

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Motivace nástupu substituční léčby u závislých na drogách**

bakalářská práce

Autor práce: Tereza Krišková  
Studijní program: Rehabilitace  
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie  
Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Datum odevzdání práce: 02. 05. 2014

## Abstrakt

V posledních letech je stále rozšířenější léčba drogové závislosti na opiátech formou substituční léčby. Tato bakalářská práce je zaměřena na motivaci nástupu oné substituční léčby a téma je zpracováno z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního modelu vzniku, vývoje a udržování závislosti.

Teoretická část je rozdělena na pět dílčích kapitol. V první kapitole je definován pojem droga, problémové užívání drog a dále je uvedeno stručné dělení drog.

Druhá kapitola je zaměřena na opioidy a opiáty. Zde je popsáno užití v praxi, rozdělení a také jejich somatické účinky. V krátkých podkapitolách blíže popisují látky jako opium, morfin a heroin. Třetí kapitola se zabývá bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti, čtenáři jsou zde přiblíženy jednotlivé úrovně zmiňovaného modelu. Poté následuje volný přechod k tématu motivace, kde uvádím co to motivace je a jaké činitelé v tomto procesu hrají roli. Zde jsou také zmíněny motivy a potřeby, které v tématu motivace hrají nemalou roli. V další podkapitole popisují drogovou závislost jako zdroj motivace, v ní se dále zmiňují o cravingu a třech faktorech, které vysvětlují, proč jsou návykové látky, více než jiné incentive schopny vyvolat závislost. V poslední podkapitole je blíže představen motivační trénink, a to změny motivace, jak bez podpory profesionála, tak i s podporou.

Čtvrtá kapitola se zabývá substituční léčbou jako jednou z forem lékařské péče pro závislé na opioidech. Nejprve je uvedena krátká definice a v následujících podkapitolách jsou rozebrány cíle, přičemž primárním cílem je zlepšení somatické, psychické a socioekonomické situace klienta. Následuje popis cílové skupiny čili toho, kdo má na tuto léčbu nárok a kdo o tom rozhoduje. Zmíněna je také historie substituční léčby, od prvních zmínek v České republice až po současnost.

Poslední pátá kapitola popisuje farmakologickou složku substituční léčby. Čtenáři je přiblížen metadon jako jedna z možností substitučních látek a také buprenorfin respektive přípravky Subutex<sup>®</sup> a Subuxone<sup>®</sup>, které buprenorfin obsahují.

V praktické části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky výzkumu. Cíl samotné práce spočívá ve zjištění a popisu soustavy motivů, které v souladu s bio-

psycho-socio-spirituálním modelem vzniku, vývoje a udržování závislosti vedou jedince závislé na návykových látkách k odhodlání nastoupit substituční léčbu.

Při samotném výzkumu jsem využila strategii kvalitativního výzkumu, metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru.

S ohledem na cíl a na kvalitativní strategii práce, byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu biologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 2) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu psychologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 3) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu sociální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 4) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu spirituální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Následně byl zvolen záměrný (účelový) výběr informantů přes instituce. Finální výzkumný soubor pak tvořilo osm informantů, docházejících do Substitučního centra v Českých Budějovicích.

Vlastní realizace výzkumu probíhala v Českých Budějovicích v měsíci říjnu roku 2014. Získaná data byla analyzována pomocí obsahové analýzy a roztríděna do čtyř okruhů, dle okruhů polostrukturovaného rozhovoru.

První část rozhovoru se zabývá biologickou úrovní ve spojitosti se zmiňovaným bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti. Snažila jsem se zjistit a popsat, jaké motivy vedly informanty k nástupu substituční léčby. Zaměřila jsem se na jejich zdravotní stav v období užívání heroínu.

V psychologické úrovni již uváděného bio-psycho-socio-spirituálního modelu, jsem se zaměřila na psychický stav a pocity informantů v době před nástupem na substituční léčbu. Zajímalo mě, zda informanty po této stránce něco tížilo a hledala jsem zde spojitost se samotným rozhodnutím podstoupit substituční léčbu.

Ve třetí sociální úrovni jsem se zaměřila na mnoho činitelů, které mohli informanty vést k léčbě. Byli jimi: okolí, rodina, přátelé, zaměstnání, finance, bydlení, kriminalita

organizace pro drogově závislé.

Poslední spirituální úroveň obsahuje otázku, co pro informanty spiritualita znamená a zda měla vliv i při rozhodování o substituční léčbě.

Z výsledků výzkumu celkově vyplývá, že motivy k nástupu substituční léčby vycházejí ze všech úrovní bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Z rozhovorů není však patrné, co bylo nejsilnějším motivem, neboť u každého jedince se dá mluvit o spleti motivů, které jsou v danou chvíli natolik intenzivní, že jedince vedou k činu, v tomto případě tedy k nástupu substituční léčby. Tyto motivy jsem se snažila rozpoznat a blíže popsat.

Výsledky této předkládané bakalářské práce mohou do budoucna představovat zdroj informací, nejen pro sociální pracovníky působící v oblasti kontaktních center, neboť zde práce s motivací klienta většinou začíná. Práce může zajisté posloužit také odborné i laické veřejnosti, která se zajímá o tuto oblast. Z výsledků výzkumu může pramenit také větší zájem o práci s osobami závislými na návykových látkách, na všech úrovních bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Především pak pro terapeuty substitučních center, kteří by na spiritualitě osob mohli efektivněji pracovat.

## **Abstract**

In the past years the form of substitute treatment for treatment of opiate addiction has been spread more and more. This thesis concentrates on the taking-up motivation of such treatment and the theme is dealt with from the point of bio-psycho-socio-spiritual model of origin, development and upkeep of addiction.

The theoretical part is divided into five individual chapters. In the first one, the term drug is defined, problematic drug taking is mentioned and a brief characterization of drugs is provided.

The second chapter aims at opiates and opioids. Their practical application, sorting and somatic effects are described here. Opium, morphine and heroin are closely introduced in short underchapters.

The third chapter deals with bio-psycho-socio-spiritual model of addiction, the readers are closely introduced to the individual levels of this model. Then a free switch to the theme of motivation comes and motivation as such is mentioned as well as other factors which play roles in this process together with motives and needs playing a big role in motivation. The following underchapter is called drug-addiction as the source of motivation and craving and three factors which explain why addictive materials are, more than other incentives, able to evoke addiction, are described. In the last underchapter motivation training, or the changes in motivation with as well as without the professional help, is closely introduced.

The fourth chapter deals with substitute treatment as one of the forms of medical care for the opioid addicts. Firstly, a short definition is provided and then in the following chapters the aims are looked at. The primary aim is the improvement of somatic, psychic and socioeconomic situation of a client. The target group is described in the terms of who can get such treatment and who decides about it. The history of substitute treatment is mentioned, from the first notices about this treatment in the Czech Republic up to today.

The fifth chapter describes the pharmacological component of the substitute treatment. Metadon as one of the possibilities of substitute materials is introduced to the

reader as well as buprenorfin, or rather the two pills containing buprenorfin, Subutex<sup>®</sup> a Subuxone<sup>®</sup>.

The results of my research are presented in the practical part. The aim of the thesis is to find out and describe the system of motives which lead the drug addicts to determination to undergo a substitute treatment in the harmony with the bio-psycho-socio-spiritual model of origin, development and upkeep of addiction.

The research itself used qualitative strategy, the methods of questioning and the technique of half-structured interview.

With regard to the aim and the qualitative strategy the following research questions are set:

- 1) What motives did the respondents thought important from the biological level of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction.
- 2) What motives did the respondents thought important from the psychological level of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction.
- 3) What motives did the respondents thought important from the social level of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction.
- 4) What motives did the respondents thought important from the spiritual level of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction.

Intentional (purpose-built) choice of informants was chosen through institutions. The final research group was made of eight informants coming in the Substitute center in České Budějovice.

The own realization of the research took place in České Budějovice in October 2014. The collected datas were analysed through content analysis and were sorted out into four parts according to the half-structured interview.

The first part of the interview deals with the biological level of the already mentioned bio-psycho-socio-spiritual model of addiction. I tried to find out and describe the motives of informants to start the substitute treatment.

On the psychological level of the already mentioned bio-psycho-socio-spiritual model of addiction I aimed at the psychic state and feelings of the informants before taking up the substitute treatment. I was interested in the fact if the informants had any

burden on themselves from this point of view and I tried to find connection with their decision to start the treatment.

On the third social level I aimed at many factors that could lead the informants to the treatment. They were: surrounding, family, friends, job, finance, housing, criminality and organizations for drug-addicts.

Last spiritual level contains the question what spirituality means for the informants and whether it had any influence when they were deciding about the treatment.

Generally speaking, the results show that the motives to start the substitute treatment have their origin in all the levels of the bio-psycho-socio-spiritual model of addiction. It is not unequivocally evident what the strongest motive was as with each individual we can see a mixture of motives which are so intense at the given moment that they lead the individuals into action, in this case taking up the substitute treatment. I tried to identify and closely describe those motives.

The results of this bachelor thesis can be a source of information for social workers working in contact centers because it is here where the work on client's motivation usually starts. The thesis can definitely serve to the professional or laical public interested in this field. A bigger interest of work with drug addicts on all levels of the bio-psycho-socio-spiritual model can lead from my work, especially for the therapists of substitute centers who should work on the spirituality of their clients.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 02. 05. 2014

.....  
(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za odborné vedení, ochotu a věnovaný čas.

Velké díky patří i mé rodině, přátelům a partnerovi za podporu během mého studia. Děkuji tímto také klientům Substitučního centra Prevent, kteří mi poskytli potřebné rozhovory.

# OBSAH

<b><u>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</u></b>	<b>12</b>
<b><u>ÚVOD</u></b>	<b>13</b>
<b><u>1 SOUČASNÝ STAV</u></b>	<b>15</b>
1.1 DROGA	15
1.1.1 PROBLÉMOVÉ UŽÍVÁNÍ DROG	15
1.1.2 DĚLENÍ DROG	16
1.2 OPIOIDY A OPIÁTY	16
1.2.1 OPIUM	17
1.2.2 MORFIN	18
1.2.3 HEROIN	18
1.3 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI	20
1.3.1 MOTIVACE	23
1.3.2 DROGOVÁ ZÁVISLOST JAKO ZDROJ MOTIVACE K DALŠÍMU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	25
1.3.3 PROCES ZMĚNY MOTIVACE SMĚŘUJÍCÍ K LÉČBĚ	27
1.4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA	30
1.4.1 DEFINICE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	30
1.4.2 CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	31
1.4.3 CÍLOVÁ SKUPINA	32
1.4.4 HISTORIE SUBSTITUČNÍ LÉČBY V ČESKÉ REPUBLICE	32
1.4.5 FORMY SUBSTITUČNÍ LÉČBY	33
1.5 FARMAKOLOGICKÁ SLOŽKA SUBSTITUČNÍ LÉČBY	35
1.5.1 METADON	35
1.5.2 BUPRENORFIN (SUBUTEX <sup>®</sup> , SUBUXONE <sup>®</sup> )	36
<b><u>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</u></b>	<b>38</b>
2.1 CÍL VÝZKUMU	38
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
<b><u>3 METODIKA</u></b>	<b>39</b>
3.1 STRATEGIE, METODA A TECHNIKA	39
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A JEHO VÝBĚR	39

<b>3.3</b>	<b>VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU</b>	<b>40</b>
<b>3.4</b>	<b>METODA VYHODNOCOVÁNÍ DAT</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b><u>VÝSLEDKY</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b>4.1</b>	<b>ZÁKLADNÍ ÚDAJE O INFORMANTECH</b>	<b>42</b>
<b>4.2</b>	<b>MOTIVY VYCHÁZEJÍCÍ Z BIOLOGICKÉ ÚROVNĚ BIO-PSYCHO-SOCIO- SPIRITUÁLNÍHO MODELU</b>	<b>43</b>
<b>4.3</b>	<b>MOTIVY VYCHÁZEJÍCÍ Z PSYCHOLOGICKÉ ÚROVNĚ BIO-PSYCHO-SOCIO- SPIRITUÁLNÍHO MODELU</b>	<b>45</b>
<b>4.4</b>	<b>MOTIVY VYCHÁZEJÍCÍ ZE SOCIÁLNÍ ÚROVNĚ BIO-PSYCHO-SOCIO- SPIRITUÁLNÍHO MODELU</b>	<b>46</b>
<b>4.5</b>	<b>MOTIVY VYCHÁZEJÍCÍ ZE SPIRITUÁLNÍ ÚROVNĚ BIO-PSYCHO-SOCIO- SPIRITUÁLNÍHO MODELU</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b><u>DISKUZE</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b>6</b>	<b><u>ZÁVĚR</u></b>	<b><u>65</u></b>
<b>7</b>	<b><u>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</u></b>	<b><u>67</u></b>
<b>8</b>	<b><u>KLÍČOVÁ SLOVA</u></b>	<b><u>71</u></b>
<b>9</b>	<b><u>PŘÍLOHY</u></b>	<b><u>72</u></b>

## **Seznam použitých zkratk**

AJ. - a jiný

ATD. - a tak dále

ČSFR - Česká a Slovenská Federativní Republika

EMCDDA - The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

EU - Evropská unie

HIV - Human Immunodeficiency Virus, Virus lidské imunitní nedostatečnosti

LAAM - levo- $\alpha$ -acetylmethadol

LSD - diethylamid kyseliny lysergové

PCP - fencyklidin, PeaCe Pill

TZV. - takzvaný

USA - The United States of America

## Úvod

*„ Cesta k lepšímu vede pohledem na nejhorší.“*

Thomas Hardy

Lidé již od nepaměti touží po pocitech štěstí, euforie, možná i o mimořádných zážitcích a prožitcích. Pro docílení těchto pocitů je ale třeba vynaložit určité fyzické i psychické úsilí, čas a někdy je třeba obětovat i něco víc. Někteří z nás zvolí cestu jinou, zdánlivě jednodušší, doprovázenou psychotropními látkami. Tato cesta sice zpočátku přináší rychlé uspokojení, ale bohužel si velmi rychle vybírá svou daň v podobě zničeného zdraví jak fyzického tak i psychického, rozpadajících se vztahů s rodinou a blízkými, tímto stavem trpí i duchovní a morální hodnoty jedince.

Užívání drog pak není problémem jen samotného uživatele, ale celé společnosti. Není výjimkou, že drogově závislí lidé nepracují, mohou páchat přestupky nebo dokonce trestnou činnost. Ohrožují i své okolí, zejména pohozeným použitým injekčním materiálem a podobně. Aby se toto nedělo, nebo aby se to dělo co možná nejméně, jsou zřizovány různé instituce, které mohou být drogově závislým osobám nápomocni.

Pro svou bakalářskou práci jsem si pro spolupráci zvolila jednu z těchto institucí, a to Substituční centrum Prevent v Českých Budějovicích, které poskytuje bývalým uživatelům opiátů, převážně heroinu, substituční látky, nejčastěji metadon a buprenorfin, jež nahrazují nelegální drogu. Činnost substitučního centra je zaměřena na pomoc drogově závislým, aby se zdravotně i sociálně stabilizovali.

Předkládaná práce je rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a praktickou. V teoretické části předkládám rešerši zdrojů, které souvisejí s tématem drog, které nejdříve definuji a poté se podrobněji zabývám konkrétní skupinou drog-opioidy, konkrétně opiem, morfinem a heroinem. Dále se zabývám bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti a motivací. Jako poslední v teoretické části popisují substituční léčbu, od definice přes cíle až k formě a poté zmiňuji její farmakologickou

složku. Ve farmakologické složce pak popisují nejčastěji užívanou substituční látku- metadon a buprenorfinu.

