

Obsah

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1. Základní terminologie	6
2. Omamné a psychotropní látky	7
2.1. Klasifikace omamně psychotropních látek	8
2.2. Stimulancia	9
2.2.1. Obecná charakteristika	9
2.2.2. Dělení a přehled stimulantů	11
2.2.2.1. Přírodní stimulanty	11
2.2.2.2. Semisyntetické stimulanty	11
2.2.2.3. Syntetické stimulanty	12
3. Závislost	17
3.1. Definice závislosti	17
3.1.1. Definice závislosti dle MKN-10	18
3.1.2. Definice závislosti dle DSM-IV	19
3.2. Psychická závislost	20
3.3. Fyzická závislost	21
3.4. Modely závislostí – příčiny vzniku závislosti	21
3.4.1. Neurobiologie závislosti	22
3.4.2. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti	23
4. Léčba závislosti	27
4.1. Mezioborový přístup k léčbě závislosti	27
4.2. Druhy terapií a intervencí	28
4.2.1. Farmakoterapie	29
4.2.2. Psychoterapie	30
4.2.3. Rodinná terapie	34
4.2.4. Sociální práce	35
4.2.5. Sociální rehabilitace	36
4.2.6. Svépomocné programy	37
4.3. Zařízení poskytující léčebnou intervenci v ČR	37
4.3.1. Ambulantní léčba	37
4.3.2. Detoxikační jednotky	41
4.3.3. Střednědobá ústavní léčba	42
4.3.4. Terapeutické komunity	43

4.3.5. Následná péče	44
5. Legislativní rámec drogové problematiky	45
5.1. Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb. a Úmluvy OSN týkající se OPL	45
5.2. Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. (nahrazující Trestní zákon č. 140/1961 Sb.)	46
5.3. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.	48
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	51
6. Výzkum	51
6.1. Cíle výzkumu	51
6.2. Výzkumné hypotézy	51
6.3. Metodologie výzkumu	51
6.4. Charakteristika výzkumného vzorku	52
6.5. Výsledky celorepublikového šetření	53
6.6. Výstupy z výzkumu ambulantních programů	57
6.7. Výstupy z výzkumu zaměřeného na psychiatrickou ambulantní léčbu	63
6.8. Výstupy z výzkumu zaměřeného na AT ambulance.....	67
6.9. Vyhodnocení výzkumných hypotéz	71
6.10. Diskuze	73
III. ZÁVĚR	75
Seznam literatury a pramenů	76
Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	81
Seznam příloh	83
Anotace	

Úvod

Možnosti a formy ambulantní léčby osob závislých na pervitinu je název mé diplomové práce, který by měla odpovědět na tři základní otázky: jaké subjekty tuto službu poskytují, jest-li jsou dostupné pro všechny potencionální klienty v celé České republice (ve všech krajích) a jaké jsou možnosti těchto subjektů. Možnostmi je myšleno personální zajištění, čas vyhrazený pro klienta, atd. Tato práce je psána z důvodu velkého nedostatku prací psaných na toto téma. Před několika lety byl prováděn výzkum v této oblasti na jehož základě mělo dojít k reorganizaci ambulantních léčebných služeb, ale do dnešní doby se tak stále nestalo a situace je nadále nevyhovující a nepřehledná. Těmto otázkám se věnuji hlavně v druhé části práce, tedy v části praktické.

Teoretická část práce se skládá ze čtyř základních kapitol, které na sebe navazují v logické souvislosti. Nejdříve jsem pojednávala o omamných a psychotropních látkách, jejich druzích a základních účincích. Podrobně jsem se zaměřila na skupinu látek zvané stimulanty a obzvláště na jejího v České republice nejznámějšího zástupce – pervitin. Druhá kapitola se nazývá závislost a představuje nám problematiku definice, klasifikace, diagnostiky a příčin vzniku závislosti na které je brán hlavní zřetel. Následuje kapitola léčba závislosti, která se zabývá jak komplexním systémem léčby závislosti, tak obzvláště systémem léčby ambulantní. Poslední kapitola slouží k seznámení se související legislativou, která je nezbytná pro ucelený přehled drogové problematiky a je hlavně nezbytná pro pracovníky v těchto službách.

Výzkum o němž jsem se zmiňovala už výše je rozdělena do dvou částí. První fáze výzkumu sloužila k obstarání dat, která mi následně umožnila provedení druhé části výzkumu. Tato data pojednávají o stavu subjektů poskytujících ambulantní léčbu v naší zemi – formy, počty a rozložení zařízení v rámci krajů. Výsledkem je obstarání základního výzkumného vzorku, ze kterého je vybrán vzorek reprezentativní. Reprezentativní vzorek je pak již přímo osloven a slouží k obstarání podrobných informací, tedy možností těchto zařízení.

Mou motivací pro zpracování tématu je možnost podání aktuálních informací z této oblasti, které by mohli následně sloužit jako odrazový můstek novému pojetí nevyhovujícího systému ambulantní léčby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Terminologie

- **Adrenalin** – hormon vylučovaný dřením nadledvinek, základní hormon stresové reakce
- **AT ambulance** – ambulance pro alkohol a toxikomanií
- **Dilatace** – rozšíření
- **Dopamin** – chemická látka vznikající v hypotalamu, neurotransmitter a neurohormon
- **Koedukovaný** – společný pro ženy i pro muže
- **Neurotransmise** – chemický přenos signálu (informace) na synapsi, přenos impulsu z neuronu na neuron
- **Paradigma** - soubor předpokladů vytvářející rámec pro existenci určitého jevu
- **Prekursor** – látka sloužící k výrobě OPL
- **Prevalence** – demografický ukazatel, poměr počtu „nemocných“ k počtu obyvatel
- **Rezidenční** – pobytové
- **Serotonin** – neurotransmitter ovlivňující náladu
- **SUR** – psychoterapeutický dynamický a hlubinný směr, název je zkratkou jmen zakladatelů: Skála – Urban - Rubeš
- **Synaptická štěrbina** – mezera mezi dvěma neurony, kde dochází k přenosu informací

2 Omamné a psychotropní látky

V úvodu kapitoly si vymežíme základní pojmy, seznámíme se s rozdělením omamných a psychotropních látek (dále OPL) a jejich obecnou charakteristikou. Nejvíce pozornosti bude věnováno skupině látek zvané stimulancia, a to jejímu zástupci metamfetaminu (pervitinu), jenž je stěžejní látkou této práce.

Termín OPL, který jsem si vybrala jako hlavní pro svou práci, není jediným odborným výrazem, kterým lze označit vymezenou skupinu psychoaktivních látek. Užívají se také pojmy **návyková látka** a **droga**. Termíny OPL a droga jsou ve své podstatě zcela identické, rozdíl lze spatřit pouze v oblasti užívání těchto pojmů, kdy OPL v současné době „vytlačila“ pojem droga z odborných kruhů a užívá se spíše mezi širokou veřejností. OPL a droga tedy označují tytéž látky, mezi něž spadají i látky návykové.

Drogu lze definovat několika způsoby. Ve slovníku cizích slov je popsána jako „*omamující prostředek, dráždivý přípravek (bez lékařské kontroly mnohdy škodlivý)*“, nebo z lékařské oblasti jako „*surovina rostlinného nebo živočišného původu užívaná po určité úpravě (např. usušení) jako léčivo*“ (KLIMESŠ, 1985, s. 125). Z této definice jest patrné, že termín droga byl nejdříve užíván ve farmaceutické oblasti pro označení léků a léčiv. Postupně, ruku v ruce s hromadícím se zneužíváním těchto látek, se začal více používat k označení nelegálních substancí, nebo legálních, které ale nebyly užívány pro svůj léčivý, ale omamný účinek. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje drogu jako „*jakoukoliv látku (substanci), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí*“ (NOŽINA, 1997, s. 9). J. Presl udává jako drogu každou látku, bez ohledu na její původ, která splňuje dvě základní kritéria: ovlivňuje psychiku člověka a může u něj vyvolat závislost (NOŽINA, 1997).

Termínem návykové látky označujeme OPL jenž vyvolávají závislost, tento výraz je zakotven v zákoně č. 167/1998 Sb. O návykových látkách a v Trestním zákonu č. 140/1961, jenž v § 89 definuje návykovou látku takto – „*Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobitelné nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování.*“

Mechanismus účinku OPL spočívá v ovlivnění funkce centrální nervové soustavy (dále CNS) a následně periferní nervové soustavy prostřednictvím narušení neurotransmise. Jednotlivé druhy OPL působí na různé fáze neurotransmise, následný pozměněný stav

organismu je tedy odvislý od typu užití drogy a samozřejmě i od jejího množství. OPL naruší běžný chod organismu, nastolí nové podmínky, které trvají pouze po dobu účinku užití látky, a lze je prodloužit opakovanou aplikací drogy. Některé OPL se mohou opakovaným užíváním zabudovat do látkové výměny organismu a tělo se na nich stane závislým.

2.1 Klasifikace OPL

OPL můžeme rozdělit do několika skupin, a to pomocí různých klíčů či úhlů pohledu. Z hlediska zaměření této práce, bude nejvíce pozornosti věnováno klasifikaci podle účinku OPL na psychiku.

Dle legislativního pojetí dělíme OPL na **legální** a **nelegální**. Do skupiny legálních drog řadíme tabák a alkohol, pro jejichž užití je zákonem stanovena minimální věková hranice a i jejich užívání je dále legislativně upraveno (např. zákaz kouření na zastávkách, zákaz řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu, aj.), dále sem řadíme kávu, čaj a některé druhy volně prodejných těkavých látek a léků. Legalizace daných OPL je podmíněna historickým vývojem dané společnosti, kulturními zvyklostmi, společenským a politickým uspořádáním a tradicemi.

Velice diskutované dělení OPL je na **měkké** a **tvrdé** (lehké x těžké) drogy. K měkkým drogám řadíme kávu, tabák, alkohol a konopné látky, ovšem zejména alkohol se pohybuje na velmi tenké hranici mezi oběma skupinami. Tvrdost a měkkost vyjadřuje stupeň rizika vzniku závislosti a možnosti poškození organismu na úrovni tělesné či duševní, a to jak dočasné, tak i trvalé. Toto dělení se nejvíce užívá v obecné populaci.

Dále můžeme návykové látky rozdělit podle původu na **přírodní**, **syntetické** a **semisyntetické** (ZÁBRANSKÝ, 2003). Semisyntetické látky jsou vyrobeny uměle, ale mají přírodní původ, představitelem této skupiny je např. kokain, morfin, heroin, LSD. Zástupci přírodních OPL jsou např.: konopné produkty, opium, koka, lysohlávky a mnoho dalších psychoaktivních hub, rostlin a živočišných jedů. Do skupiny syntetických drog řadíme hlavně amfetaminy, MDMA, opioidy, těkavé látky a některé léky.

Klasifikace OPL dle jejich účinku na psychiku, které je v odborné adiktologické oblasti nejvíce využíváno, stojí na znalosti chemického složení jednotlivých látek a mechanismu působení na živý organismus. OPL tedy z tohoto hlediska dělíme do tří základních skupin: **stimulancia**, **tlumivé látky**, **halucinogeny**, a to na základě primárního

účinku dané látky (KALINA, 2008). Přehled látek zastupující jednotlivé skupiny viz. tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 – Rozdělení OPL dle účinku

Tlumivé látky	Stimulancia	Halucinogeny
benzodiazepiny	amfetaminy	konopné produkty
barbituráty	kokain	LSD
alkohol	crack	mescalín
opiáty	těkavé nitráty	psilocybin
těkavé látky	nikotin	MDMA
	kofoin	těkavé látky

2.2 Stimulancia

Tato skupina látek, též nazývaná psychostimulancia, primárně povzbuzuje organismus k vyššímu výkonu a výrazně zpomaluje nástup únavy, a to jak na úrovni fyzické, tak i psychické. Stimulandy nedodávají energii, ale vyčerpají její zásoby z organismu, následkem jejich užití je tedy patologická únava.

Látky této skupiny jsou pro své výše popsané povzbuzující účinky, které jsou ve společnosti vysoce ceněny, nejvíce zneužívanou skupinou OPL na celém světě (nepočítáme kofoin, nikotin, alkohol a tein).

Do této skupiny látek spadá metamfetamin, neboli pervitin, který je nejčastěji zneužívanou tvrdou drogou v České republice. „V letech 2002–2008 je počet problémových uživatelů pervitinu odhadován na přibližně 20–22 tisíc osob; uživatelé pervitinu tvoří dlouhodobě přibližně dvě třetiny z přibližně 30 tis. odhadovaných problémových uživatelů drog v ČR.“ (MRAVČÍK, 2009, s. 92).

2.2.1 Obecná charakteristika

Již z názvu je patrné, že látky této skupiny stimulují organismus, a to pomocí sympatiku, který je součástí vegetativního nervového systému. Sympatikus je zodpovědný za zvýšení srdeční akce, což vede k následnému zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku,

dále za rozšíření dýchacích cest, zvýšení průtoku krve kosterním svalstvem na úkor trávicího systému a za mydriázu. Sympatikus je aktivován zvýšenou koncentrací **dopaminu, noradrenalinu a serotoninu** v synaptické štěrbině. Tyto neurotransmitery jsou z jedné strany zvýšeně produkovány, z druhé strany je sníženo jejich zpětné vychytávání, což po skončení účinku dané drogy vede k vyčerpání organismu, tzv. „dojezdu“, který se projeví vzestupnou potřebou spánku, nárazovým zvýšením příjmu potravy, bolestmi svalů, kloubů a „depressivním“ naladěním.

Na základě těchto pozměněných fyziologických pochodů dochází ke zvýšení psychomotorického tempa, snižuje se potřeba spánku a chuť k jídlu. Jsou urychleny kognitivní procesy, jejichž kvalita je však oproti běžnému fyziologickému chodu snížena. Dostavuje se pocit euforie, síly a energie. (KALINA, 2003)

Stimulancia jsou látky jenž způsobují „pouze“ **silnou psychickou závislost**, která nastupuje řádově po několikaměsíčním opakovaném užívání. Odvykáci stav není nebezpečný pro zdraví uživatele, ani pro jeho život a je charakteristický výraznou touhou po droze, která se může objevovat i po několika měsících abstinence. Po somatické stránce se tělo vypořádává s opakovaným vyčerpáváním, nespavostí a se sníženým příjmem potravy, což mu zabere několik dní. Co se týče psychiky, po vysazení drogy je člověk úzkostný, depresivní, objevují se u něj suicidální myšlenky, nespavost a podrážděnost. Tyto příznaky vymizí řádově během několika týdnů až měsíců. Vznik závislosti není jediným rizikem užívání látek této skupiny.

Dlouhodobé užívání stimulancií zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, cévních mozkových příhod, poruch motorických funkcí, extrémní vyhublosti, poruch paměti a rozvinutí toxické psychózy. Většina těchto somatických komplikací je reverzibilní, nelze ale zaručit, že se poškozená funkce vrátí zcela do původního stavu. Toxická psychóza (dále TP) je nejčastěji zapříčiněna právě dlouhodobým užíváním stimulancií, ale může jí navodit i jednorázové užití nadměrné dávky. Pro TP jsou charakteristické paranoidní stavy, které mají nejčastěji podobu pronásledování, změny nálady a halucinace (sluchové, zrakové i taktilní). Léčba TP může mít formu ambulantní i pobytovou, u těžších stavů, kdy je jedinec odpoután od reality a jsou přítomny halucinace a depresivní rozladění, vždy volíme hospitalizaci v psychiatrické léčebně. K léčbě jsou užívána zejména psychofarmaka. Základní podmínkou léčby je samozřejmě abstinence.

2.2.2 Dělení a přehled stimulantů

Stimulanty dělíme na přírodní, syntetické a semisyntetické.

2.2.2.1 Přírodní stimulanty

Hlavním zástupcem skupiny stimulačních látek přírodního původu je **Koka pravá** (*Erythroxylon coca*), jejíž účinnou látkou je **kokain**, který byl izolován v pol. 19. století lékárníkem F. Gaedckem. Tato rostlina se vyskytuje převážně v Jižní Americe, kde je užívána místními obyvateli k zahnání únavy při velice namáhavé fyzické práci ve vysokých nadmořských výškách. Tradičním způsobem konzumace je žvýkání kokových listů smíchaných s popelem. Koka se začala šířit po světě již v 1. pol. 16. století díky zámořským objevitelům a dobyvatelům. Po objevení a izolování se kokain uchytil na poli medicíny jako velice účinné anestetikum. Nejvíce se využíval v obličejové chirurgii, neboť má navíc vazokonstrikční účinky.

Samotné kokové listy se v současnosti užívají velice málo, hlavními konzumenty jsou převážně jihoameričtí obyvatelé. Koka je však žádaným vývozním artiklem, který neslouží k přímé konzumaci, nýbrž k výrobě kokainu. Kokain se vyrábí chemickou přeměnou kokové pasty na bílý prášek kokainhydrochlorid. Na výrobu 1 kg kokainu je potřeba cca 100-170 kg kokových listů. (NOŽINA, 1997).

Dalším zástupcem přírodních stimulantů je **Kata** (*Catha edulis*), která roste na Arabském poloostrově, kde se také převážně užívá. Kata se svým účinkem nejvíce blíží marihuaně, lze jí užívat žvýkáním, kouřením nebo rozpuštěním katového prášku v mléce.

2.2.2.2 Semisyntetické stimulanty

Kokain byl již okrajově zmíněn v kapitole přírodní stimulanty, má sice rostlinný původ, ale je vyráběn chemickou cestou v laboratořích, takže ho primárně řadíme do skupiny semisyntetických drog. Oproti koce je kokain rozšířen téměř po celém světě, nejvíce se užívá v severní Americe a Kanadě. Z Evropy je největším konzumentem Velká Británie, na zbytku kontinentu se užívá spíše okrajově, tzn. že nepatří mezi nejčastěji zneužívané OPL, ale jeho užívání má i zde svou tradici.

Kokain se nejčastěji užívá šňupáním (sniffing), i.v. aplikace není častá. Dá se označit za drogu rekreační nebo víkendovou, většinou tedy není primární drogou uživatele, a to hlavně díky její vysoké ceně.

Účinek kokainu je v porovnání s ostatními stimulanty krátký, trvá cca kolem 1 hodiny. První užití nemusí navodit očekávaný příjemný zážitek, ale naopak může způsobit podrážděnost a slabost. Kokain má oproti jiným stimulantům výrazně vyšší anorektický účinek, pro nějž je často zneužíván. Typickým příznakem užití kokainu je zvýšení libida a ztráta zábran.

Stejně jako u ostatních stimulantů je užívání kokainu velikou zátěží a rizikem pro kardiovaskulární systém. Vzhledem k tomu, že je převážně užíván šňupáním, často narušuje nosní sliznici, toto poškození je v mnoha případech nezvratné a může se při zanedbání rozvinout až v nekrózu tkáně. Závažnou komplikací je ztráta čichu či jeho narušení, které je též nereverzibilní.

Fyzická závislost na kokainu nevzniká, o to silnější je ta psychická (dle některých autorů je ze skupiny stimulantů nejsilnější). Tolerance k látce vzrůstá i klesá velice rychle, což je nebezpečné vzhledem k tomu, že předávkování může mít latentní následky a že, jak už bylo zmíněno výše, je drogou rekreační či víkendovou. Předávkování se projevuje křečemi, zvýšenou teplotou a postupným kolabováním kardiovaskulárního systému, předávkovaný umírá na selhání dýchacího centra. Dalším rizikem je rozvinutí toxické psychózy, která má nejčastěji podobu tělesných halucinací a pronásledování.

Pokud hydrochlorid kokainu tepelně upravíme společně s jedlou sodou a éterem, vznikne tzv. **volná báze**, neboli **Crack**. Crack má podobu bílých krystalků, které se kouří, nebo inhalují z alobalu, na kterém je zahříván. Aktivní látkou je kokain, mechanismus účinku, jeho doba působení i projevy jsou tedy identické s kokainem, jen o něco málo silnější. Crack velice rychle vyvolává silnou psychickou závislost.

2.2.2.3 Syntetické stimulanty

Základní látkou této skupiny drog je **Amfetamin** (alfa-metyl-fenetylamin), z něhož další chemickou úpravou vznikají deriváty metamfetamin, fenmetrazin a dexfenmetrazin. Amfetamin byl syntetizován r. 1887 z **efedrinu**. Jeho účinky byli popsány až ve 20. století, konkrétně r. 1928 Gordonem Allenem. Své první uplatnění našel (jako většina drog) v medicíně a to hlavně při léčbě narkolepsie. Odtud pravděpodobně pochází i jeho přízvisko „budivý amin“. Déle se využíval při léčbě obezity, hyperkineze u dětí, poruchách

pozornosti a při depresích. Kromě budivých a anorektických účinků působí také euforicky, i když o něco méně než jeho další deriváty. Tohoto účinku se hojně využívalo v období 2. světové války u bojových letců (Japonsko) a u doktorů v polních nemocnicích.

V dnešní době se amfetamin užívá nejčastěji v podobě bílého prášku, či tablet a to buď šňupáním, perorálním podáním, nebo injekční aplikací. Lze ho i inhalovat, ale není dostatečně těkavý, takže pro tento způsob aplikace není zcela vhodný. K inhalačnímu užití se nejlépe hodí metamfetamin v krystalické podobě, neboli **Ice**, který se nejvíce rozšířil v USA jako konkurent cracku.

Amfetamin je, co se týče Evropy, nejrozšířenější drogou této skupiny. Jeho užívání má tradici ve Velké Británii (dále VB), Německu a severských státech. V r. 2008 byly země s nejvyšší prevalencí užívání amfetaminů v běžné populaci mezi 15-64 lety právě VB (11,9 %), Dánsko (6,9 %) a Norsko (3,6 %). V ostatních zemích západní Evropy se stále v popředí drží kokain a ve východních zemích má svou tradici další zástupce této skupiny – **Metamfetamin**, neboli **Pervitin**. K těmto zemím se řadí i Česká republika, která mezi nimi, co se týče spotřeby a problémových uživatelů, drží prvenství. Na druhém místě se nachází Slovensko, které v r. 2006 udávalo přibližně 6 200–15 500 uživatelů metamfetaminu (EMCDDA 2008). „*Metamfetamin se stal na Slovensku primární drogou nejčastěji uváděnou osobami žádajícími poprvé o léčbu a představuje 25% všech žádostí o léčbu drogové závislosti. V České republice uvádí metamfetamin jako primární drogu 59% všech klientů léčených z drogové závislosti. Klienti léčení v souvislosti s metamfetaminem uvádí vysokou míru injekčního užívání této drogy: na Slovensku asi 50% a v České republice 80 %.*“ (EMCDDA, 2008, s. 52-53).

Tabulka č. 2 – Počet problémových uživatelů v ČR

	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů	Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
2004	30 000	9 700	20 300	27 000
2005	31 800	11 300	20 500	29 800
2006	30 200	10 500	19 700	29 000
2007	30 900	10 000	20 900	29 500
2008	32 500	11 300	21 200	31 200

Odhad problémového užívání dle dat od nízkoprahových zařízení – (NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, 2009, s. 24)

Dlouhá léta se mělo v obecné populaci za to, že je pervitin českým vynálezem. My jsme ale pouze našli způsob jak si ho vyrobit v domácích podmínkách a zajistili jsme si

tak výrobní soběstačnost. Metamfetamin byl syntetizován r. 1888 v Japonsku a jeho název pochází z němčiny.

Základní látkou, neboli prekurzorem, pro výrobu pervitinu je stejně jako u amfetaminu **efedrin**. Ten je nejčastěji izolován z dostupných léčiv jako je např. paralen či modafen, dále může být získán z rostliny chvojník (*Ephedra vulgaris*), která se vyskytuje v určitých oblastech Slovenska a nebo přímo z čistého efedrinu z průmyslové výroby. K výrobě pervitinu je dále potřeba louh, červený fosfor a základní chemické znalosti. Při domácí výrobě dochází často k nedokonalému zpracování a výsledkem tedy není čistý metamfetamin, ale mezistupeň obsahující příměsi, které mohou být pro organismus nebezpečné. Výsledkem by měl být bílý prášek hořké chuti.

V předrevolučním období byly domácí varny hlavním zdrojem pervitinu. Situace na černém trhu se však poněkud změnila. Domácí varny mají stále svou tradici, živí se na nich „vařič“ a nejbližší okolí, které mu pomáhají získávat potřebné ingredience k výrobě. Vyrobená droga slouží převážně k jejich osobní spotřebě, jen malé procento látky jde na prodej. Hlavním článkem se stala organizovaná výroba, která má pod palcem mnoho menších domácích varen, ale i velké laboratoře. Za touto produkcí již stojí organizovaná zločinná seskupení, převážně ruského a českého původu. Veškerá produkce míří na černý trh, převážně český, ale vyvážejí např. i do Německa či Rakouska. (ZÁBRANSKÝ, 2003).

Pervitin lze aplikovat několika způsoby, mezi nejčastější patří i.v. aplikace, která zajistí nejrychlejší, tedy okamžitý nástup účinku drogy, tzv. „nájezd, nástřel“. Další oblíbený způsob užívání je sniffing, účinek se dostaví v rozmezí 5-10 minut. Okrajově lze využít perorální aplikaci, kdy se první projevy intoxikace dostaví cca za 30 min. po podání, či inhalaci. Účinek má poměrně dlouhé trvání, cca 8-24 hodin, po kterých nastupuje tzv. dojezd.

