

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta, Ústav speciálněpedagogických studií

Markéta Petrovičová

3. ročník, prezenční studium

Speciální pedagogika

Benzodiazepinové závislosti



Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička PhD.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla.

V Olomouci 6. 12. 2011

Dovolte mi, abych využila tohoto prostoru a poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Michalovi Růžičkovi PhD. za jeho konstruktivní a věcné připomínky při vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům mé výzkumné části, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti v oblasti benzodiazepinových závislostí. Na závěr chci poděkovat Ing. et Mgr. Markovi Hanke za pomoc při zpracování dat ve výzkumné části.

Obsah

Obsah	4
Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Fenomén závislosti.....	10
1.1 Syndrom závislosti.....	10
1.2 Současná diagnostická kritéria.....	10
1.3 Kořeny závislosti.....	11
1.4 Vztah mezi krizí a závislostí	11
1.5 Lékové závislosti.....	12
1.6 Modely závislosti.....	12
1.7 Neurobiologie závislosti	14
2 Benzodiazepiny.....	15
2.1 Použití benzodiazepinů	15
2.2 Účinky.....	17
2.3 Dělení benzodiazepinových anxiolytik.....	17
2.4 Způsob užití:.....	17
2.5 Historie.....	18
3 Benzodiazepínová závislost	18
3.1 Akutní intoxikace benzodiazepiny.....	18
3.2 Terapie akutní intoxikace.....	19
3.3 Odvykací stav.....	19
3.4 Postup při vysazování	20
4 Terapie	21
4.1 Motivační pohovor	21
4.2 Třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách.....	21
4.3 Léčba lékových závislostí	22

4.4 Možné formy odborné pomoci závislým a jejich blízkým	23
4.5 Krizová intervence u abstinujících klientů	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
Úvod praktické části	27
Statistické údaje o výskytu benzodiazepinových závislostí.....	28
Úvod statistického šetření	28
Počty léčených uživatelů benzodiazepinů	28
Nefatální a fatální intoxikace benzodiazepiny	29
Výskyt smrtelných intoxikací vzhledem k věku	29
Výskyt benzodiazepinové závislosti mezi muži a ženami	30
Závěr statistického šetření.....	31
Terénní výzkum	31
Úvod výzkumu	31
Výběr respondentů	32
Charakteristika zařízení.....	33
P-centrum	33
K-centrum.....	33
Detoxikační oddělení vojenské nemocnice Olomouc	33
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc.....	34
Forma výzkumu	34
Výzkumné otázky.....	35
Vyhodnocení získaných dat	37
Vyhodnocení výsledků terénního výzkumu.....	46
Závěr praktické části	49
Závěr	52
Seznam tabulek a grafů	55
Seznam příloh.....	55
Seznam literatury	56

Příloha č 1. Přepis rozhovorů s respondenty

Příloha 2 Chybná statistika Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti

Úvod

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila proto, že jsem během psaní své seminární práce na stejné téma ve druhém ročníku zjistila, jak velmi podceňovaná tato závislost je. Její rozšíření v populaci je obrovské a přesto si mnozí lidé myslí, že nejde o drogovou závislost v pravém slova smyslu. Narazila jsem dokonce na internetovou stránku zaměřenou na diskusi o této látce, kde lidé naprosto otevřeně mluvili o dávkách, jaké užívají (které dalece přesahovaly terapeutické dávky). Z těchto rozhovorů bylo patrné, že nikdo z nich neměl pocit, že by dělal něco nebezpečného. Mnoho z těchto lidí je na benzodiazepinech závislých již celé roky, přesto mají práci i bydlení. Nejsou tím pádem na okraji společnosti, ani nejsou příliš často pachatelé trestné činnosti. Na již zmíněné internetové diskusi se rovněž opakovaně nabízel prodej benzodiazepinových léků, jak z řady anxiolytické tak i hypnotické. Zcela veřejně zde byl uváděn i kontakt na osobu nabízející tento nelegální prodej. V té době jsem z toho byla naprosto šokovaná, protože prodej jiných drog rozhodně není takto veřejně nabízen na internetových stránkách.

Po přečtení této diskuse jsem neprodleně kontaktovala Policii s podezřením na prodej zakázané látky, po několika měsících mi však přišlo pouze oznámení, že se případ odkládá. Ve světle těchto událostí jsem se zamýšlela nad tím, jak rozsáhlé jsou v současné době programy primární prevence a zároveň, jak nedostatečná je informovanost o této látce. Již na základní škole všechny děti vědí, že pervitin či heroin jsou nebezpečné drogy; proč ale nevědí, že i benzodiazepiny jsou návykové a mohou být i nebezpečnější? Nejen, že o této droze nevědí děti na základních školách, ale o této látce neví naprosto nic ani většina dospělých. Panuje zde zažitá domněnka, že to, co předepisují lékaři, nejsou a nemůžou být drogy. Položme si i otázku, kolik lidí opravdu čte příbalové letáky léků, ačkoliv bychom si tím mohli ušetřit často mnoho potíží?

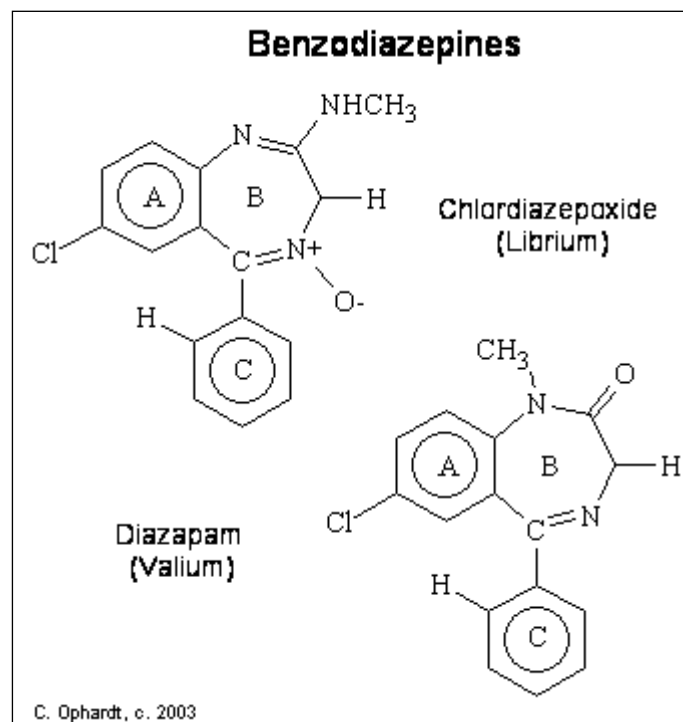
V teoretické části své bakalářské práce, bych se ráda zaměřila na to, co jsou to vlastně závislosti, čím je benzodiazepinová závislost tak specifická a jakým způsobem se dá léčit. V praktické části se pokusím pomocí statistik poukázat na

rozšířenost této drogy na území ČR a poskytnout některé zpřesňující informace, kterými nebude již nutné se zabývat v rámci výzkumu.

Dále bych v praktické části ráda navrhla výzkumnou sondu, jejímž cílem bude hlubší vhled do problematiky a bude sloužit jako odrazový můstek pro další výzkum. Tato sonda by nám měla poskytnout některé údaje o typologii nejohroženější skupiny obyvatel a zjistit, kterými otázkami by bylo vhodné se v budoucím kvantitativním výzkumu zabývat.

Cílem této bakalářské práce bude jednak upozornit na problém benzodiazepinové závislosti v ČR, co se týče výskytu a specifčnosti této závislosti, a jednak formulovat otázky výzkumu, na jehož výsledcích by se mohla primární prevence v budoucnu více zaměřit přímo na osoby touto závislostí nejvíce ohrožené.

TEORETICKÁ ČÁST



1 Fenomén závislosti

1.1 Syndrom závislosti

Podle MKN-10 je závislost soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užití drogy, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, vyšší přednost dávána užívání drogy nad ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci drogy a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro nějakou třídu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. (Světová zdravotnická organizace, 2006)

1.2 Současná diagnostická kritéria

MKN-10 dále uvádí, že symptomy již zmíněné v předchozí definici (Craving-bažení, narušená kontrola užívání, odvykací stav, růst tolerance, zaujetí užíváním a užívání navzdory následkům) se musí objevovat v intenzitě 3 jevy trvající souvisle jeden měsíc či kratší dobu opakovaně v posledních dvanácti měsících. (Světová zdravotnická organizace, 2006)

„Pojem psychická závislost znamená syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem, k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování navzdory následkům (což jsou formálně poruchy motivačního a behaviorálního charakteru).

Fyzická závislost se definuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický (patofyziologický) craving. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou simultánně, i když se jednotlivé látky navzájem liší kvantitativní mírou svého potenciálu k vyvolání obou závislostních složek. Pro psychický typ závislosti jsou učebnicovými vzory amfetaminy, tetrahydrokanabinol nebo nikotin, pro fyzickou závislost opioidy nebo benzodiazepiny.“ (Jeřábek, P. in Kalina, 2008, str. 55)

1.3 Kořeny závislosti

Podle docenta Kamila Kaliny leží kořeny závislosti v neustálém souboji životních protikladů, které můžou jak za veškerý lidský vývoj, tak za neklid, který nás nutí k hledání a touze. V tomto hledání pak nacházíme hlubší lidské potřeby a motivace

1. Potřebu vyhnout se bolesti ať už fyzické nebo duševní. Patří sem i bolest z neuspokojení nebo z nízkého sebevědomí.
2. Potřebu cítit se energický výkonný, kompletní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti.
3. Potřebu transcendence utrpení v zážitky splynutí nebo sebepřekročení, jednoty se sebou samým, s druhými či s bohem.

Všechny tyto potřeby jsou v nás hluboce zakořeněny a všechny nacházejí i své korespondující drogy

1. Opioidy - látky tlumící bolest
2. Stimulancia- látky přinášející slast a euforii
3. Psychedelika látky zjevující cosi z nejhlubší úrovně lidské psychiky

(Kudrle, S. in Kalina, 2008)

1.4 Vztah mezi krizí a závislostí

„Užívání návykových látek můžeme ve vztahu ke krizi rozumět například takto:

- Užívání drog je cesta, kterou chce člověk zmírnit psychickou bolest či prázdnotu, zmírnit projevy určité vztahové či osobní krize.
- Užívání drog vyplývá ze snahy vyhnout se důsledkům vlastního jednání a prožívání.
- Aktuální prožitek krize může vést k užití nebo opakovanému užívání drog.
- Užívání drog vede po čase vždy ke krizi.“ (Hajný, M. in Vodáčková, 2002, str.427)

1.5 Lékové závislosti

„Obecně existují dva hlavní trendy zneužívání farmaceutických výrobků. V prvním případě je lék zpravidla původně předepsán lékařem, ale pacient si na něj následně vytvoří závislost, většinou psychického původu. Charakteristickými fázemi přechodu od léčby k závislosti jsou:

- strach z případného nedostatku léků
- poptávka po neoprávněném množství látky
- návštěvy různých lékařů ve snaze shromáždit požadované množství

V druhém případě není zneužívání farmak spojeno s lékařskou praxí. Mnoho mladých lidí, kteří mají sklon i k abúzu ostatních drog, přitahují léky s psychoaktivními účinky. K získání potřebného typu a množství těchto látek používají nejrůznější nezákonné postupy – krádeže v lékárnách, falšování lékařských předpisů apod. často se obracejí i na ilegální trh.“ (Nožina, 1997, str. 45)

1.6 Modely závislosti

• Biomedicínský model

„Biomedicínský model dominoval v oblasti závislosti po dlouhá desetiletí, zejména v době kdy nezákonné drogy byly odborným problémem, jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři-psychiatri. V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry dědičnou). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelnou. I když není drogová závislost vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence. Další užití drogy je vždy recidivou nemoci („Závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat“). Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčení individuální psychoterapií bylo velmi výlučné. Biomedicínský model problematiku závislostí, z dnešního pohledu zužuje, ale nesmíme zapomenout, že ve své době znamenal převrat v euroatlantické kultuře. Odmítl tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace, která

v sobě slučuje rysy neloajlnosti, posedlosti, morálního selhání a zločinu, a nazval tyto projevy nemocí.“ (Kalina, 2003, str. 78)

- **Bio-psycho-sociální model**

„Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexí. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti... Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů - například určité fyziologické faktory, buď hereditární nebo získané, se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti. Návykové zneužívání alkoholu nebo drog vede k vytváření psychofyziologických stavů, které jsou ve své podstatě nevědomé, nedobrovolné a mají sebesilující charakter vytvářejícího se bludného kruhu.“ (Kudrle in Kalina, 2003, str. 91)

„Bio-úroveň: Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte – např. zda matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka a zda se plod takto setkával s účinky návykových látek ještě před narozením (FAS). Jsou to také okolnosti porodu (např. zda byly používány psychotropní, tlumivé látky v době porodního stresu), co ovlivňuje neurobiologii jedince, a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů.“ (Kudrle in Kalina, 2003, str. 91)

„Psych-úroveň: Zkoumán je vliv tzv. psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj abusu návykových látek a pro rozvoj závislosti. Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Nejde tedy o biologické faktory perinatálních poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození.