V praktické části bakalářské práce je stanoven cíl práce a výzkumné otázky. Dále je uveden proces sběru, vyhodnocování a analýzy získaných dat. Toto výzkumné šetření bylo vedeno strategií kvalitativního výzkumu. Pro techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Při výběru informantů jsem zvolila záměrný (účelový) výběr přes instituce. Data byla analyzována pomocí obsahové analýzy. Cíl práce spočíval ve zjištění a popisu soustavy motivů, které v souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem vzniku, vývoje a udržování závislosti vedli jedince závislé na návykových látkách k odhodlání nastoupit substituční léčbu.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Droga

Pojem droga se v průběhu času vyvíjel. Od prvotního významu, kdy slovo droga (pocházející z francouzštiny) znamenalo, sušené nebo jinak konzervované orgány rostlin nebo živočichů, které mají sloužit jako léčiva, až po současnou definici, například expertů Světové zdravotnické organizace (WHO), která zní: „*Droga je jakákoliv látka, která, je-li vpravena do organismu, může změnit jednu nebo více funkcí*“ (36). Rozumí se tím látky legální, jako je kofein, tabák, alkohol a další látky, tak i nelegální, například heroin, kokain a jiné (19). Legální, tak i nelegální návykové látky jsou psychotropními substancemi, které biochemicky působí na mozek a mohou vyvolat návyk, který je charakterizován jako stav periodické nebo chronické intoxikace psychotropními instancemi, jenž je vyvoláván opakovaným užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce a společnost (7).

### 1.1.1 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog definuje centrum EMCDDA jako: „*injekční užívání drog nebo dlouhodobé, či pravidelné užívání opioidů, kokainu nebo amfetaminů*“. Injekční užívání drog a užívání opioidů představují hlavní část problémového užívání drog v Evropě, přičemž je vyšší prevalence problémových uživatelů drog v městských oblastech a v marginalizovaných skupinách (4).

Drogově závislý jedinec se vyznačuje: silnou touhou nebo pocitem puzení užívat látku, zhoršeným sebeovládáním, somatickým odvykacím stavem, růstem tolerance, zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů a pokračováním v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků (16).

### 1.1.2 Dělení drog

V této části se zmíním o základním a nejčastějším dělení drog, na kterém se shodují Zábranský, Vondrášková a Veselý.

#### Podle vzniku

- **Přírodní:** (např. konopné produkty, opium, koka, psychoaktivní houby a rostliny, kterých je cca. 2500 druhů)
- **Semisyntetické:** (morfin, heroin, LSD, kokain, crack, apod.)
- **Syntetické:** (amfetaminy a jejich deriváty, opioidy, extáze, PCP (andělský prach), těkavé látky, farmaceutická anxiolytika a sedativa a mnoho dalších)

#### Podle typu psychoaktivního působení a chemického složení

- **Tlumivé látky:** (opiátová / opioidová skupina, morfin, heroin, metadon, pethidin, LAAM, buprenorfin a další opioidy, dále anxiolytika a hypnotika)
- **Stimulancia:** (amfetaminy, kokain, crack, těkavé nitráty)
- **Halucinogeny:** (konopné produkty, LSD, psilocybin, mescaline, ecstasy a další taneční drogy, těkavé látky)

#### Podle stupně společenské nebezpečnosti

- Zde se zohledňují zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika, plynoucí z užívání drog (36).

## 1.2 Opioidy a opiáty

Jelikož se v další části práce budu zabývat substituční léčbou, týkající se závislosti na opioidech a opiátech, je třeba se o těchto látkách nyní zmínit.



Látky zvané jako opioidy jsou používány převážně v lékařství, a to jako nejsilnější léky proti bolesti, ale také jako léky proti kašli. Mluvíme-li o opioidech, máme na mysli alkaloidy z rostliny máku (*Papaver somniferum*), jejich syntetická analoga a látky produkované v lidském těle (endorfiny a enkefaliny, které potlačují v organismu bolest). Alkaloidy opia a jejich semi-syntetické deriváty zahrnují tedy morfin, diacetylmorfin (diamorfin, heroin), hydromorfin, kodein a oxykodon. Mezi syntetické opioidy řadíme levorfanol, propoxyfen, fentanyl, metadon, pethidin (Dolsin, mephedrin), smíšený agonista/antagonista penthazocin a částečný agonista buprenorfin (Temgesic). Nejčastěji užívanými opioidy jsou (morfin, heroin, metadon). Ty se váží na mí-receptory, kdy po jejich užití jsou u osob patrné změny nálad od euforie až k dysforii, setřená výslovnost, horší koncentrace a paměť včetně úsudku (23).

Ze somatických účinků je patrná ospalost a možnost útlumu dýchacího centra. Tlumí také centrum pro kašel. Naopak dráždí chemorecepční zónu pro zvracení, kdy nastává riziko vdechnutí žaludečního obsahu. Účinky opioidů poznáme také díky mioze (stažení zornic) a centrálnímu snížení tělesné teploty (hypotermii). Změny nastávají i v trávicím traktu, kde se projevují těžkými zácpami. V urogenitálním systému a na kůži je typickým projevem svědění, a to i v tom případě, když uživatelé upadnou do kómatu (12).

Podskupinu opioidů tvoří opiáty. Heroin je polosyntetický opiát a vyrábí se z morfinu. Morfin je účinnou látkou opia, která se získává ze šťávy máku setého (*papaver somniferum*) (7). O uklidňujících a sny navozujících účincích máku věděli již Babyloňané před šesti tisíci lety a nazývali ho „Hul-Gil“, neboli „rostlina radosti“. Až starověcí Řekové říkali přímo šťávě z nezralého máku *opos* nebo *opion*, z čehož pochází dnešní výraz *opium* (3).

### 1.2.1 Opium

Surové opium se získává rozříznutím palic nezralého máku. Vytékající hustá tekutina v barvě mléka následně zasychá a mění se v hnědou gumovitou hmotu. Další úprava

tohoto surového opia již není třeba. Takto získané opium již lze žvýkat, polykat, anebo rozdrtit na prášek. Z literatury se můžeme dočíst, že až Kolumbus poprvé zavedl kouření opia. Aby se opium dalo kouřit, musí být hmota opakovaně vařena a následně prosívána, aby se zbavila veškerých příměsí. Teprve vzniklá černá lepková hmota se po vysušení kouří. V přírodě se vyskytuje surové opium, ale je známo ještě více než dvacet alkaloidů (látek podobným alkáliím), které také velmi silně působí na organismus živočichů (3).

### 1.2.2 Morfin

Morfin je nejdůležitějším alkaloidem opia. Název dostal od řeckého boha snů Morfea a to hlavně pro jeho utišující účinek. Poprvé byl izolován roku 1806 (3). S hromadnou výrobou morfinu začala roku 1827 firma Merck (7). Dříve se podával při těžkém a neutišitelném kašli. Nyní se morfin používá už jen výjimečně, spíše pro tlumení akutních i chronických nesnesitelných bolestí po úrazech, chirurgických operacích, infarktu myokardu. Používá se rovněž při předoperační přípravě (11).

Morfin výrazně tlumí bolest, vyvolává euforii, neboť účinkuje na limbický systém v mozku a také způsobuje celkový útlum mozku, což má za následek uklidnění až narkotický spánek (32).

### 1.2.3 Heroin

Heroin, chemicky diacetylmorfin byl syntetizován roku 1874 a roku 1898 ho začala německá firma Bayer prodávat jako lék, přičemž se tehdy lidé domnívali, že má tato látka nulové riziko vzniku závislosti (12). Toto tvrzení se postupem času vyvrátilo a dnes je již známo, že ke vzniku závislosti stačí pět až desetkrát menší dávka než u morfinu. I proto je heroinismus považován za nejtěžší formu toxikomanie (28). Naopak,

pro jeho uživatele je výhodou dobrá rozpustnost v tucích, a tím i snadnější průnik hematoencefalickou bariérou, což má za následek tzv. „flash“ čili, silnější „nájezd“ a „orgastický“ pocit na začátku intoxikace **(12)**.

Jsou popsány cesty, jak se heroin dostává do Evropy. Historicky významná je balkánská cesta, na níž se přepravuje heroin vyrobený v Afghánistánu, který dále putuje přes Pákistán, Írán a Turecko, až do dalších tranzitních nebo cílových zemí, převážně v západní a jižní Evropě. Po tzv. „hedvábné stezce“ je heroin pašován přes střední Asii do Ruska. Část tohoto heroínu je poté přepravována přes Bělorusko, Polsko a Ukrajinu do cílových míst, jako jsou zejména skandinávské země. V Evropské unii působí jako sekundární distribuční centra Nizozemsko a Belgie. Za zmínku stojí i Afrika, která je nyní hlavní tranzitní oblastí pro pašování heroínu do Evropy leteckou cestou **(4)**.

Heroin se vyskytuje buď ve formě hnědého prášku, který se lépe kouří a žhaví. Pokud má být podán nitrožilně, musí se upravit přidáním kyseliny. Druhá varianta je bílá forma heroínu, který se kouřit nedá, po rozpuštění se však může okamžitě vstříkovat do tělního oběhu, nebo se může šňupat **(4)**.

Maximální hladina heroínu v krvi se dá prokázat po jedné až dvou hodinách, přičemž účinek trvá až pět hodin. To neplatí v případě jiné než nitrožilní aplikace heroínu, neboť poté se vstřebávání heroínu zpomaluje. S opakovanou aplikací heroínu se zvyšuje i tolerance a uživatel potřebuje ke stejnému prožitku stále více drogy. Čímž se z počáteční dávky pod sto miligramů denně, může dostat až na hodnoty jednoho gramu drogy za den, někdy i více. Rizikem je, že po vysazení drogy, tolerance opět klesá a stejná dávka heroínu, na kterou byl uživatel zvyklý, ho může po nějaké době abstinence i usmrtit **(7)**.

Závislost na této droze vzniká již po několika týdnech a zahrnuje složku fyzickou tak i psychickou. Závislost ve většině případů vede k sociální degradaci (kriminalita, prostituce) a výrazně poškozuje osobnost uživatele. Dalšími riziky jsou nikoli ojedinělé nákazy viry hepatitid a HIV **(12)**. Také jsou stále zjevná smrtelná předávkování, díky kterým si heroin potvrzuje svou pověst „nejnebezpečnější drogy“ **(36)**.

Rozhodne-li se uživatel heroínu s užíváním přestat, vzniká syndrom odnětí drogy. Nastupuje nejčastěji deset hodin po poslední aplikaci s maximem účinku 2. - 3. den a

s trváním přibližně deset dní. Jak odvykací syndrom vypadá, záleží na podávané látce a to na množství a pravidelnosti užívání. U lehčích případů se objevuje bolest břicha, průjemy, mydriáza (rozšíření zornic), úzkost, špatná nálada a nespavost. V těžších případech má uživatel vyšší tělesnou teplotou, trpí úpornou nespavostí, objevují se u něho třesy, nechutenství, dehydratace a poruchy řeči **(12)**.

Když dojde k předávkování, je pro uživatele nezbytná detoxikace. To je život zachraňující postup, při kterém se používají antidota, pokud jsou k dispozici (opiátovým antagonistou je např. Nalaxon) s následnou detoxifikací, neboli velmi pomalým odstraněním látky z těla **(8)**.

Dobrou zprávou však je, že se zvyšuje dostupnost a pokrytí léčby. Populace uživatelů heroínu zřejmě celkově stárne a obecně se vyznačuje poměrně vysokou mírou kontaktu s protidrogovými službami. Tento jev je nejvíce zřetelný v zemích, které jsou členskými státy EU **(4)**.

### **1.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti**

Na tomto místě uvádím informace o bio-psycho-socio-spirituálním modelu, neboť je velmi komplexní a klade důraz na interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Chtěla bych zdůraznit, že zmiňovaný bio-psycho-socio-spirituální model představuje pouze odrazový můstek pro zkoumání motivace.

Tento model postuluje, že nadměrné užívání drog, vede k velmi negativním důsledkům jak na úrovni biologické, psychické, sociální tak i spirituální. To u jedince vyvolává úzkost, která vede k další excesivní konzumaci drog, jež přináší ještě negativnější myšlenky a mnohem větší úzkost **(31)**. Toto návykové užívání drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou v podstatě nevědomé, nedobrovolné, ale přivádějí jedince do bludného kruhu, ve kterém se díky stálému užívání drog udržuje **(8)**. V dalším textu popisují jednotlivé dimenze tohoto modelu.

## **BIOLOGICKÁ DIMENZE**

Mnohé výzkumy ukázaly, že lidský mozek je skutečným mořem chemikálií. Když tedy vstoupí drogy do chemického prostředí v mozku, způsobují v něm nemalé změny, které doprovázejí pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování. Každá droga má totiž jinou schopnost navodit změnu chemismu v mozku. Nejdříve je pozitivně posíleno iniciální užití drogy, které vede k abnormálnímu chemismu v mozku, ale při chronickém užívání už naopak euforie ustupuje depresi. Vzrušení přechází ve vyčerpání a pocit spokojenosti je nahrazen pocitem podrážděnosti a nervozitou. Ještě větší problémy způsobuje kognitivní patologie, protože se mohou objevit iluze a halucinace. Tyto velmi negativní psychické stavy motivují závislé jedince k dalšímu užití drogy, tedy k navození si pozitivních pocitů, které se dostávají po užití drogy (32).

Jako příklad uvedu opiáty, které působí synergicky s tělu vlastními endogenními opioidy, jimiž jsou endorfiny a enkefaliny. Zesilují sice účinek na opiátových vazebních místech, ale zároveň působí konkurenčně vůči tělu vlastním působkům a jejich produkci posléze utlumují. To vede jedince k nutkavé potřebě užít drogu, které se říká craving (8). Dlouhodobé užívání drog s sebou přináší jisté fyzické důsledky, jako například vysoký krevní tlak, gastrointestinální obtíže, poruchy spánku, úbytek na váze a v nemalé míře i poranění a nehody (31).

## **PSYCHOLOGICKÁ DIMENZE**

Shora uvedené změny chemismu v mozku se sdružují s výraznými poruchami nálad a emocí. Bludný kruh je způsoben tím, že droga tyto nepříjemné stavy na jedné straně způsobuje, ale na druhé je zmírňuje.

Negativní psychologické důsledky drogové závislosti zahrnují často nízké sebevědomí, zlost a zášť vůči ostatním. Objevují se ochranné mechanismy jako popření, racionalizace, projekce, zlehčování problému. Dalšími důsledky užívání drog mohou být hostilita, sebelítost, přecitlivělost, nedostatek sebevědomí, různé obavy, zmatené myšlení a s narůstajícími negativními důsledky není ani vzácný výskyt sebevražedných myšlenek i sebevražedných pokusů.

Samozřejmě se tyto psychologické problémy nevyskytují u všech uživatelů, ale objevují se s takovou četností, že by se neměly v žádném případě podceňovat. Chronické užívání drog doprovázejí zpravidla i události, které ústí v mnohočetné psychologické problémy. Nepříjemné pocity spojené s nějakou událostí provokují další chování, které vede ke konzumaci drog, čímž ale osobní obtíže dále narůstají (31).