Mechanismus účinku pervitinu (GRAY, 2006) : pervitin ovlivňuje vylučování adrenalinu a neurotransmiterů dopaminu a serotoninu. Zásadní látkou způsobující účinek pervitinu je **dopamin**. Při užití pervitinu dojde v limbickém systému k uvolňování dopaminu, který způsobuje libé pocity. Dopamin, který byl uvolněn se přesune na specifické neurony z nichž je vyloučen dopaminárními transportéry do synaptické štěrbině, z které si jej odebere druhý neuron pomocí dopaminárních receptorů. Po předání této informace si jej vysílající neuron zpětně vychytá. Ke zpětnému vychytání dopaminu však po aplikaci pervitinu nedojde, tento proces je z jeho strany blokován viz. obrázek č. 1. Dopamin zůstává v synaptické štěrbině a další je do ní neustále produkován. Tímto pervitin zajistí několikahodinový přísun příjemných pocitů. Po skončení účinku jsou neurotransmitery vyčerpány, následkem jsou nepříjemné pocity, tzv. dojezd. Při

dlouhodobém užívání bude člověk cítit touto po dalším extrémním vyplavení dopaminu a jeho depresivní rozlady při a po dojezdu budou stupňovány. Zvýšená sekrece **adrenalinu** z nadledvinek má za následek, zvýšení činnosti kardiovaskulárního systému, zrychlené dýchání, pocení, třes a nervozitu. Po odeznění účinku a snížení jeho hladiny dochází k celkové únavě a vyčerpání organismu, bolesti svalů a kloubů.

Na pervitinu vzniká silná psychická závislost a to ve velmi krátkém čase, poměrně rychle také stoupá tolerance. Fyzická závislost není přítomna. Účinky pervitinu jsou skoro totožné s ostatními zástupci skupiny stimulancií: snížení únavy, euforie, nechutenství, nabuzení organismu k vyššímu fyzickému i psychickému výkonu (na úkor efektivity a kvality), snížení potřeby spánku, motorický neklid (až typická „vykroucenost“); v těle se zvýší krevní tlak i tep, dojde k dilataci zornic, stoupne dechová frekvence a uvolní se energetické zásoby organismu, který takto může dojít až k úplnému vyčerpání. Na psychické úrovni způsobí zvýšení sebevědomí a sebedůvěry ve své schopnosti,lepší pozornost a soustředěnost, zvýrazní schopnost empatie a uvolní zábrany. Po vymizení pozitivně hodnocených účinků se dostaví únava, vyčerpání, podráždění, depresivní ladění, úzkost, strach a „vlčí“ hlad (KALINA, 2003).

Užívání pervitinu sebou přináší určitá rizika, kterými nejsou ohroženi pouze jedinci jež jej užívají dlouhodobě. I první užití může vyvolat akutní intoxikaci, která v kombinaci s vysokým tělesným vypětím může skončit i smrtí. Projevy akutní otravy jsou skoro totožné se stavem, který lidé od pervitinu vyžadují. K výše uvedeným příznakům se však přidá bolest hlavy, bolest na hrudi, arytmie, dýchavičnost, extrémní hyperreflexie, mohou se dostavit i křeče, delirium a koma.

Při dlouhodobém užívání se uživatel vystavuje riziku poškození CNS, narušení funkce srdce, jater, sleziny a plic, dále mu hrozí celkové vyčerpání organismu, sešlost, podvýživa, bolesti kloubů, poruchy spánku, nevolnosti a zvracení, mimovolní záškuby, třes, aj. Komplikace nezpůsobuje jen samotná droga, ale i způsob jejího užívání. U pervitinu, jak už bylo zmíněno, je nejčastěji volená cesta k vpravení do organismu pomocí injekční stříkačky, což může mít za následek předávkování, přenos nákazy různých onemocnění od žloutenky typu C až po vir HIV, záněty povrchových i hlubokých žil, vzniky abscesů i nekrózy v místě vpichu. Po psychické stránce se také uživatel nebude cítit dobře, může očekávat neklid, úzkost, strach, napětí, podrážděnost, deprese, vztahovačnost, přecitlivělost, zmatenost, podezřívavost či sebevražedné tendence. Může dojít ke vzniku poškození paměti a koncentrace. Velmi častou a nepříjemnou komplikací je **toxická psychóza**, neboli paranoidně-halucinační syndrom.

Posledním zástupcem této skupiny je taktéž derivát amfetaminu **MDMA** zvaný **Extáze**. Lze ji zahrnout jak do skupiny stimulantů, tak i do skupiny halucinogenů. Extázi řadíme mezi drogy rekreační a taneční, nebývá drogou primární. I přes tento fakt mělo z jejím užitím v roce 2007 v ČR zkušenost dle EMCDDA 7,7% osob ve věku 15-34 let což nás v rámci Evropy řadí na přední příčku v této kategorii. Pokud se podíváme na věkovou kategorii 15-64 let, jsme na tom zcela stejně, zkušenost udává 3,5 % obyvatel a opět nás tento fakt řadí na první místo. V celoživotní prevalenci nastává malý posun k lepšímu a to v kategorii 15-64 let, kdy klesáme na druhé místo za VB se 7,1%, v nižší věkové kategorii stále kralujeme žebříčku s „úctyhodnými“ 14,6%.

Není znám přesný rok objevení extáze, ale víme, že si ji jako lék na hubnutí r. 1912 nechala patentovat firma Merck. K tomuto účelu však nebyla nikdy využita a své místo si našla až v 50. letech minulého století díky Alexandru Shulginovi v psychoterapii, a to díky svým schopnostem navození empatie, zvýšení komunikativnosti a introspekci.

Extáze se nejčastěji podává perorálně ve formě tablet či kapslí, které jsou zdobeny reliéfními obrázky. Obsah účinné látky je velice kolísavý a ve většině případů obsahují spíše amfetamin či efedrin místo samotné MDMA a velké množství příměsí. Účinek se projeví v rozmezí 30 minut až 1 hodiny a trvá cca 5-7 hodin (dle množství účinné látky).

Má stimulační účinky, může způsobovat halucinace, prohlubuje empatii, zvyšuje pocit sounáležitosti, zlepšuje komunikaci, navozuje relaxaci, pocit klidu, štěstí, odplavuje stres a působí také jako afrodiziakum. Po somatické stránce se může projevit počáteční nevolností až zvracením, zvýšeným svalovým tonem, suchem v ústech, zvýšeným pocením, snížením pocitu hladu a potřeby spánku. Po odeznění účinku se dostaví celková únava spojená s bolestmi svalů a kloubů, zhoršení nálady přichází až 2. či 3. den.

Užívání extáze není tak bezrizikové, jak si mnoho mladých lidí myslí, naopak jich sebou přináší celou řádku. Nejzávažnějším rizikem je přehřátí organismu, které může vést až k multiorgánovému selhání a následně ke smrti. Opakované užívání MDMA může způsobit poškození nervových zakončení, CNS, kardiovaskulárního systému, jater či ledvin. Výjimkou není ani vyvolání toxické psychózy, která má sice mírnější průběh než ta způsobená užíváním pervitinu, ale také může zanechat stopy na psychice uživatele. Návyk na extázi obvykle nevzniká, ale není vyloučen. (KALINA, 2003).

3 Závislost

V této kapitole se obeznámíme s obecnou i odbornou definicí závislosti, zmíníme také ostatní poruchy, jež jsou způsobeny užíváním OPL. Podrobněji se zaměříme na příčiny jejího vzniku a na mechanismus působení OPL v organismu – tzv. neurobiologii závislosti.

Pojem závislost nahradil r. 1964 v odborné terminologii výrazy toxikomanie a návyk, které již byly zastaralé a zcela nevyhovovaly novému pojetí adiktologické problematiky. Termín zavedla Světová zdravotnická organizace (dále SZO).

Závislost lze popsat jako chronickou a získanou poruchu organismu, která jedince nutí k užití určité psychoaktivní látky či více látek. Jedinec nad touto látkou postupně ztrácí kontrolu a užívá ji, i když je jasně obeznámen s jejími negativními účinky. Na počátku cesty k závislosti stojí nejdříve **úzus**, neboli jednorázové či opakované užití, které nepoškozuje organismus. Posléze přichází **abúzus**, který označuje nadužívání, tedy zneužívání OPL, vedoucí již k narušení fyziologických pochodů v organismu.

Proč vlastně lidé užívají OPL i přes všeobecně známá negativa a riskují vznik závislosti a poškození svého organismu? Odpověď nalezneme v hluboce zakořeněné odvěké lidské potřebě a touze měnit své prožívání, vnímání a chování. Toto jednání sleduje několik cílů:

- 1) jedinec má fyzické či psychické potíže/problémy a pomocí OPL se od nich odpoutá nebo doufá v jejich vyřešení – chce se cítit lépe;
- 2) není přítomen žádný problém, ale i přesto jedinec touží po zlepšení své situace – chce získat nějakou výhodu;
- 3) touha po získání nejrůznějších filozofických odpovědí, rituály – „chce najít své místo ve vesmíru“ (pozůstatky šamanství).

3.1 Definice závislosti

O závislosti jako diagnóze můžeme v našich podmínkách hovořit pouze v případě, že jedinec splňuje kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále MKN-10). Závislost spadá do kategorie **Poruchy duševní a poruchy chování F 00 – F 99: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F 10 – F 19**. Z výše uvedeného jasně vyplývá, že v současnosti je již na závislost nahlíženo jako na

nemoc. Ve světě, převážně v Americe, se řídí dle definice Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

3.1.1 Definice závislosti dle MKN-10

Syndrom závislosti (F1x.2, x označuje látku) je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) *Silná touha, nebo pocit puzení užívat látky;*
 - b) *Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky;*
 - c) *Tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky;*
 - d) *Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;*
 - e) *Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;*
 - f) *Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků*
- (NEŠPOR, 2007, s. 9-10)

Syndrom závislosti je jen jednou z několika duševních poruch, které mohou být způsobeny užíváním OPL. MKN-10 udává:

- a) **Akutní intoxikace** (F1x.0) – stav navozený užitím OPL, který vede k narušení vědomí, vnímání, pozornosti, emocí, chování a dalších psychických i fyzických funkcí organismu; tento stav odezní po skončení účinku dané látky a má typické příznaky u různých druhů OPL.
- b) **Škodlivé použití** (F1x.1) – užívání OPL, které vede k poškození zdraví a to jak somatického, tak psychického; vylučuje se se syndromem závislosti.

- c) **Odvykací stav** (F1x.3) – stav po vysazení, nebo omezení užívané OPL; tento stav je odvislý od druhu užívané látky, době jejího užívání a množství.
- d) **Odvykací stav s deliriem** (F1x.4) – nejčastější formou je delirium tremens.
- e) **Psychotická porucha** (F1x.5) – má přímou spojitost s užíváním OPL, nastupuje buď přímo při intoxikaci, nebo do 48 hodin po ní a nelze si daný stav vysvětlit ani intoxikací, ani odvykacím stavem; často jsou přítomny halucinace a bludy.
- f) **Amnestický syndrom** (F1x.6) – syndrom s poškozením paměti a to převážně krátkodobé, potíže při zapamatování si, řazení událostí, narušený pojem o čase.
- g) **Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem** (F1x.7) – stav který přímo souvisí s užíváním OPL, ale vyskytuje se až po samotném užití; může být charakterizován poruchou chování, vnímání, narušením osobnosti uživatele, atd.; Lze sem zařadit i tzv. flashback.

MKN-10 dále uvádí kódy abúzu jednotlivých OPL:

- a) F10 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- b) F11 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- c) F12 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanaboidů
- d) F13 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním hypnotik
- e) F14 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- f) F15 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu
- g) F16 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- h) F17 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- i) F18 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
- j) F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

(SZO, 2008, s. 193-196).

3.1.2 Definice závislosti dle DSM-IV

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- 1) *Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);*
- 2) *Odvykací příznaky po vysazení látky;*
- 3) *Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;*
- 4) *Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;*
- 5) *Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavování se z jejich účinků;*
- 6) *Zanechávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;*
- 7) *Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky.*

(NEŠPOR, 2007, s. 21-22).

Zásadní a jediný rozpor mezi definicí SZO a DSM je v bažení, neboli cravingu, který není v definici DSM zahrnut.

3.2 Psychická závislost

Psychická závislost je způsobena opakovaným užíváním OPL, které postupně navodí změny v prožívání jedince. Tento stav je charakteristický nutkavou potřebou užít danou látku, tzv. **craving**.

Každé užití zanechá v mozku stopu, vytvoří specifickou cestu pro přenos informací. Čím častěji po této cestě informace ve formě libých zážitků proudí, tím je stabilnější a tělo podvědomě touží po jejich dalším přísunu. Tělo si příjemné prožitky pamatuje dlouhou dobu, o dost delší než ty nepříjemné, a má je spojené s určitými lidmi, místy, časem a situacemi. S tímto faktem by měl počítat každý, kdo chce abstinovat. Proto je nejlepší prevencí relapsu, jehož příčinou je nejčastěji právě psychická závislost, vyhýbat se všem potenciálním spouštěčům cravingu jako je setkávání se s bývalými spoluživiteli, návštěvy restauračních zařízení a bytů, kde dříve užíval apod. Nebezpečné jsou i vlastní emoce, prožívání a krizové situace, které dříve uživatel řešil právě braním OPL. Prevencí selhání v těchto situacích je uvědomění si svých vlastních pocitů a předcházení jejich vzniku pomocí nejrůznějších technik (sport, meditace,...) a vyhledání odborné pomoci.

Psychická závislost se nejsilněji projeví po vysazení zneužívané látky, kdy dochází k abstinenci syndromu. Abstinenci příznaky by měly mít pouze psychický ráz, jako je podrážděnost, úzkost, apatie, depresivní ladění, aj.. Vzhledem k tomu, že je psychická a

fyzická stránka člověka velmi úzce propojena a navzájem se ovlivňují, projeví se psychické strádání i na tělesné schránce, v tomto případě nejčastěji formou třesu, zvýšeného pocení, nevolností až zvracením či křečemi.

3.3 Fyzická závislost

Fyzickou závislost způsobují pouze určité druhy OPL a vede k ní dlouhá cesta pravidelného užívání. OPL se postupně adaptují do běžného chodu organismu, zabudují se do systému látkové výměny, což vede k potřebě/závislosti těla na dané látce.

Pokud dojde k vysazení látky či jenom snížení užívané dávky, tělo reaguje **abstinenčními příznaky**, které mohou mít různou podobu – liší se dle zneužívané látky, délky jejího užívání a množství, i individuálních osobnostních vlastností jedince. Abstinenční příznaky se mohou projevit na kterémkoliv tělním systému, nejčastěji postihují systém kardiovaskulární, gastrointestinální, respirační a nervový. Abstinenční syndrom může v některých případech vézt i ke smrti, převážně u stavů, které vedou ke ztrátě vědomí spolu s utlumením dýchacího centra. Nejčastější tělesné abstinenční příznaky jsou: zvýšené pocení, křeče, třes, nevolnost, zvracení, zvýšení či snížení krevního tlaku, bušení srdce, mióza či mydriáza zornic, poruchy srdečního rytmu, poruchy dýchání, poruchy vědomí, aj.,...

Vztah fyzické a psychické závislosti je, dá se říct, „jednostranný“. U fyzické závislosti je vždy přítomna psychická, ale opačně tomu tak není. Co se týče léčby, je mezi nimi výrazný rozdíl. Fyzická závislost je v lékařských (i nelékařských) podmínkách odstraněna poměrně rychle a to v rozmezí několika týdnů. Oproti tomu se člověk psychické závislosti nezbaví nikdy, nese si ji sebou až do konce svého života. Odstranit jdou pouze akutní příznaky a léčba vyžaduje dlouhodobou intervenci ze strany odborníků a silnou vůli ze strany abstinujícího.

V dnešní době se opouští od dělení závislosti na psychickou a fyzickou, označuje se jednotně jako závislost, kterou provází psychické či fyzické změny.

3.4 Modely závislosti – příčiny vzniku závislosti

U žádné závislosti nejde stanovit jedinou příčinu jejího vzniku, vždy se na ní podílí více faktorů z různých oblastí – biologických, psychických, sociálních či spirituálních. Závislost tedy vzniká na podkladě jedinečné souhry několika faktorů, které se sešly u

jedince s predispozicemi na biologické a psychické úrovni, jenž je v interakci s určitým rizikovým sociálním prostředím a jehož přesvědčení nahrává jejímu propuknutí.

3.4.1 Neurobiologie závislosti

Působením OPL na organismus v rovině biologické se odborníci zabývají poměrně krátce, nejvíce poznatků pochází z cca posledních 30 let, a to hlavně díky nejrozličnějším testům prováděným jak na zvířatech, tak na lidech. Testy jsou v největší míře zaměřeny na mechanismus účinku OPL v organismu s důrazem na změny, jež způsobují v CNS.

Mechanismus vzniku závislosti a místo jednotlivých neurotransmiterů, mediátorů a hormonů v tomto procesu se liší podle zneužívané látky. Každá OPL působí na jiném principu, má jiné chemické složení, které stimuluje vyplavování jiných látek, váže se na jiné specifické receptory a jejich účinek se tedy liší. *Specifické receptory v těle (tedy i v CNS) a příslušné tělu vlastní vazebné látky (mediátory, neurotransmitery), zprostředkovávají přenos neurálního signálu/impulsu mezi neurony. Tyto látkové/humorální přenosy informací se odehrávají na tzv. synapsích mezi neurony a jsou součástí vnitřních regulačních systémů. Drogy na tyto systémy působí podle svých vazebných schopností.* (KALINA, 2003, s 97-98).

Společným znakem je tedy působení na CNS a vyvolávání pozitivních, tedy žádoucích pocitů v počáteční fázi. Za příjemné pocity je zodpovědný **dopaminergní systém**. Pokud je drogou aktivován, navodí libé účinky a následně touhu po opakování prožitku. Tento mechanismus je nazýván **pozitivní posilování**. Mechanismus pozitivního posilování je pro člověka životně důležitý, souvisí s uspokojováním základních lidských potřeb - to co je pro nás dobré a z hlediska přežití nutné nám skrze něj zajistí příjemné pocity (přijímání stravy, vylučování, sex,...). Dlouhodobé užívání OPL má za následek poškození dopaminergního systému a snížení hladiny dopaminu na synapsi, což vede k nemožnosti zvednout jeho hladinu pomocí jiných impulsů kromě drogy. Kromě dopaminu jsou často „zneužitými“ neurotransmitery v procesu vzniku závislosti noradrenalin a serotonin.

Pokud užijeme OPL dojde v CNS ke krátkodobému narušení přirozené rovnováhy spletených systémů. Pokud budeme drogu užívat i nadále, nastartují se v organismu adaptační procesy a toto narušení se stane dlouhodobým. Adaptační proces má jediný cíl, a to udržení homeostázy, což je jedna ze základních podmínek pro náležitý chod organismu. Mozek se tedy přizpůsobí přísunu drogy, pro udržení nové patologické rovnováhy jej však bude vyžadovat neustále. V případě, že se tomu tak nestane, dojde k dalšímu narušení

homeostázy, které se projeví abstinenciími příznaky, jež jsou v mnoha případech zcela antagonistické účinku drogy.

V období abstinence se v CNS postupně eliminují patologické změny a homeostáza se vrací do původního stavu, kterého však nelze dosáhnout zcela, protože některé nastolené změny jsou **nereverzibilní**. Z tohoto důvodu je CNS dlouhodobě (až po dobu několika let) senzitivnější k dané látce než CNS, jenž se z drogou zatím nesetkala.

3.4.2 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Jak již bylo uvedeno výše, závislost není výsledkem jedné příčiny, ale kombinací několika faktorů, které zvyšují riziko jejího vzniku. Pokud je některý rizikový faktor u jedince přítomen (i pokud jich je přítomno více), nelze automaticky předpokládat, že u něj dojde k užívání OPL a následnému propuknutí závislosti. Faktory, o nichž budeme hovořit, byly sice u lidí, jež se se závislostí potýkali, opakovaně sledovány, ale neznamena to, že i ti, kteří také tyto znaky vykazují, budou mít stejný problém. Z tohoto důvodu jsou nazývány pouze jako faktory rizikové.

Znalost těchto faktorů je velmi nápomocná v procesu léčby, odkrytí příčin závislosti a jejich následném řešení. To vše je jednou z možných cest k úspěšné abstinenci.

Biologická úroveň – nedostatečně prozkoumaná oblast, stále se na tomto poli pátrá po nových souvislostech a příčinách vzniku závislosti, v tomto případě spíše predispozicích ke vzniku závislosti.

Mezi rizikové biologické faktory ve fetálním období patří hlavně abúzus OPL matkou a užívání nevhodných léků, převážně tlumivých/uklidňujících. I období porodu může být rizikové, a to zejména pokud se jedná o porod komplikovaný, při kterém musely být použity tisíce prostředky. V prvních dnech života dítěte na něj mohou negativně působit traumata, nemoci a především fyzické odloučení od matky či týrání rodičem. Pokud člověk, jenž se před či těsně po narození setkal s nějakou OPL, užije jakoukoliv drogu, tělo si rychle vybaví dávno zapomenutý pocit, který v něm látka vyvolala. Riziko dalšího užití je tedy zvýšené.

Existuje určitá odchylka mezi závislostí u žen a u mužů, která je přímo odvislá od rozdílného působení hormonů v těle. Jde jak o výběr užívané látky, tak o samotné působení na organismus. Náchylnost žen k závislosti se mění dle fází menstruačního cyklu. Jsou lépe ovlivnitelné léčbou než muži, na druhé straně u nich dochází častěji k relapsům. U relapsů je rozdíl mezi pohlavími nejvíce patrný, zatímco ženy relapsují spíše v náročných životních

situacích, muži se k droze vracejí častěji v „časech dobrých“. Rozdíl v působení OPL u dospělého jedince a dospívajícího je dán stupněm vývoje organismu, v nedovinutém těle zanechají drogy drastičtější stopu, závislost se u něj rychleji rozvine a má rychlejší průběh.

Jedinou vědecky podloženou genetickou predispozici lze najít u dětí alkoholiků, kteří od svých rodičů dostali do vínku zvýšenou odolnost, neboli toleranci vůči alkoholu. Takovýto člověk musí vypít daleko více alkoholu nežli ostatní, aby se i jemu dostavil kýžený pocit opilosti. Zvýšená tolerance rovná se zvýšený přísun alkoholu a následně vyšší riziko vzniku závislosti. V nedávné době byl také učiněn objev genu pro kontrolu radosti, který je u alkoholiků poškozený, což vede k zajišťování radosti právě pomocí pití (FISCHER, ŠKODA, 2009).

Do skupiny biologických faktorů řadíme také specifickou/individuální citlivost CNS na OPL a mechanismus účinku drog na něj. Tento systém je již podrobně popsán výše, takže se mu na tomto místě nebudu dále věnovat.

Psychologická úroveň – rizikové psychické faktory ovlivňující vznik závislosti mohou pocházet již z prenatálního období života člověka. Mezi nejčastější patří nechtěné těhotenství, dlouhodobý stres matky v jeho průběhu, deprese a jakékoliv jiné negativní prožívání.

Po narození se výrazně zvyšuje pravděpodobnost konfrontace s rizikovými faktory. Velmi důležitý je harmonický vývoj dítěte, kvalitní citlivá péče o jeho potřeby a jejich saturování. V období dospívání se od rodiče očekává citlivý a tolerantní přístup, dále opora v krizových situacích a pomoc při nalezení vhodného řešení nejrůznějších problémů. Včasné zachycení jakýchkoliv patologických projevů (duševní onemocnění, somatické onemocnění, deprese, poruchy chování, školní neúspěšnost,...) a nalezení optimální pomoci platí pro každý věk člověka. Pokud není výše zmíněné zajištěno, snadno může dojít k uspokojení těchto potřeb pomocí náhražky ve formě OPL.

Ohroženou skupinou jsou také lidé, již trpí nějakým duševním onemocněním, hlavně se to týká depresí a úzkostných poruch, které si v mnoha případech postižení „léčí“ sami drogami. V počáteční fázi jim drogy přinášejí kýženou úlevu, ale přijde chvíle, kdy i ony začnou vyvolávat negativní prožitky a ty je zavedou do bludného kruhu dalšího užívání. Existuje i určitá spojitost mezi typem onemocnění a výběrem drogy. Závislost se často objevuje i u lidí, kteří mají poruchu osobnosti (disociální a emočně nestabilní) a poruchu chování. „U lidí, kteří jsou na drogách dlouhodobě závislí, jsou poruchy osobnosti velmi časté. Je velmi obtížné určit, zda se porucha objevila již před užíváním drog, nebo zda je, byť třeba jen částečně, důsledkem závislosti.“ (BRUNO, 1996, s. 27). Samotná

osobnost člověka může být také rizikovým faktorem pro rozvinutí závislosti. Rizikové jsou tyto rysy osobnosti: emocionální nezralost a labilita, nízká tolerance vůči frustraci, oslabená vůle, narušená introspekce, nízké sebehodnocení a sebevědomí, potíže v sociální interakci a komunikaci.

Sociální úroveň – člověk je bytost sociální, společnost ho formuje po celý život, proto se nejvíce rizikových faktorů rekrutuje právě z této oblasti. Mezi základní sociální determinanty patří rodina, nejbližší sociální okolí (přátelé, spolužáci, spolupracovníci), sociální uspořádání ve společnosti, rasová a národnostní příslušnost, ekonomická situace státu a rodiny, atd.,...

Rodina, ve které dochází k primární socializaci, je zdrojem mnoha závažných rizikových faktorů, z druhé strany i mnoha protektivních, neboli ochranných. Nejrizikovější situací je sdílení jedné domácnosti s člověkem užívajícím OPL či závislým, ať už se jedná o rodiče, partnera či jiného člena rodiny. Pokud je tento vzorec chování ostatními členy rodiny tolerován, či dokonce schvalován, může být ostatními dále přejímán. Problémem dnešní doby je vysoká rozvodovost, čím dál více dětí vyrůstá v neúplných rodinách, což sebou přináší absenci prvotního identifikačního vzoru, který si děti následně hledají mimo rodinu – ne vždy je vybrán vhodný objekt. Nevhodně zvolený výchovný styl, např. velice volná výchova bez stanovených hranic, nebo naopak extrémně přísná výchova s neustálou kontrolou mohou také vést k úniku k droze. Dalšími rizikovými faktory může být: nedostatek času na dítě, týrání, zanedbávání, zneužívání, podceňování dítěte, onemocnění rodičů (hl. duševní), nízký sociální statut rodiny, nejasně vymezené vztahy v rodině, neschopnost vzájemné komunikace, časté stěhování a absence rodičů.

