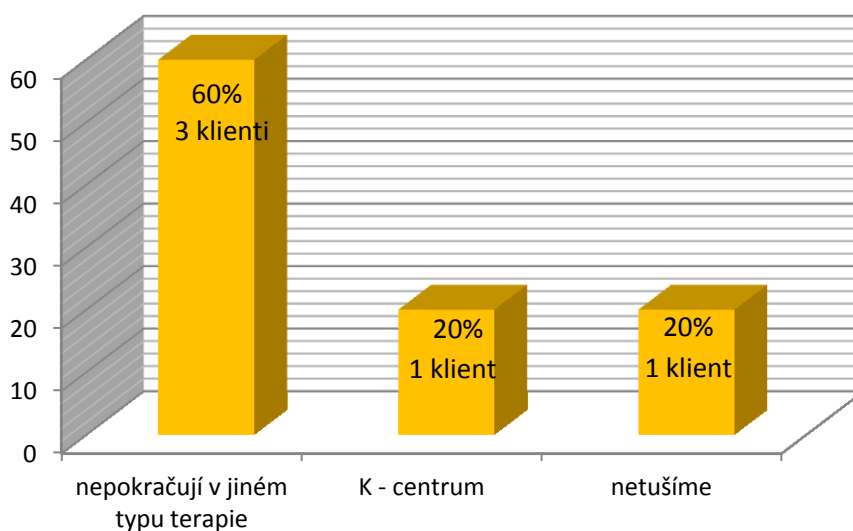
**Graf č. 2 : Ve kterém modulu byla terapie ukončena a její důvody pro ukončení.**



Z grafu č. 2 je patrné, že 60% ukončilo terapii v modulu č. 3. Důvod pro ukončení terapie u první klientky je, že si našla práci mimo Olomouc. U druhého klienta bylo důvodem nedokončené terapie úmrtí klienta. Třetí klientka otěhotněla, a pomoc jak uvedla, nepotřebuje. Dle jejích slov stále neužívá. 20 % klientů ukončilo terapii v modulu č. 2. U dalších 20% klientů důvod ukončení sezení není znám, protože se na další dohodnuté sezení nedostavili.

Ve 2. otázce také zjišťujeme, zdali klient pokračuje v jiném typu terapie a srovnáváme souvislost s důvody ukončení.

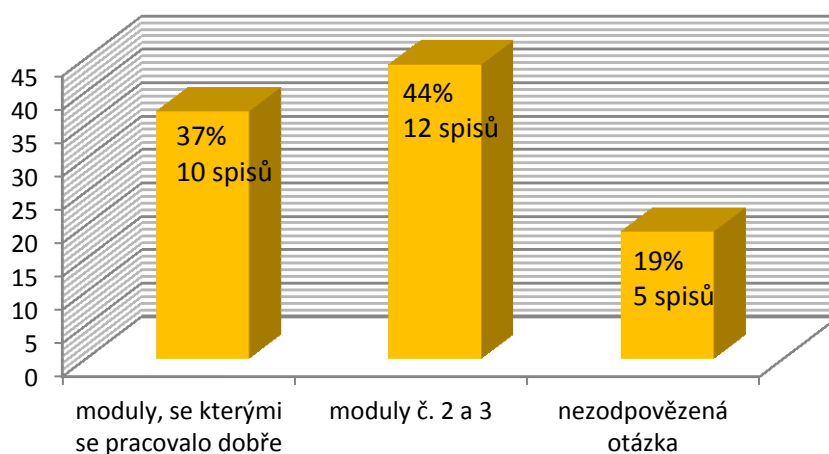
**Graf č. 3 : Klientovo pokračování v jiném typu terapie.**



Graf č. 3 poukazuje, že 60% nepokračují v jiném typu terapie. Jedná se o klienty, z kterých si jeden našel práci mimo Olomouc, druhý zemřel a třetí klient podal reverz. 20% klientů, kteří sezení ukončilo z důvodu těhotenství, dochází do Kontaktního centra. U dalších 20% klientů, u kterých důvod ukončení sezení není znám, netušíme, zdali v jiném typu terapie pokračují.

Otázka č. 3 zjišťuje, které moduly se terapeutům dělaly dobře a proč.

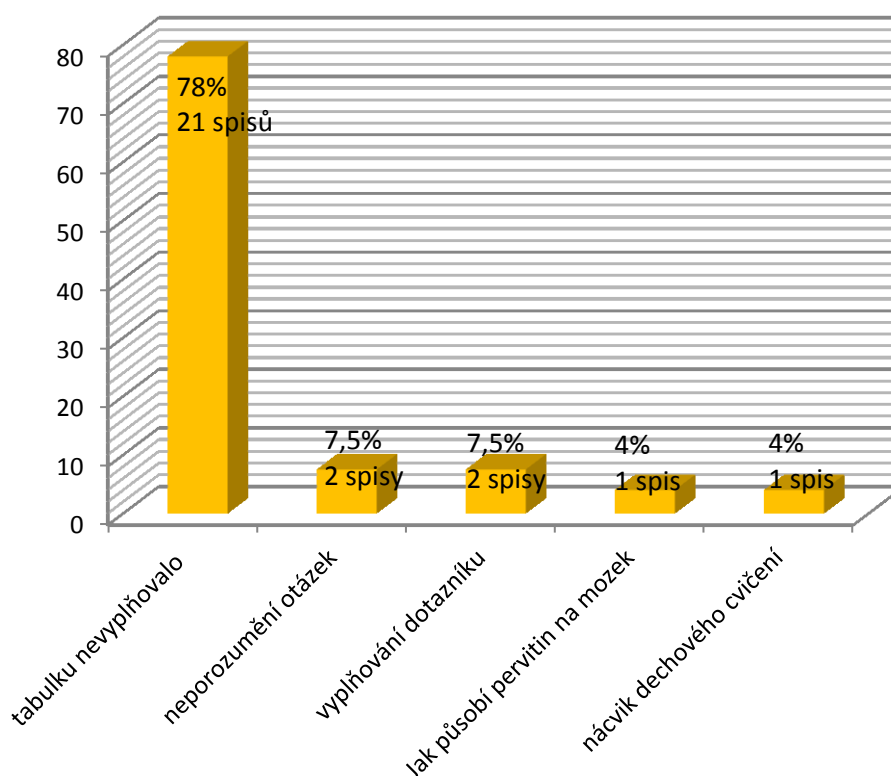
**Graf č. 4 : Které moduly se dělaly dobře a proč.**



Celkový počet kasuistických spisů pro krátké sezení je 27.

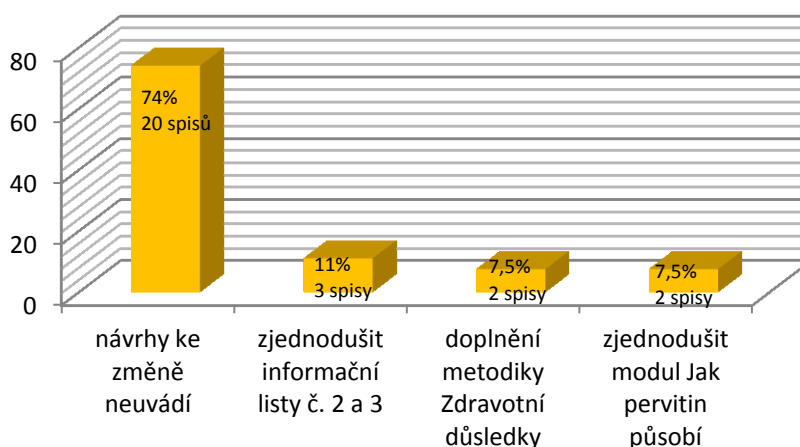
V grafu č. 4 vidíme, že se terapeuti v 37 % kasuistických spisech zmiňují o všech modulech pozitivně. Tato kategorie zahrnuje přínos informačních modulů a také možnost klienta mluvit o svých problémech. Další moduly, které se terapeutům dělaly dobře jsou moduly č. 2 a 3. Těchto spisů je 44% a obsahují informace, že při sezení používáme pomocné techniky (např. balón, video). V dalších 19 % spisech nebylo na otázku odpovězeno.

**Graf č. 5 : Moduly, se kterými se pracovalo špatně a proč.**



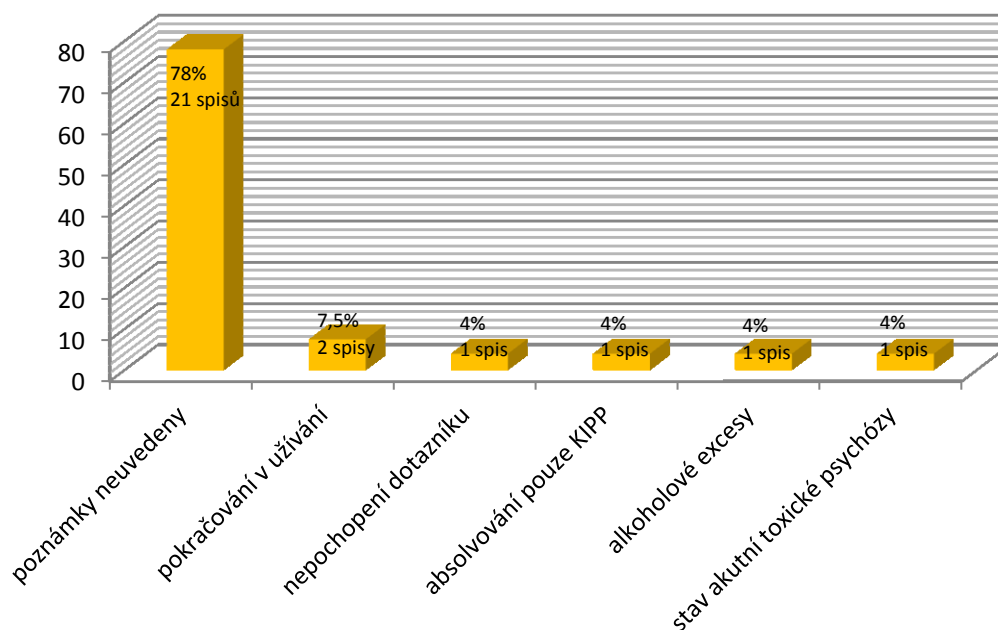
Z grafu č. 5 je zřejmé, že terapeuti tuto kolonku nevyplňovali v 78%, tudíž se jim z těchto procent špatně s moduly npracovalo. Dále jsme zjistili, že v 7,5 % měli klienti problémy porozumět otázkám v dotazníku DES. Špatně se pracovalo i při vyplňování psychologického dotazníku v 7,5 %, kde terapeut narazil s klientkou na bolestné téma. Téma Jak působí pervitin na mozek, nebylo ve 4 % pro klienta moc příjemné. Objevily se i chutě na pervitin. Návčik dechového cvičení byl obtížnější ve 4%.

**Graf č. 6 : Jaké jsou návrhy ke změně či doplnění metodiky.**



Z grafu č. 6 vidíme, že 74% spisů neuvádí návrhy ke změně, takže jsou klienti i terapeuti s programem spokojeni. Dále zjišťujeme, že v 11% spisů se píše o požadavku zjednodužit informační listy k modulům č. 2 a 3, protože klienti některá slova a věci nechápou. Doplnění metodiky Zdravotních důsledků se požaduje v 7,5%. Dozvěděli jsme se, že klientka řeší otázku, jak snížit svoji váhu, protože během abstinence hodně přibrala. Dále se také zajímá, co jíst v době, kdy užívá pervitin. Další klient zase nerozuměl tématu psychóza. Zjednodušení modulu Jak pervitin působí a dotvoření ukázek k tématu požadují terapeuti v 7,5%.

**Graf č. 7 : Další poznámky.**

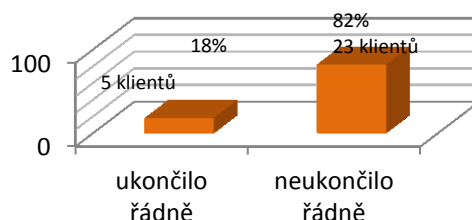


Z grafu č. 7 můžeme vyčíst, že terapeuti v 78% neuvodili další poznámky. Drogy nadále užívat chtějí klienti v 7,5 %. Problém s pochopením a vyplňováním dotazníku DES mělo 4% klientů. 4% klientů se rozhodlo absolvovat pouze Krátký intervenční program a 4% klientů po celou dobu abstinovala, ale měla pár alkoholových excesů. Další 4% klientů bylo podle terapeutova názoru v akutní toxické psychóze, takže klient zkracoval informace kvůli paranoidně laděnému myšlení.

## 10.2 Analýza kasuistických spisů dlouhého programu

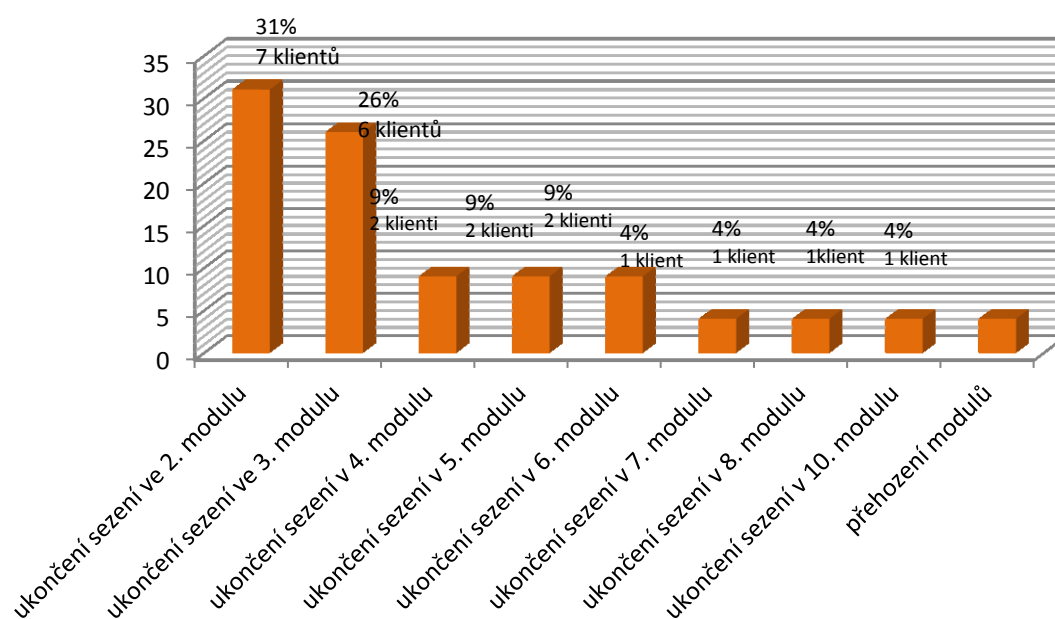
Celkový počet kasuistických spisů dlouhého programu je 28. Otázky jsou stejně formulované jako u krátkého programu.

**Graf č. 8 : Jakým způsobem byla ukončena práce na metodice.**



Z grafu č. 8 vyplívá, že 18 % klientů ukončilo sezení řádně. 82% účastníků programu metodiku neukončilo řádně.

**Graf č. 9 : Ve kterém modulu byla terapie ukončena a její důvody pro ukončení.**



Graf č. 9 uvádí, že 31% klientů ukončilo sezení ve 2. modulu<sup>28</sup>. Z toho: 13% klientů (4 klienti) odešlo z neznámých důvodů. Na telefony a SMS nereagovali. Je zde pravděpodobný relaps. 7% (2 klienti) klientů ukončilo účast na metodice, protože se zlepšovala situace doma a měli možnost žít znovu s rodiči. Klienti už centrum nekontaktovali. 3,5% (1 klient) klientů oznámilo, že v programu končí, protože jejich situaci s terapeutem dobře probrali. Tato klientka si našla přítele bez drogové minulosti a situace doma se také zlepšuje, protože rodiče vidí, že se klientka snaží.

26% klientů ukončilo sezení ve 3. modulu. Z toho: 8% klientů (2 klienti) neudalo důvod předčasné ukončení léčby, dalších 8% (2 klienti) klientů pro počínající halucinace bylo předáno na psychiatrii a u dalšího klienta byly předány kontakty na „detox“. Klient nechtěl přijít sám do centra, proto volala terapeutovi jeho přítelkyně. 4% (1 klient) by nestihlo program řádně ukončit, protože dostalo práci mimo Olomouc a dalších 4% (1 klient) není motivováno pro abstinenci. Terapeut u této klientky dochází na „detox“ (psychiatrická léčebna), ale spolupráce bude časově omezená pro její chybějící motivaci k léčbě.

9% klientů ukončilo sezení ve 4. modulu. Ve spisech zjišťujeme, že jeden klient zrelapsoval, a na další sezení nepřišel. Druhý klient ukončil tedy sezení v Zavření dveří za nákupem drog, ale důvod není znám.

V modulu č. 5 ukončilo sezení 9% klientů. Důvody byly absence docházky na základě relapsu.

Dalších 9% klientů program ukončilo v 6. modulu. Jeden klient odešel z léčby kvůli alkoholu, druhý považoval práci na Vzorech užívání za náročnou, protože se mu „rozjely chutě“.

4% klientů ukončilo sezení v 7. modulu, protože klient dosáhl poznání, že má psychické potíže a nastoupil do léčby.

Další 4% klientů ukončilo léčbu v 8. modulu, protože není schopno vyhnout se riziku relapsu.

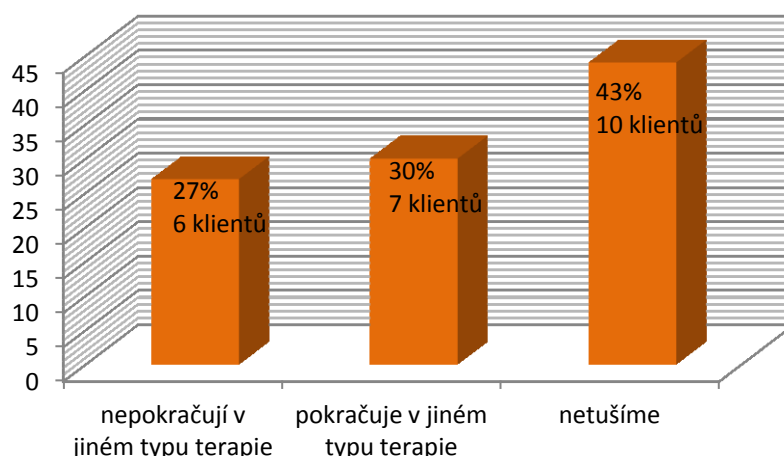
V 10. modulu ukončilo sezení 4% klientů z důvodu, že všechny dostatečné informace klient získal.

Specifický případ jsme zaznamenali u 4% klientů. Zde byl modul č.7 vynechán a terapeut začal s modulem 8. Vzhledem k recidivě klient sezení v tomto modulu ukončil.

---

<sup>28</sup> Čísla modulů korespondují s čísly sezení dvanáctitýdenního programu ( Příloha č. 2)

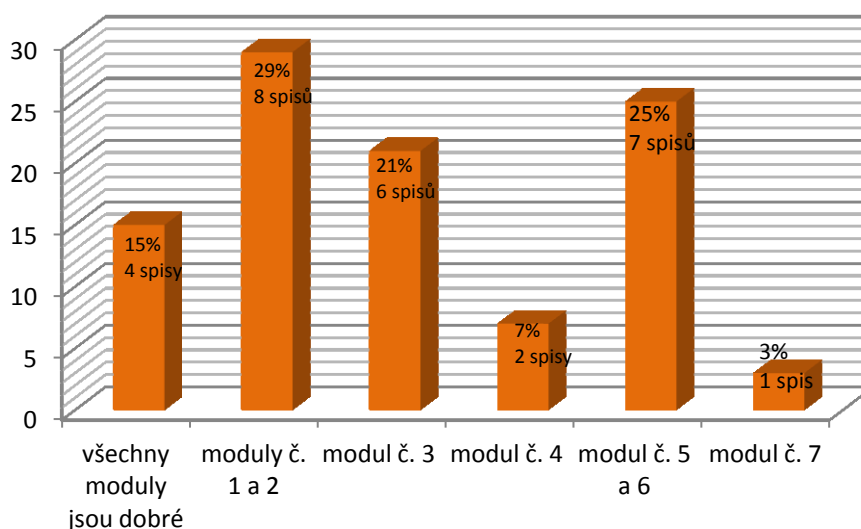
**Graf č. 10 : Klientovo pokračování v jiném typu terapie.**



Z grafu č. 10 vidíme, že 27% klientů další terapii nepodstoupila. 30% klientů pokračuje v jiném typu terapie. Jedná se o individuální psychoterapii, domluva léčby v terapeutické komunitě, a také psychiatrickou léčebnu. O 43% klientech nevíme, zdali jiný typ terapie absolvují.

Celkový počet kasuistických spisů pro krátké sezení je 28.

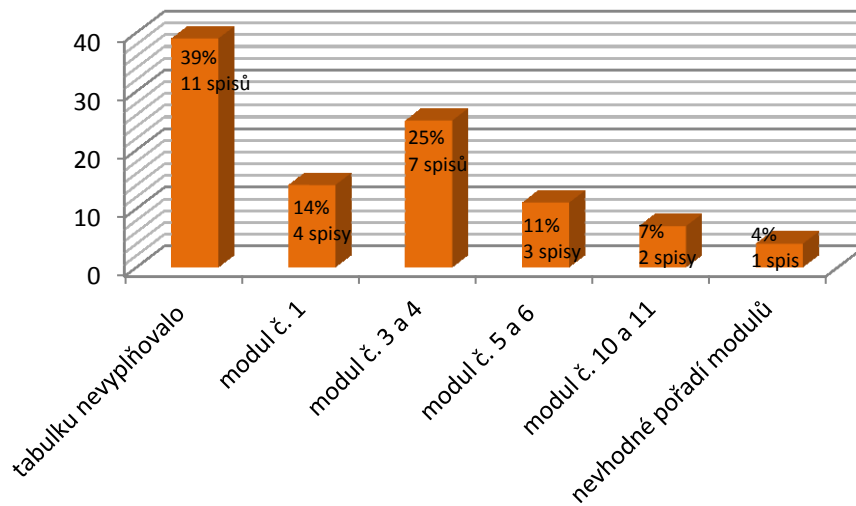
**Graf č. 11: Které moduly se dělaly dobře a proč.**



Graf č. 11 uvádí, že 15% kasuistických spisů považuje všechny moduly za dobré. Moduly č. 1 a 2 se prováděly dobře terapeutům, jak uvádí 29% spisů, protože klienti o toto téma jevíli zájem. Modul č. 3 se projevil ve 21%, protože klient vítá nové informace, doptává se a tím lépe spolupracuje. Modul č.4 se objevuje v 7% spisech, protože klient tak nachází

nová řešení. Modul č. 5 a 6 v 25% se dělal dobře proto, že reflektují potřebu klienta porozumět své závislosti, a proč se chování vedoucí k užívání opakuje. Modul č.7 se objevuje ve 3% spisů.

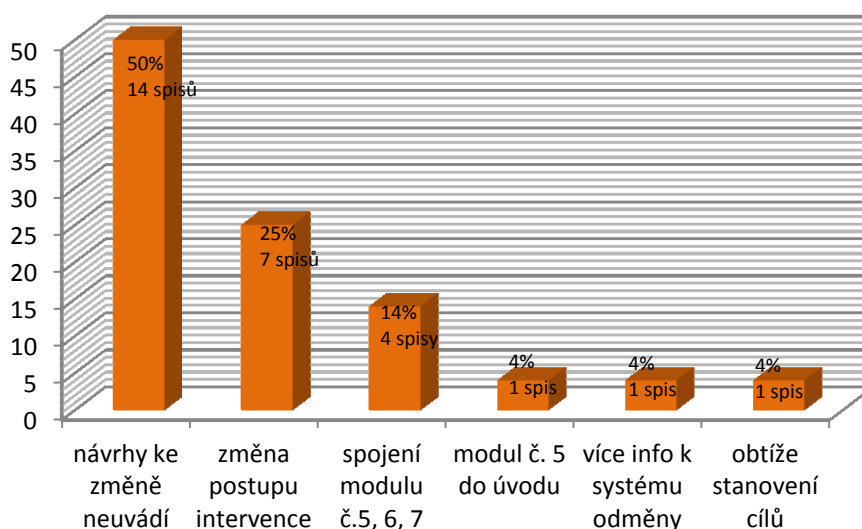
**Graf č. 12 : Moduly, se kterými se pracovalo špatně a proč.**



Z grafu č.12 zjišťujeme, že 39% spisů se nezmiňujeme o modulech, které by se dělaly špatně. Modul č. 1 se dělal špatně terapeutům, protože klienti nebyli moc sdílní, jedná se o 14%. Modul č. 3 a 4 se terapeutům nedělal dobře, protože téma je obsáhlé a působí jako zastrašování, což se nejeví jako účinné. Zavírání dveří za nákupem drog teoreticky působí přehledně, ale realizace je obtížnější. Jedná se o vyjádření ve 25% spisů. Moduly č. 5 a 6 se často zbytečně opakují, a jde v podstatě o totéž. Další terapeut uvádí, že se mu tyto modely zdají být náročné a klientovi se „rozjždějí chutě“. Jedná se o 11% spisů. S moduly č. 10 a č. 11 se pracovalo špatně, protože klienti se o tomto tématu nechtěli svěřovat. Jedná se o 7% spisů. Jednomu terapeutovi nevyhovovalo pořadí modulů. Jedná se o 4% spisů.

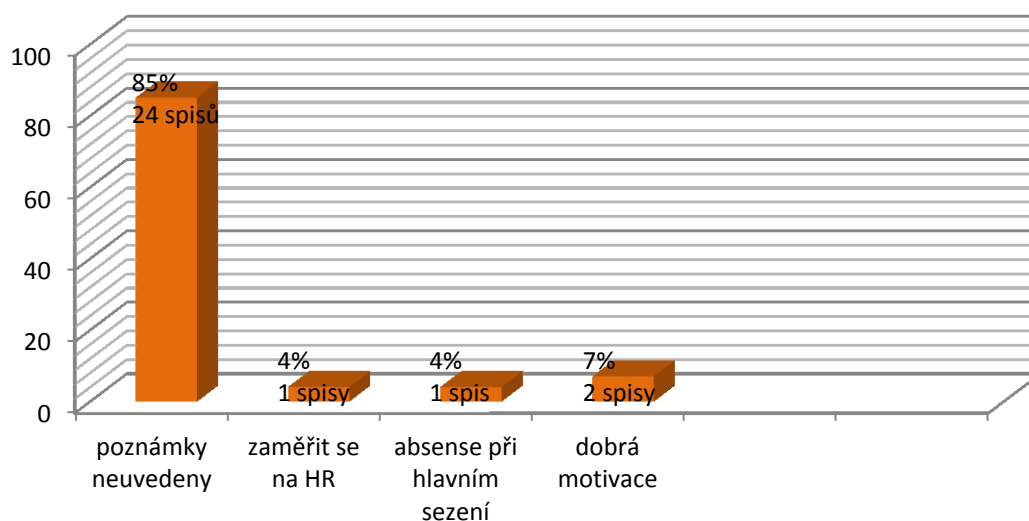


**Graf č. 13 : Jaké jsou návrhy ke změně či doplnění metodiky.**



Z grafu č. 13 se dovídáme, že v 50% spisů se terapeuti nezmiňují o doplnění metodiky. Ve 25% spisů terapeuti navrhují, aby byla činnost intervence otočena: analýza, cykly a vzorce, působení na mozek a tělo, spouštěče. Moduly č. 5, 6, 7 by se měly spojit a něco z nich vypustit. Toto se objevuje ve 14% spisech. 4% spisů navrhují, aby se modul č. 5 dal na úvod. Další 4 % zmiňují přidání informací o systému odměny. V posledních 4% spisů si terapeuti stěžují, že bylo náročnější hned v úvodních sezeních stanovovat konkrétní cíle.

**Graf č. 14 : Další poznámky.**



Graf č. 14 ukazuje, že 85% spisů neobsahuje další poznámky. Ve 4 % spisů se terapeut zmiňuje o klientce, která je ve stádiu fascinace drogami, takže vážný zájem o abstinenci

nemá, proto se zaměříme především na informace o harm reduction v rámci zdravotních důsledků. 4% spisů obsahuje informaci o klientce, která z časových důvodů nechtěla navštěvovat hlavní sezení. 7% spisů obsahuje poznámky, že klienti byli silně motivovaní z domu, nebo pozitivum bylo, že klientka měla s terapeutem již navázaný terapeutický vztah z dřívější doby.

## 11 Diskuse

Úspěšnost řádného ukončení práce na metodice krátkého programu (program pro tři setkání) byla v 82%, úspěšně metodiku dlouhého programu (dvanáctitýdenního programu) dokončilo 18% klientů. První výsledek vypovídá o znatelně lepším skóre dokončení programu pro tři setkání. V případě, že se začneme zabývat otázkou, proč jsou data tak rozdílná, bychom měli vzít na mysl, že lepší výsledky řádné úspěšnosti nejspíše tkví v kratší intervenci, zaměření se na jiné cíle a kladení si jiných požadavků pro možnost zařazení klienta do metodiky. Jak už jsme se zmínili v teoretické části při popisu metodiky a její verze pro tři a dvanáctitýdenní setkání, je důležité pro zařazení klienta do krátkého programu, aby byl zařazen do systému léčebných zařízení. Abstinence však klient schopen není. Proto je zařazen právě do tohoto nízkoprahového programu, kde klademe nutnost minimalizovat rizika spojené s užíváním. Snažíme se klást důraz na další účast v léčbě vzhledem ke krátké intervenci. I přesto je výsledné číslo pozitivního charakteru, protože většina v krátkém programu uspěla a „pouhých“ dalších 18% klientů léčbu řádně nedokončilo.

Modul č. 3 se stal v 60% v krátkém programu nejčastějším důvodem pro ukončení metodiky. Jak jsme mohli dle grafu č. 2 zjistit, tak důvod pro předčasné ukončení metodiky byly životní situace, mezi které řadíme klientovo získání pracovního místa mimo působiště zařízení metodiky, otěhotnění klientky a úmrtí klienta. Ukončení intervence ve 20% bylo v modulu č. 2 a u dalších 20% klientů důvody ukončení nevíme. Informace, že klient pokračuje nebo nepokračuje v jiném typu terapie, je patrná v grafu č. 3. 60% klientů jinou léčbu nenavštěvuje, 20% využívá služeb K – centra a u dalších 20% klientů nevíme, zda jinou terapii vyhledali či nikoli. U dlouhého programu jsou si výsledky velice blízké. 27% klientů v jiné terapii nepokračuje a 30% jiný typ terapie vykonává. Výsledek 43% vypovídá o tom, že nevíme, zda klienti se jinak snaží do jiných typů zařízení a léčby dostat. Co se týká řádně ukončené léčby v dlouhém sezení, se 31% klientů rozhodlo ve 2. modulu ukončit práci na metodice. 26% klientů ukončilo program ve 3. modulu a další ukončení sezení v modulech se rozdělila do 9% a 4%.

Otázka č. 3 zjišťovala, na kterých modulech se terapeutům s klientelou pracovalo dobře. U krátkého programu se ve 37% spisů objevovalo, že se s metodikou komplexně pracuje dobře. Moduly č. 2 a č. 3 se pozitivně jevíli terapeutům ve 44%. U dlouhého programu se dobře terapeutům pracovalo s moduly č.1 a č. 2 ve 29%, sestupnou tendenci úspěšnosti

zaznamenáváme u modulu č. 5 a č. 6 ve 25% a pouze v 15% spisech jsme mohli zjistit, že terapeuti nemají potřebu moduly hodnotit na dobré nebo špatné.

Moduly, se kterými se pracovalo špatně jsou v krátkém programu nejčastěji udávány v 7,5% neporozumění otázek a problémy s vyplňováním dotazníku. Ve 4% spisů se terapeuti dostali v průběhu metodiky s klientem do nepříjemné situace, kdy se objevily chutě na pervitin a další 4% klientů mělo problém s nácvikem dechového cvičení. V 78% spisech terapeuti neuváděli odpovědi. U dlouhého programu bylo 39% spisů nevyplněno a ve 25% spisů se terapeutům špatně pracovalo na modulech č. 3 a č. 4. A ve 4% spisů se terapeutům nezdá vhodně zvolené pořadí modulů.

V kasuistickém spisu byl prostor i pro vyjádření terapeutů k možným návrhům na změnu metodiky. U krátkého programu v 74% spisů terapeuti návrhy ke změně neuvádí. Z toho bychom mohli usuzovat, že takto zvolený způsob aplikování modulů je dostačující, tedy vhodný. V dalších 11% je kladen důraz na to, že by se měly zjednodušit informační listy č. 2 a č.3. 7,5% navrhuje rozšířit mantinely metodiky, která nese název Zdravotní důsledky a další terapeuti v 7,5% spisů uvádí, že by ocenily, kdyby se modul Jak pervitin působí zjednodušil. U dlouhého programu se v 50% spisech terapeuti změny metodiky nedožadují. Však ve 25% spisech terapeuti navrhují změnit postup intervence. Ve 14% spisech se dovídáme, že by terapeuti pro lepší práci s klienty spojili moduly č 5, 6, 7.

Další poznámky k metodice terapeuti v 78% spisech krátkého programu neuvádějí a zbytek se ve 4 % zmiňuje o faktorech, se kterými se v průběhu sezení s klienty setkali. Jedná se o alkoholové excesy, stavy akutní toxické psychózy. U dlouhého programu jsou v 85% poznámky neuvedeny, ale o dobré motivaci se terapeuti vyjadřují v 7% spisech.

## Závěr

V teoretické části jsme se zabývali, jaké má drogově závislý člověk možnosti v léčbě závislosti. Zabývali jsme se také činností drogové politiky, historickým přehledem postojů k užívání drog a popsali jsme základní pilíře protidrogové politiky. Poukázali jsme také na principy a cíle harm reduction, jako metodu v minimalizaci poškození. Zmínili jsme se také samozřejmě o jeho kritice, která byla vyvrácena. V kapitole Závislost jsme se zaměřili na jednotlivé předpoklady pro vznik závislosti. Popisujeme její definici dle MKN-10, její znaky jako je craving, zvýšená tolerance a odvykací stav. Dále se zmiňujeme o rodinně podmíněných faktorech ve smyslu závislosti, spoluzávislost atd. Tyto faktory bohužel ovlivňovat v podstatě nemůžeme. Jak ale jsme schopni klientovi pomoci je, že se mu pokusíme vysvětlit systém závislosti. To znamená, že klientovi podáme takové informace o tom, co se děje v jeho těle, že je pochopí, dá si je do spojitosti se svými pocity při užívání, abstinenci, nutkání látku užít, a tím si mechanismus zvnitřní. Popsali jsme možné podoby ambulantní léčby a také zjistili, že existuje široká škála možností v léčbě závislosti. Žádná z nich však není natolik dokonalá, abychom nemohli hledat možnosti a inovovat metody a přístupy v léčbě závislosti. Proto v páté části popisujeme Krátký intervenční program pro osoby závislé na kokainu a cracku a vysvětlujeme její transformaci do českého prostředí, tedy na uživatele pervitinu.

Samozřejmě se zabýváme i kapitolou popisující pervitin a důležitou částí, neurobiologií závislosti. Vzhledem k tomu, že je nová metodika zavedena v Česku jen v několika střediscích a ještě se nějakou dobu bude tvarovat do podoby účinného nástroje, pracovali jsme s analýzou kasuistických spisů. Jak jsme si mohli všimnout, tak metodika má určité množství nedokonalostí, což neznamená, že by metodika byla neúčinná. Naším cílem bylo v praktické části tyto nedostatky dle kasuistických spisů zmínit, rozdělit do části krátké nebo dlouhé metodiky, a uvést tyto údaje do grafů. Z těch je již patrné, jaké části programu terapeuti vidí za vhodné, a u kterých modulů by navrhovali změny. Tyto změny jsou uvedeny v procentech.

Největší rozdíly jsme vyhodnotili v řádném a předčasném ukončení krátké a dlouhé metodiky. Můžeme tento fakt přičítat tomu, že krátké sezení není časově dlouhou záležitostí a primárně se nezaměřuje na abstinenci. I přesto, že řádné ukončení dle vyhodnocení kasuistických spisů v krátké metodice vyšla markantně lépe, měli bychom se zabývat otázkou, co je příčinou takového neúspěchu řádného ukončení dlouhého programu. Odpovědí nám

mohou být moduly, se kterými se terapeutům nepochodovalo dobře a také možnost posouzení jednotlivých sezení, což ale ukáže až čas.

Věřím, že si nová metodika v českém prostředí na půdě ambulantních center a jiných zařízení pracujících s drogově závislou klientelou najde své místo, a že se pomocí terapeutických záznamů a postřehů dojde k vhodnější volbě modulů, které se momentálně jeví jako méně vhodné nebo nedostatečné.

## Seznam použité literatury

1. ČMEJRKOVÁ, S., DANEŠ, F., SVĚTLÁ, J. *Jak napsat odborný text*. 1. vyd. a dotisk. Praha : Leda, 2002. 255 s. ISBN 80-85927-69-1.
  2. GRAY, A. *Final draft crack/cocaine Brief intervention programme* ©NTA/COCA/Rugby House. [s.l.] : [s.n.], 2006. 135 s. ISBN NEMÁ.
  3. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
  4. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
  5. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
  6. KALINA, K. *Terapeutická komunita : Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
  7. RŮŽIČKA, M. Krátký intervenční program pro ambulantní léčbu osob závislých na stimulantech. *Adiktologie*. 2010, 10(1), s. 64-67. ISSN 1213-38412010.
  8. RŮŽIČKA, M., WITTMANN, M. et al. *Krátký intervenční program : Pervitin*. Olomouc : P-centrum, 2010. 139 s. ISBN NEMÁ.
  9. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
- 
10. *Drogový informační server* [online]. 18.04.2007 [cit. 2011-04-02]. Ambulantní léčba. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba\\_2007\\_04\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/ambulantni-lecba/ambulantni-lecba_2007_04_18.html)>.
  11. *Drogový informační server* [online]. 18.04.2007 [cit. 2011-04-02]. Léčebné programy. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/lecebne-programy\\_2007\\_04\\_18.html](http://www.drogy.net/portal/ilegalni-drogy/lecba-zavislosti/lecebne-programy_2007_04_18.html)>.
  12. *Drogy-info* [online]. 23.04.2003, 14.10.2010 [cit. 2011-04-02]. AT ordinace. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/a/at\\_ordinace](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/a/at_ordinace)>.
  13. *Drogy-info* [online]. 23.04.2003, 15.10.2010 [cit. 2011-04-02]. Efedrin. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/e/efedrin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/e/efedrin)>.

14. *Drogy-info* [online]. 27.04.2003, 04.10.2005 [cit. 2011-04-02]. Pervitin (Metamfetamin). Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni\\_drogy/stimulancia/pervitin\\_metamfetamin](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin)>.
15. HOCHMANOVÁ, M. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 : Hlavní trendy drogové situace a opatření protidrogové politiky v ČR v roce 2009. In *Tisková zpráva* [online]. [s.l.] : [s.n.], 10.11.2010 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press\\_centrum/vyrocní\\_zpráva\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_r\\_2009\\_zverejnena](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2009_zverejnena)>.
16. *Legalizace* [online]. 2009 [cit. 2011-04-02]. Protidrogová politika. Dostupné z WWW: <<http://www.legalizace.cz/legislative/protidrogova-politika-v-cr/>>.
17. MIHÁL, V. Proč a jak psát kazuistiku?. *Pediatric pro praxi* [online]. 2003, 3, [cit. 2011-04-02]. Dostupný z WWW: <[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2008&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2008&magazine_id=2)>.
18. *Podané Ruce* [online]. 1995-2011 [cit. 2011-04-02]. Historie sdružení. Dostupné z WWW: <<http://www.podaneruce.cz/cz/sdruzeni/historie-sdruzeni.html>>.
19. *Podané Ruce* [online]. 1995-2011 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.podaneruce.cz/cz/>>.
20. *P-centrum* [online]. 2003 [cit. 2011-04-02]. O organizaci. Dostupné z WWW: <<http://www.p-centrum.cz/index.php?id=10>>.
21. *Sananim* [online]. 2007 [cit. 2011-04-02]. Specializované ambulantní služby CADAS - Komu je CADAS určen. Dostupné z WWW: <<http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/komu-je-cadas-urcen.html>>.
22. *Sananim* [online]. 2007 [cit. 2011-04-02]. Specializované ambulantní služby CADAS - Poslání. Dostupné z WWW: <<http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/poslani.html>>.
23. *Sananim* [online]. 2007 [cit. 2011-04-02]. Specializované ambulantní služby CADAS - Principy práce. Dostupné z WWW: <<http://www.sananim.cz/zarizeni-24-Specializovane-ambulantni-sluzby-CADAS/principy-prace.html>>.
24. *Velký lékařský slovník* [online]. 2008-2011 [cit. 2011-04-02]. Kazuistika. Dostupné z WWW: <<http://lekarske.slovniky.cz/pojem/kazuistika>>.
25. *Vojenská nemocnice Olomouc* [online]. 2008 [cit. 2011-04-02]. Psychiatrické oddělení. Dostupné z WWW: <<http://www.vnol.cz/cs/oddeleni/psychiatrie/>>.



26. *Vojenská nemocnice Olomouc* [online]. 2008 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.vnol.cz/>>.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 : Projekt OP LZZ - CZ. 1.04/5.1.01/12.00005 – „Dokážu to?“

Příloha č. 2 : Informační list 1: Seznam sezení

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Máchalová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michal Růžička, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Krátký intervenční program pro závislé na pervitinu
<b>Název v angličtině:</b>	The Brief intervention program for the users of pervitin.
<b>Anotace práce:</b>	<p>Bakalářská práce se zabývá seznámením s metodikou, která se používá jako nástroj k léčbě závislosti na pervitinu. Zaměřuje se na možné faktory při vzniku závislosti a popisuje její neurobiologický systém. Dále se zabývá popisem transformace metodiky z programu pro uživatele cracku/kokainu na vytvoření programu pro uživatele pervitinu.</p> <p>Z kazuistických spisů se snaží zjistit úspěšnost v řádném dokončení programu a zaznamenat neúspěšné zakončení sezení. Odhaluje možné důvody, proč klienti skončili práci na metodice.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	závislost, pervitin, systém odměny, intervenční program
<b>Anotace v angličtině:</b>	Bachelor thesis deals with introduction of methodology, which is used as a tool for treatment for pervitin addiction. Thesis focuses on possible factors during creation of addiction and describes neurobiological system of addiction. It also deals with description of transformation methodology from program for crack/cocaine users to creation of program for pervitin users.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	addiction, pervitin, system of reward, brief intervention
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1 : Projekt OP LZZ - CZ. 1.04/5.1.01/12.00005 – „Dokážu to?“</p> <p>Příloha č. 2 : Informační list 1: Seznam sezení</p>
<b>Rozsah práce:</b>	58
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