### **SOCIÁLNÍ DIMENZE**

Drogově závislí se také musí potýkat s narůstajícími problémy v oblasti sociální. Vztahy drogově závislých jsou často narušovány frustrací, depresí, zlostí, strachem, pocity viny, lítostí. Tento silný emocionální stres a nespokojenost jsou typické pro většinu vztahů drogově závislých osob. Stres a nespokojenost vedou k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila, ale nyní v ní závislí hledají úlevu (31).

Blízcí uživatelů drog mají zase nutkavou potřebu kontrolovat nekontrolovatelnou situaci. To se projevuje reagováním na chování uživatele drog v době intoxikace, což situaci často zhoršuje. Těmto konfliktům a stresovým situacím jsou často vystaveny i děti, které následkem strachu a nespokojenosti, mohou mít problémy ve škole, mohou mít předčasné sexuální zkušenosti, nedostatek sebevědomí a v neposlední řadě mohou mít poté také problémy s drogami. Problémy s výchovou dětí přinášejí do vztahu další stres, který může mít za následek další požití drogy, čímž špatné fungování rodiny narůstá (31).

Manželské a rodinné problémy ale nejsou jedinými negativními důsledky užívání drog. Mohou se objevit například potíže v zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, narušená přátelství, zadržení a věznění, ztráta společenského postavení a další. Nespokojenost a stres, které jsou s těmito problémy spjaty, vedou k dalšímu užívání drog (31).

### **SPIRITUÁLNÍ DIMENZE**

V této poslední dimenzi je poukázáno, jaký vliv má užívání drog na duchovní život člověka.

Spiritualitu můžeme vnímat jako vztah k tomu co nás přesahuje, k čemu se vztahujeme jako k nevyšší autoritě řádu či k ideji. Jde o přímý prožitek toho, co se skrývá za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí a co dává smysl životu vůbec **(8)**.

U velké části závislých ústí užívání drog v pocity odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu života. Morální hodnoty mohou utrpět díky vypočitatelnému chování v intoxikaci. Vnitřní prázdnotu drogově závislých nenaplní nic tak jako drogy. Okamžitá úleva od nepříjemných stavů je často nejdůležitější a vede k tomu, že se uživatelé rozhodují v rozporu se svými zájmy **(31)**.

Určité procento dnes závislých lidí, hledalo původně v drogách naplnění spirituální potřeby. Například taneční a stimulační drogy jsou užívány s touhou prožít skupinovou transcendenci v novodobých chrámech, jimiž se staly diskotéky. Naopak závislí na heroinu, užívají drogu v ústraní a izolaci od ostatních, s očekáváním prolomení osamělosti v mimořádných prožitcích. Namísto vnitřní svobody nachází jedinci fatální vazbu na drogu a stávají se závislými **(8)**.

### **1.3.1 Motivace**

Motivace lidského chování je velmi komplexní, ale zároveň nesmírně důležitý proces, vedoucí k pochopení lidské psychiky či k psychologickému porozumění člověku vůbec. S touto otázkou pracují nejrůznější obory, zaměřené na psychologickou práci s člověkem, jejichž primárním úkolem bývá změnit chování člověka, a toho bez poznatků o motivaci lidského chování docílit nelze **(1)**.

Motivace je intrapsychický proces, který vyúsťuje ve výsledný vnitřní stav, nazývaný motiv a veškeré vnější objekty jsou prostředky k realizaci oněch motivů.

Slovo motiv je odvozeno z latinského slova *movere*, což znamená pohybovat, hýbat se **(2)**. Vágnerová uvádí: „*motivы jsou faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují jej na určitý cíl a v tomto směru jej udržují po určitou dobu. Takto navozené jednání*

směřuje k uspokojení určité potřeby“. Motivy, tedy vznikají na základě interakce vnitřního stavu jedince a vnějších podnětů (34).

Motivace je pak stav, který aktivizuje chování a dává mu směr. Pohyb směřuje od nynějšího stavu, ke stavu žádanému. Nedostatek, nebo přebytek, jenž jedinec pociťuje, se označuje jako potřeba, která je vnímána jako napětí. Zacílené chování tedy směřuje k redukci potřeby a tím k dosažení uspokojení, které je spojeno s příjemnou emocí (15). Potřeby lze rozlišovat z hlediska jejich vzniku a zaměření na potřeby primární biologické, primární psychické a sekundární psychosociální. Dle Maslowa (1970) jednotlivé okruhy potřeb vytvářejí jistou hierarchizovanou strukturu a určité potřeby mají přednost před ostatními. 1. FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY, 2. POTŘEBA BEZPEČÍ (vyhýbání se ohrožujícím podnětům), 3. VZTAHOVÉ POTŘEBY (potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, úcty a sebeúcty), 4. POTŘEBA SEBEAKTUALIZACE (rozvinutí a uplatnění svých předpokladů, sem se dá zahrnout také transcendence, duchovní naplnění). Přičemž nižší potřeby zajišťují fyziologické přežití jedince, vyšší zajišťují duševní pohodu a nejvyšší růstové potřeby zajišťují sebeaktualizaci (34).

O motivech a potřebách tedy hovoříme, jestliže jsou příčiny v psychicky a sociálně naučeném a výchovou vypěstovaném chování. Hraje-li primární roli v motivaci našeho chování biologická příčina, hovoříme o pudu (5). Respektive o pudové teorii motivace, která klade důraz na vnitřní pudy, např. žízeň, hlad, ale i sex a agresi (1).

Pro motivaci je tedy nejdůležitější incentiv (pobídka), že něco chceme a to nás vede určitým směrem. Velkou roli sehrává v incentivní motivaci afekt, který je chápán jako příjemný, nebo naopak nepříjemný stav. Dostáváme se k odměně, která je důležitá pro posouzení, zda je vhodné jednání opakovat. Tento proces vyhodnocuje systém odměn v mozku. Neurony v mezolimbickém dopaminovém systému se nacházejí v horní části mozkového kmene a jejich axony vedou do předního mozku. Pro přenos zpráv využívají tyto neurony neurotransmitter dopamin, který je aktivován řadou přirozených odměn, jako je jídlo a pití, ale i řadou látek jako např.: heroin, amfetamin, kokain, které pro jedince též představují odměnu. Díky mezolimbickému dopaminovému systému si jedinec přeje zopakovat událost, která zapříčinila nárůst slasti, proto je tento systém



nejspíše využíván mozkem pro vytváření tužeb, s cílem dosáhnout jak přirozených, tak i umělých incentív (1).

Činitelé, kteří hrají v tomto procesu nějakou roli, nepůsobí izolovaně, ale jsou navzájem propojeni. Je tedy potřeba vědět, co vše může ovlivňovat naše chování:

- **Síla podnětů:** naše vnitřní pohnutky jsou vnímány někdy jako slabší a jindy jako silnější, v závislosti na našem vnitřním napětí nebo uvolnění
- **Vlastní účinnost:** zde jde o různě silné vnitřní přesvědčení a schopnost utvářet a prožívat svůj život podle vlastní úvahy
- **Psychologická a časová perspektiva:** s ohledem na to, v jaké životní fázi se jedinec nachází, jaké má vzdělání a jaké získal zkušenosti, získávají osobní cíle větší či menší význam
- **Emoční inteligence:** každý dává na emoce jiný důraz, ale je třeba vzít v potaz, že je můžeme vnímat jako určité „vnitřní poradce“ (17).

### 1.3.2 Drogová závislost jako zdroj motivace k dalšímu užívání návykových látek

Motivace k užívání návykových látek se od běžné motivace poněkud liší. Důležitým faktorem je zde craving, neboli bažení po určitých látkách, jakými jsou např.: opiáty (heroin, morfin, aj.), psychostimulancia (amfetaminy, kokain aj.), ale také nikotin a alkohol (1).

Silná touha po psychoaktivní látce a pocit puzení užít tuto drogu zcela zastíňuje hodnoty, jakými jsou například domov, rodina, práce, někdy i svoboda.

Vznikne-li vzorec nutkavého a destruktivního užívání látek, můžeme mluvit o závislosti. Vznik závislosti se liší v tom, na jakém druhu psychoaktivních látek, se utváří. Je zapotřebí zmínit tři spolupůsobící faktory:

1) Schopnost návykových látek nadměrně aktivovat odměňovací systémy v mozku. Neurony, na které přímo působí návykové látky, navozují vysokou aktivitu

mezolimbického dopaminového systému a droga tak vyvolává euforii. Droga tedy aktivuje slast, tak i motivační odměňovací systém (chtění). Organismus si zapamatuje intenzivní příjemné pocity a bude usilovat o opakovaném navození těchto stavů **(1)**.

2) Další schopností návykových látek, jsou-li užívány opakovaně, je vytváření abstinčních příznaků, které jedinec vnímá velmi negativně. Pozitivní pocity, které si jedinec navozoval drogou, jsou nyní odolnější vůči aktivaci, neboť si organismus snaží uchovat stálý rovnovážný stav. Tento proces nazýváme pojmem tolerance, která se zvyšuje rychleji, pokud je droga podávána často a ve zvyšujících se dávkách **(26)**. Mohou se dokonce aktivovat procesy, které mají přesně opačné účinky než droga. To pomáhá mozku při užívání drog zachovat si rovnovážný stav, který uživatel prožívá jako nepříjemný. Proto, když přestane užívat drogu, aktivují se procesy opačné vzhledem k účinkům drogy, systém produkující slast není aktivní, a to vše se projevuje jako abstinční syndrom, což motivuje jedince k dalšímu užití drogy **(1)**.

3) Třetím faktorem je možnost vzniku trvalých změn v mozkovém systému odměn. Neurony se stávají po opakovaném užívání drog (například heroinu, kokainu a amfetaminů) příliš aktivní a přecitlivělé. *„Tato neurální senzitivace může být trvalá a znamená, že tyto neurony budou více aktivovány drogami a příbuznými podněty. Vzhledem k tomu že, mezolimbický dopaminový systém pravděpodobně zprostředkovává motivační vlastnosti odměn (chtění) ve větší míře než příjemné stavy (pozitivní vztah), jeho nadměrná aktivace může mít za následek bažení (craving) po droze. Neurální senzitivace trvá déle než abstinční příznaky, což může být důvodem pro to, proč jsou jedinci léčení ze závislosti, ohroženi recidivou i po absolvování detoxifikačních programů (1)*. Detoxikací se rozumí zbavení organismu návykové látky bez, nebo za pomoci farmak, které pomáhají překonat abstinční příznaky. Zároveň je detoxikace důležitá při přípravě klienta na další léčbu **(18)**.

Tyto tři faktory vysvětlují, proč jsou návykové látky, které přímo aktivují mozkové mechanismy schopny, více než jiné incentive, vyvolat závislost **(1)**.

### 1.3.3 Proces změny motivace směřující k léčbě

V minulých kapitolách jsem uvedla faktory, díky kterým návykové látky vyvolávají závislost. Nyní je třeba zmínit faktory, které rozhodují o úspěšnosti léčby drogové závislosti.

Jsou jimi: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí, a v neposlední řadě i kvalita sociálních vztahů **(8)**.

Rotgers (1999) uvádí, jak definují motivaci k léčbě následující autoři: Mindlin (1959) chápe motivaci jako klientovu ochotu aktivně se zapojit do léčby, s tím souvisí odhodlání se kromě abstinence změnit i v dalších směrech. Je potřeba jisté připravenosti přinést oběti ve prospěch terapie. Těž dle Stunkarda (1961) je motivace stav, ve kterém si dotyčný uvědomí své obtíže, potřebu terapie a zjistí, že pomoc by mohla zlepšit jeho stav **(31)**.

Rotgers (1999) zmiňuje i zajímavé výsledky studie Stimsona a Oppenheimera (1982). Zmiňovaní autoři dospěli k názoru, že uživatelé drog ne že by si nebyli vědomi nepříznivých důsledků svého chování, avšak prožívají vnitřní boj, který je možné charakterizovat jako slast a bolest. Orford (1985) uvedl že: „ *motivace ke změně vychází z nahromaděných ztrát, nákladů nebo škod, jež jsou důsledkem, který převyšší zisky, prospěch či příjemné účinky do té míry, že konflikt mezi touhou pokračovat a jinými potřebami vyžaduje nějaké rozhodnutí týkající se daného chování*“ **(31)**.

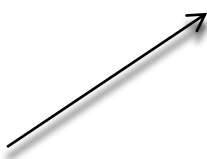

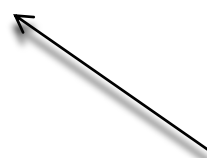
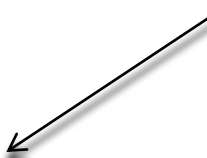
Zde může nastat paradox v tom smyslu, že uživatel drog může vykazovat znaky typické pro nemotivovaného jedince, který popírá svůj problém, a přitom si je vědom všech rizik, které k užívání drog patří **(31)**.

Drogově závislý může prožívat konflikt, kdy cítí potřebu rozhodnout se mezi dvěma nebo více různými tendencemi. Tento konflikt je frustrující především tím, že znamená oddálení žádoucí nebo nutné reakce a uvádí jedince do náročného stavu rozhodování, který může být velmi těžký a i po skončení vyvolává pochybnosti o jeho správnosti. Vyznačuje se tím, že vyvolává vzájemně neslučitelné tendence a jedinec se musí rozhodnout pro jednu z nich **(15)**.

Pro mnohé uživatele drog je těžkým a problematickým rozhodnutím přestat drogu užívat. Toto rozhodnutí je provázáno spíše nutností provést nějakou změnu, než vlastní touhou po změně. Může jít o fakt uvědomění si, že bolest ze změny může být menší než bolest, která by byla způsobena setrváním na místě, teda v pokračování užívání drog. Rozhodnutí přestat brát drogy má někdy krátkou životnost a lidská slabost v rozmyšlení může být cestou k relapsu. Motivace je tedy velmi dynamický proces. Je to proces, kde se přání a energie pro dosažení stanovených cílů pohybují jako příliv a odliv. Počáteční rozhodnutí přestat ovlivňují beze sporu i jisté faktory jako rodina, přátelé, vztahy, práce a jiné (31).

Než do procesu vstoupí terapeut, mění se motivace návykového problému i bez léčby. Na obr. 1 jsou tyto změny motivace přehledně znázorněny.

Obr. 1: **Změny motivace**

	1. stadium – nestojí o změnu (chce pokračovat v návykovém chování)	
6. stadium – recidiva (návykového chování)		2. stadium – rozhodování (se změnou váhá )
5. stadium – udržování (udržuje si dobrý stav)		3. stadium – rozhodnutí (rozhodl se pro změnu)
	4. stadium – jednání (uskutečňuje změnu)	

Zdroj: Kalina podle DiClemente a spol. (1991) (8)

Pro proces pozitivní změny je ale velmi často důležitý profesionál, který cíleně posiluje motivaci klienta. V léčbě drogových závislostí se motivaci v současnosti věnuje větší

pozornost než v minulosti, kde převládal názor, že závislý není dostatečně motivován do té doby, dokud se nedotkne úplného dna. Nyní se na to v léčbě závislosti nečeká, spíše se počítá s tím, že jsou klienti celkem motivováni, ale stav připravenosti ke změně je u každého jiný, neboť se u každého jedince liší vnitřní faktory a vnější podmínky (8).

