

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Iveta Vokálová

**Výchovně léčebné přístupy k osobám závislým
na návykových látkách**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2012 – 2013

BACHELOR THESIS

Iveta Vokálová

**Educational therapeutetic approaches to the addicts substance
abuse**

Prague 2013

The Thesis Work Supervisor:
Prof. PhD. Miloslav Kodým, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce Prof. PhDr. Miloslavu Kodýmovi, CSc. za metodické vedení, odborné konzultace a za jeho lidský a profesionální přístup, kterým mi moc pomohl.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou drog v naší společnosti. Cílem práce je zmapovat jednotlivá protidrogová zařízení a způsoby léčby závislosti na omamných látkách. Úvod teoretické části je věnován základním pojmům týkajících se závislosti, dále prevenci a protidrogové politice. Následně jsou popsány možnosti léčby, jednotlivé principy a užívané metody při léčbě drogové závislosti.

V praktické části práce jsou uvedeny tři kazuistiky drogově závislých pacientů, kteří se snaží vrátit do běžného života bez drog. Tyto získané poznatky ukazují na nedostatečnou drogovou prevenci v období dospívání, jak ze strany rodiny, tak i společnosti.

Klíčové pojmy

Abúzus, detoxifikace, drogy, intoxikace, kazuistiky, prevence, terapie, tolerance, závislosti.

Annotation

This thesis deals with the issue of drugs in our society. Aim is to monitor individual devices and methods of drug addiction treatment drugs. Introduction the theoretical part is devoted to the basic concepts related to addiction, as well as prevention and drug policy. Subsequently, the possibilities of treatment, individual principles and methods used in the treatment of drug addiction.

In the practical part of the thesis describes three case reports of drug dependent patients who are trying to return to normal life without drugs. These findings obtained indicate insufficient drug prevention in adolescence, both from the family and society.

Key words

Abuse, addiction, case studies, detoxification, drug intoxication, prevention, therapy, tolerance.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 ZÁKLADNÍ POJMY.....	9
2 DĚLENÍ DROG	14
2.1 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ DROG	15
3 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG	17
3.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE	17
3.1.1 <i>Výchova k ne-závislosti.....</i>	<i>17</i>
3.1.2 <i>Zásady prevence v rodině</i>	<i>18</i>
3.2 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE	18
3.3 TERCÍÁRNÍ PREVENCE.....	19
4 CO BY MĚLI VĚDĚT RODIČE O PREVENCI	20
5 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI	22
6 PPROTIDROGOVÁ POLITIKA	23
7 PROČ LIDÉ BEROU DROGY?	24
8 LÉČBA ZÁVISLOSTI	25
8.1 JAK SE LÉČÍ ZÁVISLOST?	25
8.2 DÉLKA TRVÁNÍ LÉČBY	26
8.3 PRINCIPY EFEKTIVNÍ LÉČBY ZÁVISLOSTI NA DROGÁCH	27
9 ČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE.....	29
10 SVĚPOMOCNÁ PŘÍRUČKA	33
11 SVĚPOMOCNÉ SKUPINY.....	35
12 TERAPIE.....	36
12.1 AMBULANTNÍ TERAPIE.....	36
12.2 DENNÍ STACIONÁŘ	37
12.3 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	37
12.3.1 <i>Typy terapeutických komunit</i>	<i>38</i>

12.3.2	<i>Pro koho je určen dlouhodobí pobyt v terapeutické komunitě?</i>	38
12.3.3	<i>Cíl léčby v terapeutických komunitách</i>	39
12.4	SOCIOTERAPEUTICKÉ KLUBY	39
12.5	RODINNÁ TERAPIE	40
12.5.1	<i>Zahájení práce s rodinou</i>	40
12.5.2	<i>Edukativní působení a nácvik</i>	41
12.5.3	<i>Jednostranná terapie</i>	42
13	STACIONÁRNÍ ODVYKÁNÍ	43
14	TECHNIKY VYUŽÍVANÉ PŘI LÉČBĚ ZÁVISLOSTI	47
14.1	TECHNIKA POSILOVÁNÍ MOTIVACE	47
14.2	SEBEMOTIVACE	48
14.3	DOBŘE VNÍMÁNÍ SEBE I VNĚJŠÍHO SVĚTA	48
14.4	DOVEDNOSTI POTŘEBNÉ PRO ŽIVOT	50
14.5	SEMAFOR	51
14.6	SÍŤ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ	51
14.7	JAK ODMÍTNOUT NABÍZENOU DROGU	52
15	ZASTAVENÍ RECIDIVY	54
15.1	HAVARIJNÍ PLÁN	54
15.2	JAK SESTAVIT HAVARIJNÍ PLÁN	54
15.3	DOPORUČENÉ KROKY PŘI RECIDIVĚ	55
16	KOLIK LIDÍ SE VYLÉČÍ Z DROGOVÉ ZÁVISLOSTI?	56
17	KAZUISTIKA Č. 1	59
18	KAZUISTIKA Č. 2	62
19	KAZUISTIKA Č. 3	66
20	VYHODNOCENÍ KAZUISTIK	69
	ZÁVĚR	70
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	74

ÚVOD

Téma bakalářské práce je koncipované na problematiku drog v dnešní společnosti. Přes všechna dosud přijatá a realizovaná opatření v ČR, stejně jako v dalších zemích Evropy, neustále stoupá počet osob, které s drogami experimentují, drogy zneužívají, nebo jsou již na nich závislí. Průměrný věk experimentátorů s drogami (včetně alkoholu a tabáku) se postupně snižuje. Stačí se rozhlédnout kolem sebe a vidíme, že jsme drogami různého typu obklopeni opravdu na každém kroku. Jsou to látky, které ovlivňují naši psychiku a mohou ovšem vyvolat i závislost. Stačí vstoupit do běžného obchodu s potravinami a zjistíme, že drogy tvoří podstatnou část současné nabídky. Jedná se ovšem o drogy naší společností tolerované, tedy o takzvané drogy legální. Mluvíme zde o alkoholu v celé jeho šíři, od piva přes víno až k destilátům, tabákové výrobky a spousta jiných produktů, které jsou schopny ovlivnit naši psychiku. Žijeme v moderní době, která s sebou neustále přináší nové a revoluční objevy prakticky ve všech směrech lidské činnosti, stejně tak však s sebou přináší spoustu problémů, které nelze přehlížet a je třeba je řešit. Právě problematika drog je jedním z největších problémů, s kterým se lidská společnost potýká již od nepaměti. Užívání drog poškozují zdraví a s tím i kvalitu života nejenom uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje užívání drog i zdravý vývoj celé společnosti. Valná většina z nás je jistě přesvědčena, že se ho tento problém v žádném případě netýká. Bohužel je to často mylná představa a každý by se měl zamyslet, zda přeci jenom neexistuje nějaká možnost, že někdo v jeho okolí, nebo dokonce on sám, nemá problémy s drogami. Proto je nezbytné opakovaně veřejnost informovat o tom, že užívání ilegálních drog dnes ohrožuje všechny lidi, nejen mladou ale i starší generaci, bez ohledu na jejich socioekonomické postavení, rodinné zázemí, styl výchovy v rodině, či dosažený stupeň vzdělání.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat možnosti léčby, které naše společnost drogově závislým jedincům nabízí, hlavně pak způsoby a metody užívané při léčbě závislosti. Práce je rozdělena do dvou částí. První teoretická část obsahuje poznatky získané z dostupné odborné literatury a z praktických osobních poznatků autora práce. Úvodní

část je věnována základním pojmům vztahujících se k drogové závislosti, dále základnímu rozdělení drog a prevenci užívání, zejména pak v rodině. Podstatná část práce popisuje možnosti léčby a výchovně léčebné přístupy k osobám závislým na návykových látkách. V druhé praktické části jsou uvedeny 3 kazuistiky pacientů, kteří již absolvovali léčbu své závislosti. První kazuistika je zaměřena na pacienta, který podstupuje svou první léčbu a vkládá do ní velké naděje. Další dvě kazuistiky popisují pacienty, kteří mají za sebou již několikátý neúspěšný pokus léčby své závislosti a snaží se všemi dostupnými prostředky, aby právě tato poslední léčba byla úspěšná.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako metodická pomůcka jednak pedagogům, vychovatelům a rodičům, při výchově dětí ale i dospívajícím teenagerům a koneckonců všem těm, kdo se zajímají o různé aspekty drogového životního stylu.

TEORETICKÁ ČÁST

„Jako většina věcí na světě mají i drogy svůj rub a líc, své dvě tváře. První láká a slibuje nevšední zážitky. Přitom nic neříká o ceně, kterou budeme muset zaplatit. Druhou, odvrácenou tvář začnou drogy ukazovat, až když už bez nich neumíme být. Tehdy si začnou vybírat svou daň.“ (Radimecký, 2001)

1 ZÁKLADNÍ POJMY

Mnohaleté poznávání a formulování poznatků o drogové závislosti přineslo desítky termínů, pojmů či definic. S postupem času jich přibývá, nebo se vyjasňuje jejich přesný význam. Pro většinu lidí, kteří se tímto problémem (tématem drog) moc nezabývají, jsou pojmy týkající se této problematiky neznámé, či nejasné. Následující terminologický přehled prezentuje používaná odborná vysvětlení některých z nich.

Drogy

Drogy v obecném slova smyslu, jak popisuje Riesel (1999), jsou jakékoliv látky přírodní či uměle vyrobené, které, jsou-li vpraveny do organismu, mění jednu či více funkcí orgánu nebo systému. Drogy v užším slova smyslu dle Riesela (Tamtéž) jsou látky, které se užívají, lépe řečeno zneužívají, ke změně duševního stavu, tzn. nálady, prožívání stavu bdělosti či útlumu, a chování. Tyto změny jsou způsobeny vlivem drog na centrální nervovou soustavu, jejíž činnost a výkonnost se projevuje kvalitou duševní činnosti.

Narkomanie

Je chorobná touha po omamujících prostředcích (narkotikách) a jejich užívání, při němž vzniká na nich chorobná závislost s následnými tělesnými a duševními poruchami.

Toxikoman

Tímto pojmem označujeme osobu, která neoprávněně užívá návykové látky a není schopna se jejich užívání natrvalo zbavit.

Bažení

Bažení (craving) jak uvádí Nešpor (1999), je silná a těžko zvladatelná touha po návykové látce nebo hazardu. Je to jeden z příznaků závislosti. Bažení z pravidla provází stres. Má nutkavý charakter, jinak řečeno nutí člověka jednat určitým způsobem. Oslabuje paměť, soustředění a schopnost se správně rozhodovat.

Tolerance

Po delším užívání návykových látek klesá účinek, a proto často dochází k zvyšování dávky. Např. u opiátů přijímá závislý člověk někdy dávku, která přesahuje smrtelnou dávku u člověka bez závislosti. Tolerance roste i na tlumivé léky a na alkohol.

Abstinenční syndrom

Správně se říká odvykací příznaky, které se dostavují po vysazení některých drog (např. alkoholu, heroinu, tlumivých látkách). Odvykací příznaky se vyskytují, jak uvádí Ganeri (2001) u všech návykových látek a mohou se od drogy k droze značně lišit. Některé odvykací příznaky jsou tak málo patrné, že je možné je přehlédnout a zanedbat, i když jsou třeba subjektivně pociťovány nepříjemně (např. u kofeinu a tabáku). Naopak některé odvykací příznaky jsou velmi intenzivní a mohou být případně i životu nebezpečné. Patří sem např. pocení, třes, nechutenství, bolesti hlavy, poruchy spánku, pocity úzkosti, deprese, sklony k agresivitě.

Abúzus

Abúzus je zneužívání, nebo také přesněji nadužívání, může být jednak příliš časté nebo v přílišném množství. Jak uvádí Nožina (1997), je to takové užívání drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický i duševní vývoj člověka.

Intoxikace, detoxikace

Intoxikace obecně znamená jakoukoli otravu

Detoxikace je zbavení těla jedovatých látek. Cílem detoxikace dle Nešpora (1995), je překonat následné odvykací obtíže, a pokud je potřeba pomůže se jednotlivci i léky, následně se doporučí další léčba.

Drogová závislost

„Závislost na drogách je stav fyzické i psychické vazby jedince na jednu nebo více drog užívaných průběžně se škodlivými důsledky jak pro jedince, tak pro společnost.“(Marhounová, Nešpor, 1995, s. 90).

Jak také uvádí Nožina (1997), člověk ve stavu závislosti přestává být svobodný vůči droze, vytvořil si na ni určitou vazbu. Po čase drogu opravdu potřebuje, aby se cítil dobře a byl schopný „fungovat“. Jedná se o onemocnění, které má negativní důsledky nejen pro člověka, ale i pro celou společnost.

Závislost je rozlišována jako **fyzická** (somatická, biologická, tělesná), kdy při absolutní nebo relativní abstinenci dochází k mučivým abstinenčním příznakům. Tělesnou závislost lze přiměřenou lékařskou péčí překonat v poměrně krátké době.

Závislost **psychická** (duševní) nastává vždy jako první a je počátkem každé terapie. Je to touha získat drogu všemi dostupnými prostředky a konzumovat ji, že dotyčný člověk má jen malou šanci jí odolat.

„Drogová závislost je onemocnění. Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přes to, že si tím způsobuje řadu nepříjemných problémů. K závislosti se člověk obvykle dostane přes experimentování a postupem času i pravidelné užívání drogy. Závislost na účincích drogy je doprovázena i sociální závislostí na skupině lidí, ve které se droga distribuuje a užívá, a izolací od jiných, kteří by mohli dotyčnému pomoci. Závislost tedy kromě užívání zahrnuje i široké spektrum chování, které je v rozporu s běžným fungováním v rodině, škole či zaměstnání.“ (Hajný, 2001, s. 14).

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jak uvádí Nešpor (2011), jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- **silná touha nebo pocit puzení** užívat látku
- **potíže v sebeovládání** při používání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
- **tělesný odvykací stav:** látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku.
- **průzkum tolerance k účinku látky:** vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- **postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** ve prospěch psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
- **pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků:** poškození jater nadměrným pitím, nebo depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení

Jak ve své studii uvádí Griffinová a kol. (2011), **vznik závislosti zahrnuje 4 stádia:**

- **experimentování anebo sociální užívání návykové látky, aktivity nebo chování:** občasné užívání, motivem je zvědavost, tlak vrstevníků, potřeba sociálního přijetí, vzdor proti rodičům, chuť riskovat, hledání vzrušení, nuda, touha po příjemných pocitech nebo snaha dobře se pobavit, při nedostatku návykové látky jen minimální (případně žádné) tělesné či psychické změny.
- **problémové užívání látky, aktivity nebo chování:** pravidelné věnování se inkriminované aktivitě či chování ať už o samotě, anebo jinými lidmi z důvodu např. manipulace s vlastními emocemi, přivození si rozkoše, vyrovnání se stresem a nepříjemnými pocity (bolest, vina, úzkost, smutek deprese), překonání pocitu méněcennosti. Dostávají se první problémy v práci,

ve škole, v rodině, propady nálady, změny osobnosti, nepoctivost anebo snížení zájmu o jiné aktivity.