Vrstevníci jsou pro člověka druhou nejvýznamnější socializační skupinou. V období adolescence člověk cítí potřebu někam patřit, být někým uznáván, přijímán a obdivován – pokud se takovouto skupinou stane společenství lidí beroucích OPL, členové buď přijmou takovéto jednání jako normu, nebo jsou z něj vyloučeni. Druhou potřebou v tomto období je vzepření se společností pomocí překračování jejích pravidel, přijímáním protichůdných názorů, aj. Toto chování je vlastně rituálem, pomocí kterého dává mladý člověk najevo, že už se stává dospělým, tedy samostatným a zodpovědným. Přerod adolescenta v dospělého jedince je dlouhodobý proces plný nástrah a problémů (první rozchody, navázání sexuálního vztahu, přijetí své sexuální orientace, přijetí svého těla,...), kdy každý může být svodem k úniku, k náhradnímu pomocnému řešení – droze. Znalost obtíží tohoto období a nástrah drog, jejich účinku a důsledků patří mezi základní preventivní opatření.

Spirituální úroveň – rizikové faktory na spirituální úrovni by se daly shrnout do množiny s názvem – „absence vyššího rozměru a cesta k jeho poznání“. Zjednodušeně řečeno to znamená, že má člověk tendenci hledat odpovědi na základní filozofické otázky: kdo jsem, proč tu jsem, jaký je smysl mého života? Tyto a další otázky se cyklicky vrací v různých etapách života, kdy má člověk tendenci bilancovat. Hledáme své pravé já, snažíme se lépe vyznat sami v sobě a následně lépe porozumět i ostatním. Někdy se nemusí odpověď dostavovat nebo nemusí být uspokojivou a následná frustrace může být prvním krokem na cestě k závislosti. Nejenom hledání smyslu života, ale také jeho ztráta znamená pro člověka velké duševní vypětí, které může kompenzovat pomocí OPL. Další takové situace mohou být například: hledání životního štěstí, pocit duševní prázdnoty, ztráta víry, pocit samoty, deprese, aj..

4 Léčba závislosti

Tato kapitola je rozdělena do dvou částí. V první části se seznámíme s pojetím léčby v ČR a základními druhy terapií s podrobnějším zaměřením na psychoterapii. V druhé části se podíváme na jednotlivé složky systému léčby závislostí v ČR a vzhledem k zaměření této práce bude nejvíce pozornosti věnováno ambulantní léčbě.

Léčba závislosti je dlouhodobý a složitý proces. Tento proces v podstatě začíná ve chvíli kdy potencionální klient navštíví jakékoliv zařízení, které se zabývá osobami se závislostí. Ať už je to AT poradna, kontaktní centrum či samotné léčebné zařízení. Co se týče kontaktních center a terénní práce, nelze v souvislosti s nimi hovořit o „pravé“ léčbě, ale je nezbytným prvkem v celém systému léčby, protože zde dochází k přípravě klienta na léčbu. Končí ve chvíli kdy je klient zcela samostatný, soběstačný a schopný fungovat ve společnosti bez drog. Není tedy odkázán na žádnou instituci, ale ví, kam se v případě nouze obrátit. Je vybaven dovednostmi a znalostmi, které mu umožňují zvládání běžných problémů.

Nabídka služeb poskytujících léčebnou intervenci je široká a každý klient si může vybrat tu, která mu nejvíce vyhovuje. Dostupnost některých zařízení či služeb není ve všech místech ČR zcela ideální, většinou je však, aspoň minimální pomoc, zajištěna jinou službou.

Zásadními tématy, která se prolínají celou léčbou je motivace a relaps, konkrétně jeho prevence a zvládání. Vzhledem k možnostem této práce je však nemožné tyto dva široké okruhy rozepsat.

4.1 Mezioborový přístup k léčbě závislostí

Mezioborový přístup (dále MP) stojí na podkladě bio-psycho-sociálního pojetí závislosti. Není však jeho jedinou základnou. Vyplývá z potřeby zajistit všem klientům individuální, komplexní a návaznou léčbu. Tato potřeba se vyvíjela postupně s novými objevy na poli závislostí. Dnes víme, že nelze stanovit jediný postup, jedinou techniku či přístup, který by vyhovoval potřebám všech klientů. Cílem MP je tedy jasně strukturovaný systém zařízení, která na sebe logicky navazují a navzájem spolupracují, jejichž týmy jsou multidisciplinární, pracuje se zde s komplexním a individuálním přístupem a umožňují

klientovi svobodný výběr – on sám rozhodne, která technika či přístup (tedy i pracovník) mu nejlépe vyhovuje.

Při koncipování služeb, které se zabývají lidmi postiženými závislostí, však nelze přihlížet pouze k potřebám klientů, ale také k potřebám a názorům společnosti a poskytovatelů finančních prostředků.

Bio-psycho-sociální přístup nám ukazuje, že není možné se zaměřit na jednu jedinou oblast života našeho klienta. Pokud bychom řešili pouze psychický stav klienta (deprese, suicidální chování,...) a nechali bez povšimnutí jeho zničené žíly, pořezané ruce či fakt, že nemá žádný doklad totožnosti, potom je vysoce pravděpodobné, že naše práce nebude mít žádný výsledek. Můžeme být odborníky na jednu část celku, ale musíme mít znalosti a přehled i v ostatních oblastech, na které by měli být odborníci ostatní členové týmu.. Zde se jasně ukazuje že mezioborový přístup mohou zajistit pouze pracovníci, kteří spolupracují a věnují se různým oborům/přístupům. Pracovníci by se měli ve svých oborech neustále vzdělávat, získávat nové poznatky a zkušenosti, které by si měli v týmu navzájem pravidelně předávat.

Při léčbě závislostí se uplatňuje několik psychoterapeutických přístupů a neustále se vedou spekulace, který přístup je efektivnější, který má lepší výsledky, metody, atd. Tento spor však nejde rozsoudit, zaprvé je nemožné říci která metoda je lepší či horší, když každá pracuje na jiném principu a má za sebou nějaké výsledky a zadruhé je jejich hodnocení prováděno na podkladě rozdílných měřítek, která nejsou vzájemně srovnatelná. Určité směry jsou však využívány více než ostatní. Jsou to ty které jsou praktikovány dlouhodobě, mají jasně stanovené principy práce, konstrukty, modely i systém hodnocení a máme dostatek informací o jejich fungování a výsledcích. Patří tedy mezi oficiální přístupy a je na ně nahlíženo, jako na vyhovující a doporučované. To však neznamená, že nemohou další směry dostat šanci. Často je lze navzájem kombinovat a dojít tak k ještě lepším výsledkům, než kdyby pracovníci fungovali samostatně. Hlavní užívané směry budou uvedeny níže v kapitole psychoterapie.

4.2 Druhy terapií a intervencí

Terapie v léčbě závislostí se dělí na dva základní proudy: farmakoterapii i psychoterapii. Dále se uplatňuje rodinná terapie, sociální práce a rehabilitace. Své místo v procesu léčby mají i svépomocné skupiny a programy, které okrajově zmíním na konci kapitoly.

4.2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie, neboli léčba medikamenty je integrální součástí léčby závislosti. Může stát buď sama o samotě, nebo být kombinována s psychoterapií, což se v rámci MP jeví jako vhodnější varianta. Samotné podání léku klienta nemotivuje k užívání důležitých preparátů, nevyjádří mu naši podporu a účast a neukáže mu pokrok který už v léčbě udělal, proto je vhodné vždy skombinovat obě složky. Farmakoterapie a psychoterapie pracují s úplně jinými příznaky a s odlišnými problémy, což je právě doplňuje a mnohdy jedna léčba pomůže k tomu, aby mohla být aplikována ta druhá, nebo jedna kompenzuje nedostatky té druhé. (ROTGERS, 1999).

Farmakoterapie má v této oblasti oproti psychoterapii daleko menší využití, její použití můžeme rozdělit do tří skupin: 1) podávání léků za účelem ovlivnění závislosti (např. substituční léčba); 2) náprava a mírnění poškození vzniklých užíváním OPL (např. podávání hepatoprotektiv); 3) podávání léčiv u klientů s komorbiditou (např. psychotické poruchy).

Podávání medikamentů osobám se závislostí sebou přináší i určitá rizika. Pokud klient užije společně podaný lék i drogu, může si přivodit mnoho nežádoucích účinků, které mohou mít i latentní následky. Dalším úskalím je zneužívání léků k jinému, než předepsanému účelu a obchodování s nimi na černém trhu.

Farmakoterapie se provádí buď ve specializovaných, nebo zdravotnických zařízeních (převážně psychiatrické léčebny) a medikaci vždy předepisuje lékař. Délka a forma léčby je odvislá od cíle, který je léčbou sledován, typu užívané drogy a od obtíží které pacienta trápí.

Při detoxikaci je medikamentózní intervence krátká, slouží hlavně k odstranění a mírnění nežádoucích příznaků, které abstinence vyvolá (např. depresivní stavy, křeče,...) a to pouze u preparátů, jež způsobují těžké odvykací stavy – alkohol, opiáty, sedativa a barbituráty.

Substituční léčba může trvat od několika týdnů, až po několik let. Spočívá v podávání substituční látky, jejíž množství se postupně snižuje (nebo účinná látka). Substituční látka má podobný účinek, jako ta která je nahrazována, ale nemá tolik negativních dopadů na organizmus a není tolik návyková. Tyto látky navíc oproti droze účinkují dlouhodobě, klient má její pravidelný kontrolovaný přísun a tak nemusí svůj čas trávit sháněním drog, nezažívá abstinenci příznaky a může svůj čas věnovat potřebným činnostem (např. shánění práce, komunikace s úřady,...). Substituční léčba má dvě formy: buď je poskytována samostatně bez užití dalších intervenčních metod jako je

psychoterapie, sociální práce a další, nebo je poskytována v rámci komplexu ostatních služeb. Podmínkou podstoupení této léčby je prokázaná závislost na dané látce a abstinence od primární drogy i ostatních OPL, což je pravidelně kontrolováno pomocí testů z moče.

Další možnosti ovlivnění závislosti pomocí farmak je podávání antagonistů, neboli léků, které ručí účinek užití látky. Antagonisté jsou podávány za účelem změny chování pomocí vyhasínání. Další eventualita je podání látky jenž v kombinaci s drogou navodí velice fyzicky i psychicky nepříjemný stav – negativní posilování. Tyto dva typy farmakologické léčby jsou realizovány na podkladě behaviorálního učení.

4.2.2 Psychoterapie

Psychoterapii lze definovat několika způsoby, např. „*Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky*“, (KALINA, 2008, s. 159) nebo „*Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a nebo osobní charakteristiky.*“, (KALINA, 2008, s. 159).

Nástrojem psychoterapie jsou psychologické metody a opatření, pomocí nichž dochází k naplnění základních cílů psychoterapie, jimiž jsou dle Kratochvíla: 1) *odstranění chorobných příznaků*; 2) *reedukace, sociální rehabilitace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti*. (KRATOCHVÍL in KALINA, 2003, s. 25). Základní podmínkou pro výkon povolání psychoterapeuta je ukončený psychoterapeutický výcvik. Na klienta může psychoterapeuticky působit kromě terapeuta i jiný pracovník, potom hovoříme o tzv. **psychoterapeutickém přístupu**, jenž je podmínkou každého kontaktu s klientem.

V psychoterapii se uplatňuje několik přístupů a směrů, které mají odlišnou teorii, cíl je u všech stejný. Mezi hlavní směry (uznávané odbornými kruhy v ČR) patří: kognitivně – behaviorální psychoterapie, hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, rodinná a systematická psychoterapie, hypnotické a relaxační přístupy a integrativní přístupy. (KALINA, 2003). Dominantními směry v léčbě závislosti jsou jak udává Kalina (2003) **behaviorální** a **kognitivně - behaviorální terapie**, proto budou i zde podrobněji popsány na úkor ostatních směrů. Podíváme se na stručný teoretický základ, základní léčebné přístup a jeho metody.

Behaviorální terapie vychází z této teorie: „*Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit.*“ (PRAŠKO, MOŽNÝ, ŠLEPECKÝ, 2007, s. 862). Učení je nejvíce ovlivněno sociálním prostředím a prožitými situacemi. Touto metodou lze ovlivnit i

emoce a myšlení. Známe tři teorie učení, díky nimž patologické chování vzniká, ale může být i napraveno, neboli přeučeno. Jsou to: **klasické podmiňování** které způsobuje, že určité podněty spojené s drogou, ať už podmíněné, či nepodmíněné, vyvolají bažení (mohou to být místa, situace, určité časy i osoby); **operantní podmiňování** můžeme sami ovlivňovat, jedná se o upevňování či oslabování určitého vzorce záměrného chování, které vychází z přímých důsledků chování již aplikovaného. Pokud nám naše chování přineslo nějakou výhodu (např. aplikace drogy nám umožnila být celou noc vzhůru a učit se), je vysoce pravděpodobné, že tento vzorec chování použijeme i při další příležitosti – pozitivní posílení. Negativní posilování funguje úplně stejně jako pozitivní, pokud nám naše chování přivodí nechtěný, negativní důsledek (např. užijeme poprvé OPL a dostaví se silné nežádoucí účinky), pravděpodobně nebudeme v tomto chování dále pokračovat. Rozhodujícími jsou přímé aktuální důsledky, ne ty, o nichž víme, že by v budoucnu mohly přijít; posledním zástupcem je **sociální učení**, neboli učení nápodobou. Nejrychlejší typ učení, jehož součástí jsou i kognitivní procesy. Na počátku stojí pozorování vybraného objektu a poté nastane fáze aplikace/napodobení osvojovaného vzorce chování.

Kognitivní teorie vychází ze všech kognitivních neboli myšlenkových operací, které probíhají v našem mozku, které slouží ke zpracování informací ze všech tělních receptorů. *„Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémní komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími maladaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a ze začátku nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu či drog.“* (PRAŠKO, MOŽNÝ, ŠLEPECKÝ, 2007, s. 866). Spojením této teorie s teorií behaviorální vznikla kognitivně – behaviorální teorie.

Kognitivně – behaviorální terapie (dále KBT) se odvíjí od vstupního vyšetření, které probíhá ve třech úrovních: behaviorální analýza, kognitivní analýza a funkční analýza. Behaviorální analýza se provádí pomocí A-B-C analýzy, která zjišťuje spouštěče, chování klienta a následky užívání OPL. Kognitivní analýza spočívá ve sběru dat týkajících se klientova dětství, rodiny, jeho myšlenek, pocitů, názorů, přesvědčení, chování a aktuálních problémů. Funkční analýza slouží k odkrytí funkce problému u klienta – jaké má místo v jeho životě, jak klienta ovlivňuje, jeho chování i prožívání a jaké výhody mu z něj plynou. Dále odkrývá jeho silné a slabé stránky, vědomosti, schopnosti a dovednosti. Po zjištění možných komorbidit se přistoupí k formulaci problému, který vyplývá z provedených vyšetření. Tento model je následně představen klientovi, který se k němu vyjádří a popřípadě doplní. Tato formulace je výchozím bodem terapie, podle níž se stanovují první cíle. Formulace se během léčby neustále upravuje.

Terapie probíhá formou sezení podle společně vytvořeného individuálního plánu. Sezení mají danou strukturu. Na začátku se vytyčí cíl a program sezení, zhodnotí se pocity a nálada. Poté se zrekapituluje minulé sezení (obě strany) a následně je klient vyzván k shrnutí toho co zažil mezi posledním a aktuálním sezením. Pokud se stalo něco závažného, řeší se aktuální problém a stanovené téma se s ním buď propojí, nebo se odloží. Po probrání daného tématu, které je neustále vztahováno ke klientovi, je potřeba získat zpětnou vazbu klienta. Dále terapeut zadá „domácí úkol“, zrekapituluje celé sezení a zopakuje důležité body léčby (např. práce s bažením, prevence relapsu, rizikové situace, atd.). V procesu KBT je kladen důraz na neustálé vracení se k zásadním momentům léčby (rodina, relaps, bažení,...) a klientovým úspěchům i neúspěchům. Zásadními tématy KBT jsou bažení, relaps, plánování, sociální dovednosti, předvídání rizik a vztahy.

Léčba má tři fáze. První počáteční fáze slouží k motivování klienta, navázání terapeutického vztahu a stanovení závazku. Druhá fáze je už samotná terapie a nastolování změn v chování a prožívání klienta pomocí kognitivních a behaviorálních technik. V poslední fázi se snažíme tyto navozené změny zpevnit, odpoutat klienta a navázat jej na další instituce (např. následná péče). Terapeut s klientem ještě vytvoří tzv. krizový plán, sloužící k osvojení si praktik zvládnutí relapsu. Základním nástrojem KBT je rozhovor. Mezi další důležité techniky patří: nácvik sociálních dovedností; nácvik zvládnutí bažení a stresu; nácvik asertivity, odmítání, sebekontroly a sebeovládání; zlepšování komunikačních dovedností; relaxační techniky; odvedení pozornosti; analýza myšlenek atd.

Psychoterapie u závislých osob má určitá specifika. Hlavním úkolem psychoterapeuta je změna klientova chování a jednání vedoucího k abstinenci a jejímu udržení, dále mu ukázat společensky uznávané hodnoty a dovednosti, pomoci mu k lepšímu sebepoznání a následnému novému sebepojetí a v neposlední řadě naučit klienta smysluplně a aktivně trávit volný čas. Obecné cíle psychoterapie zůstávají, liší se dílčí, které se diferencují podle fází léčby a dle zaměření jednotlivých institucí působících na tomto poli. Psychoterapie je zastoupena na každém stupni léčby.

První kontakt terapeuta a klienta, tzv. **první interview**, ukáže zda spolu terapeut a klient mohou pracovat, zda je zvolený typ psychoterapie pro klienta vhodný a zda je on vůbec pro samotný proces psychoterapie vhodným kandidátem (vyloučit ho může např. akutní fáze onemocnění). Pokud po prvním kontaktu nebrání terapii nic v cestě, přistupuje se k základní součásti psychoterapie - diagnostice. Zájem je obrácen zejména k drogové historii, jejím klíčovým momentům a k vztahům s primární důležitostí (rodina, partner). Dále je potřeba provést diferenciální diagnostiku, která slouží k odhalení komorbidit, které jsou u závislých osob velmi časté – cca 70% (KALINA, 2003). Důležitým faktorem pro

vstup do psychoterapie je **motivace** klienta, která je jedním z hlavních témat prolínajících se celou léčbou. Motivaci lze rozdělit do čtyř úrovní: 1) *zdravotní a psychická*; 2) *sociálně-psychická*; 3) *sociální*; 4) *trestně – právní*. (KALINA, 2003). Zdroj motivace je velmi důležitý a rozhodující pro celý proces psychoterapie a výsledek léčby. Pokud vychází ze samotného klienta, z jeho uvědomění si negativních důsledků plynoucích z užívání OPL, šance na úspěšné dokončení léčby je nesrovnatelně větší než, kdyby byl k léčbě motivován např. ze strany soudu – povinná léčba.

Zásadní a důležitou složkou psychoterapie, bez které by nemohla probíhat, je dobrý **terapeutický vztah**. Je to specifický vztah mezi terapeutem a klientem, který od obou stran vyžaduje určité předpoklady. Tento vztah je proměnlivý, může mít mnoho podob a jeho navázání je převážně terapeutova práce. Podrobné rozebrání této problematiky však přesahuje možnosti této práce.

Psychoterapii dělíme na dva základní typy, a to dle zvolené formy terapie na **individuální a skupinovou**. Tyto dvě formy psychoterapie lze účinně kombinovat.

Individuální psychoterapie (dále IPT) probíhá pouze mezi terapeutem a klientem, základním nástrojem je rozhovor. Má formu opakujících se sezení, jejichž frekvence a délka závisí na domluvě obou stran a na psychoterapeutickém směru. Obvyklá délka sezení činí cca 50-90 minut a nejvíce užívaná frekvence zhruba 1-2x za týden. Dle celkové délky psychoterapie se dělí na krátkodobou (3 měsíce), střednědobou (do 6 měsíců) a dlouhodobou (déle než 6 měsíců). (KALINA, 2003). Dále IPT dělíme na: individuální krizovou intervenci; podpůrnou psychoterapii, která je poskytována po nezbytně nutnou dobu v případě vyskytnutí se akutního problému v průběhu léčby; motivační psychoterapii a dlouhodobou systematickou individuální psychoterapii, jejíž charakteristiky se odvíjí od zvoleného směru psychoterapie. Nejvhodnější použití IPT je u klientů, kteří se chtějí léčit, ale nachází se v akutní krizi, která je ohrožující pro jejich rozhodnutí a u klientů, kteří již dokončují svou léčbu, nebo jí již skončili a jejichž motivací je zapracování na osobním růstu.

IPT je v oblasti závislostí užívána méně často než psychoterapie skupinová, důvodů je hned několik. Mezi praktické důvody patří větší časová náročnost pro terapeuta a tím pádem i větší finanční výdaje. Klient, jež se podrobuje léčbě, ať už ambulantní či rezidenční, má určitý skupinový program a individuální sezení ho svým způsobem vyčleňuje ze skupiny. Toto vyloučení vyplývá z navázání bližšího vztahu s terapeutem a nesdílení důležitých informací a pocitů se skupinou.

Skupinová psychoterapie (dále SPT) využívá k dosažení léčebných cílů skupinovou dynamiku, tedy vzájemných interakcí klientů mezi sebou, ale i mezi nimi a terapeutem. Je

to systematický proces zaměřený na konkrétní problém, jeho příčinu, příznaky a na osobnost každého člena skupiny. Cílem je navodit změny ve všech zmíněných rovinách. Skupiny dělíme na uzavřené a otevřené. Uzavřené skupiny neumožňují v průběhu příchod nového člena, ani odchod stávajícího, všichni klienti by měli nastoupit a léčbu následně ukončit společně. V otevřené skupině se klienti průběžně střídají, každý má daný počet psychoterapeutických sezení a poté ze skupiny odchází.

Se skupinou může pracovat buď jeden, nebo dva terapeuti, kteří nemusí pracovat podle stejného psychoterapeutického směru. Úkolem terapeuta je skupinu zabezpečit a zajistit její trvání, pomáhá skupině vytvořit vlastní pravidla a normy, na jejichž dodržování dohlíží. Umožňuje rozvinutí jejího potenciálu jako celku i jejích členů. Monitoruje skupinu a svých poznatků dále využívá v práci s ní. Je popsáno 10 základních působících faktorů SPT: *členství ve skupině, emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojektivování, odraťování, zpětná vazba a konfrontace, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.* (KRATOCHVÍL in KALINA, 2003, s. 38).

SPT má daleko širší pole působnosti než IPT, což vyplývá ze skutečnosti, že je člověk bytostí sociální. Skupina posiluje pocit sounáležitosti, nezávislosti, umožňuje korektivní zkušenost a možnost učení nápodobou. Klientům neumožňuje pouze lépe se orientovat ve vlastním nitru, ale i v pocitech druhých lidí, prohlubuje empatii vzájemné porozumění a umění naslouchat. SPT nelze využít ve všech fázích léčby. Většinou jí předchází právě IPT, která klienta na SPT připraví.

4.2.3 Rodinná terapie

Rodinná terapie se začala vyvíjet po 2. světové válce a do dnešního dne prodělala mnoho změn. Tyto změny se děly na pozadí množících se poznatků a struktury rodiny, jejím fungování, systémech které v ní vznikají, atd. Znalost těchto faktů je pro rodinného terapeuta nezbytností. My se však zaměříme přímo na rodinnou terapii u závislostí.

V oblasti závislostí je rodinná terapie spíše „okrajovou“ terapií, nebývá hlavní formou práce se závislým klientem. V ČR se v této oblasti, stejně jako i v jiných kde lze rodinnou terapii uplatnit, nejčastěji aplikují různé obměny systemického přístupu (např. humanistická rodinná terapie, strukturální rodinná terapie, strategická rodinná terapie,...). Tyto modifikované přístupy v sobě zahrnují prvky ostatních směrů (např. behaviorální či psychodynamické). Rodinná terapie může mít podobu skupinové terapie, ale hovoříme o ní, i když pracujeme pouze s jedním členem rodiny.

Rodinná terapie (dále RT) má široké pole působnosti, nejdůležitější se jeví u mladistvích a adolescentů závislých na OPL. Někteří odborníci by chtěli aby RT byla podmínkou pro vstup mladistvého do léčby. Dále je vhodná u klienta, který se léčí, ale z rodinných důvodů dochází k relapsu. K RT nelze klienta ani jeho rodinu nutit. Vždy je potřeba dopředu zvážit jejich dosavadní vztahy, délku a hloubku vzájemného odloučení, věk klienta a jeho zralost a aktuální stav v rodině. RT se většinou provádí přímo v zařízení kam klient dochází, nebo tam, kde se podrobuje rezidenční léčbě.

Abstinence klienta je častou podmínkou rodiny, aby se zúčastnila RT, nebo naopak je RT motivací k abstinenci klienta. Rodina má velký vliv na motivaci klienta i k samotné léčbě a jejímu dokončení, nelze jí však brát jako pouhý prostředek sloužící k dosažení tohoto cíle. Terapeut musí mít na zřeteli i její potřeby a problémy, nejen klientovi a tyto problémy řešit. „*Přínosem pro rodinu může být především překonání pocitů selhání, studu, viny, hněvu, obviňování a sebeobviňování, zvýšení kompetence při zvládání problémů a posílení sounáležitosti.*“ (KALINA, 2003, s. 49). RT může rodinu ozdravit i od neduhů, které se závislostí jejího člena přímo nespojují – potíže v komunikaci, reflexe potřeb členů rodiny, vyjadřování emocí, atd., tyto změny do jisté míry působí i preventivně před vznikem dalších potíží. Nikdy nelze stanovit původce problému v rodině a řešit co kdo konkrétně udělal špatně, lepší variantou je pomoci každému členu najít způsob, jak pomoci při řešení této situace. Předtím než začne samotná RT je nezbytné, aby si terapeut s klientem a s jeho rodinou stanovili určitá pravidla vzájemné spolupráce.

Do RT spadá i tzv. zprostředkování rodinné dohody, což nastává většinou v situaci, když závislý žije se svou rodinou. Cílem terapeuta je společně s rodinou najít způsob/řešení/podmínky, za kterých může závislý člen dále pobývat ve společné domácnosti.

Další možností jsou skupiny rodinných příslušníků osob závislých na OPL, tyto skupiny mohou být informační, motivační, dále jsou pořádány skupiny pro osoby jejichž blízcí se nacházejí v léčbě.

4.2.4 Sociální práce

V současné době se koncept sociální práce převážně odvíjí od tzv. **sociálního fungování**, které vyjadřuje vzájemnou interakci sociálního prostředí a osobnosti jedince. Prostředí klade na každého jedince nejrůznější nároky, které mohou být v určitou chvíli nad jeho síly. Úkolem sociálního pracovníka podle tohoto modelu je, pomoci klientovi opět nastolit ztracenou rovnováhu mezi ním a prostředím, a to pomocí nelezení řešení daného

problému. Cíl sociální práce vyplývající z tohoto pojetí má dvě podoby, buď je to náprava sociálního fungování, nebo preventivní působení proti vzniku překážek v sociálním fungování.

V sociální práci v průběhu 20. století došlo k vyčlenění třech základních směrů tzv. **paradigmat**. Mají odlišná teoretická východiska i důsledky. Základní rozdíl nalezneme v předpokladu, který faktor sociálního fungování je ten nejdůležitější. U sociální práce jako terapeutické pomoci je to duševní zdraví a pohoda. Toto paradigma je výrazně ovlivněno C. R. Rogersem. Sociální práce jako terapeutická pomoc má na zřeteli hlavně osobnost klienta a jeho psychický stav, ale nezabývá se sociálním prostředím, které je při léčbě závislosti důležitým faktorem. Druhým paradigmatem je sociální práce jako reforma společenského prostředí, která usiluje o společenskou rovnost. Tento přístup nezohledňuje individualitu klienta, zabývá se celou komunitou závislých osob jako znevýhodněnou menšinou, což není zcela vyhovující. Posledním paradigmatem je sociální práce jako sociálně právní pomoc. Tento směr je zaměřen jak na samotného klienta, jeho individuální problémy, tak i na okolní prostředí, celou společnost a instituce. Hlavním těžištěm práce je poradenství a partnerský přístup mezi pracovníkem a klientem. Základní myšlenkou tohoto přístupu je, že klient zná nejlépe řešení svých vlastních problémů a pracovník mu je „pouze“ pomáhá nelézt. Role klienta v léčebném procesu je aktivní a samotný proces je postaven na jeho silných stránkách a již překonaných problémech. Tento přístup, co se týče sociální práce, se díky své komplexnosti jeví jako nejlepší volbou při léčbě závislých osob. Přesto u každého i tohoto paradigmatu lze najít určité nedostatky. Sociální práce zaměřená na závislé osoby se stále vyvíjí, aby zohledňovala všechny aspekty vedoucí k optimálnímu sociálního fungování.

4.2.5 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace jako pojem v sobě sdružuje dva prvky, rehabilitaci a resocializaci a je v souladu s bio-psycho-sociálním pojetím závislosti. Prolíná se celým spektrem procesu léčby závislosti. *„Cílem sociální rehabilitace je (re)integrace závislého do společnosti prostřednictvím (znovu)nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.“* (DVOŘÁK in KALINA, 2008, s. 216).

Zásadním prvkem sociální rehabilitace je práce se sociálními rolemi klienta a to dvěma způsoby. Buď tyto role klient v minulosti zvládal, pak dochází k jejich opětovnému učení, nebo se je učí zvládat zcela poprvé. Sociální role a s ní související sociální interakce jsou klíčové pro utváření vlastní identity. Předtím než se s klientem začne pracovat na jeho

sociálních rolích, je nutné zjistit, jaká je celková úroveň jeho socializace, protože může být patologickou už od raného dětství. Pokud tomu tak je, prvním krokem je hledání nových jistot, bezpečí a změna stávajících vzorců sociálního chování. Úkolem sociální rehabilitace je tedy vytvářet vhodné podmínky pro socializaci či resocializaci.

Sociální rehabilitace je neoddelitelnou součástí skupinové terapie, lze také říct, že je jejím přirozeným důsledkem. Ke korekci v ní často dochází bez vědomí klienta. Významný socializační a resocializační efekt má zejména terapeutická komunita. Prostředky sociální rehabilitace mohou mít povahu poradenskou, vzdělávací i tréninkovou. Vhodné je spolu s těmito prostředky využívat i síť sociálně podpůrných služeb, jako jsou chráněné dílny a bydlení, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny, zájmové spolky, apod.

4.2.6 Svépomocné programy

Svépomocné programy jsou produktem „laiků“, konkrétně lidí, kteří mají s danou problematikou osobní zkušenost. Základní myšlenkou je sdílení podobných osudů a zkušeností. Svépomocné programy mohou mít mnoho podob, patří sem svépomocné skupiny, různé besedy, přednášky, ale lze sem zařadit i zaměstnávání bývalých uživatelů drog v profesionálních drogových službách. Svépomocné programy nepatří mezi oficiální a vědecky podložené intervenční metody, ale mají své nezastupitelné místo v tomto systému. Nejznámější svépomocnou skupinou jsou Anonymní alkoholici, kteří působí i v České republice. Existuje také sdružení Anonymní narkomani.

4.3 Zařízení poskytující léčebnou intervenci v ČR

S ohledem na zaměření naší práce bude nejvíce prostoru věnováno zařízením, která poskytují ambulantní léčbu a to v úvodu kapitoly. K ostatním zařízením budou uvedeny základní informace a charakteristiky. Zařízení (s výjimkou ambulantní léčby) budou popsána dle logické návaznosti v systému drogové léčby, tedy podle toho, jak by měl klient v ideálním případě tímto systémem postupovat.

4.3.1 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbu závislostí v našich podmínkách nabízí AT poradny, psychiatrické či psychologické ambulance zaměřené na tuto problematiku, specializované ambulantní zařízení a denní stacionáře.

System ambulantní léčby není v ČR dostatečně propracovaný a není dostupný všem klientům. Nejvhodnější variantou ambulantní léčby je dle K. Hampla (KALINA, 2003) výše zmíněná **AT ordinace pro prevenci a léčbu závislostí** (alkoholových i nealkoholových). Od r. 1986 do r. 1992 bylo po celé ČR cca 160 AT ambulancí se zastoupením v každém kraji, takže jejich služby byly dostupné všem potenciálním klientům. Náplň práce těchto ambulancí byla jednotná. Po r. 1992 se tyto ordinace částečně zprivatizovaly což mělo za následek velký odliv specializovaných lékařů, jejichž práce byla velmi náročná a neuspokojivá po finanční stránce. Vzhledem k této situaci je současný stav ambulantní péče nedostačující. Mnoha klientům tento typ léčby vyhovuje, a to z důvodu malé časové náročnosti a možnosti setrvání v přirozeném prostředí. Pokud chybí tento důležitý článek v systému péče, někteří klienti se rozhodnou jít na rezidenční léčbu, ale ani lůžková zařízení nemohou všechny zájemce pojmout. V druhém případě žádnou léčbu vůbec nevyhledají.

Tým AT ambulancí by měly tvořit dva lékaři, nejlépe s atestací v oboru adiktologie, kdy jeden by měl být vedoucím celého zařízení, dále klinický psycholog, zdravotní sestry a sociální pracovník. Všichni zaměstnanci se ve svém oboru nepřetržitě vzdělávají, předávají si své zkušenosti, znalosti a informace o klientech na pravidelných schůzkách a jsou pod interní i externí supervizí. V ideálním případě zajistí chod ambulance po celou dobu pracovního týdne a dle potřeby i ve dnech volna.

AT ordinaci může navštívit kdokoli, kdo se potýká s jakýmkoliv návykovým problémem spojeným s alkoholovými i nealkoholovými drogami, tabákem či gamblingem. Pomoc a rada je poskytnuta i blízkým osobám jedince zapleteného v síti OPL. Motivace k návštěvě AT ambulance není pro přijetí pacienta k léčbě rozhodující. Ať už přišel dobrovolně, pod vedením jiné osoby či z nařízení soudu, vždy mu bude poskytnuta péče. Výhodou AT ambulancí je, že mohou poskytovat své služby i anonymně, daly by se tedy zařadit mezi služby nízkoprahové.

Při první návštěvě bude pacient podroben vstupnímu vyšetření, které je zaměřeno hlavně na psychickou stránku člověka, pozornost je však samozřejmě věnována i té fyzické. Základní složkou vyšetření je sběr anamnézy, kterou dělíme na objektivní, subjektivní a osobní. Objektivní anamnéza shrnuje všechny dostupné informace o klientovi a jeho problému „z druhé strany“, tedy od rodiny, přátel, zaměstnavatele, školy, atd.. Klient je konfrontován s informacemi jenž o něm byli poskytnuty druhou stranou, není však informován kým a je mu dána možnost se k těmto skutečnostem vyjádřit. Subjektivní anamnéza je klientův osobní náhled na vlastní situaci, její vznik, vývoj, současný stav a náhled do budoucna. Zajímají nás i klientovi názory na předchozí odborné intervence a

zařízení jimiž prošel. Osobní anamnéza se více zajímá o vývoj klienta v dětství, jeho rodinu, situaci ve škole, celkově o období před vznikem problému a kontext ve kterém k němu došlo.

Dále se pacient podrobí klinickému vyšetření. Psycholog provede základní psychologické vyšetření se zaměřím na osobnost klienta. Dobré je provést i minimální psychiatrické vyšetření, které vyloučí či potvrdí psychiatrickou komorbiditou. Po tělesné stránce se lékař zaměří hlavně na stav CNS, periferní nervstvo, kardiovaskulární soustavu a játra. Vyšetření je doplněno o celou řadu laboratorních testů: krevní obraz, jaterní testy, serologické vyšetření na hepatitidy, test na HIV, pohlavně přenosné choroby, biochemický test moče a toxikologické testy.

Již při první návštěvě klienta se ho pracovníci snaží na službu navázat, a to citlivým přístupem a projevením zájmu, který se pomalu přibližuje k problému, který jej do ordinace přivedl. Důležité je odstranit jakékoliv obavy, které by jej mohli odradit a navodit atmosféru vzájemné důvěry. V průběhu prvního sezení je již snaha o komplexní zhodnocení klientova stavu a určení diagnózy, jenž se v průběhu mohou a budou měnit.

AT ordinace poskytují poradenství, preventivní aktivity a léčbu. Jednotlivé aktivity mohou stát odděleně, a to např. v těchto případech: primárně preventivní program pro školy, nebo poradenství poskytované rodinným příslušníkům. Co se týče léčby, tak poradenství i preventivní aktivity jsou jinak jeho nedílnou součástí. Léčba v AT ambulanci je komplexní, vychází z bio-psycho-sociálního modelu závislostí. Zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii i socioterapii. Samozřejmostí je individuální přístup k pacientovi – vypracovávají zde individuální léčebné plány.

Co se týče psychoterapie, jsou využívány všechny její formy, a to dle konkrétní zakázky klienta. Lze provádět individuální i skupinovou terapii, dále rodinnou či partnerskou. Obzvláště u individuální terapie je nutné pravidelné opakování sezení, intervaly záleží na domluvě klienta a lékaře. Rodinná terapie slouží buď k předání informací rodičům, kdy lze využít i rodičovské skupiny, nebo k navázání či zlepšení vzájemného vztahu klienta s rodinnými příslušníky, které by v ideálním případě mělo vést k získání podpory a spolupráce z jejich strany. Partnerská terapie má velmi podobné uplatnění jako rodinná.

Využití farmakoterapie není ničím neobvyklé, výhodou AT ambulance je, že v ní pracují převážně lékaři, kteří mohou potřebnou medikaci sami předepsat. Mezi služby nabízené AT ambulancí může patřit i substituční terapie. Fakt, že lékaři mají skvělý přehled o průběhu farmakoterapie i ostatních terapiích a mohou je tedy operativně upravovat tak, aby zajistili co možná nejlepší účinek, je velmi pozitivní.

Socioterapie v AT poradnách není terapií v pravém smyslu slova, zajišťuje jí sociální pracovníci a jedná se hlavně o řešení akutních sociálních problémů klienta jako je např. pomoc při obstarání potřebných dokladů, zajištění kontaktu s probačním pracovníkem, aj.. Cílem socioterapie by měl být návrat klienta do společnosti, což vyžaduje více intervencí než může AT ordinace nabídnout, proto spolupracuje se zařízeními které poskytují komplexní sociální rehabilitaci a resocializaci.

AT ambulance nabízení svým pacientům také dlouhodobou následnou péčí a to po dobu až pěti let. Nejlepší variantou je pravidelné setkávání, jejichž intervaly se postupně prodlužují. Cílem je maximální upevnění člověka v jeho abstinenci a zakotvení na novém místě ve společnosti. Pokud pacient této služby nevyužije i přesto je po celou dobu veden v evidenci a může se kdykoliv vrátit. Po uplynutí pěti let je z ní teprve vyřazen.

Dalším zařízením nabízejícím ambulantní léčebnou intervenci je **Denní stacionář** zaměřený na osoby potýkající se se závislostí. V České republice není tento koncept zařízení v péči o závislé moc využívaný, v současné době dle internetové stránky www.drogy-info.cz působí na našem území pouze tři takováto zařízení a z toho dvě v Praze. Dostupnost je tedy velmi malá, proto nebudeme denním stacionářům věnovat větší pozornost a uvedu pouze základní informace.

Tento koncept se nejdříve používal při léčbě duševních onemocnění a odtud se přenesl do drogové oblasti a to v průběhu 80 a 90 let minulého století jako alternativa rezidenčních programů. Denní stacionáře (dále DS) umožňují stejně jako AT ambulance klientovi zůstat v jeho přirozeném prostředí. Časová náročnost je poněkud větší než u AT ordinací, klient by měl do stacionáře docházet nejlépe každý den a stráví tu čas, který odpovídá době kterou by byl v práci či ve škole. Klient stacionář navštěvuje po dobu 6-8 měsíců, což odpovídá střednědobé léčbě. Pracovníci DS nejsou přesně definováni, mohou se zde uplatnit: psychologové, různí terapeuti, psychiatři, speciální pedagogové, sociální pracovníci, zdravotničtí pracovníci a jiní.

Klientem stacionáře se nemůže stát každý. Je koncipován pro osoby s diagnózou závislosti a to hlavně na alkoholu, opolidech a stimulantech. Podmínkou pro přijetí je vyřešená bytová situace, motivovanost k pravidelnému docházení a výhodou je aspoň minimální podpurné prostředí ze strany rodiny. Kapacita bývá většinou cca 10-20 osob.

Program DS je strukturovaný, na každý den se stanovuje rozvrh, který je striktně dodržován a klienti jej nemohou svévolně opustit. Absence, která musí být předem nahlášena, musí být i omluvena. Toto a daleko více je obsaženo v pravidlech DS, která jsou závazná a jejichž porušení se trestá sankcemi. Při porušení tzv. kardinálního pravidla dojde k vyloučení z programu.

Cílem léčby je dosažení změny životního stylu a abstinence. Tohoto cíle se v DS dosahuje pomocí komplexní terapie, jež obsahuje: komunitní setkávání, která jsou prostorem pro nejrůznější problémy a hodnocení; skupinovou terapii; individuální terapii sloužící hlavně k podpoře klienta ze strany garanta; sociální práce; pracovní terapie a volnočasové aktivity. Dále může DS probíhat rodinná terapie či rodinné skupiny. Pracuje se na podkladě individuálních plánů. Velkým tématem v DS by měla být prevence relapsu, jehož hrozba je vysoká vzhledem k tomu, že klienti jsou ve stejném prostředí, ve kterém docházelo k užívání. Před ukončením služby si klient společně s pracovníkem naplánuje jak bude ve své léčbě dále postupovat.

4.3.2 Detoxikační jednotky

Účelem detoxikačních jednotek (dále DJ) je pomoc klientovi v počátečních fázích abstinence a při překonávání akutní intoxikace, která může být nějak ohrožující pro samotného klienta i pro jeho okolí. Detoxikaci v tomto typu zařízení volíme, pokud ji není možné provést v domácích podmínkách, či není zapotřebí odborné lékařské intervence (např. ztráta vědomí – ARO, JIP,...).

DJ může být samostatným zařízením, ale v praxi je často přidružená k zařízením, jenž poskytují dlouhodobější léčebnou intervenci, jako je např. odd. pro léčbu závislosti psychiatrické léčebny, což je z hlediska návaznosti služeb bráno jako vhodnější. Pracovní tým DJ by měl být složen z hlavního lékaře s odbornou kvalifikací v oboru adiktologie, dalších lékařů též s potřebným vzděláním, zdravotních sester, sociálních pracovníků a terapeutů.

Detoxikace sama o sobě není léčebnou intervencí která by vedla k abstinenci závislého, ale je nezastupitelnou složkou v procesu léčby. Základní ideou je během detoxikace v klientovi probudit/najít motivaci k léčbě a dlouhodobé abstinenci, nebo posílit motivaci, s kterou klient na DJ přišel. Důvodů vedoucích klienta k detoxikaci může být mnoho. Nejideálnější motivací je příprava na dlouhodobou léčbu (např. v terapeutické komunitě), což je některými zařízeními vyžadováno jako podmínka nastoupení jak k detoxikaci, tak i k samotné léčbě. Déle na ní může nastoupit z nejrůznějších sociálních či zdravotních důvodů, kvůli snížení tolerance, či z důvodu brzkého uvěznění, apod..

V DJ se může provádět farmakoterapie, kterou vždy předepisuje lékař, dále psychoterapie převážně zaměřená na práci s motivací, dále také rodinná terapie či krizová intervence. Práce sociálního pracovníka spočívá hlavně v pomoci v procesu sjednání

následné léčby, v komunikaci s úřady, pojišťovnou, zaměstnavatelem a samozřejmě i rodinou.

4.3.3 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá léčba se v našich podmínkách provádí nejčastěji ve specializovaných odděleních pro léčbu závislostí psychiatrických léčeben, nebo ve speciálních odd. v nemocnicích a lze za ní považovat i zkrácenou 6 měsíční léčbu v terapeutických komunitách. Léčba trvá 3-6 měsíců a je rozdělena do čtyř fází. Proces léčby je jasně dán a strukturován, probíhá kombinací dvou forem práce a to individuální a skupinovou. Střednědobá léčba nemá pouze terapeutický efekt, ale také výchovný.

Pracovní tým by měl vést odborný lékař vzdělaný buď v oboru psychiatrie, nebo adiktologie, dalšími pracovníky jsou odborní lékaři, zdravotní sestry, kliničtí psychologové, terapeuti a sociální pracovníci.

Jak už bylo uvedeno výše, je léčba strukturovaná, probíhá dle stanoveného harmonogramu, který koresponduje s individuálním plánem, který má sestaven každý pacient. Tento plán obsahuje obecný hlavní cíl jímž je logicky abstinence a dílčí cíle díky nimž se k tomu hlavnímu přibližují. Důležité je i stanovení plánu následné péče, tzn., že před odchodem ze zařízení si klient s pracovníkem stanoví další postup léčby a způsob řešení možného relapsu.

Strukturovanost léčby nespočívá pouze v naplánování terapeutických aktivit, ale také v přesném rozčlenění celého dne. Vypracovávají se týdenní a denní plány, které jsou víceméně neměnné. V těchto plánech jsou rovnoměrně rozepsány aktivity terapeutické, pracovní i volnočasové. Jasně stanovený denní program sebou přináší také určitá pravidla, jejichž dodržování je úzce spjato se systémem sankcí a odměn. Celý proces léčby je ze strany klientů i pracovníků průběžně a pravidelně hodnocen.

Léčba probíhá převážně skupinovou formou o účasti 20-30 pacientů, individuální sezení slouží spíše k doplnění terapie. Skupinová terapie se dělí na **skupiny**, které se zabývají individuálními problémy pacientů a na **komunity**, kde se řeší problémy související se skupinovým životem v zařízení. Pracovní terapie má hlavně podobu výpomoci sloužící k zajištění chodu zařízení, což vede ke zlepšení pracovních návyků a převzetí určité zodpovědnosti. Volnočasové aktivity také převážně probíhají skupinovou formou, slouží k relaxaci a k prožití pozitivního trávení volného času v sociálním prostředí bez drog. Další využívané terapeutické prostředky jsou přednášky, propustky, farmakoterapie a sociální práce.

4.3.4 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (dále TK) je pobytové zařízení sloužící ke střednědobé a hlavně k dlouhodobé léčbě většinou nealkoholových závislostí. TK jsou koedukovaná zařízení, která mají přísně strukturovaný program, jasně stanovená pravidla, povinnosti i práva svých klientů. V průběhu léčby, která trvá cca 6-18 měsíců, prochází klient několika fázemi. Život v TK by se měl co nejvíce podobat životu ve společnosti. Podmínkou nástupu do TK je abstinence (pravidelně kontrolována testy), minimálně absolvování detoxikace, často také několikastránkový životopis a schválení přijetí ze strany klientů i pracovníků.

Zřizovatelé a provozovatelé TK pochází většinou z nestátního sektoru, jsou to nejrůznější organizace, převážně ty, které se primárně zabývají drogovou problematikou. Požadavky kladené na pracovníky jsou vysoké a to hlavně co se týče jejich osobnosti, která musí být vyzrálá, stabilní, vyrovnaná, pozitivní a aktivní. Dále by měl pracovník být komunikativní, upřímný, realisticko-optimisticky zaměřený, empatický a měl by mít pevné morální zásady. Tým TK je multidisciplinární, klíčovými zaměstnanci jsou zkušení terapeuti s dokončeným výcvikem, dále speciální pedagogové, sociální i lékařští pracovníci. Jsou známy dva druhy TK: demokratické a hierarchické.

Hlavním cílem pobytu v TK je změna náhledu klienta na svůj život, cestou k tomuto cíli je abstinence a ztotožnění se s ní. K primárnímu cíli se klient dostává v průběhu řešení sekundárních cílů, mezi které např. patří: pochopení důležitosti vlastního zdraví, učení zodpovědnosti za vlastní život i za druhé, zlepšení sociální interakce, získání pracovních návyků, zlepšení sebepojetí,...

Léčba v TK je velice komplexní, zahrnuje komunitní setkání sloužící k zajištění chodu komunity; intenzivní skupinové terapie s nejrůznějším zaměřením; individuální sezení s garantem; rodinná terapie dle možností; pracovní terapie zajišťující kompletní chod komunity s jasně stanovenými funkcemi; vzdělávací aktivity; volnočasové aktivity mezi něž patří i sport a společné zátěžové aktivity jenž vedou k odreagování, stmelení skupiny a zvýšení odolnosti; sociální práce a také propustky.

Důležitým aspektem léčby je samotný režim v TK, který je téměř neměnný. Vypracovávají se podrobné týdenní plány, kde je vždy jasně uvedeno kdo má jakou funkci. Struktura týdne odpovídá běžnému týdnu pracujícího občana. Klienti se musí podrobit striktně vymezeným pravidlům, svědomitě vykonávat své povinnosti a nevyužívat jiných práv, než těch, jež jsou jim přiznána. Při porušení pravidel jsou klienti sankcionováni, tvrdost sankce odpovídá závažnosti provinění (při porušení kardinálních pravidel je to

vyloučení z TK), naopak vzorné fungování a vykonání prospěšné činnosti pro komunitu nevyplývající z uložených povinností může vést k získání výhody. Klient tedy do jisté míry určuje sám, jaký bude jeho život v TK. Chod TK a jeho členů je pravidelně hodnocen a to jak pracovníky, tak samotnými klienty.

Léčebný efekt má i rozdělení pobytu do fází, které bývají z pravidla čtyři: nultá, první, druhá a třetí, kdy v druhé fázi by měl klient strávit polovinu své léčby. Každá fáze sebou přináší určitá pravidla, povinnosti a práva. O přestupu z jedné fáze do druhé nerozhoduje pouze samotný klient, ale celá komunita společně s pracovníky. Jakýkoliv přestup mezi fázemi, ale i příchod a odchod z komunity je doprovázen specifickým rituálem.

4.3.5 Následná péče

V našich podmínkách následnou péči nabízí tzv. **doléčovací programy**. Hlavním smyslem následné péče je ustálení změn, které u klienta nastaly v procesu předchozí léčby a poskytnutí podpory při návratu do běžného prostředí a jeho zapojení do chodu společnosti, což je pro něj velice zátěžová a riziková situace. Podmínkou při nástupu do procesu doléčování by měla být aspoň minimální předchozí léčba v rozsahu tří měsíců ať už ambulantní či rezidenční. Je však možné přijmout i klienta, jež abstinuje, je motivován k pokračování v tomto novém vzorci chování a k tomuto rozhodnutí dospěl bez intervence odborníků.

K personálnímu obsazení postačí psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník, kdy jeden z nich by měl mít hotový výcvik v psychoterapii. Ostatní odborníci jsou smluvně zajištěni a využíváni klienty dle aktuální potřeby v místech jejich působení.

Nejdůležitější součástí léčebné intervence poskytované v doléčovacích centrech je **prevence relapsu**, jehož riziko se po návratu z léčby výrazně zvyšuje; dále psychoterapie jenž slouží hlavně ke stabilizaci klienta a podpoře v procesu abstinence; sociální práce zaměřená na komunikaci s úřady, hledání práce a bydlení; zajištění lékařské péče; práce s rodinou a volnočasové aktivity zajišťující pozitivní prožitky bez užití drog. Další často nabízenou službou může být poskytování chráněného bydlení.

Následná péče by měla trvat cca 6-12 měsíců a klient opět prochází několika fázemi (většinou třemi). Fáze slouží k postupnému odpoutávání klienta od služby a přebírání zodpovědnosti za vlastní život. Nesmíme klienta institucionalizovat, ale poskytnout mu podmínky pro osamostatnění a navázat ho na další služby a odborníky, kteří se primárně nezabývají klienty s drogovou minulostí.