#### Pět stádií při zahájení a udržování změny:

- 1) **Precontemplation (předchází uvažování o změně)** - Drogoví uživatelé nevnímají drogy jako problém, změna se jim jeví jako zbytečná. Důležité v této fázi jsou služby Harm Reduction (minimalizace škod) a udržování kontaktu.
- 2) **Contemplation (uvažování o možnosti změny)** - Drogy jsou pro uživatele stále uspokojující, ale vyvstávají na povrch i problémy s nimi související. Zde je důležité motivovat klienty k drobným změnám, zdůrazňovat rozpor týkající se užívání drog a posilovat klientovo sebevědomí.
- 3) **Determination (rozhodování, připravenost k akci)** - Pokud problémy, týkající se drog, převažují u jejich uživatelů nad zisky, je třeba změnit situaci. Uživatelé drog jsou ve „stádiu odhodlání“ a nejvíce spolupracují. S tím by měl terapeut pracovat a tato fáze je nejčastěji označovaná, jako fáze, ze které jdou drogově závislí do léčby.
- 4) **Action (akce, pokus o změnu)** - Potřeba změny převládne, jestliže zesílí rozpor. V daném případě napomáhá důvěryhodný vztah s terapeutem.
- 5) **Maintenance (udržení plánu)** - Bývalý uživatel drog je již schopen žít bez drog a navrácí se do běžného života. Není ale podporován terapeutem a to pro bývalého uživatele může být ohrožující.
- 6) **Recidiva** - Zde je nejdůležitější pomoci recidivu rychle zastavit, neboť se může recidivující uživatel dostat zpět do prvního stádia, kdy nestojí o změnu (8).

Na tomto místě je nutné zdůraznit, jak je důležité pracovat s drogovým uživatelem, a to s ohledem na stádium změny, ve které se právě nachází. To znamená, že je v různých stádiích změny potřeba uplatňovat různé terapeutické strategie. Efektivní terapie by tedy měla zahrnovat takzvané postrčení jedince ze stádia prekontemplace do kontemplačního stádia nebo z kontemplačního stádia do stádia připravenosti k akci a podobně (31).

Někdy není v moci klienta přestat užívat návykovou látku. To se děje převážně v souvislosti s opioidy a proto, není abstinence považovaná za jediný úspěch, kterého může klient dosáhnout. Úspěchem se může stát i pravidelné docházení do substitučního centra, díky kterému se klientovi nabízí možnost zlepšení zdravotní i sociální stránky (8).

## 1.4 Substituční léčba

### 1.4.1 Definice substituční léčby

Substituční léčba je jednou z forem lékařské péče pro závislé na opioidech. Při léčbě se používá látka stejná, nebo podobná té, která byla užívána nelegálně. Lékařsky předepisovaná substituční látka (lék) má oproti návykové látce ilegálního původu, výhodnější bezpečnostní profil (24). To znamená, že je bez toxických příměsí, s delším účinkem pro organismus. Koncentrace substituční látky je známa a častěji než intravenózně se užívá perorálně, což je dalším krokem k úspěšné změně, neboť uživatelé drog jsou často závislí přímo na rituálu jehly (9).

Tato léčba přináší výhody i pro společnost a to díky tomu, že se snižuje riziko přenosu infekce HIV, snižuje se počet předávkování, je nižší procento užívání nelegálních látek a i kriminalita spojená s drogami je prokazatelně nižší (9).

Další výhodou předepisovaných opioidních agonistů (např. metadonu, diamorfinu, morfinu aj.) je zmírňování abstinenciálního syndromu a snižování bažení po nelegálních opiátech. K léčbě jsou také využíváni opioidní antagonisté (Naltrexon a částečně Buprenorfin), kteří se liší od agonistů tím, že obsazují stejné receptory v mozku jako opiáty, a tím pádem blokují účinky jiných opiátů. To má za následek okamžitý nástup symptomů abstinence. Po detoxifikaci a zahájení léčby opiátovým antagonistou nemá následně užitý opiát pro uživatele žádný účinek (35).

Substituční léčba je nejefektivnější farmakologická terapie, užívaná při léčbě závislosti na opiátech. Když se poskytuje s podporou psychoterapie, s poradenstvím anebo se socioterapií, je účinek ještě vyšší (24).

#### 1.4.2 Cíle substituční léčby

Substituční léčba má několik cílů. Mezi základní se řadí zlepšení somatické, psychické a socioekonomické situace klienta (14). Tento jev je zapříčiněn snižováním konzumace ilegálních drog. Díky tomu se současně snižuje i kriminální chování uživatelů.

Popov in Kalina uvádí nejčastější cíle:

- skončit s injekční aplikací drog
- omezit užívání ilegálních drog
- omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog
- stabilizace užívání drog
- snížit kriminalitu
- přestat s užíváním heroinu, nebo jiných ilegálních opiátů
- zlepšit si vztahy s okolím
- udržet si nebo získat zaměstnání
- pokračovat ve studiu nebo jej zahájit (29).

Dílčí cíle mohou, ale nemusí, vést ke konečnému cíli léčby, kterým je abstinence od substituční látky. U klientů, kteří nejsou schopni dojít až k samotnému cíli léčby, je důležité alespoň zlepšení zdravotního a psychického stavu a sociální situace (14).

### 1.4.3 Cílová skupina

Každý typ léčby závislosti, vyžaduje určení cílové skupiny. O zařazení uživatele opioidů do substitučního programu rozhoduje lékař s atestací v oboru psychiatrie nebo s nástavbovou AT atestací zaměřenou na léčbu alkoholismu a toxikomanie. Dále je zapotřebí osvědčení o úspěšném absolvování výcviku v substituční terapii. Lékař ověřuje v „Registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek,“ zda pacientovi není poskytována substituční terapie v jiném zdravotnickém zařízení. Tento postup zabraňuje vícečetné preskripci a úniku substituční látky na nelegální trh (14).

Do cílové skupiny substituční léčby podle Kaliny patří:

- klient s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátového typu
- klient, který je neinjekční uživatel, závislý na opiátech déle než 6 měsíců
- klient je závislý na opiátech a užívá je injekčně
- klienti s opakovanými neúspěšnými abstinenciálními pokusy a léčbami
- závislí klienti na opiátech s HIV-pozitivitou
- těhotné ženy závislé na látkách opiátového typu
- klienti, u nichž jazyková bariéra neumožňuje léčbu v jiném zařízení (9).

### 1.4.4 Historie substituční léčby v České republice

První zmínky o substituční léčbě v České republice byly zaznamenány, na základě skutečnosti, kdy se stále častěji začaly objevovat případy, související s podomácky připravovaným opiátem, zvaným „braun“. Toto období může být považováno za impuls pro usilování o předepisování léku s nízkým potenciálem na ovlivňování pacientova vědomí, ale se schopností obsadit opiátové receptory, s následným potlačením abstinenciálních příznaků. Tato doba byla charakteristická tím, že se k léčbě užívala tzv. „divoká substituce“, kdy nejčastěji užívanou látkou od sedmdesátých let minulého



století byl Diolan® (obsahující etylmorfin) a Temgesic® (obsahující buprenorfin) (25).

Významným rokem substituční léčby pro drogově závislé byl rok 1992, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČSFR povolilo nadaci Drop-In provádět substituční léčbu, ale pouze jako experiment po dobu jednoho roku (24).

Po uplynutí této doby nebylo dovoleno v léčbě nadále pokračovat, i když uživatelé prokazovali zlepšení, jak zdravotního, tak i psychosociálního stavu (25).

V devadesátých letech se potřeba substituční léčby opiátovými agonisty neustále zvyšovala, což mělo za následek, že v roce 1997 Ministerstvo zdravotnictví České republiky zahájilo pilotní program pro dvacet pacientů. O dva roky později byly vytvořeny standardy substituční léčby a také vzdělávací programy pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál (24).

V květnu roku 2000 bylo spuštěno dalších 7 substitučních programů v nejpostiženějších lokalitách republiky. O rok později vznikl Registr substituční léčby a také první vzdělávací program pro odborné lékaře a střední zdravotnický personál. Začátkem téhož roku byl Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) registrován léčebný přípravek zvaný Subutex®, obsahující účinnou látku buprenorfin (25).

V roce 2004 byla zahájena substituční léčba v Českých Budějovicích. V roce 2014 se na informačním portálu o ilegálních a legálních drogách uvádí informace, že substitučních metadonových center je v tomto roce deset a to v: Praze 3x, Mělníku, Ostravě, Olomouci, Českých Budějovicích, Plzni, Brně a v Ústí nad Labem (20).

Subutex je kromě substitučních center předepisován v ambulancích zejména praktických lékařů a psychiatrů, kteří jsou dále povinni pacienty hlásit do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (24).

#### **1.4.5 Formy substituční léčby**

Kalina rozděluje substituční léčbu podle délky na:

- **krátkodobou** (detoxifikační substituce, délka 1-2 týdny)

- **střednědobou** (prodloužená detoxifikace, délka týdny až měsíce)
- **dlouhodobou** (udržovací substituce, např. metadonová či buprenorfinová, délka měsíce až léta) (9).

Bez ohledu na časové měřítko můžeme substituční léčbu dělit podle komplexnosti léčby na:

- **základní substituční léčbu**

Je nejčastější formou substituční léčby. Substituční látka je poskytována pod dozorem nebo je předepisována v ambulancích všeobecných lékařů resp. lékařů jiných specializací než psychiatrie/adiktologie; zároveň je nejnižším možným standardem pro poskytování substituční léčby ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody. Může být doplněna somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, jež je zajištěno externě.

- **rozšířenou substituční léčbu**

V daném případě somatická léčba, psychoterapie a sociální poradenství, jsou součástí rozšířené substituce.

- **komplexní substituční léčba** (ve specializovaných pracovištích pro substituční léčbu)

„Základní substituční léčba“ je rozšířena o nabídku dalších služeb nebo na ně navazují služby poskytované v rámci zařízení: terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, rodinná terapie, pracovní terapie, následná péče (after care), vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní poradenství, pracovní poradenství, profesní vzdělávání atd.

- **minimální substituční léčbu**

Omezuje se na poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky bez další terapie nebo poradenství.

- **výjimečnou formu substituční léčby, indikovanou především v emergentních stavech**

Jedná se o akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby, plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby, cesty mimo místo trvalého bydliště (rekreační, rehabilitační, pracovní) **(14)**.

## **1.5 Farmakologická složka substituční léčby**

### **1.5.1 Metadon**

Metadon je synteticky opiátový agonista (působí stejně) s mnoha biologickými a chemickými vlastnostmi odpovídajícími "přírodním" opiátům. Je tedy návykovou látkou, způsobuje však menší psychické poškození než heroin, a má méně tělesných škodlivých účinků **(30)**. Při léčebném použití bývá obvykle podáván perorálně, jednou denně (má dlouhý poločas účinku) a pod dohledem lékaře **(21)**.

Metadon se k substituční léčbě opiátové (opioidní) závislosti začal využívat v 60. letech v USA. V 70. letech nastala změna, neboť se začaly preferovat spíše nízkodávkové programy zaměřené na abstinenci. Toto vedlo především k vypadávání mnoha klientů z programu, pro jeho náročná pravidla. V 80. letech s nástupem HIV infekce došlo opět ke změně a od programů, zaměřených na úplnou abstinenci, se přešlo k programům, zaměřeným na uživatele opioidů, kteří měli možnost docházet do metadonových udržovacích programů, jejichž primárním cílem bylo omezit, případně eliminovat sdílení injekčního materiálu **(21)**.

Za velkou výhodou metadonu je považována jeho farmaceutická kvalita. Je vyroben hygienicky, podává se perorálně a ve známé síle, přičemž se uvádí, že dávka vyšší než 50mg je účinná pro udržení v substitučním programu **(21)**.

Několik studií srovnávalo střední a vysoké dávky metadonu. Výsledkem bylo zjištění, že u uživatelů, kterým byly podávány dávky v rozmezí 80mg až 100mg, výrazněji poklesla míra užívání heroinu ve srovnání s uživateli, kteří dostávali středně

vysoké dávky metadonu v rozmezí 40mg až 50mg. Výhodou také je, že nedochází ke zvyšování tolerance, takže dávka při substituci nemusí být zvyšována a je stabilní **(6)**.

Správné dávkování je tedy pro jedince závislé na opioidech velmi důležité. Při správně nastaveném dávkování je uživatel schopný snížit potřebu užívání heroinu a jiných opiátů, odstraňují se příznaky z odnětí a blokuje se euforický účinek jiných opioidních látek. Metadonová udržovací léčba dává uživatelům heroinu možnost zlepšit své postavení a fungování ve společnosti a také má příležitost k oslabení vazeb s uživatelskou subkulturou **(21)**.

### **1.5.2 Buprenorfin (Subutex<sup>®</sup>, Subuxone<sup>®</sup>)**

Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20. století a roku 1978 byl uveden na trh pod obchodním názvem Temgesic<sup>®</sup>. Farmakologicky je buprenorfin částečný agonista (blokuje abstinenci příznaky a bažení, aniž by vytvářel silnou euforii), avšak s některými antagonistickými vlastnostmi (obsazuje stejné receptory v mozku jako opiáty, a tudíž blokuje účinky ostatních opiátů). První injekční „zneužití“ buprenorfinu bylo hlášeno v 80. letech. V následujících letech proběhlo několik studií mezi uživateli heroinu a kvůli potřebě léčit opiátovou závislost, byla v polovině 90. let 20. století vyvinuta sublingvální tableta Subutex<sup>®</sup> (buprenorfin hydrochlorid), která byla poprvé zaregistrována pro léčbu závislosti v roce 1995 ve Francii **(35)**.

Účinek Subutexu nastupuje první až druhou hodinu po aplikaci a díky dlouhému poločasů vylučování umožňuje bezpečné dávkování po 48 hodinách **(10)**.

Další sublingvální tabletou (obsahující buprenorfin hydrochlorid, ale i nalaxone hydrochlorid) je Subuxone<sup>®</sup>. Od Subutexu<sup>®</sup> se liší tím, že obsahuje navíc již zmíněnou naloxonovou složku, která umožňuje zabránit zneužití při intravenózní aplikaci tím způsobem, že se při sublingválním podání nevstřebává, ale pokud je aplikována intravenózně, tak u uživatele vyvolá příznaky abstinenciho syndromu **(10)**.

V případě předávkování opioidy se používá Nalaxon, opiátový antagonist s krátkodobým účinkem, který ruší účinky opiátů na psychiku, dech, krevní tlak a celkové účinky na centrální nervovou soustavu **(35)**.

Buprenorfin se ukazuje jako bezpečný lék, účinný převážně při udržování pacientů v léčbě a při prevenci užívání nelegálních opiátů. V praxi je však stále více používán metadon již od 60. let 20. století zatímco buprenorfin, byl ke stejnému účelu zaregistrován až v roce 1995 **(35)**.

Dosavadní souhrn důkazů nepostačuje ke stanovení priorit v nasazení buprenorfinu, nebo metadonu podle charakteristiky pacienta. Rozhodnutí o tom, který z léků nasadit vychází z preferencí klienta a poskytovatele služby, z dřívějších pozitivních nebo negativních zkušeností, z dostupnosti, farmakologického profilu, nákladů atd. Některým klientům se bude lépe dařit na metadonu a jiným na buprenorfinu. Není proto žádný důvod převádět na buprenorfin klienta, kterému se daří na metadonu a naopak **(35)**.

