

# UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE



**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA PEDAGOGICKÉ A ŠKOLNÍ PSYCHOLOGIE**

Analýza poradensko-terapeutického procesu  
v substitučním programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-  
Centrum

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem touto diplomovou prací vypracovala své vlastní odborné práce a že jsem ji vypracovala samostatně.

Návrh závěrečné práce jsem vypracovala pod dohledem svého vedoucího diplomové práce, PhDr. Petra Goldmanna.

V Praze dne 12. 12. 2016

Markéta Miláčková

Zpracovala: MgA. Markéta Miláčková  
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Petr Goldmann

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 Zákona č.121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

V Praze dne 20.12.2005





**Miláčková, M. *Analýza poradensko-terapeutického procesu v rámci substitučního programu Subutexem® o.s. Prev-Centrum.* Praha, 2005, 130 s. + 25 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogické a školní psychologie. Vedoucí práce P. Goldmann. Oponent práce J. Procházková.**

Tato diplomová práce se věnuje analýze terapeuticko-poradenského procesu v substitučním Subutexem® pražského o.s. Prev-Centrum. S ohledem na současné poznatky si klade otázky nad tímto procesem i programem samotným.

V teoretické části uvádí autorka na základě české i zahraniční literatury přehled současných poznatků v oblasti problematiky užívání návykových látek, především opiátů, a péče o jejich uživatele. Mapuje současnou situaci v České republice v této oblasti. Zabývá se farmakoterapeutickou složkou i psychosociální složkou léčby závislostí na opiátech s důrazem na použití buprenorfinu, Subutexu®.

V praktické části práce analyzuje autorka na základě těchto teoretických poznatků dva konkrétní případy vlastní poradensko-terapeutické práce s klienty v substitučním programu Subutexem®. Pojmenovává klíčové momenty terapeutického procesu, hledá jejich příčiny a následky a zamýšlí se nad aplikací zjištěných okolností do budoucího vývoje konceptu substitučního programu Subutexem® o.s. Prev-Centrum v Praze.

**Klíčová slova:** návykové látky, drogové závislosti, opiáty, substituce, Subutex®, léčba drogových závislostí, terapie a poradenství v léčbě drogových závislostí.



**Miláčková, M. *Analysis of consulting and therapeutic process in The Subutex® substitution programme PreV-Centrum, NGO.* Praha, 2005, 130 s. + 25 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Pedagogická fakulta. Katedra pedagogické a školní psychologie. Vedoucí práce P. Goldmann. Oponent práce J. Procházková.**

This diploma paper focuses on the analysis counselling process in The Subutex® substitution programme PreV-Centrum, NGO, in Prague. On the strength of contemporary knowledge questions are asked about both this process and the whole programme.

The theoretical part of this paper overviews contemporary knowledge on drug abusing; focussing on opioids, drug dependence and drug addiction and possibilities of drug users' treatment. It maps the situation in this field in the Czech Republic at the present time. This paper concentrates on both pharmaceutical and psychosocial stages of drug treatment, with special attention on the use of buprenorphine (Subutex®) as substitution.

In the practical part of this paper the author analyzes her own factual examples of counselling praxis in The Subutex® substitution programme, with regard for previous theoretical basis. Pointing to key moments of this counselling process she is looking for their reasons and consequences, and considering the practical use of final statements in The Subutex® substitution programme PreV-Centrum, NGO.

**Key words:** habit forming substance, drug dependence, drug addiction, opioids, substitution, Subutex®, buprenorphine, drug treatment, therapy and counselling in drug treatment

1	Úvod .....	8
2	Problematika návykových látek .....	9
2.1	Protidrogová politika .....	10
2.1.1	Současná situace užívání drog v České republice .....	11
2.1.2	Stručná historie zneužívání opiátů .....	14
2.2	Drogové závislosti v MKN-10 a DSM-IV .....	16
2.3	Bio-psycho-sociální model závislostí .....	19
2.4	Důsledky drogových závislostí .....	21
2.4.1	Účinky opiátů v CNS .....	22
3	Léčba drogových závislostí .....	25
4	Systém péče o uživatele návykových látek v ČR .....	27
4.1.2	Strategie „harm reduction“ v systému péče o uživatele návykových látek 31	
4.1.3	Farmakoterapie v léčbě závislostí .....	33
4.2	Substituce jako specifická forma farmakoterapie závislostí .....	34
4.2.1	Stručná historie substituce .....	38
4.2.2	Subutex® .....	39
4.2.3	Metadon versus Subutex® .....	43
4.2.4	Substituční programy Subutexem® v Praze .....	44
4.3	Psychoterapie a poradenství v systému péče o uživatele návykových látek 51	
4.3.1	Psychoterapie a poradenství – rozdíly a shody .....	52
4.3.2	Procesy, stádia a úrovně změny .....	55
4.3.3	Fáze terapeuticko-poradenského procesu, vývoj terapeutického vztahu 62	
4.3.4	Specifika práce s uživateli návykových látek .....	65

4.3.5	Prevence relapsu .....	68
4.3.6	Možné chyby v terapii závislostí .....	71
5	Praktická část – analýza případových studií .....	74
5.1	ESTER .....	75
5.1.1	Anamnéza .....	75
5.1.2	Průběh terapie.....	77
5.1.3	Supervize .....	80
5.1.4	Další průběh terapie .....	82
5.1.5	Shrnutí.....	93
5.2	KAMIL.....	94
5.2.1	Anamnéza .....	94
5.2.2	Zakázka.....	95
5.2.3	Průběh terapie.....	96
5.2.4	Druhý pokus .....	108
5.2.5	Shrnutí.....	120
5.3	Závěry analýzy .....	121
6	Závěr .....	124
7	Seznam literatury.....	126
8	Přílohy .....	131

Motto: **„Podmínkou efektivnosti programu je jeho schopnost vyjít vstříc skutečným, nikoli domnělým potřebám klienta.“** (M. Miovský)

## 1 Úvod

Péče o uživatele návykových látek vyžaduje znalosti z farmakoterapie, psychoterapie a poradenství, přehled o kompletní nabídce služeb pro uživatele návykových látek, základní znalosti ze sociální a právní oblasti, medicíny, historie a další. Jedná se o multidisciplinární oblast. Diplomová práce Analýza poradensko-terapeutického procesu v rámci Substitučního programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-Centrum se snaží podat co nejširší relevantní teoretický rámec substitučního programu, v němž autorka pracuje jako poradce-terapeut.

Autorka vychází ze současných poznatků českých i zahraničních teoretiků a praktiků, české i zahraniční literatury<sup>1</sup>, aby objasnila teoretická východiska psychosociální složky pražského substitučního programu Subutexem<sup>®</sup> v Centru poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum. z části vychází autorka z vlastních teoretických i praktických znalostí, dovedností, zkušeností, které nabyla studiem (psychologie a speciální pedagogika, PedF Univerzity Karlovy), při psychoterapeutickém výcviku (Gestalt terapie IGT Praha), během několikaleté praxe poradensko-terapeutické práce s klienty závislými na návykových látkách (téměř 3 roky v terapeutické komunitě Karlov o.s. Sananim a rok v Centru poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum) a dalších vzdělávacích aktivitách.

V první části se autorka věnuje drogové problematice z obecného hlediska. Objasňuje strategie protidrogové politiky, přibližuje současnou situaci v České republice, dodává historický pohled. Osvětluje bio-psycho-sociální model závislosti jako východisko svého pohledu na celou problematiku, vyjasňuje definici závislosti dle současných diagnostických manuálů, a přibližuje důsledky, které užívání

---

<sup>1</sup> Všechny překlady citované cizojazyčné literatury jsou vlastními překlady autorky této diplomové práce a jsou určeny výhradně pro účely této diplomové práce.

návykových látek přináší. Vzhledem k zaměření práce je v této části kladen velký důraz na opiáty a některé kapitoly se zabývají pouze jimi.