- **závislost:** toto stádium je charakteristické stále se zkracujícím intervalem závislého chování, důvodem je snaha vyhnout se bolesti a depresím, útěk z reality běžného života a ztráta kontroly nad drogou, návykové látky nyní přebírají vedení. Změny se projevují zhoršením tělesné kondice, žalostným zevnějškem, prudkými změnami nálady od agresivity přes podrážděnost až k depresím a apatii. Může se projevit ztráta paměti nebo dokonce paranoia, ale i sebevražedné myšlenky.
- **recidiva/ uzdravení:** čtvrté stádium je proces uzdravování, může zde člověk opakovaně zažít recidivu, což však neznámá, že je jeho snaha odsouzená k nezdaru. Jedná se o zdlouhavý proces, který pomáhá mozku, tělu i duchu najít odhodlání a vytvořit nové návyky

2 DĚLENÍ DROG

Drogy lze členit podle různých hledisek a kritérií. V zásadě se dělí na **legální a nelegální**.

Legální drogy

Jsou drogy společensky tolerované, patří k nim např. **alkohol a tabák**, ale také například **kofein** v kávě apod. Do skupiny legálních drog řadíme také **léky a těkavé látky**, jež představují dokonce velmi rizikovou a nebezpečnou skupinu.

Ilegální drogy

Drogy „mimo zákon,“ společností netolerované, jejich přechováním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem. Ilegální drogy jsou, jednoduše řečeno, zákonem zakázané.

Drogy jsou spojené také s různou mírou rizika. Jedním z hlavních rizik je možná ztráta kontroly nad původně občasnou konzumací a postupný vznik závislostí. Toto riziko je spojeno se všemi drogami, tedy i s těmi nejvíce tolerovanými a zdánlivě neškodnými. Míra rizika vzniku závislostí slouží tedy jako hlavní kritérium na dělení drog na **měkké a tvrdé**.

Měkké drogy (lehké)

Bývají často užívány z rekreačních důvodů a lze je v podstatě konzumovat, tedy užívat v přijatelných intervalech a množstvích. Měkké drogy, jsou to takové, u nichž je podstatně menší riziko vzniku závislosti, patří sem konopí a jeho produkty např. **marihuana, hašiš, kokový čaj, káva, čaj, alkohol, nikotin**. U alkoholu je již ale hranice sporná. Podle negativního účinku nadměrného užívání alkoholu na tělesné a duševní zdraví alkohol patří kamsi na rozhraní měkkých a tvrdých drog.

Tvrdé drogy (těžké)

Jsou to drogy, u nichž hrozí vysoké riziko vzniku závislosti a přerušení či ukončení jejich užívání často provází silné abstinenční příznaky. Např. **extáze, heroin, kokain, LSD, lysohlávky, morfin, pervitin, toluen.**

Nejčastěji užívanými nelegálními drogami u nás, jak se ve své práci zmiňuje Hajný (2001), jsou marihuana, pervitin a heroin. Poměrně velká je i skupina dětí a mladistvých, kteří užívají těkavé látky, ta je však málo prozkoumaná. Hlavní drogou toxikomanů, kteří se léčí ze závislosti, jsou pervitin a heroin. Ostatní, dále uváděné drogy, představují obvykle látky, se kterými se experimentuje, které uživatel drog kombinuje nebo využívá pro speciální účely.

Jak říká Hajný (2001), samotná hierarchie oblíbenosti drog se mění podle řady okolností. Například před dvaceti lety byla situace u nás zcela jiná – společenské změny v naší zemi, ale i v celém světě, se na tom nepochybně podílely. Rovněž změny v osobnosti mladých lidí, struktura rodin a životních jistotách a perspektivách hrají svou roli. Ze strany nabídky oblíbenosti drogy určují její účinky, dostupnost a její „kultura a image.“

Uvedené dělení a zastoupení drog není úplné. Existují stovky zástupců v jednotlivých kategoriích, zde uvedené druhy drog jsou ovšem takové, se kterými se setkáváme v současnosti v zařízeních poskytujících služby uživatelům drog.

2.1 Základní rozdělení drog

Pro naši práci bude důležité následující dělení tzv. nelegálních drog.

- **Cannabinoidy** - marihuana, hašiš.
- **Halucinogeny** - LSD, lysohlávka Česká, lysohlávka kopinatá.
- **Opiáty** - opium, kodein, morfin, braun, heroin, metadon.
- **Léky a léčiva** - analgetika, hypnotika, sedativa, trankvilizéry.
- **Stimulační látky** - efedrin, pervitin, kokain, speed, crack.
- **Těkavé látky** - organická rozpouštědla, lepidla (toluen, vulkan).

Tabulka 1: Stručný přehled drog v ČR, jejich užití, účinky a zdravotní rizika

Droga a její různá jména	Hlavní způsoby užívání	Hlavní účinky	Některá zdravotní rizika
Marihuana , tráva, zelí, hulení, mařka, gandža	kouření, konzumace v jídle	euforie, zkreslené vnímání času, prostoru a barev, zhoršení koordinace	zánět dýchacích cest, zhoršená paměť a pozornost, úzkosti, panika
Hašiš , haš, shit	kouření, konzumace v jídle	obdobné jako u marihuany	obdobné jako u marihuany
Heroin , háčko, eič, herák	nitrožilní, kouření ze staniolu, v cigaretě	euforie, spavost, analgetikum	zvracení, mdloby, zácpa, koma, kožní problémy
Pervitin , péčko, piko, peří	nitrožilní, šňupání	euforie, hyperaktivita, nespavost, nechutenství, zrychlené myšlení a řeč	agresivita, následná spavost a deprese, srdeční a neurologické obtíže, zhoršená koncentrace
Extáze	polykání v tabletách	mírné halucinace, zvýšená citlivost, pocity empatie, přehřívání organismu	zhoršení paměti, emoční otupení, riziko kolapsu při dehydrataci
LSD , tripy, papíry	polykání na papírcích, tablety, zlomky	změněné vnímání, halucinace, zvýšení krevního tlaku a tepu	možný rozvoj psychické poruchy, flashback, nespavost, slabost,
Těkavé látky , toluen, téčko, techo, vulkan	vdechování	změněné vnímání, halucinace, euforie	porušení sliznice a dechového aparátu, nevratné změny nervového systému, porucha soustředění
Kokain	šňupání	euforie, zrychlené myšlení, chování i řeč	porušení sliznic, rozvoj psychických obtíží, srdeční kolaps

Zdroj: Hajný, 2001, s. 17-18

3 PREVENCE UŽÍVÁNÍ DROG

Cílem prevence je předcházet nemoci před jejím vznikem. Prevence se dělí podle toho, pro jakou skupinu jedinců je určena na primární, sekundární a terciární. Jednoduše řečeno, cílem primární prevence je předcházet nemoci před tím, než vznikne. Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobila poškození. Cílem terciární prevence je předejít dalším škodám.

3.1 Primární prevence

Cílem primární prevence jak popisuje Nešpor (2011), je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku nebo ho oddálit do pozdějšího věku, když už jsou dospívající relativně odolnější. Dalším cílem je omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami, aby se předešlo škodám na tělesném i duševním zdraví. Cílem prevence není tedy předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale především to, aby se cílová populace chovala zdravěji.

U nás existuje celá řada organizací, které se zabývají prováděním primární prevence např. na školách, organizace, které vzdělávají učitele a vychovatele v tom, jak mají účelně a preventivně na děti působit. Existují i centra, která nabízí informační setkání pro rodiče, kteří se snaží působit v tomto ohledu na své potomky.

3.1.1 Výchova k ne-závislosti

„Výchova je počátkem boje proti drogám. Neexistuje žádná škola pro rodiče. Výchova je jednou z mála záležitostí, které nevyžaduje předběžné vzdělání a nutnost skládat zkoušky. Když však poznáme všechny možné chyby, je už dítě dospělé a z pravidla je již pozdě.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 95).

3.1.2 Zásady prevence v rodině

- Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
- Umět s dítětem o návykových látkách mluvit.
- Předcházet nudě.
- Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které mu usnadní návykové látky odmítnout.
- Vytvořit zdravá rodinná pravidla.
- Pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti.
- Posílit sebevědomí dítěte.
- Spolupracovat s dalšími dospělými.

Základem úspěchu primární prevence jak se ve své knize zmiňují Göhlert a Kühne (2001), je velice důležité začít včas. S poučováním o drogách, jejich zneužívání a nebezpečí by se mělo začít v útlém věku dítěte. V důvěrných rozhovorech rodičů s dětmi by se mělo poukazovat na společné znaky „legálních“ a „ilegálních“ drog. O legálních drogách se děti dovědí většinou něco z televize nebo novin.

Do primární prevence lze obecně zařadit vše od informací v rámci vyučování přes přípravu na rodičovství, vytváření nabídky alternativních, společensky přijatelných aktivit, až po ovlivňování názorů a postojů jak jedince, tak i veřejnosti a hlavně podporu zdravého životního stylu. Daným problémem se zabývá i mnoho občanských sdružení, která přicházejí s konkrétními návrhy a projekty zaměřenými na protidrogovou prevenci. Návrhy a řízení všech aktivit v dané lokalitě mají na starosti protidrogoví koordinátoři. To nejpodstatnější i v primární drogové prevenci však v každém případě bude záviset vždy na jedinci samotném a individuálním citlivém přístupu k němu.

3.2 Sekundární prevence

Zahrnuje veškeré léčebné programy. Z poznatků Fišerové (2000), má sekundární prevence za úkol vyléčit závislost a zabránit relapsům onemocnění a také minimalizovat újmy na zdraví způsobené toxickými účinky drog. V léčbě drogové závislosti je zásadní

komplexní postup, který zahrnuje **a) psychologický přístup, b) úpravu sociálního zázemí pacienta**, event. **c) farmakoterapii**. V léčbě se používá řada různých postupů, kdy záleží nejen na příslušném typu závislosti (závislost na různých typech drog), ale také na fázi rozvoje závislosti.

3.3 Terciární prevence

Kalina (2003) ve své práci popisuje terciární prevenci jako program, který v sobě zahrnuje nejrůznější postupy z oblasti „**harm reduction**“ tedy „**snížování rizik**“ při užívání drog. V terminologii drogové problematiky se „**harm reduction**“ objevuje v souvislosti s novým přístupem k uživatelům drog v 80. letech 20. století. Základem tohoto pohledu je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Upřednostňuje zdraví, osobní zodpovědnost a léčbu uživatele před perzekucí, má na zřeteli i ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví. Nejznámější je uplatnění „**harm reduction**“ v boji proti šíření epidemie HIV/AIDS. Mezi preventivními programy kromě bezplatného poskytování kondomů a vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, je také nácvik bezpečnějšího užívání nástrojů pro aplikaci drog, výměna injekčních stříkaček („výměnné programy“), zavedení aplikačních místností se zázemím apod. Důležitým principem „**harm reduction**“ je nízkoprahový přístup – tedy zásadní je, aby služba založená na principu snížení rizik byla pro všechny snadno dostupná, s cílem oslovit co nejvíce lidí (uživatele, rodinné příslušníky, potenciální uživatele drog, ostatní lidi v komunitě).

4 CO BY MĚLI VĚDĚT RODIČE O PREVENCI

„Být rodičem je dnes velmi nesnadné, stejně jako být pedagogem nebo vychovatelem. Dnešní děti dospívají mnohem rychleji a mnoho informací o životě získávají dříve, než jim mohou skutečně porozumět. Neustále narůstá počet lidí závislých na drogách a věk těch, kteří přicházejí s drogami do kontaktu, se snižuje. Protože ale většina rodičů a vychovatelů patnáctiletých dětí nemá vlastní zkušenost s drogou, dopouštějí se často velmi zjednodušených reakcí. Projevují málo trpělivosti a skutečně upřímné snahy citlivému problému opravdu porozumět“. (Illes, 2002, s. 5).

Prevence = projevování citů a lásky, včasné řešení problémů v rodinách, včasné řešení psychických poruch (úzkostí, depresí, fobií, poruch příjmu potravy, atd.)

Co pomáhá při prevenci u dětí, vymezuje Nešpor (2006) ve svépomocné příručce, která je určená pro rodiče.

- O děti pečujte a věnujte jim dost času.
- Stanovte rozumná pravidla týkající se zákazu alkoholu, drog a hazardu. Důsledně a pevně je prosazujte! Případný postih by měl být přiměřený a předem daný (např. omezení kapesného, nebo omezení týkající se času stráveného mimo domov). Měl by následovat bezprostředně po porušení domluvených pravidel.
- Rodiče by své problémy měli řešit efektivně, aniž by do nich vtahovali děti. Účinná je i krátkodobá rodinná terapie, jestliže se vyskytnou v rodině problémy.
- Rodiče by pokud možno měli dávat dětem dobrý příklad zdrženlivostí a zdravým způsobem života. Rodiče někdy bagatelizují užívání alkoholu při oslavách, kdy děti mají „pod kontrolou“.
- Rodiče by měli být o návykových látkách informováni, aby mohli případně korigovat nesprávné nebo zkreslené informace, které se k jejich dětem dostávají.
- Pomoci dítěti najít kvalitní zájmy a společnost.

- Naučit dítě odmítat alkohol a drogy, i když je nabízejí starší lidé, vůči kterým, cítí dítě respekt.
- Posilování zdravého sebevědomí. Pochvala by měla převažovat nad kritikou dítěte. Zejména otcové někdy mají tendenci být ke svým dětem kritičtí, čímž mohou snižovat jejich sebevědomí. Nízké sebevědomí a slabé komunikační dovednosti jsou závažnými rizikovými faktory pro vznik závislosti.
- Upevňování životních hodnot. Rovněž nejasné životní hodnoty a cíle jsou pro vznik závislosti rizikovým faktorem a duchovní nebo jiné pozitivní hodnoty zdravý způsob života usnadňují.

Hlavní zásady při zvládnání návykového problému u dětí, jak radí rodičům Nešpor (2006) v téže svépomocné příručce.

- **Neobviňovat se, uvažovat konstruktivně.** Místo hledání, kde se v minulosti stala chyba, uvažujte o tom, jak situaci zvládnout.
- **Svěřit se a vyhledat pomoc pro sebe i dítě co nejdříve.** Pomáhá o problému hovořit v širší rodině nebo ještě lépe situaci průběžně konzultovat s psychoterapeutem či jiným odborníkem.
- **Neusnadňovat návykové chování, ale sabotovat ho.** To znamená nepomáhat dítěti z neshází, do kterých se kvůli alkoholu, hazardu nebo drogám dostane, leda by došlo k podstatné změně chování a dobré spolupráci při léčbě. Poskytnout případnou pomoc má smysl až po té, co byla léčba zahájena.
- **Nedat se vydírat.** Vyhrožování braním drog, útekem, prostitucí nebo sebevraždou je častým způsobem vydírání rodičů. Všechna tato rizika existují. Tím, že rodiče pod jejich tlakem ustupují, riziko nesnižují.
- **S dítětem pod vlivem drog nemá smysl diskutovat.** Vážnou debatu odložte na později a dbejte na bezpečnost dítěte i svojí. Dobrou dobou k vážné debatě bývá doba odvykacích potíží nebo kocovin (či tzv. dojezdů po drogách). V tomto stavu bývá člověk přístupnější návrhům, aby vyhledal léčbu a pomoc.

5 UŽÍVÁNÍ DROG V POPULACI

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 (2012) přináší výsledky, které ukazují, že míra užívání drog v obecné populaci ČR je stabilní a mezi mládeží dokonce klesající, což lze označit za velmi pozitivní trend. Výsledky populačních dotazníkových průzkumů realizovaných v posledních třech letech v dospělé populaci ukazují, že nejčastěji užitou nelegální drogou jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %), halucinogenními houbami (4–9 %) a LSD (2,6 %). Mezi šestnáctiletou mládeží je ze studie ESPAD patrný dlouhodobý trend poklesu prevalence užití pervitinu, heroinu, extáze i halucinogenních hub a v r. 2011 došlo poprvé k poklesu také v případě konopných látek.