5 Legislativní rámec drogové problematiky

Pro ucelenost uvádím stručný výtah ze základní legislativy týkající se naší problematiky.

5.1 Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb. a Úmluvy OSN týkající se omamných a psychotropních látek

Zákon o návykových látkách upravuje manipulaci s OPL, preparáty, které je obsahují, a látkami sloužícími k jejich výrobě (tzv. prekursory) (§ 1). Jsou zde vymezeny podmínky pro výzkum, výrobu, zpracování, odběr, skladování, používání, koupi, prodej a likvidaci těchto látek (§ 3).

Pro výše zmíněné aktivity s OPL je potřeba oprávnění (povolení k zacházení), které vydává Ministerstvo zdravotnictví a to na dobu 1 roku oprávněné osobě. Ministerstvo dále stanovuje výjimky, kdo a za jakých okolností může s OPL, preparáty a prekursory manipulovat i bez jejich oprávnění (§ 4 - § 9).

Každý, kdo má oprávnění k zacházení s OPL, s přípravky, jež tyto látky obsahují, či s prekursory, má zákonem stanovenou ohlašovací povinnost. Ta se týká zpětného ročního hlášení o výrobě, spotřebě, nákupu, prodeji a celkovém pohybu těchto látek, dále odhadu výroby a spotřeby v následujícím roce a měsíčním hlášení o jejich vývozu a dovozu. Hlášení se odevzdává na Ministerstvo zdravotnictví s výjimkou pěstitelů máku a konopí, kteří je zasílají na Ministerstvo zemědělství (§ 26 - § 30).

Ač je Zákon o návykových látkách mimotrestní, v § 36-§ 40 jsou stanoveny sankce, a to ve formě pokuty a zabránění věci. Uvedeny jsou podmínky pro jejich stanovení, podmínky pro soudní řízení a výše pokuty, jež může být stanovena.

Důležitou součástí Zákona č. 167/1998 Sb. jsou jeho přílohy, které obsahují kompletní soupis OPL. OPL jsou zde rozčleněny samostatně na *Omamné látky* (přílohy č. 1-3) a *Psychotropní látky* (přílohy č. 4 – 7), obě skupiny jsou ještě dále rozděleny do několika podskupin dle **Jednotné úmluvy o omamných látkách** z r. 1961 (**vyhláška č. 47/1965 Sb. ve znění sdělení č. 458/1991 Sb.**) a **Úmluvy o psychotropních látkách** z r. 1971 (**vyhláška č. 62/1989 Sb.**). Příloha č. 8 obsahuje seznam *Přípravků* dle Jednotné úmluvy o omamných látkách, příloha č. 9 seznam *Prekursorů* dle **Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami** z r. 1988 (**sdělení č. 462/1991 Sb.**) a poslední příloha č. 10 seznam *Pomocných látek* dle stejné úmluvy. Tyto

úmluvy jsou mezinárodní klíčové dohody OSN, jež podepsala i Česká republika, které mají sloužit ke kontrole výroby, distribuce, manipulace a pohybu OPL, což ve svém důsledku přispívá k boji proti nelegálnímu šíření drog. Z těchto úmluv vyplývají i určité povinnosti, jako je přijetí určitých legislativních opatření, správních kroků a trestních uzákonění, jejichž plnění je ze strany OSN a Mezinárodního úřadu pro kontrolu omamných látek průběžně kontrolováno.

5.2 Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. (nahrazující Trestní zákon č. 140/ 1961 Sb.)

Pro účely naší práce jsem vybrala pouze paragrafy, jež se přímo dotýkají problematiky OPL.

Trestní zákoník užívá pojem **návyková látka** a v § 130 jej definuje: *„Návykovou látkou se rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobící nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování“*

V § 289 Trestního zákoníku je stanoveno, že za omamnou a psychotropní látku, přípravek tyto látky obsahující a jejich prekursory lze považovat pouze látky zákonem určené. Stejně tak stanovuje i jedy, rostliny a houby OPL obsahující. Zákon dále určuje, co je množství větší než malé.

➤ § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

- *„Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem“.* (§ 283, odstavec 1.)

- Dále jsou v § 283 stanoveny přesné sazby a okolnosti, jež jsou rozhodující pro jejich uložení.

➤ § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

- *„Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující*

jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty“. (§ 284, odstavec 1.)

- „*Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty“.* (§ 284, odstavec 2.)

- V § 284 jsou uvedeny další sazby odvozené od množství držené látky.

➤ **§ 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku**

- „*Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty“.* (§ 285, odstavec 1.)

- „*Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty“.* (§ 285, odstavec 2.)

- V § 285 jsou uvedeny další sazby odvozené od množství pěstované rostliny.

➤ **§ 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu**

- „*Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty“.* (§ 286, odstavec 1.)

- Dále je v tomto § uvedena zvýšená sazba a důvody k jejímu uložení.

➤ **§ 287 Šíření toxikomanie**

- „Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti“. (§ 287, odstavec 1.)
- V § 287 jsou uvedeny i zvýšené sazby a argumenty pro jejich uložení.

5.3 **Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**

Zákon o sociálních službách se sám o sobě nezabývá OPL, ale vytyčuje druhy zařízení, ve kterých jsou poskytovány sociální služby. Spadají sem i zařízení, jež mají jako cílovou klientelu právě osoby potýkající se s OPL. U každého zařízení je stanoven minimální rozsah poskytovaných úkonů garantovaných zákonem a je zde vyřešena otázka úhrady za služby (§ 72 - § 73).

Každé zařízení, které poskytuje sociální služby, musí z tohoto zákona poskytovat **sociální poradenství** (§ 37). Základní sociální poradenství poskytují všichni, a to bezplatně. Základní poradenství spočívá v podávání informací, které uživateli služby pomáhají v orientaci a následném řešení své neblahé životní situace. Vedle základního poradenství stojí odborné sociální poradenství, jež je odvislé od typu a zaměření poskytované služby/zařízení a může být zpoplatněné. Jsou stanoveny tyto tři základní činnosti: *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.* (§ 37, odstavec 4.)

Zařízení zabývající se klientelou s drogovým problémem spadají do sekce **Služby sociální prevence**. Tyto služby se obecně zabývají osobami ohroženými sociálním vyloučením, pomáhají jim při návratu do společnosti a při řešení jejich svízelné situace. Na druhé straně chrání samotnou společnost před zrodem a šířením rizikových a patologických fenoménů.

V zákoně č. 108/2006 Sb. jsou čtyři specifické služby/zařízení, jež se věnují naší klientele, které si představíme podrobněji:

- **§ 59 Kontaktní centra** - „Nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek“. Základní činnosti nabízené kontaktními centry: *sociálně terapeutické činnosti; pomoc*

při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

- **§ 64 Služby následné péče** – *„Terénní služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují“.* Služby poskytované v rámci následné péče: *sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*
- **§ 68 Terapeutické komunity** – *„Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života“.* Komunity poskytují tyto základní služby: *poskytnutí stravy; poskytnutí ubytování; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.* Tato služba je zpoplatněna, konkrétně strava a ubytování.
- **§ 70 Služby sociální rehabilitace** – *„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“.* Základní úkony, které jsou poskytovány v rámci sociální rehabilitace, jsou odvislé od formy poskytované služby. Pokud je služba poskytována formou ambulantní či terénní, obsahuje tyto činnosti: *nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.* Pokud je služba pobytová, připojují se k těmto činnostem ještě: *poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.* Kdy ubytování a strava jsou opět hrazeny klientem.

Mezi služby spadající do oddělení služeb sociální prevence, které mohou využívat osoby s jakýmkoliv druhem návykového chování, dále patří: Telefonická krizová pomoc (§ 55), Azylové domy (§ 57), Krizová pomoc (§ 60), Nízkoprahová denní centra (§ 61), Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§ 62) a Noclehárny (§ 63).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Výzkum

6.1 Cíle výzkumu

Cílem mé práce je v první řadě zmapovat nabídku ambulantních léčebných programů a služeb pro osoby závislé na pervitinu (dále jen ambulantní programy) v celé České republice (dále jen ČR). Hlavní cíl práce je následné zjištění podrobností ohledně fungování vybraných subjektů – metodika práce, financování, personální zajištění a klientela.

6.2 Výzkumné hypotézy

- **Hypotéza č. 1** – V rozložení subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice v rámci krajů nejsou výrazné rozdíly.
- **Hypotéza č. 2** – Mezi počty jednotlivých subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice jsou významné rozdíly.

6.3 Metodologie výzkumu

Prováděný výzkum je kvantitativní, což automaticky vyplývá ze zaměření práce. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na zjišťování četnosti zkoumaného jevu či fenoménu ve vymezené oblasti/lokalitě. Je oproti kvalitativnímu výzkumu přehlednější a stručnější, ale na druhé straně neproniká tolik do podstaty zkoumaného jevu. Kvantitativní výzkum nám také umožňuje oslovit více respondentů a prozkoumat širší oblast než kvalitativní.

První část výzkumu spočívá ve sběru vybraných dat, po jejich zpracování a vytvoření reprezentativního výzkumného vzorku lze přistoupit k jeho druhé části. Základní výzkumnou metodou užitou v druhé části výzkumu je rozhovor. Rozhovor řízený a standardizovaný. Rozhovory jsem vedla podle předem připravené matice otázek a odpovědi jsem následně písemně zaznamenávala do vytvořených tabulek. Rozhovory neprobíhaly v přímém kontaktu s respondenty ale telefonicky, a to vzhledem k jejich rozptýlu po celé ČR. Standardizovaný rozhovor jsem zvolila z několika důvodů: všichni

respondenti měli ve výzkumu stejné podmínky, odpovídali na stejné otázky a následné zpracování výsledků bylo rychlejší a získaná data snadněji srovnatelná.

Standardizovaný rozhovor je velmi podobný další výzkumné metodě, dotazníku. Dotazník lze v širším pojetí brát i jako dotazování, k jedné z jeho základních forem patří i výzkumný rozhovor (CHRÁSKA, 1993). Z tohoto důvodu jsem při konstrukci otázek čerpala i z poznatků o položkách dotazníku. Dotazníku je velice často vytýkána vysoká míra subjektivity, ale vzhledem k tomu, že nezjišťujeme názor respondentů ale fakta, neměla by být tato výtka v tomto případě opodstatněná. Všechny otázky ve výzkumu jsou přímé a mají formu otevřených položek. Otevřené otázky dávají respondentům větší volnost v odpovědích, což následně vede k obtížnějšímu vyhodnocování. Otázky v tomto výzkumu jsou sice otevřené, ale ptají se na konkrétní fakta, proto by míra náročnosti vyhodnocování měla být srovnatelná s vyhodnocováním dotazníku tvořeného z uzavřených otázek. Jednotlivé otázky splňují základní požadavky na konstrukci dobrého dotazníku dle Chrásky: jsou formulovány jasně, srozumitelně, jednoznačně, zjišťují pouze nezbytné informace a nejsou postaveny sugestivně. Otázky splňují i kritéria validity a reliability.

Nevýhodou zvolené výzkumné metody je ztížené navazování kontaktu, které bylo v tomto případě navíc umocněno neosobním telefonickým stykem s respondenty. Tuto nevýhodu jsem se snažila co nejvíce eliminovat přípravou před samotným zahájením telefonického kontaktování respondentů – obzvláště přípravou úvodní části rozhovoru a jejím nácvikem.

Respondentům jsem nabídla, aby si sami vybrali čas na realizaci telefonického rozhovoru. Tímto krokem jsem splnila jednu z několika podmínek pro vedení rozhovoru a to zvolení vhodné situace a zajištění časového prostoru. Další důležitou podmínkou je respondenta motivovat ke spolupráci, o což jsem se snažila hlavně v úvodní části rozhovoru. Některým podmínkám, jako jsou zvolení vhodného prostředí, vhodná úprava tazatelova zevnějšku a kontrola vlastní neverbální komunikace, jsem vzhledem k telefonickému kontaktu s respondenty nevěnovala pozornost.

6.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Základní výzkumný vzorek (viz. příloha č.1) nám tvoří všechny ambulantní programy v ČR. Tyto programy jsou rozděleny dle krajů, ve kterých jsou poskytovány, a následně dle typu do tří základních skupin: AT ambulance, ambulantní léčebné programy a soukromé ordinace psychiatrů zaměřených na léčbu nealkoholových závislostí.

Data byla ve valné většině získána z internetových stránek Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti <http://www.drogy-info.cz> přes vyhledávač Mapa pomoci. Dalšími zdroji byly webové stránky samotných subjektů, jednotlivých krajů, odborníků v dané problematice a zainteresovaných institucí (např. Národní institut dětí a mládeže), které sloužily i k ověření validity získaných dat a informací.

Co se týče základního výzkumného vzorku, snažila jsem se o co nejpřesnější zmapování, ale v oblasti psychiatrické ambulantní léčby nelze zjistit definitivní čísla. Soukromí psychiatři totiž mohou i nemusí poskytovat své služby v oblasti léčby závislostí a mnoho z těch, kteří se závislostí pracují se zabývají pouze problematikou alkoholu. Většina soukromých psychiatrů také nemá vlastní internetové stránky, kde lze tyto informace zjistit a nelze je kontaktovat ani pomocí telefonu či emailu. Email nelze ve všech případech zjistit, telefon sice ano, ale není možné obvolat všechny soukromé psychiatrické ordinace/ambulance v České republice. Proto jsem se v této oblasti držela výhradně seznamu odborníků na výše uvedených webových stránkách a na stránkách www.nidm.cz.

Reprezentativní vzorek (viz. příloha č. 2) byl vybrán pomocí stratifikovaného výběru, který nám ponechává prostor pro volbu velikosti vzorku a umožňuje práci s podskupinami. Reprezentativní výzkumný vzorek tvoří tři, dva, popřípadě jeden zástupce z každého kraje dle zastoupení v jednotlivých skupinách. V ideálním případě je reprezentativní vzorek tvořen jedním zástupcem za AT ambulance, dalším za ambulantní léčebný program a poslední za soukromé ordinace psychiatrů v každém kraji. Všichni zástupci jednotlivých podskupin byli vybráni náhodným výběrem – losováním.

Ke zpracování zjištěných dat jsem použila grafické, statistické a matematické metody. K ověření hypotéz jsem použila Test dobré shody chí-kvadrát, který mi umožnil zjistit statistickou významnost zjištěných dat/četností ve výzkumu.

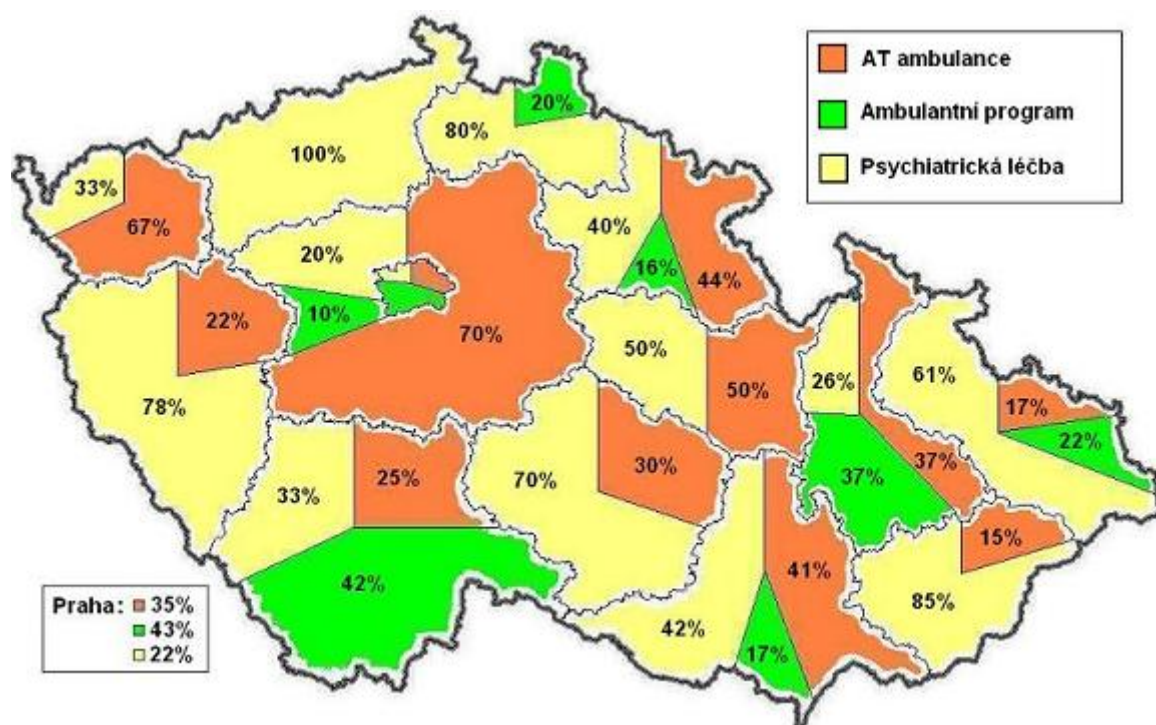
6.5 Výsledky celorepublikového šetření

První část výzkumu nám přinesla informace ohledně počtu a rozmístění ambulantních služeb v České republice. Služby jsou rozděleny do tří skupin: AT ambulance, ambulantní program a psychiatrická léčba. Dále jsou rozděleny dle krajů, ve kterých jsou poskytovány.

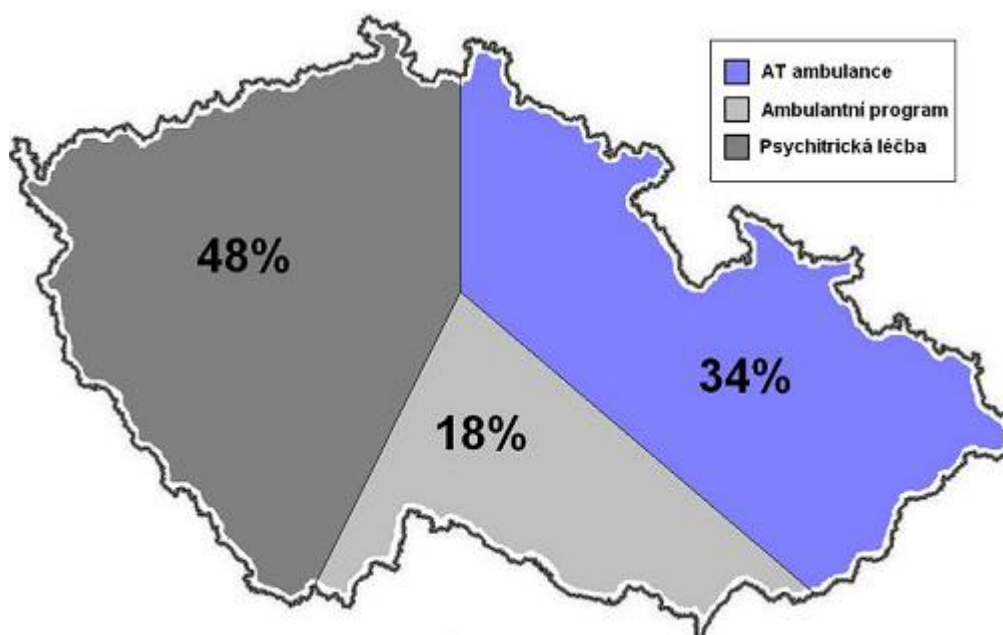
Bylo zjištěno, že v každém kraji se nachází alespoň jeden zástupce z některé výše uvedené skupiny. Osm krajů (Praha, Jihočeský, Jihomoravský, Královehradecký, Liberecký, Moravskoslezský, Olomoucký a Středočeský) má zastoupeny služby ze všech

tří skupin, v pěti krajích (Karlovarský, Pardubický, Plzeňský, Vysočina a Zlínský) nemají žádný ambulantní program, ale AT ambulance i specializované ordinace psychiatrů zde nalezneme, jeden kraj (Ústecký) má v nabídce pouze zástupce jedné skupiny a to psychiatrickou ambulanci. Co se týče procentuálního zastoupení jednotlivých služeb v ČR: ambulantní programy tvoří 20%, AT ambulance 34% a psychiatrické ordinace 46% z celkového počtu zařízení (viz. obrázek č. 2).

Obrázek č.1 - Procentuální zastoupení jednotlivých skupin v rámci krajů

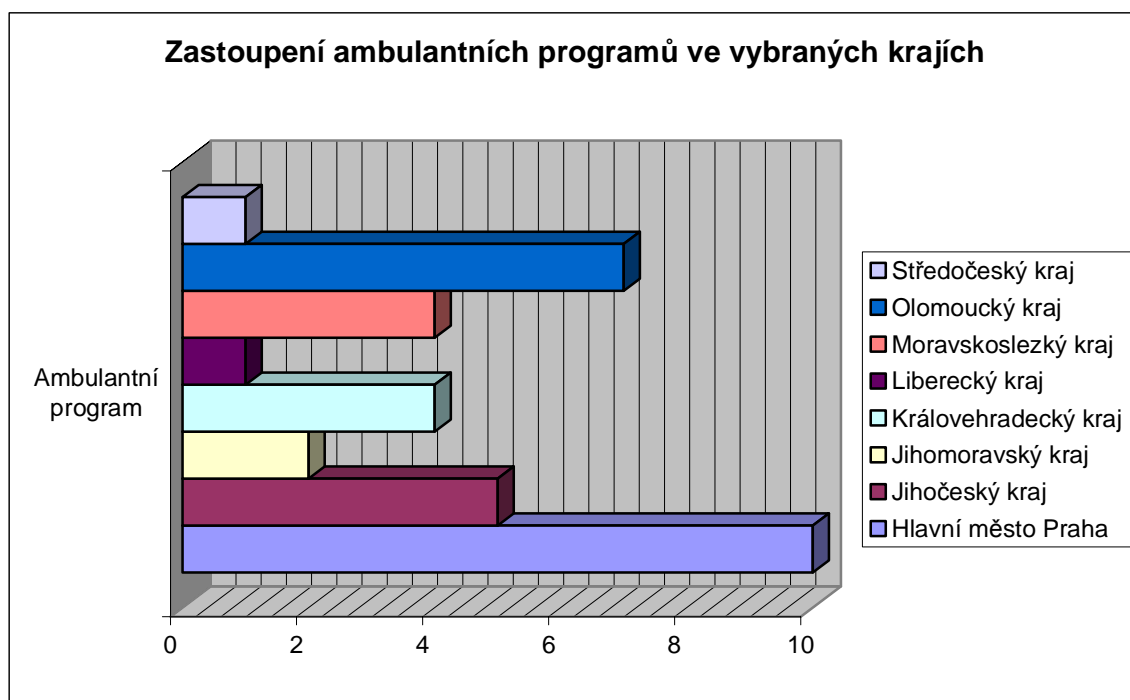


Obrázek č. 2 – Procentuální zastoupení jednotlivých služeb v ČR



V České republice funguje ještě jedna ambulantní služba a to denní stacionář (dále DS) pro uživatele nealkoholových drog. DS nebyly z výzkumu vyřazeny, byly pouze zahrnuty do skupiny ambulantní programy a to z důvodu jejich velmi nízkého počtu. Na celém území ČR jsou zřízena pouze čtyři takováto zařízení, z toho tři v Praze a jedno v Táboře. DS tvoří jenom 2% z celkového počtu všech ambulantních služeb v ČR.

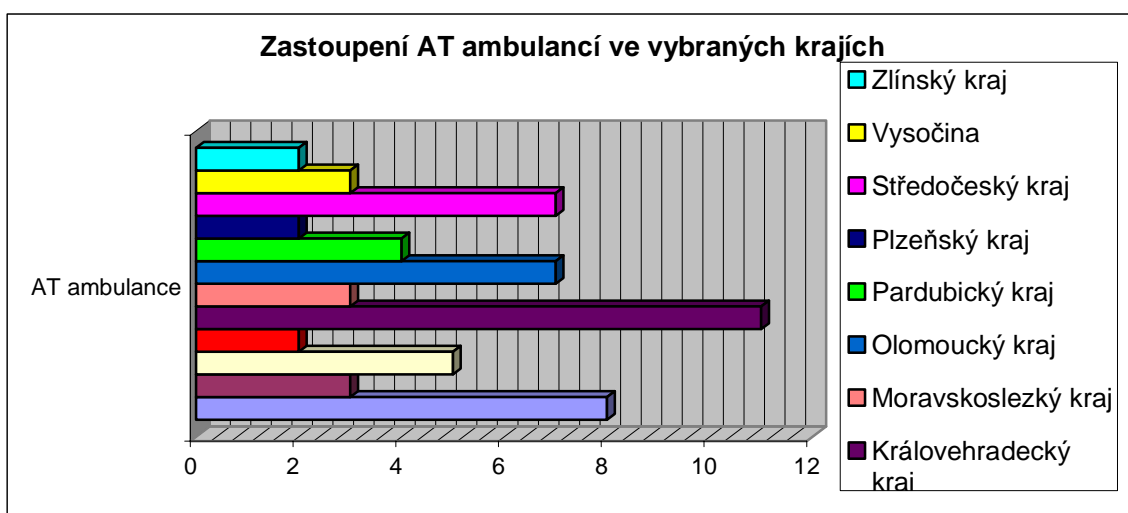
Graf č. 1 – Zastoupení ambulantních programů ve vybraných krajích



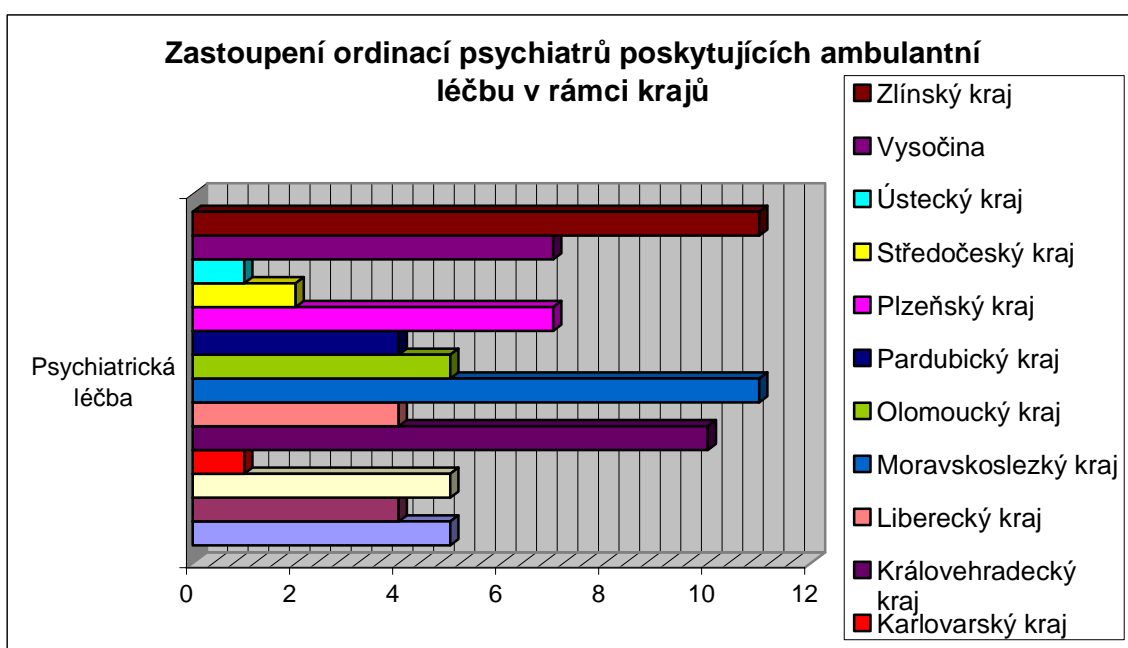
Druhou nejméně početnou skupinou jsou ambulantní programy. Ambulantní programy nejsou nabízeny ve všech krajích, ale lze je nalézt ve více jak v polovině z nich a to konkrétně v osmi ze čtrnácti krajů. Jak je patrné z níže uvedeného grafu č. 1, největší zastoupení má v hlavním městě Praha, kde funguje deset takovýchto programů. Na druhé příčce se umístil Olomoucký kraj se sedmi ambulantními programy a jako třetí kraj Jihočeský s pěti programy. Dalšími kraji, které na svém území tuto službu mají, jsou: Královehradecký (4), Moravskoslezský (4), Jihomoravský (2), Středočeský (1) a Liberecký (1).