Významnými faktory jsou dále: úroveň postnatální péče, tedy péče o harmonický vývoj dítěte, vývoj a diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím a dále podpora v době dospívání, v krizi hledané identity a samozřejmě adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob, jako je deprese, úzkost, eventuálně psychotické onemocnění. Pokud není k dispozici adekvátní pomoc, bývá to právě

počáteční sebededikace, která vede později k rozvoji abusu a vzniku závislosti.“ (Kudrle in Kalina, 2003, str. 92)

„Sociální-úroveň: Zaměřuje se na kontext, ve kterém se vše děje. Velmi hrubě řečeno: všímá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování. Jinak formuje zrání člověka život na poklidné vesnici a jinak na sídlišti velkoměsta. K těm konkrétněji působícím patří kvalita konkrétních rodinných vztahů případně absence rodiny vůbec. Dospívání se děje v procesu sociálního učení, na kterém se podílí zejména rodina se svými pravidly, mýty a morálkou. Vedle rodiny v procesu sociálního učení nezastupitelnou roli hraje kolektiv vrstevníků. Známe rčení „chytil se špatných kamarádů“. Sem patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj diferencovaných vztahů a s tím i zájmových činností, vyrovnání se s autoritami.“ (Kudrle in Kalina, 2003, str. 92-93)

- **Neurobiologický model**

„Tento model (v různých svých podobách) vychází v současnosti z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému, tedy na neuronálních sítích, v češtině nepříliš obratně nazývaných jako systém odměny.“ (Dvořáček in Kalina, 2008, str. 25)

1.7 Neurobiologie závislosti

„Mechanismy vzniku a udržování závislosti se u jednotlivých typů závislosti liší, v řadě případů však lze nalézt určité společné nebo často se opakující rysy. I když jsou výjimečně popsány závislosti také na neúčinných látkách, téměř vždy je droga látkou psychotropně účinnou. Je to tedy látka, která má centrální účinky (působí na CNS) a po aplikaci vyvolá výraznou náhlou změnu vnímání a/nebo

bdění ve smyslu např. euforie, stimulace nebo útlumu, uvolnění, odstranění strachu, štěstí, snění, halucinace a atp. Akutní účinek bývá většinou pocíťován jako příjemný, alespoň v určité z počátečních fází závislosti. Aplikace drogy způsobí vychýlení přirozené rovnováhy složitých systémů v CNS – vyplavení neuromediátorů v některých oblastech CNS, účinek na receptory atp. Když se látka aplikuje opakovaně, což je jednou z podmínek vzniku závislosti, rovnováha v CNS se vychyluje dlouhodobě. Zachování rovnováhy (homeostáza) je důležitým principem organismu, principem udržujícím integritu. Proto se v CNS začnou během chronického podávání drogy rozvíjet pochody, směřující k znovu nastolení ztracené rovnováhy v organismu – tzv. adaptační (neuroadaptační) mechanismy. Při opakovaném užívání drogy se tedy organismus přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky v mozku a postupně se nastoluje nová, patologická „homeostáza“, pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat. Jakmile droga chybí, rovnováha se opět poruší, vychýlí se tentokrát ve směru vyvolaných adaptačních změn, které v době abstinence nejsou vyvažovány drogou. Tyto disbalancované/odkryté adaptační změny se pak projeví známým syndromem z odnětí drogy (odvykací či abstinenční syndrom), který bývá velmi nepříjemný, někdy i nebezpečný (výrazné somatické projevy) a vede závislého k další aplikaci drogy.“(Fišerová in Kalina, 2003, str. 91)

„Všechny látky s vysokým potenciálem závislosti rychle a dobře pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se většinou na specifické receptory, či skupinu více různých receptorů podle příslušných chemickým struktur drog, eventuálně droga působí přímo změny prostupu některých iontů nebo i změnu fluidity membrán (např. alkohol, rozpouštědla).“ (Fišerová in Kalina, 2003, str. 97)

2 Benzodiazepiny

2.1 Použití benzodiazepinů

„Anxiolitikum svým způsobem působí snížení či odstranění anxiety (úzkosti), psychické tenze (napětí) a strachu. Primární indikací (důvodem podání) anxiolytik jsou tedy úzkostné stavy včetně těch, které jsou spojeny s doprovodnými

vegetativními fenomény úzkosti (palpitace – bušení srdce a subjektivní pocit nepravidelné akce srdeční, subjektivní pocit nedostatku vzduchu, průjmy etc.) Dalšími indikačními skupinami jsou: 1. poruchy spánku spojené s anxiétou, 2. odvykací syndrom při závislosti na alkoholu a barbiturátech, 3. epileptický paroxysmus (záchvat) či status epilepticus (kumulace epileptických záchvatů, stav bezprostředně ohrožující život), 4. některé vedlejší nežádoucí účinky navozené neuroleptiky, 5. premedikace před anestézií či krátkodobé chirurgické výkony nebo kardioverze. (viz Tab. 1)“ (Bayer in Kalina, 2003, str. 180-181)

Tab. 1

Úzkostné a fobické poruchy, psychická reakce na stres Smíšené úzkostné depresivní poruchy Organické úzkostné poruchy	Generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha (alprazolam, klonazepam, lorazepam), sociální fobie, akutní reakce na stres s neklidem a úzkostí, posttraumatická stresová porucha
Akutní neklid	neklid, hostilita, agresivita různé etiologie při depresi, mánii, schizofrenii, somatických onemocněních
Poruchy spánku	insomnie, jet-lag syndrom, spánkové poruchy spojené s REM fází – noční děsy, děsivé sny, dále noční myoklonus
Abstinenční syndromy	abstinenční syndrom při závislosti na alkoholu, barbiturátech, nebarbiturátových hypnoticích
Záchvatová onemocnění	status epilepticus, febrilní, malarické a tetanické křeče, eklampsie
Svalové spazmy a spasticita	
Vyvolání amnézie při bolestivých výkonech	
Postneuroleptická akatizie	

(Švestka in Raboch, Zvolský a kol, 2001, str. 415)

2.2 Účinky

K nejběžnějším účinkům patří pocit únavy a ospalosti, výraznější v prvních hodinách po požití větší dávky. Stížnosti pacientů na ospalost zpravidla ustupují po prvním týdnu, jak si tělo vyvíjí toleranci. (Shapiro, 2005, str. 78)

2.3 Dělení benzodiazepinových anxiolytik

„Benzodiazepinová anxiolytika lze rozdělit podle tří kritérií: délky biologického poločasu, způsobu metabolizace a intenzity hypnosedativního působení.

Z farmakokinetického hlediska se dělí benzodiazepiny na tři skupiny, s dlouhým (> 20 h), středním (12–19 h) a krátkým (< 12 h) poločasem (viz tab. 15). **Anxiolytika s dlouhým vylučovacím poločasem** se mohou kumulovat v organismu, působí následující den sedaci, útlum reaktivity a pozornosti a narušení kognitivních funkcí. Závislost na ně vzniká méně často (u 1–3 % léčených), po vysazení vzniká méně intenzivní abstinenční syndrom za 4–10 dní a trvá 8–15 dní a rebound anxieta a rebound insomnie jsou jen lehké intenzity. Postačuje je podávat 1krát denně. Pomalu a inkompletně se absorbují po intramuskulárním podání (s výjimkou klonazepamu), mají mnoho metabolitů a jsou riziková při rychlé intravenózní aplikaci. Jsou vhodná u nemocných, u kterých je zapotřebí dlouhodobé stabilní koncentrace v séru za účelem anxiolytického a antikonvulzivního působení. **Benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem** se nekumulují v organismu, nevyvolávají následnou sedaci příští den, ale je nutno je podávat několikrát denně. Bohužel rovněž vyvolávají poruchy mnestických a kognitivních funkcí, jsou zatíženy vyšším rizikem vzniku závislosti (5 až 10 % léčených) a po vysazení se rychle rozvíjí intenzivní abstinenční syndrom, rebound anxieta a rebound insomnie. Rychle se absorbují po intramuskulární aplikaci a nemají žádné nebo jen málo metabolitů. Preparáty se **středně dlouhým vylučovacím poločasem** stojí mezi oběma těmito skupinami.“ (Švestka in Raboch, Zvolský a kol., 2001, str. 416)

2.4 Způsob užití:

„Benzodiazepinová anxiolytika se obvykle užívají per os, nicméně některé druhy jsou i k injekčnímu použití např. diazepam (SEDUXEN a APAURIN).

Z hypnotik je pak k injekčnímu použití pouze flunitrazepam (ROHYPNOL). „ (Bayer, 2003, str. 181)

Poměrně častým a nebezpečným jevem je injekční užívání rozdrcených tablet benzodiazepínů smíchaných s vodou. Tento způsob užití zvyšuje pravděpodobnost ucpaní cév a vzniká tak riziko ztráty končetin. (Shapiro, 2005)

„Jsou ale známy i způsoby užití kouřením rozdrceného diazepam smíchaného s tabákem anebo vypitím namíchaného do tekutiny.“
(<http://drogy.ezin.cz/pages/diazepam.html>)

Nechvalně známým se stal Rohypnol jako takzvaná „droga pro znásilnění“ kdy je tableta bez vědomí příjemce dána do pití (zpravidla alkoholického) a rozpuštěna. Rohypnol ve spojení s alkoholem zhruba po 10ti minutách způsobí ztrátu kontroly i paměti a jeho účinek může přetrvat až dvanáct hodin. (Shapiro, 2005)

2.5 Historie

„Prvním benzodiazepínem, uvedeným na trh v roce 1960, bylo Librium a krátce po něm následovalo Válium. V polovině sedmdesátých let patřily benzodiazepiny k nej předepisovanějším lékům. V některých zemích dokonce i volně prodejné (a někde jsou dosud, zejména na Blízkém Východě a v rozvojových zemích). Benzodiazepiny do jisté míry nahradily Barbituráty, ale bohužel se nepotvrdil předpoklad, že budou méně návykové. Během let proběhlo několik žalob (jak hromadných, tak jednotlivců) proti farmakologickým společnostem z nedostatečného varování lékařů, a tím i veřejnosti, před návykovým rizikem těchto látek.“ (Shapiro, 2005, str. 75)

3 Benzodiazepínová závislost

3.1 Akutní intoxikace benzodiazepiny

„K předávkování benzodiazepiny dochází často, ale smrt jako následek samotných benzodiazepiny je vzácná. Vyšší riziko je jen u dětí a méně odolných osob, zejména s dýchacími potížemi. Po předávkování se dostavuje ospalost

a hluboký spánek. Postižený však obvykle reaguje a probouzí se po čtyřadvaceti až osmadvaceti hodinách.“(Shapiro, 2005 str. 83) „Ovšem v kombinaci s jinými CNS tlumícími látkami (např. alkoholem) mohou i relativně malé dávky způsobit smrt.“ (Dvořáček in Kalina, 2008, str. 138)

3.2 Terapie akutní intoxikace

„Při předávkování zajištění dýchacích cest, event. podpurné či řízené dýchání. Péče o základní životní funkce. Monitorování životních funkcí a vnitřního prostředí. Kontrola diurézy. Efektivní mohou být eliminační metody: vyvolání zvracení, výplach žaludku, užití projímadla.“(Dvořáček in Kalina, 2003, str. 297)