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl výzkumu**

Cíl tohoto výzkumu spočívá ve zjištění a popisu soustavy motivů, které v souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem vzniku, vývoje a udržování závislosti vedou jedince závislé na návykových látkách k odhodlání nastoupit substituční léčbu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

S ohledem na cíl a na kvalitativní strategii, kterou jsem zvolila, jsem stanovila následující výzkumné otázky:

- 1) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu biologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 2) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu psychologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 3) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu sociální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 4) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu spirituální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

## **3 METODIKA**

### **3.1 Strategie, metoda a technika**

S ohledem na diskrétnost tématu mé práce a na omezený počet respondentů, jsem zvolila strategii kvalitativního přístupu. Pro kvalitativní výzkum je podstatná jedinečnost a neopakovatelnost. Pro popis, analýzu a interpretaci zkoumaných fenoménů využívá zmiňovaný výzkum kvalitativních metod **(13)**.

Mnou zvolená metoda je moderovaný rozhovor (interview) a pro sběr dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, pro kterou je typické kladení otázek tváří v tvář. U polostrukturovaného rozhovoru, který je vůbec nejrozšířenější metodou podoby interview, je předem vytvořeno schéma, které obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Od tohoto jádra interview se poté mohou odvíjet další, doplňující otázky, které s tématem souvisejí, což může být pro výzkum velkou výhodou **(13)**.

### **3.2 Výzkumný soubor a jeho výběr**

Výzkumný soubor je tvořen osmi informanty v zastoupení dvou žen a šesti mužů. Věkové rozhraní informantů se pohybovalo od 32 let do 43let. Zmiňovaní informanti užívali dlouhodobě heroin jako primární drogu a nyní jsou klienty Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích.

Ve svém výzkumu jsem cíleně vyhledávala pouze takové jedince, kteří splňovali mnou zvolená kritéria a zároveň byli ochotni se do výzkumu zapojit. Jedním ze základních kritérií byla skutečnost, že informanti jsou klienti Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích. Centrum v Českých Budějovicích jsem zvolila hlavně pro to, že je jediné v jižních Čechách a informanti do něho dojíždějí i ze vzdálenějších

míst. Pro výběr informantů jsem konkrétně zvolila záměrný (účelový) výběr přes instituce (13).

Zprostředkovat kontakt s pracovníky substitučního centra mi pomohli pracovníci Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích, kde jsem působila jako dobrovolník.

### **3.3 Vlastní realizace výzkumu**

Oslovování možných informantů proběhlo na začátku měsíce října, přímo v prostorách Substitučního centra v Českých Budějovicích, samozřejmě po dohodě s vedoucím centra, sociální pracovníci a zdravotnickými sestrami.

V čekárně tohoto centra jsem, oslovila deset možných informantů, kteří si šli pro výdej metadonu a všichni dotazovaní mi přislíbili účast.

Po prvním kontaktu s informanty byl stanoven den a čas pro provedení smlouvaného rozhovoru. I přes to, že se informanti následně omlouvali a rozhovor neustále odkládali, proběhlo celkem osm rozhovorů.

Rozhovory probíhaly v měsíci říjen 2013 a to v samostatné kanceláři substitučního centra bez přítomnosti dalších osob. Nejdříve jsem informanty seznámila s mou bakalářskou prací a poté jsem jim předala informovaný souhlas, který všichni podepsali.

Před sebou jsem měla připravené okruhy s otázkami, jejichž pořadí jsem mnohdy musela měnit nebo se doptávat, neboť informanti buď odpovídali velmi stručně, nechtěli vzpomínat na období před nástupem do substituční léčby, nebo neodpovídali na položenou otázku a otevírali nová témata. Jádrem uskutečněných rozhovorů pak byl samotný nástup do substituční léčby.

Všichni informanti souhlasili s použitím diktafonu, který mi sloužil pro přesné zachycení a plynulosti rozhovorů, s podmínkou následného smazání zvukových i textových záznamů. Také jsem na základě příslibu a etického pravidla o ochraně soukromí a osobních údajů respondentů, pozměnila nejen jména, ale i některé údaje



(jména osob, které zmiňovali, města) aby nemohlo dojít k identifikaci respondenta nebo jeho rodiny.

Pro navození příjemné a nenucené atmosféry, jsem začala pokládat obecné otázky, které prolomily formálnost celé situace. Rozhovory probíhaly bez jakýchkoliv problémů s průměrnou délkou 25minut.

### **3.4 Metoda vyhodnocování dat**

Data, která byla rozhovory získána a nahrána na diktafon, jsem následně přepsala do elektronické podoby, přičemž na jednoho informanta byly zapotřebí přibližně dvě stránky textu.

Abych zachovala autentičnost, zapisovala jsem vše, co mi informanti sdělili. Vynechala jsem pouze slovní vátové fráze jako např.: aha, ajo, hm, abych se následně mohla lépe orientovat v textu.

Poté jsem získaná data analyzovala pomocí obsahové analýzy. Odpovědi jsem roztřídila podle okruhů polostrukturovaného rozhovoru a tím jsem dosáhla uspořádání získaných dat, což bylo potřebné pro interpretaci výsledků.

Nejprve jsem zpracovala informace o jednotlivých informantech (věk, drogová kariéra, délka užívání heroinu, délka pobytu v substitučním centru a očekávání od tohoto centra). A následující část práce jsem rozdělila do 4 okruhů s ohledem na bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.

Doslovné znění stanovených okruhů a otázek uvádím v příloze č. 1.

## 4 VÝSLEDKY

V této kapitole prezentuji praktickou část mého výzkumu. Výsledky jsem rozdělila do čtyř oblastí, které vycházejí z otázek, které jsem si předem připravila v polostrukturovanému rozhovoru.

### 4.1 Základní údaje o informantech

Tabulka č. 1: Základní údaje

Informant/ka	Pohlaví	Věk	První experiment s drogou	První užití opiátů	První návštěva substitučního centra	Očekávání od substituční léčby
<b>A</b>	Žena	34	Marihuana, alkohol v 15 letech	Ve 20 letech	Před 5 lety	žádná
<b>B</b>	Žena	32	Marihuana, Alkohol v 16 letech	Ve 20 letech	Před 6 lety	žádná
<b>C</b>	Muž	37	Alkohol ve 14 letech	V 18 letech	Před rokem	ukončení neúnosné situace
<b>D</b>	Muž	33	Marihuana, alkohol ve 14 letech	V 18 letech	Před 10 lety	nové řešení situace
<b>E</b>	Muž	36	Marihuana v 15 letech	V 18 letech	Před 7 lety	jistota dávky

<b>F</b>	Muž	32	Marihuana, alkohol v 15 letech	Ve 24 letech	Před 2lety	žádné ilegální drogy
<b>G</b>	Muž	43	Marihuana v 15 letech	V 17 letech	Před 7 lety	metadon
<b>H</b>	Muž	39	Marihuana, alkohol v 18 letech	V 18 letech	Před 7lety	povinnost docházení

**Zdroj:** vlastní výzkum

Z tabulky č. 1 je patrné, že se mého výzkumu zúčastnilo celkem 8 respondentů, s převahou mužského zastoupení. Věková hranice se pohybuje okolo třiceti let. Výjimku tvoří nejstarší respondent, kterému je 43let.

#### **4.2 Motivy vycházející z biologické úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu**

Často opakujícím se motivem u informantů k nástupu substituční léčby, byl ve většině případů velmi špatný tělesný stav. Informantka B popisovala období, kdy už si neměla kam aplikovat drogu, jako nejhorší období její drogové kariéry: „...bylo to zoufalý, neměla jsem si kam dávat...“, „...přemýšlela jsem co ze sebou...“. Potřebu řešit svou situaci a vyhledat léčbu kvůli svému zdravotnímu stavu pociťoval také informant D: „no měl, jsem žloutenku céčko, a to sem si říkal, že bez léčby prostě nejde zvládnout...“. Informant C také popisoval svůj špatný zdravotní stav: „...nejvíc ty klouby ty sem měl v háji, proto sem bral pak opiáty, už sem nevěděl co dělat, jak z toho ven...“. Objevilo se i líčení nejen strachu o zdraví, ale i o život: „No ty absťáky, kolikrát sem měl srdeční zástavy, ten strach o život dělá hodně“ (informant E). Informant F se zmínil, že měl problémy se spánkem a neustále se cítil unavený: „...ani spát sem nemohl a když jo tak úplně nanic, sem se nevyspal...“.

Informant H se zmiňuje o období, kdy se rozhodoval v pokračování užívání drog nebo o nástupu na metadonovou léčbu: „Říkal jsem si, pijete to, nepícháte si to, přiberete, vypadáte normálně“. Dodává informace o svém zdravotním stavu před nástupem na substituční léčbu: „...trombus stehenní žíly, to už bych nikdy nechtěl dostat...“.

Další informantka se zmiňovala o přání, stabilizovat svůj jak zdravotní, tak i psychický stav: „No já mám schizofrenii, chtěla jsem být zase v pohodě. Jo teď už sem v invalidním důchodu a tolik se o zdraví nebojím“ (informantka B).

Informant G popisoval, že si v době před nástupem na substituční léčbu uvědomoval svůj zpusťosený zdravotní stav: „...připadal jsem si prostě jak stařec nemocnej a to už sem nechtěl...“.

Jen jediná informantka uvedla, že se po zdravotní stránce cítila vždy dobře: „...to já sem byla vždycky zdravá, už jako mála sem nikdy nebyla nemocná...“ (informantka A).

Pro přehlednost dat uvádím výpovědi informantů o zdravotních aspektech v níže uvedené tabulce č. 2.

**Tabulka č. 2:** biologické faktory

<b>Informant/ ka</b>	<b>Zdravotní aspekty</b>
<b>A</b>	žádné
<b>B</b>	schizofrenie
<b>C</b>	bolesti kloubů
<b>D</b>	žloutenka typu C
<b>E</b>	těžké abstinenní příznaky (srdeční zástavy)
<b>F</b>	problémy se spaním
<b>G</b>	pocit (nemoci a stáří)
<b>H</b>	trombus stehenní žíly

**Zdroj:** vlastní výzkum

### 4.3 Motivy vycházející z psychologické úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu

V okruhu psychologických faktorů se objevovali různorodé výpovědi informantů. Avšak nejčastěji se opakoval motiv tzv. „každodenního kolotoče.“

*„Každý den vstanu a do půl hodiny si dám dávku, abych mohl normálně fungovat...“* (informant E). Podobně situaci popisuje další informant. Neustále opakuje, jak každý den probíhal stejně a padla zmínka i o tom, že už ani neví, co je to radost: *„Ta situace byla neúnosná, pořád, každé den dokola. Kde je ten život? Radost?“* (informant C). Informant F popisuje, jak ho tento denní stereotyp zmáhal: *„...byl jsem z toho unavenější...“*. Dodává, že měl i několik nevydařených sebevražedných úmyslů. Uvádí, že v té době musel najít nějaké vhodné řešení, nejlépe léčbu, protože nevěděl jak dál: *„měl jsem sebevražedný úmysl, to všechno odešlo s metadonem, určitě“*.

Obdobným popisem je i výpověď informanta G: *„...nejdřív sem to neviděl, víc to bere...“* a poté dodává: *„...na heroinu nejde experimentovat, to se rychle stane povinností...“*.

Tento (kolotoč) byl popisován informanty nejčastěji v souvislosti s vnitřní nejistotou.

Pět informantů uvádělo shodný fakt, že pocit nejistoty, zda bude další dávka, byl u nich na denním pořádku.

Viděno očima informanta D: *„... no ta nejistota, ten strach, takle sem dál už nechtěl...“*. Podobně zní výrok informanta E: *„...bez opiátu já nedovedu fungovat, jak po psychické, tak po fyzické stránce, potřeboval sem mít jistotu, vyhlídky do budoucna, že budu mít každé den...“*. Informantka A popisovala, jak každý den myslela na to, co bude zítra, co může přijít a zmínila se, že jí svíral často strach: *„musela jsem pořád přemýšlet, co bude zítra, jak to bude, jestli bude, furt jsem se bála“*. U informanta H se objevoval zajímavý výrok o tom, že bylo období, když zvažoval, zda bude žít nadále v nejistotě, že nebude na dávku: *„s nejistotou jste prostě konfrontováni denně, i když nechcete“*. Doplnjuje: *„sem si říkal, že je to nejmenší zlo, tady ta substituce pro mě“* (informant

H). S výrokem informanta H se naprosto shoduje informantka B: „*ta nejistota je tu každé den, i když nechcete, no je čas kdy už nechcete...*“.

Zmiňovaný každodenní kolotoč byl informanty často dáván do přímé spojitosti s nedostatkem financí. Nicméně tento okruh, týkající se nedostatku financí je podrobněji uveden v následující kapitole (sociální faktory).

Stejně jako v předešlé kapitole uvádím pro přehlednost vyhodnocená data uspořádaná do tabulky č. 3.

**Tabulka č. 3: psychologické faktory**

<b>Informant/ ka</b>	<b>Psychické aspekty</b>
<b>A</b>	strach
<b>B</b>	nejistota
<b>C</b>	pocit stereotypu, žádná radost
<b>D</b>	nejistota, strach
<b>E</b>	nejistota, pocit stereotypu
<b>F</b>	únava
<b>G</b>	pocit, že droga více bere
<b>H</b>	nejistota

**Zdroj:** vlastní výzkum

#### **4.4 Motivy vycházející ze sociální úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu**

Pro lepší orientaci ve výsledcích, jsem obsáhlou oblast sociálních faktorů strukturovala do několika kategorií shodných s oblastmi v polostrukturovaném rozhovoru.

##### **4.4.1 Okolí**

Informanti ve většině případů uváděli, že motivem k nástupu substituční léčby byl podnět z okolí.

Informantka B vyprávěla o svém bývalém příteli, který se začal léčit a snažil se jí pomoci. Zmiňovala, že se poté už moc nepodporovali, ale dal jí první impulz k léčbě:

*„...ten můj bejvalej sem chodil, pomohl mi k léčbě...“*

Následující informanti G, H, C, a E se shodují v otázce, jak se o substitučním centru dozvěděli. Uvedu výroky dvou z informantů: *„...no vím o tom od známých jako, že je to fakt dobrý způsob jak nebrat...“* (informant C), *„...v té partičce co jsme brali drogy, jsme to věděli a podporovali se...“* (informant E).

Informant/ka A, F a D se o možnosti substituční léčby dozvěděli od lékaře: *„Řekl mi o tom doktor v nemocnici, když sem chtěl skočit z okna...“* (informant F). Informant D si již chodil pro substituci k lékaři do nemocnice, a když slyšel o možnosti docházet do substitučního centra, neváhal: *„...chodil jsem k primáři X pro substituci, pak sem se dověděl, že je tu takové centrum a je možnost toho metadonu ...“*

#### **4.4.2 Rodina**

Dalšími motivy, které se u informantů objevovaly, byly vztahy v rodině. Zmínky o rodině byly jak kladné tak i záporné, ale obojí se dá považovat za hybnou sílu k nástupu substituční léčby.

Tři informanti uváděli, že se jim v období užívání heroínu, zhoršily vztahy v rodině. Informantce A se díky drogám pokazil vztah s matkou a z rozhovoru vyplynulo, že ji to opravdu mrzí: *„Když jsem nebrala, tak to bylo s mamkou v pohodě, pak jsem se jí pět šest let neozvala...hele, moc ji chci vzít na kafe a pokecat“*.

Další informantka vypráví o svém synovi, kterého díky heroínu, respektive zanedbané péči v období, kdy užívala heroin, ztratila: *„...sebrali mi syna, šla jsem k soudu, nepomohlo, že sem čistá. Budu o něj žádat znovu“* (informantka B). Informant E se zmiňuje o tom, že se choval na drogách zle a to mu zničilo vztah s jeho přítelkyní: *„...s přítelkyní se to pokazilo, už nechci být špatný chlap, ona je teď šťastná“*.