Dále ze zprávy vyplývá, že v české společnosti se mírně snižuje přijatelnost kouření tabáku, zatímco přijatelnost konzumace alkoholu zůstává na stejné úrovni a naopak se zvyšuje přijatelnost užívání konopných látek. Roste podíl osob, které nesouhlasí s trestním postihem uživatelů konopných látek vůbec, uživatelů konopí k léčebným účelům i osob, které si pěstují konopné látky pro vlastní spotřebu.

Studie zaměřená na rozsah zkušeností s návykovými látkami mezi dětmi v ústavní výchově přinesla informace o tom, že ve srovnání s běžnou populací obdobného věku se v této skupině prokázala významně vyšší míra zkušeností s jednotlivými nelegálními drogami, významně nižší věk první zkušenosti s drogou a zároveň i vyšší frekvence užívání drog.

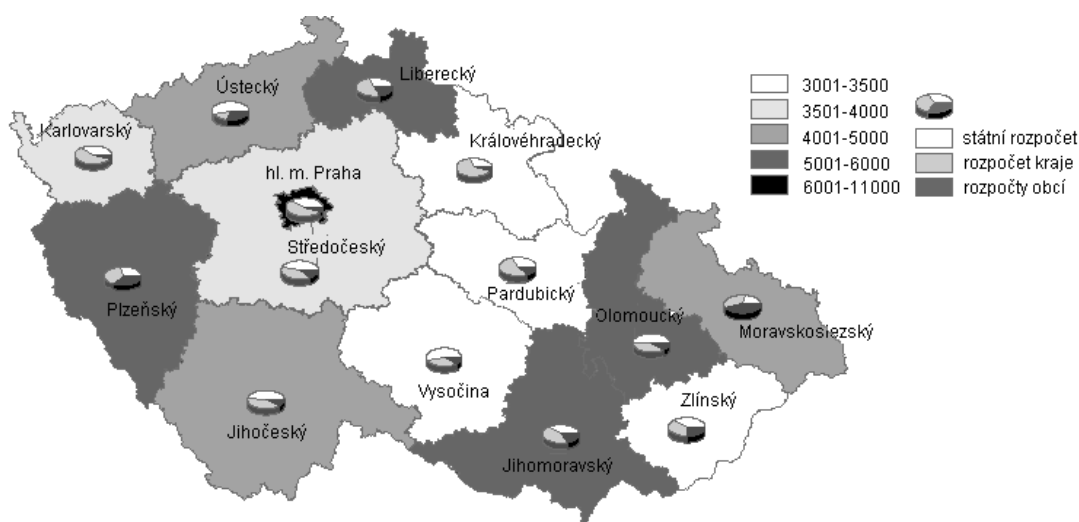
6 PPROTIDROGOVÁ POLITIKA

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky nese vláda ČR. Jejím poradním a koordinačním orgánem v této oblasti je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP).

Jak uvádí výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, platnosti jsou Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a její první akční plán na období 2010–2012. Z průběžného hodnocení akčního plánu vyplynulo, že z 84 hodnocených aktivit bylo 52 (62 %) splněno. Realizaci akčního plánu negativně ovlivnil nedostatek finančních prostředků.

V r. 2011 činily výdaje z rozpočtů státní správy a samosprávy na protidrogovou politiku celkem 563,8 mil. Kč, z toho výdaje státního rozpočtu dosáhly 341,9 mil. Kč (60,6 %) a z místních rozpočtů 221,9 mil. Kč, z krajů šlo 157,0 mil. Kč (27,9 %) a z obcí 64,9 mil. Kč (11,5 %). Ve srovnání s předchozím rokem klesly celkové výdaje o 10,1 % (státní rozpočet o 8,0 %, kraje o 18,9 %, výdaje obcí na protidrogovou politiku vzrostly o 4,5 %).

Mapa 1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2011, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let



Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, online, cit. 2013-03-03

7 PROČ LIDÉ BEROU DROGY?

Jak ve své publikaci píše Pešek a kol. (2008), nikdy se s naprostou jistotou nedá říci, proč člověk začal drogy užívat, vždycky je to jenom domněnka, nic víc. Ona je to někdy příliš těžké, přijít přesně na ty činitele, které mladého člověka pohnuly k tomu, aby sáhl po droze. Ve své práci Pešek a kol. (2008) uvádí, že často si něco jiného myslí drogově závislý klient („*Začal jsem brát ze zvědavosti...*“), něco jiného jeho rodiče („*Určitě ho zkazila ta parta od vedle ze sídliště...*“) a něco jiného terapeut, který hledá příčiny návykového chování podle terapeutického přístupu, ve kterém byl vyškolen. Také se nejednou stává to, že klient takové objevené „jasné“ důvody začne zneužívat ve smyslu nalezení té „pravé“ příčiny, kterou pak zneužívá, aby si ulevil od pocitů viny a mohl přenášet zodpovědnost na někoho nebo něco jiného, např. „*Za to, že jsem se naučil brát drogy, může moje matka, zdravotní sestra, která mi od dětství dávala na každé bolístko nějaký prášek.*“.

Jednotlivé důvody (příčiny, motivace) pro užívání drog uvádí Pešek a kol. (2008) v jednotlivých bodech:

- Fyzický důvod (zbavit se únavy, udržet si výkon, uvolnit se).
- Smyslový (zesílit si vnímání barev, hudby, prožitku ze sexu).
- Pocitový (vyvolat si pocity štěstí, ulevit si od strachu, zlosti, smutku).
- Vztahový (prolomit komunikační bariéry, vyzvat děvče k tanci).
- Sociální (patřit do nebo nebýt vyloučen z nějaké skupiny, kde se cítím dobře, např. školní parta, skejtáři, máničky, hipíci, pankáči).
- Politický (protestovat proti protidrogovým zákonům, proti kapitalismu).
- Intelektuální (hledat nové pohledy na řešení různých problémů).
- Kreativně estetický (hledat inspirace pro namalování obrazu).
- Filozofický (hledat smysl života, pochopit myšlenky některých filozofů).
- Spirituálně mystický (navázat kontakt s Bohem, s minulými inkarnacemi).

8 LÉČBA ZÁVISLOSTI

Vždy je třeba mít na paměti, že léčba drogové závislosti je nutně velká psychická i somatická zátěž pacienta, která je systematická a vědomě organizovaná. Jen opravdu těžko se dá jinak dosáhnout potřebné změny. Problém s drogami obvykle nevznikal v krátkém časovém období (od prvního užití drogy), ale dozrával dávno předtím, takže i jeho léčení si často vyžádá víc času, než sami pacienti očekávají.

Léčba závislostí je hrazena především ze zdravotního pojištění. Jak uvádí výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, na zdravotnickou léčbu spojenou s užíváním psychoaktivních látek byly v r. 2010 (poslední dostupný rok) vynaloženy náklady ve výši odhadem 1633 mil. Kč, z toho 1173 mil. Kč na léčbu uživatelů alkoholu a 459 mil. Kč a. na léčbu uživatelů nealkoholových drog.

„Cesta ze závislosti na droze je většinou velice těžká. Léčit s cílem uzdravit se, se nechá jen toxikoman, který se cítí nemocen nebo špatně – a v tom je již první problém. Tento pocit totiž většinou u toxikomanů v prvních letech neexistuje. Tak potřebuje systém pomoci drogově závislým možnosti, které nejsou vždy hned vázány na nemocnici nebo lékaře.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 104).

8.1 Jak se léčí závislost?

Jen odborník dokáže doporučit vhodnou metodu léčby, ta se může u každého do značné míry lišit.

Ambulantní – docházkové programy

Nabízí se jako první v pořadí, kde terapeut (psychiatr, psycholog, jiný specializovaný odborník) poskytuje péči především prostřednictvím poradenství a psychoterapie. Společně hledají možné příčiny užívání, které by bylo možné ovlivnit, rizikové faktory a cesty, jak předejít dalším selháním.

Lůžková zařízení

Pokud nelze zvládat problémy ambulantně, existují zařízení s lůžky, kde závislý na určitý čas (obvykle od 8 týdnů až do 18 měsíců – podle typu zařízení) bydlí. Program zde bývá upravený léčebným režimem, v němž má svou významnou léčebnou roli i skupina pacientů, kteří se na režimové léčbě značnou měrou podílí. V jednotlivých programech je zahrnuta naprostá změna životního stylu, učení se novým ale i starým dovednostem a zdravějšímu způsobu jednání a komunikace.

Substituční léčba

Provádí se pod dohledem lékaře a spočívá v tom, že se pacientům (především závislých na opiátech) dodává náhražka drogy (nejčastěji metadon). Jak uvádí ve své práci Nešpor (2011), substituční léčba je vhodná tam, kde je vytvořena fyzická závislost na opiátech (při pokusu o vysazení se objevují silně tělesné odvykací obtíže) a kde není dočasně nebo dlouhodobě možná léčba zaměřená na abstinenci. Pacient musí při substituční léčbě spolupracovat. Snižování dávek náhražky může ale také vést až k úplné abstinenci. Tato léčba se v současné době doporučuje spíše dlouhodobě závislým a nikoliv mladistvým.

8.2 Délka trvání léčby

Jak popisuje Hajný (2001) terapeutické programy se značně liší nejen v obsahu, ale i v délce terapie, léčba kratší než dva měsíce nebývá efektivní. Celková spolupráce s klientem trvá minimálně 90 dnů. Často se ukazuje, že jedna léčba z pravidla nestačí. Opakované dokončené léčby nejsou žádnou výjimkou.

Co pomáhá klientovi vytrvat v léčbě, shrnul Hajný (2001) ve své studii do několika bodů:

- Bezpečné prostředí bez drog a násilí.
- Srozumitelný, pevný a vřelý postoj terapeuta.

- Možnost vyjádřit svůj názor, i když je jiný.
- Program, kterému rozumí a chápe jeho cíle a metody.
- Podpora rodiny, která spolupracuje a léčbu nesabotuje nezájmem či nadměrnou péčí.
- Jasně stanovená perspektiva programu i následné péče.

„První pomoc“

V České republice existuje poměrně široce vybudovaný systém četných nabídek pomoci. Jde o síť drogových poraden, ambulantně pracující psychoterapeuty jakož i zařízení s možností stacionární odvykací léčby a dlouhodobé drogové terapie.

8.3 Principy efektivní léčby závislosti na drogách

Uváděné principy, které ve své práci popisuje Nešpor (2011) jsou dle jeho slov spíše jakýsi ideál léčby závislosti, ke kterému je třeba se přiblížit.

- Ne každá léčba se hodí pro každého. Je potřeba zvolit takovou léčbu, která se pro pacienta nejvhodnější.
- Léčba by měla být rychle dostupná.
- Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.
- Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).
- Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální přístupy.
- Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.
- Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.

- Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.
- Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušení abstinence.
- Léčba by měla zahrnovat vyšetření na HIV/ADS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.
- Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky samotné léčby.

Nejúčinnější léčba podle Nešpora (2011) je taková, při které do sebe její jednotlivé komponenty dobře zapadají. Je potřeba uvažovat o tom, jak skloubit podávání léků a např. psychoterapii nebo rodinou terapii. Také bývá vhodné zapojit i blízké příbuzné pacienta při dodržování pravidelného podávání vhodného léku a tím nenásilně spojit medikamentózní léčbu s rodinou terapii.

9 ČASNÁ A KRÁTKÁ INTERVENCE

Krátká intervence probíhá např. na úrovni praktických lékařů, učitelů, v pracovním prostředí nebo za pomoci dalších odborníků, kteří nejsou přímo specializováni na léčbu závislosti.

Cílem **časné intervence**, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011), je to, aby se lidé kvůli problémům s návykovými látkami léčili co nejdříve. Kromě pojmu časná intervence se někdy také používá pojem krátká intervence. Tyto pojmy nejsou totožné, i když se mohou částečně překrývat. **Krátká intervence** bude poměrně často, ale ne vždy, postačovat jako jedna z forem časné intervence. Také se může používat i mimo rámec časné intervence, např. u pokročilých stavů, kde jiná pomoc není z nějakého důvodu možná nebo dostupná. Časná intervence je důležitá v tom, že léčba počínajících forem závislostí bývá často úspěšnější, kratší a levnější, než léčba pokročilých stavů. Ve své práci Nešpor (Tamtéž) také uvádí jednotlivé postupy, které se užívají při krátké červenci.

Postupy při krátké intervenci

- Posoudit stav a pacienta informovat o výsledku, např. „Kolísání nálad může souviset s abstinenčními příznaky.”
- Posilování motivace.
- Doporučení vyhnout se drogám.
- Předání svépomocné příručky (popř. odkaz na web).
- Spolupráce s rodinou a využití jejího motivačního potenciálu.
- Sebemonitorování.
- Využití telefonické pomoci.
- Kontroly a sledování.
- Terapeutický kontakt.

- Doporučit účast ve svépomocné organizaci.
- Aktivní předání k souběžné specializované léčbě.

Jako jednou z mnoha možností, kde hledat intervenci při řešení problému se závislostí může být **komunitní centrum**, které v současné době sídlí téměř v každém větším městě. Základním východiskem práce K centra je ochrana veřejného zdraví, zejména princip snižování škod, které vznikají v důsledku užívání omamných látek. Tento program zahrnuje veškeré aktivity, které směřují k prevenci šíření infekčních chorob a drogové epidemie ve společnosti, dále ke snížení zdravotního a psychického poškození a sociálního úpadku drogově závislých.

Základním principem práce každého takového zařízení je v první řadě jeho nízkoprahovost a snadná dostupnost pro uživatele návykových látek. To znamená, že člověk užívající jakékoliv drogy může přijít přímo z ulice bez jakéhokoli dalšího doporučení. Služby jsou poskytovány do určité míry anonymně. Klient žádající o pomoc nemusí v žádném případě vystupovat z anonymity, evidence úkonu pro případné statistiky je vedena pod daným kódem. Prvotní důraz zde není kladen na abstinenci, ale na navázání vztahu důvěry a postupně je uplatňovaná strategie menších kroků, které je ochoten klient akceptovat a na které stačí jeho momentální schopnosti.

Základní poskytované služby

- **Využití možnosti pobytu** v kontaktní místnosti za předpokladu splnění podmínek a pravidel daným centrem.
- **Hygienický servis** – sprcha, pračka, sušička.
- **Potravinový servis** – zdarma nabídka potravin a nápojů.
- **Zdravotní ošetření** – zdravotnický zákrok provedený v případech onemocnění či poranění způsobených injekční aplikací drog (abscesy apod.).
- **Krizová intervence** – neodkladné jednorázové poskytnutí krizového poradenství v aktuální náročné životní situaci klienta.

- **Psychoterapie** - „léčba duše“ nebo také „léčba slovem“ probíhá v rámci odborně vedeného setkání/rozhovoru a jejím cílem je uzdravení psychických potíží člověka a vytváření lepší kvality jeho života.
- **Terénní služby** – jsou zaměřeny na uživatele drog, kteří nemají žádnou zkušenost s existujícími službami, nejsou v kontaktu s žádnou institucí, nebo nejsou motivováni k abstinenci a neakceptují žádnou formu léčebné péče.
- **Výměnný program** - výměnné programy injekčních stříkaček a jehel jsou v nízkoprahových programech doplňovány distribucí aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a distribucí želatinových kapslí určených k perorální aplikaci drogy jako alternativy injekčního užívání drog, především pervitinu.