3.3 Odvykací stav

„Většinou probíhá odvykací stav na úrovni úzkosti, dráždivosti, rozladu, nespavosti, denní únavy a tělesných znaků podobných odvykacímu stavu po odnětí alkoholu. Vcelku vzácně se vyskytnou příznaky závažnější – křeče, psychotické příznaky, hyperpyrexie a smrt (viz Tab. 2). V případě odvykacího stavu po vysazení terapeutických dávek je někdy komplikované rozlišit: 1. které příznaky jsou návratem původních symptomů, pro něž byla léčba započata (řadí se sem nejčastěji úzkostné symptomy, které se objevily znovu ve stejné nebo menší závažnosti než před vlastní terapií), 2. které příznaky patří k tzv. rebound fenoménu (přechodné zhoršení původních symptomů, pro které léčba započala), a 3. které příznaky jsou nové v rámci odvykacího stavu. Odvykací stav začíná typicky 2. a 3. den po odnětí střednědobých benzodiazepinů, u dlouhodobě působících benzodiazepinů může být nástup až 5. nebo 6. den.“ (Dvořáček in Kalina, 2008, str. 139) „Život ohrožující stavy mohou vyvolat odvykací stavy po **vysokých dávkách** benzodiazepinů a jiných tlumivých látek. Hrozí zde mimo jiné epileptické záchvaty a psychotické stavy“ (NEŠPOR, 2009, str. 19)

Tab. 2

A. Musí být splněna obecná kritéria pro akutní intoxikaci	
B. Dysfunkční chování se projevuje nejméně jednou z následujících charakteristik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Euforie nebo desinhibice 2. Apatie nebo útlum 3. Hrubost nebo agresivita 4. Labilita nálady 5. Zhoršení pozornosti 6. Anterográdní amnézie 7. Zhoršení psychického výkonu 8. Rušivý vliv na běžné denní činnosti
C. Musí být přítomen nejméně jeden z následujících znaků	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kolísavá chůze 2. Obtíže při stoji 3. Setřelá řeč 4. Nystagmus 5. Snížené vědomí 6. Kožní léze

3.4 Postup při vysazování

„Doporučuje se nejprve převést pacienta na odpovídající dávku diazepam. Vzhledem k dlouhému poločasu vylučování se po diazepam vytvoří stabilnější hladina, a sníží se tak riziko komplikací. Odvykací stav po vysokých dávkách ohrožuje život. První den se podá ke stabilizaci stavu diazepam v dávce, kterou pacient přijímal před léčbou (nebo ekvivalent dávky, jestliže byla užívána jiná látka této skupiny). Následující den se dávka redukuje o 30 % a pak každý další den o 5 % původní dávky.

Odvykací stav provázený úzkostí nastává i po **terapeutických dávkách** benzodiazepinů. V tom případě se doporučuje podle stavu prvních 50 % původní dávky vysadit rychle, dalších 25 % pomaleji a posledních 25 % ještě pomaleji. Literatura přesné časové údaje neuvádí, postupuje se individuálně a bere se v úvahu

schopnost jednotlivých pacientů tolerovat zejména úzkostnou symptomatologii, která je zde běžná.

Při léčbě odvykacích stavů po benzodiazepinech se používají kromě postupného vysazování i jiné postupy, jako například podávání: gabapentinu v dávce 3x 300 mg (maximálně do 1800 mg denně), tento preparát s sebou nese ale vysoké riziko vedlejších účinků. Další patrně bezpečnější možností je podávání karbamazepinu. Při ambulantní léčbě je např. možné podávat karbamazepin dva týdny před úplným vysazením, benzodiazepinů. Začíná se dávkou 200 mg 2x denně, dávku lze zvyšovat až na 800 mg. V této léčbě se pokračuje ještě 1-2 týdny po vysazení benzodiazepinů.“ (NEŠPOR, 2009, str. 19)

4 Terapie

4.1 Motivační pohovor

Martin Hajný uvádí, že motivační rozhovor je specializovaná metoda vedení rozhovoru, která umožňuje klientovi v klidu přemýšlet nad vlastními motivy, které ho vedou k užívání drog či naopak k abstinenci. Dále zdůrazňuje, že terapeut vedoucí tento rozhovor nesmí být veden vlastními předsudky či se snažit o direktivní rozhodnutí; naopak má vyslechnout všechny klientovy argumenty pro možná řešení. Terapeut má být také schopen klienta upozornit na případný bludný kruh jeho myšlenek či sám předložit jiná možná řešení. (Hajný in Vodáčková, 2002)

4.2 Třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách

MUDr. Karel Nešpor se své knize Návykové chování a závislost uvádí těchto 13 principů, které podle něj představují spíše jakýsi ideál, kterému je třeba se přibližovat. Uvedené principy volně citoval z amerických pramenů.

1. „Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je pro něj nejvhodnější.
2. Léčba by měla být rychlá a dostupná.
3. Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.

4. Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.
5. Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).
6. Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.
7. U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.
8. Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.
9. Detoxikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stádiem léčby, ale sama o sobě má malý efekt.
10. Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.
11. Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušení abstinence.
12. Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenky, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.
13. Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.“ (Nešpor, 2007, str. 99)

4.3 Léčba lékových závislostí

„Přesto (nebo možná právě proto), že závislosti na sedativech a hypnoticích jsou podceňovány a ve srovnání se závislostmi na jiných drogách jsou považovány za méně problematické, jedná se o závislosti velmi úporné a obtížně léčitelné. Podobně jako při závislosti na alkoholu se závislý pacient jen těžko vyrovnává s představou, že by se měl zcela vzdát užívání látky, jejíž konzumace je legální, všeobecně rozšířená, považovaná za normální a někdy dokonce propagovaná, která mu sice způsobuje řadu problémů, ale současně si bez ní nedovede představit řešení svých potíží. Klíčem k úspěšné léčbě závislosti je tedy souběžné řešení primární

poruchy, pro kterou začal pacient původně užívat léky, na kterých se stal posléze závislým.“ (Popov in Raboch, Zvolský a kol., 2001, str. 211,212)

„Zejména u pacientů závislých na trankvilizérech je dobré mít na zřeteli problematiku duální diagnosy – tyto léky jsou ve většině případů předepsány lékařem v dobré vůli pacientu pomoci od jiných duševních potíží (úzkost, depresivní prožívání, nespavost apod.). Z tohoto důvodu lze efektivně nahradit vyhovující medikaci léky bezpečnějšími a nevyvolávajícími závislost (např. antidepressiva či hypnotika III. Generace).“ (Bayer in Kalina, 2003, str. 183)

4.4 Možné formy odborné pomoci závislým a jejich blízkým

A) Streetwork (terénní práce)

„Určená všem uživatelům drog a především těm, kteří se nedostanou do kontaktu s dalšími formami péče. Terénní pracovník se pohybuje v oblastech, kde toxikomani scházejí. Má k dispozici sterilní injekční materiál, který jim může vyměnit, kondomy, informace o bezpečných způsobech injekční aplikace. V případech kde vznikne určitá důvěra, může s klientem probrat aktuální problémy, navést ho do kontaktního centra nebo dát informace o možnostech léčby.

B) Kontaktní centra

Místa, kde lze zčásti anonymně měnit jehly, získat informace o léčbě a zdravotních rizicích. Mnohde bývá k dispozici zdravotní sestra či lékař. Kontaktní centra také často evidují zájemce o léčbu v dalších zařízeních a zprostředkují jejich přijetí. V některých probíhají i tzv. motivační skupiny, kde se scházejí ti, kteří o abstinenci uvažují, ale ještě se plně nerozhodli.

C) Ústavní léčba na psychiatrii

Obvykle zhruba dva měsíce na oddělení, které se specializovaně zabývá léčbou závislosti. Léčba je plně hrazena pojišťovnou. Před léčbou se obvykle žádá o pobyt na detoxikační jednotce, kde probíhá postupné zvládnání abstinčních příznaků pod lékařskou kontrolou. Léčba zahrnuje psychoterapii, poradenství a někdy i farmakoterapii.

D) Léčba v terapeutické komunitě

Terapeutické komunity jsou převážně v nestátním sektoru. Nabízí se zde delší (8-18 měsíců) resocializace a léčba ve skupině (10-20 lidí). Mnoho komunit je mimo město. V komunitě pracují terapeuti a leckde i vyškolení bývalí toxikomani. Na rozdíl od ústavní léčby, spočívá v TK velká odpovědnost za léčbu i praktický provoz na samotných klientech a celé skupině.

E) Ambulantní služby

Řadu problémů se závislostí lze řešit docházkou k terapeutovi. V celé ČR existuje síť AT poraden, častěji se zde však řeší problémy s alkoholovou závislostí. Terapeut by měl umět rozeznat, zda je stav klienta vhodný pro ambulanci nebo bude nutná hospitalizace. V ambulantních centrech se provádí individuální, skupinová i rodinná terapie. Na rozdíl od předešlých zařízení se zde ve velké míře pracuje i s okolím toxikomana: probíhají společná rodinná sezení, rodiče mohou přijít pro radu i bez dítěte a k dispozici jsou terapeuti i pro samotné krize blízkých lidí toxikomana. Speciálním zařízením je tzv. denní stacionář – jedná se o terapeutickou službu, kam klient dochází denně, ale odpoledne se vrací opět domů. Během dne probíhají skupiny a konzultace. Tato služba je vhodná pro klienty, kteří již zvládají život bez drog mimo léčebnu, ale jsou si stále velmi nejistí a potřebují každodenní podporu.

F) Doléčovací centra

Doléčovací centra poskytují škálu služeb pro klienty, kteří prošli léčbou ústavní nebo v terapeutické komunitě. Obvykle jde o poradenství, skupinovou terapii, klubovou činnost, sociální rehabilitaci a chráněné bydlení. Zvláště klienti, kteří se vracejí zpět do původního prostředí – podobných rodinných vztahů, situace bez přátel, bez zaměstnání, tuto pomoc nezbytně potřebují, aby bez drog vydrželi.

G) Substituční terapie

V posledních letech některá zdravotnická zařízení nabízejí substituční léčbu nebo metadonovou detoxikaci. Starší klienti, dlouhodobí toxikomani a klienti po mnoha neúspěšných léčbách si pravidelně docházejí pro substituční lék, který

jim umožňují, vyhnout se nepříjemným abstinčním příznakům a popřípadě si najít i zaměstnání. Dávky se pak lékař snaží snižovat až na nulovou hranici. Z této léčby bývají vyloučeni dospívající či mladí dospělí, lidé se zdravotními problémy, které to znemožňují, nebo ti, kteří k substituci ještě navíc užívají drogy.“ (Vodáčková, 2002, str. 434-435)

4.5 Krizová intervence u abstinujících klientů

„Cíle krizové intervence jsou jednak akutní – uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, jednak perspektivní – propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem: a) usnadnit komunikaci (jak mezi klientem a pracovníkem, tak ale převážně mezi klientem a jeho okolím), b) Umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, c) Pomoci klientovi při vyjadřování emocí, d) pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, e) zmapovat možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální).“ (Libra in Kalina, 2003, str. 277)

„Poté co klient opustí užívání drogy i celý dosavadní životní styl, neznamená to, že přichází bezproblémový život. Naopak – problémů z jeho pohledu začne přibývat a jeho schopnost je řešit vně i uvnitř sebe je přitom oslabena. Samy terapeutické programy bývají mnohdy cílem bývalých klientů, kteří v krizových okamžicích volají nebo přicházejí, aby znova načerpali naději a sílu. Dobře zvládnutá krizová intervence u těchto klientů může být významnou součástí prevence relapsu.“(Vodáčková, 2002, str. 439)

PRAKTICKÁ ČÁST

Úvod praktické části

V praktické části bude provedeno statistické šetření, z dostupných Výročních zpráv Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, jehož cílem bude zjistit, zda jsou osoby závislé na benzodiazepinech skutečně natolik početnou skupinou a tak závažným sociálním problémem, aby bylo relevantní provádět další výzkum.