Následujících šest informantů má dobré vztahy v rodině. Blízcí jsou pro ně velkým motivačním faktorem. Informanti H a F uváděli téměř totéž: *„rodina mě motivuje celej*

*život, oni už ani nechtějí, abych chodil jako sem, ale zase jsou rádi, že je to alespoň takhle*“ (informant H), „... *byli a jsou tu pro mě, už je nechci zklamat...*“ (informant F). Informantka C neskrývala radost z obnoveného kontaktu s matkou: „...*ze začátku mě podporovala máma, potom ségra, teď mám nověj kontakt s mámou, zase jsme se bavily, takže výborný...*“. Kladný vztah k matce měl také následující informant. Její náhlá smrt byla pro informanta silný motiv k tomu, aby se snažil přestat užívat drogy. Zmiňuje, že věděl, že by si to jeho mamka přála. Nyní je informant v kontaktu s bratrem a jeho rodinou: „*Maminka mi umřela, měl jsem jí hrozně rád. Ona nechtěla, ať беру drogy, proto sem byl rok čistej, teď mě drží bratr, mám jen bratra a tři synovce*“ (informant D).

Informant G reagoval na otázku rodina a motivace velmi bouřlivě. Došel k názoru že mu vadí, že se za něj musí jeho rodina stydět, respektive zmiňoval své dcery: „...*to byl ten důvod, mám dvě dcery, jedna ještě studuje a starší už pracuje, copak jim mám dělat pořád ostudu, jako maj se stydět za tátu?(velmi zvýšený hlas)*“.

#### **4.4.3 Přátelé**

V kategorii přátelé jako zdroj motivace, informanti uvádí úplný opak, než ve výše zmíněné kategorii rodina. Informanti se shodovali v tom, že přátelé je nemotivovali k léčbě, někdy spíše naopak, nebo o jejich závislosti ani nevěděli.

Informantka A uvádí, že má přátelé, kteří o její závislosti nevěděli a neví a nikdy s nimi o tom nemluvila: „*No oni to ani neví, jako ty co neberou tak to neví, na mě to ani nebylo nikdy vidět, takže to nezjistili*“. Následující informantka zmiňuje fakt, že nikdy přátelé neměla, vždy jen přítele, ale kamarády nikdy: „...*nemám žádné přátelé...*“

(informantka B). Další tři informanti C, D a E uvádějí, že mají pouze přátelé neboli spíše známé z prostředí drogové scény. Shodují se na tom, že je už po nástupu na léčbu nevyhledávají. Uvedu výrok informanta C: „*Já mám právě samí feťáky známí, to nejsou kamarádi, to jsou známí, ale už se s nikým nestýkám, nikam nechodím*“.



Následující tři informanti se shodli na tom, že je pro nástup na léčbu důležité vnitřní rozhodnutí. Informant G zmiňuje: „*Ne, kamarádi mě nemotivovali, byl jsem celou dobu sám, nevyhledávám jako tydle lidi, takže já sem se vždy rozhodoval sám. Myslím, že je to tak u každého*“. Informant H mluvil o rozhodnutí pro nástup na léčbu následovně:

„*...kamarádi ne, hlavní je to vnitřní rozhodnutí, jako něco s tím začít dělat...*“.

Posledního informanta dokonce vyprávění o svých přátelích pobouřilo: „*Ne ne, kamarádi mě spíš říkali, abych na léčení sral (rozčilil se, uváděl vulgární slova)*“ (informant F).

#### **4.4.4 Zaměstnání**

Nelze opomenout zaměstnání jako zdroj motivace. Odpovědi informantů se dají shrnout tak, že i přes svou drogovou závislost si informanti uvědomovali, že je zaměstnání důležité, neboť jako jiné varianty se nabízí poflakování se, žebrání a ztráta denního režimu.

Informantka A popisuje svou profesní kariéru, kterou ji její drogová závislost vzala a nyní je bez práce: „*To sem šla do xxx, to se tenkrát otvíralo, tam sem byla rok a půl, pak sem odešla kvůli drogám samozřejmě. No pak sem byla 4,5 roku v xxx, potom sem ještě byla jinde. No a teď už sem zase tady, na ulici (informantce ukápne slza)*“.

Také informant C neměl stálou práci a uvádí, že ho poflakování a nezaměstnanost trápila: „*V sedmnácti sem nastoupil na stavbu, tam mě nechali půl roku a pak mě vyhodili, potom dlouho nic. To poflakování bylo strašný*“. Další dva informanti zmiňují práci jako velmi důležitý faktor v jejich životě. Informant D líčí nulový denní režim v době, kdy neměl zaměstnání: „*Jo pracoval jsem, jasně že jo. Pak jsem šel do Budějovic a tady to nevyšlo, potřeboval jsem to změnit. Neměl jsem žádný řád, nebo režim bych řekl*“. O důležitosti docházení do zaměstnání se zmiňuje i následující respondent: „*Vedl jsem pneuservis, deset let. Dělal jsem ještě číšníka v hotelu, tam jsem byl 4 roky dohromady a od té doby jsem na pracáku a dělám spíš práci příležitostně doma. Práce je moc důležitá, to člověka nutí dodržovat ten režim*“ (informant G).

Informant F zmiňuje důležitost zaměstnání, neboť by nikdy nechtěl krást nebo žebrať: „...někdo aby měl na dávku, tak somruje a krade, mě to nutilo chodit do práce, abych nikde nekradl ty prachy...“ doplňuje „...pak sem myslel na to, že nebudu muset nic shánět, když jako půjdu sem“.

Informant H zmiňuje, že si práci uměl vždy sehnat, nyní je ale nezaměstnaný: „Makal jsem v Itálii v pekárně. Pak sběry, i tabák sem sbíral, ale jinak na stavbě, v baru všechno co bylo, co šlo. To já umím makat. Ted' jsem nezaměstnaný, hledám...“.

Další dva informanti jsou také nezaměstnaní: Informantka B zmiňuje, že nikdy nemohla kvůli schizofrenii pracovat: „... no já nepracovala, jsem v invalidním důchodu...“.

Informant E práci nehledal, protože neměl potřebu: „...já nemusel, zdědil jsem statek a pak ho prodal, nemusel jsem makat...“

#### 4.4.5 Finance

Jak jsem již popisovala výše, finance byly ve výpovědích informantů velice důležitým tématem, které se primárně vztahovalo k popisovanému každodennímu kolotoči. Informanti zmiňovali neustálé obstarávání vysokých částek peněz.

Uvedu pět výpovědí informantů, které se shodují v tom, že shánět peníze na drogy, bylo vyčerpávající a do jisté míry je to motivovalo uvažovat o tom, jak by se to dalo změnit:

Informantka A: „Ty peníze, museli jsme si vydělávat každý den na dávku a to už lezlo do tisíců. Věděla jsem, že tohle bude jednodušší a levnější“.

Informant C: „Ta situace byla už neúnosná, pořád každej den shánět nějaké peníze, pořád čím dál tím víc, to už nešlo“. Informant D: „...byl jsem na pěti gramech heroinu denně a musel jsem sehnat tři a půl tisíce, abych si ho mohl koupit, to nejde dělat donekonečna...“.

Informant F: „...sem z toho unavenej shánět ty prachy, matroš...“. Informant G: „Ta perspektiva, že nebudu muset přemýšlet, kde na to vezmu. Já nedovedl peníze nikde ukrást, takže sem měl dost problém, jako sehnat na to kolikrát peníze, to nešlo“.

Tři z informantů to měli s financemi jinak. Dalo by se říci, méně problémové.

Informant H uváděl, že mu nedělalo problém shánět peníze, neboť ho to nevyčerpávalo: „... *no tak jako brigádku, tu já si seženu, to není problém jako vydělat ty prachy...*“.

Informantka B se zmiňovala o pobírání invalidního důchodu a také naznačovala, že měla k důchodu malé přívýdělky: „*Já mám jistě ten důchod a to víte, taky si umím přivydělat (učehtne si)*“.

Informant E zmiňuje peníze za statek, který zdědil a následně prodal: „...*jo žil sem z těch peněz, to byl neskutečněj balík, koupil sem si i byt a furt sem měl dost*“.

#### **4.4.6 Bydlení**

Z výpovědí informantů na otázku, jak to měli s bydlením, v období užívání heroinu, jsem usoudila, že kvalitní bydlení nebyl pro informanty dostatečný motiv, aby nastoupili substituční léčbu. Asi polovina informantů neměla s bydlením problémy, neboť bydleli u blízkých, nebo měli něco svého.

Tři informanti měli zkušenost s bydlením na místech jako je například squat, garáž nebo dokonce na ulici. Ani jeden z informantů nezmiňuje, že by to pro něj bylo nějakým způsobem nepříjemné, ba že by mu to vadilo. Informantka A uvádí: „*No bydlela sem v garáži pak i na ulici a pak squatting, ale dobrý*“. Informant C odpovídá obdobně: „...*bydlet v garáži, po squatech, to mi nevadí...*“. Informant D vyprávěl o svém životě bez domova s úsměvem na tváři: „*No čtyři nebo pět let úplně bez domova, jako většina lidí co jsou tady*“.

Pět dotazovaných informantů má bydlení své, nebo s bydlením neměli nikdy problémy:

Informant H: „...*bydlení mám svoje, už dlouho*“.

Informantka B: „*No rodiče mi koupily barák a tam bydlím*“.

Informant E: „...*tak na nějaké to bydlení sem si vždycky sehnal peníze*“.

Informant F: „...*jsem se jako dost stěhoval, ale vždycky dobrý no*“.

Informant G: „*Bydlel sem s manželkou, ale teď sám no. Ale bydlím si myslím jako dobře*“.

#### 4.4.7 Kriminalita

Většina informantů má za sebou jak přestupky, tak trestné činy. Jen tři informanti zmiňují, že neměli nikdy problémy s policií.

Informant F: „...*vůbec z týdle tý doby co sem fetoval, to je pět šest let, žádnéj zápis...*“. To samé uvádí informant D a E: „...*jo já v tomdle problémy neměl...*“ (informant D), „...*hele nic sem neproved...*“ (informant E).

Informantka B zmiňuje, že dělala prostituci, ale trestní zákon potírá pouze kuplířství a obchod s lidmi, tím pádem neměla problémy s policií a prodej vlastního těla ji dostatečně nemotivoval k tomu, aby začala hledat jiná východiska: „...*no prostituci sem dělala to jo, ale nějaká vazba nikdy*“. Informantka A uvádí, že kradla, ale neměla za to nikdy žádný postih: „...*jen ty pidi krádeže...*“.

Z výpovědí následujících informantů lze usoudit, že páčání přestupků a trestných činů mohlo mít vliv při rozhodování, jestli pokračovat v braní drog, nebo se snažit vyhledat léčbu.

Informant C vypráví, že byl v několika věznicích po České republice a měl čas přemýšlet, co udělá, až vězení opustí: „*Vězení? No určitě, dohromady čtyři roky. Sem toho procestoval. Nevěděl sem kde začít něco měnit no, ale jako přemýšlel sem*“.

Informant G připouští, že by ho pobyt za mřížemi zničil a že se díky odsouzení a touze po nápravě dostal až do tohoto centra: „*Byl jsem odsouzen, ale podmíněně, v kriminále sem nebyl nikdy, protože při mojí závislosti by mě kriminál zničil. Byl jsem odsouzen za nedovolenou výrobu omamných látek, jsem dostat podmínku dvakrát za sebou. To bylo takový ponaučení, že sem s tím úplně skončil, a pak vlastně jsem nastupoval sem*“.

Také informant H zmiňuje, že přemýšlel o tom, že bez drog by problémy se zákonem nemusel mít: „*Měl jsem asi tři podmínky, ale nikdy sem nebyl zavřenej, všechno to bylo na drogách, poškozování cizí věci, úvěrovej podvod a krádeže. Říkal jsem si, že bez drog tohle nebude*“.

#### 4.4.8 Organizace pro drogově závislé

Informanti mi ve většině případů odpověděli, že navštěvovali nejčastěji kontaktní centrum pro drogově závislé, nebo že dokonce před substitucí nenavštívili žádnou organizaci nebo zařízení pro ně určené. Na otázku, jestli je nějakým způsobem motivovali pracovníci v kontaktním centru, jsem dostávala samé záporné odpovědi, neboť v tu dobu o to informanti nejevili zájem.

Obě z dotazovaných informantek A i B mi odpověděli, že před substitucí nenavštěvovali žádné jiné zařízení pro drogově závislé. Uvedu výrok informantky A: „*Jiné zařízení? Vůbec*“.

Pět informantů má zkušenost s návštěvou kontaktního centra. Z výpovědí je ale patrné, že při motivaci k léčbě, pro ně nemělo toto zařízení žádný význam.

Informant C: „*...no káčko bylo výborný, ale jen v zimě...*“. Další informant E neměl v době docházení do káčka chuť mluvit s pracovníky tohoto zařízení: „*Na káčko sem chodil, ale neměl jsem chuť s nima něco řešit, bylo mi to fuk, co mi říkaj*“. Následující informant docházel do kontaktního centra jen z matčina popudu: „*Se mnou chodila máma na testy na káčko, jestli беру nebo neberu, ale to bylo takový jen z mámy vůle*“ (informant F). Informant G se zmiňuje pouze o výměně použitých stříkaček: „*...no jezdil sem do káčka a ke mě jezdili každý pondělí vyměňovat materiál, stříkačky, ale nic z toho*“. Podobný výrok padl i od informanta H: „*...káčko maximálně na výměnu, jinak to na mě nemělo vliv jako vůbec...*“.

Pouze jeden z informantů hovoří o tom, že ho k léčbě motivoval primář z nemocnice: „*Moc mi pomohl primář z nemocnice x, víte, radil mi a doporučoval podle zařízení, sem fakt rád*“ (informant D)

#### 4.5 Motivy vycházející ze spirituální úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu

Reakce informantů na otázku, co pro ně znamenala a znamená v jejich životě spiritualita a víra, byla velice podobná. Někteří se úšklebkem usmáli a jiní se vážně

zadávali, ale vždy nastala chvíle ticha. Odpovědi lze rozčlenit do tří skupin. Určitá část informantů se tímto tématem nikdy nezabývala. Zlomek informantů zmiňují víru v sebe samého. Dva zbývající informanti uvádí, že je víra dovedla na lepší cestu a motivovala je to k tomu, stát se lepším člověkem.

Informantka B s informantem C se shodují, v tom, že pro ně spiritualita nic neznamena: „...*nic to pro mě neznamena, nic...*“ (informantka B), „*Spiritualita a víra? Vůbec ne*“ (informant C). Informantka A měla na věc podobný pohled: „*Ne to vůbec, nesnáším slovo věřící, ty náboženské sekty to bych vraždila. Věř sám sobě, nebo upadneš*“.

Následující informanti slovo spirituální pojímají ve vztahu ke své závislosti a především zmiňují víru v sebe samého.

Informant F: „*Věřím v to, že když nechceš přestat fetovat tak nepřestaneš, že by mi někdo spirituální řekl, že teď už budeš v pohodě tak to ne, když člověk nechce přestat, tak bude fetovat vždycky*“. Informant H poukazuje na motivaci jako na spleť věcí, které hrají při rozhodování roli: „*No víra, akurád tak v sebe, si věřit. Nejsem věřící, snažil jsem se o to zajímat, ale nikdy mě to nepřitáhlo, ale víra v člověka to jo. Ta motivace je taková spleť věcí, u někoho to jde rychle, druhému se to táhne dýl. Někomu stačí jeden pohavek a přestane, někdo si musí tu hubu nabít milionkrát*“.