Druhá část této diplomové práce se zaměřuje na možnosti léčby drogových závislostí. Autorka popisuje systém péče o uživatele návykových látek v České republice, blíže se věnuje strategii harm-reduction (snižování škod). Opět s ohledem na téma práce je velká pozornost věnována jedné z oblastí farmakoterapie závislostí, substituci, především pak používání Subutexu®. Kapitulu doplňuje obsáhlá část zaměřená na psychoterapii a poradenství v léčbě závislostí. v této části hledá autorka shody a rozdíly psychoterapie a poradenství, blíže vysvětluje koncept teorie změny a prevence relapsu. Věnuje se terapeutickému vztahu a procesu obecně, zabývá se i specifiky práce s uživateli návykových látek. v závěru upozorňuje na chyby možné v práci se závislími.

Poslední, stěžejní, část práce se zabývá analýzou dvou konkrétních případových studií autorčiny poradensko-terapeutické práce s klienty v Substitučním programu Subutexem® o.s. Prev-Centrum. Na základě poznatků z předchozích kapitol rozebírá autorka terapeuticko-poradenský proces, snaží se objevit a pojmenovat jeho klíčové momenty, objasnit jejich příčiny a odhadnout následky.

Ze svých závěrů čerpá autorka poučení jednak pro svou vlastní terapeuticko-poradenskou praxi, jednak nabízí jejich využití v budoucím vývoji celého Substitučního programu Subutexem®, vycházejíc z motto M. Miovského.

## 2 Problematika návykových látek

Problém drog, jejich šíření, zneužívání apod., je problémem globálním<sup>2</sup>. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) uveřejnilo ve své výroční zprávě za rok 2005, že v Evropské unii jsou momentálně zhruba dva milióny problémových uživatelů drog.<sup>3</sup> Autorka se v této části práce snaží zasadit problematiku užívání návykových látek do širšího celospolečenského kontextu.

---

<sup>2</sup> Viz Kalina v úvodu publikace *Drogy a drogové závislosti*, Kalina 2003a.

<sup>3</sup> Mravčík 2005. Problémové užívání definuje EMCDDA jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu.

V první kapitole se věnuje protidrogové politice, obecně i konkrétně v České republice, popisuje současnou situaci v oblasti užívání návykových látek v České republice a stručně se obrací do historie. Kapitoly se koncentrují především na problematiku užívání opiátů, což vyplývá z kontextu celé této diplomové práce.

V dalších kapitolách se zaměřuje na diagnostiku drogových závislostí, současné teoretické modely vysvětlující vznik závislostí, především bio-psycho-sociální model, a důsledky, které drogové závislosti přináší v různých oblastech života uživatele.

## **2.1 Protidrogová politika**

Strategické přístupy protidrogové politiky vycházejí z toho, že jako každý jiný trh, má i nezákonný trh s návykovými látkami stranu nabídky a stranu poptávky. Snižování nabídky a snižování poptávky jsou tedy dva hlavní strategické přístupy v otázce drog.

Termín snižování nabídky (supply reduction) je pojem „užívaný pro širokou škálu aktivit vytvořených pro zastavení či omezení výroby a distribuce kontrolovaných drog“<sup>4</sup>. Kontrolovanými látkami jsou zde myšleny „psychoaktivní substance a jejich prekuzory, jejichž dostupnost je zakázána podle mezinárodních úmluv kontroly drog nebo limitována pro použití lékařských a farmaceutických postupů“<sup>5</sup>. Kalina<sup>6</sup> pojmenovává tři základní opatření strategie snižování nabídky. Jsou jimi administrativní kontrola, která zabraňuje nelegálnímu úniku legálních drog používaných v medicíně a jinde, zákonná represe eliminující trestnou činnost v produkci, transitu a obchodu, a eradikace zemědělské produkce, jež spočívá v kompletní rekonstrukci venkovských oblastí produkujících rostliny používané k výrobě omamných látek.

Snižování poptávky (demand reduction) je termín používaný „v souvislosti s cílem snížit vyhledávání a konzumaci drog na straně zákazníka nezákonného trhu –

---

<sup>4</sup> Kalina 2003a, s. 16

<sup>5</sup> Kalina 2003a, s. 16

<sup>6</sup> Kalina 2003a.

především zákazníka potenciálního, ale též již existujícího konzumenta.“<sup>7</sup> Strategie snižování poptávky působí zásadně nerepresivně. Zastřešujícím pojmem pro opatření této strategie je prevence. Kalina ji dle WHO rozděluje na prevenci primární, sekundární a terciární. v oblasti primární prevence jde o „předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň odložení kontaktu s drogou do vyšších věkových kategorií.“<sup>8</sup> Prevence sekundární znamená „předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, případně se na ní stali závislími. Obvykle používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení.“<sup>9</sup> Terciární prevenci definuje Kalina jako „předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu postižení z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů.“<sup>10</sup>

Česká republika se ve své protidrogové politice řídí Národní strategií protidrogové politiky, kterou vydává Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Úřad české vlády vždy na čtyři roky. Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009<sup>11</sup> navazuje na předchozí strategii a stanovuje čtyři hlavní pilíře protidrogové politiky České republiky: primární prevenci, léčbu a resocializaci, snižování rizik, snižování dostupnosti drog.

### **2.1.1 Současná situace užívání drog v České republice**

Situace v oblasti užívání drog je v České republice srovnatelná s ostatními zeměmi Evropské unie, situace v oblasti užívání drog je poměrně stabilizovaná.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004<sup>12</sup> udává zhruba 30.000 problémových uživatelů drog<sup>13</sup>, z toho 90% injekčních uživatelů

---

<sup>7</sup> Kalina 2003a, s. 16

<sup>8</sup> Kalina 2003a, s. 17

<sup>9</sup> Kalina 2003a, s. 17

<sup>10</sup> Kalina 2003a, s. 17

<sup>11</sup> Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Úřad české vlády 2005.

<sup>12</sup> NMS, Praha 2005

drog. Alarmující je vysoké procento problémových uživatelů infikovaných virovou hepatitidou typu B a C , jedná se přibližně o 30% problémových uživatelů (u klientů substitučních programů a uvězněných jde dokonce o 60%). Promořenost toxikomanické populace virem HIV zůstává pod hladinou 1%, přestože počet nově hlášených uživatelů nakažených virem HIV stoupl v roce 2004 na 7 (oproti 1 až 5 z předchozích let).

Uživatelů heroinu je z celkového počtu problémových uživatelů odhadována zhruba třetina (9700 problémových uživatelů heroinu, 20 300 pervitinu), přičemž roste počet uživatelů Subutexu<sup>®</sup> z černého trhu, kteří užívají Subutex<sup>®</sup> převážně injekčně, často v kombinaci s dalšími návykovými látkami. Počet uživatelů heroinu dlouhodobě klesá, což je pravděpodobně dáno jednak vyšší dostupností substituční léčby (především díky rozšíření preskripce Subutexu<sup>®</sup>), jednak zvýšením počtu uživatelů pouličního Subutexu<sup>®</sup>. Oproti roku 2003 došlo k mírnému nárůstu počtu smrtelných předávkování opiáty (z 21 na 32 případů), u nichž v 5 případech byl na vině heroin, v 7 případech morfium, u zbylých 20 pravděpodobně opiáty obsažené v některých léčivech, nebyl zaznamenán žádný případ smrtelného předávkování metadonem ani Subutexem<sup>®</sup> (včetně jejich kombinace s dalšími návykovými látkami).

V roce 2004 se zvýšil počet tzv. rekreačních uživatelů<sup>14</sup> pervitinu, halucinogenních látek (především extáze a přírodních, jako je psylocibin či konopné produkty), alarmující je nárůst počtu uživatelů těkavých látek. Vzrostl mírně i počet problémových uživatelů pervitinu, s čímž souvisí zvýšení počtu uživatelů pervitinu, kteří žádají o léčbu.

Co se týče drogové mortality<sup>15</sup>, drží v nelegálních drogách primát dlouhodobě opiáty (mortalita viz výše) spolu s polymorfním užíváním drog. Roste počet smrtelných předávkování těkavými látkami (v roce 2003 byly nejčastější příčinou úmrtí mezi tzv. pouličními drogami<sup>16</sup>). Počet úmrtí způsobených alkoholem nebyl

---

<sup>13</sup> Problémové užívání je definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo amfetaminů a/nebo kokainu.