Dále se pokusíme ze statistik získat co nejvíce informací, které nám pomohou blíže určit skupinu touto závislostí nejvíce ohroženou.

Následující fází bude vytvoření a provedení výzkumné sondy do problematiky benzodiazepínových závislostí.

Mezi respondenty této sondy bude vybrán malý vzorek pracovníků zařízení, kde se touto problematikou zabývají. Výsledky této sondy nám umožní hlubší vhled do problematiky a pomohou nám vytřídit otázky pro budoucí výzkum do tří kategorií.

První kategorií budou otázky, jejichž odpovědi již o něčem vypovídají, ale bude nutné je ověřit v dalším kvantitativním výzkumu. Druhou kategorií budou otázky, na které nám malý počet respondentů nedokáže dát přesvědčivou odpověď, ale bude zjištěna potřeba tyto odpovědi získat v následném kvantitativním výzkumu. Třetí kategorií pak budou otázky, o kterých bude interpretace sondy vypovídat, že není třeba se jimi zabývat v dalším výzkumu.

Zjednodušeně řečeno nám výzkumná sonda ukáže, jakými otázkami bychom se měli zabývat, jakými nikoliv a u několika nám snad umožní vytvoření předpokladu, který by měl být ověřen. Samotný výzkum však v tuto chvíli nemůže být realizován, jelikož by svou obsáhlostí a finanční náročností vysoce převyšoval možnosti výzkumu k bakalářské práci.

Výzkumné otázky pro účely naší výzkumné sondy budou většinou uzavřeného typu s omezeným počtem možných odpovědí. Při zpracování praktické části své bakalářské práce budu vycházet z metodiky popsané Miroslavem Dismanem (2008)

v knize Jak se vyrábí sociologická znalost, kde je problematika výzkumu popsána způsobem využitelným nejen pro sociology.

Statistické údaje o výskytu benzodiazepinových závislostí

Úvod statistického šetření

V této kapitole se zaměříme na zpracování dostupných statistických informací dle výročních zpráv o závislostech národního monitorovacího střediska o drogách a drogových závislostech. Jedná se o statistické údaje o uživatelích drog, kteří budou dále zkoumáni, a díky těmto statistikám nebude nadále zapotřebí se některými otázkami dále zabývat ve výzkumu, jelikož již ze statistik vyplývají. Díky tomu jsme schopni vymezit populaci, která bude následně zkoumána.

Výroční zprávy zpracované Monitorovacím střediskem, jsou nejcelistvější statistickou databází v této problematice na území ČR.

Počty léčených uživatelů benzodiazepinů

Dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009 a 2010, ze které jsme vycházeli, se počet uživatelů benzodiazepinů, léčených v ambulantních zařízeních, neustále zvyšuje od roku 2000. Pouze mezi lety 2006, 2007 a 2009, 2010 je mírný pokles. Počet hospitalizací pro tuto závislost sice nezaznamenal tak výrazný nárůst jako u ambulantního léčení, a počty takto léčených pacientů mezi jednotlivými lety kolísaly, nicméně můžeme za posledních deset let zaznamenat celkový nárůst téměř na dvojnásobek. (viz tab. 3)

Pro zajímavost si můžeme uvést, že v roce 2010 bylo v olomouckém kraji pro detoxikaci od sedativ a hypnotik hospitalizováno 14 osob.

Tab. 3

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ambulantní léčení	491	644	774	799	1014	1101	1153	1057	1408	1492	1461
Hospitalizace	153	165	149	154	199	223	240	219	270	297	306

Nefatální a fatální intoxikace benzodiazepiny

Sběr dat o nefatálních intoxikacích provádí centrálně Hygienická stanice hl. m. Prahy. Hlášení provádějí nejrůznější zdravotnická zařízení zejména pracovníci záchranných služeb. Počet nefatálních intoxikací benzodiazepiny se mezi lety 2000-2010 pohyboval v rozmezí 89-180 za rok. Zajímavé je, že v roce 2009 bylo hlášeno 180 nefatálních intoxikací benzodiazepiny, čímž se dostaly na 2. místo v počtu nefatálních intoxikací hned za pervitin se 187 hlášenými případy.

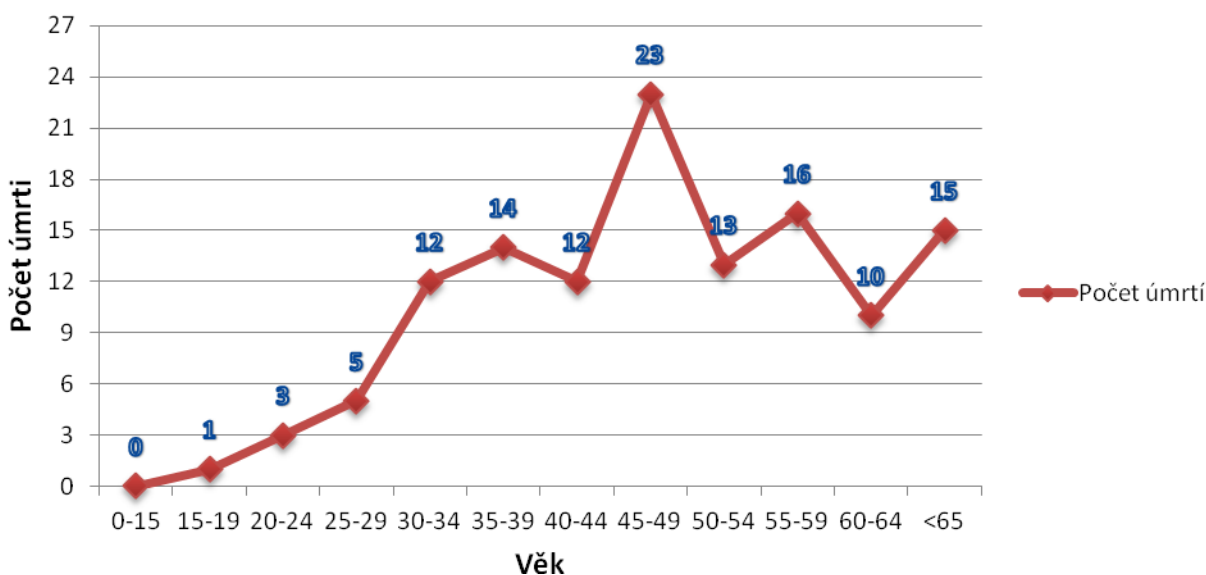
V roce 2009 došlo k 74 případům smrtelného předávkování benzodiazepiny, které jsou dlouhodobě na vrcholu žebříčku látek s nejčastějším smrtelným předávkováním v ČR. Opět si tento údaj můžeme srovnat s počtem smrtelných předávkování pervitinem, kterým bylo v témže roce pouhých osmnáct. Jedinou pozitivní zprávou je, že v roce 2010 se počet zemřelých osob po užití benzodiazepinů poměrně výrazně snížil a to až na 49 osob, což je o 25 osob méně než v roce předcházejícím.

Výskyt smrtelných intoxikací vzhledem k věku

Oproti jiným nealkoholovým drogám na českém trhu, které mají první výskyt a první smrtelné intoxikace v nižším věku a spíše zřídka je nacházíme u osob starších 40 let, se benzodiazepinové závislosti a s nimi spjaté smrtelné intoxikace do 25 let věku vyskytují spíše ojediněle. Smrtelných intoxikací naopak začíná výrazně přibývat u osob závislých na benzodiazepinech kolem 35. roku života a svého vrcholu v počtu smrtelných intoxikací dosahuje mezi 45. a 49. rokem. (viz Obr. 1) Tento údaj nám jasně ukazuje, že nejohroženější skupinou nejsou mladí lidé, jak tomu je u jiných drog, ale naopak, je nutné se zaměřit na osoby starší. Poměrně vysoký počet smrtelných intoxikací můžeme naleznout i ve skupině osob starších 60 let zde však musíme mít na paměti, že tento údaj nemusí svědčit vysokém počtu závislých. Vzhledem k vyššímu věku může být počet závislých osob menší, než v nižších věkových skupinách, a pouze díky horšímu fyzickému stavu

může docházet k častějším smrtelným intoxikacím. Pokusili jsme se rozšířit tuto statistiku o údaje o počtu sebevražd a nehod z celkového počtu smrtí v následku benzodiazepinové intoxikace ale zjistili jsme, že tyto údaje jsou v tabulce národního monitorovacího střediska uvedeny špatně, a tudíž se na ně nemůžeme odkazovat. V příloze tyto nesrovnalosti dokládám konkrétní tabulkou.

Počet úmrtí vzhledem k věku



Obr. 1

Výskyt benzodiazepinové závislosti mezi muži a ženami

Dlouhodobě je výrazně vyšší počet žen než mužů léčící se s touto závislostí. Zajímavé je, že počet zemřelých osob po předávkování touto látkou je mezi oběma pohlavími srovnatelný. V roce 2009 byl počet smrtelně intoxikovaných mužů dokonce o 10 vyšší než počet smrtelně intoxikovaných žen. (viz Tab. 4)

Tab. 4

	2009		2010	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Psychiatrické léčebny pro dospělé	51	122	58	112
Psychiatrická oddělení nemocnic	39	85	44	90
Smrtelná intoxikace	42	32	23	26

Závěr statistického šetření

Statistiky za období několika předcházejících let nám ukazují, že na území ČR jsou touto závislostí ohroženy více ženy než muži. Jako vedlejší výstup, co se týče smrtelného ohrožení touto látkou - nedá se říci, že by muži či ženy byli více či méně ohroženi. Největší počet smrtelných intoxikací se nachází u lidí ve věkovém rozmezí mezi 45-49 lety. Nejvyšší počet smrtelných intoxikací touto látkou v roce 2010 v ČR je připisován na vrub sebevraždám.

Údaje, které ze statistik vyplývají zcela evidentně, nejsou dostatečné pro účely této bakalářské práce, a proto je nutné provést výzkum, jehož cílem bude získání doplňujících informací, které nám umožní detailní a komplexní pohled na problematiku benzodiazepínových závislostí.

Terénní výzkum

Úvod výzkumu

Pro zkoumání námi vymezené problematiky se jako nejvhodnější jeví vícekolový výzkum, v jehož první fázi budou získány podrobné informace od malého vzorku odborníků zabývajících se touto problematikou. Výsledky první fáze by měly být následně ověřovány statistickým šetřením technikami kvantitativního výzkumu. Takto koncipovaný výzkum by ovšem byl značně náročný nejen finančně, ale i technicky, a rozsahem by převyšoval možnosti bakalářské práce, proto byla pro naše účely realizována pouze sonda, jejímž cílem

je přinést úvodní informace k této problematice, na jejichž základě by bylo možné tento výzkum realizovat.

V této problematice máme dvě zkoumatelné populace. Máme možnost buď oslovit přímo uživatele benzodiazepínů, anebo odborníky, kteří s touto klientelou pracují. Pro účely této bakalářské práce je z praktických důvodů vhodnější oslovit odborníky pracující s touto klientelou, mimo jiné z důvodu, že informace o klientech v těchto zařízeních podléhají ochraně osobních údajů, případně jsou vedeny zcela anonymně.

Pro účely této práce tak bude realizována sonda mezi odborníky pracujícími s ohroženou populací. Na základě zkušeností a možností dostupných a realizovatelných technik se jako nejvýhodnější jeví technika částečně strukturovaného rozhovoru, kdy mohou být snadno získány, jak nestrukturované informace týkající se zkoumané problematiky, tak částečně strukturované údaje, které je možno podrobit zpracování technikami kvantitativního výzkumu.

Výběr respondentů

Pro účely výzkumu v této bakalářské práci jsme se rozhodli oslovit 4 odborníky, pracující s lidmi se závislostí ze 4 hlavních pracovišť v Olomouci, kde se se závislostí pracuje. Prvním pracovištěm je Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice v Olomouci, dále Detoxikační oddělení Vojenské nemocnice, K-centrum a P-centrum. V každém tomto zařízení se pracovníci setkávají s lehce odlišnou klientelou (socioekonomický status, jiná primární diagnosa atd.) či s klientelou v jiné fázi odvykacího procesu. Různorodým zaměřením těchto pracovišť se snažíme docílit komplexní představy o osobách závislých na benzodiazepinech. Díky rozdílnému pohledu na stejnou problematiku, tak můžeme pozorovat, kde se tito jednotliví odborníci shodnou a kde naopak budou rozdíly.