Informant G: „*Duchovno na to moc nevěřím, já jsem dost materiálně založen, takže ne*“. Dva informanti se považují za věřící a zmiňují, že je to motivovalo, respektive motivuje být lepšími. Informant D: „*No věřím tak v to, že heroin se nedá porazit, i když si ze začátku člověk myslí, že jo, že má nadvládu, ale pak zjistí, že to tak není. No ale věřím, jako já sem křtěnej, sem katolík. Když ten páter tady je, tak určitě vám to pomůže, nebo vás alespoň nastaví na nějakou cestu nebo dráhu*“. Informant E uvádí: „*Jako já sem věřící, že nejsem ateista. Taky mi to ukázalo, že sem se dal psychicky do pohody. Když vidím někoho staršího, tak mu pomohu do autobusu, nebo když je příležitost, tak jsem lepší člověk a když bych viděl něco špatnýho, tak chci být lepší*“.

Velkým tématem pro určenou oblast spirituálních faktorů jsou vlastní hodnoty informantů. V této oblasti vypovídali především o změně ve svém životě, která se uskutečnila na základě právě onoho nástupu do substituční léčby.

Informanti F a G poukazují na fakt, že pro ně vždy byli na prvním místě drogy, což se nyní díky docházení na metadon (legální drogu) změnilo a poskytlo jim to prostor pro nové zájmy: „*No předtím určitě jen ty fety, na prvním místě fety a pak vše ostatní a teď už tam ty fety nejsou, tady nic shánět nemusím a mohu dělat, co mě zajímá*“ (informant F), „*Hodnoty, ty jsou změněný, jakmile poznáte, co způsobí opiáty, když je nevezmete, tak se ty hodnoty změni hodně rychle, aby se člověk vyhnul abstáku, tak ten opiát shání a ten metadon je takovej, že fakt tudleto touhu shánět něco jiného úplně potlačuje. Potom co se člověk stabilizuje na metadonu, tak se ty hodnoty vrátí. Trošku se vrátí ty jiný zájmy a tohle, že ty drogy jsou sice prioritní a musí bejt, protože bych se bez toho nemohl věnovat, žádnému zájmu nebo koníčku, ale na druhou stranu, zase nejsou, nebo teda jsou, ale na stejné úrovni s ostatníma. Jako stejně důležité*“ (informant G).

Informant H také hovoří o změně hodnot: „*Ty hodnoty už sem přehodnotil tolikrát, pro mě je teď nejvíc zdraví a rodina, ale zdraví je číslo jedna a musím na sebe dávat pozor*“. Následující informanti mají nyní jako prioritní hodnoty práci, rodinu nebo zdraví. Informant C: „*Pro mě je hodnotou rodina, potom dlouho nic, protože to bude náročný, jsou to děti, že jo. Pak práce a zbavit se těch dluhů*“. Informant D se zmiňuje o svých hodnotách jako o zařazení do normálního života: „*sehnat práci, teďka co nejdřív a zařídit si normální života. Sehnat podnájem a ne nějakou ubytovnu kde sem teď, ikdyž mi to platí sociálka, svoje je svoje*“. Informant C vyzdvihoval zdraví na první místo: „*...teď už jen to zdraví, nic víc*“. Informantka A tvrdila, že se její hodnoty nezměnily, ale nezmínila, jaké to byly a jsou. Informantka B na otázku nechtěla odpovědět.

## 5 DISKUZE

Předmětem výzkumu předkládané práce je zjištění a popis soustavy motivů, které v souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem vzniku, vývoje a udržování závislosti vedou jedince závislé na návykových látkách k odhodlání nastoupit substituční léčbu.

Pro naplnění cíle mé bakalářské práce jsem stanovila čtyři výzkumné otázky, které zní:

- 1) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu biologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 2) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu psychologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 3) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu sociální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.
- 4) Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu spirituální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Výzkum byl realizován v Substitučním centru v Českých Budějovicích a celkem se mnou spolupracovalo osm informantů. V rámci kvalitativního výzkumu jsem zvolila metodu dotazování. Použitou technikou je polostrukturovaný rozhovor s předem stanovenými okruhy otázek, který uvádím v příloze č. 1. Všem informantům byl položen stejný okruh otázek, přičemž jsem používala doplňkové otázky a způsob odpovědi zůstal na informantech.

Motivace je pojem, který je všeobecně považován za velice důležitý, a to jak na poli závislostního chování, tak i v ostatních směrech lidského chování. Rotgers poznamenává: „*pojem motivace je mimořádně důležitý, ale zcela nejasný*“ (31). Tento výrok mi byl v některých fázích realizace výzkumu velice blízký, neboť musím uznat,



že zjistit a popsat soustavu motivů u bývalých uživatelů heroinu, není zcela snadná záležitost.

Informanti velice často rozhovor stáčeli do současnosti. Uváděli, že po zařazení do substitučního programu vnímají pozitivní změnu a měli stále tendence mluvit o jejich nynějším stavu.

Mým cílem ovšem bylo, zjistit jaké motivy informanty vedly k léčbě. Jak jsem zmínila v teoretické části, motivace je intrapsychicky probíhajícím procesem a motiv je výsledným vnitřním stavem. Motiv tedy dává chování člověka psychologický smysl a motivované chování člověka je “spuštěno“, jestliže je motiv dostatečně silný a pravděpodobnost dosažení cíle je vysoká (15).

Motivy (důvody, příčiny), které vedly informanty k nástupu substituční léčby, byly různorodé, ale u mnohých informantů se shodovaly. V následujícím textu bych chtěla přiblížit podněty, které měly vliv na vnitřní stav informantů a jejich spleť, byla impulzem k nástupu substituční léčby.

**Diskuze k tématu: Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu biologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.**

Jelikož jsem vycházela ze zmíněného bio-psycho-socio-spirituálního modelu, v úrovni „BIO“, jsem informantům pokládala otázky, týkající se jejich zdraví před nástupem na substituční léčbu. Otázky jsem nesměřovala k tématu dispozice k závislostem (genetické nebo biologické), spíše mě zajímalo, zda a jaké měli informanti v období užívání heroinu nemoci, infekční onemocnění, komplikace při odvykacích stavech, bolesti a další.

Z realizovaných interview jednoznačně vyplývá, že změny na biologické (somatické) úrovni byly u informantů sice odlišné, ale velice výrazné. Získala, jsem sedm obsáhlých odpovědí, z kterých plyne, že těžký zdravotní stav byl pro informanty velmi silným motivem (důvodem či příčinou) pro nastoupení léčby. Samozřejmě, jak se dočtete v dalším textu, zdaleka ne motivem jediným.

Fyzické důsledky dlouhodobého užívání drog popisují například Rotgers a Kalina. Autoři, jako nejčastější důsledky zmiňují vysoký krevní tlak, gastrointestinální obtíže, poruchy spánku, úbytek na váze a v nemalé míře i poranění a nehody, infekční onemocnění, orgánová a systémová postižení a další (31), (8).

Mnou dotazovaní informanti zmiňovali následující zdravotní komplikace. Jednalo se o abscesy, které znemožňovaly jedné z informantek další aplikaci drogy, o žloutenku typu C, další respondent popisoval silné bolesti kloubů, objevilo se téma těžkých abstinčních příznaků, které byly doprovázeny srdečními zástavami, další informant hovořil o nespavosti, která ho velice obtěžovala, byl zmíněn i trombus stehenní žíly a schizofrenie. Informanti popisovali své zdravotní potíže velice barvitě. Dva z dotazovaných přímo poukazovali na fakt, že velmi špatný tělesný stav je donutil přemýšlet, respektive je přiměl jednat a zajímat se o možnostech léčby. V převážné většině případů hrají tedy při zvažování nástupu na substituční léčbu roli fyzické důsledky, které sebou přináší užívání drog, v tomto případě dlouhodobé užívání heroínu.

**Diskuze k tématu:** Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu psychologické úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Ze získaných výpovědí vyplývá, že má psychický stav informantů významnou roli při zvažování nástupu substituční léčby. V psychologické úrovni, výpovědi informantů velmi často směřují k popisování tzv. "každodenního kolotoče". Život naplněný aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností stále dokola, uvádí Vágnerová. Zmiňuje například uživatele heroínu, který popisuje, strach ze stereotypu, přičemž dodává, že heroinová závislost je největší stereotyp, jaký kdy poznal (33). Informanti v tomto výzkumu odpovídali obdobně a navíc byl tento prožívaný stereotyp popisován společně s pocity únavy, vyčerpání, strachu a především nejistoty. O nejistotě, zda si obstarají dávku, mluvilo pět informantů. Uváděli, že se tato nejistota nedá snášet neustále, protože člověka velice vyčerpává.

Další z informantů popisoval svůj psychický stav v období užívání heroínu jako neúnosný. Zmiňuje se o sebevražedných tendencích a poté i o sebevražedném pokusu. Jak z výpovědi informanta vyplynulo, až tento velmi těžký psychický stav, ho dovedl k lékaři, který mu doporučil substituční léčbu, kde se následně stabilizoval. Domnívám se, že narušená potřeba bezpečí, doprovázená pocity, strachu a nejistoty, byla pro informanty dalším motivem k nástupu substituční léčby.

Nesmíme také zapomínat na psychická a psychiatrická onemocnění, která jsou u uživatelů drog více zastoupena než u běžné populace. Může se jednat o poruchy osobnosti, depresivní poruchy, poruchy příjmu potravy, traumatické stresové poruchy a další. Je třeba si uvědomit, že závislost na návykových látkách, odvykací stav, toxická psychóza a jiné, mohou napodobovat jakoukoliv jinou duševní chorobu včetně poruch osobnosti nebo schizofrenie (8).

Myslím si, že psychologická diagnostika, pomoc a následná práce s klientem na psychologické úrovni by měla být součástí léčebného procesu.

Jak uváděl jeden z informantů. Dobře vedený rozhovor s lékařem ho dovedl, dalo by se říci, motivoval k zahájení substituční léčby. Také si myslím, že i klient, který se pro substituční léčbu rozhodl dobrovolně, by měl být dále podporován a motivován sociálními pracovníky, kteří v tomto centru s klienty spolupracují. Z rozhovorů také vyplynulo, že současně s rozhodnutím pro léčbu metadonem přichází větší otevřenost i k jiným léčebným procesům. Jeden z informantů potvrzuje, že díky substitučnímu centru léčí též svou virovou hepatitidu typu C a jedna z informantek podstupuje psychoterapeutické sezení. Dalo by se tedy říci, že spleť uváděných motivů dovede informanty do substitučního centra a tento krok může dále klienty motivovat k dalším zásadním změnám, ke kterým by se bez substituční léčby jen těžko odhodlali.

**Diskuze k tématu:** Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu sociální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

Zcela souhlasím se Stewartem, který se zmiňuje, že uživatelé drog přicházejí do léčby s mnohými sociálními problémy. Mezi tyto problémy patří: nezaměstnanost, bezdomovectví, nízké vzdělání, chudoba atd.

Jako nejvíce nápadný sociální problém Stewart zmiňuje kriminalitu a to ve formě krádeží v souvislosti opatřit si drogy (6).

Informanti v mém výzkumu uváděli určité sociální problémy, se kterými se potýkali, v období užívání heroinu. Tyto problémy, spadající pod sociální úroveň bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti, byly jedny z dalších mnoha motivů, které informanti zmiňovali jako rozhodující, pro nástup substituční léčby.

Všech osm informantů tvrdilo, že je k léčbě motivoval nějaký podnět z okolí. Ve třech případech informanti před nástupem na substituční léčbu hovořili s lékařem, který informantům sdělil, co tato léčba obnáší. Z výpovědí se dá usoudit, že informanti brali substituční léčbu jako nejmenší zlo, což je přímo výrok jednoho z informantů.

Jednu z informantek přivedl k léčbě bývalý přítel a tři informanti mi sdělili, že o tomto druhu léčby ví od známých, kteří také užívali drogy. Informanti tvrdili, že se to v jejich „partičce“ vědělo a že se mezi sebou podporovali.

Zaujalo mě, že toto tvrzení je v rozporu s tím co mi informanti odpovídali na později položenou otázku. Ptala jsem se na vztahy s přáteli v období, než nastoupili na léčbu. Ani jeden informant nezmínil, že by ho přátelé nějakým způsobem podpořili či motivovali. Uváděli, že tomu bylo spíše naopak. Jeden z informantů se dokonce rozčílil, neboť měl prý pocit, že ho přátelé spíše sváděli k užívání drog a odhodlání jít se léčit mu stěžovali. Zajímavé mi přišly výroky dvou informantů, kteří vyprávěli o tom, že k rozhodnutí jít nebo nejít se léčit, je zcela individuální a podotkli, že s tímto rozhodnutím, nemají kamarádi žádné dočinění.

Další otázka se týkala rodiny informantů. Zajímalo mě, zda byli podporováni a motivováni, nebo spíše naopak. Vágnerová uvádí, že se závislý člověk stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým a na rodině spíše parazituje (33). To co jsem se

však dozvěděla, bylo pro mě osobně velice zajímavé, neboť rodina byla pro informanty velkým motivačním zdrojem a dobré vztahy v ní pokládali informanti za velice důležité. Proto, bych rodinu bezesporu zařadila do soustavy motivů, které informanty vedli k nástupu substituční léčby.

Třem informantům užívání heroinu zkazilo vztahy s rodinou, ale z jejich výpovědí je patrné, že jim tento stav nebyl lhostejný a chtěli ho změnit. Zbýlých pět informantů o své rodině mluvilo velmi hezky. Uváděli, že je rodina ohledně léčby vždy podporovala a někteří informanti zmiňují fakt, že už nechtěli rodinu zklamat, nebo jí nechtěli dělat ostudu. Tyto výroky mě osobně přišly velmi zajímavé, neboť jsem předpokládala, že názory blízkých, nebudou pro informanty natolik důležité.

Další otázky se vztahovaly k tématu vzdělání. Zajímalo mě, zda mohlo být například nedokončené vzdělání a následná touha si ho dokončit motivem, k nástupu substituční léčby. Z analýzy výpovědí informantů se dá usoudit, že tomu tak nebylo. Dva z informantů nedodělali vysokou školu, ale nelitují toho a zbylí informanti nejčastěji uváděli, že ukončili pouze základní vzdělání, nebo si poté dodělali nějaký učební obor. Protože se v odpovědích neobjevoval žádný motiv k léčbě, neuváděla jsem odpovědi informantů ani v části výsledky.

Jako nulový motiv pro nastoupení léčby, bych prezentovala také „kvalitní“ bydlení (pojmem „kvalitní“ myslím prostory určené pro bydlení).

Jak je patrné z výsledků, pět informantů mělo bydlení své nebo bydleli s blízkými a zbylí dva uvedli, že bydlení ve squatu, garáži a na dalších obdobných místech jim nevadilo. Zbývajícimu informantovi dokonce nevadilo, bydlet na ulici. Z tohoto jsem usoudila, že „kvalitní“ bydlení u drogově závislých při rozhodování, zda se jít léčit nebo ne, hraje jen nepatrnou roli. U zde zmíněných informantů přímo nulovou.

Odpovědi týkající se zaměstnání již byly pro mou práci zajímavější. Vágnerová uvádí, že závislý jedinec postupně selhává v profesní roli, není schopen pravidelně chodit do zaměstnání, proto je velmi často nezaměstnaný s jedinou rolí a to s rolí narkomana, neboť motivace hledat jiné uplatnění je u drogově závislých malá (33). V tomto výzkumu se ovšem až na dva informanty všichni dotazovaní shodovali, že je zaměstnání v jejich životě důležité a že je nezaměstnanost spíše motivuje k hledání si

zaměstnání, nebo jiných alternativ, například i k vyhledání substituční léčby. Jeden z informantů uváděl, že ho poflakování již trápilo a dva informanti vyzdvihovali fakt, jak moc je důležitý pracovní režim a řád, který se nedá sloučit s dlouhodobým užíváním heroinu. To mě vedlo k zařazení zaměstnání, respektive potřeby stimulace a bezpečí (preference stálého zaměstnání), do soustavy motivů, které vedli informanty k nástupu substituční léčby.

Dalším dle mého subjektivního názoru velice silným motivem, který vedl informanty k léčbě, byl nedostatek financí, přesněji neustálé shánění vysokých finančních částek. Informanti uváděli, že museli každý den shánět částky, které přesahovali tisíce korun. Jeden z informantů to upřesnil a sdělil mi, že již nemohl donekonečna shánět tři a půl tisíce. Nekončící „kolotoč“ obstarávání peněz a drog popisovali i další čtyři informanti. Z tohoto důvodu, bych nepříznivou finanční situaci bezesporu opět zařadila do soustavy motivů, které informanty vedli k nástupu substituční léčby.

Dalším tématem byla kriminalita. Zajímalo mě, zda informanti páchali přestupky či dokonce trestné činy. Trestná činnost je velmi často zmiňovaná jako důsledek drogové závislosti, neboť finanční náročnost drogy, změna osobnosti a hodnotového systému uživatele drog zvyšují pravděpodobnost trestné činnosti závislých lidí (33).

Tři z informantů uváděli, že nikdy neměli žádné problémy s policií. Ze zbylých pěti odpovědí jsem opět usoudila, že strach z vězení, nebo samotná zkušenost s tím být vězněn, patří k dalším motivům pro nástup substituční léčby. Jeden z informantů podotýká, že byl odsouzen a následně podmíněčně propuštěn, ale i tato zkušenost měla pro něj význam ve smyslu odhodlání nastoupit na substituční léčbu.

Nejvíce mě každopádně zaujali odpovědi informantů, které se vztahovali, k návštěvě jiných zařízení, před nástupem na substituční léčbu. Dozvěděla jsem se, že pro dvě z informantek je toto první zařízení pro drogově závislé, které navštívily. Zbylí informanti zmiňovali, že navštěvovali kontaktní centrum pro drogově závislé. Velice mě překvapilo, že se zbývající informanti shodli na tom, že pro ně bylo kontaktní centrum dobré, pouze díky možnosti výměny injekčního materiálu, nebo jako útočiště v zimních měsících. Tento fakt přisuzuji tomu, že se nacházeli v prvním stadiu změny

motivace, konkrétně ve stádiu, kdy nestojí o změnu a chtějí pokračovat v návykovém chování (8).

**Diskuze k tématu: Jaké motivy vnímali respondenti jako důležité z ohledu spirituální úrovně, vycházející z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.**

Kalina popisuje spiritualitu jako vztah k tomu co nás přesahuje, k čemu se vztahujeme jako k nevyšší autoritě řádu či ideji (8). Takto jsem toto téma chtěla uchopit i v rozhovoru s informanty, ale následně vyplynulo, že je spiritualita něco, co se dá jen těžko popsat a uchopit. Spiritualita je velmi osobní a citlivé téma a dá se velmi stěží zařadit do běžných hovorů, které bychom chtěli sdílet s ostatními.

Tři informanty toto téma nezajímalo. Zmínili se, že pro ně spiritualita a víra nic neznamenala a neznamená, což jsem respektovala. Zajímavé však bylo, jak jeden z informantů mluvil o víře v sebe samotného a zmiňoval se o motivaci jako o spleti různých „věcí“. Další z informantů zmiňoval, že věří, že se heroin nedá porazit. Poté se zmínil pro mě osobně o zajímavé věci. Uvedl, že je křtěný a že shledává význam pátera, který může člověka dovést na lepší cestu. Také následující informant uvádí, že se díky víře dal psychicky do pořádku a že se snaží být lepším člověkem.

Řekla bych, že spiritualita není zcela častým motivem k nástupu léčby, ale dozajista je potřebné neopomíjet ji v léčbě, neboť může podporovat proces uzdravování.

Poslední zmiňovaným tématem byly hodnoty. Zde bych jen podotkla, že hodnoty nesouvisely přímo, s motivy k nástupu léčby. Zajímavé mi však přijde, jak výraznou změnu hodnot informanti pociťují, po nástupu této léčby. Jako své nynější hodnoty informanti nejčastěji uváděli rodinu, zdraví a práci. Myslím si, že tato změna hodnot je velkým přínosem jak pro jedince, tak pro společnost.

V předchozím textu bylo poukázáno na určité příčiny chování, neboli motivy, které měly na informanty vliv při rozhodování, zda podstoupit substituční léčbu, nebo dále užívat drogy. Zcela souhlasím s Rotgersem, který zdůrazňuje, že sociální činitelé,

kterými jsou kvalita života- rodina, přátelé, práce ... a zkušenosti, posilují počáteční rozhodnutí přestat (**31**). Spolu s těmito činiteli byly jako motivy zmíněny ještě potřeba být opět tělesně zdravý, potřeba vyhnout se strachu a nejistotě, a potřeba být lepším člověkem.

Motivy informantů tedy vycházejí ze všech úrovní bio-psycho-socio-spirituálního modelu, jsou neoddělitelně interakčně propojené, neboť změna v jedné oblasti často vyvolává odezvu v celém systému a ovlivní tak všechny ostatní úrovně.



## 6 ZÁVĚR

Výzkumná část bakalářské práce byla zaměřena na popis soustavy motivů, které v souladu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem vzniku, vývoje a udržování závislosti vedly jedince závislé na návykových látkách k odhodlání nastoupit substituční léčbu.

Uskutečněný výzkum dokládá, že před vstupem do substitučního metadonového programu na informanty působilo mnoho motivů. Respektive, mnohé vnější objekty byly prostředky k realizaci oněch motivů. Potvrdilo se, že všechny úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu jsou natolik propojené, že z každé úrovně tohoto modelu, vychází hned několik motivů, které ovlivnily informanty v rozhodování, zda podstoupit substituční léčbu. Informanty k léčbě motivoval jejich velmi špatný tělesný stav a potřeba být fyzicky opět v pořádku.

Také jistou hnací silou jít se léčit byl strach a nejistota, kterou zažívali každý den. Roli hrál i podnět z okolí, ať šlo o informaci o substitučním centru od známého nebo například od lékaře. Vztahy v rodině byly pro informanty nemalým motivem, neboť podporující rodinu už nechtěli dále trápit svým závislostním chováním, anebo chtěli porušené vztahy v rodině opět napravit, neboť měli dlouhou dobu neuspokojené potřeby radosti, štěstí a lásky.

Dotazovaní již nechtěli páchat trestnou činnost, uváděli důležitost zaměstnanosti a vydělávání si financí. Jak z výpovědí vyplynulo, vliv na informanty mělo také poznání a přiznání si toho, že s drogami to nejde, ale bez nich již také ne.

Úroveň spirituality nezůstala úplně bez reakce. Motivy z této úrovně vycházející nebyly tak četné jako v ostatních úrovních, avšak byla zmíněna například touha, stát se lepším člověkem.

Nelze tedy shrnout, co bylo pro informanty nejsilnějším motivem k nástupu substituční léčby. Vzájemná souhra všech zmíněných motivů a fáze akce, kdy potřeba změny převládne, vede jedince k rozhodnutí, jít se léčit v tomto případě, nastoupit léčbu substituční.

Na základě výstupů vyplývajících z rozhovorů jsem stanovila tři hypotézy:

**H1:** Akutní zdravotní problémy nejsou pro drogově závislé osoby více motivující k nástupu substituční léčby, než zdravotní problémy chronické.

**H2:** Pro nástup substituční léčby má větší význam vlastní přesvědčení o potřebě léčby, než nátlak z okolí.

**H3:** Drogově závislý, který již navštěvoval jiné zařízení nebo se již léčil, není více motivován k nástupu substituční léčby, než jedinec, který toto neabsolvoval.

V praxi lze práci využít především pro potřeby odborné veřejnosti, především sociálních pracovníků v oblasti léčby závislosti návykových látek, v nemocnicích, v léčebnách či jiných institucích. Motivace je velmi nesnadný proces, ale práce se závislým jedincem je v tomto směru velice důležitá, jak při podpoře jedince ve fázi rozhodování, zda přestat užívat drogy, tak i při nástupu do léčby a v neposlední řadě i v průběhu léčby samotné.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ATKINSON, R. L. *Psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 751 s. ISBN 80-717-8640-3.
- 2) *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 198 s. ISBN 978-807-3672-232.
- 3) EVANS, K. *Válka bez konce, aneb, Krátký smutný příběh o dlouhé válce proti drogám*. Vyd. 1. Praha: Volvox Globator, 2003, 110 s. ISBN 80-720-7508-X.
- 4) EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Stav drogové problematiky v Evropě: Výroční zpráva za rok 2012*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2012. ISBN 978-92-9168-534-9.
- 5) FÜRST, M. *Psychologie: včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Vyd. 1. Olomouc: Votobia, 1997, 263 s. ISBN 80-719-8199-0.
- 6) GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009, 104 s. ISBN 978-808-7041-819.
- 7) GÖHLERT, F. a F. KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001, 143 s. ISBN 80-720-2950-9.
- 8) KALINA, K. a E. BUNING. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-61.
- 9) KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-62.
- 10) KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
- 11) LÜLLMANN, H., K. MOHR a M. WEHLING. *Farmakologie a toxikologie*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-7169-976-4. Kapitola Opiáty/Opioidy, s. 308–323
- 12) MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 159-163. ISBN 80-86734-05-61.

- 13) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 14) MZ ČR. *Standard substituční léčby. Věstník MZ ČR* [online]. 30.5.2008 [cit. 14.12.2013]. Dostupné z: <http://www.transfuznispolecnost.cz/doc/normy/Vestnik3.pdf>
- 15) NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování: otázky a odpovědi : [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1996, 198 s. ISBN 80-200-0592-7.
- 16) NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: [současné poznatky a perspektivy léčby]*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672-676
- 17) NIERMEYER, R., SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. Vyd.1. Praha: Grada, 2005. 109 s. ISBN 80-247-1223-7.
- 18) NMS. *Detoxikace* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 15.10.2010 [cit. 17.11.2013]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/detoxikace](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/detoxikace)
- 19) NMS. *Droga ( Drug)* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 08.12.2010 [cit. 17.11.2013]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/droga\\_drug](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/droga_drug)
- 20) NMS. *Mapa pomoci* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003-2006 [cit. 17.11.2013]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>
- 21) NMS. *Metadon* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 02.12.2010 [cit. 10.12.2013]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/m/metadon](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/metadon)
- 22) NMS. *Opiát* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 04.10.2005 [cit. 14.12.2013 ]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opiat](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opiat)
- 23) NMS. *Opioid* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 09.12.2010 [cit. 14.12.2013 ]. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/o/opioid](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/o/opioid)

- 24) NMS. Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách. *Zaostřeno na drogy 2/2003* [online]. Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno\\_na\\_drogy/2003\\_zaostreno\\_na\\_drogy/zaostreno\\_na\\_drogy\\_2003\\_02\\_cislo\\_2\\_2003](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2003_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2003_02_cislo_2_2003)
- 25) NMS. *Substituční léčba v ČR: něco z historie* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008b. [cit. 15.12.2013]. Dostupné z [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/substitucni\\_lecba/substitucni\\_lecba\\_v\\_cr\\_neco\\_z\\_historie](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_lecba_v_cr_neco_z_historie)
- 26) NMS. *Tolerance* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Aktualizováno: 04.10.2005 [cit. 17.11.2013]. Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/t/tolerance](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/tolerance)
- 27) PEŠEK, R., A. VONDRÁŠKOVÁ a O. VESELÝ. *Drogová závislost, aneb, Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, c2007, 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
- 28) POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ a A. TOMKO. *Patologické závislosti*. Vyd.1. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 194 s. ISBN 80-86568-02-04.
- 29) POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. s. 221-226. ISBN 80-86734-05-6
- 30) PREVENT o. s. Substituční centrum Prevent, *Metadone* [online]. 2013 [cit. 10.12.2013]. Dostupné z: <http://sc.os-prevent.cz/sluzby/metadon>
- 31) ROTGERS, F. *Léčba drogových závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 260 s. ISBN 80-716-9836-9.
- 32) ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3.

- 33) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.
- 34) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- 35) VERSTER, A. a E. BUNING. *Buprenorfin: rozbor kritických otázek*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 52 s. ISBN 978-808-7041-116
- 36) ZÁBRANSKÝ, T., A. VONDRÁŠKOVÁ a O. VESELÝ. *Drogová epidemiologie: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

drogy

drogově závislý

bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

motivace

léčba drogově závislých

substituce

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 2: Informovaný souhlas



## **Příloha č. 1: Polostrukturovaný dotazník**

JMÉNO:

VĚK:

ZAČÁTEK EXPERIMENTOVÁNÍ/UŽÍVÁNÍ DROG:

ZAČÁTEK UŽÍVÁNÍ OPIÁTŮ:

ZAČÁTEK NÁSTUPU SUBSTITUČNÍ LÉČBY:

- 1) Můžete mi na začátek povědět něco o vaší drogové kariéře?
  
- 2) Prosím, představte si období, než jste začal/a navštěvovat toto substituční centrum?  
Jak jste se cítil/a a co si myslíte, že Vás vedlo (motivovalo) k tomu, že jste vstoupil/a do substitučního programu?
  
- 3) Splnila se vaše očekávání o substitučním centru?

### **Nyní se vás zeptám ještě podrobněji:**

- 1) Jak jste se cítil/a po zdravotní stránce, než jste navštívil/a substituční centrum?  
Povězte mi vše, co vás trápilo. Bolesti? Infekce? Abstinenční příznaky? ...
  
- 2) Jak jste se cítil/a po psychické stránce, než jste navštívil/a substituční centrum?  
Povězte mi vše, co vás trápilo. Deprese? Úzkosti? Paranoia? Strach?....
  
- 3) Jaká byla Vaše sociální situace, než jste navštívil/a substituční centrum?
  - Okolí
  - Rodina
  - Přátelé
  - Škola

- Zaměstnání
- Bydlení
- Finance
- Kriminalita
- Zařízení pro drogově závislé (K-centra atd.)

4) Teď se zeptám, znamenala pro vás ve vašem životě něco spiritualita?

Něco co nás přesahuje, co vám pomohlo uskutečnit změnu?

Víra v něco?

Nové uspořádání hodnot?

## **Příloha č. 2: Informovaný souhlas**

Vážený kliente/tko substitučního centra,

jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a pro mé úspěšné dokončení studia je důležité zpracovat bakalářskou práci.

Tématem mé práce je: Motivace nástupu substituční léčby u závislých na drogách.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o souhlas k rozhovoru. V rámci zachování Vaši anonymity, budou smazaný veškeré zvukové i textové záznamy a nikde nebude zveřejňováno Vaše jméno.

S vřelým poděkováním Tereza Krišková

Souhlasím, s poskytnutím anonymního rozhovoru pro akademické účely studentce Tereze Kriškové.

ANO- NE

Podpis autora práce

.....

Podpis respondenta

.....