<sup>14</sup> Myšleni jsou uživatelé konzumující drogy na určitých akcích, např. dance či techno party apod.

<sup>15</sup> Drogovou mortalitou je myšlen počet úmrtí přímo způsobených užitím návykové látky, zejména pak předávkování návykovou látkou.

<sup>16</sup> Viz Balíková, Vorel, Zábanský 2004.



sledován. Nejvíce úmrtí je ovšem způsobeno předávkováním sedativy a hypnotiky, často v kombinaci s alkoholem, někdy i opiáty, nezřídka v sebevražedném úmyslu.

Česká republika vydala v roce 2004 na programy protidrogové politiky 206 mil. Kč ze státního rozpočtu, 82 mil. Kč z krajských a 63 mil. Kč z obecních rozpočtů. Jde o 15 mil. méně než v předchozím roce, zejména díky poklesu výdajů resortu spravedlnosti a obrany a celní správy.

Na celém území České republiky funguje téměř stovka nízkoprahových zařízení (92 v roce 2004), jejichž služeb ročně využívá kolem 30.000 lidí. Došlo k velkému nárůstu počtu zařízení poskytujících substituční léčbu (metadonem či buprenorfinem), včetně ordinací praktických lékařů předepisujících Subutex<sup>®17</sup>. v substituční léčbě bylo v roce 2004 až 20-30% problémových uživatelů opiátů, což je velký nárůst oproti 18% roku 2003. Celkově se zdá zajištění služeb na všech úrovních vysoké a pokrývající celé území ČR (17 terapeutických komunit, 21 psychiatrických léčebeň, 33 psychiatrických oddělení nemocnic atd.). v kontaktu s některým druhem zařízení je 60% problémových uživatelů.

Hlavní trendy vývoje drogové problematiky v České republice v roce 2005 lze shrnout následovně:

- Nízká úroveň užívání pervitinu a heroínu
- Stabilizace užívání marihuany
- Pokračující nárůst užívání tanečních drog (extáze), přesun užívání pervitinu na taneční scénu
- Vysoký podíl injekčních uživatelů pervitinu a heroínu
- Nízké rozšíření kokainu (i přes první zaznamenaný případ úmrtí)
- Relativně nízká drogová mortalita
- Stabilní počet výskytu krvi přenosných onemocnění (hepatitidy, HIV)
- Relativně vysoká dostupnost služeb všech úrovních, masivní nárůst dostupnosti substituční léčby

---

<sup>17</sup> Počet ambulantních zařízení poskytujících substituci buprenorfinem je odhadován na 450, jejich služby využívá celkem asi 2000 osob – odhady z Výroční zprávy za rok 2004 - Zaostřeno na drogy 5.

Podobně evropská výroční zpráva za rok 2005 hovoří o stoupajícím počtu uživatelů amfetaminů a extáze spolu se vzrůstající popularitou kokainu v některých částech Evropy, stabilizaci užívání konopných produktů (jedná se o nejpopulárnější evropskou drogu), hlavním rysem je polymorfní užívání drog. Počet problémových uživatelů v Evropě dosahuje téměř 2 miliónů. Stabilně nízký je výskyt HIV infekcí, heterosexuální přenos viru HIV je častější než přenos při nitrožilním užívání drog, nejčastějším onemocněním problémových uživatelů jsou hepatitidy B a C.<sup>18</sup>

### **2.1.2 Stručná historie zneužívání opiátů**

V této kapitole je pozornost zaměřena na opiáty a historické změny v jejich užívání, které nám mohou pomoci pochopit širší souvislosti užívání opiátů. Historie užívání látek přinášejících změnu vnímání či vědomí je pravděpodobně stará jako lidstvo samo. Spekuluje se, že před tisíci či stovkami tisíc let, podobně jako dnes, rostly na zemi rostliny obsahující psychotropní látky, rostliny s halucinogenními účinky, přirozená sedativa i látky povzbuzující, léčiva i jedy. Tyto rostliny se používaly k léčení i šamanistickým obřadům, což dokládají archeologické nálezy.

Opium získávané z máku setého (*Papaver somniferum*) bylo poprvé popsáno ve třetím století před naším letopočtem, ale na Kypru byla nalezena keramická dýmka na opium starší o dalších zhruba 1000 let a také egyptské papyry z této doby hovoří o znalosti účinků opia. Galenus například doporučoval opium římským gladiátorům a to téměř na jakékoli potíže od poruch spánku, přes kašel, koliku, splín, ztrátu hlasu až po trápení se ženami. Evropané se k opiu pravděpodobně dostali přes Araby. v roce 1520 známý lékař Paracelsus vyrobil nápoj, v němž kombinoval opium, víno a koření, a nazval jej Laudanum. Podobně jako Galenus jej předepisoval téměř na jakékoli obtíže. Anglický lékař Thomas Sydenham považovaný za otce klinické medicíny uvedl roku 1680 na trh lék zvaný Sydenham's Laudanum (Sydenhamovo Laudanum), nápoj velmi podobný

---

<sup>18</sup> Tato kapitola čerpala z Mravčík a kol. 2004, Mravčík 2005, Zaostřeno na drogy 5/2005, Zábanský a kol. 2004.

Paracelsovu, který se stal populárním lékem užívaným po celé Evropě, a časem i Americe, po nejméně dvě století.

Levinthal<sup>19</sup> popisuje cestu opia prostřednictvím Britů do Číny a pak zpět prostřednictvím Číňanů do Británie a dál do Evropy. Tvrdí, že právě v Číně se někdy v osmnáctém století našeho letopočtu stalo populární kouření opia<sup>20</sup> – narozdíl od jeho orálního užívání v Evropě. Protože však v Číně nebylo opium běžně dostupné, nebylo kouření opia celospolečenským problémem. Když Britové roku 1773 obsadili Bengálsko, získali tak nadvládu nad největším producentem surového opia a pochopili, že právě opium může být dobrým obchodním artiklem při nákupu čínského čaje (v té době bylo málo věcí, které Británie mohla bohaté Číně nabídnout) a velmi úspěšně začali opium za čaj v Číně vyměňovat. Rozvinul se rozsáhlý obchod, který Čínu bohatě zásobil opiem. Brzy začala být v Číně závislost na kouření opia velkým sociálním problémem. Čínský císař se rozhodl omezit ve své zemi užívání opia a zastavit jeho přísun. v roce 1839 přerostlo napětí v bouři – čínský císař nechal podpálit v kantonském přístavu loďstvo s nákladem opia. Tak začala Opiová válka. Tento akt pojímají dějiny jako vzpouru Číny proti evropské moci, zvláště proti Británii. Čína tuto válku nakonec prohrála a musela Británii postoupit ostrov Hokg Kong. Byla též nucena legalizovat užívání opia a celkově se více otevřít okolnímu světu.

Spolu s čínskými námořníky a dělníky se do Evropy dostával zvyk opium kouřit a začal se postupně rozšiřovat. Tím se Evropa dostala do schizofrenní situace. Na jedné straně byly běžně dostupné léky obsahující opium (především na bolest a na kašel, ale i na střevní koliku či pro utišení malých dětí). Levinthal<sup>21</sup> píše, že „v určitém smyslu bylo opium aspirinem tehdejší doby“, který užívaly i malé děti, na druhé straně byla tzv. opiová doupata, kde se opium kouřilo, a která nebyla společensky akceptovaná. v těchto „doupatech“ se ovšem stále častěji začali vyskytovat umělci, především spisovatelé, kteří časem vytvořili kult opia jakožto nástroje inspirace.

---

<sup>19</sup> Levinthal 2004.

<sup>20</sup> Tento způsob užívání je návykovější a také nebezpečnější než orální užívání opia, protože touto cestou se dostává do těla mnohem více účinné látky.

<sup>21</sup> Levinthal 2004, s. 113.