Charakteristika zařízení

P-centrum

„Posláním Poradny pro alkoholové a jiné závislosti P-centra Olomouc je poskytování odborných poradenských a terapeutických služeb lidem, kteří mají potíže s alkoholem, drogami či hazardní hrou u sebe nebo svých blízkých a sami nás vyhledají, neboť chtějí pomoc při zorientování se v jejich situaci a podporu při řešení problémů spojených se závislostí.“ (P-Centrum, 2011)

K-centrum

„Charakteristika činnosti: Ambulantně poskytované služby uživatelům nealkoholových návykových látek a jejich blízkým, založené na principu harm reduction (minimalizace negativních dopadů na jedince a společnost, které vznikají v souvislosti s užíváním drog). Služby jsou poskytovány zdarma a klienti mohou zůstat v anonymitě.

Posláním Kontaktního centra v Olomouci je pomáhat lidem v tíživé životní situaci a s řešením jejich drogového problému. Snižovat negativní důsledky užívání nelegálních nealkoholových drog u osob ohrožených návykovým chováním v Olomouckém regionu. Neodmyslitelnou součástí naší práce je podpora a motivace uživatelů sociálních služeb ke změně jejich dosavadního životního stylu a snaha o znovuzapojení do běžného života. Kontaktní centrum dále usiluje o ochranu společnosti před možnými negativními důsledky zneužívání návykových látek.“ (Statutární město Olomouc, 2010)

Detoxikační oddělení vojenské nemocnice Olomouc

Toto detoxikační oddělení se, oproti jiným detoxikačním jednotkám, poměrně hodně věnuje terapeutickým intervencím (mimo jiné tam probíhá i pravidelná dramaterapie). Hlavním posláním detoxikačních jednotek však zůstává snaha o zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou.

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc poskytuje, jak ambulantní, tak lůžkovou péči. MuDr. Kamarádová pracuje konkrétně na oddělení C - Psychoterapeutické oddělení. Kde se věnují především léčbě psychických poruch s výrazným podílem léčby pomocí psychoterapie. Díky tomuto zaměření, se zde lékaři velmi často setkávají s pacienty závislími na benzodiazepinech, jelikož jsou na toto oddělení umístěni pro svou primární diagnosu, pro kterou byli benzodiazepiny původně nasazené.

Forma výzkumu

Pro tento výzkum jsme se rozhodli použít techniku částečně strukturovaného rozhovoru, v jehož průběhu jsou mimo jiné kladeny předem připravené otázky s uzavřeným počtem možných odpovědí. Na začátku rozhovoru jsme respondenty upozornili na možnost nezodpovězení otázky v případě, že by jim jejich dosavadní zkušenosti neumožnily na otázku odpovědět. Všichni respondenti byli obeznámeni s tím, za jakým účelem je tento výzkum zhotoven.

Průběh výzkumu

Odborníky z jednotlivých zařízení jsme oslovili na základě osobních kontaktů z jednotlivých praxí, absolvovaných během studia. Samotný rozhovor byl realizován v soukromí a žádná třetí osoba se tohoto rozhovoru neúčastnila. Je nutné podotknout, že s výjimkou MUDr. Kamarádové z psychiatrické léčebny fakultní nemocnice Olomouc, byli všichni respondenti dost nejistí ve svých odpovědích, jelikož mají ve svém zařízení poměrně malý vzorek klientů s touto závislostí, a tudíž odpovědi na naše otázky vyvozovali velmi často z osob majících benzodiazepiny jako sekundární drogu ve své závislosti. Nicméně, tuto skupinu uživatelů (užívající benzodiazepiny jako sekundární drogu) nesmíme opomenout, jelikož i oni jsou uživateli této látky. Některé rozdíly v jejich odpovědích mohou také být způsobeny jinou fází léčby, ve které se klienti nacházejí. Obvykle jsou klienty K centra osoby, které o léčbě maximálně uvažují, na detoxikačním zařízení se v první řadě řeší fyzické odvykání této látky, na psychiatrické klinice samotná

léčba pomocí terapeutických technik a P- centrum představuje poslední článek v tomto řetězci, kdy je samotná závislost již do určité míry zvládnutá a cílem terapií, v tomto zařízení, je si tento stav nadále udržet. Všichni respondenti projevili překvapivý zájem o výzkum v této oblasti, jelikož ze své praxe vědí, že benzodiazepiny se pro svou dostupnost staly velkým společenským problémem, o kterém se i v odborné veřejnosti poměrně málo ví. Všichni respondenti také zmínili, že uživatelé jiné primární drogy užívají benzodiazepiny pro zklidnění nežádoucích příznaků při „dojezdech“. Dále všichni respondenti zmínili problém nadměrného předepisování těchto léků lékaři, kteří tak přispívají k tvorbě závislosti a často je jejich předepsání zbytečné.

Výzkumné otázky

Na základě znalosti problematiky získané v průběhu studia a odborných praxí a vzhledem k dostupným informacím, které se týkají námi zkoumané problematiky, byly zformulovány níže uvedené otázky. Tyto se snaží popsat psychologické typologie klientů a další relevantní aspekty týkající se této problematiky, které mohou hrát roli v případě benzodiazepinových závislostí. Dále také ty, které mohou být přínosné pro případnou terapii či úpravu v programech primární prevence, co se týká jejich zaměření. Otázky byly převážně formulovány jako uzavřené, tedy jako otázky s výčtem možných odpovědí. Dvě pak byly formulovány jako otevřené, což se samozřejmě projevilo, mimo jiné ve způsobu interpretace získaných odpovědí. V těchto případech byla totiž získaná data vytěžena způsobem, který je vlastní kvalitativnímu výzkumu a mimo jiné ukazuje na potenciál kvalitativně formulovaného výzkumu při získávání informací týkajících se této problematiky. Dotazované charakteristiky klientů pak byly zvoleny i s ohledem na další statistické zpracování údajů potenciálně získaných při případně realizovaném komplexním výzkumu v této oblasti.

Výzkumné otázky jsme rozdělili do tří kategorií podle jejich zaměření:

Profil klienta

Následující otázky byly zvoleny pro bližší určení nejhroženější skupiny uživatelů. Jak již bylo zmíněno v teoretické části - závislost tohoto typu se vyskytuje u lidí s potřebou vyhnout se bolesti, ať už tělesné či duševní. Tato bolest může vyplývat i z neuspokojení či z nízkého sebevědomí. Pokusíme se tedy, prostřednictvím výzkumných otázek zjistit, jaké typy osobností inklinují k uspokojování této potřeby pomocí benzodiazepinů.

1. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?
2. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?
3. Domníváte se, že více osob inklinujících k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?
4. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?
5. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrným ekonomicko-sociálním statusem?

Závislost

V této kategorii se zaměříme na vybrané aspekty benzodiazepínové závislosti, které mají poskytnout doplňující informace k této problematice. Zaměřujeme se na problematiku kombinovaného užívání benzodiazepiny s jinými drogami a na případné rozdíly v dávkování benzodiazepinů mezi muži a ženami. Tyto informace jsou mimo jiné velmi důležité pro případnou realizaci terapie u osob závislých na benzodiazepinech.

6. S jakými jinými drogami, podle Vás, uživatelé závislí na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?

7. Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce, co se týče velikosti dávek, které užívají?

Další aspekty

Tato kategorie poskytuje doplňující informace ohledně druhu terapie, aktivity klientů v terapii a její úspěšnosti. Dále zjišťuje míru osvěty o této látce a míru její dostupnosti na území ČR. Aspekty mohou sloužit jako ukazatel kvality primární prevence v této oblasti.

8. Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?
9. Bývají klienti s touto závislostí, jako účastníci terapie, aktivní či spíše pasivní?
10. Na stupnici od jedné do deseti - jak velké je podle Vás u osob závislých na benzodiazepinech riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je téměř absolutní jistota recidivy)
11. Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepinů v běžné populaci dostatečná?
12. Jak náročné pro uživatele drog je, podle Vás, v současné době opatřit si balení benzodiazepinů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)

Pro účely vyhodnocení byly otázky očíslovány tak, jak po sobě následují v kapitole vyhodnocení získaných dat.

Vyhodnocení získaných dat

Otázka číslo 1: Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?

Varianty odpovědí na otázku: podprůměrná- průměrná-nadprůměrná - nedá se určit

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědi	Počet odpovědí
Podprůměrná inteligence	0
Průměrná inteligence	2
Nadprůměrná inteligence	1
Nedá se určit	1

Vyhodnocení odpovědí: Nejvíce respondentů se přiklání k variantě průměrná, jeden uvedl, že nadprůměrná a jeden uvedl, že se to nedá určit.

Interpretaci odpovědi: Zdá se, že tento údaj nehraje velkou roli, pouze by se dalo říct, že osoby s podprůměrnou inteligencí jsou nejméně ohroženou skupinou, definovanou na základě této charakteristiky.

Otázka číslo 2: Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?

Varianty odpovědí: u osob introvertních- extrovertních- nedá se určit

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědi	Odpovědi respondentů
Osoby introvertní	1
Osoby extrovertní	1
Nedá se určit	2

Vyhodnocení odpovědí: Jeden respondent se domnívá, že jde převážně o osoby introvertní, jeden, že jde o osoby extrovertní, a dva se domnívají, že se to nedá určit.

Interpretace odpovědí: Vzhledem k tomu, že dva respondenti se domnívají, že se to nedá určit, a zbývající dva se ve svých odpovědích neshodují, se domníváme, že tato otázka by pro případný budoucí výzkum neměla být realizována, jelikož již

z této sondy vyplývá, že není příliš pravděpodobné, že by jedna z těchto dvou skupin k benzodiazepínové závislosti více inklinovala.

Otázka číslo 3: Domníváte se, že více osob inklinující k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?

Varianty odpovědí: Sangvinik-melancholik- choleric-flegmatik- nedá se určit

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Sangvinik	1
Melancholik	1
Choleric	0
Flegmatik	0
Nedá se určit	2

Vyhodnocení odpovědí: Dva respondenti se domnívají, že se to nedá určit, jeden se domnívá, že je více sangviniků a jeden, že je více melancholiků

Interpretace odpovědí: Vzhledem k tomu, že se dva respondenti domnívají, že se to nedá určit a zbývající respondenti se na odpovědích neshodují, se domníváme, že tato by neměla být v budoucím výzkumu zařazena, jelikož by pravděpodobně výsledky nebyly relevantní.

Otázka číslo 4: Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?

Varianty odpovědí: nižší-průměrné-vyšší sebehodnocení – nedá se určit

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Nižší sebehodnocení	4
Průměrné sebehodnocení	0
Vyšší sebehodnocení	0
Nedá se říct	0

Vyhodnocení odpovědí: Všichni respondenti se shodli, že osoby závislé na benzodiazepínech jsou převážně lidé s nižším sebehodnocením.

Interpretace odpovědí: Vzhledem k jednoznačné shodě, by se dalo říct, že se pravděpodobně i v budoucím výzkumu ukáže jako nejohroženější skupina, z hlediska sebevědomí, osoby s nižším sebevědomím, což zároveň může sloužit jako vodítko pro terapii v rámci léčby závislosti.

Otázka číslo 5: Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepínech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrných ekonomicko-sociálním statutem?

Varianty odpovědí: podprůměrný-průměrný-nadprůměrný ekonomicko-sociální status – nedá se určit

Odpovědi respondentů

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Podprůměrný ekonomicko-sociální status	1
Průměrný ekonomicko-sociální status	1
Nadprůměrný ekonomicko-sociální status	1
Nedá se určit	1

Vyhodnocení odpovědí: Jeden respondent se domnívá, že se to nedá určit, jeden, že mají převážně podprůměrný ekonomicko-sociální status, jeden se domnívá,

že průměrný, a jeden se přiklání k odpovědi nadprůměrný ekonomicko-sociální status.

Interpretace odpovědi: Z odpovědi na tuto otázku nevyplývá, že ekonomicko-sociální status hrál velkou roli, nicméně podrobnější kvalitativní výzkum by mohl odpovědi na tuto otázku přinést a tím výrazně pomoci k nadefinování typologie nejohroženější skupiny obyvatel.

Otázka číslo 6: S jakými jinými drogami, podle Vás, uživatelé závislí na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?

Výčet odpovědí jednotlivých respondentů:

- Alkohol, pervitin (na dojezdech)
- Alkohol
- Alkohol, pervitin (na dojezdech)
- Hypnotika jiného typu, analgetika

Interpretace odpovědí: Vzhledem k tomu, že se 3 ze 4 respondentů shodli na alkoholu jako droze často s benzodiazepiny kombinovanou, můžeme dojít k závěru, že skutečně alkohol je na prvním místě z drog s benzodiazepiny kombinovaných. Dva respondenti uvedli, že tuto látku klienti často kombinují s pervitinem jako léčbu nežádoucích stavů při „dojezdech“, tento údaj se patrně bude týkat hlavně klientů užívajících benzodiazepiny jako sekundární drogu. Pouze jeden respondent uvedl, že se často benzodiazepiny kombinují s hypnotiky jiného typu a s analgetiky, nicméně se domníváme, že ani tato odpověď by neměla být opominuta, jelikož vzešla od respondentky z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc, kde mají klientů s touto závislostí výrazně více než v ostatních zařízeních. Vysoká shoda v odpovědích respondentů na otevřenou otázku poukazuje na zřejmou pravidelnost v této oblasti. Látka je zcela evidentně často kombinována s konkrétními typy drog, což nám poukazuje na možnost vytvoření jedné z kategorií typologie uživatelů benzodiazepínů. Tento údaj by měl být více prověřen následným výzkumem.

Otázka číslo 7: Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce, co se týče velikosti dávek, které užívají?

Varianty odpovědí: Ano-muži berou větší dávky, ano-ženy berou větší dávky, ne- v dávkách není rozdíl, nevím/jiné

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Ano- muži berou větší dávky	0
Ano- ženy berou větší dávky	1
Ne- v dávkách není rozdíl	0
Nevím/jiné	3

Vyhodnocení odpovědí: Jeden respondent se domnívá, že ženy berou vyšší dávky, zbývající tři na tuto otázku neznají odpověď.

Interpretace odpovědí: Vzhledem k tomu, že pouze jeden z respondentů si myslí, že ženy berou větší dávky, a tři respondenti neví, zda je rozdíl ve velikostech dávek, nejsme schopni určit relevantní výsledek.

Otázka číslo 8: Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?

Varianty odpovědí: Rogersovská psychoterapie, Gestaltterapie, Behaviorální terapie, Psychoanalýza, Kognitivně behaviorální terapie, Existenciální psychoterapie, Humanistická psychoterapie

Odpovědi respondentů:

- Jednoznačně KBT
- Nelze určit- Závisí to na typu klienta
- Nejvíce Gestalt terapie- Závisí na typu klienta
- Dynamická KBT a Existenciální

Interpretace odpovědí: Výpovědi respondentů se s jedinou výjimkou (kognitivně behaviorální terapie), která byla uvedena dvakrát, zásadně rozcházejí. Zároveň se dva respondenti shodli na tom, že typ terapie závisí na typu klienta, nspecifikovali ovšem tuto typologii, a to ani v průběhu celého terénního výzkumu. Zdá se tedy, že tuto typologii je možné sestavit, v současné době ovšem neexistuje.

Otázka číslo 9: Bývají klienti s touto závislostí jako účastníci terapie aktivní či spíše pasivní?

Varianty odpovědí: aktivní- pasivní- nedá se určit

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Aktivní	2
Pasivní	2
Nedá se určit	0

Vyhodnocení odpovědí: Dva respondenti se domnívají, že osoby závislé na benzodiazepinech jsou obecně v terapiích aktivní a dva se domnívají, že pasivní.

Interpretace odpovědí: Jelikož jsou odpovědi respondentů na aktivitu klientů při terapii nejednotné v poměru dva ku dvěma, nemůžeme usuzovat žádný relevantní výsledek.

Otázka číslo 10: Na stupnici od jedné do deseti - jak velké je podle Vás u osob závislých na benzodiazepinech riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je absolutní jistota recidivy)

Varianty odpovědí: 1- nulová pravděpodobnost recidivy, 2- minimálně pravděpodobnost recidivy, 3- velmi malá pravděpodobnost recidivy, 4- malá pravděpodobnost recidivy, 5- střední pravděpodobnost recidivy, 5- zvýšené riziko recidivy, 6- vážné riziko recidivy, 7- velmi vážné riziko recidivy, 8- extrémně velké riziko recidivy, 9- téměř absolutní jistota recidivy, 10 jistota recidivy, nevím

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
1 nulová pravděpodobnost	0
2 minimální pravděpodobnost	0
3 velmi malá pravděpodobnost	0
4 malá pravděpodobnost	0
5 střední pravděpodobnost	0
6 vážné riziko	0
7 velmi vážné riziko	4
8 Extrémně velké riziko	0
9 téměř absolutní jistota	0
10 jistota recidivy	0
Nevím	0

Vyhodnocení odpovědí: Všichni respondenti se shodli na odpovědi 7 na desetistupňové škále, tudíž velmi vážné riziko recidivy.

Interpretace odpovědí: Vzhledem k tomu, že všichni respondenti vyhodnotili riziko recidivy jako velmi vážné riziko, se domníváme, že léčba těchto osob je velmi často málo účinná a také to svědčí o důležitosti následné péče pro tyto klienty.

Otázka číslo 11: Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepínů v běžné populaci dostatečná?

Varianty odpovědí: Ano-ne- nevím

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
Ano	0
Ne	4
Nevím	0

Vyhodnocení odpovědí: Všichni respondenti se domnívají, že drogová osvěta v oblasti benzodiazepínů není dostatečná

Interpretace odpovědí: Jelikož se všichni respondenti shodují, že drogová osvěta v této oblasti není dostatečná, domníváme se, že by bylo vhodné se na ni více zaměřit v rámci programů primární prevence.

Otázka číslo12: Jak náročné pro uživatele drog je, podle Vás, v současné době opatřit si balení benzodiazepinů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)

Varianty odpovědí: 1 zcela minimálně náročné – 2 minimálně náročné- 3 velmi málo náročné – 4 málo náročné- 5 lehce náročné – 6 středně náročné – 7 náročné- 8 hodně náročné – 9 téměř nesehnatelné – 10 zcela nesehnatelné- neuvedené

Odpovědi respondentů:

Varianty odpovědí	Odpovědi respondentů
1 zcela minimálně náročné	0
2 minimálně náročné	4
3 velmi málo náročné	0
4 málo náročné	0
5 lehce náročné	0
6 středně náročné	0
7 náročné	0
8 hodně náročné	0
9 téměř nesehnatelné	0
10 zcela nesehnatelné	0
Neuvedené	0

Vyhodnocení odpovědí: Všichni respondenti se shodli na odpovědi 2- minimálně náročná

Interpretace odpovědí: Vzhledem k jednomyslné shodě, v minimální náročnosti sehnat si tyto léky, vyplývá, že se jedná o velký společenský problém minimálně na území statutárního města Olomouc, ve kterém všichni respondenti pracují a rozdílným typem zařízení pokrývají tuto problematiku v celém městě.

Vyhodnocení výsledků terénního výzkumu

V této kapitole se zaměříme na vyhodnocení výsledků terénního výzkumu, kdy jednotlivé položené otázky vyhodnotíme z hlediska získaných informací a vzhledem k tomu, jak nám mohou tyto získané informace pomoci při návrhu výzkumu, který by umožnil získat potřebné relevantní informace v této problematice, které by byly přínosem pro oblast praxe, ať už z terapeutického, adiktologického hlediska nebo z hlediska primární prevence. Otázky budou nejprve vyhodnoceny samostatně, v závěru bude provedeno souhrnné vyhodnocení výzkumu.

Vzhledem k tomu, že odpovědi respondentů, na **otázku číslo 1**, zabývající se inteligencí osob závislých na této látce, se ukázaly jako neprůkazné, by podle nás bylo vhodné tuto otázku zkoumat na větším vzorku populace pomocí metod kvantitativního šetření.

Vzhledem k tomu, že se odpovědi respondentů na **otázku číslo 2**, zjišťující zda jsou osoby závislé na benzodiazepinech spíše introvertní či extrovertní, ukázaly jako neprůkazné a dva respondenti dokonce uvedli, že se to nedá určit, nemůžeme z této otázky usoudit žádný závěr, co se týče typologie ohrožených skupin. Jsme přesvědčeni, že není nutné tuto otázku podrobovat kvantitativnímu výzkumu, jelikož nepokládáme za pravděpodobné, že by se i ve větším vzorku respondentů podařilo nalézt validní rozdíl v ohroženosti jedné či druhé skupiny.

Vzhledem k tomu, že odpovědi respondentů na **otázku číslo 3** se ukázaly jako neprůkazné, nemůžeme určit, zda jedna či dvě skupiny z klasických typů osobnosti

(melancholik, choleric, sangvinik, flegmatik) by byla více či méně ohrožena. Vzhledem k tomu, že určení typu osobnosti každého klienta s touto závislostí by vyžadovalo zvlášť dělaný test osobnosti, domníváme se, že není vhodné tuto otázku do budoucího výzkumu zařadit. Jelikož byly již v této sondě odpovědi nejednoznačné, existuje vážné riziko, že by i takto velmi náročný výzkum typologie osobnosti nepřinesl jasnou odpověď, která by dále umožnila blíže identifikovat nejohroženější skupinu.

Vzhledem k absolutní shodě v odpovědích respondentů na **otázku číslo 4**, která se ptá na sebehodnocení osob závislých na této látce, můžeme usuzovat, že je vysoce pravděpodobné, vzhledem k omezenému rozsahu vzorku respondentů, že tato charakteristika klientů může hrát významnou roli při popisu typologie ohrožených skupin. Tento údaj by bylo vhodné ověřit v následném šetření založeném na metodách kvantitativního výzkumu, který by tuto hypotézu umožnil otestovat věrohodným způsobem na adekvátním vzorku populace.

Odpovědi na **otázku číslo 5**, zkoumající ekonomicko-sociální status osob závislých na benzodiazepinech, se ukázaly jako zcela neprůkazné. Domníváme se ale, že při realizaci rozsáhlejšího kvantitativního výzkumu, by bylo možné na tuto otázku najít relevantní odpověď a tento údaj by dále mohl přispět k typologii skupiny obyvatel nejohroženější touto závislostí.

Vzhledem k vysoké shodě odpovědí na **otázku číslo 6**, týkající se jiných drog často kombinovaných s benzodiazepiny, je možné říct že mnoho klientů závislých na benzodiazepinech může mít sklony k přidružené alkoholové závislosti. Tento poznatek může vést k bližší specifikaci typologie ohrožených skupin. Tento údaj by bylo vhodné ověřit v následném šetření založeném na metodách kvantitativního výzkumu, který by tuto hypotézu umožnil otestovat věrohodným způsobem na adekvátním vzorku populace.

Vzhledem k tomu, že odpovědi respondentů na **otázku číslo 7**, jež se ptá na rozdíl ve velikostech dávek užívanými muži a ženami, se vysoce shodují

na nemožnosti to v tuto chvíli určit, a vzhledem k tomu, že by tyto přesné údaje od samotných osob na benzodiazepinech závislých byly poměrně těžko získatelné, se domníváme, že tento údaj, není nutné zařadit ani do budoucího rozsáhlejšího výzkumu.

Z otázky číslo 8, která měla zjistit, zda je jeden z typů klasické psychoterapie nejvhodnější pro léčbu benzodiazepinové závislosti, vyplývá jasná potřeba zohlednit typologii klientů léčících se s touto závislostí pro výběr nejvhodnější terapie. Ve dvou odpovědích byla vybrána KBT jako nejvhodnější forma terapie, nicméně pro přesnost je nutné uvést, že oba respondenti, kteří ji uvedli jako nejvhodnější, se již KBT zabývají. Na druhou stranu může to, že 2 ze 4 respondentů se zabývají KBT a zároveň pracují s klientelou osob se závislostí, svědčit o tom, že je tato forma terapie pro léčbu závislostí skutečně nejúčinnější. Domníváme se, že odpověď na tuto otázku by musela být zkoumána prostřednictvím samostatného aplikovaného výzkumu na velkém vzorku populace a tudíž, zařazení této otázky do námi navrhovaného výzkumu by bylo nadbytečné.

Otázka číslo 9 zabývající se aktivitou či pasivitou klientů při terapii se ukázala jako zcela neprůkazná. Domníváme se, že v tom hraje velkou roli vztah mezi terapeutem a klientem, který souvisí s motivací, a tím přímo ovlivňuje aktivitu či pasivitu klientů. Jelikož však cílem této sondy ani budoucího výzkumu není hodnocení schopnosti terapeutů navázat dobrý terapeutický vztah, není potřebné tuto otázku do budoucího výzkumu zařadit.

Vzhledem k absolutní shodě v odpovědích respondentů, na **otázku číslo 10** týkající se rizika recidivy, jež všichni vyhodnotili, jako velmi vážné riziko, usuzujeme, že by bylo vhodné v dalším výzkumu zjistit z jakých důvodů je toto riziko natolik vysoké.

Vzhledem k absolutní shodě respondentů na **otázku číslo 11**, u které z odpovědí vyplývá, že respondenti hodnotí osvětu v této oblasti jako nedostatečnou, je možné říci, že v této konkrétní oblasti existuje potřeba programy primární prevence o tuto oblast rozšířit. Tuto otázku je možné případně ověřit pomocí metod následného kvantitativního šetření.

Vzhledem k absolutní shodě v odpovědích respondentů na **otázku číslo 12**, která se zabývá dostupností těchto léků na území ČR, (respondenti se domnívají, že je minimálně náročné si tyto léky opatřit) usuzujeme, že by bylo dobré zaměřit se na tuto problematiku i na poli legislativním či v rámci doškolení lékařů o nebezpečnosti této závislosti. Tuto otázku je možné případně ověřit pomocí metod následného kvantitativního šetření.

Závěr praktické části

V praktické části této bakalářské práce jsme se zabývali dvěma hlavními oblastmi. První bylo statistické šetření z dostupných statistik vyplývajících z Výročních zpráv Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Tyto statistiky nám umožnily vhléd do dostupných údajů o benzodiazepínové závislosti, zejména co se týče počtu léčených osob a fatálních a nefatálních intoxikací touto drogou ve vztahu k pohlaví a věku. Ve výzkumné části jsme vyhotovili sondu připravenou pro malý vzorek respondentů, která měla za cíl námi zvolené otázky pro možný výzkum rozdělit do tří kategorií. První kategorii tvoří otázky, které se na základě realizace sondy ukázaly z různých důvodů nevhodné pro budoucí výzkum této problematiky. Druhá kategorie je tvořena otázkami, které nám již na základě této výzkumné sondy ukázaly na aspekty benzodiazepínové závislosti, jež mohou být přínosnými údaji pro terapeutickou léčbu či úpravu programů primární prevence. Tyto údaje je však dále vhodné ověřit pomocí kvantitativního výzkumu. Třetí kategorií jsou otázky, ze kterých nám sonda neposkytla dostačující odpovědi, nicméně zdají se být vhodné pro další výzkum využívajícího metod kvalitativního výzkumu.

Dále můžeme přínos této bakalářské práce rozdělit na dvě hlavní části, přínos pro praxi a přínos pro teorii.

Za hlavní přínos této bakalářské práce pro praxi považujeme údaje hovořící o potřebě úpravy programů primární prevence tak, aby problematiku benzodiazepínových závislostí lépe podchycovala. Vzhledem k tomu, že jsme ze statistického šetření zjistili přesná čísla o fatálních a nefatálních intoxikacích, ze kterých vyšlo najevo, že jsou benzodiazepiny a závislost na nich velkým rizikem,

často i větším než jsou drogy, na které je primární prevence nejvíce zaměřena, jsme podle nás podali dostatečný argument pro tvůrce a pracovníky programů primární prevence, že je tato úprava nutná. Zjistili jsme, že jsou touto závislostí více ohroženy ženy než muži, a zajímavé je, že největší výskyt této závislosti se vyskytuje až po 30. roce života a tato křivka vrcholí kolem 50. roku, z čehož nám vyplývá, že primární prevence zaměřená zejména na děti a mládež by se měla rozšířit i na populaci starší.

Dále jsme zjistili, že nejohroženější skupinou jsou lidé s nižším sebehodnocením a osoby inklinující k alkoholové závislosti. I když by bylo vhodné tyto údaje dále ověřit pomocí rozsáhlejšího výzkumu, už teď je možné doporučit pracovníkům provádějící primární prevenci věnovat zvýšenou pozornost těmto skupinám lidí. Dále z výzkumné sondy vyplývá, že je drogová osvěta v této oblasti zcela nedostatečná, a tudíž by bylo vhodné ji rozšířit, jak na poli primární prevence, tak i v rámci školení lékařů, kteří tyto léky předepisují. S tím souvisí i zjištění potřeby legislativních úprav, aby se docílilo snížení dostupnosti těchto léků.

Dalším přínosem pro praxi je také zjištění, že zde skutečně existuje potřeba více odhalit typologii lidí inklinujících k této závislosti pro efektivnější volbu terapeutického směru vhodného přímo pro tuto skupinu závislosti.

Za teoretický přínos pokládáme zjištění, že v budoucím kvantitativním výzkumu by měly být zkoumány oblasti problematiky zaměřené na zjištění důvodu vysokého rizika recidivy a také na bližší specifikaci ohrožené klientely, zejména co se týče jejich inteligence a ekonomicko-sociálního statusu, kterého osoby závislé na benzodiazepinech nejčastěji dosahují. Tyto výsledky by měly opět pomoci při lepším zaměření primární prevence.

Dalším přínosem pro teorii je formulování oblastí následného komplexního výzkumu, které je třeba pouze ověřit na větším vzorku populace, jak již bylo zmíněno výše.

Posledním teoretickým přínosem pak je vyřazení některých aspektů problematiky z budoucího výzkumu, ať už pro jejich statistickou neprokazatelnost

či pro přílišnou náročnost takového výzkumu. Vyřazenými aspekty jsou otázky na velikosti rozdílu dávek mezi muži a ženami, otázky na typologii osobnosti v klasickém rozdělení melancholik, sangvinik, flegmatik, choleric a také osoby introvertní či extrovertní. Dalším vyřazeným aspektem problematiky je otázka aktivity či pasivity klientů při terapiích, což je aspekt, který, jak jsme vyvodili, závisí přímo na konkrétním vztahu terapeut klient, a tedy nesouvisí s námi zkoumanou problematikou. Posledním aspektem, který podle nás nemusí být zařazen do výzkumu, je vhodný typ terapie, jelikož bychom mohli v budoucnu tuto odpověď nalézt právě na základě formulace přesnější typologie skupiny touto závislostí nejvíce ohroženou.

Závěr

V teoretické části jsme se zabývali sběrem informací z dostupné literatury, abychom vytvořili kompletní náhled do teorie problematiky benzodiazepinových závislostí.

Při psaní své praktické části jsem zjistila, že je velmi málo literatury o této závislosti. Celkový počet knih o drogách je sice vysoký, nicméně mnoho z nich svou odborností nedostačuje potřebám bakalářské práce. Zjistili jsme i to, že ve velkém množství knih zabývajících se drogovou problematikou, nejsou benzodiazepiny vůbec zmíněny, anebo jsou zmíněny jen v pár krátkých větách. Nicméně jsme z dostupných informací zjistili, že závislost na benzodiazepinech spadá podle MKN-10 skupiny F13 závislost na sedativech a hypnotikách. Jedná se o komplexní onemocnění kombinující biologickou, psychologickou a sociální rovinu problému a jako taková takto komplexní musí být i léčena. Zjistili jsme také, že léčbu benzodiazepinových závislostí nekomplikuje, jen poměrně těžký odvykací stav a s tím související nutnost pozvolného vysazování v přesných postupech, ale také léčbu může komplikovat jiná psychiatrická diagnosa, pro kterou byly benzodiazepiny původně nasazeny. V rámci odvykacího stavu může dojít k takzvanému rebound syndromu, kdy absence tohoto léku může způsobit krátkodobé zhoršení původních příznaků, pro které byly benzodiazepiny nasazeny. Podstatnou informací z teoretické části je, že osoby závislé na benzodiazepiny si nedokážou představit řešení svých problémů ani život bez těchto léků jelikož mají pocit, že nemůže být natolik škodlivá, když je legální a společensky rozšířená. Navíc tato závislost často probíhá za tiché podpory rodiny a lékařů, kteří se pomocí těchto zklidňujících léků snaží zmenšit náročnost péče o nemocné osoby.

Všechny tyto informace jasně ukázaly na komplikovanost léčby této závislosti a na potřebu zmapovat blíže tuto problematiku pro efektivnější léčbu a primární prevenci.

V praktické části, jsme se pokusili o hlubší náhled do problematiky benzodiazepinových závislostí a alespoň částečně určit typologii osobnosti osob

touto závislostí nejvíce ohrožených pomocí šetření v dostupných relevantních statistikách a prostřednictvím realizace sondy do této oblasti problematiky. Ze statistického šetření vyplývá, že se s touto závislostí se každoročně léčí poměrně vysoký počet klientů, a údaje o smrtelných intoxikacích vypovídají o tom, že je tato závislost mnohem nebezpečnější, než by se mohlo na první pohled zdát. Usoudili jsme tedy, že je výzkum této problematiky potřebný.

Vzhledem k tomu, že nám statistiky nedokážou dostatečně odpovědět na otázky týkající se typologie nejvíce ohrožených skupin, (s výjimkou ohroženějšího pohlaví a věku, ve kterém se tato závislost nejvíce objevuje) jsme se na tyto otázky více zaměřili ve výzkumné sondě.

Výzkumná sonda byla realizována jen na velmi malém vzorku respondentů, kteří však pracují v různých typech zařízení zabývajících se touto problematikou. Samotný terénní výzkum byl realizován technikou polo-strukturovaného rozhovoru, založeném na otázkách s většinou uzavřeným počtem odpovědí. Výzkum, pro který je naše sonda jakýmsi předvýzkumem, však v tuto chvíli nemůže být realizován, jelikož by jeho rozsah a finanční náročnost dalece převyšovaly možnosti bakalářské práce. I díky této velmi omezené sondě jsme však zjistili, že jsou velké nedostatky v programech primární prevence v oblasti benzodiazepinů, jelikož tato ne zcela podchycuje skupiny touto závislostí nejvíce ohrožené a míra osvěty o těchto lécích je v České republice minimální. Dokázali jsme dokonce určit, v kterých oblastech by se měla primární prevence přizpůsobit současným potřebám. Údaje vyplývající ze sondy nám totiž rozdělily výzkumné otázky do třech kategorií:

1. Otázky v této kategorii již mají určitou výpovědní hodnotu, ale bylo by vhodné je ověřit následujícím výzkumem, nicméně již v tuto chvíli mohou tyto poznatky sloužit jako inspirace pro úpravu programů primární prevence.

2. V této kategorii jsou otázky, ze kterých v tuto chvíli nemůžeme usoudit žádný relevantní výsledek, ale tyto otázky by bylo vhodné zařadit do budoucího rozsáhlejšího kvantitativního výzkumu.

3. Výsledky z této skupiny otázek nám nepřinesly žádný relevantní výsledek a domníváme se, že by tyto otázky neměly být zařazeny ani do budoucího výzkumu.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Použití benzodiazepinů	16
Tabulka 2 Kritéria pro akutní intoxikaci sedativy a hypnotiky (podle MKN 10).....	20
Tabulka 3 Počty léčených uživatelů benzodiazepinů.....	28
Tabulka 4 Výskyt benzodiazepinové závislosti mezi muži a ženami	31
Graf 1 Počet úmrtí vzhledem k věku	30

Seznam příloh

Příloha 1 Přepis rozhovorů s respondenty	
Příloha 2 Chybná statistika Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti	

Seznam literatury

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha : Karolinum, 2008. 372 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2010. 148 s. ISBN 978-80-7440-034-6.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7440-056-8.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualizované vydání. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. Zneužívání léků, závislost na lécích a možnost prevence. *Lékařské listy*. 2009-06-15, 12, s. 18-20. Dostupný také z WWW: <www.drnespor.eu/LZ_LL3.doc>.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. 1. vydání. Praha : KPL Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X.