Druhou nejpočetnější skupinou jsou AT ambulance (viz. graf č. 2), které jsou zřízeny ve všech kromě dvou krajů – Libereckého a Ústeckého. Nejvíce ambulancí pro alkohol a toxikomanii lze nalézt v Královéhradeckém kraji, je jich zde zřízeno rovných jedenáct. Následuje Praha s osmi ambulancemi tohoto typu, o třetí místo se dělí Středočeský a Olomoucký kraj se sedmi AT ambulancemi. Další je kraj Jihomoravský, kde funguje pět ambulancí a kraj Pardubický se čtyřmi AT ambulancemi. Tři ambulance najdeme v kraji Vysočina, Moravskoslezském a Jihočeském. Ve zbylých třech krajích, kterými jsou Plzeňský, Karlovarský a Zlínský, je zřízeno po dvou takovýchto ambulancích.

Graf č. 2 – Zastoupení AT ambulancí ve vybraných krajích



Graf č. 3 – Zastoupení ordinací psychiatrů poskytujících ambulantní léčbu v rámci krajů



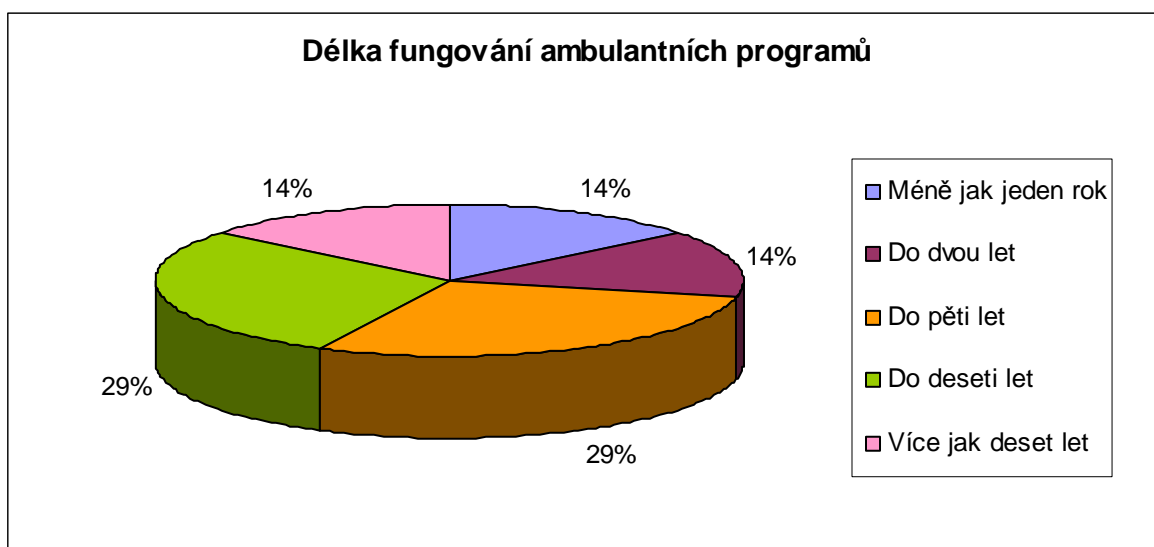
V rámci ČR jsou nejrozšířenějším zařízením poskytujícím ambulantní léčebnou péči osobám závislým na nealkoholových drogách soukromé ordinace/ambulace psychiatrů. Jsou jedinou skupinou v našem šetření, která má zastoupení opravdu ve všech krajích (viz. graf č. 3). Nejvíce specializovaných ordinací nalezneme ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, konkrétně jedenáct. V Královéhradeckém kraji lze využít služeb deseti psychiatrů. Kraj Vysočina stejně jako Plzeňský disponuje sedmi ordinacemi. Pět specialistů nabízí své služby v Praze, Olomouckém a Jihomoravském kraji. Další v pořadí, se čtyřmi ordinacemi, se nacházejí tyto kraje: Pardubický, Liberecký a Jihočeský. Nejméně ambulantních psychiatrů, kteří poskytují ambulantní léčebné služby osobám závislým na OPL, je ve Středočeském kraji (2) a následně v kraji Ústeckém a Karlovarském, v obou po jedné.

6.6 Výstupy z výzkumu ambulantních programů

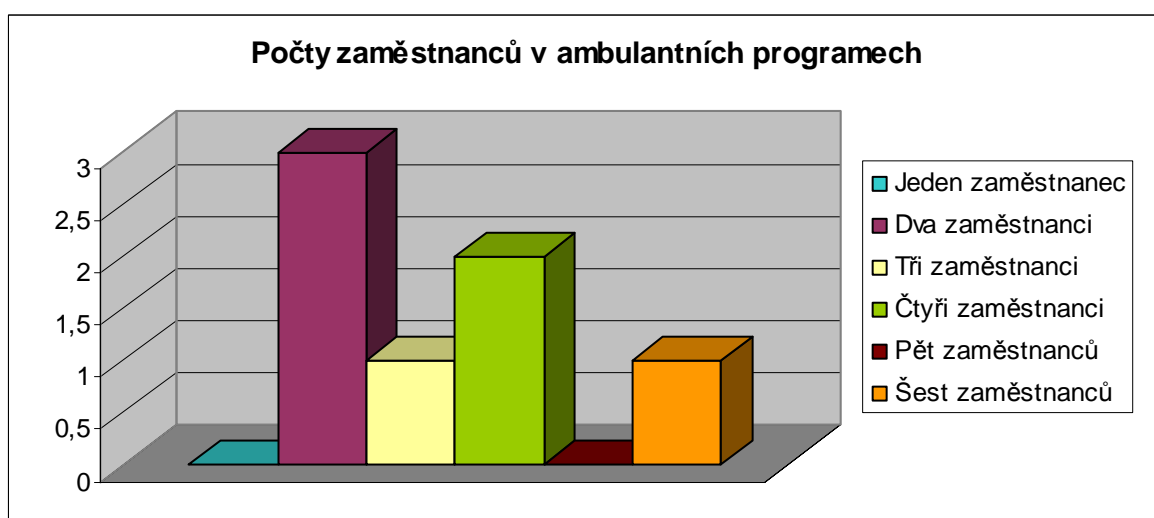
Zařízení která nabízejí ambulantní programy (dále AP) byla ochotná ke spolupráci v 87%, což v našem případě znamená, že jedno jediné zařízení neposkytlo informace. S tímto zařízením byl navázán telefonický kontakt, ale pro nedostatek času požádali o zaslání dotazníku pomocí emailu, na který neodpověděli (dotazník viz. příloha č. 3).

Vyhodnocení otázky č. 1 (viz. Graf č. 4) – odpovědi respondentů jsou rozděleny do pěti skupin: služba je zřízena méně jak jeden rok, do dvou let (včetně), do pěti let (včetně), do deseti let (včetně) a více jak deset let. Po jednom reprezentantovi mají tři skupiny. Patří sem ambulantní program s dvanáctiletou tradicí spadající do skupiny více jak deset let. Nejmladší program, který logicky patří do první skupiny méně než jeden rok, který byl definován v polovině roku 2010. Ambulantní léčba byla již dříve v tomto zařízení provozována, ale ne na podkladě jasně definovaných pravidel a oficiálního uznání této služby. Poslední skupinou s jedním zástupcem je AP zřízený před méně jak dvěma lety. Patří sem AP který byl otevřen na počátku loňského roku 2010. Dva zástupce má skupina do pěti let, spadají sem dvě zařízení jenž tuto službu nabízí shodně rovných 5 let. Poslední dva subjekty nabízející AP patří do skupiny do deseti let, jeden vznikl v r. 2003 a druhý o rok později.

Graf č. 4 – Délka fungování ambulantních programů



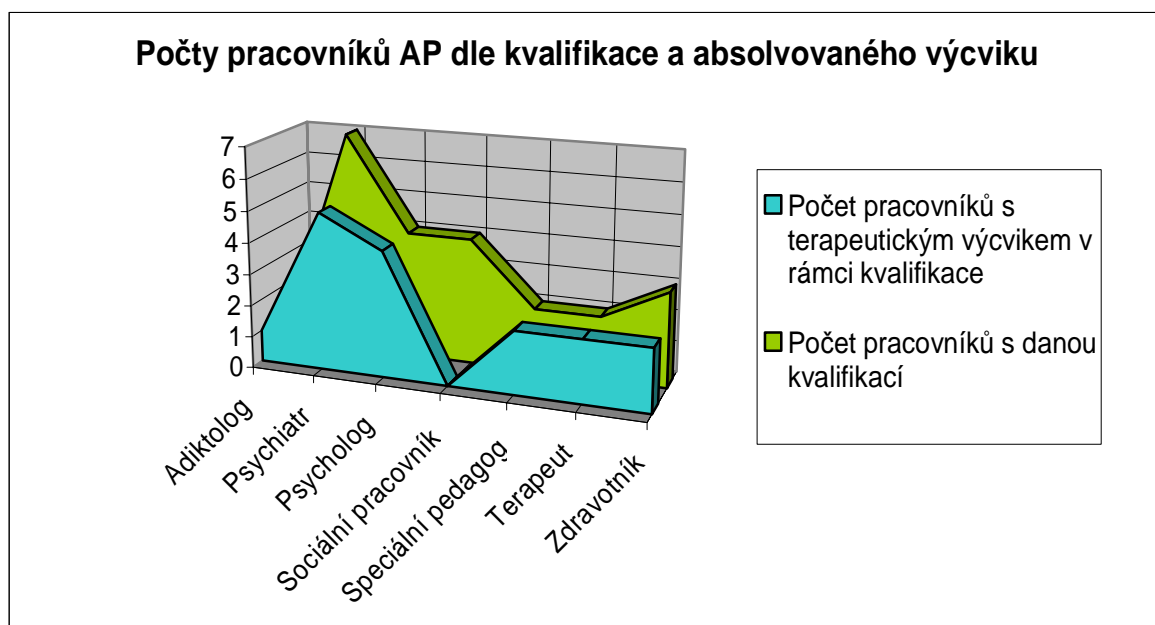
Graf č. 5 – Počty zaměstnanců v ambulantních programech



Vyhodnocení otázky č. 2 (viz Graf č. 5) – zde byli jednotlivé skupiny reprezentovány počty zaměstnanců a to od jednoho až po šest pracovníků v AP. Nejnižší počet zaměstnanců v AP činí dva, což je zároveň i nejčastější variantou (3 zařízení). Ve dvou případech je hlavním pracovníkem pouze jeden ze zaměstnanců, druhý je vedoucí, který superviduje práci svého zaměstnance a sociální pracovník zaměstnaný na velmi malý úvazek, který dochází pouze jedenkrát týdně. Třemi zaměstnanci s celým úvazkem disponuje jedno zařízení. Čtyři pracovníky nalezneme ve dvou zařízeních, v jednom z nich mají dohromady 3,5 úvazku o druhém nejsou tyto informace k dispozici. Nejpočetnější tým má zařízení se šesti pracovníky, které se vyskytuje v našem výzkumu jako jediné. U tohoto zařízení také nemáme podrobné informace o velikosti úvazků.

Vyhodnocení otázky č. 3 (viz Graf č. 6) – V AP narazíme na sedm pracovníků s různou kvalifikací. Jsou to adiktolog, psychiatr, psycholog, sociální pracovník, terapeut a zdravotník. Nejméně zastoupená je pozice adiktologa, vyskytuje se pouze v jediném zařízení. Tento adiktolog má ukončený psychodynamický výcvik. Ve skupině všech zaměstnanců se vyskytují dva speciální pedagogové, oba s výcvikem, jeden s KBT a druhý s Rogeriánským. Dva jsou také terapeuté, oba logicky s prodělaným výcvikem. Jeden v humanistické oblasti, konkrétně výcvik dle Virginie Satirové, o předchozím vzdělání nemáme informace. Druhý terapeut má systemický výcvik a ukončené středoškolské vzdělání v oboru diplomovaná všeobecná zdravotní sestra. Třetí profesí v pořadí se třemi pracovníky je zdravotník. Všichni mají ukončené středoškolské vzdělání v oboru diplomovaná všeobecná zdravotní sestra. Dva zdravotníci mají navíc také terapeutický výcvik, jeden bohužel není specifikován, druhý má SUR. Dva zdravotníci pracují společně, takže zdravotní služby jsou nabízeny ve dvou zařízeních. Sociální pracovníci a psychologové jsou zastoupeni stejně - po čtyřech. Ani jeden sociální pracovník nemá absolvovaný či rozběhnutý terapeutický výcvik.. Naproti tomu všichni psychologové výcvik mají. Dva zvolili Gestalt terapii, jeden KBT, poslední prodělal výcvik SUR a dále se věnuje psychoanalýze.

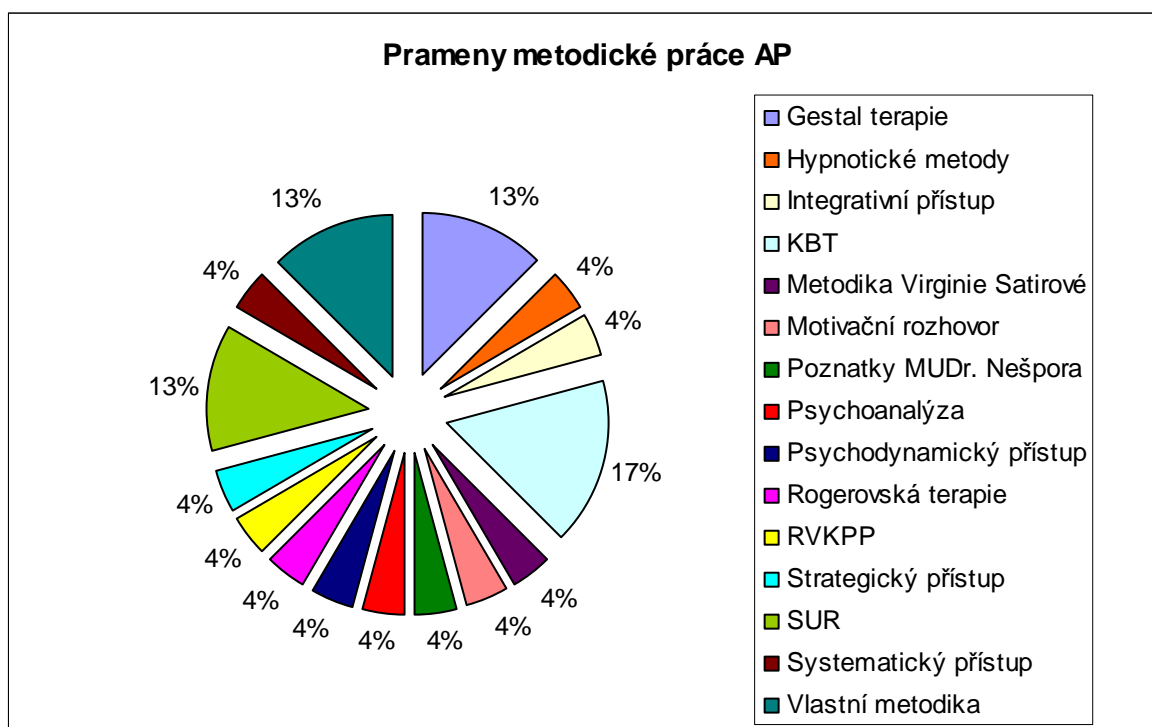
Graf č. 6 – Počty pracovníků v AP dle kvalifikace a absolvovaného výcviku



Ač jsou psychologové čtyři, pracují pouze ve dvou zařízeních, v jednom v počtu tří, ve druhém pracuje jeden. Nejfrekventovanější profesí pracující v AP je psychiatr. Je jich celkem šest a pracují v rámci čtyř zařízení (v rozložení 2-2-1-1). Jeden doktor nemá ještě

splněny všechny atestace v oboru. Čtyři lékaři mají hotový výcvik: třikrát SUR a jedenkrát systemický výcvik v kombinaci s hypnoterapií, psychoanalýzou a strategickým přístupem. Dále zařízení udávali u svých zaměstnanců různé sebezkušnostní výcviky, např. krizová intervence či efektivní rozhovor.

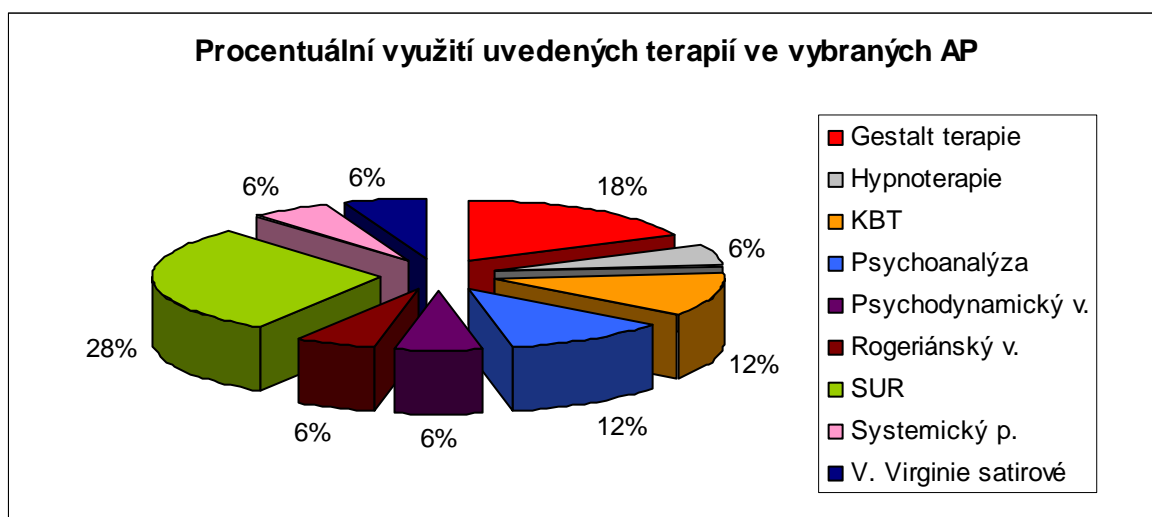
Graf č. 7 – *Prameny metodické práce AP*



Vyhodnocení otázky č. 4 (viz. Graf č. 7 a 8) – Prameny ze kterých AP čerpají při práci se svými klienty jsou rozmanité, objevilo se nám celkem patnáct různých zdrojů. Zařízení poskytují své služby na základě vlastního operačního manuálu, který vymezuje „mantinely“ mezi kterými se pracovník během své práce musí pohybovat. Každý pracovník tedy primárně vychází z manuálu a posléze ze svého vlastního výcviku a dalších terapií. zařízení nehovořili o jednotné metodice, ale o individuálně intuitivním přístupu založeném na jasných pravidlech a zkušenostech z výcviků. Nejvíce zařízení čerpá z KBT, objevuje se dohromady u čtyřech AP, což dává sedmáct procent. Další v pořadí za KBT se třinácti procenty jsou shodně SUR, Gestalt terapie a vlastní metodika se třemi subjekty z nich těžícími. Pod pojmem vlastní metodika se schovává více pramenů/terapií, které nebyl oslovený subjekt schopen vyjmenovat, neznamená to vlastní vymyšlenou a v praxi vyzkoušenou metodiku práce s klientem. Dále máme jedenáct pramenů, z kterých čerpá jediné zařízení. Mají po čtyřech procentech a jsou to: hypnotické metody, integrativní přístup, metodika Virginie Satirové, motivační rozhovor, poznatky MUDr. Nešpora,

psychoanalýza, psychodynamický přístup, Rogerovská terapie, RVKPP, strategický přístup a systematický přístup. Dvě zařízení mají jediný zdroj z kterého čerpají při své práci, jedno zařízení čerpá za dvou zdrojů, další ze čtyř a poslední tři zařízení těží při své práci z pěti různých přístupů.

Graf č. 8 – Procentuální využití uvedených terapií ve vybraných AP

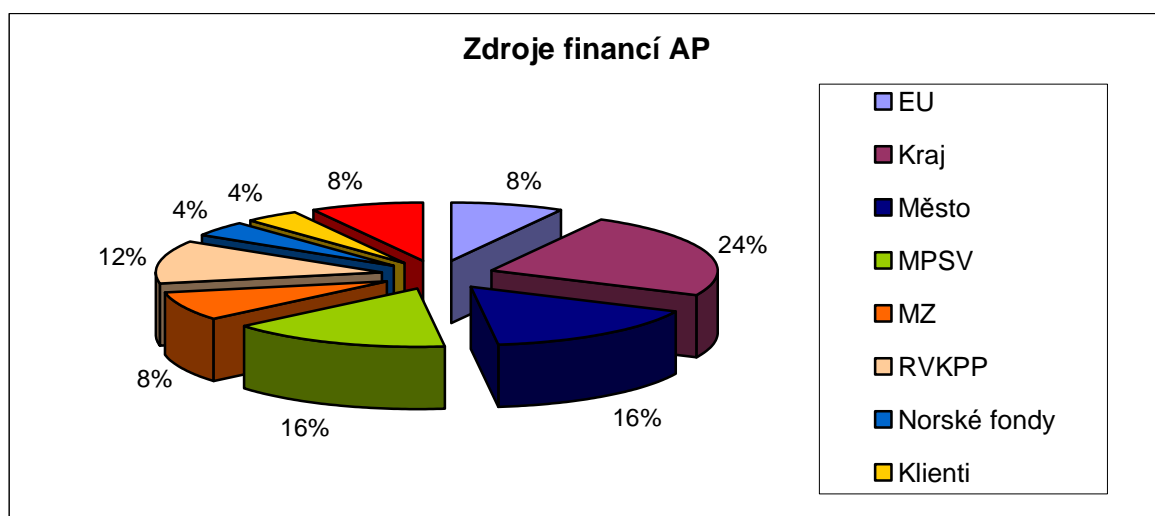


I přesto že nejvíce zařízení při své práci čerpá prvky z KBT, tak nejužívanější „celistvou“ terapií při práci s klientem v AP je SUR. SUR má dvacet osm procent, což je o deset procent více než má Gestalt terapie, která je druhá v pořadí. KBT je až na třetím místě společně s psychoanalýzou se dvanácti procenty. Terapie, které má v nabídce jediné zařízení mají po šesti procentech a patří sem: hypnoterapie, výcvik Virginie Satirové psychodynamický, Rogeriánským a systemický výcvik.

Vyhodnocení otázky č. 5 (viz. Graf č. 9) – Zjištěných zdrojů financování AP je celkem devět. Nejvyšší podíl financí dávají kraje, dotují dvacet čtyři procent AP ve svých územních obvodech, což znamená šest zařízení z našeho výzkumného vzorku. V závěsu se drží města a MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí), shodně poskytují finanční podporu šestnácti procentům zařízení nabízejících AP (čtyřem zařízením). MPSV dotuje jediné zařízení která nabízejí sociální služby v souladu se sociálním zákonem. Třem zařízením poskytuje finance také RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky), což činí dvanáct procent. RVKPP poskytuje finance pouze zařízením , která mají jejich certifikaci. Granty z Evropské unie získali, a čerpají z nich, pouze dvě zařízení, což tvoří osm procent z celkového počtu. Stejná procenta mají také MZ (Ministerstvo zdravotnictví) a zdravotní pojišťovny, které poskytují finance subjektům, které v rámci

ambulantní léčby provádí i zdravotní úkony. Nejméně běžným zdrojem financí v této oblasti jsou klienti a norské fondy. Jedno zařízení je soukromým podnikatelským subjektem, jehož jediným zdrojem příjmů je právě klientela. Nutno říci, že klientela je zde rozmanitá a ambulantní léčba závislosti je pro ně okrajovým polem zájmu i zdrojem financí. Co se týče norských fondů, ty čerpá také jediné zařízení. Je to organizace která má celoevropskou působnost a je primárně dotována právě z norských fondů. Většina zařízení má minimálně čtyři různé finanční zdroje.