V roce 1803 poprvé izoloval německý farmaceut Friedrich Wilhelm Adam Sertürner ze surového opia žlutobílou substanci, která se zdála být hlavní účinnou látkou opia. Pojmenoval ji po řeckém bohu spánku a dobrých snů Morpheovi. Tak spatřilo světlo světa morfium – desetkrát silnější než surové opium. Spolu s ním byl z opia izolován kodein a thebain, jejichž opiodní účinky jsou však mnohem nižší. v roce 1856 byla vynalezena injekční stříkačka a intravenózně aplikované morfium se stalo nejúčinnějším lékem na bolest. Své uplatnění našlo morfium (v té době distribuované ještě především v tabletách a roztocích) především ve válkách (hlavně Občanské válce v USA v letech 1861-65) a opiátová závislost tak získala přezdívku „vojenská nemoc“ („the soldier’s disease“). Jako alternativní přípravek k tlumení bolesti byl z morfia izolován derivát nazvaný heroin (z německého „heroisch“, ve smyslu hrdinský, mocný) uvedený na trh německou farmaceutickou firmou Bayer Company roku 1898, který údajně závislost nevyvolával – Levinthal<sup>22</sup> tvrdí, že závislostní potenciál heroinu nebyl rozpoznán až do roku 1910.<sup>23</sup>

## **2.2 Drogové závislosti v MKN-10 a DSM-IV**

Užívání návykových látek, tedy také drogové závislosti, patří mezi duševní a behaviorální poruchy, k jejichž klasifikaci se v současné době užívá nejčastěji dvou klasifikačních systémů. Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 vydaná WHO v roce 1992 se používá jako oficiální klasifikace ve většině zemí Evropy. Mimo Evropu je běžně užíván Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-IV vydaný roku 1994 Americkou psychiatrickou společností. Zmíněné systémy obsahují přesně definovaná diagnostická kritéria.<sup>24</sup>

MKN-10 se účinky psychoaktivních látek zabývá v sekci Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19). Syndrom závislosti na návykových látkách (F1x.2, kde písmeno x označuje látku, na niž je

---

<sup>22</sup> Levinthal 2004, s. 115.

<sup>23</sup> Tato kap. vychází z Levinthal 2004, s. 112-115, Fišerová: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy> či Kudrle 2000.

<sup>24</sup> Smolík 2002.

pacient závislý) definuje MKN-10 jako „seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. v typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může vzniknout ve spojitosti se specifickou látkou (např. tabákem, alkoholem nebo diazepamem), skupinou látek (např. opioidy), nebo se širokou škálou farmakologicky různých psychoaktivních látek.“<sup>25</sup>

Diagnóza syndromu závislosti se dle MKN-10 stanovuje, pokud po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích během posledních dvanácti měsíců, došlo nejméně ke třem z následujících jevů:

- silná touha nebo puzení užívat látku
- potíže v kontrole užívání látky
- somatický odvykací stav, nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky
- zvýšená tolerance k účinku látky
- narůstající redukce jiných zálib a zájmů mimo užívání látky a zvýšení množství času nutného k získání látky, nebo zotavení se z jejích účinků
- pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků<sup>26</sup>

V klasifikaci DSM-IV jsou drogové závislosti řazeny v oddílu „Poruchy spojené se substancemi“ a závislost je definovaná jako „maladaptivní způsob užívání psychoaktivní látky, vedoucí ke klinicky významnému postižení nebo k nepohodě“<sup>27</sup> Pro stanovení diagnózy je třeba, aby se během jednoho dvanáctiměsíčního období objevily nejméně tři z následujících projevů:

---

<sup>25</sup> Smolík 2002, s. 121.

<sup>26</sup> Kalina a kol. 2003a, s. 218, Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. 1992, s. 75 – 76. Smolík 2002, s. 121.

<sup>27</sup> Smolík 2002, s. 122.

- tolerance definovaní jako:
  - a) potřeba významně zvyšovaných dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku
  - b) významné snížení účinku při užívání stejného množství návykové látky
- odvykací stav, projevující se některým z následujících projevů:
  - a) abstinenční příznaky typické pro danou návykovou látku
  - b) užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků
- návyková látka je často užita ve větším množství nebo delší dobu, než bylo zamýšleno
- je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání
- mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpomínání se z jejích účinků
- důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání návykové látky
- užívání návykové látky nepřestává, i přes povědomí o existenci trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo exacerbovaných užitou návykovou látkou.<sup>28</sup>

Oba klasifikační systémy vymezují závislost na psychoaktivní látce velmi podobně. DSM-IV více zdůrazňuje zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce a v diagnostických kritériích neuvádí, na rozdíl od MKN-10, craving (bažení). Uvedené klasifikační systémy volí rozdílné názvy pro „drogu“: MKN-10 používá termín „psychoaktivní látka“ pro látky vyvolávající závislost, DSM-IV zahrnuje pod pojem „substance“ jakoukoli látku, která je předmětem abúzu (včetně těch, které závislost nevyvolávají).

---

<sup>28</sup> Smolík 2002, s. 122 – 123, Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy>.

Psychoaktivní látky se dělí v DSM-IV do 12 a v MKN-10 do 10 skupin. Tato diplomová práce se zabývá terapií závislostí především na nealkoholových drogách, a to buď na látkách opiátového typu, nebo kombinaci více návykových látek, což zahrnuje hlavně diagnostické kategorie F10.2 (syndrom závislosti na opioidech) a F19.2 (syndrom polymorfni závislosti).

Z uvedených definic a diagnostických vodítek je zřejmé, že závislost představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost se může vytvořit jak na úrovni psychické (potřeba užívat drogu opakovaně nebo trvale k vyvolání příjemných prožitků nebo k odstranění prožitků nepříjemných, stresujících), tak na úrovni biologické (adaptace organismu na návykovou látku spolu se zvyšováním tolerance na látku). Syndrom závislosti na psychoaktivní látce resp. závislost na substanci jsou dobře definované nosologické jednotky, pro které se obecně užívá názvu „drogové závislosti“.

### **2.3 Bio-psycho-sociální model závislosti**

Výše popsané charakteristiky drogových závislostí slouží k popisu poruchy, neříkají však nic o dynamice vzniku a průběhu poruchy, kontextech, v nichž porucha probíhá. Tím se zabývají různé teoretické modely. Hlavním modelem filozofii léčby závislostí na návykových látkách je v současné době především bio-psycho-sociální přístup, který obohacuje biomedicínský model, jenž dominoval v oblasti závislostí po několik desetiletí, o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, prostředí, jejich vzájemné interakce. Jedná se sice také o model v zásadě zdravotnický – pracuje s pojmy diagnózy, prevence, léčení, rehabilitace, s klinickým myšlením – opírá se však o široký koncept zdraví, kdy „zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“<sup>29</sup> Podle tohoto přístupu vzniká drogová závislost v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.<sup>30</sup>

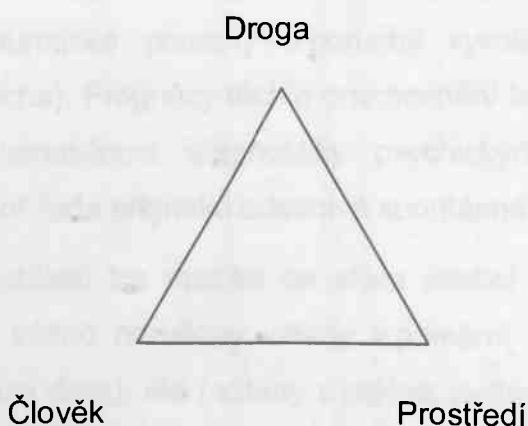
---

<sup>29</sup> Kalina 2003a, s. 79.

<sup>30</sup> (viz obrázek).

Díky vývojovému hledisku prolomil bio-psycho-sociální model tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti, „činí přijatelnou představu, že za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“ – vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoliv pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem.“<sup>31</sup> Tento postoj nesdílejí zdaleka všichni odborníci pracující na poli léčby závislostí, valná většina nestátních nezdravotnických zařízení z něj ovšem vychází. Jak ale Kalina dodává, „vývojově přerůst svou závislost je v podstatě snazší pro dvacetiletého závislého na heroinu, který se díky intenzivní léčbě může vyrovnat s nesplněnými a zanedbanými vývojovými úkoly a přesunout se do prostředí a životního stylu sdíleného většinovou populací, tj. do takového, v němž heroin nemá místo a nevyskytuje se ani jako nabídka či pokušení. Závislý na alkoholu ve středním věku však tuto vývojovou perspektivu vlastně nemá a rovněž většinová společnost, v níž je alkohol součástí každodenního života, mu bezalkoholové prostředí pro jeho abstinenci nenabízí.“<sup>32</sup> Kalina ale zdůrazňuje, že tato teorie o vývojovém překonání závislostí nemá nic společného s přáním klientů naučit se tzv. kontrolované brání či pití. Toto přání je i v rámci této teorie nesplnitelné.

Předpoklad, že je možné změnit své životní prostředí a svůj životní styl tak, aby se v něm drogy neobjevovaly, je pro práci s klienty užívajícími nelegální návykové látky velmi důležitý. Pracuje s ním především technika prevence relapsu dle Marlatta s Gordonovou.<sup>33</sup>



<sup>31</sup> Kalina 2003a, s. 79.

<sup>32</sup> Kalina 2003a, s. 79.

<sup>33</sup> Viz kap. 3.3.5 této práce.



## 2.4 Důsledky drogových závislostí

Důsledky závislosti na drogách jsou všeobecně známy. Čím je abúzus delší, tím bývají negativní důsledky hlubší a často i hůře odstranitelné. Negativní důsledky se mohou projevit v různých rovinách – somatické, sociální i psychické.

V somatické oblasti jsou uživatelé drog ohroženi řadou chorob infekční i neinfekční povahy, ale i komplikacemi již existujících chorobných procesů. Jako nejdůležitější jmenují Minařík a Hobstová<sup>34</sup> povrchové a invazivní bakteriální infekce, poškození cévního systému, postižení dýchacího systému, postižení oka, ledvin a centrálního nervového systému, infekční hepatitidy, AIDS a další krví přenosné choroby. Výše jmenovanými somatickými komplikacemi jsou nejvíce ohroženi injekční uživatelé drog.

Duševní onemocnění vyskytující se zároveň s užíváním drog jsou častým jevem. Obecně je lze rozdělit na onemocnění, která vznikla před začátkem užívání drog (užívání drog zde funguje zpočátku jako samoléčba), onemocnění probíhající souběžně s užíváním drog (abúzus návykových látek může tato onemocnění zhoršovat) a onemocnění vyvolaná užíváním drog. Tato onemocnění můžeme rozdělit na organicky podmíněná duševní onemocnění (demence, delirium), psychotická onemocnění (schizofrenie, toxická psychóza, psychotické reminiscence – tzv. flash back), afektivní poruchy (mánie, deprese, maniodepresivita), neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem (fobické poruchy, panická porucha). Prognózy těchto onemocnění bývají různé.<sup>35</sup> Nešpor<sup>36</sup> upozorňuje na problematičnost diagnostiky psychických poruch u uživatelů návykových látek, neboť řada příznaků odeznívá spontánně při abstinenci.

Poškození v sociální oblasti lze rozdělit na sféru osobní a sféru společenskou. v osobní sféře bývají vážně narušeny vztahy v primární rodině (což může být důsledek i příčina abúzu drog), ale i vztahy s přáteli, partnery atd., uživatel často

---

<sup>34</sup> Minařík, Hobstová in Kalina 2003a, s. 223-232.

<sup>35</sup> Viz <http://www.drogovaporadna.cz/doctop> [2005-09-04]

<sup>36</sup> Nešpor in Kalina 2003a, s. 233-237.

setrvává v závislém postavení, vývojově na nedospělém stupni. Problémem je i zakořenění uživatele v drogové subkultuře a jeho vyčlenění z majoritní společnosti, které s sebou nese inferiorní sociální status uživatele. Ze společenského hlediska se jedná především o trestnou činnost, dluhy, nedokončené vzdělání, nezaměstnanost. Všechny tyto okolnosti vedou často k odsunutí drogově závislého na okraj společnosti, dokonce až ke ztrátě lidské důstojnosti.

### 2.4.1 Účinky opiátů v CNS

Závislost na návykových látkách patří mezi chronická onemocnění CNS. Tato kapitola se pokouší o stručnou charakteristiku neurobiologie závislostí na opiátech, neboť tato práce se věnuje substituční léčbě závislostí na drogách opiátového typu.

Užívání psychoaktivních látek vychyluje CNS z rovnováhy, homeostázy. Tělo se s tím snaží vyrovnat, reaguje na toto narušení a při dlouhodobém užívání drogy vytváří postupně homeostázu novou. Přestane-li dlouhodobý uživatel danou látku tělu dodávat, dochází opět k nerovnováze a symptomům z odnětí drogy (tzv. abstinenční syndrom). Některé látky vychylují původní homeostázu CNS natolik, že abstinenční syndrom vyvolaný náhlým odnětím drogy může být smrtelně nebezpečný. Toto je typické pro opiáty, benzodiazepiny a alkohol.

Nejprve definujme pojmy. Opiáty jsou léky původně získávané z opia<sup>37</sup> (např. morfin, kodein) používané tradičně pro tlumení bolestí a tišení kašle<sup>38</sup>, nahrazované později syntetickými přípravky (např. heroin).<sup>39</sup> Opioidy jsou širším pojmem, zahrnují jednak opiáty, jednak látky vznikající přirozeně v organismu, tzv. endogenní opiáty (endorfiny, enkefaliny).<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Surové opium je získáváno z nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum*). Velkými dodavateli této suroviny jsou chudí rolníci např. z oblastí Agghánistánu či Latinské Ameriky (viz Kalina o eradikaci zemědělské produkce (kap 2.1 Protidrogová politika), někteří uživatelé i na českých polích získávají tzv. makovinu, která opium obsahuje, již potom perorálně či nitrožilně užívají.

<sup>38</sup> v 19. století i začátkem století 20. byly v Evropě běžně dostupné tablety či sirupy proti kašli obsahující opium, které užívaly i malé děti. (Levinthal 2005)

<sup>39</sup> Velký lékařský slovník: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls>.

<sup>40</sup> Velký lékařský slovník: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls>.

Opioidy se váží na specifické neurony v CNS, periferní nervové soustavě a tkáních imunitního systému. Opioidní systém hraje v organismu důležitou roli při regulaci vnímání stresu a bolesti, ale i regulaci teploty, dýchání, endokrinní a trávicí soustavy, ovlivňuje náladu, motivaci a má i další funkce.

Některé opioidy se na opioidní receptory váží jako agonisté (morfin, heroin, metadon a další), jiné jako antagonisté (naltrexon, naloxon), další jako parciální agonisté a parciální antagonisté (např. buprenorfin). Je-li opioidní systém ovlivňován agonisty (ať už endogenními či exogenními), jsou opioidní receptory aktivovány a v organismu dochází ke změnám (útlum bolesti, stresu či úzkosti, mióza (zúžení zornic), zpomalení činnosti trávicí soustavy i dechového centra, příp. pocity euforie apod.). Opioidní antagonisté se na opioidní receptory sice naváží, činnost organismu výše zmíněným způsobem ale neovlivní. Podle své síly však dokáží z opioidních receptorů „vytlačit“ opioidní agonisty a blokují tak jejich efekt.<sup>41</sup>

„Intoxikace opiáty přináší úlevu od bolesti a snížené vnímání bolesti, euforii, sníženou sexuální apetenci, zklidnění, útlum, nevolnost, zácpu, depresi dýchacího ústrojí, potlačení kašlacího reflexu.“<sup>42</sup> Opiáty se váží na opioidní receptory, především v centrálním nervovém systému. Jedná se především o  $\mu$ , kappa, sigma a delta receptory.  $\mu$  receptory ovlivňují dýchání a vnímání bolesti, kappa a sigma receptory ovlivňují útlum, produkci hormonů, náladu a halucinace, delta receptory zdá se reagují přednostně na endogenní opioidy. Přebytek opiátů při předávkování opiáty může přivodit smrt zástavou dechového centra.<sup>43</sup>

Opiáty zároveň ovlivňují produkci dopaminu a kyseliny GABA. Dopamin je hlavním neurotransmiterem, který ovlivňuje mozkové centrum odměny a vyvolává pocit rozkoše. Pocity rozkoše zažíváme např. při jídle, pití či sexu. Tyto pozitivní pocity, vyvolané naplněním základních životních potřeb, zajišťují přežití druhu. Je proto přirozené, že po těchto pocitech nadále toužíme. Pocity rozkoše vyvolané užitím opiátů jsou mnohem silnější než je tomu u přirozených opioidů. Jsou-li tyto látky tělu odeprény, nějakou dobu trvá, než tělo obnoví přirozenou rovnováhu. Člověk,

---

<sup>41</sup> Dle Jaffe, Jaffe 2004 a Levinthal 2005.

<sup>42</sup> Marlatt 1998, s. 149.

<sup>43</sup> Volně přeloženo dle Marlatt 1998, s. 150.

který dlouhodobě užíval opiáty, není nějakou dobu schopen přirozeně prožívat pocity rozkoše a uspokojení.<sup>44</sup>

Účinky návykových látek v CNS jsou pravděpodobně ještě složitější. Odborníci soudí, že na rozvoji drogových závislostí se mohou podílet určité odchylky neurotransmiterových systémů, které mohou vést k následnému syndromu narušení závislosti na odměně. Fišerová o tom píše: „bylo zjištěno, že u drogově závislých se mnohem častěji, než v ostatní populaci vyskytuje variantní, anomální podoba genu pro dopaminergní receptor D2, označovaný jako alela A1. Na druhé straně, se velmi často mezi závislými lidmi vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem a impulsivitě (což svědčí pro účast serotoninu v rozvoji drogových závislostí).“<sup>45</sup>

Stručně shrnuto, opiáty se v nervové soustavě váží na opioidní receptory, a nahrazují tak tzv. endogenní opiáty<sup>46</sup>, tj. endorfiny a enkefaliny. Účinky „umělých“<sup>47</sup> opiátů na CNS jsou ovšem daleko intenzivnější a navíc tyto psychogenní látky bývají tělu dodávány ve větším množství a opakovaně (což je podmínkou vzniku závislosti), takže výrazně narušují rovnováhu v opioidním systému. v CNS se tedy během chronického užívání drogy rozvíjejí adaptační, resp. neuroadaptační mechanismy. Organismus se přizpůsobuje opakovanému přísunu cizorodé látky a časem se postupně nastoluje nová, patologická rovnováha. v případě opiátů tělo přestane vytvářet endogenní opiáty (resp. je vytváří jen v omezené míře) a jakmile droga chybí, rovnováha je opět narušena a tato disbalance se projeví abstinenčním syndromem. Abstinenční syndrom je velmi nepříjemný, mnohdy i smrtelně nebezpečný, vede tedy uživatele k dalšímu užití drogy. Ta opět vyrovná patologickou rovnováhu v CNS. Tak se rozvíjí závislost. Opakované užívání návykových látek navíc narušuje přirozený systém odměny.

---

<sup>44</sup> Viz „Co dělají drogy v mozku“ na [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz) [2005-12-15].

<sup>45</sup> Fišerová: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy> [2005-10-15]

<sup>46</sup> Velký lékařský slovník: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls>.

<sup>47</sup> Myšleno opiáty, které nejsou přirozenou součástí lidského těla (jako endorfiny, enkefaliny), ale byly do tohoto systému dodány zvenčí (bez ohledu na to jakým způsobem a v jaké formě); i když se může jednat o látky přírodní (např. opium) i uměle vyrobené (např. heroin, metadon).

### 3 Léčba drogových závislostí

Následující kapitola podává přehled možností léčby drogových závislostí. Popisuje současný systém péče o uživatele drog v České republice. Zvláštní pozornost věnuje substituční léčbě, jedné z variant farmakoterapie závislostí, vzhledem k zaměření celé práce se především zabývá vlastnostmi a možnostmi využití Subutexu<sup>®</sup>. Druhou polovinu této rozsáhlé kapitoly tvoří část zaměřená na psychoterapii a poradenství v léčbě závislostí. v této části jsou pojednány shody a rozdíly psychoterapie a poradenství, vysvětlen koncept teorie změny a prevence relapsu. Velká pozornost je věnována terapeutickému vztahu a procesu obecně i s ohledem na specifika práce s uživateli návykových látek. v závěru lze nalézt upozornění na chyby možné v práci se závislými.

Z bio-psycho-sociálního modelu vzniku závislost vyplývá požadavek komplexnosti péče při léčbě drogových závislostí. v laické veřejnosti stále často přetrvává skeptický postoj k léčbě drogových závislostí, obzvláště co se týče tzv. tvrdých drog, např. heroinu. Nutno podotknout, že podobný postoj často sdílají i někteří odborníci setkávající se především s recidivujícími uživateli (např. pracovníci nízkoprahových zařízení, policisté, soudci apod.). Postoj samotných uživatelů a jejich rodin bývá často opačný – očekávání naprosté úzdravy, rychlého a snadného vyléčení. Obě polarities nejsou realistické. Kalina<sup>48</sup> upozorňuje na přetrvávající postoj, že léčba drogových závislostí může být úspěšná, pouze je-li dobrovolná a je-li klient dostatečně motivovaný – nejlépe tím, že již klesnul na samé dno.<sup>49</sup> Dalším předsudkem dle Kaliny bylo přesvědčení, že existuje pouze jedna cesta ze závislosti, a to dlouhodobá ústavní léčba. Dnes již mají klienti užívající návykové látky k dispozici široké spektrum služeb.<sup>50</sup>

Čekat na klientův životní debakl, který jediný je dostatečnou motivací ke změně životního stylu, resp. k léčbě, nebo nabízet jedinou možnou cestu, tzv. „všechno

---

<sup>48</sup> Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html> [2005-09-05].

<sup>49</sup> v praxi se někdy setkáváme s hodnocením, že určitý klient ještě „nemá dobráno“ – ve smyslu „ještě v souvislosti s užíváním drog nezažil nic moc nepříjemného, ještě ho brání drog láká natolik, že jeho pokus o léčbu nebude úspěšný“.

<sup>50</sup> Viz kap. 3.1 této práce, Systém péče o uživatele návykových látek v ČR.

nebo nic“ pokládáme dnes za neetické a neefektivní. Kalina<sup>51</sup> představuje moderní terapeutický koncept opírající se o nashromážděné vědomosti o závažných důsledcích drogových závislostí a poznatky o jejich léčbě. Má tyto charakteristiky:

- Včasný začátek léčby – nečekat na klientovu motivaci vyvolanou životním debaklem, ale využít všech prostředků k zachycení uživatelů do sítě služeb co nejdříve; předpokládá širokou nabídku služeb, jejich přitažlivost a dostupnost.
- Individualizovaný přístup – pružnost v obsahu, formě a délce léčby; klást si neustále otázky kdo a za jakých podmínek má přínos z terapie a jak tento přínos zvýšit.
- Podpora motivace – počáteční i průběžné intervence posilující motivaci klienta ke změně životního stylu, a vytrvání v ní, jako integrální součást léčby; motivace není výhradně zodpovědností klienta.
- Prevence relapsu – relaps není totální selhání, ale příležitost k učení a pozitivnímu vývoji, může se dostavit v průběhu léčby i po jejím ukončení; v terapeutickém procesu je nezbytné se na tuto možnost aktivně zaměřit.
- Zuzitkování nedobrovolného léčení – i nedobrovolná léčba může mít smysl, terapeut se má snažit jí tento smysl dát a zuzitkovat vnější tlak jako jakoukoliv jinou okolnost, která může pomoci udržet klienta v léčbě.
- Zhodnocení léčebného kontinua –každá léčba je jen jednou etapou na klientově cestě k životu bez drogy; je třeba využívat účinné faktory kontinua „přípravné poradenství – léčba – následná péče“ stejně jako opakovaných nebo navazujících léčeb různého typu; léčebné účinky (i částečné) jednotlivých léčeb se mohou kumulovat v čase.
- Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika – poskytnout veškerou pomoc snižující riziko poškození a podporující motivaci i těm, kteří zatím nejsou schopni změnit své chování.

---

<sup>51</sup> Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html> [2005-09-05]

## 4 System péče o uživatele návykových látek v ČR

Péče o uživatele návykových látek je v České republice zajišťována státními i nestátními, zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Tato péče je komplexní, je zde výrazná snaha o systémovost, propojenost a návaznost služeb. Důraz je kladen i na dostupnost a atraktivnost těchto služeb pro samotné klienty.<sup>52</sup> Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009<sup>53</sup> navazuje na předchozí strategii a stanovuje čtyři hlavní pilíře protidrogové politiky České republiky: primární prevenci, léčbu a resocializaci, snižování rizik, snižování dostupnosti drog. System péče popsany v následujících podkapitolách se zaměřuje na léčbu a resocializaci a na snižování rizik (harm reduction).<sup>54</sup>

### 4.1.1.1 Terénní programy

Z hlediska kontinuity péče o uživatele návykových látek stojí terénní programy na začátku. Terénní práce je sociální službou poskytovanou přímo na ulicích, proto se jí říká též streetwork. Cílovou skupinou této služby jsou uživatelé, kteří nejsou motivováni ke změně životního stylu, chovají se rizikovým způsobem, mívají nedůvěru k institucím. Jsou to především problémoví uživatelé drog, kteří nejsou schopni vyhledat pomáhající odborníky, pravidelní uživatelé s nízkou úrovní motivace. Cílem terénních programů je především harm reduction a motivování klientů ke změně, kterou může být už jen stabilizace životního stylu. Navázání kontaktu umožňují služby, které terénní pracovníci (streetworkeri) nabízejí - např. výměna injekčních stříkaček, které je zároveň prevencí proti šíření HIV a hepatitid typu B a C, informace o bezpečném způsobu užívání, sociální a zdravotní poradenství, krizová intervence. Základním principem této služby je nízkoprahový přístup, tzn. maximální možná dostupnost v prostoru i čase (klient může přijít anonymně kdykoli v provozní době, pracovníci jdou za klienty do terénu, služby jsou poskytovány bezplatně atd.).<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Viz výše Kalinovy charakteristiky moderního terapeutického konceptu.

<sup>53</sup> Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Úřad české vlády 2005.

<sup>54</sup> Více o strategii harm reduction viz kap. 3.1.2 této práce.

<sup>55</sup> Více viz Hrdina, Korčíšová in: Kalina 2003b, s. 159 – 163.



#### 4.1.1.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení – jejich práh je vyšší než u streetworku, neboť jsou to zděné instituce. Poskytují stejné služby jako terénní programy (výměnný program, informace o bezpečném brání a bezpečném sexu apod.), ve větší míře je zde však poskytováno poradenství (především o možnostech léčby), zdravotnický servis (někdy též vitamínový a potravinový servis), často servis hygienický (možnost osprchování, vyprání prádla atd.), standardem je sociální práce a poradenství. Služby jsou poskytovány bezplatně, anonymně, klient může přijít bez jakéhokoli doporučení.

Nadstavbou je strukturované poradenství a motivační trénink (zhodnocení klientova psychosociálního stavu, posílení jeho motivace směrem k abstinenci, stanovení individuálního plánu, vedení klienta, stanovení kontraktu a jeho revidování). Klientova abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením, klient může být rozhodnut pro život s drogou, služby jsou poskytovány anonymně a jsou bezplatné.

Součástí nabídky služeb většiny kontaktních center je i telefonní poradenská linka, často i webová poradna. Internetové poradenství nabývá v dnešní době na významu hlavně díky své dostupnosti a naprosté anonymitě tazatele.<sup>56</sup>

#### 4.1.1.3 Ambulantní léčba

Tradičními poskytovateli těchto služeb jsou AT ambulance, což jsou zdravotnická zařízení. z tohoto statusu vyplývají i požadavky na přijetí klienta do péče, které jsou stejné jako u jiných zdravotnických služeb. Lze však požádat o anonymitu. Existují i nezávodní ambulance. Ambulantní léčba je vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, minimem somatických i psychosociálních obtíží a s dostatečným sociálním zázemím. Kontakt klienta se zařízením je individuálně stanoven, většinou 1-3 krát v týdnu po dobu 6 měsíců.<sup>57</sup> v ambulantní léčbě se uplatní individuální terapie, skupinová terapie, ale také farmakoterapie či sociální práce, vhodná je spolupráce s klientovou rodinou, jako jeden z terapeutických prostředků se doporučuje testování přítomnosti návykových látek v moči. Cílem

---

<sup>56</sup> Více viz v Libra in: Kalina 2003b, s. 165 – 170.

<sup>57</sup> Viz Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html> [2005-09-05].



léčby je získání náhledu, změna sebepojetí, sociální integrace klienta s udržení abstinence a prevencí relapsu.<sup>58</sup>

#### **4.1.1.4 Denní stacionáře**

Denní stacionář je zařízení poskytující intenzivní ambulantní léčbu – strukturovaný program v rozsahu 20-40 hodin týdně (4-8 hodin každý pracovní den) po dobu obvykle 3-6 měsíců. Je někde na půli cesty mezi ambulantní a residenční léčbou. Mezi běžné aktivity denního stacionáře patří např. podpůrná individuální psychoterapie, strukturované poradenství, rodinná terapie, ambulantní skupiny, skupiny pro rodiče a partnery klientů, volnočasové, klubové a pracovní aktivity, 1x měsíčně víkendové pobyty v přírodě, arteterapie. Od klientů se očekává plná abstinence od alkoholu i drog, kouření je možné pouze ve vyhrazených prostorách. Cílem léčby je získání náhledu, změna sebepojetí, sociální integrace klienta s udržení abstinence a prevencí relapsu.<sup>59</sup>

#### **4.1.1.5 Detoxifikace**

Detoxifikační jednotky jsou rezidenční zdravotnická zařízení určená k detoxikaci organismu od návykových látek. Tato zařízení poskytují medicínskou péči včetně farmakoterapie, nabízí ale i další služby, především psychoterapii a sociální práci. Detoxikace probíhá většinou několik dnů až týdnů. Pro uživatele návykových látek usilující o abstinenci není ovšem detoxikace dostatečnou intervencí, může sloužit buď jako příprava na navazující komplexní léčbu, nebo ke snížení tolerance.<sup>60</sup>

#### **4.1.1.6 Ústavní léčba**

Krátkodobá ústavní léčba trvá 4 - 9 týdnů, střednědobá 3 – 6 měsíců. Jedná se o vysoce strukturované léčebné programy probíhající na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Prostředky léčby jsou strukturovaný program, režim, pravidla (včetně výhod a sankcí), bezdrogové prostředí, léčebné společenství a další. Využívá se individuální i skupinová

---

<sup>58</sup> Více viz Hampl in Kalina 2003b, s. 172 – 176.

<sup>59</sup> Více viz Kalina in Kalina 2003b, s. 179-189.

<sup>60</sup> Více viz Nešpor in Kalina 2003b, s. 190-194.

terapie, volnočasové a edukační aktivity, práce s rodinou, sociální práce. Cílem léčby je dlouhodobá a úplná abstinence.<sup>61</sup>

#### 4.1.1.7 Terapeutické komunity

Pojem terapeutická komunita používáme jednak pro označení metody používané v léčbě psychických poruch i výcviku odborníků, jednak pro označení léčebného zařízení.<sup>62</sup> Jedná se o rezidenční střednědobou (6 – 8 měsíců) či dlouhodobou (1 rok a více) léčbu. Zpravidla se jedná o zařízení mimo zdravotnické areály, na vsi, kde kromě vysoce strukturovaného programu, jehož základem je skupinová terapie (stále větší důraz je kladen na souběžnou individuální terapii), edukační a volnočasové aktivity, má významnou roli samotný fakt života v léčebném společenství a pracovní terapie, již bývá zajištění chodu komunity, starost o dům, zahradu, zvířata apod. Pobyt klienta v terapeutické komunitě bývá odstupňován fázemi, v nichž roste klientova odpovědnost a svoboda, resp. jeho práva a povinnosti zároveň. v komunitě žije obvykle 15-20 klientů, většina komunit přijímá klienty starší 18 let, v některých komunitách přijímají klienty od 16 let, v České republice je jedna terapeutická komunita, kde se mohou léčit závislé matky současně se svými dětmi. Toto zařízení je určeno především pro klienty s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, s výraznými problémy v psychosociální oblasti.<sup>63</sup>

#### 4.1.1.8 Substituční programy

Substituce se stala uznávaným způsobem léčby závislosti na návykových látkách. v zásadě jde o podávání náhradní substance pod lékařským dohledem nahrazující substanci nelegální, často nečistou. Substituční preparát má podobné účinky jako původní droga, zamezuje tedy nástupu abstinčních příznaků, nemívá ovšem euforizující účinky. v současnosti se substituční léčba uplatňuje pouze při závislosti na opioidech, především heroinu.<sup>64</sup> Tento způsob léčby slouží

---

<sup>61</sup> Více viz Dvořáček in Kalina 2003b, s. 195 – 200 a Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/droqv/articles/lecba.html> [2005-09-05].

<sup>62</sup> Kratochvíl 1997.

<sup>63</sup> Více viz Kalina: <http://www.lf3.cuni.cz/droqv/articles/lecba.html> či Kratochvíl 1997 či Kooyman 1993 či Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina in Kalina 2003b, s. 201 – 207 a s. 53 – 62.

<sup>64</sup> Hampl (2004) popisuje pokus o substituci pervitinu Ritalinem.

především ke snížení celospolečenských rizik (kriminalita, infekční onemocnění apod.). Pro klienty, kteří nejsou v aktuální situaci schopni vzdát se užívání psychoaktivních látek, je substituční program šancí psychosociální stabilizace. Ve většině substitučních programů je farmakoterapie propojena s psychosociální komponentou léčby. Programy mívají přesně stanovená pravidla, podávání substituce bývá většinou dlouhodobé (i několik let). Postupná zdravotní, psychická i sociální stabilizace uživatele drog vede v ideálním případě k jeho opětovnému začlenění do společnosti, opuštění programu a udržení abstinence. K substituci opiátů se v České republice používá metadon či buprenorfin (Subutex®).<sup>65</sup>

#### **4.1.1.9 Následná péče**

Následná péče je pomyslným vrcholem pyramidy systému péče o uživatele návykových látek. Programy následné péče, tzv. doléčovací programy, jsou zaměřeny na udržení a upevnění výsledků dosažených v předchozí léčbě. Mohou být ambulantní, některé doléčovací programy zároveň poskytují možnost chráněného bydlení. Do chráněného bydlení jsou přijímáni klienti po absolvované léčbě, či alespoň po nějaké době absolvované léčby (většinou minimálně 3 měsíce abstinence), ambulantní programy zpravidla přijímají i klienty, kteří začali abstinovat spontánně. Programy pomáhají klientům usnadnit přechod z léčebného chráněného prostředí do běžného života. Hlavními složkami programu následné péče jsou psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, práce a rekvalifikace příp. chráněná pracovní místa, práce s rodinnými příslušníky, lékařská péče, nabídka volnočasových aktivit.<sup>66</sup>

#### **4.1.2 Strategie „harm reduction“ v systému péče o uživatele návykových látek**

Harm reduction v překladu znamená snížení škod, strategie harm reduction je přístup, který se snaží snížit rizika vyplývající z užívání drog, zdravotní, sociální i psychické, na osobní i celospolečenské úrovni. Tento přístup nevyžaduje

---

<sup>65</sup> Více viz kap. 3.2 této práce či v Popov in Kalina 2003b, s. 221 – 226.

<sup>66</sup> Více viz Kuda in Kalina 2003b, s. 208 – 213 a Dvořák in Kalina 2003b s. 215 – 219.

klientovu abstinenci. v systému péče o drogové závislé jsou typickými programy vycházejícími z tohoto přístupu terénní programy, kontaktní centra a programy dlouhodobé substituce.

Marlatt přirovnává taktiku harm reduction k situaci řízení auta. Říká, že řízení auta je užitečnou analogií, „...je to vysoce riziková činnost, kterou provádí spousta lidí. Neúčastnit se řízení vozidel je bezpečné, ale nevýhodné. Kombinují se tři přístupy, které mohou ovlivnit chování při řízení a snížit škodlivé následky: 1) výuka řízení a trénink zodpovědného řídičského chování; 2) dostupné prostředky ke snížení rizik nacházející se jak v automobilu (např. bezpečnostní pásy, airbagy, protiblokovací systém brzd, funkční světla, dobře seřazený motor, atd.), tak na silnicích (např. bezpečnější komunikace pro motorová vozidla a stav vozovky); a 3) pravidla silničního provozu (např. rychlostní limity, omezení konzumace alkoholu, zákazy vjezdu apod.) a restrikce stanované za nedodržení pravidel (pokuty, odebrání řídičského průkazu, uvěznění).“<sup>67</sup> Tyto tři globální metody pak aplikuje na strategii harm reduction, čili snižování rizik. Popisuje tři hlavní strategie, kterými jsou jednak práce s individuí či skupinami s rizikovým chováním, jednak úprava jejich prostředí a za třetí úprava legislativy.

Filozofie harm reduction je alternativou, možná dokonce opozitem, k tzv. „všechno nebo nic“ přístupům. Ty nabízejí jediné možní řešení situace uživatele návykových látek a tím je absolutní doživotní abstinence. Harm reduction nabízí strategie, které abstinenci nevyžadují. Cílem strategie harm reduction je snížit rizika plynoucí z rizikového chování, kterým brání drog bezpochyby je, na co nejnížší možnou míru – podobně jako to Marlatt popisuje u vysoce rizikového řízení motorových vozidel. Jednou z hlavních výhod přístupu harm reduction je široký potenciál pro zvýšení klientovy účasti na prevenci i léčbě.<sup>68</sup> v přístupu „všechno nebo nic“ není žádná alternativa: „pokud totální abstinence není realizovatelná a žádná jiná nabídka se nezdá dosažitelná, takoví lidé pak nemají žádnou motivaci k jakýmkoli změnám ve svém závislém chování.“<sup>69</sup> Přístup harm reduction dává lidem možnost volby, dává jim svobodu rozhodnutí, nabízí jim více alternativ.

---

<sup>67</sup> Marlatt 1998, s. 58.

<sup>68</sup> Marlatt 1998, s. 74.

<sup>69</sup> Marlatt 1998, s. 74.

Předpokládá se tedy (a praxe ukazuje, že tomu tak je), že osloví mnohem větší množství lidí, klientů, uživatelů.

Dlouhodobá substituce spadá v zásadě pod strategii harm reduction, tato strategie je také hlavním východiskem pro terénní programy a kontaktní centra.<sup>70</sup>

### 4.1.3 Farmakoterapie v léčbě závislostí

V rámci bio-psycho-sociálního modelu má své místo v léčbě drogových závislostí i farmakoterapie. Popíšme tedy možnosti jejího využití v této oblasti.

Na začátku je nutno podotknout, že používání farmak při léčbě závislostí na návykových látkách není samospásné. Kalina upozorňuje na přeceňování uplatnění farmakoterapie v léčbě závislostí a doporučuje kombinovat ji s psychosociální péčí: „Farmakoterapie v léčbě závislostí má sice omezený, ale významný prostor uplatnění, a tam, kde ji lze uplatnit, osvědčuje se její kombinace s psychoterapií a psychosociálními terapiemi obecně jako nejúčinnější.“<sup>71</sup> Stejně tak Carroll zastává názor, že farmakoterapie je jako samostatná léčba jen zřídkakdy považována za „kompletní“ léčbu, „farmakoterapie bez podpůrných a vztahových prvků se nejeví jako vhodná a rozumná léčba.“<sup>72</sup> