

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie



Bakalářská práce

Autor: Nora Staňková
Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek, MUDr. Dušan Randák

Praha 2008

Výčet osob, které se podílely na této bakalářské práci

Mgr. Jaroslav Vacek – vedoucí práce

MUDr. Dušan Randák – vedoucí práce, hlavní konzultant

MUDr. Jiří Presl – konzultant

Mgr. Martin Titman – oponent

Jan „Ali“ Moravec – konzultant IT a DTP

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Psychiatrická klinika, Centrum adiktologie

Školní rok: 2007/2008

Zadání bakalářské práce

Jméno studenta:

Nora Staňková

Obor:

Adiktologie

Název bakalářské práce:

**Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích
zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie**

**Clients given buprenorphine as a substitution in the
after-treatment facilities in the group therapy context**

Typ bakalářské práce:

Práce ve formě výzkumné studie

Datum odevzdání bakalářské práce:

8. srpna 2008

Datum obhajoby bakalářské práce:

11. září 2008

Děkuji především vedoucím mé bakalářské práce, Mgr. Jaroslavu Vackovi a MUDr. Dušanu Randákovi za cenné rady a připomínky, MUDr. Jiřímu Preslovi za poskytnutý rozhovor ohledně získaných dat, a doléčovacího zařízení, která byla ochotna se této výzkumné studii zúčastnit.

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

V Praze dne 8. srpna 2008

.....

Nora Staňková

1. Obsah

Bibliografický záznam	8
Abstrakt	8
Abstract	9
Seznam použitých zkratk	10
Úvod.....	11
1. Substituční terapie.....	12
1.1. Definice substituční terapie	12
1.2. Historie substituční léčby v ČR	12
1.3. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL)	13
1.4. Cíle substituční léčby	14
1.5. Poruchy vyvolané užíváním opioidů	15
1.5.1. Charakteristika a účinky opioidů.....	15
1.5.2. Akutní intoxikace.....	17
1.5.3. Odvykací stav.....	17
1.5.4. Charakteristika klienta závislého na opioidech	18
1.6. Formy substituční terapie	19
1.7. Průběh substituční terapie	20
1.8. Délka a ukončení substituční terapie	20
1.9. Další složky substituční terapie	21
1.10. Subutex	21
1.10.1. Farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti.....	22
1.10.2. Dávkování a způsob podání.....	22
1.10.3. Kontraindikace.....	23
1.10.4. Nežádoucí účinky	23
1.10.5. Zvláštní upozornění při užití přípravku Subutex.....	24
1.10.6. Bezpečnost přípravku Subutex	24
1.10.7. Zneužití přípravku Subutex	25
1.10.8. Preskripce přípravku Subutex.....	25
1.11. Suboxone.....	25
1.11.1. Farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti.....	26
1.11.2. Dávkování a způsob podání.....	26
1.11.3. Kontraindikace.....	27
1.11.4. Nežádoucí účinky	27
1.11.5. Zvláštní upozornění při použití přípravku Suboxone	27
1.11.6. Preskripce přípravku Suboxone.....	28

2.	Mezinárodní klasifikace nemocí.....	29
2.1.	Definice a využití MKN-10	29
2.2.	Dějiny vývoje MKN.....	29
2.3.	MKN-10: Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek.....	30
2.3.1.	F1x.2 Syndrom závislosti	30
2.3.2.	F1x.22 Abstinence při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu.....	30
3.	Doléčovací zařízení	31
3.1.	Definice doléčovacích zařízení	31
3.2.	Klienti doléčovacích zařízení.....	31
3.3.	Hlavní složky programu následné péče	32
3.3.1.	Psychoterapie	32
3.3.2.	Prevence relapsu	32
3.3.3.	Sociální práce	33
3.3.4.	Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace	33
3.3.5.	Lékařská péče	34
3.3.6.	Práce s rodinnými příslušníky	34
3.3.7.	Chráněné bydlení	34
3.4.	Praxe následné péče	35
4.	Skupinová psychoterapie.....	36
4.1.	Definice skupinové psychoterapie.....	36
4.2.	Historie a vývoj skupinové psychoterapie	36
4.3.	Praxe a účinné faktory skupinové psychoterapie.....	37
4.4.	Skupinová dynamika.....	38
4.4.1.	Koheze.....	38
4.4.2.	Tenze	38
4.4.3.	Projekce.....	38
4.4.4.	Tvorba podskupin.....	38
4.4.5.	Přenos a protipřenos ve skupinách.....	39
4.5.	Využití skupinové psychoterapie v léčbě závislostí.....	39
4.6.	Využití skupinové psychoterapie v doléčovacích zařízeních.....	40
5.	Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie.....	41
6.	Výzkumné šetření klientů substituovaných buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie	42
6.1.	Východiska a cíle práce	42
6.2.	Realizace práce	43
6.3.	Charakteristika výzkumného souboru.....	43
6.3.1.	Zajímavosti a popis kontaktů	47
6.3.2.	Problémy při získávání vzorku	47

7.	Metodologie výzkumného šetření	48
7.1.	Elektronický dotazník.....	48
7.2.	Semistrukturované interview	48
7.3.	Nevýhody elektronického dotazníku a problémy související se sběrem dat	49
7.4.	Nevýhody semistrukturovaného telefonického interview a problémy související se sběrem dat	49
7.5.	Technické zázemí	49
8.	Zpracování dat.....	50
9.	Etické aspekty výzkumu	52
10.	Výsledky výzkumného šetření.....	53
10.1.	Zhodnocení přístupu ke klientům užívající buprenorfin.....	53
10.2.	Výsledky týkající se doléčovacích zařízení, která přijímají klienty užívající Subutex	54
10.3.	Důvody a postoje doléčovacích zařízení, která nepřijímají klienty užívající buprenorfin	55
10.4.	Výsledky týkající se konfrontačních otázek	57
10.5.	Zajímavosti ve výsledcích výzkumného šetření	58
10.6.	Souhrn nejdůležitějších zjištění.....	59
11.	Diskuze	60
12.	Závěr	62
	Seznam tabulek	63
	Seznam grafů.....	64
	Internetové zdroje	65
	Literatura.....	66
	Přílohy	68
	Příloha 1 – Informovaný souhlas	69
	Příloha 2 – Pokyny k vyplnění dotazníku	70
	Příloha 3 – Dotazník.....	71
	Příloha 4 – Tabulka.....	72

Bibliografický záznam

Staňková, Nora (2008). Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie. Praha: Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika 1. LF a VFN, Centrum adiktologie. Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jaroslav Vacek, MUDr. Dušan Randák.

Abstrakt

Cíl výzkumné práce: Zhodnocení situace klientů substituovaných buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie.

Teoretická část popisuje následující témata: substituční terapie buprenorfinem, doléčovací zařízení, možnosti a meze využití skupinové psychoterapie a desátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Výzkumná část analyzuje data vypovídající o situaci substituovaných klientů v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie, získaná pomocí elektronického dotazníku a semistrukturovaného telefonického interview.

Výzkumný soubor: Čtrnáct certifikovaných doléčovacích zařízení v České republice, která poskytují následnou péči specifické cílové skupině uživatelů nelegálních návykových látek, kteří minimálně tři měsíce abstínují nebo prošli léčbou. Jedná se o soubor základní, vybraný metodou totálního výběru.

Metody získání a zpracování dat: Během dubna 2008 byla získána data pomocí elektronického dotazníku a semistrukturovaného telefonického interview a následně zaznamenána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel a zpracována kvalitativní metodou analytické indukce.

Výsledky: Z výzkumu vyplynulo, že existují doléčovací zařízení, která nabízejí své služby substituovaným klientům. Studie dále ukázala, jak mnoho se odlišují přístupy jednotlivých doléčovacích zařízení k substituovaným klientům z hlediska uznání abstinence. Pouze minimum zařízení se řídí diagnostickými vodítky MKN-10 pro správné zařazení substituovaných klientů do kategorie „abstínujících při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu“.

Klíčová slova: abstinence, buprenorfin, doléčovací zařízení, MKN-10, skupinová psychoterapie

Abstract

Research target: Evaluation of the situation of clients given buprenorphine as a substitution in the after-treatment facilities in the context of group psychotherapy.

The theoretical section describes the following topics: buprenorphine substitution therapy, after-treatment facilities, options and limits of usage of group therapy, and International Classification of Diseases, 10th Revision. The research section analyzes data regarding the situation of the substituted clients in the after-treatment facilities in the context of group psychotherapy, acquired by electronic questionnaires and semi-structured telephone interviews.

Scale of Research: Fourteen certificated after-treatment facilities in the Czech Republic providing after care services for the specific target group of users of the illegal addictive drugs who are at least three months abstaining or after some sort of treatment. It is a basic sample chosen by the method of total choice.

Methods of acquiring and processing data: During April 2008, the data were acquired by electronic questionnaires and semi-structured telephone interviews, consequently recorded in a database created using Microsoft Excel and processed qualitatively by the method of analytic induction.

Findings: One of the research findings showed that there are some after-treatment facilities offering substitution services for their clients. The study also showed how different is the approach of each after-treatment facility to substituted clients in terms of categorizing abstinence. Only minimum of the facilities follow the ICD-10 guidelines for proper diagnosis of clients in the category “abstaining while currently on a clinically supervised maintenance or replacement regime”.

Keywords: abstinency, after-treatment facilities, buprenorphine, group psychotherapy, ICD-10

Seznam použitých zkratek

MKN-10	Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí
DZ	Doléčovací zařízení
MZ	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NRULISL	Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
NMS	Národní monitorovací středisko
CNS	Centrální nervová soustava
GIT	Gastrointestinální soustava

Úvod

Cílem této bakalářské práce je zhodnocení přístupů doléčovacích zařízení ke klientům substituovaných buprenorfinem. Jedná se o výzkumné šetření vedené pod odborným vedením Mgr. Jaroslava Vacka a MUDr. Dušana Randáka v rámci zakončení bakalářského studia oboru adiktologie na 1. LF UK v Praze.

Substituce, abstinence, doléčovací zařízení, psychoterapie. To jsou pojmy, které jsou v oboru adiktologie běžně používány a mohlo by se zdát, že i jejich význam je přesně dán a v tomto významu jsou v praxi i teorii užívány.

Není tomu tak a rozpor, který v používání těchto pojmů vzniká, je předmětem zkoumání této bakalářské práce. Zkoumání především používání pojmu substituovaný, což v kontextu medicínském znamená abstinující a v kontextu psychoterapeutickém v mnohých případech neabstinující, tedy opak.

Právě tímto rozporem v chápání abstinence se tato práce zabývá a klade si za cíl prozkoumat postoje a teoretická východiska doléčovacích zařízení, ze kterých tato zařízení vycházejí při definování své cílové skupiny (klienta), které nabízejí své služby.

Připustíme-li výše popsaný rozpor, pak důsledkem je nepřehlednost, rozdílný přístup jednotlivých zařízení v zacházení s klientem a substitucí, a snížení dostupnosti psychoterapeutických a psychosociálních služeb pro buprenorfinem substituované klienty. Jaký má dopad na skupinu těchto klientů nejednotný přístup doléčovacích zařízení? Měl by v České republice vzniknout nový typ zařízení a specifitější přístup k těmto klientům? Měla by se změnit klasifikace v MKN-10, F11.22 (v současnosti abstinuje při klinicky evidovaném udržujícím nebo substitučním režimu) a vzniknout samostatná diagnostická skupina pro substituované klienty? Měla by všechna doléčovací zařízení sjednotit svůj přístup a chápání pojmů substituovaný a abstinující? Jak má vnímat sám sebe klient legálně užívající substituci?

Tato práce se zaměřuje na zmapování současné situace buprenorfinem substituovaných klientů v doléčovacích zařízeních na území České republiky a otázky klade právě těmto zařízením, s cílem vyjasnit jejich přístupy a prozkoumat z čeho a jak vycházejí při definování svého klienta. Otázky otevírají diskuzi a diskuze může přinést jiný úhel pohledu, nové myšlenky a změny.

1. Substituční terapie

1.1. Definice substituční terapie

Substituci lze definovat jako terapeutický postup, při kterém je původně užívaná látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující toxické příměsi, často s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi rizikovým způsobem, intravenózně a nesterilně) nahrazena látkou s vhodnějším bezpečnostním profilem (se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a předepisovanou lékařem v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami) (Popov, 2003).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost uvádí, že: „Substituce je jednou z forem lékařské péče pro závislé na opiátech. Používá se látka podobná té, která byla užívána nelegálně. Léčba se nabízí ve dvou formách, udržovací a detoxifikační, může být poskytována s psychosociální podporou nebo bez ní“ (NMS, 2/2003).

Substituce představuje typ léčby pro skupinu uživatelů, pro které je obtížné začít abstinovat. V České republice je substituční léčba poskytována pouze perorální formou dvěma látkami. Metadonem (methadonum hydrochloridum), který je vyráběn ve formě vodného roztoku z dovážené generické substance, a buprenorfinem, který je na trhu dostupný pod označením Subutex. Na jaře letošního roku přišel na trh modifikovaný přípravek Suboxone (viz kapitoly 1.10. *Subutex* a 1.11. *Suboxone*). Metadon je dostupný pouze v centrech metadonové substituce, buprenorfin může být předepsán všemi lékaři. Pokud dochází k medikaci osob závislých na opiátech jinými preparáty obsahující opioidy, nejedná se o lége artis prováděnou substituční terapii (Randák, 2005).

Pravidla pro provádění substituční léčby jsou popsány ve speciální části certifikačního standardu substituční léčby z roku 2003.

Pacient, který podstupuje léčbu substituční terapií a abstinuje od všech ostatních návykových látek včetně alkoholu, je z klinického hlediska považován za *abstinujícího při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu* (F1x.22, MKN-10).

1.2. Historie substituční léčby v ČR

Počátky oficiální substituční léčby sahají do roku 1992, kdy MUDr. Jiří Presl, vedoucí lékař Nízkoprahového střediska Drop in, dovezl ze Švýcarska substituční látku metadon. Byl povolen jednoletý zkušební program, který byl později zamítnut. Klienti se tak následně vrátili k tzv. divokým substitucím Diolanem (obsahující etylmorfin), které se objevovali již dříve. V roce 1997 spustilo Ministerstvo zdravotnictví ČR další zkušební substituční program na oddělení pro léčbu závislostí Všeobecné fakultní nemocnice, pod vedením MUDr. Popova. Po roce zkušebního provozu pokračoval program dále, s omezeným počtem dvaceti klientů. Vzhledem k poptávce došlo během následujících let k vytvoření pracovní skupiny ministerstva zdravotnictví, Standardů substituční léčby a registru substituční léčby a v roce 2000 byly otevřeny další substituční programy.

1.3. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL)

Následující kapitola využívá informací o NRULISL, zveřejněných na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky – ÚZIS ČR (www.uzis.cz).

Sběr dat v Národním registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek má umožnit zdravotnickým zařízením, která poskytují substituční léčbu, před zahájením každé léčby ověření, zda klientovi není substituční léčba poskytována již v jiném zdravotnickém zařízení, a zamezit tak vícečetné preskripci substituční látky a tím snížit riziko toho, že by se substituční látka dostala na nelegální trh. Dále jsou shromažďovaná data o klientech při vstupu, během léčby a výstupu z léčby, použita pro statistické zpracování a vyhodnocování substituční léčby.

Změnu v substituční léčbě přinesla novela zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a změna souvisejících zákonů, která nabyla účinnost dnem 1. ledna 2006. Podle § 20 odst. 2 písm. j) tohoto zákona jsou zdravotnická zařízení ambulantní péče a zdravotnická zařízení podávající nebo předepisující látky nahrazující původní návykovou látku, tedy zařízení a lékaři poskytující substituční léčbu, povinna hlásit pacienty podstupující tuto léčbu do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek. Tím by se mělo zabránit vícenásobné preskripci, což je zároveň primárním účelem tohoto registru. Tato povinnost je stanovena bez ohledu na odbornou specializaci lékaře.

Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy, epidemiologické studie a zdravotnický výzkum. Souhrnná data jsou podkladem pro tvorbu, realizaci a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a odhady potřebných finančních nákladů na zajištění substituční léčby. Shromážděné údaje jsou poskytovány Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a drogové závislosti, sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvu zdravotnictví České republiky a dalším státním orgánům.

Správce a zpracovatelem Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, je Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Registr v tuto chvíli funguje v elektronické podobě, jak ale uvádí MUDr. Randák, „není ještě úplně přehledný“. Nakolik NRULISL ovlivní vícečetnou preskripci substitučních látek, nelze ještě v tuto chvíli říci.

1.4. Cíle substituční léčby

Laická veřejnost, stejně jako část veřejnosti odborné, považuje za jediný a úplný cíl léčby úplnou abstinenci. V souvislosti se substituční léčbou však můžeme definovat cíle, které vycházejí z minimalizace škod.

Preston (1999, v Kalina, 2003) uvádí tyto nejčastěji formulované cíle:

- ukončení injekční aplikace drog
- omezení užívání nelegálních látek
- omezení rizik spojených s užíváním a získáváním drog
- stabilizace užívání drog
- ukončení užívání heroinu nebo jiných nelegálních opiátů
- zlepšení vztahů s okolím
- udržení nebo znovuzískání práce
- pokračování ve studiu nebo jeho zahájení

MUDr. Randák pak uvádí tyto cíle:

- abstinence od nelegálních drog
- zastavení intravenózní aplikace a následné omezení rizik s tím souvisejících
- omezení trestné činnosti při obstarávání drogy a prostředků na drogu
- umožnění integrace do společnosti
- stabilizace a normalizace sociálního a rodinného fungování
- řešení problémů, které jsou spojeny s užíváním nelegálních látek (dluhy, zdravotní stav, sociálněprávní oblast)
- zkrácení doby užívání nelegálních návykových látek
- pro některé klienty může být cílem samotná substituční léčba, která může pomoci se somatickou komorbiditou a výrazně zlepšit kvalitu života

Jednoduše lze obecné cíle substituce lze shrnout takto: *zlepšit fyzické a psychické zdraví a celkové osobní, sociální a rodinné fungování.*

Někteří klienti i po několika dlouhodobých residenčních léčbách však opakovaně v plnění těchto cílů selhávají. Po nástupu na substituční terapii jsou schopni samostatné existence a fungování (Popov, 2003).

1.5. Poruchy vyvolané užíváním opioidů

Se závislostí na opioidech se v současné době potýkají téměř všechny země. V 60. letech 20. století se užívání heroinu rozšířilo v Severní Americe, o dalších deset let později i v Evropě. Celosvětová produkce heroinu se od roku 1985 zdvojnásobila až ztrojnásobila.

Národní monitorovací středisko ve výroční zprávě z roku 2006 uvádí, že odhadovaný počet problémových uživatelů heroinu v České republice je cca deset a půl tisíce. V tomto roce byl poprvé proveden odhad problémových uživatelů Subutexu, který dosáhl 4 300 osob. Nárůst počtu uživatelů Subutexu je doprovázen klesajícím počtem uživatelů heroinu (Výroční zpráva NMS, 2006).

Některé zdroje uvádějí, že závislost na opioidech je stav, při kterém dochází ke změnám neurochemie a receptorových míst v mozku. V důsledku těchto změn se potřeba drogy stává stejně biologicky danou, jako potřeba jíst a dýchat. Obecně je uznáváno, že závislost na opiátech je chronická nemoc, u které dochází k relapsům (WHO, 2004; UNODC, 2003).

Závislost na opioidech je klasifikována podle MKN-10 jako kategorie F11: Duševní poruchy vyvolané užíváním opioidů. Indikací k substituční léčbě jsou pouze poruchy vyvolané užíváním opioidů, jiný typ poruchy je jednoznačnou kontraindikací.

Diagnózy pro posouzení indikce do substituční léčby jsou následující: škodlivé užívání, syndrom závislosti a odvykací stav. Podrobný popis viz kapitola 2.3. *MKN-10: Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek.*

1.5.1. Charakteristika a účinky opioidů

Kapitoly 1.5.1 až 1.5.4. jsou zpracovány na základě publikací: Ullmann H., Mohr K., Ziegler A., Bieger D. (2001): Barevný atlas farmakologie. Avicem. Grada; MUDr. Minařík J. (2003): Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup, kapitoly Opioidy a opiáty; Ševela K., Ševčík P., Kraus R. a kolektiv (2002): Akutní intoxikace v intenzivní medicíně. Avicem. Grada.

Opioidy ovlivňují organismus prostřednictvím opioidních receptorů. V lékařství se používají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika-anodyna), léky proti kašli (antitussika). Tincturae opii se indikuje při odvykacím stavu novorozeňat a v dřívějších dobách také jako lék proti průjmům.

Morfinové receptory vyskytující se v CNS existují v několika subtypech:

- μ → mají analgetické působení, vedou k euforii, sedaci, útlumu dýchacího centra, jsou nejdůležitější pro vznik závislosti
- δ → podílejí se na analgezi
- κ → podílejí se na analgezi na míšňí úrovni, vedou k sedaci a dysforii
- σ → podílejí se na působení psychotomimetik a na dysforii způsobené opioidy

Podle poměru afinity (síly vazby k receptoru) a vnitřní aktivity (efektivita a síly aktivace receptoru) se opioidy dělí do následujících skupin:

- **opioidní agonisté** → morfin, kodein; mají silnou afinitu i vnitřní aktivitu, vyvolávají typické účinky opiátu
- **opioidní antagonisté** → naloxon; mají silnou afinitu, ale nulovou aktivitu, blokují receptor a brání účinku jinému opioidu, používají se jako lék při předávkování
- **částeční opioidní agonisté-antagonisté** → pentazocin, butorphanol; vážou se na receptory, některé aktivují a jiné blokují
- **částeční antagonisté, dualisté** → buprenorfin; mají pevnou vazbu na receptor, ale slabou vnitřní aktivitu

Účinek se mění podle afinity látky k jednotlivým subtypům receptorů. Pokud mají látky vysokou afinitu a současně vysokou aktivitu na μ receptory, jsou zatíženy vysokým rizikem závislosti (morfin, heroin). Naopak látky, které μ receptory blokují, mohou vyvolat u závislého prudký odvykací stav.

Stimulace receptorů inhibuje na vnitřní straně buněčné membrány tvorbu cyklického adenosinmonofosfátu (cAMP). Po dlouhodobé aplikaci opioidů se tvorba cAMP obnovuje, což souvisí s rozvojem tolerance. Po náhlém přerušení přísunu dojde k prudkému vzestupu nitrobuněčné koncentrace cAMP a k rozvoji odvykacího stavu.

Opiáty také ovlivňují produkci endogenních opiátů, což jsou látky, které normálně potlačují v organismu bolest. Zpočátku produkci stimulují, ale při dlouhodobém užívání ji inhibují a navíc stimulují jejich rozklad.

Somatické účinky popsané níže platí pouze u opioidních agonistů; u částečných antagonistů je efekt modifikován především co do kvantity; u agonistů-antagonistů i co do kvality.

CNS

- celkově tlumivý účinek
- potlačení percepční, lokalizační, psychické i emocionální složky bolesti
- euforie, zklidnění až ospalost
- útlum dýchacího centra
- pokles citlivosti na dráždivý účinek acidózy a CO_2 → zástava dechu
- útlum centra pro kašel
- dráždění chemorecepční zóny pro zvracení
- mióza
- hypotermie

Krevní oběh

- vasodilatace
- bradykardie
- hypotenze → při hypoxii až obrna vegetativních center v mozku

Dýchání

- zpomalení dechové frekvence a snížení dechového objemu → cyanóza
- bronchokonstrikce

GIT

- zácpa
- biliární kolika

Urogenitální systém

- snížená produkce a retence moči
- vzestup napětí dělohy
- pokles pohybu řasinkového epitelu ve vejcovodech → sterilita

Kůže

- svědění (i v bezvědomí)

1.5.2. Akutní intoxikace

Jako první příznaky akutní intoxikace opiáty se objevují nevolnost, hučení v uších, svědění, povrchní dýchání, hyperreflexie, mióza přechází v mydriázu. Následně zpravidla přichází euforie. Zejména u žen může dojít k vyvolání dysforie, nevolnosti, zvracení.

1.5.3. Odvykací stav

Hlavními příznaky odvykacího stavu jsou zrcadlové účinky opiátů (popsány dále v kapitole *1.5.4. Charakteristika klienta závislého na opioidech*).

1.5.4. Charakteristika klienta závislého na opioidech

Následující kapitola vychází z publikací: Shering-Plough (2000): Monografie přípravku Subutex. ČR; MUDr. Randák D. (2005): Výzkum charakteristiky a kvality života uživatelů substituční léčby Subutexem, atestační práce; MUDr. Minařík J. (2003): Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1, kapitoly Opioidy a opiáty.

Opioidy mají vysoký potenciál pro vznik somatické složky závislosti. Při pravidelném užívání může dojít k rozvoji závislosti již během několika týdnů.

Mezi příznaky v chování klienta závislého na opioidech patří:

- silná touha získat drogu
- potíže v kontrole užívání
- trvalé užívání i přes prokázané škodlivé účinky
- postižení charakterových vlastností, nerespektování vlastních etických hranic, společenských norem, etická degradace
- manipulativní jednání
- úzkostné a depresivní stavy s možným suicidiálním jednáním
- souběžné užívání opioidů s dalšími nelegálními návykovými látkami

Mezi somatické projevy závislosti řadíme:

- zvýšenou toleranci při užívání drogy
- abstinenci příznaky časné (u heroinu se objevují přibližně 8 až 10 hodin po užití poslední dávky – pocení, sekrece z nosu, slzení, zívání, mydriáza, nechutenství, počínající křeče hladkého svalstva v oblasti gastrointestinálního traktu, tenze, anxieta, neklid) a rozvinuté (trvajících několik dní s následujícími příznaky různé intenzity – silná úzkost, neklid, iritabilita, svalové bolesti, cefalea, zimnice, tremor, piloerekce, průjem, zvracení, bolesti břicha, svalové spazmy, zvýšená tělesná teplota, tachykardie, nespavost)
- nechutenství, extrémní vyhublost až kachexie
- afektivní labilita, útlum
- ztráta vůle, lenost
- snížení libida a potence
- podrážděnost, únava, nespavost
- hypnagogické pseudohalucinace
- časté infekce v důsledku snížení imunity

1.6. Formy substituční terapie

Podle Standardů substituční léčby (2003) lze v současnosti definovat tři typy substituční terapie:

1. Komplexní substituční léčba poskytovaná ve specializovaných zařízeních.
2. Základní substituční léčba poskytovaná ve specializovaných zařízeních.
3. Minimální substituční léčba poskytovaná ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací (jedná se o jednorázové podání medikace v ambulancích praktických lékařů nebo na lůžkových somatických odděleních).

V novém a již revidovaném a schváleném Standardu substituční léčby (Zábranský, Randák, Popov, Dolák, Bečka), který není ještě vydaný, jsou typy substituční léčby definovány odlišně (Randák 2008).

V současnosti neexistuje v České republice zařízení, které by poskytovalo komplexní substituční léčbu (Randák, 2005). Žádné ze zařízení současně neposkytuje následující služby: terapii somatických a psychických poruch, skupinovou a individuální psychoterapii, rodinnou a pracovní terapii, následnou péči, edukaci, osobní a pracovní poradenství, profesní vzdělávání, ústavní a rehabilitační pobyty. Otázkou je, zda je možné pro běžné substituční centrum zajistit vše, co standard požaduje.

Substituční centra na našem území fungují formou základní substituční terapie s větším či menším množstvím přidružených a nabízených služeb. Jedná se o poskytování substitučního preparátu formou výdeje nebo jeho předepisování.

Někteří odborníci rozdělují substituční centra na nízkoprahová a vysokoprahová, vzhledem k přísnosti pravidel. V nízkoprahových substitučních centrech je kladen důraz na snadnou dostupnost a vysokou retenci, existuje zde větší tolerance k užívání dalších návykových látek. Tato zařízení jsou řazena spíše do terciální prevence, využívající metod harm reduction. Vysokoprahová substituční centra kladou důraz na psychosociální stabilizaci a úpravu životního stylu, je zde nižší tolerance k užívání dalších návykových látek. Tato zařízení mají blíže k sekundární prevenci, léčbě (Bečka, interní výukové materiály, 2007).

1.7. Průběh substituční terapie

Pokud je klient indikován pro substituční terapii a splňuje kritéria pro vstup (klient je neinjekční uživatel, který je závislý na opiátech déle než šest měsíců; je závislý na opiátech a užívá je injekčně; a dále, pokud substituční léčba nezvýší poškození související s drogami a pomůže dosáhnout vhodně stanovených krátko- a dlouhodobých cílů (Popov, 2003)), je dalším krokem pozitivní toxikologické vyšetření a nastavení úvodní dávky, která musí být nižší než je minimální letální množství dané látky. Následně je osoba sledována kvůli riziku somatických a alergických reakcí nebo jakýchkoli nežádoucích účinků, přičemž je nutné myslet na to, že dotyčný klient může souběžně užívat další látky, o kterých nevíme. Během celého průběhu substituční terapie by měl být sledován klientův psychický a somatický stav. Na základě těchto informací by měla být upravena výše dávky a frekvence podání, terapeutický plán a nabídka dalších složek substituční terapie v rámci substitučního centra nebo ve specializovaných zařízeních.

V České republice je hrazena pouze substituční látka metadon. Látky buprenorfin a buprenorfin-naloxon si klienti plně hradí. Výjimku mohou tvořit v centrech metadonové substituce klientky-matky, které mají polovinu ceny dotovanou státem v rámci finančních dotací Ministerstva zdravotnictví České republiky. Jedná se však pouze o vybraná zařízení a substituční programy.

1.8. Délka a ukončení substituční terapie

Podle délky trvání lze substituční terapii rozdělit do tří skupin (Popov, 2003):

1. Krátkodobá substituční terapie

- jedná se většinou o detoxifikační substituci, realizovanou během hospitalizace, trvající přibližně 1 až 2 týdny

2. Střednědobá substituční terapie

- označována také jako prodloužená detoxifikace, prováděna ambulantně nebo v residenčních podmínkách, trvající několik týdnů až měsíců

3. Dlouhodobá substituční terapie

- označována také jako terapie udržovací, která může trvat mnoho měsíců nebo let
- z principu se může jednat o dlouhodobou, časově neohraničenou léčbu

K ukončení substituční terapie může dojít z několika důvodů, a to jak ze strany klienta, tak ze strany zařízení. Klient se může rozhodnout ukončit substituční léčbu ve stabilizovaném stavu a následně pokračovat v abstinenci. Jiným důvodem může být předem naprosto přesně definovaná zakázka, kdy je ukončení docházení předem naplánovaným krokem. Substituční terapie může být ukončena i ze strany zařízení, pokud klient poruší některá pravidla, která se zavázal plnit v terapeutické smlouvě (má opakovaně pozitivní toxikologické vyšetření na jiné psychoaktivní látky, je agresivní, nedodržíje docházku a léčebný režim).

1.9. Další složky substituční terapie

Stejně jako v jiných oblastech je substituční terapie účinnější, pokud není prováděna naprosto izolovaně, ale v komplexnějším měřítku, a klientům jsou mimo substituční látky nabízeny další služby. Vzhledem k opakujícím se somatickým problémům (virové hepatitidy, stomatologické, gynekologické, dermatologická onemocnění, HIV; izolovaně nebo jako komplikace užívání nelegálních návykových látek) se jedná především o specializovaná lékařská vyšetření.

Další službou může být sociálněprávní poradenství. V této oblasti mají uživatelé nelegálních návykových látek často nevyřešené problémy, nebo nevědí kam a na koho se mají obrátit (jedná se především o dluhy, komunikaci s úřady, zařizování dokladů, kontakt s probační a mediační službou, právní a sociální poradenství vztahující se k trestnímu řízení, využití služeb pracovně-sociální agentury).

Poslední složkou je psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná, motivační, tematicky zaměřená, atd.), arteterapie, pracovní terapie.

Všechny tyto služby mohou v různých kombinacích posílit účinnost substituční léčby. Jak ale uvádí MUDr. Randák (2005, 2008), zavedení některých těchto složek jako povinných může u některých typů klientů zvýšit riziko vypadnutí ze substitučního programu a následně zvýšit rizika spojená s pouličním užíváním opiátů. Vysokoprahové programy by však samozřejmě měla mít určitá pravidla.

1.10. Subutex

Následující kapitola je zpracována na základě těchto materiálů: MUDr. Randák (2005): Výzkum charakteristiky a kvality života uživatelů substituční léčby Subutexem. Atestační práce; příbalová informace pro uživatele přípravku Subutex 0,4 mg, 2 mg a 8 mg; Verster A., Bunning E., (2007): Monografie Buprenorfin, Rozbor kritických otázek. UV ČR. Praha.

V České republice byl Subutex registrován 1. 3. 2000 a následně se začal využívat pro léčbu závislosti (Držitelem registrace je SP Europe, Rue de Stalle 73, B-1180 Bruxelles, Belgie, výrobce Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd., Hull, Velká Británie). Buprenorfin byl vyvinut v 70. letech 20. století jako neaditivní analgetikum a zaregistrován ve Spojeném království pod obchodním názvem Temgesic v roce 1978. V 80. letech byla hlášena jeho první intravenózní zneužívání uživateli heroinu (viz kapitola 1.10.7. *Zneužití přípravku Subutex*). Sublingvální tableta Subutex vznikla v 90. letech 20. století a poprvé byla zaregistrována pro léčbu závislosti na opioidech ve Francii v roce 1995.

1.10.1. Farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti

Buprenorfin je semisyntetický opioid, derivát oripavinu, který je odvozený od thebainu (jeden z neaktivnějších morfiiových alkaloidů). Jedná se o částečného agonistu μ opioidních receptorů, na které se váže vysokou afinitou a zaručuje tím: **1. nízkou úroveň závislosti a tolerance; 2. nízkou frekvenci a intenzitu abstinčních příznaků, a to i při náhlém vysazení; 3. úspěšnou blokaci navázání jakýchkoliv jiných opioidů nebo jejich vytěsnění a tím zrušení euforizujícího efektu; 4. velmi nízké riziko respirační deprese v důsledku stopového efektu (cca 32 mg)**. Buprenorfin je antagonistou κ receptorů a také má slabý agonistický efekt k δ receptorům.

Jako částečný opiátový agonista blokuje abstinční příznaky a bažení, přičemž nevyvolává silné euforie. Částeční agonisté mají strop účinku, zvýšení jejich dávky se tedy projeví jen do určité míry.

Pomalá kinetika receptorů se podílí na dlouhodobém účinku a nízkém stupni fyzické závislosti. Biologický poločas je 6 až 7 hodin. Plasmatického vrcholu při intramuskulárním podání dosahuje do pěti minut, při sublingválním podání do 1,5 až 2 hodin.

1.10.2. Dávkování a způsob podání

Subutex je přípravek dostupný v těchto gramážích: 2mg a 8mg sublingválních tabletách, které jsou rozpustné ve slinách a ve vodě, určených pro léčbu závislosti pro dospělé a děti od 15 let věku. Dříve byl dostupný i ve velmi nízké gramáži 0,4mg sublingvální tablety, která již aktuálně na českém trhu dostupná není.

Ve fázi zahájení léčby existuje riziko výskytu náhlých abstinčních symptomů, pokud klient v nedávné době užil heroin, metadon nebo jiný opioid. Náhlé abstinční symptomy jsou způsobeny vysokou afinitou buprenorfinu, který vytěsňuje ostatní opioidy z opiátových receptorů, ale vyznačuje se nižší opioidní aktivitou (částečný agonismus). Rychlý pokles opiátových účinků může klient pociťovat jako abstinční příznaky, ke kterým dochází v rozmezí jedné až tří hodin po první dávce buprenorfinu, svého maxima dosahují po třech až šesti hodinách, poté odeznívají. Pokud uplyne dostatečně dlouhá doba mezi poslední dávkou opioidu a první dávkou buprenorfinu, riziko těchto příznaků se minimalizuje.

Zahajovací dávka se pohybuje v rozmezí od 0,8–4 mg jako jediná podávaná dávka během dne. U klientů, kteří neprodělali abstinční syndrom, by měla být léčba buprenorfinem zahájena alespoň 6 až 12 hodin po požití poslední dávky opioidu nebo při prvních známkách abstinčních příznaků. Klienti užívající metadon musí svou denní dávku metadonu snížit na 30 mg/den a následně přejít na substituci Subutexem, nejdříve ale po 24 až 48 hodinách po poslední dávce metadonu. Dávka by měla být progresivně zvyšována podle klinického účinku a neměla by překročit maximální denní dávku 32 mg.

Další faktory, které mohou ovlivnit výskyt náhlých abstinčních příznaků, jsou: velikost první dávky buprenorfinu, množství úplných agonistů v systému, očekávání klienta, souběžné užití jiných látek, případně výskyt nějaké nemoci.

Vyšší riziko výskytu náhlých abstinčních příznaků je u klientů, kteří jsou převáděni z vysokých dávek metadonu (Lintzeris kol., 2005).

V některých substitučních centrech (zejména v Německu) zahajují první den léčby saturační dávkou 24 mg, která je druhý den snížena na 16 mg a třetí na 8 mg. V tomto okamžiku je odvozena odpovídající dávka, potřebná k prevenci abstinčních příznaků (Haemming, 2005; Pollak 2005, ve Vernster, Bunning, 2007).

Z důvodů silné a déle trvající vazby na κ receptory má buprenorfin delší poločas vylučování, což umožňuje méně časté podávání. Maximální doba působení buprenorfinu je méně než pět dnů, pokud je buprenorfin podán v množství pětinasobku denní udržovací dávky (Pettry a kol., 2001). Nejčastějším způsobem podání je kombinace denního docházení s výdeji, například na víkend. Znásobením denní udržovací dávky nebo výdeji tak lze účinně snížit náklady na léčbu zkrácením času potřebného pro podání léku.

Multicentrická randomizovaná studie sledující setrvávání závislých klientů na opioidech v léčbě (Ling, Charuvastra, Collins, 1998) konstatuje, že optimální a účinná denní dávka je 8 mg. Substituce buprenorfinem je indikována u klientů, u kterých denní dávka metadonu zpravidla nepřesahuje 60 mg. Dávkovací schémata pro buprenorfin jsou součástí Standardu substituční léčby.

Klinické zkušenosti naznačují, že u některých klientů trvá několik dnů, než se začnou na buprenorfinu cítit dobře. Někteří klienti účinky buprenorfinu, respektive nedostatek účinků metadonu, nemají rádi. Emoce, které mohly být blokovány agonisty (heroin a metadon), se mohou vrátit. Při dosažení stabilizace může být substituce pomalu redukována na nižší udržovací dávku.

1.10.3. Kontraindikace

Přípravek Subutex je kontraindikovaný v těchto případech: akutní alkoholismus a delirium tremens, hypersenzitivita na buprenorfin nebo na pomocné látky, respirační a jaterní insuficience.

Dále by přípravek neměly užívat osoby s dědičnou intolerancí galaktózy, deficitem Lapp laktázy nebo malabsorpcí glukózo-galaktózy.

1.10.4. Nežádoucí účinky

Nejčastější nežádoucí účinky souvisí s abstinčními příznaky: bolest svalů, průjem, úzkost, pocení.

Časté nežádoucí účinky: zácpa, nevolnost, zvracení, nespavost, bolest hlavy, mdloby, závrať, únava, ospalost, pokles krevního tlaku.

Vzácné nežádoucí účinky: respirační nedostatečnost, halucinace, jaterní problémy.

Velmi vzácné nežádoucí účinky: hypersenzitivní reakce (vyrážka, otok obličeje, krku a hrdla, svědění, potíže s dýcháním).

1.10.5. Zvláštní upozornění při užití přípravku Subutex

Subutex může být předepsán během těhotenství, nedoporučuje se však kojení. V případě současné léčby jaterního poškození je nutné sledovat jaterní funkce. Vzhledem k tomu, že buprenorfin je opioid, může být bolest, jako příznak onemocnění, zeslabená.

Přípravek Subutex může vyvolávat ospalost, vyvolat pozitivní výsledek antidopingových testů, má malý vliv na vykonávání povolání a obsluhu strojů. Předpisy ohledně řízení motorových vozidel se liší v jednotlivých zemích. Výzkumy ukazují, že pokud klient dodržuje léčbu a užívá stabilní dávku buprenorfinu, je schopen řídit automobil.

Přerušení léčby může vyvolat opožděný abstinenční syndrom. Inhibitory cytochromu P450, sedativa, antidepresiva, anxyolitika a některé léky na snížení krevního tlaku mohou zvýšit koncentraci buprenorfinu v krvi. Proto je nutné pečlivé sledování. Současné užívání Subutexu s benzodiazepiny může vést k úmrtí následkem selhání dýchání. Během léčby Subutexem se nesmí užívat alkohol. O všech dalších lécích, které klient užívá, je nutné informovat předepisujícího lékaře.

1.10.6. Bezpečnost přípravku Subutex

Subutex má velmi dobrý bezpečnostní profil v důsledku stropu maximální účinné dávky. Pro člověka není mutagenní ani geneticky škodlivý, není teratogenní ani embryotoxický, má nízkou akutní a chronickou toxicitu, neovlivňuje odvykací potenciál, nevede k respirační depresi, dávky menší nebo rovnající se 32 mg na den nevyvolaly žádné klinicky významné nežádoucí účinky.

Buprenorfinovou léčbu lze nasadit i během těhotenství, po porodu následuje novorozenecký abstinenční syndrom. Neurologický vývoj dětí narozených matkám užívající buprenorfin je v normě (Lacroix et al., Toulouse: Buprenorfin u těhotných žen závislých na opiátech, výsledky prospektivní studie. Francie; Kayemba-Kay's, Poitiers (2003): Abstinenční syndrom po buprenorfinu u novorozenců, zpráva o 13 případech úmrtí. Francie). Buprenorfin snižuje sekreci mateřského mléka a také do něho přechází. Přecházející množství nemá téměř žádné klinicky významné účinky, přesto je však matkám užívajícím buprenorfin doporučováno kojení přerušit.

1.10.7. Zneužití přípravku Subutex

Někteří klienti mohou vzhledem k rozpustnosti buprenorfinu ve vodě zneužívat tento přípravek formou intravenózní aplikace. Díky nevhodnému předepisování se může dostávat velké množství buprenorfinu na nelegální trh. Jedná se o případy, kdy je buprenorfin upřednostňován před dražším heroinem, klienti nejsou znalí farmakodynamiky produktu a mají návyk související s intravenózním podáním látky. Z farmakologického hlediska nepřináší intravenózní aplikace uživatelům žádný výraznější, intenzivnější efekt než sublingvální podání. Injekčně podaný Subutex má sice rychlejší, ale mnohem menší efekt (Popov, www.mednews.cz, 21. 10. 2004).

1.10.8. Preskripce přípravku Subutex

Do roku 2003 nebyla preskripce Subutexu v České republice nijak omezena. Od 30. 8. 2003 však byla preskripce upravena zákonem č. 223/2003 Sb., kterým došlo ke změně zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách. Novelou zákona byl buprenorfin přesunut z přílohy č. 6 (psychotropní látky zařazené v seznamu III.) do přílohy č. 5 (psychotropní látky zařazené do seznamu II.). Aktuálně je buprenorfin předepisován na recepty s modrým pruhem, které jsou dostupné bez omezení všem lékařům a je nutné vést evidenci všech vydaných receptů.

Žádná z pojišťoven v České republice neposkytuje ani částečnou úhradu substituce buprenorfinem, klient si tento přípravek plně hradí. Balení 8mg se prodává za přibližnou cenu 1310 Kč a balení 2 mg za 475 Kč. Cena se může lišit v jednotlivých lékárnách v důsledku různě velkých marží.

Výjimkou jsou dotace poskytované Ministerstvem zdravotnictví České republiky některým zdravotnickým zařízením, které poskytují detoxifikaci nebo substituční léčbu. Dotace je vždy určena pro vybranou skupinu klientů, např. gravidní uživatelky.

1.11. Suboxone

Následující kapitola je napsána na základě informací zveřejněných na internetových stránkách Evropské lékové agentury (<http://www.emea.europa.eu>), příručky Suboxone, když léčba mění životy, Shering-Plough, internetové stránky <http://www.suboxone.com> a příbalové informace pro uživatele přípravku Suboxone 2 mg/0,5 mg a 8 mg/2 mg sublingvální tablety, buprenorphinum/naloxonium.

Začátkem roku 2008 (první registrace proběhla 26. 9. 2006; držitelem registrace je SP Europe, Rue de stalle 73, B-1180, Bruxelles, Belgie; reg. čísla EU/1/06/359/003 a EU/1/06/359/004; výrobce Reckitt Benckiser Healthcare, UK) byl na trhu představen nový přípravek pro léčbu závislosti, Suboxone, sublingvální tableta, určený pro dospělé a děti od 15 let.

1.11.1. Farmakodynamické a farmakokinetické vlastnosti

Buprenorfin je opioidní parciální agonista/antagonista, vázající se na μ a κ receptory mozku. Naloxon je antagonist μ opioidních receptorů. Při perorálním nebo sublingválním podání naloxon velmi málo inhibuje farmakologický účinek, protože podléhá téměř úplně efektu prvního průchodu (first-pass efekt – jedná se o snížení účinku perorálně přijatého léku tím, že jeho část je metabolizována v játrech). Při intravenózním podání vyvolá výrazný antagonistický účinek a abstinenci syndrom. Přítomnost naloxonu by měla zabránit zneužívání tohoto přípravku (viz kapitola 1.10.8. *Preskripce přípravku Subutex*).

Lékař má povinnost klienta upozornit, že sublingvální podání je jediný bezpečný a účinný způsob aplikace. Přípravek Suboxone se aplikuje pod jazyk, dokud se nerozpustí (přibližně 5 až 10 minut).

Maximální plasmatické koncentrace buprenorfinu je dosaženo během 90 minut při sublingválním podání. Průměrný eliminační poločas je 32 hodin. Ze sedmdesáti procent se vylučuje stolicí prostřednictvím konjugace s kyselinou glukuronovou, zbytek se vylučuje močí.

Naloxon se při intravenózním podání rychle distribuuje, při perorálním je v plasmě téměř nedetekovatelný, plasmatické hladiny jsou nízké a rychle klesají. Přípravek je metabolizován v játrech a vylučován močí. Průměrný eliminační poločas z plasmy je 1,2 hodiny.

1.11.2. Dávkování a způsob podání

Suboxone je dostupný ve dvou gramážích: 8 mg/2 mg a 2 mg/0,5 mg (buprenorphinum/naloxonum) sublingvální tablety.

U klientů, kteří mají pozitivní výsledky na virové hepatitidy, současně užívají léčebné přípravky nebo trpí poruchou funkce jater, je při nasazení substituce zvýšené riziko poškození jater. Před zahájením léčby by proto měly být provedeny jaterní testy.

Doporučená zahajovací dávka je jedna až dvě tablety Suboxone 2 mg/0,5 mg. Osoby závislé na opioidech, které neprodělaly abstinenci syndrom, by měly zahájit léčbu při projevu prvních abstinenci příznaků, ale ne méně než 6 hodin po užití poslední dávky opioidu.

Osoby užívající metadon musí svou denní dávku snížit minimálně na 30 mg/den a první dávka přípravku Suboxone by měla být užitá ve chvíli, kdy se objeví první příznaky abstinenci syndromu, ale ne méně než 24 hodin po poslední dávce metadonu.

Dávka by měla být progresivně zvyšována podle klinického účinku a neměla by překročit maximální denní dávku 24 mg. Při dosažení stabilizace může být substituce pomalu redukována na nižší udržovací dávku.

Údaje pro dávkování starších pacientů a dětí mladších 15 let nejsou k dispozici.

1.11.3. Kontraindikace

Přípravek Suboxone je kontraindikovaný v těchto případech: akutní alkoholismus a delirium tremens, hypersenzitivita na buprenorfin, naloxon nebo na pomocné látky, respirační a jaterní insuficience. Dále by přípravek neměli užívat osoby s dědičnou intolerancí galaktózy, deficitem Lapp laktázy nebo malabsorpcí glukózo-galaktózy.

1.11.4. Nežádoucí účinky

Nejčastější nežádoucí účinky souvisí s abstinenčními příznaky: bolest svalů, průjem, úzkost, pocení.

Časté nežádoucí účinky: infekce, periferní edém, snížení hmotnosti, úzkost, nervozita, deprese, snížení libida, abnormální myšlení, nespavost, závratě, migréna, vasodilatace, hypertenze, respirační poruchy, zácpa, zvracení, nausea, abnormální jaterní funkce, pocení, vyrážka, svědění, kopřivka, křeče, poruchy ledvin, bolesti hlavy a abstinenční syndrom.

Méně časté nežádoucí účinky: vaginitida, poruchy krve a lymfatického systému, alergie, hyperglykémie, amnézie, hostilita, porucha řeči, abnormální sny, apatie, euforie, závislost, křeče, agitace, třes, hyperkineze, mióza, zánět spojivek, infarkt myokardu, angina pectoris, palpitace, tachy- a bradykardie, úpal, hypotenze, astma, zívání, kožní problémy, artritida, hematurie, retence moči, dysurie, amenorhea, impotence, poruchy ejakuace, horečka, chřipkový syndrom, malátnost, bolesti celého těla, hypotermie.

V případě nesprávného intravenózního podání se objevují lokální septické reakce. Při užívání buprenorfinu i buprenorfinu-naloxonu byl hlášen spontánní potrat, nebyla však prokázána příčinná souvislost. Neonatální abstinenční syndrom (mírnější než při užívání úplných agonistů) byl hlášen u novorozenců žen, které užívaly buprenorfin během těhotenství. Při výskytu jakýchkoli nežádoucích příznaků nebo při předávkování je nutné vyhledat lékařskou pomoc.

1.11.5. Zvláštní upozornění při použití přípravku Suboxone

Klienti, kteří jsou na přípravek Suboxone převáděni ze Subutexu nebo metadonu, by měli být sledováni pro výskyt abstinenčních příznaků. S tím souvisí riziko nežádoucích příznaků a předávkování, pokud klient dostává nižší dávku a sám se medikuje pro odstranění abstinenčních příznaků pomocí dalších opioidů, analgetik, alkoholu. Úmrtí (respirační deprese při současném užití benzodiazepanů) bylo hlášeno v případech následného zneužití buprenorfinu a dalších tlumících látek.

Klienti, kteří jsou současně léčeni inhibitory enzymu CYP3A4, musejí být sledováni a užívat sníženou dávku. Současné užívání inhibitorů cytochromu P450, IMAO inhibitorů, sedativ, antidepressiv, anxyolitik, ketonazolu, itrakonazolu a některých léků na snížení krevního tlaku mohou zvýšit koncentrace buprenorfinu v krvi. Proto je nutné pečlivé sledování.

Zkušenosti s používáním přípravku Suboxone u těhotných žen jsou velmi omezené. Není známo, zda naloxon přechází do mateřského mléka. Z těchto důvodů by přípravek neměl být v těhotenství podáván. V případě otěhotnění během užívání přípravku je nutné matku i plod sledovat a převést na léčbu Subutexem.

V případě současné léčby jaterního poškození je nutné sledovat jaterní funkce. Vzhledem k tomu, že buprenorfin je opioid, může být bolest, jako příznak onemocnění, zeslabená. Během léčby přípravkem Suboxone se nesmí užívat alkohol. O všech dalších lécích, které klient užívá, je nutné informovat předepisujícího lékaře.

Přípravek Suboxone může vyvolávat ospalost, vyvolat pozitivní výsledek antidopingových testů, má malý vliv na vykonávání povolání, obsluhu strojů, řízení dopravních prostředků.

Přerušeni léčby může vyvolat opožděný abstinenci syndrom.

1.11.6. Preskripce přípravku Suboxone

Od uvedení na český trh se na tento přípravek vztahují stejná pravidla preskripce jako na přípravek Subutex (viz 1.10.8. *Preskripce přípravku Subutex*). Cena se nepatrně liší.

2. Mezinárodní klasifikace nemocí

2.1. Definice a využití MKN-10

Klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu položek, do kterých se zařazují nosologické jednotky podle stanovených kritérií. Obsah MKN umožňuje systematické zaznamenávání, analýzu, výklad a porovnávání dat o úmrtnosti a nemocnosti, shromážděných v různých zemích nebo oblastech a v rozdílných dobách. MKN se používá k převodu diagnóz nemocí a jiných zdravotních problémů ze slovní podoby do alfanumerického kódu, což umožňuje snadné uložení, vyhledávání a analýzu dat (Instrukční příručka, MZ-UZIS, 1996).

Vedle MKN-10 existují další diagnostická kritéria používaná Americkou psychiatrickou asociací, DSM-IV. V České republice se využívá MKN-10.

2.2. Dějiny vývoje MKN

Následující kapitoly vycházejí z desáté revize MKN-10 a z instrukční příručky MZ-UZIS, 1996.

První pokusy o systematickou klasifikaci pocházejí od Françoise Bossier de Lacroix, známého pod jménem Sauvages. Ten byl pověřen význačným australským statistikem, sirem Georgem Knibbsem k vytvoření díla, později uveřejněného pod názvem *Nosologie methodica*. Ve stejné době vydal metodolog Linné dílo nazvané *Genera morborum*.

Na počátku 19. století byla nejčastěji využívaná klasifikace nemocí Williama Cullena z Edinburghu, uveřejněná roku 1785 pod názvem *Synopsi nosologiae methodicae*.

V roce 1837 využil Hlavní matriční úřad Anglie a Walesu služeb zdravotního statistika Williama Farra, který pracoval na zlepšení tehdejší nedokonalé klasifikace a mezinárodní unifikaci.

V roce 1891 byl ve Vídni svolán výbor Mezinárodního statistického institutu, který Jacques Bertillion, přednosta Statistického úřadu města Paříže, pověřil přípravou klasifikací příčin smrti. Tato klasifikace dosáhla obecného uznání.

V roce 1899 předložil Bertillion na schůzi Mezinárodního statistického institutu zprávu o pokroku v klasifikaci, zahrnující doporučení Americké asociace veřejného zdravotnictví o desetiletých revizích. Bertillion byl hlavní silou rozvoje, přičemž revize z let 1900, 1909 a 1920 byly provedeny pod jeho vedením. Následoval vývoj a rozšíření klasifikace. Po zhruba každých deseti letech následovaly další revize.

V současné době využíváme desátou revizi Mezinárodní statistickou klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů.

2.3. MKN-10: Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

V MKN-10 se diagnostické jednotky skupiny „Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek“ označují kódem F10 až F19.

V této části jsou popsány diagnostické kategorie související s touto výzkumnou studií.

Kategorie F11.: Poruchy vyvolané požíváním opioidů

Čtvrtý a pátý znak specifikují klinický obraz:

F1x.0 Akutní intoxikace

F1x.1 Škodlivé užívání

F1x.2 Syndrom závislosti

- podrobněji popsáno v kapitole 2.3.1. *F1x.2 Syndrom závislosti*

.22 V současnosti abstinuje při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu

F1x.3 Odvykací stav

2.3.1. F1x.2 Syndrom závislosti

V MKN-10 se uvádí, že se „jedná o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák“.

Definitivní diagnóza by měla být stanovena pouze tehdy, pokud během posledního roku došlo ke třem a více z následujících jevů: **a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku, b) potíže v kontrole užívání látky, c) tělesný odvykací stav, d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, e) postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch psychoaktivní látky, f) pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz škodlivosti** (Nešpor, 2003).

Definice DSM-IV je v mnoha ohledech podobná, nezahrnuje však první z uvedených kritérií, a to *craiving* (DSM-IV).

2.3.2. F1x.22 Abstinence při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu

Kód F1x.22 označuje klienta, který v minulosti užíval drogy, byla mu diagnostikována závislost, ale v současné době abstinuje za pomoci substituční látky. Klienta užívajícího legální substituci tedy označujeme jako klienta abstinujícího, ne jako klienta aktuálně užívajícího/intoxikovaného.

3. Doléčovací zařízení

3.1. Definice doléčovacích zařízení

Doléčování není zcela přesně definováno, není vymezeno, kdy je následná péče indikována, kde začíná a kde končí.

V některých zemích je používán termín „aftercare“ nebo „postcare“, popřípadě termín „re-entry“, v této práci budu nadále používat český termín *následná péče*. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změny chování, tvoří následná péče poslední fázi procesu změny. Řadíme sem tedy intervence zaměřené na udržení navozených změn (Marlatt, Barrett, 1994).

Termín následná péče pokrývá mnoho jednotlivých služeb, které klient využívá po odchodu z léčby. Řadíme sem různé typy poradenství, psychoterapeutický program, chráněné bydlení. V užším slova smyslu se jedná o podporu a udržení abstinence po dokončení léčby.

Intervence, zaměřené na posilování abstinence, jdou na úkor v současnosti opomíjených intervencí zaměřených na stabilizaci životního stylu, a tedy na lepší sociální integraci závislých osob (Kuda, 2003).

Akreditační standardy (2001) definují cílovou populaci pro doléčovací programy jako „abstínující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s minimální doporučenou dobou abstinence 3 měsíce a preferencí osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu ambulantního nebo residenčního typu, s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci“. Tato definice vymezuje následnou péči jako službu především pro ty klienty, kteří v minulosti absolvovali odbornou léčbu. Přesto však existují klienti, kteří do doléčování přicházejí bez předchozí odborné pomoci, s určitým povědomím o svém stavu, a s potřebou pomoci a podpory v abstinenci (Kuda, 2003).

Definice vycházející z bio-psycho-sociálního modelu závislostí nám říká, že následná péče je soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu, a které napomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta po léčbě (Kalina, K. a kol, 2001).

Následnou péči lze popsat jako pomoc dotyčnému člověku znovu se navrátit do běžného života, stabilizovat jeho životní styl, pomoci mu vyrovnat se s přicházejícími překážkami, jako je hledání si práce, dostudování školy a osamostatnění, a předejít tím relapsu a navrácení k předchozímu stylu života.

3.2. Klienti doléčovacích zařízení

Jak již bylo popsáno výše, akreditační standardy definují cílovou skupinu doléčovacích zařízení jako klienty, kteří mají v anamnéze užívání drog, současně minimálně 3 měsíce abstínují, a absolvovali detoxifikaci a krátkodobou ambulantní nebo residenční léčbu. Mělo by se tedy jednat o klienty, kteří mají motivaci k reintegraci do běžného života.

3.3. Hlavní složky programu následné péče

Následná péče využívá takzvaného strukturovaného programu, rozděleného na několik zdánlivě nesouvisejících částí, které však dohromady napomáhají klientovi integrovat se do běžného života.

Mezi hlavní složky následné péče patří psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit (Kuda, 2003). Některá doléčovací centra nabízejí k předchozímu výčtu aktivit ještě chráněné bydlení (Kalina, K. a kol., 2001).

3.3.1. Psychoterapie

Vzhledem k tomu, že se v doléčovacích programech objevují klienti s různou symptomatologií, je nutné psychoterapii považovat za nedílnou součást doléčování. Doléčovací programy nabízejí klientům psychoterapii individuální i skupinovou.

Různé traumatické zážitky z dětství, poruchy osobnosti a jiné problémy, které předcházely vzniku závislosti, se začínají projevovat v podmínkách běžného života. Jedná se o témata, která klienti ještě neotevřeli, nebo je považovali za vyřešené. Je však nezbytné rozlišovat, co je aktuálně řešitelné a souvisí s udržením navozených změn a co nikoli (Bartošíková, Miovský, 2003).

3.3.2. Prevence relapsu

Motivací klientů pro vstup do doléčovacího programu je jejich obava z relapsu v běžném životě. To se týká zejména těch, kteří základní léčbu absolvovali v rezidenčním zařízení, a po ukončení jsou náhle konfrontováni s realitou.

Za nejčastější komplikaci abstinence lze považovat craving, jenž je často označován za příčinu relapsu. Kuda (2003) craving označuje za hybnou sílu relapsu. Kunz a Capme (citace v Kalina, 2003) uvádějí, že craving přiznává během období abstinence v délce 20–120 týdnů zhruba 60–70 % klientů. Toto téma je často během léčby tabuizováno a tím se ztrácí možnost naučit se s cravingem pracovat a redukovat ho (Kuda, 2003).

Prevenici relapsu je nutné považovat za klíčovou složku následné péče. Samotná prevence stojí na třech základních pilířích – kognitivní intervenci, dovednosti zvládnání a stabilizaci životního stylu (Kuda, 2003). Schopnost zvládnání je založena na dvou rovinách – schopnost jedince obecně zvládat stres a schopnost zvládat specifické náročné rizikové situace.

V 70. letech se důležitým příspěvkem pro prevenci relapsu stala Bandurova teorie sociálního učení (citace v Kratochvíl, 1976). Tato teorie klade důraz na tzv. pocit vlastní účinnosti (self-efficacy), který se zvyšuje při zkušenosti s efektivním zvládnutím rizikové situace. Následně se s tímto pocitem v praxi zvyšuje schopnost kontroly, a tím se snižuje riziko relapsu.

Strategie prevence relapsu lze rozdělit do následujících kategorií: hodnotící postupy, postupy ke zvýšení vhledu/uvědomění, nácvik dovedností, kognitivní strategie, intervence zaměřené na životní styl (Wanigaratne a kol., 1990). Wanigaratne dále uvádí, že komplexní systém prevence relapsu by měl klienta vybavit schopností identifikovat rizikové situace, anticipovat je, vyhnout se jim nebo je zvládnout. V případě relapsu by měl být klient vybaven strategiemi, které mu umožní zabránit rozvinutí relapsu. Poslední složkou by mělo být získání pocitu vlastní účinnosti.

3.3.3. Sociální práce

Vzhledem k tomu, že klienti mají sociálněprávní problémy, se sociální práce stává nedílnou součástí následné péče. Jedná se zejména o pomoc s dluhy u zdravotních pojišťoven a dopravních podniků, vyřízení sociálních dávek a splátkových kalendářů různých půjček, komunikaci s probační a mediační službou, poradenství v trestněprávní oblasti (obecně prospěšné práce jako druh trestu, výmaz trestního rejstříku, trestní stíhání, nenastoupené tresty odnětí svobody).

Pomoc v těchto záležitostech musí být velmi praktická a v minulosti byla značně podceňována (Kuda, 2003).

3.3.4. Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace

V dnešní době je jedním z ukazatelů integrace do normálního života zaměstnání. S nalezením dobře placené práce se také zvyšuje kvalita našeho života a dochází ke stabilizaci životního stylu. Hledání práce se tedy stává jedním z hlavních úkolů pro klienta vracejícího se z léčby do běžného života, což často není jednoduchý úkol.

Někteří klienti mají kriminální minulost, někteří nikdy nepracovali, nemají zažité pracovní návyky, chybí jim kvalifikace, mají nedokončené vzdělání, mohou mít zdravotní handicap, nemají zkušenosti v jednání se zaměstnavateli. Častým problémem bývá již napsání životopisu.

Do této oblasti patří pomoc klientům v jednání s úřady, s napsáním životopisu atd.

Některá doléčovací zařízení mají programy chráněných pracovních míst, kde je na určitou dobu klientovi nabídnuto placené pracovní místo, kde je možné se naučit novým dovednostem a pracovním návykům (<http://www.drogovaporadna.cz>).

Je však nutné zvážit, zda je klient v některé oblasti natolik handicapován, že nemůže najít uplatnění na veřejném trhu práce, hrozí zde totiž tzv. invalidizování klienta (Kuda, 2003).

Velmi efektivní se tedy ukazuje cílená spolupráce se specializovanými agenturami a firmami, které vytvářejí sítě spřátelených firem a plošně zaměstnávají klienty následné péče. Tento systém funguje v západní Evropě (Dvořák, 2003).

V České republice se v současné době rozvíjí koncept pracovně sociálních agentur, které tvoří jakousi nadstavbu doléčovacích zařízení a orientují se na problematiku zaměstnávání bývalých uživatelů návykových nelegálních látek a klientů substituovaných (Manuál dobré praxe – Pracovní a sociální agentura o. s. Sananim, 2007). Jejich cílem je integrace bývalých uživatelů na český pracovní trh pomocí následujících aktivit: zprostředkování zaměstnání, pomoc při zvyšování vzdělání a získávání rekvalifikace, sociální poradenství a spolupráce se širokým spektrem zaměstnavatelů, pro které se stává agentura zárukou.

Nejvyšší riziko, související s udržení si práce, je riziko relapsu. V pracovně sociální agentuře se na prevenci relapsu nepracuje, avšak agentura spolupracuje s doléčovacími a léčebnými zařízeními, které se této práci s klienty věnují cíleně.

3.3.5. Lékařská péče

Přestože následná péče může být chápána spíše jako sociální stabilizace, stejně důležité místo zaujímá stabilizace zdraví. V této oblasti je nutné zvážit, co lze ještě zvládnout v rámci doléčování, a kdy je již nutné klienta předat do jiné specializované péče.

Mnohdy si klienti po ukončení rezidenční léčby myslí, že jsou zdraví fyzicky i psychicky, proto je nutné je v tomto směru edukovat. Mezi nejčastější zdravotní problémy patří hepatitida B a C, HIV, gynekologické a dentální problémy.

3.3.6. Práce s rodinnými příslušníky

Pokud se do léčebného programu zapojí celý rodinný systém, stává se léčba efektivnější. Dotyčná osoba prodělává osobnostní změnu, která však vyžaduje změnu postojů a vzorců chování celé rodiny, jelikož se začínají projevovat rizikové faktory v rodinném prostředí (Kuda, 2003).

Není důležité, jaký postup rodinné terapie bude zvolen, ale to, že práce s rodinou bude vůbec probíhat (Podmajerský, Prilringer, 2001)

Z tohoto důvodu mnohá doléčovací zařízení poskytují program pro rodinné příslušníky a blízké osoby. Jeho nejčastější formou jsou skupiny pro rodiče a blízké, kde se setkávají lidé s podobným osudem a navzájem si ukazují různé pohledy a cesty, jakými se lze v konkrétních případech vydat. Poskytovány jsou i individuální psychoterapie a poradenství.

3.3.7. Chráněné bydlení

Tuto službu mohou na omezenou dobu využít klienti, kteří se po ukončení léčby nemají kam vrátit. Za využívání bytu v chráněném bydlení se platí nízký nájem a klient je vázán určitými povinnostmi a pravidly. Do prostor chráněného bydlení si klient nesmí přinést alkohol a jakékoli drogy, nesmí být agresivní atd. Doba využívání služby je individuální, nejčastěji se ale pohybuje v rozmezí 6 měsíců až 1 roku. Během využívání této služby by se měl klient naučit samostatnosti, najít si práci, vlastní bydlení.

3.4. Praxe následné péče

Následná péče není pouze o podpoře abstinence, jedná se spíše o vytvoření podmínek pro vlastní abstinenci (Kuda, 2003).

Nedílnou součástí života v prvních týdnech po ukončení základní léčby je boj s cravingem, který během léčby mohl zeslábnout a nyní opět nabývá na intenzitě.

Délka následné péče je velmi individuální a odráží se v ní mnoho faktorů (osobnostních, motivačních, technických, aj.). Nejčastěji trvá od 6 měsíců do 1 roku. Délka využívání programu by měla být předmětem dojednávání klienta s terapeutem. Některá zařízení nabízejí klientům takzvané opakovací léčby a pobyty.

V doléčovacích zařízeních je nutný mezioborový přístup a základem by měl být multidisciplinární tým, který dokáže pokrýt celé spektrum potřeb klienta.

V tradičním pojetí léčby závislosti je velmi jasně vymezena hranice mezi základní léčbou a doléčováním. Doléčovací zařízení si stanovují různá kritéria pro přijetí klientů. Často je klient předáván do neznáma, jednotlivá zařízení spolu nespolupracují a nekomunikují. Setkáváme se různou mírou rivality mezi jednotlivými zařízeními, což může velmi závažně poškodit klienta (Kuda, 2003).

4. Skupinová psychoterapie

4.1. Definice skupinové psychoterapie

Žádná z definic skupinové psychoterapie se netěší všeobecné oblibě.

Kratochvíl (2001) definuje psychoterapii jako „léčebné působení na poruchy, potíže a problémy psychologickými prostředky“. Mezi tyto prostředky se řadí i interakce mezi jednotlivými členy skupiny a zároveň mezi skupinou samotnou a jejím terapeutem nebo terapeuty. Hovoříme-li o interakci mezi jednotlivými členy, hovoříme o skupinové dynamice.

Kalina a Miovský (2008) definují psychoterapii jako „napomáhání zdraví psychologickými prostředky“ nebo jako „odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky“. Mezi psychologické prostředky lze zařadit komunikaci, chování, myšlení, postoje, vztahy s druhými atd.

Z medicínského hlediska lze psychoterapii definovat jako léčbu (sekundární prevenci), profylaxi (primární prevenci) a rehabilitaci (terciální prevenci) poruch zdraví. Využívá pouze psychologických prostředků a představuje zvláštní druh psychologické intervence, která působí na chování jedince, jeho interpersonální vztahy a vývoj. Podporuje tedy návrat ke zdraví nebo zamezuje rozvoji poruch zdraví (Vymětal, 2003).

Norcrosse (1990) psychoterapii představuje jako „odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů, které vycházejí z uznávaných psychologických principů, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a prožívání, nebo osobnostní charakteristiky směrem, který obě strany budou považovat za žádoucí“. Tato definice je velmi široká a relativně neutrální, takže může pojímat široké spektrum různých přístupů.

4.2. Historie a vývoj skupinové psychoterapie

Za otce současné skupinové psychoterapie je považován bostonský internista Joseph Hershey Pratt, který měl zkušenosti s pacienty s diagnózou tuberkulózy a uvědomil se vztah mezi psychickým zdravím a fyzickým průběhem nemoci. V roce 1905 naplánoval režim léčby pro pacienty s tuberkulózou, který zahrnoval jednotýdenní setkání asi pětadvaceti pacientů se stejnou diagnózou. Během těchto setkání se mezi členy této skupiny vyvinula určitá podpora (Yalom, 2007).

V následujících dvaceti letech dělalo pokusy se skupinovým uspořádáním mnoho psychiatrů (Adler, Lazell, Marsh, Wender, Burrows, Slavson a další). Název skupinová psychoterapie použil poprvé Moreno.

Skupinová psychoterapie se začala běžně využívat ve čtyřicátých letech a od té doby prodělala mnoho významných změn, kterými se přizpůsobovala klinické praxi. Jak se objevovaly nové symptomy a odpovídající terapeutické přístupy, měnily se také varianty skupinové psychoterapie. V současné době by tak bylo vhodnější mluvit spíše o skupinových psychoterapiích (Yalom, 2007).

Existují skupiny zaměřené na jakékoli aktuální téma.

Skupinovou psychoterapii tvoří mnoho technických stylů, Yalom (2001) je rozděluje na: směr psychoanalytický, systemický, gestalt, kognitivně-behaviorální, psychoedukativní, dynamicky-interakční, podpůrně expresivní, psychodramatický, a mnohé další.

Procházka a Norcross (1999) nabízejí jiné rozdělení: „psychoanalytická terapie, adlerovská, existenciální, terapie zaměřená na člověka, gestalt terapie, interpersonální, expozice, behaviorální, kognitivní, systemická, kulturní a rodově zaměřená, konstruktivistická, integrativní a eklektická.

4.3. Praxe a účinné faktory skupinové psychoterapie

Stejně jako existuje mnoho druhů psychoterapií, existuje stejné množství způsobů jak a za jakých podmínek lze skupinovou psychoterapii dělat. Každý jednotlivý psychoterapeut, může dávat přednost jinému aranžmá, rozdílnému počtu osob a frekvenci setkávání ve své skupině. Liší se prostředím, ve kterém se skupina schází. Rozdílné jsou indikace pro vstup do jednotlivých skupin a ukončování spolupráce. Odlišují se samozřejmě používanými technikami podle toho, ke kterému přístupu se dotyční psychoterapeuti přiklánějí.

Rozdílná může být také orientace sezení. Skupina může být zaměřena biograficky, interakčně, tematicky nebo může být zaměřena na srovnání (Kratochvíl, 2001).

Mezi speciální skupinová sezení lze zařadit techniky jako jsou arteterapie, muzikoterapie, psychodrama, psychogymnastika, projektivní arteterapie, nácvik sociálních dovedností, setkání (Kratochvíl, 2001).

Yalom (2007) všechno jednoduše shrnuje tak, že odděluje v každé psychoterapii „vnější“ od „vnitřního“. Vnější se skládá z formy, technik, jazyka a aury, která každou ideologickou školu obklopuje, a vnitřní se skládá z vlastního zážitku, kterým je psychoterapeutický proces, vlastní mechanismy změny.

Mezi účinné faktory psychoterapie patří skutečnosti navozené terapeutem, které způsobují změny v duševním životě, jednání, tělesných a psychických funkcí nebo sociálních vztazích (Vymětal, 2003).

Yalom (2007) říká, že není možné sestavit absolutní pořadí terapeutických faktorů, protože ve hře je mnoho sil, které je ovlivňují (fáze a typ terapie, mimoskupinové vlivy a individuální odlišnosti). Yalom uvádí tyto účinné faktory: dodávání naděje, univerzalita, předání informací, altruismus, korektivní rekapitulace primární rodiny, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová koheze, katarze, existenciální faktory.

Kratochvíl (2005) pak uvádí tyto: členství ve skupině, emoční podpora, pomáhání jiným, sebeexplorace a sebeprojevení, odreagování, zpětná vazba a konfrontace, náhled, korektivní emoční zkušenost, nácvik nového chování, získání nových informací a dovedností.

Různě ideologicky zaměřené psychoterapeutické školy se přiklánějí k jiným terapeutickým faktorům.

4.4. Skupinová dynamika

Přes všechny výše popsané rozdíly mají jednotlivé skupiny společné jevy, které jsou v některých směrech uznávané a pracuje se s nimi, v jiných jsou opomíjené. Některá doléčovací zařízení pracují formou dynamické skupinové psychoterapie, proto budou následně jednotlivé jevy stručně popsány. Jedná se o kohezi, tenzi, projekci a tvorbu podskupin, přenos a protipřenos.

4.4.1. Koheze

Jiným slovem soudržnost, která souvisí s přitažlivostí skupiny pro její členy. Jedná se o sílu, která způsobuje, že členové chtějí skupinu udržet. Je nutnou podmínkou pro fungování skupinové psychoterapie. Členové navštěvující kohezní skupinu se více akceptují a vytvářejí si silnější a intimnější vztahy mezi sebou navzájem (Kratochvíl, 2001).

Členové se v takové skupině cítí lépe, oceňují skupinu a zároveň cítí, že skupina oceňuje je samotné a bezpodmínečně je přijímá (Yalom, 2007).

4.4.2. Tenze

Mezi jednotlivými členy skupiny se objevuje určité napětí. Významně se na tom podílí zejména to, že při uspokojování svých potřeb musí brát jednotliví členové ohled na ostatní. Je nutné se napojit na skupinu, podrobit se určitým skupinovým pravidlům a normám. U některých členů se mohou objevovat pocity zlosti, agrese, nenávisti, antipatie, nepřátelství. Objevují se konflikty mezi jednotlivými členy nebo mezi skupinou a psychoterapeutem, přičemž jednotlivci na tenzi zpravidla reagují podle svých navykklých stereotypů (Kratochvíl, 2001).

4.4.3. Projekce

Na základě minulých zkušeností je ovlivněna percepce druhých osob, včetně chování k druhým lidem. Do ostatních členů skupiny si lze promítat nejen vlastnosti jiných lidí, ale i své vlastní. Projekce je definována jako obranný nevědomý mechanismus, během kterého osoba připisuje svoje myšlenky, pocity a vjemy druhým lidem, protože pro ni samotnou nejsou přijatelné (Kratochvíl 2001).

4.4.4. Tvorba podskupin

Čím je skupina rozsáhlejší, tím má vyšší tendenci k tvorbě podskupin. Většinou se spojují ti, kteří jsou si sympatičtí, mají k sobě blízko, vzájemně se podporují ve skupině, přicházejí a odcházejí společně.

Rozštěpení na menší jednotky se objevuje v každé společnosti, může to být proces přechodný nebo trvalý, prospěšný nebo škodlivý. Roztříštěnost terapeutických skupin ovlivňují faktory individuální i skupinové (Yalom, 2007).

4.4.5. Přenos a protipřenos ve skupinách

Přenos a protipřenos je uznávaným jevem dynamicky orientovaných přístupů ve všech mezilidských vztazích. Jedná se o silný vztah mezi klientem a terapeutem, který nelze vysvětlit aktuální situací. U závislých klientů bývají přenosové jevy velmi silné a časté (Bartošíková, 2003).

Přenos je často ovlivněný dřívějšími vztahy k osobám, které jsou nebo byly pro klienta významné. Prakticky lze přenos popsat tak, že klient připisuje terapeutovi určité myšlenky a postoje, které zná z minulosti od jiných osob.

Pokud k přenosu přistupujeme jako k jevu, který je přítomný v každém vztahu, musíme vzít v potaz to, že i terapeut přenáší na klienta své vlastní pocity, myšlenky a zážitky. Tento proces se označuje jako protipřenos.

Rozeznat a zpracovat přenosové a protipřenosové jevy napomáhá psychoterapeutovi supervize.

4.5. Využití skupinové psychoterapie v léčbě závislostí

V současné době se k uznávaným směrům v léčbě závislostí řadí hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a systemická terapie, hypnotické a relaxační postupy a integrativní přístupy (Miovský, Bartošíková, 2003).

V kontextu závislostí je psychoterapie využívána v určité modifikované formě v každé jednotlivé složce celého systému péče, od kontaktních center až po doléčovací programy. Hovoříme o takzvaném psychoterapeutickém přístupu, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem (Kratochvíl, 1997).

První období kontaktu s klientem je spíše individuální (Miovský, Bartošíková, 2003), ale v dalších úrovních a zejména v léčbě a doléčování, je skupinová psychoterapie považována za jeden z hlavních pilířů.

Ve skupinové psychoterapii uživatelů drog lze podle Nešpora a Scémyho (1999) spatřovat určité společné rysy a to:

- větší strukturovanost skupin; terapeut přebírá větší zodpovědnost; zpočátku se více pracuje s jednotlivci, než se vytvoří potřebná koheze, malá strukturovanost může vytvářet tenzi
- využívání konfrontací; slouží ke zpochybnění a rozbití dřívějších postojů klienta
- využívání emoční podpory; nesmí být ale posilovány pocity vylučnosti a identifikace s drogovou subkulturou
- práce se závislostí na skupině, terapeutovi, strukturovaném programu; po přerušení takovéto vazby se objevuje tendence upadat zpět do zažitých vzorců chování

Klíčové prvky psychoterapie závislostí jsou dle Sborníku FF UK (1995):

1. Změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí
 2. Učení se pozitivním sociálním hodnotám, které jsou podporou v práci, při studiu, v rodině
 3. Podněcování a podporování činností, které napomáhají poznávání sama sebe, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů
 4. Podporování aktivního postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení
- Tyto klíčové prvky jsou také podkladem pro role psychoterapeuta v multidisciplinárním týmu, stejně jako pro pozici psychoterapie. Je nutná spolupráce s týmem, ale na druhé straně vzniká velmi úzký a specifický vztah mezi terapeutem a klientem.

Důležitým bodem v psychoterapii závislostí je kvalitní vstupní diagnostika. Obecně zavazující kritéria MKN-10, nebo méně používaná DSM-IV, představují pouze základní rámec. V psychoterapii se využívá mnoho dalších diagnostických modelů, které odpovídají teoretickým východiskům jednotlivých přístupů (Miovský, Bartošíková, 2003).

Je důležité zmapovat všechny oblasti fyzického, psychického i sociálněprávního rázu, stejně jako je nutné získat informace o motivaci k psychoterapii, významu drogy, drogové kariéře, atd.

Se vstupní diagnostikou je úzce spjata, v kontextu závislostí, tzv. diferenciální diagnostika a s tím související problém duálních diagnóz. Kalina (2000) uvádí, že každý druhý až třetí klient by potřeboval ještě jiné, specifické vyšetření, než to, které mu může nabídnout standardní zařízení pro léčbu závislostí. S tímto jevem souvisí takzvaný *matching* – párování potřeb, jinými slovy přizpůsobení léčby klientovým potřebám a využívání určitých služeb v pravou chvíli.

Obecně nejsou pro skupinovou psychoterapii indikováni pacienti v akutní intoxikaci, akutní psychóze, s výraznými dissociálními poruchami osobnosti, agresori a těžce depresivní klienti se sebevražednými sklony (Miovský, Bartošíková, 2003).

4.6. Využití skupinové psychoterapie v doléčovacích zařízeních

Skupinová psychoterapie je jedním z hlavních pilířů doléčování (viz kapitola 3. *Doléčovací zařízení*).

Na téma motivace k psychoterapii a jejího významu bylo napsáno mnoho knih, publikováno mnoho článků a proveden velký počet výzkumů, přesto je nutné k motivaci každého klienta přistupovat individuálně, protože vychází z konkrétních zkušeností daného jedince. Z obecného hlediska lze rozlišit tyto motivační faktory: zdravotní a psychické, sociálněprávní, sociální a trestně právní. Navzájem jsou propojeny a nelze je od sebe oddělit. Čím více si klient uvědomuje problémy, které mu užívání drog způsobuje, tím více je motivován ke změně (Miovský, Bartošíková, 2003).

5. Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie

V České republice studie zabývající se tématem klienta substituovaným buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie zatím publikována nebyla. Po provedení rešerše odborné literatury v České republice i zahraničí nebyl nalezen žádný relevantní zdroj zabývající se tématem klienta substituovaného buprenorfinem v doléčovacím zařízení v kontextu skupinové psychoterapie. Byly zveřejněny mnohé výzkumné studie, zabývající se jednotlivými tématy substituce, doléčování, skupinové psychoterapie a klasifikace nemocí, které však nesouvisí s tématem této bakalářské práce. Vzhledem k tomuto faktu by tato práce mohla být přínosem pro adiktologickou praxi, popsáním a propojením doposud opomíjeného tématu substituce v kontextu doléčování.

6. Výzkumné šetření klientů substituovaných buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie

6.1. Východiska a cíle práce

Cílem této výzkumné práce je zhodnocení současného a budoucího postavení klientů substituovaných buprenorfinem (Subutex, Suboxone) v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie, popsání aktuální praxe a využívání následné péče těmito klienty.

Studie by měla přinést poznatky o tom, zda klienti legálně medikovaní buprenorfinem v České republice mohou využívat služeb následné péče a její hlavní složku, skupinovou psychoterapii. V případě, že doléčovací zařízení odmítá pracovat s klienty legálně medikovanými buprenorfinem, je cílem výzkumu zjištění důvodů jejich počínání.

Dalším cílem výzkumu je zjištění, zda jsou doléčovací zařízení informována o novém substitučním přípravku Suboxone (viz kapitola 1.11. *Suboxone*), který by neměl být zneužitelný intravenózně, a zda uvažují o práci s klienty, kteří budou tento nový přípravek legálně užívat.

Hlavní myšlenkou této výzkumné studie je, po zhodnocení postavení substituovaných klientů v doléčovacích zařízeních, konfrontace těchto zařízení s desátou revizí Mezinárodní klasifikací nemocí, která označuje substituované klienty jako „klienty abstinující při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu“ (MKN-10, kategorie F11.22), přičemž abstinence je jedním z kritérií pro vstup do následné péče.

Konkrétní otázky této výzkumné práce jsou tyto:

Existuje v České republice doléčovací zařízení, které nabízí své služby, včetně skupinové psychoterapie, klientům substituovaným buprenorfinem?

Jsou klienti, užívající buprenorfinovou substituci, označováni jako abstinující nebo jako neabstinující, tudíž uživatelé?

Jaké jsou důvody doléčovacích zařízení přistupovat k substituovaným klientům jako k uživatelům?

Změní se přístup doléčovacích zařízení k těmto klientům, pokud budou užívat nový substituční přípravek Suboxone, který by neměl být zneužitelný intravenózně?

Znají doléčovací zařízení desátou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí a řídí se jejím diagnostickým vodítkem pro zařazení substituovaných klientů do odpovídající kategorie abstinujících klientů?

6.2. Realizace práce

Na začátku roku 2008 jsem se setkala s MUDr. Dušanem Randákem, kterého jsem oslovila se žádostí o odborné vedení mé bakalářské práce, vzhledem k jeho zkušenostem v oblasti práce se substituovanými klienty v CMS Drop in. Následně jsem požádala Mgr. Jaroslava Vacka o odborné vedení mého výzkumného šetření po metodologické stránce.

Po konzultacích s oběma odborníky jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum s některými kvantitativními znaky východisek a přístupů doléčovacích zařízení v České republice ke klientům, kteří jsou legálně substituováni buprenorfinem.

Následně byla vytvořena metodologie (viz kapitola 7. *Metodologie výzkumného šetření*), která byla použita ke sběru dat z jednotlivých doléčovacích zařízení. Byla kontaktována jednotlivá doléčovací zařízení, která byla seznámena s tématem této výzkumné studie a požádána, zda by se výzkumu zúčastnili. Po souhlasu doléčovacích zařízení, jim byl e-mailem zaslán vlastní dotazník. Po jeho návratu byla kontaktována doléčovací zařízení telefonicky a bylo provedeno semistrukturované interview se zástupci jednotlivých zařízení. Data byla shromážděna během měsíce dubna 2008.

Veškerá data spolu s údaji o jednotlivých zařízeních byla zaznamenána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel (viz *Příloha 4*). Každému zařízení byl přidělen číselný kód, který slouží pro ochranu osobních dat.

6.3. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří čtrnáct certifikovaných doléčovacích zařízení v České republice, která poskytují následnou péči specifické cílové skupině uživatelů nelegálních návykových látek, kteří minimálně tři měsíce abstinují nebo prošli léčbou. Další služby těchto zařízení mohou využívat blízcí a rodina klienta. Seznam těchto zařízení je volně k dispozici na stránkách Centra pro kvalitu a standardy v sociálních službách při Národním vzdělávacím fondu, o. p. s., které bylo založeno v říjnu 2003.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou totálního výběru. Je tedy tvořen všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru. Výběrový soubor se tedy rovná základnímu souboru (Miovský, 2006).

Během výzkumu bylo zjištěno, že doléčovací centrum 009 se neidentifikuje jako zařízení poskytující následnou péči, ale jako zařízení typu komunita (přestože certifikace byla zařízení udělena pro následnou péči). Následující data se tedy vztahují k výzkumnému vzorku třinácti doléčovacích zařízení.

V devíti případech vyplnili dotazník a na následné otázky odpověděli vedoucí jednotlivých doléčovacích zařízení (dále DZ). V ostatních případech se jednalo o terapeuty. Délka jejich praxe v doléčovacích zařízeních se pohybovala od šesti měsíců do deseti let. Výjimku tvoří zařízení 007, kde délka praxe vedoucího pracovníka činí 45 let. Následuje tabulka 1 s délkou praxe pracovníků jednotlivých doléčovacích zařízení.

Délka praxe	Počet zařízení
do 6 měsíců	1
do 1 roku	2
1–3 roky	3
3–5 let	2
5–10 let	4
nad 10 let	1

Tabulka 1: Délka praxe pracovníků jednotlivých DZ

Doba fungování DZ se průměrně pohybovala do deseti let (sedm DZ). Tři ze zařízení fungují méně než tři roky, tři DZ naopak fungují déle než deset let. Výjimku tvoří opět DZ 007, které funguje 45 let.

Deset z doléčovacích zařízení je součástí větší organizace, poskytující další služby, tři ze zařízení jsou samostatnými organizacemi. Další služby, které jsou poskytovány v rámci jednotlivých organizací jsou popsány v tabulce 2.

Poskytované služby	Počet zařízení
Detoxifikace	0
Terénní programy	6
Ambulantní léčba	7
Kontaktní a poradenské služby	8
Stacionární programy	3
Krátko- a střednědobá ústavní léčba	0
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	5
Substituční léčba	4

Tabulka 2: Typy dalších služeb a počet DZ, které je poskytují

Zařízení 009 a 012 neuvedla žádný terapeutický úvazek. DZ 005 uvedlo jeden terapeutický úvazek, propaguje však, že neposkytuje psychoterapeutickou péči, ale jiné druhy poradenství a pomoci. Tabulka 3 nabízí přehled počtu úvazků na pozici terapeuta.

Počet úvazků	Počet zařízení
0	2
1	4
1,5	1
2	1
2,5	4
3	1

Tabulka 3: Počet DZ s počtem úvazků na pozici terapeuta

Čtyři DZ uvedla, že nemají na pozici sociálního pracovníka žádný úvazek. DZ 012 uvedlo tři úvazky na této pozici. Tabulka 4 nabízí přehled počtu úvazků na pozici sociálního pracovníka.

Počty úvazků	Počet zařízení
0	3
0,2	1
0,5	1
1	5
1,5	1
2	1
3	1

Tabulka 4: Počet DZ s počtem úvazků na pozici sociálního pracovníka

Doléčovací zařízení uvedla tyto další úvazky: DZ 002 a 007: psycholog na celý úvazek, DZ 007: lékař na celý úvazek a zdravotní sestra 2 úvazky. Na dohodu o provedení práce hlásí DZ 013 arteterapeuta. Pouze dvě zařízení uvedla, že využívají služeb supervizora.

Spolupráci s dalšími organizacemi v oblasti péče o uživatele nelegálních návykových látek uvedlo všech 13 doléčovacích zařízení. Jedná se především o přijímání a odesílání klientů z jiných a do dalších zařízení při zajištění návaznosti v systému péče o klienty užívající nelegální návykové látky (kontaktní centra, detoxifikační oddělení, léčebny, komunity, substituční centra, nemocnice a odborné ambulance, psychiatrické ambulance). Dále se jedná o zajištění odborné zdravotnické a sociální péče, kterou nejsou některá doléčovací zařízení schopna svým klientům poskytnout. Zařízení 008 nabízí informační skupiny o svém zařízení pro klienty, kteří aktuálně ukončili léčbu. Zařízení 013 nabízí primární prevenci a kurzy pro školy.

Zařízení 007 označilo za svého zřizovatele akciovou společnost, magistrát byl uveden ve čtyřech případech, další čtyři zařízení označila za svého zřizovatele občanské sdružení a poslední čtveřice neziskovou organizaci.

Údaj o počtu klientů za rok u jednotlivých zařízení značně kolísal. Šest DZ uvedlo průměrný počet do 50 klientů za rok. Čtyři DZ uvedla 50 až 100 klientů za rok a tři DZ uvedla údaj nad 100 klientů během roku. Výjimku tvoří zařízení 007, ve kterém nelze stanovit průměrný počet klientů za rok, protože zařízení udalo aktuálně asi 600 aktivních klientů, z nichž přibližně 60 klientů je v kontaktu jedenkrát ročně (v daném zařízení označováno jako doléčování) a 291 klientů, kteří abstnují víc jak pět let.

Devět ze zařízení se téměř shodovalo v počtu 12 až 15 klientů, kteří se mohou účastnit skupinových aktivit. Čtyři DZ uvedla kapacitu pro ambulantní služby více než 15 klientů.

Jednotlivé aktivity a služby DZ jsou popsány v tabulce 5. Zařízení 005 nabízí svým klientům takzvaný „podpurný kontakt“, což v praxi znamená, že po ukončení doléčování si klient může dlouhodobě přicházet pro podporu a poradenství.

Služby	Počet zařízení
Individuální psychoterapie	13
Skupinová psychoterapie	13
Arteterapie	5
Nácvik sociálních dovedností	12
Motivační trénink	10
Krizová intervence	12
Vzdělávací aktivity pro klienty	5
Spolupráce s rodinou	11
Volnočasové aktivity	3
Informační servis	1
Podpurný kontakt	1
Zátěžové programy a výjezdy	4

Tabulka 5: Aktivity a služby nabízené jednotlivými DZ

Kritéria pro vstup do doléčovacích zařízení se vesměs překrývala. Uváděna byla tato: minimálně tříměsíční abstinence, léčba, věk minimálně 15 let, motivace ke změně. Zařízení 002 uvedlo jako podmínku absolvování léčby, přičemž bylo zdůrazněno, že „substituce není léčba“. Zařízení 013 uvedlo jako podmínku pro vstup do doléčování evidenci na úřadu práce. Zařízení 001 nabízí klientům, kteří nesplňují podmínky pro skupinovou práci, docházení na individuální psychoterapii. Skupinová psychoterapie je však podmínkou pro účast na dalších aktivitách tohoto doléčovacího centra.

V pravidlech docházení se všechna doléčovací zařízení shodují. Jedná se o abstinenci od nelegálních návykových látek (zařízení 003 uvedlo včetně alkoholu), pravidelnou docházku, zákaz agresivního chování.

Doba docházení se pohybuje od šesti do dvanácti měsíců, v případě potřeby lze tuto dobu prodloužit.

6.3.1. Zajímavosti a popis kontaktů

Zařízení 011 a 002 nebyla při prvním telefonickém kontaktu příliš ochotná spolupracovat. Zbylá zařízení přislíbila spolupráci a zařízení 014 bylo tématem této výzkumné práce nadšeno.

Během semistrukturovaného interview byla téměř všechna zařízení ochotná a spolupracovala. Zařízení 006 však odmítlo odpovídat na hypotetické otázky.

6.3.2. Problémy při získávání vzorku

Jak již bylo popsáno v kapitole 6.3. *Charakteristika výzkumného souboru*, DZ 009 se neidentifikuje jako doléčovací zařízení. Vzhledem k malému počtu základního souboru se při pořizování vzorku nevykytly žádné další problémy.

7. Metodologie výzkumného šetření

Toto výzkumné šetření využívá pro získání a zpracování dat kvalitativních metod s prvky kvantitativních metod (např. počty zařízení, která poskytují určité služby).

Pro průzkum této práce byla zvolena kombinace elektronického dotazníku a následného telefonického semistrukturovaného interview.

7.1. Elektronický dotazník

Po konzultacích s odborníkem na informační technologie byl vytvořen elektronický dotazník ve formátu pdf rozesílaný e-mailem.

Výhody tohoto řešení jsou zřejmé: formát pdf poskytuje možnost přesné definice výstupních polí, není upravitelný – nemůže tedy dojít k situaci, že by si jednotliví účastníci upravovali nebo mazali otázky atd. (narozdíl od formuláře vytvořeném např. v aplikaci Microsoft Word).

Formát pdf je navíc multiplatformní, je tedy nezávislý na zařízení na straně klienta, který tak není vázaný na operační systém Windows nebo kancelářský balík Microsoft Office. Jedinou nutností je prohlížeč Adobe Reader, který je volně stažitelný z internetu.

Po vyplnění formuláře tazatel jednoduše stiskne tlačítko k odeslání a automaticky se otevře jeho výchozí e-mailový klient s novou zprávou, s předvyplněnou e-mailovou adresou a přílohou se souborem xml s vyplněnými daty. Tento soubor pak umožňuje jednoduché zpracování dat v dalších aplikacích.

Jelikož se jedná o jednoduchý dotazník, kdy struktura souboru xml sestává o několika desítkách tagů, byly získané údaje následně zpracovány v rámci tabulky Microsoft Excel, kde se buňky jen odkazují na odpovídající data v dodaných souborech xml.

Díky tomuto řešení je také prakticky vyloučena chyba na výzkumníkově straně – nemůže dojít k překlepům atp. Navíc originální data nejsou nijak upravována a zůstávají neporušena.

Pokyny pro vyplnění dotazníku, které byly zaslány spolu s elektronickým dotazníkem jednotlivým doléčovacím zařízením, jsou v příloze 2.

7.2. Semistrukturované interview

Semistrukturované (polostrukturované) interview je nejrozšířenější metodou interview, jejím použitím se lze vyhnout problémům, které se vyskytují během nestrukturovaného nebo plně strukturovaného interview. Tento způsob práce však vyžaduje náročnější technickou přípravu. Je nutné vytvořit určité schéma otázek, na které se respondentů budeme ptát a toto schéma je pro výzkumníka závazné.

Výhodami je zejména to, že lze zaměřovat pořadí otázek a v případě nutnosti je zde možnost získání konkrétní odpovědi, vysvětlení respondenta, doplňující otázky. Díky tomu lze téma rozpracovat až do takové hloubky, která je užitečná pro cíle a výzkumné otázky. Při použití této výzkumné metody přikládáme větší váhu prostředí, ve kterém interview probíhá (Miovský, 2006).

Vzhledem k malé dostupnosti některých doléčovacích zařízení byla zvolena metoda telefonického semistrukturovaného interview, které trvalo u každého zařízení asi třicet minut. Každému zařízení byl přidělen číselný kód. Získaná data byla zaznamenána do jednotlivých vytištěných dotazníků. Po ukončení sběru dat byla data doplněna do tabulky Microsoft Excel, ve které byla již převedena data z formátu xml získaná e-mailem, což trvalo přibližně dalších třicet minut u každého zařízení.

7.3. Nevýhody elektronického dotazníku a problémy související se sběrem dat

Značnou nevýhodou metody sběru dat přes internet je špatný přístup respondentů k počítači a internetu, případně jejich malá technická zručnost a nedostatek času vyplňovat dotazník.

Některým respondentům nešel dotazník odeslat, přestože funkčnost odesílání podle výše popsaných pokynů byla předem ověřena. V několika případech dotazníky do doléčovacích zařízení vůbec nedorazily v důsledku špatně uvedených kontaktních adres ze stran respondentů.

Pouze sedm doléčovacích zařízení odeslalo vyplněný dotazník zpět na mou e-mailovou adresu. U zbylých šesti byly údaje elektronického dotazníku získány během následujícího telefonického interview.

7.4. Nevýhody semistrukturovaného telefonického interview a problémy související se sběrem dat

Nevýhodou semistrukturovaného interview je situace, kdy tazatel neudrží závaznou strukturu, bude tříštit konzistenci odpovědí doplňujícími otázkami nebo bude získávat data, která nejsou relevantní k výzkumným cílům a otázkám (Miovský, 2006).

Nevýhodou také může být menší autenticita projevu, neboť tazatel nemůže registrovat neverbální projevy respondenta.

Telefonické interview v délce třiceti minut může také některým respondentům činit obtíže. Předchozí telefonickou dohodou s respondenty ohledně přesného termínu interview byla tato komplikace minimalizována.

7.5. Technické zázemí

Technické zázemí pro tento výzkum tvořil zejména počítač a telefon. Čas věnovaný domluvě a získání všech potřebných dat odhaduji zhruba na 45 minut na každé zařízení. Dohromady bylo provoláno necelých deset hodin. Cena těchto provolaných hodin je přibližně 1000 Kč, které byly zaplacené ze soukromých zdrojů. Zařízením ze spolupráce na tomto výzkumu neplynula žádná finanční odměna a DZ na to byla předem upozorněna.

8. Zpracování dat

Popis použitých kvalitativních metod při zpracování sebraných dat je zpracován na základě těchto materiálů: Miovský M. (2006): Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada. a Hendl J. (1997): Úvod do kvalitativního výzkumu. Karolinum. Univerzita Karlova.

Ke zpracování získaných dat byly využity dále popsané metody:

Strategie analytické indukce uvádí do vztahu sběr dat a proces vytváření teorie v kvalitativním výzkumu. Jedná se o postup, který navrhl americký vědec polského původu Florian Znaniecki v roce 1934.

Cílem je zvýšit pravděpodobnost nalezení univerzálních a kauzálních vztahů.

Metoda vytváření trsů slouží k seskupení určitých výroků do skupin, které vznikají na základě podobnosti mezi identifikovatelnými jednotkami. Vznikají tak obecnější, induktivní kategorie určitých jevů nebo výroků. Společným znakem těchto kategorií je tematický nebo prostorový překryv. Základním principem je srovnávání dat a určitá hierarchizace, kterou vytváříme obecnější pojmenování.

Tuto metodu lze využít k rozdělení zařízení, která označují substituované klienty jako abstinující a zařízení, která je označují jako neabstinující, popř. DZ která nemají vyhraněný názor na tuto problematiku.

Metoda zachycení vzorců (Gestaltů) je jednoduchý analytický nástroj, který spočívá ve vyhledávání a následném zaznamenání opakujících se vzorců nebo témat ve shromážděných datech. Dochází tak k určité redukci, neboť původní bohatost jevů je nahrazována obecnější kategorií, vzorcem nebo tématem.

Za jeden z opakujících se vzorců lze označit shodu téměř všech zařízení v tom, jaké problémy by se mohly při zařazení substituovaných klientů do doléčovacích aktivit vyskytnout.

Metoda prostého výčtu se pohybuje na hranici mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem. Jejím prostřednictvím lze vyjádřit určité vlastnosti jevu, které se týkají toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru se vyskytl k jevu jinému. Kvantita může být v takovýchto případech nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů.

Tuto metodu lze využít k výčtu jednotlivých výroků DZ, které se vztahují k určité otázce.

Metoda kontrastů a srovnávání je důležitou technikou, která nám pomáhá od sebe odlišit dvě identifikovatelné kategorie a upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají mnoho společného.

Pomocí této metody lze popsat fakt, že některá DZ jsou schopná se přizpůsobit novým požadavkům, ale každé podle svého a za jiných podmínek.

Metoda vyhledávání a vyznačování vztahů mezi proměnnými je založena na dvou principech. Prvním z nich je vyhledávání, identifikace a popis vztahů, na které nás upozorňují sami účastníci výzkumu. Druhým principem je vyhledávání vzájemných vztahů mezi proměnnými na základě vnitřních nebo vnějších souvislostí.

Příkladem může být, že DZ považuje substituovaného klienta za beroucího, z čehož usuzuje, že pro něj není vhodná skupinová psychoterapie, protože jeho myšlení je ovlivněno užívanou látkou.

9. Etické aspekty výzkumu

V rámci výzkumného šetření byly respektovány etické náležitosti výzkumu v sociálních a zdravotních vědách.

Všechna získaná data byla číselně označena, aby byla dodržena ustanovení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Všechna doléčovací zařízení poskytla informovaný souhlas o poskytnutí a využití údajů ve výzkumném šetření na téma *Klient substituovaný buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie*.

Všechna zúčastněná doléčovací zařízení vyslovila zájem o zaslání výsledků a výstupů této bakalářské práce elektronickou formou.

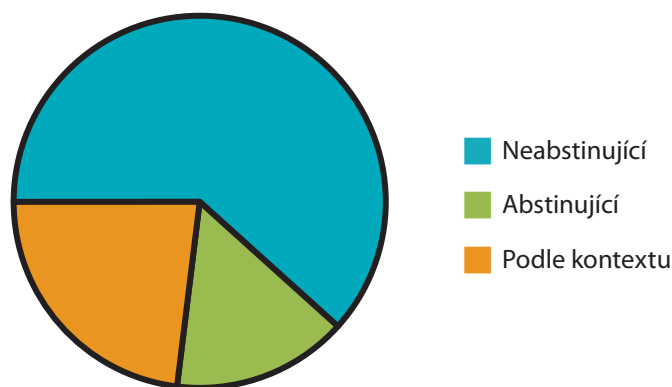
Data z této bakalářské práce se vztahují ke stavu této problematiky v dubnu 2008.

10. Výsledky výzkumného šetření

10.1. Zhodnocení přístupu ke klientům užívající buprenorfin

S přípravkem Subutex se během své praxe setkalo dvanáct ze třinácti zařízení. V pěti případech se jednalo o *relaps stávajících klientů*, kteří docházeli na doléčování, ve čtyřech případech o *zájemce o doléčování*. Zařízení 007 substituci *přímo předepíše* a dvě zařízení se s přípravkem Subutex setkalo pouze *v rámci své mateřské organizace*.

Osm zařízení vnímá klienty užívající Subutex jako *neabstinující* klienty, dvě zařízení je vnímá jako *abstinující* a tři zařízení se *rozhodují mezi oběmi variantami podle situace daného klienta*. Následuje graf 1: Jak vnímají DZ klienty užívající Subutex.



Graf 1: Jak vnímají DZ klienty užívající Subutex

Zařízení 011 zařadilo substituované klienty mezi *neabstinující*, *jelikož přicházejí se žádostí vyabstinovat*: „tito klienti se pohybují na tenkém ledě, pokud se ale chtějí Subutexu zbavit, je to v pořádku“. DZ 003 uvedlo: „záleží na tom, zda je Subutex získáván legálně nebo nelegálně, ale nejsou úplně abstinující“. *Individuální přístup* preferuje DZ 014, které se k Subutexu přiklání jako k podpoře v abstinenci, pokud však klient Subutex zneužívá intravenózně, přistupuje k němu jako ke klientovi neabstinujícímu.

Jedenáct DZ se přiklonilo k tomu, že skupinová psychoterapie je pro klienty užívající Subutex *účelná*, že má smysl. Jednotlivá zařízení uvedla: DZ 003: „pokud je substituce využívána k abstinenci tak ano“; DZ 004: „psychoterapie by měla být zavedena povinně, více kontroly, méně zneužívání“; DZ 005: „skupinová psychoterapie by je více motivovala k začlenění mezi abstinující klienty, pohybují se totiž na hranici abstinence a toxikománie“; DZ 007: „je vhodné to kombinovat“; DZ 008: „podpůrná léčba by měla být v každém případě“; DZ 011: „cokoli klient dělá pro abstinenci, je efektivní“; DZ 014: „aby měla substituce smysl, je nutné jí kombinovat s psychoterapií“.

DZ 010, 012 a 013 se shodla na tom, že je to přínosné a potřebné. DZ 001 se po zkušenosti s prací s těmito klienty přiklání k názoru, že skupinová práce není účelná, že nemá smysl. Vzhledem k tomu, že DZ 006 nemá žádnou zkušenost, odmítlo se k této otázce vyjádřit.

Přístup jednotlivých doléčovacích zařízení ke klientům v otázce jejich abstinence při užívání buprenorfinové substituce je velmi odlišný; převažuje názor, který není v souladu s MKN-10, tedy že klienti užívající buprenorfin nejsou abstinující, a proto převážná část doléčovacích zařízení tyto klienty nepřijímá.

10.2. Výsledky týkající se doléčovacích zařízení, která přijímají klienty užívající Subutex

Šest doléčovacích zařízení má zkušenosti s prací s klienty legálně užívající substituci. Zařízení 007, 014 a 011 běžně tyto klienty do svých programů *přijímá*, DZ 011 přitom zdůrazňuje, že to „souvisí se zakázkou klienta“. DZ 001 má *zkušenost se skupinou pro substituované klienty* z minulosti, momentálně však již substituované klienty nepřijímá, DZ 004 má *aktuální zkušenost s jednou klientkou* užívající Subutex, DZ 008 tyto klienty přijímá pouze do *individuálního kontaktu*.

Důvody, které DZ uváděly pro přijetí těchto klientů byly následující: DZ 007: „pro následnou léčbu“, DZ 011: „chtějí vyabstinovat“, DZ 014: „pokud nezneužívají Subutex intravenózně, jsou přeci abstinující“, DZ 004: „jsou abstinující“, DZ 001: „bylo to povinné pro klienty z jiného programu v naší organizaci“.

Zařízení 011 uvedlo, že klienti, kteří užívají legálně Subutex, tvoří *přibližně deset procent všech jejich klientů*. DZ 014 má *aktuálně v péči jednoho klienta* užívajícího Subutex a dva klienty užívající metadon. V roce 2007 pracovalo toto DZ s *přibližně sedmi klienty* užívajícími substituci, přičemž očekává další případy. V DZ 007 přešlo *aktuálně deset klientů* ze Subutexu na nový substituční přípravek Suboxone, deset klientů přejít na Suboxone nechtělo a z léčby vypadlo a deset klientů užívá metadon. DZ 004 má *zkušenost s jednou klientkou* užívající Subutex. V případě skupiny v DZ 001 se jednalo *přibližně o dvacet lidí* v průběhu celého fungování skupiny.

Všechna zařízení se shodují v tom, že se klienti užívající Subutex *problematicky* zařazovali do aktivit jednotlivých zařízení, a uváděla následující potíže: *problémy s dodržováním režimu, nedisciplinovanost, porušování pravidel, neúčast na aktivitách*; DZ 004 uvedlo relaps po velmi krátké době, tendence vypadávat.

V otázce fungování ve skupinové práci se zařízení 007 a 001 shodla na tom, že substituovaní klienti mají *nízkou úroveň motivace*, s čímž souvisí *nízká aktivita*, což může vést ke *zpomalování ostatních členů skupiny*. V DZ 011 se během skupinových sezení řeší důvody toho, že „někteří klienti mohou nadále brát a jiní nikoli“. V zařízení 004 byla klientka otevřená a spolupracující, skupině však nebylo sděleno, že užívá Subutex. DZ 014 uvedlo, že tito klienti *nejsou tolik otevření a bojí se terapie*.

Kontakt substituovaných klientů s dalšími členy skupiny by se dal charakterizovat jako „normální“, alespoň ze strany substituovaných klientů. Ze strany ostatních členů skupiny lze vzájemný kontakt popsat jako *problematický*. V DZ 011 jsou označováni jako „černé ovce mezi bílými a jsou méně akceptováni“; DZ 014 uvedlo, že pokud se jedná o klienty užívající

substituci méně než jeden rok, je přístup celé skupiny odtažitější; dotyčného klienta označují jako „feťáka“; v případě dlouhodobého užívání substituce však vzniká „partnerský vztah“ mezi skupinou a klientem i mezi terapeutem a klientem. V zařízení 001 se kontaktem se substituovanými klienty zvýšil počet relapsů nesubstituovaných.

Zařízení 007, 011 a 014 uvedla, že substituovaní klienti *spolupracují s terapeuti téměř bez problémů*. DZ 014 uvedlo, že zejména pokud klient „absolvoval již nějakou léčbu, nebo substituci užívá dlouhodobě, vytváří si velmi silný vztah s terapeutem“. DZ 001 opět zdůrazňovalo „nízkou úroveň motivace“ při spolupráci s terapeutem.

V otázce, zda je léčba v daném doléčovacím zařízení pro substituované klienty přínosná, se DZ 007 („jistě, každá léčba je přínosná“) a 014 („nemáme žádnou metodickou evaluaci, pouze reflexe od klientů, ale řekl bych ano) shodla. DZ 001 uvedlo, že léčba v jejich zařízení přínosná nebyla.

I doléčovací zařízení, která běžně substituované klienty přijímají, nebo mají s těmito klienty nějakou zkušenost, se ve svých přístupech k těmto klientům značně odlišují. Existují zařízení, která své služby substituovaným klientům nabízejí bez problémů, stejně jako zařízení, která je nabízejí, ale představuje to pro ně určité komplikace.

10.3. Důvody a postoje doléčovacích zařízení, která nepřijímají klienty užívající buprenorfin

Devět doléčovacích zařízení klienty užívající substituci *nepřijímá*, přičemž DZ 001 má s těmito klienty z minulosti zkušenosti (viz kapitola 10.2. *Výsledky týkající se doléčovacích zařízení, která přijímají klienty užívající Subutex*). Zařízení 008 přijímá tyto klienty pouze do *individuálního kontaktu*, neúčastní se tedy skupinové práce, protože „využívá dynamický přístup a na to je nutná čistá mysl a bystré kognitivní funkce, což užívání Subutexu vylučuje“. DZ 005 nemá se žádostí o doléčování klientem, který je substituován, ještě *žádnou zkušenost*.

Společným důvodem pro nepřijetí substituovaných klientů všech zařízení je to, že tito klienti *nejsou abstinující a abstinence je podmínkou pro vstup*. DZ 001 zdůrazňuje nízkou úroveň motivace, a že „Subutex je pouze pokus o jednoduché řešení životní situace“. DZ 002 přijímá pouze klienty „abstinující od všech drog a alkoholu“.

Pouze v zařízeních 002 a 010 se v tomto roce objevili zájemci o doléčování, kteří užívali substituci. DZ 001 uvedlo, že dnes již všichni klienti mají informaci o tom, že tyto služby neposkytuje. V DZ 013 se objevil jeden klient, bylo však zjištěno, že se jednalo o omyl (špatný kontakt).

Pouze dvě zařízení se přiklání k tomu, že by se substituovaní klienti *standardně zařazovali do aktivit zařízení*. DZ 012 uvedlo, že by to záviselo na *velikosti dávky a ovlivnění vědomí a kognitivních funkcí*. Šest DZ prohlásilo, že by se klienti zařazovali *problematicky a porušovali by pravidla*. DZ 008 se považuje za „vysokoprahový program“.

DZ 003, 005, 010 a 012 uvedla, že by substituovaní klienti fungovali ve skupinové práci standardně, ale záleží na *fázi skupiny, zda jsou skupiny podpůrné a přijímající a jestli je skupina informována*. Zbytek zařízení uvádělo tyto překážky: 001: „brždění ve skupině“, 002: „byla by tam velká závist od ostatních abstinujících klientů“, 008: „mohlo by to být ohrožující vzhledem k dynamickému způsobu práce“.

DZ 001, 002, 003 a 013 se shodují v tom, že by substituovaní klienti v kontaktu s dalšími klienty *nefungovali příliš dobře, zvýšil by se počet relapsů* ve skupině, vyskytovala by se *velká závist a odmítání* „abstinujících klientů“. Zařízení 005 uvedlo, že: „abstinující klienti občas sami zapomínají na to, že užívali substituci, alespoň někteří“. Zbylá zařízení (008, 010, 012) se shodují v tom, že by substituovaní klienti *fungovali normálně/standardně*. „Subutex je psychofarmakum, takže by neměl být problém,“ prezentovalo DZ 012. DZ 008 dokonce do doléčování přijímá abstinující alkoholiky.

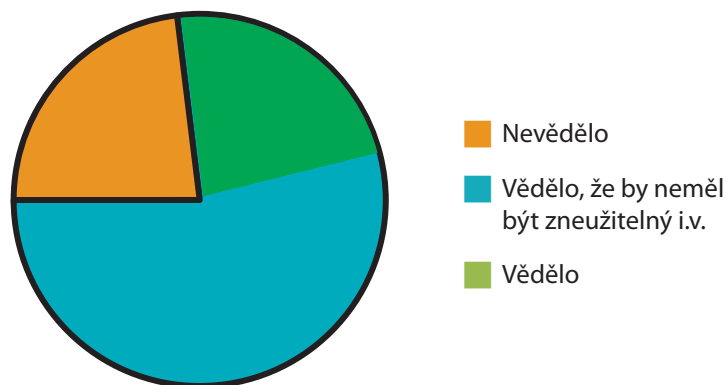
Pouze DZ 003, 005, 008 a 010 se přiklonila k tomu, že by substituovaní klienti *spolupracovali s terapeuty dobře*. Zbylá zařízení uvedla následující překážky ve spolupráci: DZ 001: „pro spolupráci s terapeutem mají tito klienti nedostatečnou motivaci!“, DZ 002: „substituce prostě není žádná léčba!“, DZ 012: „záleželo by na velikosti dávky a míře ovlivnění mysli a kognitivních funkcí“, 013: „substituovaní klienti by spolupracovali velmi obtížně“.

Tři DZ se shodla na tom, že by léčba v jejich zařízení *nebyla* pro substituované klienty *přínosná*. DZ 001 uvedlo, že: „u klientů na Subutexu nevidí žádnou motivaci“, 002: „museli by mít vlastní program, rozhodně nemíchat“. Zbylá zařízení se přiklonila k tomu, že *za určitých podmínek* by léčba přínosná *mohla být*. V DZ 003 nejsou prozatím nastaveni na spolupráci s těmito klienti, DZ 005 myslí, že každý program, kam klienti docházejí, je užitečný.

Zařízení, která substituované klienty nepřijímají, se ve svém přístupu k těmto klientům velmi shodovala. Nejvíce zdůrazňovala překážky ve spolupráci substituovaných klientů s terapeuty, týmem, ostatními klienty a jejich nízkou motivaci.

10.4. Výsledky týkající se konfrontačních otázek

Deset DZ *vědělo*, že na trh přichází nový substituční přípravek Suboxone. Pouze sedm zařízení však *vědělo*, že přípravek Suboxone by neměl být *zneužitelný intravenózně*. Následuje graf 2: Znalosti DZ o přípravku Suboxone.



Graf 2: Znalosti DZ o přípravku Suboxone

Zařízení 001, 002, 004 a 006 uvedla, že příchod přípravku Suboxone *nezmění jejich přístup* k substituovaným klientům a v budoucnosti tyto klienty určitě *přijímat nebudou*. Jako důvod udali, že *doléčování je určeno pouze pro 100% abstinující*.

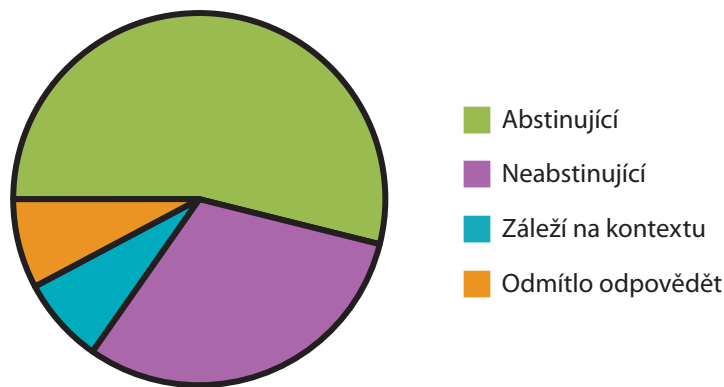
DZ 003, 008 a 012 *se hodlají přizpůsobit*, pokud se k těmto klientům změní přístup. Pokud by byla poptávka a v rámci celé organizace by došli k názoru, že je potřeba přijímat substituované klienty do doléčování, tak by se nebránila. DZ 012 zdůraznilo, že „určitě nebude jedno z prvních zařízení, které změní svůj přístup, ale posléze by se přidalo“.

DZ 005 propaguje, že: „šije program na míru klienta“, takže *pokud bude mít klient jako zakázku vyabstinovat, bude možné se domluvit*.

DZ 010 uvedlo, že příchod přípravku Suboxone pro něj není podstatný, že o *rozšíření programu již uvažovalo*.

Zařízení 007, 011 a 014 *budou i nadále přijímat klienty, kteří budou užívat buprenorfin*.

Sedm doléčovacích zařízení uvedlo, že podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí jsou substituovaní klienti *abstinující*, 4 DZ uvedla, že jsou *neabstinující*. Jedno DZ se *nedokázalo rozhodnout*: „záleží na kontextu“ a jedno DZ *odmítlo odpovědět*.



Graf 3: Přístupy DZ k substituovaným klientům

Většina zařízení věděla o příchodu nového substitučního přípravku Suboxone. Značně se však odlišovala v názoru, zda se jeho zavedením změní jejich přístup ke klientům užívající buprenorfinovou substituci. Všechna zařízení znala Mezinárodní klasifikaci nemocí, jejím diagnostickým vodítkem v případě substituovaných klientů se jich však řídí minimum doléčovacích zařízení.

10.5. Zajímavosti ve výsledcích výzkumného šetření

Výzkum ukázal na rozdíly v pohledu jednotlivých zařízení na otázku míry abstinence klienta z celkového pohledu užívání jakýchkoli látek.

DZ 001 *nepřijímá* klienty, kteří užívají jakoukoli psychiatrickou medikaci, zejména benzodiazepiny. Alkohol však klienti tohoto DZ užívat *mohou* „v rozumné míře“. Pokud má klient „nějakou reálnou psychiatrickou diagnózu a medikaci“, tak ho DZ 002 přijme, zdůrazňuje však, že: „substituce není žádná opravdová léčba“. V případě psychiatrické medikace v DZ 008 o zařazení do skupinové psychoterapie rozhoduje to, zda skupinová práce bude pro klienta i skupinu *bezpečná*. Toto rozhodnutí je konzultováno s psychiatrem, který medikaci předepisuje. DZ 012 přijímá klienty užívající psychiatrickou medikaci bez problémů. Zbylá zařízení se k dané otázce nevyjádřila.

DZ 014 má velmi *podporující a vstřícný přístup* k substituovaným klientům, kteří získávají substituci legálně. Substituci obecně považují jako *podporu v abstinenci*. Respondent z tohoto DZ byl velmi erudovaný v oblasti substituce a celkového mezioborového přístupu k léčbě závislosti.

Doléčovací zařízení 007 se velmi liší od zbylých dvanácti zařízení v České republice. V rámci jednoho pracoviště je klientům nabízena ambulantní léčba, substituce i doléčování, a všechny tři složky se tomto zařízení navzájem velmi prolínají. Zařízení je také specifické dobou svého provozu v délce 45 let.

Zařízení 005 se ukázalo jako velmi *pružné a přizpůsobivé* aktuální poptávce.

10.6. Souhrn nejdůležitějších zjištění

1. Existuje v České republice doléčovací zařízení, které nabízí své služby, včetně skupinové psychoterapie, klientům substituovaným buprenorfinem?

V České republice existují tři doléčovací zařízení, která své služby, včetně skupinové psychoterapie, běžně nabízejí substituovaným klientům. Jedná se tedy o výraznou menšinu. Jedno DZ přijímá substituované klienty do individuálního kontaktu a jedno DZ má aktuální zkušenost s klientkou užívající Subutex.

2. Jsou klienti, užívající buprenorfinovou substituci, označováni jako abstinující nebo jako neabstinující, tudíž uživatelé?

Ve vnímání klientů užívající buprenorfinovou substituci existují rozdíly. Osm zařízení vnímá klienty užívající Subutex jako neabstinující klienty, dvě zařízení je vnímá jako abstinující a tři zařízení se rozhodují mezi oběmi variantami podle situace daného klienta.

3. Jaké jsou důvody doléčovacích zařízení přistupovat k substituovaným klientům jako k uživatelům?

Nejčastější uvedenou překážkou ve vnímání substituovaných klientů jako abstinujících, je náhled na substituci jako na neregulérní léčbu. Klienty, kteří se jí podrobují DZ, považují za stále užívající, pouze jiné látky než předtím. Jednotlivá zařízení zdůrazňovala nízkou úroveň motivace u substituovaných klientů a ovlivnění kognitivních funkcí a myšlení, což podle některých zařízení pro skupinovou psychoterapii „není vhodné“.

4. Změní se přístup doléčovacích zařízení k těmto klientům, pokud budou užívat nový substituční přípravek Suboxone, který by neměl být zneužitelný intravenózně?

Čtyři doléčovací zařízení uvedla, že příchod přípravku Suboxone nezmění jejich přístup k substituovaným klientům a v budoucnosti tyto klienty určitě přijímat nebudou. Jako důvod udala, že doléčování je určeno pouze pro 100% abstinující. Tři doléčovací zařízení se hodlají přizpůsobit, pokud se k těmto klientům změní celkový přístup. Pokud by byla poptávka a v rámci celé organizace by došli k názoru, že je potřeba přijímat substituované klienty do doléčování, tak by se nebránila. Jedno ze zařízení propaguje, že: „šije program na míru klienta“, takže pokud bude mít klient jako zakázku vyabstinovat, bude možné se domluvit. Další zařízení uvedlo, že příchod přípravku Suboxone pro něj není podstatný, o rozšíření programu již uvažovalo. Tři doléčovací zařízení budou i nadále přijímat klienty užívající buprenorfin.

5. Znají doléčovací zařízení desátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí a řídí se jejím diagnostickým vodítkem pro zařazení substituovaných klientů do odpovídající kategorie abstinujících klientů?

Mezinárodní klasifikací nemocí znala všechna doléčovací zařízení. Ne všechna se však řídí jejím diagnostickým vodítkem. Přestože sedm doléčovacích zařízení uvedlo, že podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí jsou substituovaní klienti abstinující, pouze tři zařízení k těmto klientům takto přistupují. Čtyři zařízení uvedla, že je považuje za neabstinující. Jedno zařízení se nedokázalo rozhodnout: „záleží na kontextu“ a jedno zařízení odmítlo odpovědět.

11. Diskuze

V České republice nebyla situace klientů užívajících buprenorfin v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie dosud výzkumně hodnocena. Proto nelze výsledky této studie srovnat s žádným obdobným výzkumem.

Z tohoto důvodu byl ke konzultaci přizván MUDr. Jiří Presl, mnohaletý odborník na substituci, se kterým byly výsledky této studie a jejich možné vysvětlení diskutováno.

Výsledky ukazují velmi odlišný přístup jednotlivých doléčovacích zařízení v České republice ke klientům substituovaným buprenorfinem. Některá zařízení přistupují k substituovaným klientům jako ke klientům abstinujícím, poskytují své služby bez rozdílu klientům substituovaným i klientům nesubstituovaným, a nevidí v tom žádnou překážku. Výzkum však ukázal, že v současné době většina doléčovacích zařízení považuje klienty substituované buprenorfinem za klienty užívající návykové látky. Substituci chápou jako překážku pro poskytování svých služeb. Lze to dát do souvislosti s *obecným strachem z práce se závislými lidmi*. Pokud také klient užívá dlouhodobě stabilní dávku buprenorfinu, nejsou ovlivněny kognitivní funkce ani vědomí; naopak například benzodiazepiny, které mají sedativní účinek, mohou ovlivňovat jak vědomí i kognitivní funkce. Přitom některá doléčovací zařízení přijímají klienty, kteří legálně užívají benzodiazepiny.

Některá doléčovací zařízení zdůrazňovala nízkou úroveň motivace u substituovaných klientů. MUDr. Presl (2008) uvádí: „Buprenorfin obecně motivaci nesnižuje, záleží na individualitě konkrétního klienta, jeho osobnosti a intelektu. Toto nelze zobecnit na celou skupinu klientů užívajících buprenorfin.“

Substituovaným klientům také doporučuje docházet na psychoterapii. Na otázku, zda by doporučil uzavřenou skupinu pouze pro substituované klienty nebo otevřenou namíchanou skupinu, odpovídá: „Opět je to individuální a nelze to zobecnit na celou skupinu substituovaných klientů. Někdy nemusí skupina fungovat i u nesubstituovaných klientů.“

V příbalových informacích přípravků Subutex i Suboxone není uvedeno, že by užívání těchto přípravků bylo kontraindikací pro vykonávání pracovní činnosti, kromě upozornění, že oba přípravky mohou vyvolat ospalost. Pokud tedy cítí klient ospalost, měl by dbát na zvýšenou pozornost při obsluze strojů a řízení dopravních prostředků. Jak uvádí MUDr. Presl (2008): „Tyto činnosti nejsou kontraindikovány, z jakého důvodu by tedy měla být kontraindikována skupinová psychoterapie, jak uvádějí některá doléčovací zařízení?“

Na otázku, proč se doléčovací zařízení neřídí desátou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí ohledně zařazení substituovaných klientů mezi klienty abstinující, případně substituční léčbu nepovažují za legální léčbu odpovídá: „Doléčovací zařízení stojí tak trochu mimo, npracují s MKN-10.“

Z jakých důvodů tedy některá doléčovací zařízení přistupují k substituovaným klientům jako ke klientům beroucím, když jiná zařízení je automaticky berou jako abstinující? Je tímto důvodem typ využívaného psychoterapeutického směru? Jsou tyto služby limitované finančními prostředky a zařízení se obávají, že s rozšířením služeb by vzrostly náklady, které si nemohou dovolit? Nebo je jednou z příčin obava doléčovacích zařízení, jak by se na ně dívala ostatní zařízení z oblasti služeb pro uživatele nelegálních návykových látek, po rozšíření svých služeb mezi substituované klienty a tím i přijetí toho, že substituovaný se rovná abstinující?

Je otázka situace klientů substituovaných buprenorfinem záležitostí pohledu celé, nejen odborné společnosti? Pokud by v doléčovacích zařízeních pracovali jiní odborníci a pracovníci, bylo by více zařízení, která by své služby nabízela i substituovaným klientům, anebo je nutné změnit pohled celé společnosti na substituci jako takovou a uznání substituce jako legální léčby se vším všudy? Zda by bylo vhodné, aby vznikl nový typ doléčovacího zařízení pouze pro substituované klienty, nelze říci a i názory odborníků na to, zda je substituovaný klient abstinující, se budou nadále lišit.

Z této diskuze vyplývá, že situace klientů substituovaných buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie je závislá především na jednotlivých lidech, kteří pracují v tomto specifickém oboru, na jejich otevřenosti, míře předsudků a toleranci. Zda se klient užívající buprenorfinovou substituci bude cítit jako abstinující nebo jako neabstinující, je již také zcela na něm samotném.

Z metodologického hlediska může být omezením této výzkumné studie nedostatečně velký výzkumný soubor, ačkoli se ve skutečnosti jedná o soubor základní. Za další negativum lze označit to, že data byla poskytnuta vždy pouze jedním pracovníkem z každého zařízení a také to, že byla sbírána elektronicky a po telefonu. Pokud by bylo využito metody osobního interview a znásobil se počet respondentů za každé doléčovací zařízení, mohla by být získaná data bohatší, vyžadovalo by to ale výrazně více času a vyšší náklady, které přesahují možnosti bakalářské práce.

12. Závěr

Výzkumná studie zhodnotila situaci klientů substituovaných buprenorfinem v doléčovacích zařízeních v kontextu skupinové psychoterapie v České republice, byl tedy splněn hlavní cíl práce.

Využitím kombinace metod elektronického dotazníku a semistrukturovaného telefonického interview byla získána potřebná data od všech doléčovacích zařízení v České republice.

V teoretické části práce byla představena substituční terapie buprenorfinem, doléčovací zařízení, možnosti a meze využití skupinové psychoterapie a desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Během rešerše nebyly nalezeny žádné domácí ani zahraniční studie a výzkumy vztahující se přímo k tématu klienta substituovaného buprenorfinem v doléčovacích zařízení v kontextu skupinové psychoterapie. Už vzhledem k tomuto faktu lze studii ohodnotit jako přínosnou pro celou oblast služeb a zařízení, které pracují s uživateli nelegálních návykových látek.

V budoucnu by bylo vhodné věnovat se této oblasti podrobněji a rozsáhleji a zaměřit se na změny postojů doléčovacích zařízení k substituovaným klientům. Zajímavou otázkou pro budoucí výzkum by také mohlo být prozkoumání determinant postojů k substituovaným klientům, tedy možných příčin pro odmítavý nebo akceptující pohled konkrétního pracovníka.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Délka praxe pracovníků jednotlivých DZ	44
Tabulka 2: Typy dalších služeb a počet DZ, které je poskytují	44
Tabulka 3: Počet DZ s počtem úvazků na pozici terapeuta	45
Tabulka 4: Počet DZ s počtem úvazků na pozici sociálního pracovníka	45
Tabulka 5: Aktivity a služby nabízené jednotlivými DZ	46

Seznam grafů

Graf 1: Jak vnímají DZ klienty užívající Subutex.....	53
Graf 2: Znalosti DZ o přípravku Suboxone	57
Graf 3: Přístupy DZ k substituovaným klientům	58

Internetové zdroje

www.drogovaporadna.cz

www.uzis.cz

www.drogy-info.cz

www.suboxone.com

www.emea.eu.int

www.buprenorphine.samhsa.gov

www.mednews.cz

Literatura

- Ambrož M., Janoušková O., Kolenatá O., Šilarová V., Veis Š. (2007):
Manuál dobré praxe – Pracovní a sociální agentura o. s. Sananim.
- Hendl J. (1997): Úvod do kvalitativního výzkumu. Karolinum.
- Kalina a kol. (2001): Glosář pojmů. Filia. UV ČR.
- Kalina a kolektiv. (2003): Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup 1, 2.
- Kalina K., (2000): Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě závislostí. Inverze/Sananim,
- Kalina K., Doksanská V., Minařík J. (2002): Relaps a předčasné ukončení
léčby u klientů denního stacionáře Sananim v období 1998–2001. Referát
na výročí České společnosti pro návykové nemoci. Hradec Králové.
- Kayemba-Kays, Poitiers (2003): Abstinenční syndrom po buprenorfinu
u novorozenců, zpráva o 13 případech úmrtí. Francie.
- Kratochvíl S. (1976): Psychoterapie. Praha. Avicium.
- Kratochvíl S. (1997): Základy psychoterapie. Portál.
- Kratochvíl S. (2001): Skupinová psychoterapie v praxi. Galen.
- Kratochvíl S. (2005): Skupinová psychoterapie v praxi. Galen.
- Kuda A. (2000): Následná péče, In Nováková D. a kol: Drogy
ze všech stran II. Praha. Edice Filia. Institut Filia.
- Kuda A. (2000): Prevence relapsu – manuál pro vedení skupin. P-centrum Olomouc.
- Kuda A. (2001): Následná péče jako klíčový faktor v systému
léčby závislostí. Adiktologie. Ročník 1, číslo 2.
- Lacroix et al., Toulouse: Buprenorfin u těhotných žen závislých
na opiátech, výsledky prospektivní studie. Francie
- Ling, Charuvastra, Collins (1998): Multicentrická randomizovaná
studie sledující setrvání závislých klientů na opioidech v léčbě
- Lintzeris N., Ford C. NTA (2005): Buprenorphine
Evidence to Practise Briefing Forthcoming.
- Marlatt A. G., Baret R., In Galanter M., Keber H. D. (1994): Relapse prevention,
(eds) The Textbook of Substance Abuse Treatment. American Psychiatric Press.
- Miller William R., Rollnick S. (2004): Motivační rozhovory. Sdružení SCAN.
- Miovský. M. (2006): Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Grada.
- MUDr. Randák D. (2005): Výzkum charakteristiky a kvality života
uživatelů substituční léčby Subutexem. Atestační práce.
- MUDr. Zábranský, EMCDDA (2/2003): Zaostrěno na
drogy. Praha. Národní monitorovací středisko.

- Národní monitorovací středisko (2003–2006): Výroční zpráva ve věcech drog v České republice. Praha.
- Nešpor K., Scémy L. (1999): Bažení: Společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha: Sportprag.
- Podmajerský P., Prillinger J. (2001): Ozdravenie rodiny jednotlivcov pri drogových zavislostiach. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholný obzor). Ročník 36, číslo 3.
- Popov P. (21. 10. 2004): MedNews
- Procházka J., Norcross J. (1999): Psychoterapeutické systémy. Grada.
- RVKPP (31. 10. 2003): Certifikační standardy odborné způsobilosti, obecné a speciální. Sborník FF UK (1995).
- Shering Plough (2000): Monografie přípravku Subutex. Česká republika.
- Ševela K., Ševčík P., Kraus R. a kolektiv. (2002): Akutní intoxikace v intenzivní medicíně. Avicenum. Grada.
- Ullmann H., Mohr K., Ziegler A., Bieger S. (2001): Barevný atlas farmakologie. Avicenum. Grada.
- UNODC (2004): Investing in Drug Abuse Treatment. A Discussion Paper for Policy Makers.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky – ÚZIS ČR.
- Verster A., Bunning E. (2007): Buprenorfin – rozbor kritických otázek. Národní monitorovací středisko. ÚV ČR.
- Vymětal J. (2007): Lékařská psychologie. Portál.
- Wanigaratne S. at al. (1990): Relaps Prevention – Manual for Therapists. Blackwell Science. London.
- WHO (2004): Point Positron Paper Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention. United Nations Office on Drug and Crime.
- WHO, Psychiatrické centrum Praha (2000): MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování. 2. vydání.
- Zaig J. (2005): Umění psychoterapie. Portál.
- Zákon č. 379/2005 Sb. Ve své novelizované podobě, o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Účinnost dnem 1. ledna 2006.

Přílohy

Příloha 1 – Informovaný souhlas	69
Příloha 2 – Pokyny k vyplnění dotazníku	70
Příloha 3 – Dotazník.....	71
Příloha 4 – Tabulka.....	72

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s použitím získaných dat jako podkladu ke zpracování bakalářské práce

Já,, souhlasím s účastí ve výzkumu a s použitím dat o našem léčebném zařízení, získaných písemně a telefonicky, na základě předchozí domluvy. Tato data budou použita jako podklad pro zpracování bakalářské práce studentky Nory Staňkové; obor adiktologie; Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a Všeobecné fakultní nemocnice Univerzity Karlovy v Praze.

Prohlašuji, že mně Nora Staňková podrobně informovala o cílech výzkumu, jeho průběhu a etických zásadách, které budou dodrženy; prohlašuji dále, že zodpovídá všechny mé případné dotazy a že jsem všemu porozuměl/a.

Data potřebná k výzkumu poskytuji dobrovolně. Kdykoliv mohu z výzkumu i bez udání důvodu odstoupit, požádat o znehodnocení dat nebo o to, aby mnou poskytnutá data nebyla ve výzkumu použita.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že data budou zpracovávána anonymně a jejich zpracování bude provedeno v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů; zákon č. 101/2000 Sb.

V případě jakýchkoliv dotazů se mohu obrátit na vedoucího bakalářské práce, Mgr. Jaroslava Vacka, tel. 777 815 149, e-mail: vacek@adiktologie.cz

.....

místo, datum, podpis

Příloha 2 – Pokyny k vyplnění dotazníku

Pro vyplnění budete potřebovat program Adobe Reader. Ke stažení např. zde:

http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2_allversions.html

Pečlivě prosím vyplňte všechna pole, poté stiskněte „Odeslat e-mailem“.

Otevře se váš výchozí e-mailový klient (Outlook, Thunderbird, atp.) s vyplněnou adresou pro odeslání a v příloze se souborem .xml. Zprávu tedy stačí jen odeslat.

Pokud nepoužíváte e-mailového klienta a zprávy posíláte např. přes webové rozhraní (používáte tedy internetový prohlížeč seznam, centrum, atlas atd.), klepněte pravím tlačítkem na soubor v příloze (xml) a zvolte příkaz Uložit jako. Tento soubor poté, prosím, odešlete přes rozhraní, které používáte na adresu nora@jacquelinne.cc

Vyplnění tohoto dotazníku zabere přibližně 15 minut.

V případě jakýchkoli potíží nebo dotazů mě prosím kontaktujte na telefonním čísle nebo e-mailu:

Nora Staňková, 777 036396, e-mail nora@jacquelinne.cc

Příloha 3 – Dotazník

1. Na jaké pozici ve vašem zařízení pracujete?	<input type="text"/>
1a. Pokud nejste vedoucí pracovník, jste jím pověřená osoba?	<input type="text"/>
2. Jak dlouho ve vašem zařízení pracujete?	<input type="text"/> měsíců
3. Jak dlouho funguje vaše zařízení?	<input type="text"/> měsíců
4. Jste:	<input type="text"/>
4a. Pokud jste součástí větší organizace, jaké další služby poskytujete?	
<input type="checkbox"/> detoxifikace	<input type="checkbox"/> stacionární programy
<input type="checkbox"/> terénní programy	<input type="checkbox"/> krátko- a střednědobá ústavní léčba
<input type="checkbox"/> kontaktní a poradenské služby	<input type="checkbox"/> rezidenční péče v terapeutických komunitách
<input type="checkbox"/> ambulantní léčba	<input type="checkbox"/> substituční léčba
5. Spolupracujete s nějakým dalším zařízením v oblasti drogových služeb?	<input type="text"/>
5a. Pokud ano, tak s jakým a jak vypadá vaše spolupráce?	<input type="text"/>
6. Kdo je vaším zřizovatelem?	<input type="radio"/> Stát <input type="radio"/> NZO <input type="radio"/> Jiné: <input type="text"/>
7. Uvedte počet vašich klientů za rok:	<input type="text"/>
8. Uvedte počet úvazků ve vašem zařízení v současné době:	
8a. Počet terapeutických úvazků:	<input type="text"/>
8b. Počet úvazků sociálního pracovníka:	<input type="text"/>
8c. Počet jiných úvazků, vypište prosím:	<input type="text"/>
9. Jaká je kapacita vašeho zařízení?	<input type="text"/>
10. Jaké služby vaše zařízení nabízí?	
<input type="checkbox"/> individuální psychoterapie	<input type="checkbox"/> krizová intervence
<input type="checkbox"/> skupinová psychoterapie	<input type="checkbox"/> vzdělávací aktivity
<input type="checkbox"/> arteterapie	<input type="checkbox"/> spolupráce a podpora rodin
<input type="checkbox"/> nácvik sociálních dovedností	<input type="checkbox"/> jiné: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> motivační trénink	
Děkuji za vyplnění.	<input type="button" value="př Odeslat"/>

Příloha 4 – Tabulka

Příložena v samostatném listu.