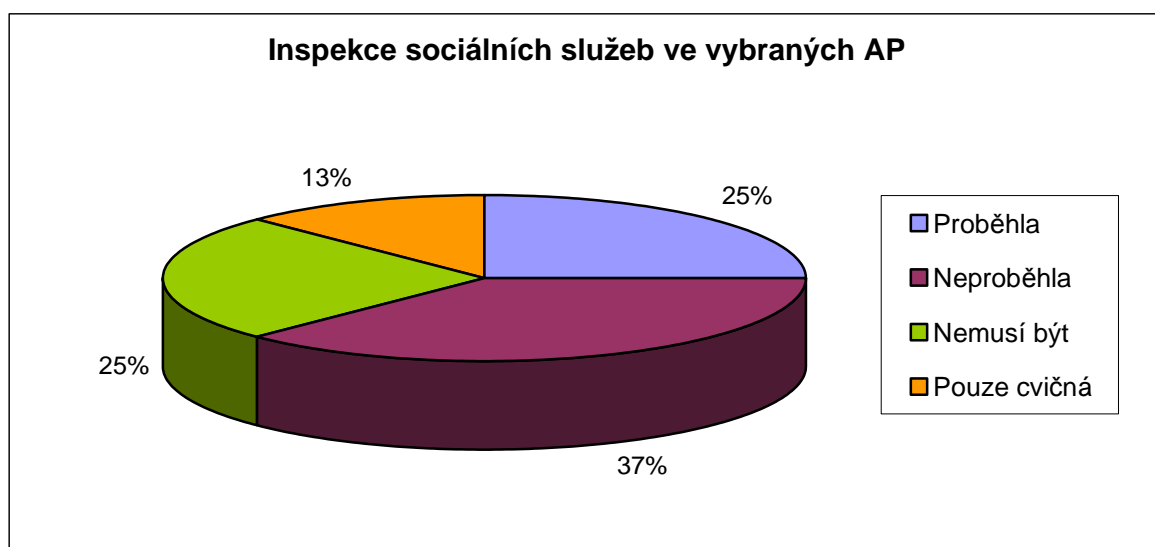
Graf č. 9 – Zdroje financí AP



Vyhodnocení otázky č. 6 – Certifikaci od RVKPP mají čtyři zařízení, což činí 57%. Ze zbylých 43% jedno zařízení již o certifikaci požádalo, další ji nepotřebuje, protože je soukromým podnikatelským subjektem a poslední zatím nežádá ani o tom neuvažuje.

Vyhodnocení otázky č. 7 (viz. Graf č. 10) – Inspekce sociálních služeb ve většině zařízení zatím stále neproběhla. Za sebou ji má 25% zařízení (dvě instituce). V jednom zařízení zatím proběhla pouze cvičná inspekce na počátku zavedení tohoto systému, ale na tu regulérní stále čekají. Dvě zařízení nejsou subjekty poskytující sociální služby, takže u nich inspekce probíhat nebude. Patří sem soukromý podnikatelský subjekt a zdravotnické zařízení jenž poskytují AP. V očekávání inspekce je 37% subjektů.

Graf č. 10 – *Inspekce sociálních služeb ve vybraných AP*



Vyhodnocení otázky č. 8 – Informace o klientech nám poskytlo 72 % oslovených zařízení. Většina subjektů na tuto otázku odpověděla přímo během telefonického dotazování. Zbylé organizace si nechali tuto otázku přeposlat na email, aby mohli požadovanou informaci zjistit a kromě jedné instituce se všichni ozvali zpět. Jedno zařízení z těch zbylých 28 % o kterých nemáme informace je už několikrát výše zmíněný soukromý podnikatelský subjekt, který žádnou evidenci svých klientů nevede, protože nemusí svou činnost nikomu vykazovat. Pokud z této skupiny daný subjekt vyřadíme, dostaneme se na 14 %.

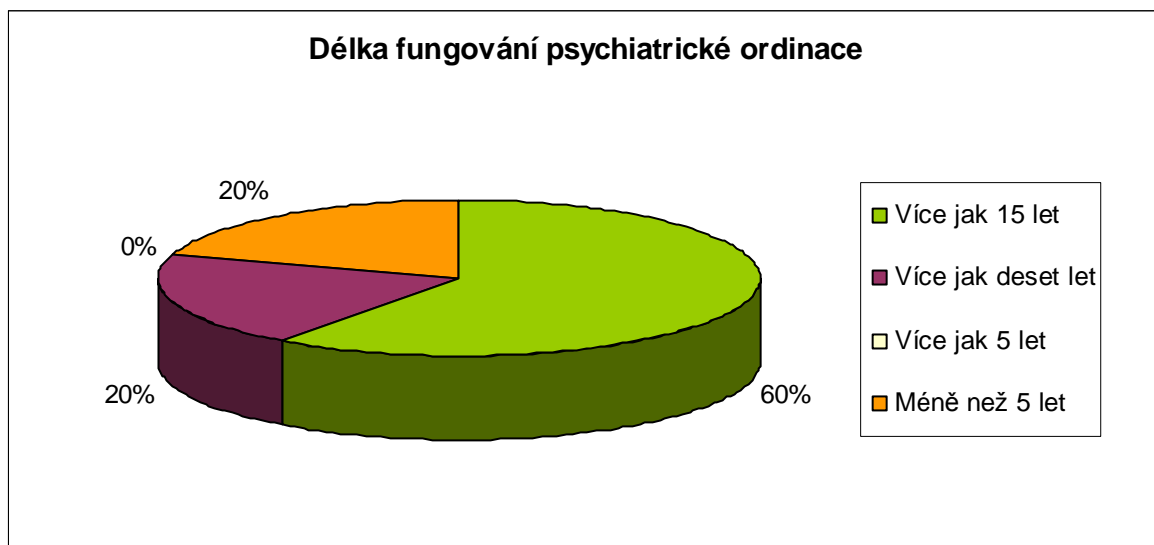
Co se týče procentuálního zastoupení klientů závislých na pervitinu v jednotlivých AP, zjistili jsme tato čísla. Průměr zjištěných dat činí 35%. Do výzkumu se dostala zařízení, u nichž klientela závislá na pervitinu a celkově na OPL nealkoholového typu tvoří okrajovou klientelu (5%), ale i ty, u nichž je tato klientela stěžejní (70%). Tři zařízení se pohybují mezi 23 – 50% a to podle toho, zda započítají i osoby blízké a rodinné příslušníky osob závislých na této látce. Tyto tři instituce navíc shodně konstatovaly, že osoby závislé na pervitinu jsou jejich hlavní/nejpočetnější klientelou.

6.7 Výstup z výzkumu zaměřeného na psychiatrickou ambulantní léčbu

Do výzkumu se zapojilo 36% respondentů. Zbývajících šedesát čtyři procent lékařů odmítlo spolupráci většinou z časových důvodů, ve dvou případech byli doktoři dlouhodobě nepřítomni a tři specialisté se omluvili, protože se nikdy nezapojují do podobných výzkumů. Dotazník viz. příloha č. 4.

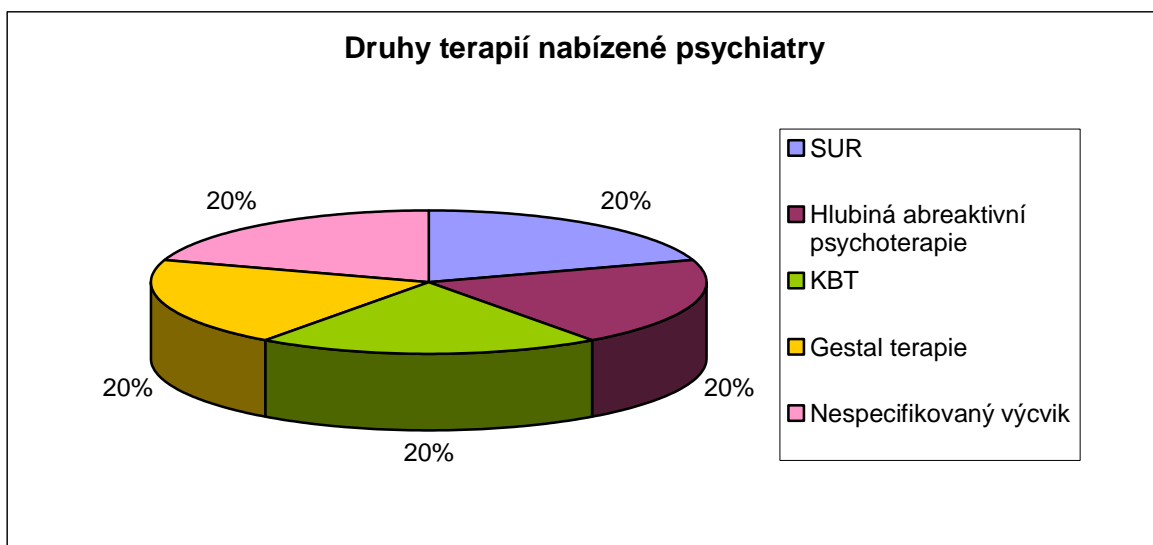
Vyhodnocení otázky č. 1 (viz Graf č. 11) – Nejmladší ordinace funguje něco málo přes rok a vznikla zcela nově, tedy nebyla znovuotevřena v místech, kde již podobná ambulance fungovala. Druhou nejmladší je ordinace s jedenáctiletou praxí. Poslední tři ordinace mají dlouholetou tradici, jsou zřízeny déle než dvacet let. Ve dvou z těchto ordinací se do dnešního dne vystřídalo již několik psychiatrů.

Graf č. 11 – Délka fungování psychiatrických ordinací



Vyhodnocení otázky č. 2 (viz. Graf č. 12) – Vzdělání je u všech doktorů stejné, vystudovali obor psychiatrie, rozdíl je akorát v počtu atestací, který však není u všech znám respondentů. Jeden lékař udal dvě a druhý tři atestace v oboru. Co se týče psychoterapeutického výcviku, ten absolvovali tři doktoři, což tvoří 60%. U jednoho lékaře není typ výcviku znám, absolvoval ho již před více než dvaceti roky. Tento lékař ve své ordinaci zaměstnává terapeutku se zaměřením na Gestalt terapii. Jedna lékařka absolvovala KBT terapii, druhý lékař má výcviky rovnou dva a to SUR a hlubinou abreaktivní psychoterapii. Všechny terapie tvoří 20% z celku, což je dáno jediným zastoupením každé terapie v nabídce.

Graf č. 12 – *Druhy terapií nabízené psychiatry*

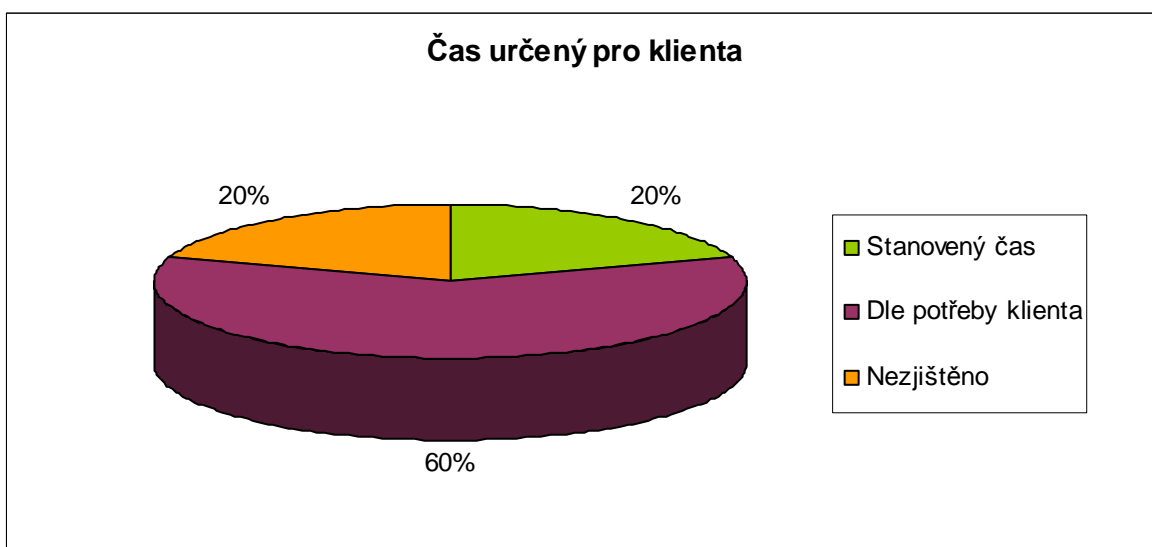


Vyhodnocení otázky č. 3 – Psychoterapii nabízí přesně výše zmíněných 60% lékařů, těch kteří mají dokončený psychoterapeutický výcvik. Jeden z těchto odborníků se však při práci se závislými klienty svých výcviků příliš nadržuje. Pracuje podle své vlastní metodiky, která staví hlavně na poznatech socioniky. Pracuje hodně s emocemi svých klientů, dále má vytvořený vlastní seznam stěžejních témat týkajících se specifických životních situací podle kterého postupuje v logické návaznosti.

Vyhodnocení otázky č. 4 – Zbývajících 40% lékařů kteří psychoterapii nenabízí, své klienty odesílají k odborníkům, kteří se na ni specializují. Mají vytvořený seznam terapeutů a zařízení a dle potřeby a zakázky klienta je doporučují. Lékaři jsou seznámeni se způsobem práce těchto odborníků i dalšími službami které nabízejí.

Vyhodnocení otázky č. 5 (viz. graf č. 13) – Většina lékařů poskytuje svým pacientům svůj čas dle jejich potřeby, většinou je to však do jedné hodiny na sezení. Jediný lékař dodržuje při své práci s klienty přesně stanovený čas. Na první sezení s klientem má vyhrazeny dvě hodiny, každé další sezení trvá přesně třicet minut. Další lékař má stanovený pouze časový strop, tedy maximální délku sezení, a to čtyřicet pět minut. Jeden lékař časový horizont své práce neuvedl.

Graf č. 13 – Čas určený pro klienta



Vyhodnocení otázky č. 6 – Na tuto výzkumnou otázku odpověděli všichni respondenti stejně. Ani jedna ordinace není architektonickou součástí detoxikační jednotky, ani žádného psychiatrického pobytového zařízení. Jejich ordinace stojí zcela o samotě většinou v běžné zástavě. Dva lékaři mají své ordinace v tzv. „domě lékařů“, kde je několik dalších ordinací lékařů s různou specializací.

Graf č. 14 – Podíl osob závislých na pervitinu z celkového počtu klientů



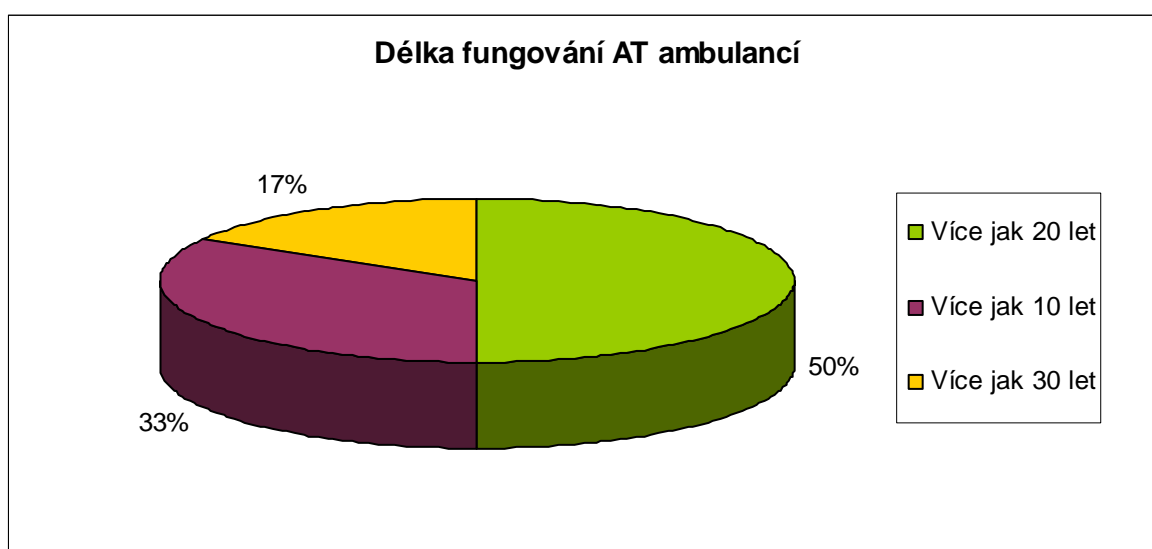
Vyhodnocení otázky č. 7 (viz. Graf č. 14) – Podíl osob závislých na pervitinu z celkového počtu pacientů v 60 % nedosahuje 10 %. Tři lékaři udávají tuto klientelu jako okrajovou. V jednom případě se lékařka během celé své kariéry setkala přesně se třemi takovými klienty, což nejsou ani 2%. Další lékaři udali maximálně 5 a 10 %. Vyšší podíl

této klientely hlásí dva lékaři. Jeden doktor udává 33 % což je 1/3 všech pacientů. V jedné ordinaci tito klienti tvoří více než polovinu pacientů a to rovných 60 %.

6.8 Výstup z výzkumu zaměřeného na AT ambulance

Na dotazník odpovědělo 50 % respondentů, tedy šest pracovníků AT ambulancí z celkového počtu dvanácti. Tři lékaři se omluvili z časových důvodů, což je 25 %. Zbývajících 25 % zařízení se potýkalo, nebo právě potýká s existenčními problémy. Dvě ambulance v současné době už nefungují a jedna bude v nejbližší době zavřena z důvodu nedostatku financí. Tyto příčiny vedli k jejich nemožnosti zapojit se do výzkumu. Dotazník viz. příloha č. 4.

Graf č. 15 – Délka fungování AT ambulancí



Vyhodnocení otázky č. 1 (viz. Graf č. 15) – Polovina AT ambulancí byla zřízena před více jak dvaceti roky, tedy v době socialismu. Pracovníci těchto ambulancí nevěděli přesně rok otevření, protože v té době tam ještě nepracovali. Stejně jsou na tom pracovníci ambulance které byla zřízena více jak před třiceti roky. Více jak deset let je zřízeno třicet tři procent ambulancí. Tyto ambulance byly otevřeny pacientům ve stejném roce - 1993. Lékaři pracující v těchto dvou ambulancích zde pracují od samotného počátku a byli jejich zakladateli.

Vyhodnocení otázek č. 2 a 3 (viz. Graf č. 16) – Ve všech ambulancích které se zapojili do výzkumu pracuje jeden zdravotník se středoškolským vzděláním v oboru všeobecná zdravotní sestra, jedna sestra vystudovala ještě nástavbu na vyšší zdravotnické

škole. Další profesí kterou nalezneme ve všech ambulancích je psychiatr, v jednom zařízení pracují společně dva, v ostatních ordinuje vždy jeden lékař. Ve výzkumu se objevila ještě jedna profese a to psycholog. Psychologa zaměstnává jediná ambulance. Vzdělání má samozřejmě vysokoškolské, doktorandské a má splněnou atestaci v oboru.

Terapeutický výcvik má 29 % zaměstnanců AT ambulancí. Jsou to tři psychiatři a jeden zdravotník. Druhy výcviků budou popsány ve vyhodnocení další otázky.

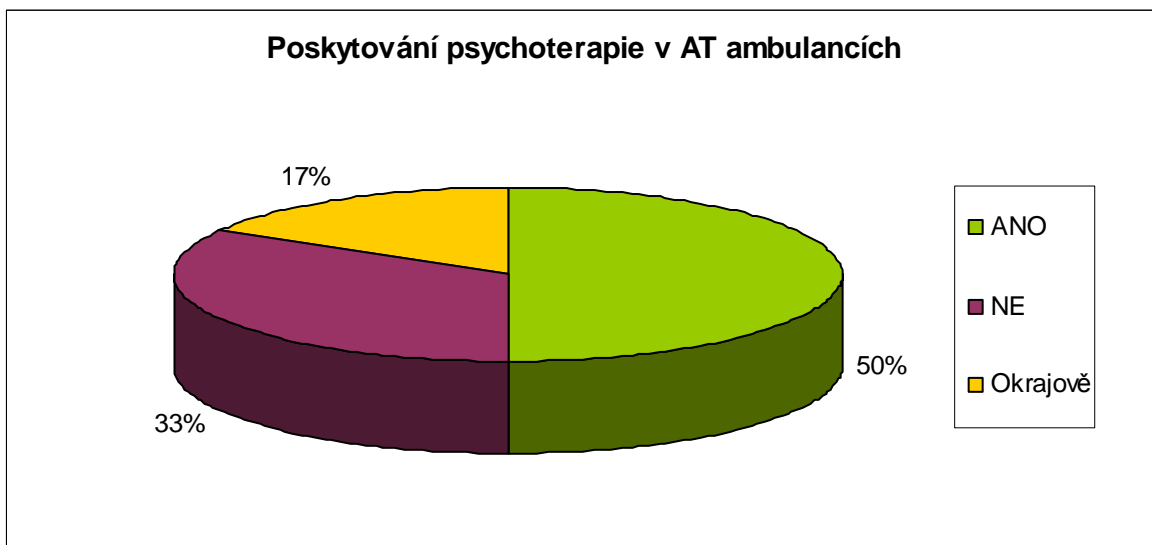
Graf č. 16 – Počet pracovníků dle dané kvalifikace a výcviku



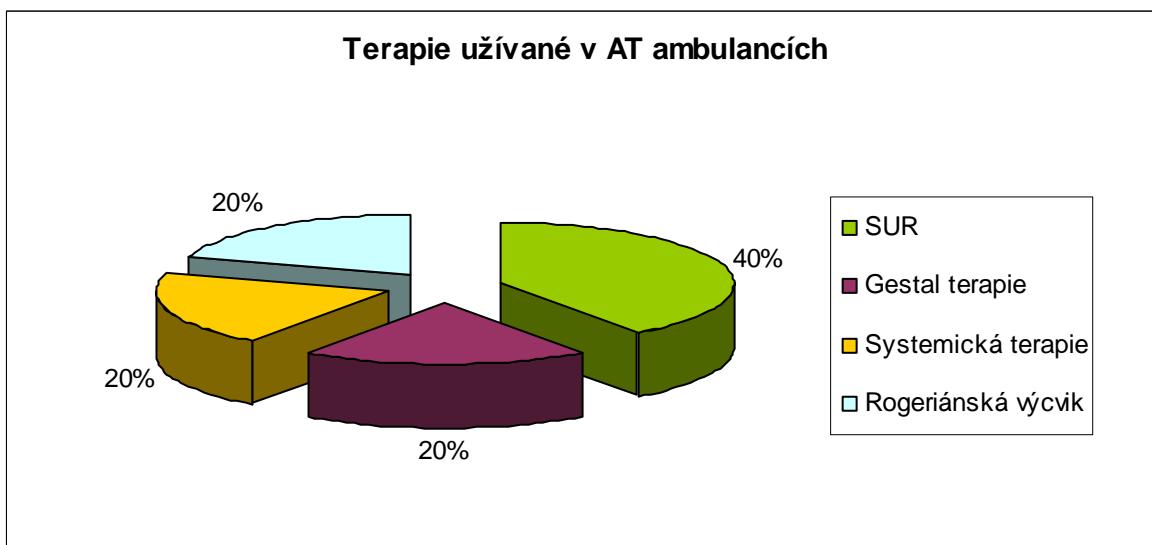
Vyhodnocení otázky č. 4 (viz. Graf č. 17 a 18) – Jedna třetina AT ambulancí svým pacientům psychoterapii neposkytuje. Zbýlých 67 % se dělí na ty které ji v nabídce mají, což jsou tři zařízení, které tvoří rovnou polovinu a na ambulanci kde je psychoterapie poskytována pouze ve výjimečných případech dle potřeby klienta (17 %). Spočívá hlavně v práci s vůlí pacientů a nácvikem zdravého asertivního chování. Tato terapie nemá základy v žádné oficiální psychoterapii, stejně jako ta kterou poskytují v další ambulanci. Její základ tvoří psychiatrické metody práce s klientem, zkušenosti a osobní přístup pracovníka. Je volen hlavně direktivní přístup ke klientovi.

Terapie využívané v ambulancích jsou čtyři: SUR, Gestalt terapie, systemická a Rogeriánská terapie. SUR výcvik mají dva psychiatři, ostatní výcviky absolvoval jediný pracovník. Výcviky absolvovali hlavně psychiatři, jediným zástupcem za jiné profese je zdravotní sestra která v současné době dokončuje Gestalt výcvik.

Graf č. 17 – Poskytování psychoterapie v AT ambulancích



Graf č. 18 – Terapie užívané v AT ambulancích

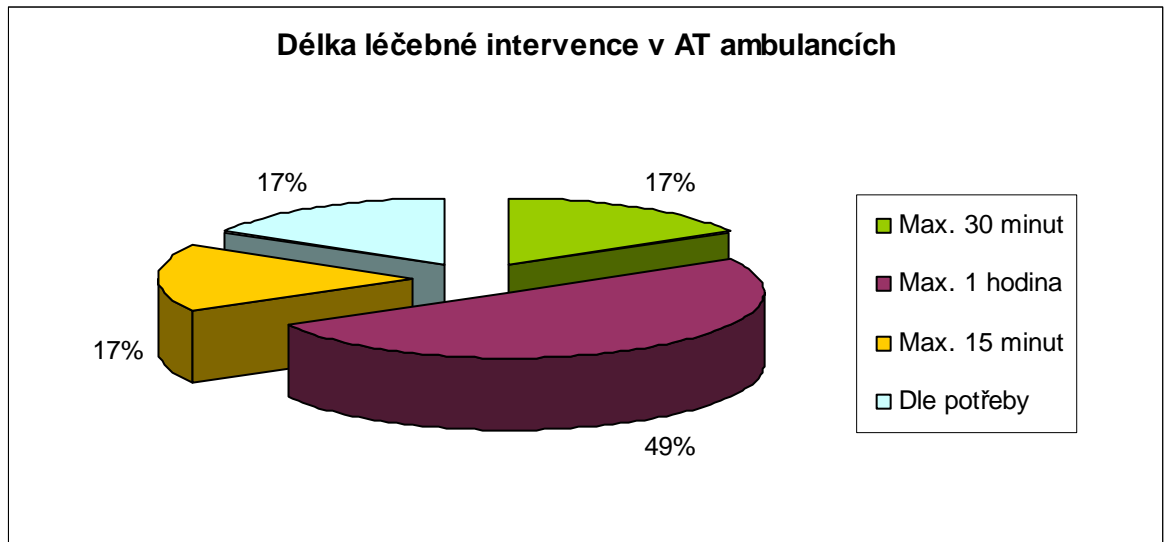


Vyhodnocení otázky č. 5 – Ambulance neposkytující psychoterapii plus zařízení které jí poskytuje pouze okrajově mají vytvořený seznam odborníků a zařízení ke kterým odesílají své pacienty. Doporučují je samozřejmě za předpokladu že mají o tuto službu zájem, nebo je pro ně dle jejich názoru vhodnou formou léčby.