RABOCH, Jiří, ZVOLSKÝ, Petr et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Galén, 2001. 655 s. ISBN 80-7262-140-8.

SHAPIRO, Harry. *Drogy : Obrázkový průvodce*. Praha : Svojtka&Co. , 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.

Světová zdravotnická organizace. *Duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka : mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vydání. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

Internetové zdroje

[Http://drogy.ezin.cz](http://drogy.ezin.cz) [online]. 2. května 2008 [cit. 2011-12-03].

[Http://drogy.ezin.cz/pages/diazepam.html](http://drogy.ezin.cz/pages/diazepam.html). Dostupné z WWW: <<http://drogy.ezin.cz/pages/diazepam.html>>.

P-Centrum Olomouc. *P-centrum.cz* [online]. c2011 [cit. 2011-12-06]. Základní dokumenty. Dostupné z WWW: <http://www.p-centrum.cz/attachments/article/4/Zakladni_dokumenty_Poradny.pdf>.

Statutární město Olomouc . *Olomouc.eu* [online]. 02. 06. 2010 [cit. 2011-12-06]. Katalog poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné z WWW: <<http://www.olomouc.eu/kpss/view.php?navezclanku=sdruzeni-podane-ruce-o-s-oddeleni-walhalla-kontaktni-centrum-v-olomouci&cislocclanku=2007020140>>.

Příloha č 1. Přepis rozhovorů s respondenty

Respondent: Mgr. Michal Růžička Ph.D.

Zařízení: P – Centrum

Datum: 30. 11. 2011

1. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?
Odpověď: „Nemůžu vyhodnotit. Všechny skupiny.“
2. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?
Odpověď: „Nemůžu vyhodnotit, obě skupiny.“
3. Domníváte se, že více osob inklinující k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?
Odpověď: „Myslím, že je to v rovnováze.“
4. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?
Odpověď: „Spíš s nižším.“
5. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrným ekonomicko-sociálním statusem?
Odpověď: „Nemůžu vyhodnotit, všechny skupiny.“
6. S jakými jinými drogami, podle Vás uživatelé závislý na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?
Odpověď: „Alkohol, pervitin (na dojezdech).“
7. Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce co se týče velikosti dávek, které užívají?
Odpověď: „Myslím, že muži užívají nárazově.“

8. Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?

Odpověď: „Dynamická KBT, existenciální psychoterapie.“

9. Bývají klienti s touto závislostí, jako účastníci terapie, aktivní či spíše pasivní?

Odpověď: „Jestliže jsou motivovaní, jsou aktivní.“

10. Na stupnici od jedné do deseti, jak velké je podle Vás, u osob závislých na benzodiazepinech, riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je téměř absolutní jistota recidivy)

Odpověď: „7“

11. Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepínů v běžné populaci dostatečná?

Odpověď: „Myslím, že podceňována.“

12. Jak náročné, pro uživatele drog, je podle Vás v současné době opatřit si balení benzodiazepínů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)

Odpověď: „2“

Respondent: MuDr. Dana Kamarádová

Zařízení: Fakultní nemocnice Olomouc

Datum: 29.11.2011

1. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?
Odpověď: „Průměrnou ale nejvíce nadprůměrnou.“
2. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?
Odpověď: „To se nedá říct.“
3. Domníváte se, že více osob inklinující k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?
Odpověď: „Asi nejvíce melancholiků“
4. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?
Odpověď: „Asi nižším, vyšším určitě ne“
5. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrných ekonomicko-sociálním statusem?
Odpověď: „Určitě nadprůměrným.“
6. S jakými jinými drogami, podle Vás uživatelé závislý na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?
Odpověď: „Hypnotika jiného typu, analgetika.“
7. Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce co se týče velikosti dávek, které užívají?
Odpověď: „Na to nedokážu odpovědět, setkala jsem se jen s jedním mužem léčeným pro tuto závislost, obvykle tu máme ženy.“

8. Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?

Odpověď: „Jednoznačně KBT.“

9. Bývají klienti s touto závislostí, jako účastníci terapie, aktivní či spíše pasivní?

Odpověď: „Spíše pasivní.“

10. Na stupnici od jedné do deseti, jak velké je podle Vás, u osob závislých na benzodiazepinech, riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je téměř absolutní jistota recidivy)

Odpověď: „Tak 7.“

11. Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepínů v běžné populaci dostatečná?

Odpověď: „Vůbec ne, ani lékařů.“

12. Jak náročné, pro uživatele drog, je podle Vás v současné době opatřit si balení benzodiazepínů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)

Odpověď: „2.“

Respondent: Bc. Jiří Klimeš

Zařízení: K-Centrum Olomouc

Datum: 29.11.2011

1. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?

Odpověď: „V K- centru jsme neměli čistou závislost na benzodiazepinech, spíše se objevuje doplňková droga, ale z klientů, co to takto kombinují, myslím, že spíše průměrnou.“

2. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?

Odpověď: „Spíše bych řekl, že introvertních.“

3. Domníváte se, že více osob inklinující k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?

Odpověď: „Naši klienti jsou spíše pervitinoví uživatelé a benzodiazepiny používají často na dojezdech nebo v čase, kdy nemají možnost brát pervitin a tudíž na to nejsem schopný odpovědět.“

4. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?

Odpověď: „S nižším.“

5. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrným ekonomicko-sociálním statusem?

Odpověď: „Vzhledem ke klientele podprůměrným.“

6. S jakými jinými drogami, podle Vás uživatelé závislý na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?

Odpověď: „Pervitin alkohol.“

7. Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce co se týče velikosti dávek, které užívají?
Odpověď: „Nevím.“
8. Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?
Odpověď: „Každému vyhovuje něco jiného, ale obecně si myslím, že Gestalt. Zdá se mi míň ortodoxní než ostatní přístupy a dává prostor pracovat s individualitou klienta, což podle mě klientům s touto závislostí bude vyhovovat.“
9. Bývají klienti s touto závislostí, jako účastníci terapie, aktivní či spíše pasivní?
Odpověď: „Spíš jsou pasivní.“
10. Na stupnici od jedné do deseti, jak velké je podle Vás, u osob závislých na benzodiazepinech, riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je téměř absolutní jistota recidivy)
Odpověď: „7.“
11. Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepinů v běžné populaci dostatečná?
Odpověď: „Ne.“
12. Jak náročné, pro uživatele drog, je podle Vás v současné době opatřit si balení benzodiazepinů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)
Odpověď: „2, jediné co je k tomu potřeba je zajít za příslušným psychiatrem a vědět co mu říct.“

Respondent: Mgr. Kristýna Krahulcová

Zařízení: Detox Vojenské nemocnice Olomouc

Datum: 30.11. 2011

1. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u lidí s podprůměrnou, průměrnou či nadprůměrnou inteligencí?
Odpověď: „Průměrnou až nadprůměrnou.“
2. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob introvertních či extrovertních?
Odpověď: „Extroverti.“
3. Domníváte se, že více osob inklinující k této závislosti odpovídá jednomu z klasických typů osobnosti sangvinik, melancholik, choleric, flegmatik?
Odpověď: „Sangvinik.“
4. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s nižším, průměrným či vyšším sebehodnocením?
Odpověď: „Nižším.“
5. Domníváte se, na základě vlastních zkušeností, že by se dalo říct, zda se závislost na benzodiazepinech více objevuje u osob s podprůměrným, průměrným či nadprůměrným ekonomicko-sociálním statusem?
Odpověď: „Průměrný.“
6. S jakými jinými drogami, podle Vás uživatelé závislý na benzodiazepinech tuto drogu nejvíce kombinují?
Odpověď: „Alkohol.“
7. Domníváte se, že je rozdíl mezi muži a ženami závislými na této látce co se týče velikosti dávek, které užívají?
Odpověď: „Ženy podle mě berou vyšší dávky.“

8. Myslíte, že by se dalo říct, která z klasických forem psychoterapie by pro léčbu těchto závislostí byla nevhodnější?

Odpověď: „Nejde to říct, záleží to na typu člověka.“

9. Bývají klienti s touto závislostí, jako účastníci terapie, aktivní či spíše pasivní?

Odpověď: „Aktivní.“

10. Na stupnici od jedné do deseti, jak velké je podle Vás, u osob závislých na benzodiazepinech, riziko recidivy závislosti? (jedna je nulová pravděpodobnost, 10 je téměř absolutní jistota recidivy)

Odpověď: „Recidiva u starších lidí se objevuje často, u mladších lidí je častější, ale asi 7.“

11. Domníváte se, že je drogová osvěta v oblasti benzodiazepinů v běžné populaci dostatečná?

Odpověď: „Ne.“

12. Jak náročné, pro uživatele drog, je podle Vás v současné době opatřit si balení benzodiazepinů? Vyjádřete prosím na stupnici od jedné do deseti. (jedna je nejnižší náročnost, 10 je nejvyšší náročnost)

Odpověď: „2.“

Příloha 2 Chybná statistika Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti

Během statistického šetření jsme narazili na tabulku ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR roce 2010 Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, která uvádí okolnosti úmrtí za účasti některých drog (včetně benzodiazepinů). Původně jsme chtěli údaje v ní uvedené zařadit do výsledků statistického šetření. Při bližším prostudování jsme však zjistili, že údaje v této tabulce neodpovídají a některá čísla v ní uvedená jsou v přímém rozporu s jinými tabulkami v téže výroční zprávě. Povšimněte si, že nad každým sloupcem, v příložené tabulce, je uveden součet údajů v daném sloupci avšak ani tento součet neodpovídá uvedeným údajům. Z tohoto důvodu jsme hodnoty z této chybné tabulky neuvedli v této práci.

Droga	Nemoc (n=11)	Nehoda (n=58)	Sebevražda (n=46)	Zabití/Se- bevražda (n=2)	Jiné (n=0)	Celkem (n=117)	Podíl (%)
Pervitin	7	27	15	1	0	50	42,7
THC	5	18	9	0	0	32	27,4
Benzodiazepiny	1	9	15	1	0	26	22,2
Jiné psychoaktivní léky	0	6	12	0	0	18	15,4
Opiáty/opioidy	0	2	2	0	0	4	3,4
Těkavé látky	0	3	0	0	0	3	2,6
MDMA a jiné syntetické (taneční) drogy	0	3	0	0	0	3	2,6
Kokain	0	0	2	0	0	2	1,7

Jméno a příjmení:	Markéta Petrovičová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012
Název práce:	Benzodiazepínové závislosti
Název v angličtině:	Benzodiazepinum addiction
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá problematikou benzodiazepínových závislostí na území ČR. V teoretické části jsou nadefinovány základní pojmy, jako je: závislost a benzodiazepiny. Dále se věnuje konkrétně účinkům benzodiazepínů, specifčnosti lékové závislosti a možnostmi terapie. V praktické části je realizováno statistické šetření z dostupných statistik a dále je zhotovena výzkumná sonda, sloužící jako výchozí bod, mající za cíl získání údajů pro efektivnější zaměření primární prevence a léčby benzodiazepínové závislosti.
Klíčová slova:	Benzodiazepiny, závislosti, psychofarmaka
Anotace v angličtině:	This bachelor thesis is focused on a benzodiazepines addiction in the Czech Republic. In the theoretical part there are defined basic terms such as (drug) addiction and benzodiazepines. It also deals specifically with the effects of benzodiazepines, the particularity of the addiction to medications and the possibilities of therapy. In the practical part the statistical survey is carried out from available statistics and a research probe is made, serving as a starting point, aiming at obtaining data and for more efficient targeting of primary prevention and treatment of benzodiazepine addiction.
Klíčová slova v angličtině:	Benzodiazepines, addiction, psychopharmaceuticals
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Přepis rozhovorů s respondenty Příloha 2 Chybná statistika Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti
Rozsah práce:	58 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