Tabulka 2: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2011

Rok	Počet výměnných programů	Počet vyměněných stříkaček a jehel
1998	42	486 600
1999	64	850 285
2000	80	1 152 334
2001	77	1 567 059
2002	88	1 469 224
2003	87	1 777 957
2004	86	2 355 536
2005	88	3 271 624
2006	93	3 868 880
2007	107	4 457 008
2008	98	4 644 314
2009	95	4 859 100
2010	96	4 942 816
2011	99	5 292 614

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, online, cit. 2013-03-03

**Mapa -2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR
v r. 2011 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let**



Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011,
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti,
online, cit. 2013-03-03

Jak je uvedeno ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011, v tomto roce znovu mírně vzrostl počet problémových uživatelů drog odhadovaný z dat nízkoprahových programů. Střední hodnota dosáhla 40,2 tis. osob, z toho bylo 38,6 tis. injekčních uživatelů drog. Na nárůstu se podílejí především uživatelé pervitinu (30,9 tis.), u opiátů došlo k dalšímu poklesu (na 9,3 tis.).

Jak průzkumy ukazují, kraje s nejvyšším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s nejvyšším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj, kde je především, stejně jako v dalších krajích Čech, rozšířeno injekční užívání buprenorfinu.

10 SVÉPOMOCNÁ PŘÍRUČKA

Svépomocné materiály vypracované Nešporem (2006), jsou užitečným prvkem krátké intervence. Předání takového materiálu zabere lékaři, zdravotní sestře nebo jinému odborníkovi minimum času. Lidé, kteří se dostali do problému s drogami a zatím se snaží vzniklý problém zvládnout sami, mají možnost tyto materiály najít volně ke stažení na internetových stránkách. V případě počínajících problémů může být tato forma krátké intervence efektivní, dokonce i účinnější než důkladnější léčba poskytnutá později.

První pomoc pro problémy vyvolané drogami, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011).

- Pomáhá už i to si problém s drogami přiznat. Uvědomte si nesnáze, které vám drogy způsobily. Uvědomte si i ty, které by mohly způsobit.
- Abstinence je pro závislé na drogách z mnoha důvodů mnohem bezpečnější než zkoušet brát kontrolovaně. Obvykle nefunguje to, že se někdo omezuje na určitou drogu. Nejlépe je abstinovat úplně.
- Těžší odvykací stavy, zejména po alkoholu a tlumivých lécích ze skupiny benzodiazepinů, mohou být nebezpečné a vyžadují lékařskou pomoc. Lékařskou pomoc je také třeba vyhledat v případě těžké deprese, při sklonu k sebepoškození, halucinacích nebo pocitech pronásledování.
- Pomáhá vyhnout se rizikovým prostředím a rizikovým známým. Nebezpečná prostředí nebo lidé by mohli vyvolat craving (bažení) a zhoršit sebeovládání. Případnou krizi zvládne lépe, když vyhledáte bezpečné prostředí, např. jdete z práce nebo ze školy rovnou domů nebo na doléčování.
- Nevhodná jsou zaměstnání se snadným přístupem k drogám a alkoholu, vysokou mírou stresu a trojsměnným provozem. Je zdravotně i finančně výhodnější si najít bezpečné zaměstnání, i kdyby bylo méně placené.

- Je také lépe se vyhnout hudbě nebo jiným podnětům, které měl člověk spojené s braním drog. Máte tolik lepších možností!
- Problémy, které se v době braní drog hromadily, je správné řešit zvolna, postupně a plánovitě. Během prvního roku po léčbě je správné se soustředit především na udržení abstinence.
- Součástí zdravého životního stylu by měla být dostatečná tělesná aktivita, je to prevence řady nemocí a navíc zlepšuje i duševní stav.
- Pro mnoho lidí je klíčem k úspěchu vhodná společnost lidí, kteří o jejich abstinenci vědí a kteří ji respektují a podporují. Najděte si přátele, kteří neberou drogy a žijí zdravě.
- Průběžně posilujte motivaci. Pomáhá připomínat si špatné zkušenosti spojené s drogami a jejich rizika. Připomínejte si také výhody abstinence.
- Léčba probíhá obvykle dlouhodobě, na začátku abstinence nebo při potížích by měla být intenzivnější. Kde nestačí svépomoc, pomůže ambulantní léčba, kde nestačí ambulantní léčba, pomůže ústavní, kde nestačí střednědobá léčba, pomůže dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě. Mírnění škod (např. substituční léčba) je také užitečné, ale abstinence je lepší. Často se osvědčuje kombinovat různé formy pomoci (např. profesionální pomoc a účast ve svépomocné organizaci).

11 SVÉPOMOCNÉ SKUPINY

Svépomocné skupiny či poradny pro drogovou závislost jak popisují Göhlert a Kühn (2001), jsou dosažitelné i pro poživatele drog, který se jinak necítí nemocen a má občas jen nějaké problémy. Závislí se scházejí a pokoušejí se vyrovnat lépe se svými problémy. Účastníci se znají většinou jen křestním jménem, tím se má zabránit tomu, aby se informace ze skupinových rozhovorů vynesly ven.

Je důležité vědět, že existují podobné skupiny i pro rodinné příslušníky. Vypořádat se s návykovým onemocněním partnera, dítěte nebo rodičů je pro rodinné příslušníky alespoň tak důležité jako pro postiženého samotného.

Základní pravidla skupiny AT

- Setkání zahajuje, končí a řídí volený předseda.
- Účastníci se oslovují zásadně křestním jmény a respektuje se anonymita.
- Když začíná někdo hovořit, představuje se obvykle takto: „Jsem(křestní jméno) a jsem toxikoman“.
- Ten kdo hovoří, by neměl být přerušován a neměly by mu být kladeny otázky.
- Ti, kdo jsou pod vlivem omamných látek, se sice mohou zúčastnit, nesmí ale mluvit.

Zkušenosti z praxe svědčí o tom, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011), že svépomocnou organizaci typu Anonymních toxikomanů může iniciovat i odborný pracovník, který závislý nikdy nebyl. V to případě může dočasně převzít roli, kterou v organizaci plní předseda a po první schůzce nebo v jinou vhodnou dobu se stáhnout a nechat účastníky pracovat samostatně.

Člověk v krizi nebo počátkem ambulantní léčby, dle poznatků Nešpora (Tamtéž), by měl navštívit během jednoho týdne sedmkrát setkání Anonymních narkomanů, případně jinou formu ambulantní léčby.

12 TERAPIE

„U tohoto druhu léčení nemůžeme počítat s velmi rychlými a náhlými úspěchy, terapie se nedá vyřídit přes noc. Terapie znamená vždycky dlouhodobé spolehnutí se na terapeuta, který ovšem musí mít pro takové léčení speciální psychoterapeutické vzdělání“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 107-108).

Takové léčení se provádí ambulantně nebo stacionárně. Jak ve své práci uvádí Göhlert a Kühn (2001), rozhodně je třeba vidět léčení toxikomana ve dvou stupních. Na počátku je odnětí: musí být postaráno o to, aby se droga úplně odstranila z těla. V zásadě by stačilo jen čekat a nebrat už žádné drogy, až se všechno vyloučí, a pak kontrolou zjistit, že je tělo „clean“(čisté). Tak jednoduché to však není. Droga hrála po dlouhou dobu nadmíru důležitou úlohu u postiženého. Pozměnila nejen myšlení, pocity a jednání, nýbrž také afekt a náladu, vnímání a u určitých typů závislostí i tělo. Proto se objevuje abstinenční syndrom, který musí být z části léčen také medikamenty.

12.1 Ambulantní terapie

Léčba, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit. Ambulantní léčba, jak popisují ve své práci Göhlert a Kühn (2001), je vhodná pro lidi, kteří mají sociální, rodinné zázemí, které je pro ně podporou či přinejmenším není ohrožující. Ambulantní terapie mají mnoho předností. Jsou cenově výhodnější a postižený může například dále vykonávat svou práci, ovšem musí být silný, aby se bez vnější kontroly mohl vzdát drog. Z pravidla se nabízí dvakrát až třikrát týdně hodina léčení. Později se konají jednotlivá sezení již ve větších odstupech. Na počátku je velmi důležité navázání důvěry mezi terapeutem a pacientem. Následně může pacient docházet i do skupinové terapie.

12.2 Denní stacionář

Klient dochází každý den (obvykle každý všední den) do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních hodin. Klient tedy tráví v léčebném zařízení v podstatě celý den, kdy se účastní skupinové terapie, individuálních pohovorů s terapeutem, využívá poradenství ohledně sociálních, právních záležitostí, které potřebuje řešit, účastní se volnočasových a pracovních aktivit. Večer odchází klienti domů.

12.3 Terapeutické komunity

Léčba v terapeutické komunitě dle názoru Göhlerta a Kühna (2001), je vhodná především pro ty, kteří užívali drogy velmi dlouho, mají mnoho dalších problémů a mají nevyhovující zázemí. S klienty se řeší i jejich právní potíže, část z nich má za sebou kriminální minulost spojenou s drogami. V terapeutických komunitách klienti pod vedením terapeutů nacvičují, učí se a získávají všechny změny nutné pro život v nechráněném prostředí bez drog. Zde se o pacienty nikdo nestará tak, jako v nemocnici. Přebírají zde větší část zprávy a prací v domě sami. Organizují nákupy, uklízí, čistí a vaří. Diskutují o využití volného času a dosahují tak snad poprvé v životě pocitu rodinné sounáležitosti a společenství. Společný život s ostatními lidmi tu určuje část denního programu, jako je společné jídlo a aktivity.

Terapeutické komunity pro závislosti mají i svá specifika, jak ve své práci uvádí Nešpor (2011), k nimž patří i vnitřní diferenciaci (ti, kdo jsou v komunitě déle a osvědčili se, získávají výhody, ale zvyšují se i nároky na ně). V terapeutických komunitách pro závislé bývají také jasná a důrazně prosazovaná pravidla, jejichž porušení může vést až k předčasnému ukončení léčby. Neboť jedním ze základních podmínek pro úspěšnou léčbu závislosti je přísná disciplína v chování každého klienta.

Pro setrvání v terapeutické komunitě bývá kritický začátek léčby, k největšímu počtu předčasných odchodů dle Nešpora (2011) dochází právě v tomto období. Pro setrvání může být prospěšný tlak okolí a rodiny, pestrost a zajímavost programu, zvláštní pozornost nově příchozím členům a vhodné prvky léčby, které jsou většinou dobře

akceptovány (např. relaxační techniky, arteterapie, muzikoterapie, sportovní aktivity apod.).

12.3.1 Typy terapeutických komunit

Terapeutické komunity, jak je ve své publikaci uvádí Nešpor (2011).

- **Terapeutické komunity v zařízeních poskytující střednědobou léčbu** (od několika týdnů do zhruba 4 měsíců).
- **Modifikované terapeutické komunity** pracující ve specifických podmínkách (např. ve vězení) nebo se specifickým pacienty (např. s těmi, kdo se kromě závislosti léčí pro jinou duševní nemoc).
- **Klasické terapeutické komunity** pracující podle amerických vzorů, kde trvá léčba jeden rok i déle a dělí se typicky na úvodní stádium (do 60 dnů), stádium primární léčby (2-12 měsíců) a stádium návratu do společnosti (trvá 13-24 měsíců včetně ambulantního doléčování).

12.3.2 Pro koho je určen dlouhodobí pobyt v terapeutické komunitě?

- **Pro ty, u nichž závislost dosáhla stupně závažnosti.** Lehké formy závislosti, nebo zneužívání návykových látek bez závislosti lze často léčit časově méně náročnými postupy.
- **Pro ty, kdo jsou tělesně a zejména duševně schopní takový pobyt zvládnout.** To většinou nebývají lidé s nejtěžšími formami závislosti ani ti, kterým léčení návykové nemoci komplikuje jiná závažná duševní choroba.
- **Ti, kteří jsou ochotni takovou léčbu přijmout a dostatečně v ní setrvat.** Dobrou přípravou pro pobyt v terapeutické komunitě může být krátkodobá nebo střednědobá léčba a nebo práce s motivací (Nešpor, 2011, s. 96-97).

12.3.3 Cíl léčby v terapeutických komunitách

Změna životního stylu, kterou lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu a změnou v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích podrobně popisuje Nešpor (2011).

- Dodání síly klientům a jejich odolnost vůči dalším selháním a připravenost na každodenní „boj s chutí“.
- Změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování.
- Učení se osobní odpovědnosti za sebe, za svá rozhodnutí, za druhé.
- Získání základní sociální dovednosti, komunikační dovednosti, dovednosti řešit konflikty.
- Osvojení si pracovních a hygienických návyků.
- Změna negativního sebepojetí, přijetí sebe sama, získání reálného pohledu na sebe sama.
- Poskytování takového prostředí, ve kterém člověk jako lidská bytost může růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet sebe sama.
- Uvědomění si důležitosti svého zdraví, zlepšení a stabilizování své fyzické kondice.

12.4 Socioterapeutické kluby

„Nejstarší socioterapeutický klub u nás vznikl v roce 1948 u Apolináře v Praze. Byl součástí léčebného zařízení pro drogové závislosti a od samého počátku byl veden profesionálními terapeuty. Socioterapeutický klub při ambulantním nebo lůžkovém zařízení poskytuje léčeným pozitivní modely lidí, kteří závislost překonávají. To zvyšuje motivaci pacientů k aktivní spolupráci v léčbě. Dobře fungující socioterapeutický klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící síť sociálních vztahů u lidí, kteří se v souvislosti s překonáváním své závislosti museli rozejít s bývalými známými nebo kteří zůstal osamělí“ (Nešpor, 2011, s.109).

Primárním cílem socioterapeutického klubu, jak dále ve své práci popisuje Nešpor (Tamtéž), je pomoci účastníkům udržet si strízlivost. Socioterapeutický klub tak může do jisté míry kompenzovat negativní vliv okolí včetně reklamy škodlivých látek. Pro příznivý výsledek léčby bývá důležitá jejich délka a dlouhodobé udržování

kontaktu. Dobře fungující socioterapeutický klub může dočasně nebo i dlouhodobě nahradit chybějící nebo nedostatečnou síť sociálních vztahů u lidí, kteří se v souvislosti s překonáváním své závislosti museli rozejít s bývalými známými nebo kteří zůstali osamělí.

V neposlední řadě socioterapeutický klub, jak uvádí Nešpor (2011), zvyšuje i morálku a sebedůvěru pracovníků zařízení, kteří by se tak setkávali spíše s neúspěšnými pacienty, kteří v nesnázích vyhledávají jejich pomoc, mnohdy i opakovaně.

12.5 Rodinná terapie

Je to standardní psychoterapeutická metoda, jak popisuje ve své publikaci Hajný (2001), která vychází z myšlenky, že většinou psychické, vztahové a některé psychosomatické problémy mají své souvislosti se vztahy uvnitř rodiny. Ovlivněním některých vztahů a komunikace je pak možno přímo či nepřímo vyvolat změny a zlepšení těchto problémů. Při rodinné terapii jde obvykle o sérii setkání celé rodiny nebo důležitých členů rodiny s rodinným terapeutem. Podle zaměření terapeuta a konkrétních problémů pak terapie probíhá prostřednictvím společného hovoru, řešení problémů na místě nebo plnění navrhovaných úkolů pro jednotlivé nebo všechny členy rodiny.

V oblasti léčby závislosti se obvykle rodinná terapie využívá v rámci hospitalizace či pobytové nebo komunitní léčby. Snahou terapeuta je získat rodiče ke spolupráci, seznámit je se systémem léčby. Dále pracovat s celou rodinou na tom, jak zlepšit podmínky soužití po propuštění pacienta z léčby.