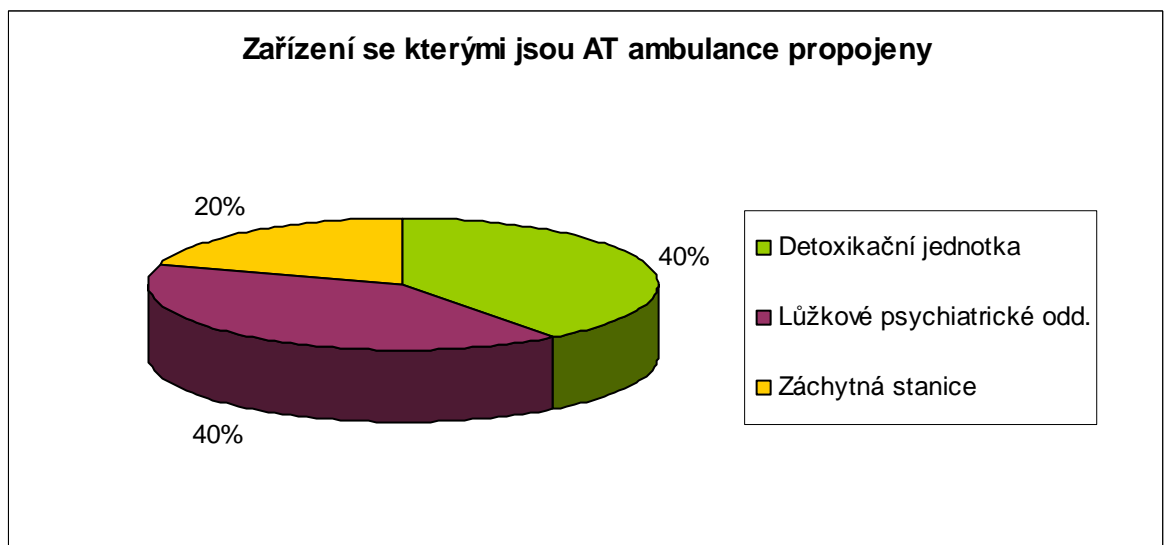
Vyhodnocení otázky č. 6 (viz. Graf č. 19) – Nejvíce zařízení poskytuje svou intervenci maximálně v rozsahu jedné hodiny (49 %). Tento údaj se týká hlavně psychoterapie. Ostatní sezení či krizová práce s pacientem bývá kratší. Do této kategorie není zařazena ambulance která poskytuje hodinovou intervenci jen v případě prvního

sezení, všechny další trvají maximálně patnáct minut. O čtvrt hodiny více, tedy třicet minut je další uvedený časový strop. Bez časového limitu se pracuje pouze v jediné ambulanci, kde se intervence odvíjí přímo od potřeby klienta.

Graf č. 19 – Délka léčebné intervence v AT ambulancích



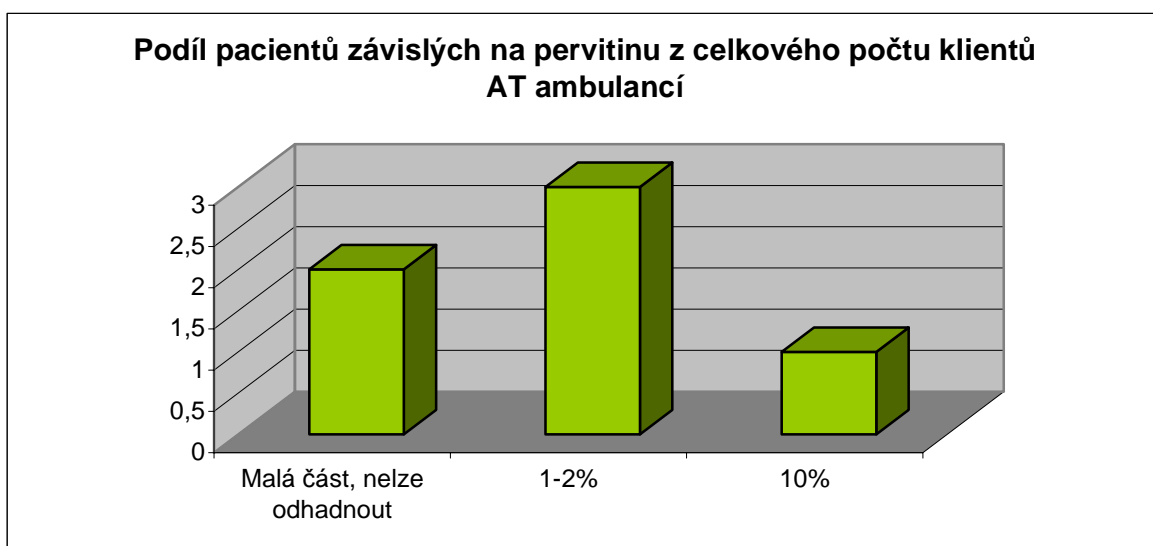
Graf č. 20 – Zařízení se kterými jsou AT ambulance propojeny



Vyhodnocení otázky č. 7 (viz. Graf č. 20) – Polovina AT ambulancí je architektonicky spojených s určitým typem psychiatrického zařízení. Nejčastější spojení je s detoxikační jednotkou a lůžkovým psychiatrickým oddělením, což činí dohromady 80 %. Jedna ambulance je propojena se záchytnou stanicí. Druhých 50 % zařízení je samostatně zřízeno v běžné zástavě.

Vyhodnocení otázky č. 8 (viz. graf č. 21) – Nejvyšší udaný podíl pacientů závislých na pervitinu je deset procent, tohoto čísla bylo dosaženo v jediné ambulanci. Pracovníci dvou ambulančí nejsou schopni přesně sdělit ani odhadnout kolik procent by tito klienti mohli tvořit, protože je to v obou případech velmi malé množství. Jejich hlavní klientelou jsou osoby s alkoholovým problémem. Nejčastější odpovědí byl podíl ve výši 1-2 %. Opět se ve své praxi setkávají hlavně s osobami závislými na alkoholu. Jeden lékař si pamatoval s kolika pacienty závislými na metamfetaminu za celou dobu své praxe pracoval, přesně se třemi.

Graf č. 21 – Podíl pacientů závislých na pervitinu z celkového počtu klientů AT ambulančí



6.9 Vyhodnocení výzkumných hypotéz

Vyhodnocení hypotézy č. 1 – Hypotéza č.1 „V rozložení subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice v rámci krajů nejsou výrazné rozdíly.“ je označena jako hypotéza nulová. Alternativní hypotéza zní: „V rozložení subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice v rámci krajů jsou výrazné rozdíly.“ Pro účely výzkumu jsem zvolila hladina významnosti 0,05 a spolu s třinácti stupni volnosti činí kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu 22,362. Jak je patrné z tabulky č. 3 - Výpočet chí-kvadrátu pro ověření hypotézy č. 1, tak vypočítaná hodnota námi testovaného kritéria činí 54,997, což je více než hodnota kritická a znamená to, že přijímáme hypotézu alternativní a odmítáme tu nulovou. Naše hypotéza byla tedy nesprávná.

Tabulka č. 3 – Výpočet chí-kvadrátu pro ověření hypotézy č. 1

	P	O	P - O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Hlavní město Praha	23	12	11	121	10,083
Jihočeský kraj	12	12	0	0	0
Jihomoravský kraj	12	12	0	0	0
Karlovarský kraj	3	12	-9	81	6,75
Královehradecký kraj	25	12	13	169	14,083
Liberecký kraj	5	12	-7	49	4,083
Moravskoslezský kraj	18	12	6	36	3
Olomoucký kraj	19	12	7	49	4,083
Pardubický kraj	8	12	-4	16	1,333
Plzeňský kraj	9	12	-3	9	0,75
Středočeský kraj	10	12	-2	4	0,333
Ústecký kraj	1	12	-11	121	10,083
Vysočina	10	12	-2	4	0,333
Zlínský kraj	13	12	1	1	0,083
	Σ 168	Σ 168			Σ 54,997

Vyhodnocení hypotézy č. 2 – V tomto případě je naše hypotéza č. 2 ve svém znění „Mezi počty jednotlivých subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice jsou významné rozdíly.“ pro potřeby výpočtu označena jako hypotéza alternativní. Hypotéza nulová je od ní odvozena a zní „Mezi počty jednotlivých subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v České republice nejsou významné rozdíly.“ Počet stupňů volnosti činí dva a pro hladinu významnosti 0,05 je kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrátu stanovena číslem 5,991. Vypočítaná hodnota testového kritéria v našem druhém testu činí 16,534, což je výrazně vyšší než hodnota kritická, což opět vede k odmítnutí nulové hypotézy a přijetí alternativní. Alternativní hypotéza byla však naší výzkumnou hypotézou, která se tedy potvrdila.

Tabulka č. 4 – Výpočet chí-kvadrátu pro ověření hypotézy č. 2

	P	O	P - O	(P - O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
AT ambulance	57	56	1	1	0,017
Ambulantní programy	34	56	-22	484	8,642
Psychiatrická léčba	77	56	21	441	7,875
	Σ 168	Σ 168			Σ 16,534

6.10 Diskuze

Informace které přinesl tento výzkum většinou korespondují s odbornou literaturou, ale některé poznatky pro nás byli přesto nové a překvapující. Informace o jednotlivých subjektech které v této oblasti poskytují služby lze v literatuře nalézt, proto nebylo tolik obtížné usuzovat o jejich počtech a náplni práce, ale co se týče rozložení těchto subjektů v rámci republiky podle krajů, jednalo se o pouhý odhad situace.

První část výzkumu přinesla informace o počtu subjektů poskytujících ambulantní léčbu nealkoholové závislosti v ČR a jejich rozložení dle krajů. Nejvíce překvapující byl zjištěný fakt, že ne ve všech krajích fungují AT ambulance. Už výše jsem psala o rozpadu dříve velmi rozsáhlého celorepublikového systému AT ambulancí, který fungoval hlavně v období socialismu, v tomto období také vznikla většina námi oslovených ambulancí, ale netušila jsme že je tato situace až tak závažná. Navíc tyto ambulance chybí ve dvou krajích ve kterých je dlouhodobě zvýšená spotřeba OPL oproti jiným krajům. V dalších šesti krajích lze hovořit o nedostačující situaci. V posledních šesti krajích je situace v dostupnosti AT ambulancí v pořádku, někde se dá hovořit i o „nadbytku“. Dobrou zprávou je, že polovina AT ambulancí svým klientům nabízí psychoterapii, ale přesto jsou orientováni hlavně na zdravotnickou léčbu. Tento fakt dokazuje i velmi časté architektonické propojení s psychiatrickou léčebnou, detoxikační jednotkou či záchytkou. Toto propojení může být pro mnoho potenciálních klientů odrazující, ale možná je zároveň i důvodem, proč tyto ambulance stále fungují. Nejzásadnější fakt je však zjištění, že klienti závislí na pervitinu jsou ve všech případech okrajovou klientelou těchto subjektů.

Rozšíření ambulantních programů v rámci ČR je nad očekávání celkem dobré. Tato služba je ve více jak polovině krajů a každý kraj který takovouto službou nedisponuje, má vedle sebe min. jeden kraj, který ano. Nejhorší situace je na západním okraji republiky, kde jsou vedle sebe tři kraje bez ambulantního programu. Pozitivní je, že většina programů má již dlouholetou tradici, ze které by mohli čerpat nově vznikající programy. Další kladně hodnocenou věcí je, že všechny AP nabízí psychoterapii, nejfrekventovanější výcviky jsou SUR, překvapivě nedirektivní Gestalt terapie, KBT a psychoanalýza, které byli z naší strany očekávané. Vyplnil se i náš předpoklad v oblasti metodiky práce, že neexistuje jednotná metodika a každé zařízení vychází z vlastních výcviků, kurzů, vzdělání a osobnosti jednotlivých pracovníků, překvapilo nás však, že velmi málo zařízení čerpá z poznatků světových odborníků. Poslední zajímavá informace bylo zjištění průměrného počtu klientů závislých na pervitinu z celkového počtu klientů, který nečinil ani 50 %, což

je hodně pod naším očekáváním, vzhledem k tomu, že je pervitin po alkoholu druhou nejčastěji zneužívanou OPL v ČR.

Nejrozšířenější, tedy nejdostupnější možností je ambulantní psychiatrická léčba poskytována v soukromých ordinacích psychiatrů. Z druhé strany lékaři uvedení na informačních stránkách nejsou ve skutečnosti většinou orientováni směrem k závislostem, a když už, tak hlavně na alkoholovou. Léčba závislostí je zaměřena hlavně na zdravotní stránku, i když více jak polovina doktorů má za sebou psychoterapeutický výcvik. Výhodou soukromých ordinací je jejich umístění v běžné městské zástavbě, které nepůsobí stigmatizujícím dojmem.

Při výzkumu jsem se setkala s velkou neochotou co se týče spolupráce a to hlavně u soukromých psychiatrů a v AT ambulancích. Tento fakt může být důsledkem pracovního vytížení lékařů, dále zdravotnického pojetí ambulantní léčby, která nebyla v poli našeho výzkumného zájmu a samozřejmě také vlastním rozhodnutím nezapojovat se do podobných aktivit. I přes zvýšený počet odmítnutí, se nám podařilo sebrat data od 60 % respondentů, což je nakonec velmi dobrý výsledek. Otázkou je zda by dlouhodobá příprava respondentů na zapojení do výzkumu měla dopad na lepší výsledek – např. nejprve rozeslat informační materiály o výzkumném šetření.

Tento výzkum by bylo dobré doplnit také o pohled z druhé strany, tedy samotných klientů. Těch co ambulantní léčbou prošli, těch kteří mají za sebou jiný typ léčby, těch co se právě léčí a popř. i těch kteří o ní zatím pouze uvažují – zjistit jejich potřeby v léčbě, požadavky ohledně dostupnosti a poskytovaných službách, také jejich vlastní názor na pozitiva a negativa tohoto způsobu léčení.

Tato práce je jedním z mála orientačních bodů v oblasti ambulantní léčby v ČR, konkrétně v oblasti rozložení jednotlivých subjektů dle forem v rámci krajů a shromáždění podrobností o jejich fungování/možnostech. Podrobné šetření bylo v této oblasti prováděno v první polovině minulého desetiletí, kdy bylo zjištěno, to co potvrzuje i náš výzkum, že stav ambulantní léčby v naší zemi (ať už alkoholových či nealkoholových závislostí) je ve velmi špatném stavu. Je špatná dostupnost a neexistuje rovnováha mezi zdravotnickou a nezdravotnickou léčbou. Tento stav měla vyřešit nová koncepce ambulantní léčby, která však dosud nebyla realizována. Přikláním se k názoru, že je nezbytné tento systém upravit a hlavně se zaměřit na to, aby v každém kraji byl min. jeden subjekt poskytující zdravotnickou a jeden nezdravotnickou ambulantní léčbu. Dobré by bylo stanovit i určitá sjednocující kritéria pro poskytování takovýchto služeb.

III. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat možnosti a formy ambulantní léčby osob závislých na pervitinu v České republice. Myslím, že práce svého cíle došla a podala důležité informace o současné situaci v oblasti ambulantní léčby a to nejen závislosti na pervitinu. V naší zemi fungují čtyři základní formy/typy zařízení, což je dostatečně rozmanité a mělo by uspokojit každého zájemce o ambulantní léčbu. Tyto čtyři typy lze dále rozdělit do dvou skupin a to do zdravotnické a nezdravotnické léčby, popř. kombinované. V hledáčku našeho zájmu byla hlavně zařízení nezdravotnická a smíšená.

V oblasti zdravotnické léčby, hlavně psychiatrické, doporučuji provést další podrobnější šetření a provedení kvalitnějšího seznamu těchto odborníků, který je na stránkách Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti dosti neaktuální a mnoho lékařů zde vypsanych se této klientele věnuje pouze okrajově.

Tato práce opět ukázala že velmi kvalitní síť AT ambulancí, které v osmdesátých a na počátku devadesátých let tvořila jeden ze základních kamenů léčebné péče o závislé je v dnešní době roztržštěná a v některých místech republiky zcela nedostupná. Zásadní informací je i fakt, že během našeho výzkumu se zavírali dvě ambulance a to z finančních důvodů – nebyly jim poskytnuty dotace od státu.

Ambulantních programů je sice stále málo, ale situace se postupně zlepšuje. Neziskové organizace, které se již dlouhou dobu věnují klientele s drogovými problémy, často přistupují ke zřizování ambulantních programů vedle již fungujících jiných služeb. Což má mnoho výhod, např. zkušený tým, navázaný okruh klientů, povědomí u místní veřejnosti, apod. Pokud budou počty takovýchto zařízení vzrůstat, mohly by jednou AT ambulance nahradit v oblasti nezdravotnické léčby, zdravotnické se mohou nadále věnovat soukromí psychiatrii a lékaři na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben.

Současná situace v oblasti ambulantní léčby je nedostačující a měla by jí být věnována zvýšená pozornost. Je potřeba aby byl navržen funkční koncept, který by byl postupně zaveden do praxe. Důležitým požadavkem je dostupnost těchto služeb v každém kraji, obzvláště si dát pozor na západním okraji země, kde je v současnosti nejhorší stav. Počet zařízení by měl samozřejmě korespondovat s drogovou epidemiologií v daném kraji.

Seznam literatury:

1. ARTERBURN, S. *Drogy klepou na dveře : výchova, prevence, léčba*. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 80-8607-703-9.
2. BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.
3. BRUNO, F. *Drogy – drogová závislost*. Olomouc: Sananim Olomouc, 1996.
4. ESCOHOTADO, A. *Stručné dějiny drog*. Praha: Volvo globator, 2003. ISBN 80-7207-512-8.
5. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Užívání drog v EU – legislativní přístupy*. Praha: Úřad vlády české republiky, 2005. ISBN 80-86734-50-1.
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální Patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivnění závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
7. GARRIS, A., et al. *Dopamine not brain pleasure source*. Paul University of North Carolina: Chapel Hill, 1999.
8. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
9. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.
10. GRAY, A. *Final draft crack/cocaine Brief intervention programme* ©. NTA/COCA/Rugby House, 2006.
11. HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe : co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. Praha : Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-8673-445-5.

12. HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0458-3.
13. HORÁK, F., CHRÁSKA, M. *Úvod do metodologie pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. 17-304-89.
14. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
15. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
16. KALINA, K., aj. *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice*. Svazek č. 5. Praha: Institut Filia, 2000.
17. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
18. KLIMEŠ, L., *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1985. SPN 1-54-13/3.
19. MANN, J. *Jedy drogy léky*. Praha: Academia, 1996. ISBN 80-200-0508-0.
20. MIOVSKÝ, L., aj. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády české republiky, 2006. ISBN 80-86734-81-1.
21. MRAVČÍK, V., aj. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
22. MRAVČÍK, V., aj. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-034-6.
23. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

24. NOVÁKOVÁ, D. *Drogy ze všech stran : sborník příspěvků o drogové problematice II.* Praha: Institut Filia, 2000.
25. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách.* Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
26. ORDERS, A., GRAY, A. *Crack and cocaine: Good practice guidelines for drug treatment and testing.* Taegtmeyer, Commissioned by London Probation Service, 2002.
27. PRAŠKO, J., MOŽNÝ, P., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1
28. RADIMECKÝ, J. a kol. *Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice.* Praha: Centrum adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2008.
29. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.
30. Sananim. *Drogy - otázky a odpovědi.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
31. SHAPIRO, H. *Drogy: obrazový průvodce.* Praha: Svojtka & Co., 2005. ISBN 80-7352-295-0.
32. SCHULTE, B. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě.* Praha: Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-042-1.
33. STAFFORD, P. *Encyklopedie psychedelických látek.* Praha: Volvox globator, 1997. ISBN 80-7207-057-6.
34. Světová zdravotnická organizace. *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog.* Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-08-5.

35. Světová zdravotnická organizace. *Statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize. Tabulární část*. Praha: BONTON agency: 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
36. ŠUCHA, M. Koncepce ambulantních služeb adiktologie. Vědci k věci [online]. 27.06.2008, [cit. 2010-11-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1346/>>.
37. UHL, A. *Jak maskovat etické otázky ve výzkumu závislostí : jestliže je myšlení příjemné, pak ještě nezačalo*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. ISBN 978-80-8704-139-0.
38. Úřad vlády ČR. *Protidrogová strategie EU na období 2005 až 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-8673-464-1.
39. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
40. WASHTON, A. *Cocaine Addiction: Treatment, recovery and relapse prevention*. Norton, 1989.
41. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0709-4.
42. ZÁBRANSKÝ, T. *Užívání drog v EU : legislativní přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-8673-450-1.
43. Trestním zákon č. 140/1961 Sb. § 89.
44. Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb., přílohy 1 – 7.
45. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. § 59.
46. Odborníci vytvářejí nový systém ambulantní léčby závislostí. Zprávy [online]. 27.06.2008, 4352, [cit. 2010-11-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/4352>>.

47. Www.drogz-info.cz [online]. c2003-2006, 10.08.2010 [cit. 2011-03-11]. Mapa pomoci.
Dostupné z WWW: <http://www.drogz-info.cz/index.php/map/?region_id=6>.
48. Www.hygpaha.cz [online]. c2007 [cit. 2011-03-11]. Drogová epidemiologie.
Dostupné z WWW: <<http://www.hygpaha.cz/odbory.php?o=Ng==&ksum=NQ>>.
49. Www.nimd.cz : Klíče pro život [online]. c2009, poslední změna 13.5.2010 [cit. 2011-03-11]. Podpora informačního systému pro mládež - I-katalogy - kraj - Sociálně patologické jevy - Drogy a jiné závislosti.
Dostupné z WWW: <<http://www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klice-pro-zivot/podpora-informacniho-systemu-pro-mladez/i-katalogy>>.
50. Www.kr-zlinsky.cz [online]. c2008, 4.7.2008 [cit. 2011-03-11]. Protidrogová problematika a sociálně-patologické jevy. Dostupné z WWW: <<http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?chnum=4&nid=2807&doctype=ART&docid=72216>>.
51. Www.praha.eu [online]. c2006, 7. červenec 2007 [cit. 2011-03-11]. Mapa pomoci.
Dostupné z WWW:
<http://www.praha.eu/jnp/cz/stary_web/obcan/socialni_a_zdravotni_oblast/socialni_oblast/zavislosti/mapa_pomoci.html>.
52. Www.hendikep.cz [online]. c2011 [cit. 2011-03-11]. Kontakty pro léčbu toxikomanie.
Dostupné z WWW:
<http://www.hendikep.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=271%3Aleba&catid=93%3Adrogy-kontakty&Itemid=78>.

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka č. 1 - Rozdělení OPL dle účinku.....	9
Tabulka č. 2 – Počet problémových uživatelů v ČR	13
Tabulka č. 3 – Výpočet chí-kvadrátu pro ověření hypotézy č. 1	72
Tabulka č. 4 – Výpočet chí-kvadrátu pro ověření hypotézy č. 2	72
Graf č. 1 - Zastoupení ambulantních programů ve vybraných krajích	55
Graf č. 2 – Zastoupení AT ambulancí ve vybraných krajích.....	56
Graf č. 3 – Zastoupení ordinací psychiatrů poskytujících ambulantní léčbu v rámci krajů	56
Graf č. 4 – Délka fungování ambulantních programů	58
Graf č. 5 - Počty zaměstnanců v ambulantních programech.....	58
Graf č. 6 - Počty pracovníků v AP dle kvalifikace a absolvovaného výcviku	59
Graf č. 7 – Prameny metodické práce AP.....	60
Graf č. 8 – Procentuální využití uvedených terapií ve vybraných AP.....	61
Graf č. 9 – Zdroje financí AP	62
Graf č. 10 – Inspekce sociálních služeb ve vybraných AP	63
Graf č. 11 – Délka fungování psychiatrických ordinací.....	64
Graf č. 12 – Druhy terapií nabízené psychiatry	65
Graf č. 13 – Čas určený pro klienta	66

Graf č. 14 – Podíl osob závislých na pervitinu z celkového počtu klientů	66
Graf č. 15 – Délka fungování AT ambulancí	67
Graf č. 16 – Počet pracovníků dle dané kvalifikace a výcviku.....	68
Graf č. 17 – Poskytování psychoterapie v AT ambulancích	69
Graf č. 18 – Terapie užívané v AT ambulancích	69
Graf č. 19 – Délka léčebné intervence v AT ambulancích.....	70
Graf č. 20 – Zařízení se kterými jsou AT ambulance propojeny.....	70
Graf č. 21 - Podíl pacientů závislých na pervitinu z celkového počtu klientů AT ambulancí ...	71
Obrázek č. 1 – Procentuální zastoupení jednotlivých skupin v rámci krajů	54
Obrázek č. 2 - Procentuální zastoupení jednotlivých služeb v ČR	54

Seznam příloh

1. Základní výzkumný vzorek
2. Reprezentativní výzkumný vzorek
3. Otázky pro výzkum: Ambulantní program
4. Otázky pro výzkum: Psychiatrická léčba
5. Otázky pro výzkum: AT ambulance