„V rodinné terapii nejde o to, hledat viníka, který způsobil problémy. Nemělo by docházet ani k tomu, že by se odpovědnost za řešení a léčbu závislosti přenášela ze závislého na rodiče, partnery nebo jiné členy rodiny. Spíše se společně hledá způsob, jak by mohl každý člen rodiny přímo či nepřímo přispět ke zvládnutí obtíží“ (Hajný, 2001, s. 106).

12.5.1 Zahájení práce s rodinou

Základem pro správné fungování rodinné terapie je, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011), aby rodina nebo některý její člen byli ochotni spolupracovat s terapeutem

a dodržovat jeho pokyny a doporučení. Na druhé straně je velmi důležité spojení terapeuta s rodinou. Toho lze dosáhnout např. osvojí-li si terapeut styl komunikace rodiny, přizpůsobí se jejím interakcím a používá podobný slovník. Takové spojení mu pak umožňuje efektivněji docílit změny.

12.5.2 Edukativní působení a nácvik

Podle Nešpora (2011) sem patří nácvik rodičovských dovedností, poradenství týkající se např. toho, že by rodiče měli trávit více svého času s problémovým dítětem nebo mu pomoci hledat vhodné zájmy a společnost.

K žádoucím rodičovským dovednostem, které lze nacvičovat, jak popisuje ve své práci Nešpor (Tamtéž), patří mimo jiné:

- Posilování vazeb jednotlivých členů na rodinu.
- Odměňování prosociálního chování pacienta a jeho úsilí o překonání návykového problému.
- Prosazování zdravých pravidel v rodině.
- Vyhybat se spouštěčům návykového chování a všemu, co by ho posilovalo.
- Zvládání rodinných konfliktů, používat způsoby, jak projevit nespokojenost, aniž by se oslabovala vzájemná vazba členů rodiny.
- Zlepšení komunikace v rodině, nejen v předávání věcných informací, ale také schopnosti sdělovat neagresivním způsobem vlastní pocity a vhodně vznášet požadavky.
- Za pomoci hraní rolí a asertivního nácviku se učí pacient i rodina zvládat situace, které dříve startovaly nebo spouštěly návykové chování.
- Zvýšit míru pozitivní pozornosti a empatie ze strany členů rodiny.
- Více sloužit dítěti jako model.

12.5.3 Jednostranná terapie

Tato terapie podle poznatků Nešpora (2011) znamená, léčbu samotného člena rodiny, který nemá návykový problém, v případě, že ten, kdo návykový problém má, léčbu odmítá. Z valné většiny se to týká manželek či partnerek závislých mužů, které se snaží rozšířit si znalosti o závislosti a osvojit si účinné strategie jak postupovat při zvládnání daného problému.

Doporučení manželkám a partnerkám závislých mužů dle Nešpora (Tamtéž)

- Uvědomit si problémy, které jim a rodině partner působ. Oč by se jim žilo lépe, kdyby žil zdravě.
- Zjistit, jaké jsou možnosti léčby, a partnera o nich informovat.
- Odměnit jeho střízlivost.
- Uvažovat o věcech, které má rád a které nejdou dohromady s braním drog, např. výlet s dětmi.
- Vytvořit si vlastní život mimo domov. Nebýt, pokud možno, na partnerovi závislá, najít si vlastní zájmy a záliby a osamostatnit se i finančně.
- Když přijde domů intoxikovaný nebo se intoxikuje doma, pokud možno si ho nevšímat.
- Učit ho aby nesl důsledky svého chování. Např. když se pozvrací nebo se znečistí, měl by se sám dát do pořádku. Výjimkou jsou situace, kdy je vážně ohroženo jeho zdraví. V tom případě volat lékaře.
- Naučit se zvládat rizikové situace. Člověk pod vlivem návykových látek může být nebezpečný sobě i druhým. Je potřeba nebezpečné situace rozpoznat a čelit jim.

„Nejvhodnější dobou k zahájení léčby je stav po nějaké nepříjemnosti, kterou si partner způsobil drogami (např. problémy v práci). Jakmile se k léčbě rozhodne, podniknout co nejrychleji kroky k zahájení léčby. Sniží se tím riziko, že si to rozmyslí“ (Nešpor, 2011, s.93).

13 STACIONÁRNÍ ODVYKÁNÍ

Tento typ léčby závislosti, jak ve své práci uvádějí Göhlert a Kühn (2001), je určen pro pacienty, kteří svou závislost nezvládají ambulantní léčbou. Úplné odstranění drogy z těla trvá maximálně tři týdny. Pobyt na klinice s odvykáním může být jen začátek. Aby se problém s drogami opravdu vyřešil, musí po stacionárním odvykání následovat dlouhodobá terapie. K tomu existují v systému pomoci drogově závislým speciální oddělení v návaznosti na psychiatrické kliniky, které nejprve poskytují tělesné odvykání podpořené medikamenty.

Velkou výhodou stacionární terapie je zejména možnost nepřetržité odborné péče v léčebném zařízení, která je potřebná u těžších tělesných nebo duševních komplikací.

Formy stacionární léčby jak se popisují ve své práci Göhlert a Kühn (Tamtéž)

- **Krátkodobý pobyt** – trvá přibližně 10 dní z důvodu překonání odvykacích potíží a zlepšení tělesného stavu (tzv. detoxikační pobyt).
- **Středně dlouhá léčba** – trvá od několika týdnů do několika měsíců (tzv. režimová léčba v lůžkovém zařízení).
- **Dlouhodobé programy** – trvají rok i déle a probíhají většinou formou terapeutické komunity.

Základem léčby je strukturovaný program. Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity psychoterapeutické (především skupinová psychoterapie), pracovní, volnočasové atd. Struktura kromě zajištění vyváženosti a stálosti komplexního programu umožňuje zpřehlednění činnosti pacienta během dne a zpřehlednění postupu léčby.

Kromě definování zmíněné struktury a pravidel nutných k udržení optimálního terapeutického prostředí specifikuje režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. Ve většině zařízení je snahou pacientovo zvládnutí struktury a režimu

objektivizovat a hodnotit, nejčastěji v podobě bodovacího systému. V rozvinuté podobě je bodovací systém souborem pravidel pro hodnocení zvládnání strukturované léčby prostřednictvím kladných a záporných bodů, jejichž důsledkem jsou různé výhody či nevýhody pro pacienta či jeho skupinu (i komunitu). V této podobě pak představuje bodovací systém jeden z nástrojů týdenního hodnocení průběhu léčby

Do střednědobé léčby jsou pacienti obvykle doporučováni ambulantními lékaři, přijetí indikovaného a motivovaného pacienta je však možné i bez lékařského doporučení. Důležitým prvkem v závěru terapie je přesný plán následné péče. Menší část pacientů odchází ze střednědobé léčby do dlouhodobých programů terapeutických komunit nebo do různých programů intermediárních (doléčovací centra s chráněným bydlením, stacionáře).

Léčebně výchovné programy stacionární léčby si každé zařízení volí individuálně dle svých možností a stanovených vnitřních pravidel, patří k nim např.:

Psaní deníku

Představuje důležitý prostředek pro komunikaci mezi pacientem a terapeutem, zde pacient má možnost zachytit své myšlenky a pocity při léčbě. Minimální délka zápisu je 12 řádků formátu A5, odevzdává se denně kromě soboty, neděle a státních svátků. Neodevzdání nebo kratší zápis je sankcionováno dle daného vnitřního řádu.

Terapeutická skupina

Je zaměřena nejen na oblast závislosti, ale také na práci s osobními tématy (konfliktní situace, řešení problémů, vztahy v rodině původní i současné), na obnovení a podporu kvalitních sociálních vztahů, podporu sebedůvěry a pomoc na cestě k plné abstinenci.

Psychoterapie

Poskytuje odbornou péči zaměřenou na podporu sebepoznání a seberozvoj klientů, hledání souvislostí, řešení a východisek z jejich akutních či dlouhodobých psychických potíží.

Autogenní trénink

Relaxační metoda, kterou si vedou sami pacienti. V libovolné a pohodlné poloze poslouchají CD se speciální nahrávkou, která má navodit pocit tíhy a tepla v těle, klidnou srdeční a dechovou činnost, pocit příjemného tepla v oblasti břicha a chladného čela. Přispívá k rychlému obnovení sil a k odstranění příznaků napětí a neklidu. Pomáhá při odstraňování nevhodných návyků a také dosahování žádoucích vlastností.

Jóga

Lidé s návykovou nemocí mají tendenci chovat se ukvapeně. Jak ve své práci uvádí Nešpor (2011), koordinace a tělesná zdatnost nebývají dobré a hrozí větší riziko úrazů a pádů. Je potřeba volit jednoduchá a snadno zvládnutelná cvičení, aby se chránilo sebevědomí klientů. Jóga je při správné volbě cviků nenáročné cvičení. Cvičení se může zařadit do komunitních nebo skupinových aktivit. Zvýší se tím pozornost a kompenzuje se tak vliv dlouhého sezení.

Účinky jógy při léčbě závislosti popisuje ve své publikaci Nešpor (2011)

- Lze tak mírnit craving (bažení) a rizikové emoce, což zlepšuje sebeovládání.
- Relaxační techniky jsou prospěšné u lidí, u nichž se objevuje nadměrný stres.
- Klidné dýchání do břicha s prodlouženým výdechem mírní stres, bažení a rizikové emoce.
- Vhodné cvičení, jestliže jsou praktikována pravidelně, pomáhají vytvářet zdravější životní styl.

Relaxační techniky, jak popisuje Nešpor (2011), představují pozitivní alternativu k návykovým látkám zejména pro ty, kdo jsou vystaveni nadměrnému stresu. Relaxace může také příznivě ovlivnit životní styl, mírnit úzkosti a deprese. V souvislosti s nácvikem a praktikováním jógových a relaxačních technik se také člověk dostává do bezpečné společnosti lidí, kteří žijí většinou poměrně zdravě. Proto jsou relaxační a jógové techniky vhodnou součástí komplexního léčebného programu.

Arteterapie

Využívá výtvarné umění jako prostředek ke komunikaci mezi terapeutem a pacientem. Pracuje se s výtvarnými technikami a materiály (přírodniny, papír, expresní malba a jiné). Pacienti kreslí na čtvrtku papíru své představy k zadaným tématům a mohou vyjádřit jakýmkoliv způsobem, barevnými skvrnami, slepenou koláží apod. své pocity. Po ukončení činností se vždy o výtvorech společně diskutuje.

Pracovní terapie-ergoterapie

Aktivní využití volného času pacientů, kteří v doprovodu terapeuta dochází do terapeutických dílen, kde probíhá nácvik ručních dovedností, manuální zručnosti, estetičnosti a trpělivosti při práci s různými materiály (např. textilem, dřevem, se sklem, hlinou nebo s proutím).

14 TECHNIKY VYUŽÍVANÉ PŘI LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Uvedené techniky, jak je ve své práci popisuje Nešpor (2011), se dají používat jak při individuální práci, tak i při práci s různě velkými skupinami.

14.1 Technika posilování motivace

Posilování motivace, jak ve své práci popisuje Nešpor (Tamtéž), lze včlenit do nejrůznějších forem terapie. Dá se s ním pracovat v malé i velké skupině, při individuální konzultaci, ale i při práci s rodinou. Bývá také velmi užitečné pacienty se změnami motivace seznámit a učit je, aby sami identifikovali, v jakém stádiu se nacházejí, i to, aby sami dokázali vlastní motivaci vhodnými způsoby posilovat.

Postup při posilování motivace

- Projevovat respekt.
- Naslouchat a komunikovat s porozuměním.
- Terapeut klade otázky, které se týkají problémů s návykovou látkou. Zajímá se také o dobré perspektivy, plány a životní cíle.
- Terapeut poskytuje pozitivní zpětnou vazbu a oceňuje pokroky v léčbě.
- Terapeut pomáhá pacientovy uvědomit si rozpor mezi tím, jak jedná a jak by chtěl jednat.
- Terapeut se s pacientem nedostává do konfliktu a respektuje okolnost, že určité obrany v určité fázi léčby není účelné konfrontovat.
- Terapeut podporuje soběstačnost a důvěru ve vlastní možnosti pacienta podílet se na změně k lepšímu. Do léčby včleňuje konkrétní kroky jak dosáhnout pozitivních životních cílů a zvyšovat soběstačnost.

- Užitečné jsou také motivační dotazníky. Jejich prospěšnost spočívá v tom, že pacientovi připomenou problémy, které mu návyková choroba způsobila a výhody toho, když ji překoná.
- Velmi významným motivačním činitelem bývá vliv rodiny a okolí (např. zaměstnavatel apod.).

14.2 Sebemotivace

Při sebemotivaci je důležité, jak uvádí Nešpor (2011), dávat si krátkodobé a dosažitelné cíle nebo dlouhodobé cíle rozložit do dílčích relativně dosažitelných kroků. Řada postupů, které se používají např. ke zvládnutí bažení, pracují s motivací (např. uvědomit si negativní důsledky recidivy, uvědomit si nepříjemné zážitky související s návykovým chováním, uvědomit si výhody abstinence a myslet na své zdraví). Sebemotivaci lze spojovat i s posilováním žádoucího chování. Tak se pacient může naučit sám sebe odměňovat po zvládnutí krize např. oblíbeným jídlem, pochvalou, pěstováním nějaké oblíbené záliby apod.

14.3 Dobré vnímání sebe i vnějšího světa

Dobré vnímání sebe i okolí je při léčbě návykových nemocí velmi důležité. Umožňuje závislému jak říká Nešpor (Tamtéž), rozpoznat blížící se nebezpečí, ať už přichází z vnitřního světa (např. v podobě bažení), nebo z venčí (např. reklama na alkoholický nápoj či jiný spouštěč). Aby mohl člověk používat některé účinné postupy k překonávání závislosti, musí nejprve vnímat, že je jejich použití v dané situaci potřebné.

Výhody dobrého vnímání sebe samého, jak popisuje Nešpor (2011) ve své knize

- Včasného rozpoznání rizikového tělesného i duševního stavu. To umožňuje na určitý stav reagovat a předejít zbytečným komplikacím.

- Sebeuvědomění zvyšuje schopnost sebeovládání.
- Vytvářejí se dobré předpoklady pro sebepoznání.
- Uspadňuje komunikaci. Kdo si své pocity uvědomuje, může o nich hovořit.

Tipy pro lepší vnímání psychiky a emocí

- Relaxační a meditační techniky.
- Jóga a jiná tělesná cvičení.
- Psychoterapie.
- Psaní deníku.
- Schopnost využívat zpětné vazby z okolí.

Výhody dobrého vnímání okolí

- Lepší sebeochrana. Schopnost vyhybat se spouštěčům a dalším rizikovým faktorům ve vnějším světě.
- Realističtější stanovování si cílů a jejich snazší dosahování.
- Lepší komunikace a lepší vztahy.
- Člověk tak spíše najde své místo ve světě.
- Větší schopnost porozumění druhým lidem, a tak nepřímě i sobě.
- Abstinence od návykových látek.

Tipy pro lepší vnímání okolí

- Nácvik vnímání verbální komunikace.
- Popis vnější situace formou denního záznamu.
- Psychoterapie, zejména skupinová, a práce v terapeutické komunitě.
- Lépe využívat informace z okolí a přistupovat k nim nepředpojatě.

- Rozvíjet dovednosti naslouchání druhým.
- Schopnost využívat různé zdroje informací.
- Vzdělávání v nejširším slova smyslu.

14.4 Dovednosti potřebné pro život

„Zdůrazňují se především v souvislosti s prevencí problémů způsobené návykovými látkami u dětí a dospívajících. Jsou ale prospěšné i při léčbě závislostí. Usnadňují abstinenci a naopak abstinence může člověka vést k tomu, hledat vhodné způsoby, jak ovlivňovat vlastní stav a efektivněji fungovat ve svém přirozeném prostředí“
(Nešpor, 2011, s. 68).

Autoregulace a sebeovlivnění

- Schopnost motivovat se ke zdravému způsobu života a vhodně se motivovat v jiných oblastech života.
- Schopnost chránit a posilovat zdravé sebevědomí.
- Dovednosti při zvládání rizikových duševních stavů (např. bažení, úzkost, deprese, hněv, nuda).
- Schopnost uvolnit se, používat vhodnou relaxační techniku, odpočívat.

Sociální dovednosti

- Schopnost čelit sociálnímu tlaku (např. odmítnout vrstevníky, starší nebo nadřízené, když nabízejí alkohol nebo návykové látky).
- Asertivní dovednosti, zdravé sebeprosazení.
- Schopnost komunikace, vyjednávání, nacházení kompromisu.
- Dovednost rozhodování se a schopnost předvídat následky určitého jednání.
- Mediální gramotnost. Schopnost čelit reklamě a dalším negativním vlivům okolí.

„Jestliže se s tímto tématem pracuje ve velké skupině, je možné se přítomných ptát, který z výše uvedeného výčtu dovedností potřebných pro život považují pro sebe za nejdůležitější. Dovednostmi, které získají nejvíce hlasů, je vhodné se ve skupině podrobněji zabývat“ (Nešpor, 2011, s. 75).

14.5 Semafor

Jedná se o poměrně jednoduchou a užitečnou techniku. Velkou výhodou je to, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011), že každý viděl semafor mnohokrát v životě a má hluboko vštípené základní schéma techniky. Kdykoliv by se dostal člověk do situace, kdy by mohl jednat v rozporu se svými zájmy, ať si vybaví dopravní semafor a nechává na něm postupně shora dolů rozsvěcet červenou, oranžovou a zelenou.

- **Červená** – stop, zastavit, uvažovat.
- **Oranžová** – jaké možnosti se nabízejí a jaké mají tyto možnosti dlouhodobé i krátkodobé následky? Výběr nejvýhodnější možnosti.
- **Zelená** – vybranou možnost uskutečnit a vyhodnotit výsledek.

14.6 Síť sociálních vztahů

Vztahy dle zpracování Nešpora (Tamtéž) rozdělujeme do následujících skupin:

- **Intimní (blízká) oblast** – lidé jsou si blízcí, bývají k sobě otevřenější, pociťují silnější citové vazby, často jde o příbuzné.
- **Okruh přátel** – lidé spojují společné zážitky, práce, koníčky, zájmy a spolupráce.
- **Okruh známých** – spíše povrchní společenské vztahy.

Ve skupině si může každý účastník nakreslit síť svých vztahů ve formě tří soustředěných kružnic (střed je on sám), kam umístí jako body další lidi (čím blíže, o to intimnější vztah se jedná). Společně se pak uvažuje o tom, jak síť sociálních vztahů rozšířit, ale i o tom, které z nich jsou rizikové a které je třeba oslabit nebo dokonce zrušit a to natrvalo.

K oslabení nebo k likvidaci nebezpečných vztahů, jak se zmiňuje Nešpor (2011), lze použít dovednosti odmítání. Je ovšem důležité navázat nebo posílit kvalitní vztahy. Dobrým vztahům pomáhá, když druhému pozorně nasloucháme, vidíme silné stránky a přednosti druhého, poskytujeme druhému radost atd.

14.7 Jak odmítnout nabízenou drogu

„Už vám někdo nabídl drogu, včetně marihuany? Pokud se tak ještě nestalo, tak taková nabídka, nejspíš od nějakého vašeho kamaráda, s vysokou pravděpodobností dříve nebo později přijde. Když nabízenou drogu chtít nebudete, můžete ji odmítnout. Dále stručně uvádíme nejpoužívanější způsoby odmítání drog (i alkoholu a tabákových cigaret). Jestli máte obecně potíže s odmítáním požadavků druhých lidí, procvičte si vybrané druhy odmítání třeba nahlas doma před zrcadlem“ (Pešek, Vondrášková a Veselý, 2008, s. 24-25).

- **Vyhněte se nebezpečné situaci**

Nechod'te na místa, kde vám může někdo nabízet drogy. Nechod'te na diskotéku, kde víte, že se prodává pervitin a extáze. Jděte raději na diskotéku, kde to není drogami zamořené.

- **Ignorujte nabídku drogy**

Když už vám někdo drogu nabízí, jednoduše a beze slova vyjádřete nezájem. Dělejte, že toho, kdo drogu nabízí, nevidíte, neslyšíte a jděte pryč.

- **Použijte gesto**

Nemusíte mluvit, stačí nesouhlasně zavrtět hlavou, odmítavě mávnout rukou, apod. Přitom se usmějte a jděte pryč.

- **Řekněte „Ne.“, „Nechci.“ nebo „Ne, díky, nechci.“**

Řekněte to jasně, zřetelně, ale zdvořile. Nic nevysvětľujte. K tomu ještě můžete použít nějaké předchozí odmítavé gesto a odejďte pryč.

- **Stručně a slušně vysvětľete, proč drogu nechcete**

Vysvětľení se používá směrem k lidem, kteří jsou vám bližší, které lépe znáte. Klidně si k vysvětľení i něco přimyslete. Např. „Ne, díky, nechci, nedělá

mi to dobře, mám určité zdravotní problémy, které by se mi po marihuaně mohly zhoršit, a to nechci.“

- **Nabídněte lepší možnost**

Takové odmítnutí použijte u lidí, na kterých vám záleží a které dobře znáte. Např. „Ne, díky, dal bych si raději džus a mohli bychom pak jít třeba do kina...“

- **Převěďte řeč jinam**

Známý vám začne nabízet drogu a vy prostě přeskočíte na jinou kolej. Např. „Ne, díky, nedám si. A vůbec, kam se chystáš v létě na prázdniny?“ nebo „Vidíš tamtu holku, to je ale kus, co?“

- **Odmítněte s odložením přijetí nabídky**

Např. „Ne, fakt si teď nedám, musím si ještě něco důležitého zařídit a potřebuji k tomu čistou hlavu.“

- **Zapněte si v hlavě porouchanou gramofonovou desku**

S úsměvem, klidným, zřetelným hlasem a pořád dokola opakujte např. „Ne, díky, nechci“. K tomu můžete připojit i nějaké vysvětlení, které rovněž znovu a znovu opakujte. Musíte to vydržet déle než ten, kdo vám pořád dokola drogu nutí.

- **Odmítněte protiútokem**

Tento způsob použijte v případě, když nabízející je až moc vtíravý a neodbytný. Např. „Ne, díky, nechci a nelíbí se mi, že mi to pořád vnucuješ!“. Potom odejděte.

- **Odmítněte jednou pro vždy**

Takové odmítnutí je vhodné směrem k lidem, se kterými se setkáváte častěji. Např. „Ne, díky nechci a už mi to prosím nikdy nenabízej, drogy nechci, umím si udělat dobře jinými způsoby.“ (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2008, s. 24-25).

15 ZASTAVENÍ RECIDIVY

„Chybou je recidivu přeceňovat. Recidiva neznamená slabou vůli. A už vůbec neznamená, že by předchozí upřímná snaha žít lépe a bez drog byla zbytečná. Až recidivu zastavíte, můžete na to dobré z předchozí abstinence navázat. Je spousta lidí, kteří se k dlouhodobé nebo k trvalé abstinenci dopracovali až po opakovaných recidivách“ (Nešpor, Müllerová, 2006, s. 33).

15.1 Havarijní plán

Toto téma lze zpracovávat i formou „Kartičky první pomoci – havarijní plán“, jak ve své práci popisuje Nešpor (2011), kam si pacient podrobně zaznamená, jak si při recidivě počínat. Přípravenost na možnost recidivy neznamená ji předpokládat nebo přivolávat. Zpracování havarijního plánu pro případ recidivy naopak pacienta motivuje k tomu, aby recidivě předcházel.

15.2 Jak sestavit havarijní plán

- Kdo může pomoci recidivu zastavit? Udělat seznam spojenců při zastavení recidivy, tedy lidi a zařízení, kteří by mohli být v tomto směru užiteční (např. rodiče, další příbuzní, pracovníci nějakého ambulantního zařízení, pracovníci lůžkového zařízení atd.).
- Jak by měli tito lidé v případě recidivy jednat, aby to bylo co nejprospěšnější?
- Jak by měli postupovat, kdyby pacient nedodržel dohodnutý postup?

Efekt porušení abstinence, dle zpracování Nešpora (Tamtéž), přináší pocity viny a beznaděje, které mohou spolu s bažením (craving) v bludném kruhu posilovat návykové chování, a tak i vyvolat další pocity viny.

15.3 Doporučené kroky při recidivě

V případě recidivy, Nešpor (2011) ve své práci doporučuje následující kroky:

- **Zastavit rychle recidivu** – k tomu pomáhá negativní motivace, např. uvědomit si nepříznivé důsledky dalšího braní drog. Zvláště důležité je požádat o pomoc další osobu (profesionální terapeut, linka telefonické pomoci, blízký člověk).
- **Recidivu zpracovat** – uvažovat o tom, v čem tato zkušenost byla užitečná.
- **Po zvládnutí recidivy** – po určitou dobu je správné pronikavě zvýšit intenzitu léčeni.

„Přiznání si problému už je krok k jeho vyřešení. Bažení nepovažujte za projev svobodné vůle. Je to pouze projev závislosti, kterou je třeba léčit. Závislý si musí uvědomovat, že krátce po zvládnutí recidivy a při bažení je oslabena jejich paměť a soustředění, a tomu je potřeba přizpůsobit životní styl a nároky na sebe“ (Nešpor, 2011, s. 150).

16 KOLIK LIDÍ SE VYLÉČÍ Z DROGOVÉ ZÁVISLOSTI?

Když dříve závislý člověk začne zcela abstinovat, jak popisují ve své práci Pešek a kol. (2008), tak není nikdy zcela vyléčený, dalo by se říci, stává se z něj *abstinující toxikoman*. Takový člověk s chutěmi na drogu musí bojovat někdy až do konce svého života a po zbytek života je také ohrožen recidivou. Ale i částečně vyléčený nebo také trvale léčený je člověk, který se dal do pořádku po strážce tělesné, psychické a sociální a zvýšila se také jeho kvalita života. Takový člověk se může cítit poměrně spokojeně, přitom ale nemusí zcela abstinovat, jelikož může užívat nějakou substituční (náhražkovou) látku, jako jsou např. metadon nebo buprenorfin (Subutex). Tito lidé mohou substituční látku užívat třeba nadosmrtní (podobně jako lidé nemocní cukrovkou si aplikují inzulín) a přitom mohou normálně chodit do práce, mít rodinu, být dobrými rodiči a slušnými lidmi.

Činitelé zvyšující pravděpodobnost úspěchu vyléčení se z drogové závislosti, jak je ve své práci popisují Pešek, Vondrášková a Veselý (2008).

- **Uvědomovaná vnitřní motivace k pozitivní změně**
Klient se chce léčit a dobře ví proč. K dispozici máme poměrně sofistikované metody, jak míru motivace k pozitivní změně měřit.
- **Kvantita a kvalita sociální opory**
Klient má rodinu, blízké a přátele, kteří mu mohou a chtějí pomoci. Má po léčbě kde bydlet, má kde pracovat apod.
- **Délka drogové kariéry a věk, kdy klient začal užívat drogy**
Čím delší je doba užívání drog, tím je zpravidla delší i doba uzdravování.
Čím nižší je věk, kdy člověk drogy začal užívat, tím se obvykle zvyšuje i pravděpodobnost toho, že bude více poškozeno jeho zdraví a že se pak bude obtížněji zapojovat zpět do normálního, konvenčního života.
- **Preferovaná droga**
Více úspěšná je často léčba lidí závislých na pervitinu než lidí, jejichž hlavní a dlouhodobě užívanou drogou byly opiáty, např. heroin.

- **Typ a návaznost léčby**

Více zdaru slibuje komunitní léčba dlouhodobějšího rázu (např. 1 rok), postavená na více individuálním přístupu ke klientovi a na tuto léčbu systematicky navazuje následná péče čili doléčování.

Mnoho drogově závislých klientů, kteří dříve či později nastoupí do nějakého typu terapie a tuto léčbu ukončí, jak se ve své práci zmiňují, Pešek a kol. (2008), má velkou a reálnou šanci, že další svůj život prožijí naprosto plnohodnotně. Ovšem s jednou ale dost podstatnou podmínkou, že musí již natrvalo po zbytek života abstinovat od drog.

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny kazuistiky tří pacientů, kteří podleli fenoménu drog a rozhodli se pro dlouhou a nelehkou cestu léčby a odvykání. Cílem praktické části je, jednak poukázat prostřednictvím anamnestických rozhovorů s danými pacienty na potřebu zvýšení drogové prevence v rodině i ve společnosti. Dále pak zjistit, jak velký podíl na udržení abstinence mají výchovně léčebné metody užívané při léčbě závislosti a doléčovací programy. První kazuistika bude věnována pacientovi, který podstupuje léčbu úplně poprvé a jak sám uvádí, je přesvědčen, že bude úspěšná. Druhá kazuistika popisuje pacienta, který svou první léčbu předčasně ukončil, přišla recidiva a právě podstupuje svůj druhý pokus o zvládnutí závislosti. Třetí kazuistika je věnována pacientovi, který právě absolvuje svou šestou léčbu a dle jeho slov, pevně věří, že je poslední.

Anamnestické údaje pro zpracování kazuistik byly získány jednak z dostupné zdravotní a ošetrovatelské dokumentace, a jednak z anamnestického rozhovoru se samotnými pacienty. Všichni zúčastnění pacienti byli seznámeni s účelem zpracování jejich anamnestických údajů a souhlasili s tím, aby vytvořené kazuistiky byly použity v této bakalářské práci.

Na začátku každého rozhovoru byla pro uvolnění navozena přátelská atmosféra v příjemném prostředí kanceláře. Úvodem bylo vždy pacientům položeno několik otázek a postupně se každý sám rozpovídal. Všichni tři oslovení pacienti vyprávěli jen to, co oni sami chtěli, proto není jisté, zda něco zatajili, zkreslili či záměrně vynechali.

17 KAZUISTIKA č. 1

Pan Petr 19 let. Tři roky pravidelně užíval marihuanu a pervitin. První léčení závislosti.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka – 45 let, zdravá s ničím se neléčí, vystudovala SPgŠ obor český jazyk a matematika. Stále pracuje v oboru. Má dva sourozence, oba zdraví.

Otec – 49 let, vystudoval SPŠ elektrotechnickou, pracovně aktivní v řídicí funkci. Asi 5 let se léčí s vysokým TK, jiné nemoci neuvádí.

Bratr – prvorozený syn, 24 let, vystudoval, SPŠ stavební, pracuje ve stavební firmě, je zdravý s ničím se neléčí, v dětství bez větších výchovných problémů. Pro neustálé neshody v rodině ve 20 let odešel z domu a nyní bydlí v podnájmu se svou přítelkyní. S bratrem si pro názorové rozdíly zejména v pubertě moc nerozuměl, v současné době se nestýkají.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Petr se narodil před 19 lety jako druhorozený syn svých rodičů v malé vesničce v Severních Čechách. Když mu byli 2 roky, přestěhoval se s rodiči do hlavního města, kde žije do dnes. ZŠ absolvoval bez větších problémů, po celou školní docházku patřil k těm lepším žákům ve třídě. Se spolužáky vycházel dobře, ve třídě byl pro svou přátelskou povahu oblíben. Po celou dobu ZŠ neměl pan Petr žádné vážnější výchovné problémy. Během dětství vážně nestonal, pouze běžné dětské nemoci. Na otázku zda se v dětství setkal s protidrogovou prevencí, odpověděl, že v osmé třídě absolvoval jednu přednášku o drogách. V rodině se o drogách v průběhu jeho dětství moc nemluvalo. Pamatuje si, že pouze několikrát a to v souvislosti s právě vysílaným pořadem v televizi, jeho matka mluvila o zneužívání drog. Intenzivněji o drogách rodiče s panem Petrem hovořili až tehdy, když pojali podezření, že má problémy s drogami on sám. Po ZŠ začal pan Petr studovat SPŠS obor architektura, kterou již ovšem

nedokončil. Pan Petr se brzy po nástupu do školy seznámil s několika přáteli, kteří již měli za sebou první zkušenosti s návykovými látkami. Následovalo období bujarých večírků, kde poprvé pan Petr přišel do kontaktu s drogami. K takovým večírkům neodmyslitelně patřilo kouření marihuany a nekontrolované množství vypitého alkoholu. Nebyl zde ani velký problém sehnat zde extázi, LSD i pervitin. Vždy se tu našel někdo, kdo měl patřičnou dávku některé drogy k dispozici i pro ostatní. Stejně jako pan Petr, tak i jeho noví kamarádi pocházeli z dobře situovaných rodin, proto nikdy nebyl problém sehnat dostatečný obnos peněz k získání potřebné drogy. Rodiče pana Petra byli příliš pracovně vytíženi, než aby postřehli, že se v jeho chování něco děje a co by bylo zapotřebí neprodleně řešit. Svůj čas a pozornost, kterou panu Petrovi nevěnovali, pochopitelně vynahrazovali pravidelným vysokým kapesným. Čím dál více svého času trávil pan Petr místo ve škole se svými kamarády po různých klubech, kde se postupně seznamoval i s jinými druhy drog. Postupem času zůstal u celkem pravidelného kouření marihuany a občasných víkendových dávek pervitinu. Pan Petr si z kraje nepřipouštěl svou závislost na marihuaně ani na pervitinu, jak sám uvádí, bral to pouze jako zpestření svého celkem nudného života. On sám byl stále přesvědčen, že když bude chtít, může kdykoliv skončit. Bezstarostný život netrval dlouho. První problém nastal, když přišlo rodičům oznámení o podmíněčném vyloučení pana Petra ze školy, pro dlouho trvající neomluvenou absenci a neustálého hrubého porušování školního řádu. To byl první impulz, kdy si rodiče pana Petra asi konečně uvědomili, že s jejich synem není vše v pořádku. Pro pana Petra nastalo období pochopitelných zákazů, zamezení financí a pravidelných kontrol školní docházky. Touto dobou dle jeho slov se asi nejvíce začalo doma mluvit o drogách a jejich škodlivých účincích. Ale zatím jeho rodiče nevyhledávali odbornou pomoc, snažili se celou situaci vyřešit a zvládnout sami. Určitou dobu se pan Petr opravdu snažil, aby jeho rodiče byli spokojeni, ale vliv party a nyní už i nezvladatelná touha po droze byla přeci jenom silnější. Vzhledem omezení financí od rodičů bylo nyní podstatně náročnější sehnat peníze na potřebnou dávku. Když docházelo kapesné od rodičů, začal pan Petr postupně rozprodávat své osobní věci a co hůře, nakonec i věci, které odnesl z bytu rodičů, samozřejmě bez jejich vědomí. V pololetí třetího ročníku odešel bez jakéhokoliv oznámení rodičům ze školy. Tři měsíce se potloukal s partou po městě, než se rodiče pana Petra dověděli o jeho odchodu ze školy. Rodiče se ze všech sil

snažili dostat syna opět do školy, aby alespoň dokončil studium. Za nedlouho ale sami poznali, že jeho závislost na pervitinu je již tak vážná, že to on sám ani s jejich pomocí nemůže zvládnout. Vzhledem tomu, že pan Petr měl stále ještě dobrý vztah se svými rodiči, byl ochoten vyslechnout jejich prosby a navštívit poradnu pro drogově závislé. Po několika sezení s odborníkem na drogovou závislost, uznal vážnost své situace a podstoupil tříměsíční léčbu své závislosti v PL. Již má pan Petr za sebou dva měsíce léčby. Snaží se na radu terapeutů oprostít od bývalých přátel a dosavadního života. Spolu s rodiči absolvuje rodinnou terapii, která pomáhá jak jemu, tak jeho rodičům zvládat nelehkou léčbu jeho závislosti. Snaží se absolvovat všechny nabízené léčebné programy, které jsou zde nabízené. Některé mu vyhovují více a některé zase méně ale věří, že jsou voleny tak, aby mu pomohli jeho závislost zvládnout. Pan Petr si nejvíce oblíbil relaxační techniky, kde se může uvolnit a odpočinout od občasného stresu a napětí. Léčbu chce pan Petr rozhodně dokončit a jeho cílem je abstinence a zdárného dokončení studia.

PROGNÓZA

Vzhledem k celkem krátké drogové historii pana Petra je poměrně velká šance na úspěšné dokončení jeho léčby a znovu zařazení do společnosti. Velmi důležité pro něj je, že má stále velkou podporu ze strany svých rodičů, kteří mu nepřestali věřit a stále mu poskytují pevné rodinné zázemí. Také je pro jeho úspěšnou léčbu určitě velmi důležité to, že se rodiče podílejí na jeho léčbě a absolvují s ním rodinnou terapii. Což je důležité nejen pro dané období, ale hlavně pro jejich další soužití mimo léčebnu. Pan Petr bude potřebovat sílu a velmi pevnou vůli k tomu, aby dokázal odolat všem nástrahám, co život v nechráněné prostředí, stále přináší. Je důležité, aby si vytvořil nový okruh svých přátel a známých, určil si nové životní priority a cíle, prostě novou životní cestu bez drog a závislosti.

18 KAZUISTIKA č. 2

Pan Michal 21 let. Šest let užíval pervitin a tři roky heroin. Druhá léčba závislost.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka – 48 let, pochází z dělnické rodiny, má ještě další dva mladší sourozence, kteří jsou oba zdraví. Je vyučená kuchařka, v oboru pracovala do svých 42 let, v současné době v ID (schizofrenie). Jiná onemocnění neuvedena.

Otec – 52 let, také pochází z dělnické rodiny, jedináček, vyučen zahradníkem. V současné době bez stálého zaměstnání, veden na ÚP. Před 10 lety otec absolvoval léčbu závislosti na alkoholu. Léčba dokončena, ale bez většího úspěchu, alkohol pije i nadále. Léčen s vysokým TK. Otec od rodiny odešel, když panu Michalovi bylo 10 let. Kontakt se svými syny otec neudrhuje.

Bratr – prvorozený syn, 28 let, vyučen zedníkem, pracuje ve stavební firmě, je zdrav, s ničím se neléčí, v dětství bez větších výchovných problémů. Pro neustálé neshody v rodině ve 20 letech odešel z domu a nyní bydlí sám v podnájmu. S bratrem se stýká jen velmi málo.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Michal 21 let se narodil jako druhorozený syn svých rodičů v hlavním městě. Absolvoval základní školu, kterou ukončil devátou třídou s podprůměrným prospěchem. Po celou dobu školní docházky byl spíše podprůměrným žákem. Škola ho moc nebavila, požadavky školy posuzuje zpětně jako zbytečně náročné. V třídním kolektivu pro svou veselou povahu byl dle vlastních slov oblíben. Nikdy neměl žádného vyhraněného koníčka a nenavštěvoval zájmové kroužky. Nejraději jen tak běhal s rukama po městě. V dětství nijak vážně nestonal, prodělal jen běžné dětské nemoci. Během absolvování základní školy, ani na učilišti si pan Michal nepamatuje, že by se účastnil jakékoli přednášky o zneužívání návykových látek. Doma s matkou a nevlastním otcem moc nekomunikoval, pamatuje si pouze na příkazy a zákazy

ohledně kouření cigaret. Pan Michal žil v úplné rodině pouze do svých šesti let. Na tuto dobu pan Michal vzpomíná jen velmi nerad. Bylo to období plné hádek a neshod mezi rodiči, které pramenily z časté opilosti otce. Po rozvodu rodičů byl soudně svěřen do péče matky. Matka si za krátko našla nového druha, který se snažil s výchovou pana Michala pomáhat. V 10 letech byl pro své neustálé výchovné problémy a nevladatelnou hyperaktivní povahu umístěn do diagnostického ústavu a po 2 měsících byl přemístěn do výchovného ústavu pro mládež, kde byl až do 18 let. Matka výchovu ani z pomoci svého přítele nevládala. Pan Michal řádně nedodržoval docházku základní školy a již bylo u něj zjištěno první užívání omamných látek. Prvním kontaktem s drogou pro něj byla zkušenost s čicháním toluenu. Toluenu zneužíval přibližně 1 rok. Další zkušenost s drogou měl již ve výchovném ústavu pro mladistvé. Poté se vyučil v oboru stavební práce. Střední odborné učiliště navštěvoval tři roky, nikdy však své povolání nevykonával. Stálý pracovní poměr neměl, vystřídal několik krátkodobých brigád. S první aplikací pervitinu a heroinu začíná již ve svých 15 letech. V 18 letech, po propuštění z výchovného ústavu, se vrátil ke své matce. Matka v té době žila již s jiným mužem. Po krátké době matky přítel poznal, že pan Michal bere drogy. Následně nastaly problémy s matkou. Od té doby vztahy s druhem matky pan Michal hodnotí jako velmi problémové. Pan Michal nechodil do práce, peníze na drogy sháněl různě, také je dostával občas potají od své matky. Některé drogy se daly sehnat občas i zdarma, jiné také velmi levně, ale nebyla to asi žádná kvalita. Když měl velký nedostatek peněz, začal si půjčovat od kamarádů a známých. Matka za krátký čas podlehla naléhání svého přítele a pana Michala vystěhovala z bytu. Ze dne na den zůstal pan Michal na ulici bez střechy nad hlavou, bez prostředků a jakékoli budoucnosti. Neměl ani na jídlo, ale co ho trápilo mnohem víc, neměl už ani na potřebnou drogu. Pod tíhou okolností se rozhodl pro léčbu své závislosti s nadějí, že se tím vyřeší všechny jeho dosavadní problémy. Nastoupil tříměsíční odvykací léčbu na oddělení Detoxu v PL. První pokus zbavit se závislosti se panu Michalovi nezdařil. Po měsíci na vlastní žádost předčasně ukončil léčení s tím, že svou závislost má pod kontrolou a již to zvládne sám bez cizí pomoci. I přes mnohá doporučení se neúčastní ani žádného doléčovacího programu, nechodí do protidrogové poradny. Pan Michal se vrátil ke své matce a k jejímu příteli. Snažil se najít nějaké zaměstnání, to byl ovšem s jeho drogovou minulostí velký problém.

Na krátkou dobu si pan Michal našel brigádu ve stavební firmě. Po roce z důvodu přibývajících absence a neustálých konfliktů na pracovišti, byla brigáda ukončena. Pan Michal měl pocit, že mu v práci nikdo nerozumí a není dostatečně doceněn. Do té doby, než opět zůstal bez práce, drogy víceméně nebral, byl čistý a věřil, že už je to za ním. Ale pak přišel opět nezvladatelný stres, pocity beznaděje, další hádky s matkou a jejím přítelem. Pan Michal začal své problémy opět řešit drogou. Vyhledal své bývalé kamarády, kteří vždycky měli nějakou tu drogu po ruce, a kolotoč závislosti začal nanovo. Odchod z domu byl asi nevyhnutelný, dříve nebo později by ho matka prý sama stejně opět vyhnala. Pan Michal neměl kam jít, jeho bratr s ním kvůli jeho závislosti nekomunikoval a nikoho jiného blízkého ke komu by mohl jít, neměl. Asi dva měsíce se potloukal po městě, spal v parku, občas i na nádraží. Bylo tou dobou léto, tak to nebyl problém. Větší problém mu dělalo sehnat dostatek finančních prostředků na drogu. Začal si půjčovat od všech, koho třeba jen trochu znal. Nějakou dobu to vydrželo, než lidé okolo něj poznali, na co si vlastně peníze půjčuje, a že je už asi pravděpodobně nikdy nevrátí. Pan Michal zkoušel kontaktovat i matku o půjčku, ale ta kategoricky odmítla s prosbou, ať se jde opět léčit. To ovšem zase kategoricky odmítl on. Pan Michal se protloukal, jak se dalo, někdy bylo dobře jindy zase hůř. Ovšem špatných dnů pomalu přibývalo a dnů, kdy nepotřeboval svou dávku, rapidně ubývalo. Drogu pan Michal již potřeboval čím dál častěji a také pochopitelně mnohem silnější dávku. Když nastalo období, že nedokázal bez drogy vůbec fungovat, tak se v něm něco zlomilo a rozhodl se pro druhý pokus léčení své závislosti. Nebylo to pro něj vůbec lehké rozhodování. Pan Michal vyhledal jako první kontaktní centrum a požádal o pomoc. Zde mu po vyslechnutí celého problému byla doporučena jako prvotní detoxikace v PL. V současné době je to již téměř dva měsíce co se pan Michal snaží zbavit své závislosti na pervitinu a stále není přesvědčen, že je z toho venku. Ochotně absolvuje všechny možné terapie, které jsou v rámci léčení dostupné a snaží se, aby později zvládl život mimo léčebnu již bez své závislosti. V neposlední řadě by rád znovu získal důvěru své matky, která tou dobou žije již sama a mohl se vrátit opět domu, alespoň na počáteční krátkou dobu, než se postaví na vlastní nohy. Jeho matka svolila s rodinnou terapií a snaží se panu Michalovi s jeho problémem pomoci, ale zatím se oba učí jak spolu komunikovat. Věří, že se to časem zlepší a s pomocí terapie najdou opět společnou řeč. Nejvíce mu při jeho léčbě pomáhá

individuální terapie, kde si může promluvit o svých problémech s terapeutem mezi čtyřma očima. Jak sám říká, nejtěžší pro pana Michala je dodržování přísného režimu na oddělení, s čímž měl problémy již v dětství. Snaží se to zvládat, protože je přesvědčen, že to má velký vliv na jeho úspěšné vyléčení.

PROGNÓZA

Vzhledem k dlouholeté pestré a ne zrovna pozitivní minulosti pana Michala, bude velmi obtížná jeho opětná resocializace. Bude muset vyvinout opravdu velké úsilí, snahu a hlavně ukázat pevnou vůli, aby si znovu získal ztracenou důvěru nejen svých blízkých, ale i společnosti. Také aby odolal nástrahám, které ho v běžném životě čekají a to doslova na každém jeho kroku. V první řadě pan Michal musí přehodnotit celý svůj dosavadní život, určit si své nové životní priority a stanovit si pouze krátkodobé cíle, kterých bude postupně dosahovat a tím se pomalu krok po kroku zapojovat do běžného života. Je potřeba zcela se odříznout od předchozího způsobu života. Již natrvalo se vyhýbat známým místům a hlavně lidem, které by mu mohli připomínat jeho minulý život s drogou. Pan Michal bude muset i po propuštění z léčebny ještě po určitou dobu navštěvovat doléčovací programy určené pro drogově závislé a stále udržovat kontakt s institucemi, které se zabývají drogovou problematikou. Bude ale potřebovat pomoc i ze strany své rodiny, což znamená znovuoobnovení vzájemných vztahů mezi jednotlivými členy rodiny.

Snaha pana Michala vyléčit se ze své závislosti a začlenit se do společnosti, může být úspěšná pouze tehdy, pokud bude opravdu chtít jen on sám.

19 KAZUISTIKA č. 3

Pan Pavel 28 let. Dvanáct let závislí na pervitinu, střídavě LSD. Šesté léčení.

RODINNÁ ANAMNÉZA

Matka – 50 let, zdravá bez závažného onemocnění, vyučená v oboru cukrářka, v současné době pracuje jako pokladní v potravinách. Na psychiatrii se nikdy neléčila.

Otec – 55 let, vyučen truhlářem, před 5 lety prodělal IM a nyní již 4 roky v plném ID. Dlouhodobě závislí na alkoholu, nikdy se neléčil.

Sestra – 32 let, zdravá s ničím se neléčí, vystudovala SZŠ obor všeobecná sestra, vdaná, má 2 děti. V současné době se stýkají jen minimálně.

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Pavel se narodil před 28 lety, jako druhorozené dítě. Dětství prožil celkem spokojeně v malé vesničce v podkrkonoší. V dětství nijak vážně nestonal, prodělal pouze běžné dětské nemoci. Základní školu absolvoval s průměrnými známkami, bez větších výchovných problémů. Pan Pavel byl velice sportovně aktivní se spoustou koníčků a kamarádů. Během základní školy v rámci výuky absolvoval několik přednášek o protidrogové prevenci. Tou dobou se mu to zdálo spíše zábavné, než poučné a odstrašující. S rodiči během dětství vycházel dobře, nic mu zbytečně nezakazovali, ani ho fyzicky netrestali. O drogách se doma moc nemluvalo, spíše o alkoholu a to pouze v souvislosti s otcovou závislostí na něj. Po ukončení základní školy se pan Pavel učí v oboru kuchař číšník a začíná bydlet na internátě. Těžké začátky na škole, nové lidi a nedostatečný internátní režim pan Pavel nezvládá zrovna moc dobře. Půl roku bojuje s učením a stále nemůže najít způsob, jak se včlenit do kolektivu.

Od neutěšené situace ve škole se začínají odvíjet první výchovné problémy pana Pavla. Začíná se místo školy toulat po městě, nachází si nové kamarády mimo okruh svých spolužáků a začíná s nimi navštěvovat restaurační zařízení. S novým způsobem života je spojena zvýšená míra pití alkoholu a kouření. Tou dobou se pan Pavel také poprvé dostává do styku s marihuanou, která se po krátkém čase stává jeho každodenní potřebou. Pro neukončenou klasifikaci a mnoha hodinovou absenci je na konci prvního ročníku pan Pavel podmíněčně vyloučen ze školy. S velkým úsilím rodičů se mu podařilo po prázdninách doplnit chybějící klasifikaci a nastoupit do druhého ročníku. Po měsíci ale školu bez vědomí rodičů opouští natrvalo. Opět se toulá s partou po městě, bydlí střídavě po kamarádech, k rodičům si chodí půjčovat pouze peníze, aby měl na jídlo a hlavně na drogy, které se rozšířili o pervitin a LSD. Když panu Pavlovi přestali rodiče peníze půjčovat, začal si je shánět po známých. Asi po 3/4 roce, kdy ho rodiče neustále žádali, aby se šel léčit, že ho pak vezmou zpět domů, svolil a vyhledal pomoc. Panu Pavlovi bylo teprve necelých 18 let, když nastupoval na svou první léčbu závislosti. Tříměsíční pobyt v léčebně zvládl celkem dobře, ovšem doléčovacích skupin se již neúčastnil. Vrátil se na čas k rodičům a snažil se najít práci, což se základním vzděláním, nebylo vůbec jednoduché. Nadále se stýkal s bývalou partou, a tak netrvalo dlouho a začal opět brát pervitin. Nějaký čas to před rodiči dokázal utajit, ale dlouho to nešlo, peníze docházeli čím dál častěji. Když se rodičům začali ztrácet doma peníze, celkem brzy vytušili, co se děje a kam jejich peníze jdou. Prosby, žádosti ani výhrůžky rodičů nepomáhali, a tak opět následovalo vystěhování pana Pavla z bytu rodičů. Asi dva roky pan Pavel bydlel u kamaráda v podnájmu. Střídal různá chvilková zaměstnání, aby si vydělal na živobytí a na hlavně na drogy. Ovšem peněz bylo stále méně a méně, proto si opět začal půjčovat. Přibližně po dvou letech pochopil, že to takto dál nejde a snažil se kontaktovat rodiče. Rodiče pana Pavla odmítli s tím, pokud se opět nepůjde léčit, nechtějí s ním mít nic společného. Druhý pokus o zbavení závislosti tak, jak by si rodiče asi přáli. Po měsíci pan Pavel opouští léčebnu a pokračuje v dosavadním životě. Takto se vše střídavě opakuje několik let. Nikdy pan Pavel nedokázal abstinovat po absolvování léčení déle jak půl roku, vždy se k drogám vrátil a vše se opakovalo zase dokola. V současné době pan Pavel podstupuje svou v pořadí již šestou léčbu závislosti. Je bez vzdělání a tím i bez stálého zaměstnání a co víc, i bez potřebné podpory rodiny. Pro rodinnou terapii nedali rodiče

prozatím souhlas, ještě nenašli dost sil začít věřit, že se pan Pavel chce opravdu vyléčit a začít žít normální život bez drog. Nejvíce panu Pavlovi pomáhá psaní deníku, kde může popisovat své každodenní pocity, nálady a také úspěchy. Jak sám říká, hodně mu dává i setkávání anonymních toxikomanů, kde vyslechl už mnoho podobných příběhů, jako je ten jeho. Dle svých slov chce pan Pavel léčení opravdu dokončit a nastoupit do komunity, kde by rád léčení konečně dotáhl do zdárného konce. Rád by tím přesvědčil své rodiče, že to s léčbou myslí opravdu vážně a získal si tím opět jejich již dávno ztracenou důvěru.

PROGNÓZA

Vzhledem dlouholeté drogové minulosti a zatím několika neúspěšným pokusům o vyléčení své závislosti, má pan Pavel před sebou opravdu velmi dlouhou a těžkou cestu k dosažení vytoužené abstinence. Pan Pavel bude muset vynaložit nesmírně velké úsilí, najít v sobě dostatek pevné vůle a potřebné sebezapření, aby svou abstinenci zvládl a hlavně trvale udržel. Je potřeba, aby od základu změnil svůj dosavadní způsob života. V první řadě si musí sám uvědomit, čeho chce v životě dosáhnout a přehodnotit tak svůj dosavadní žebříček hodnot, stanovil si nové životní priority, kterých se bude držet. Určitě šanci na úplné uzdravení pan Pavel ještě má, ale bude to mít opravdu velmi těžké, aby docílil a hlavně si udržel trvalou abstinenci.

20 VYHODNOCENÍ KAZUISTIK

Životní příběhy oslovených pacientů byly velice působivé a chvílemi až silně emotivní. Jejich vyprávění nutí člověka, přesněji řečeno rodiče, k zamyšlení, zda pro výchovu svého dítěte dělá maximum. A pokud ano, tak jestli to maximum je zrovna to správné, co právě dítě v určitém věku potřebuje.

Z informací získaných od oslovených pacientů se dá jednoznačně říci, že v prvních dvou případech primární protidrogová prevence zcela chyběla a to jak ze strany společnosti (školy), tak ale i ze strany rodiny. V třetím případě byly učiněny určité kroky v oblasti prevence, ovšem jak se později ukázalo, i tato prevence se ukázala jako zcela nedostatečná a neúčinná. V prvé řadě a to ve všech třech případech zcela evidentně selhala výchova v rodině. Dalo by se říci, že zde rodiče nevěnovali výchově dostatek času a patřičné pozornosti. Prevence v rodině, která by měla být v průběhu dětství a hlavně v období puberty prvořadá, byla u všech třech pacientů zcela opomenuta, což se následně projevilo asociálním chováním v dospívání.

K používaným léčebným metodám se oslovení pacienti vyjadřují celkem pozitivně. Samozřejmě, že je to zcela individuální. Každému pacientovi vyhovuje jiná metoda léčení a jiný přístup. První z oslovených pacientů např. upřednostňuje relaxační techniky na uvolnění a skupinovou terapii, kde může své zkušenosti s drogami rozebírat s dalšími pacienty z různých úhlů pohledu. Dle jeho vlastních slov, také mu hodně pomáhá rodinná terapie. Věří, že díky terapii spolu s rodiči najdou společně řešení, jak se co nejdříve zapojit do normálního života.

Druhý pacient, který ač první léčení nezvládl tak, jak by si sám představoval, dělá maximum pro to, aby tento pokus o abstinenci byl úspěšný a tím pádem poslední. Z celé škály léčebných terapií preferuje individuální s terapeutem, kde se lépe uvolní a může otevřeně a bez ostychu hovořit o svých problémech.

Obdobně je na tom i poslední z oslovených pacientů, kterému pomáhá psaní deníku a anonymní skupiny, kde může vyslechnout problémy ale zároveň i úspěchy druhých.

Úspěšnost používaných výchovně léčebných metod ukáže až čas, kdy budou tito pacienti konfrontováni s běžnými problémy všedního života.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo, vytvořit srozumitelný text, jenž by umožnil každému člověku, který se příliš neorientuje v drogové problematice, seznámit se s fenoménem drogových závislostí. Dále pak poukázat na jednotlivé možnosti léčby a zároveň na jednotlivé metody, které se při léčbě závislostí dnes používají. A tomu, kdo se již v této oblasti více či méně orientuje, může tato práce pomoci prohloubit a rozšířit si své dosavadní poznatky.

Pro snadnější porozumění celého textu je úvod věnován vymezení několika základních pojmů, které se bezprostředně dotýkají drogové závislosti, jakož i základnímu rozdělení drog zneužívaných v naší společnosti.

Velký prostor je věnován také drogové prevenci, která by měla začínat již od raného dětství a to především v rodině, čímž by se mohlo zabránit či alespoň odradit od prvního experimentování s drogami. Nemalou úlohu v primární prevenci by měla zaujímat také škola, neboť zejména mladí lidé v průběhu puberty a adolescence, jsou nejvíce ohroženou skupinou v dané problematice. Největší měrou na protidrogové prevenci by se měl bez pochyby podílet stát sám. Kolik a kam nejvíce investovala vláda finance ze státního rozpočtu v oblasti prevence ke snížení, nebo zabránění zneužívání návykových látek v roce 2011 je popsáno v kapitole „Protidrogová politika“.

V případě, že už se kdokoli dostane do kontaktu s návykovými látkami a není schopen sám bez cizí pomoci tento problém vyřešit, je v kapitole „Léčba závislosti“ rozpracován postup, jak a kde je možné požádat o radu či přímo o pomoc. Jsou zde uvedeny jednotlivé možnosti léčby drogové závislosti, dle individuálních potřeb, možností každého pacienta a stupně závislosti.

V posledních kapitolách teoretické části bakalářské práce jsou podrobně popsány způsoby a metody používané při léčbě drogové závislosti a zároveň metodické rady jak zvládnout a hlavně pak udržet si dosaženou abstinenci. Uvedené metody jsou užívané jak při ambulantní, tak i stacionární léčbě závislostí. Pro pacienty, kteří se chtějí pokusit překonat svou závislost sami, jsou určeny léčebné metody

podrobně popsané ve svépomocných příručkách, které jsou také, jako jedna z možností léčby, pacientům nabízeny.

V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny tři kazuistiky pacientů, kteří se snaží popsanými metodami zbavit své závislosti na omamných látkách. Cílem praktické práce bylo, prostřednictvím anamnestických rozhovorů s danými pacienty zjistit, zda se setkali s protidrogovou prevencí před tím, než oni sami začali mít problémy s drogami. Dále pak, jak se podílí rodina na jejich snaze vyléčit svou závislost. V neposlední řadě, účinnost používaných výchovně léčebných metod, které se při léčbě závislostí dnes používají.

Informace získané v rámci rozhovorů s jednotlivými pacienty, byli zpracované do tří kazuistik a s jejich souhlasem použity pro tuto bakalářskou práci. Jednotlivé příběhy byli velice zajímavé a pro mnohé určitě i poučné. Ve výsledku měli všechny tři kazuistiky jedno společné, nebyl zde dostatečně kladen důraz na prevenci a důslednou výchovu. Léčebné metody, které pacienti využívají při léčbě své závislosti, jsou při jejich dostatečném zvládnutí určitě použitelné pro život v nechráněném prostředí.

Poznatky, které vzešly z teoretické i z praktické části této bakalářské práce, mohou sloužit jako metodická pomůcka pro rodiče, vychovatele i učitele, při jejich snaze o úspěšnou výchovu dospívající mládeže. Do značné míry může být tato práce využitelná těmi, kterých se drogová problematika již bezprostředně dotýká. Jedinci, kteří se rozhodli řešit svůj problém se závislostí, zde mohou nalézt jednotlivé kroky k dosažení a trvalého udržení absolutní abstinence.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. Postgraduální medicína, 2000, 2 ročník.
- GANERI, A. *Drogy od extáze k agonii*. 1. vyd. Praha: Amulet, 2001. ISBN 80-86299-70-8.
- GÖHLER, F. CH. a F. KÜHN. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
- HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a spol., 2001. ISBN 80-247-0135-9.
- ILLES, T. *Děti a drogy*. 2. upravené vyd. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-85866-50-1.
- KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- MARHOUNOVÁ, J. a K. NEŠPOR. *Alkoholici, feřáci a gambleři*. 1. vyd. Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9-8.
- MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-067-4.
- NEŠPOR, K. *Návykové chovny a závislosti*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- NEŠPOR, K., H. PERNICOVÁ, a L. CSÉMY. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8.
- NEŠPOR, K. a L. CSÉMY. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha: Sportpropag, 1995.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X
- PEŠEK, R., A. VONDRÁŠKOVÁ, a O. VESELÝ. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati*. 2. vyd. Písek: Arkáda, 2008. ISBN 978-80-239-9405-6.
- RIESEL, P. *Lesk a bída drog, praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia, 1999. ISBN 80-7198-348-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. [online]. © 4. 12. 2012 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_r_2011_zverejnena

NEŠPOR, K. *První pomoc pro lidi s návykovými nemocemi*. [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

NEŠPOR, K. a M. MÜLLEROVÁ. *Jak přestat brát drogy*. [online]. © 2006 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam tabulek

Tabulka 1: Stručný přehled drog v ČR, jejich užití, účinky a zdravotní rizika.	16
Tabulka 2: Výměnné programy v ČR v l. 1998–2011	31

Seznam map

Mapa 1: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2011, v tis. Kč na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let.	23
Mapa 2: Počet distribuovaných jehel a stříkaček v krajích ČR v r. 2011 na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let.	32

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iveta Vokálová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Výchovně léčebné přístupy k osobám závislým na návykových látkách

Rok: 2013

Počet stran textu: 74

Počet titulů českých použitých zdrojů: 14

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.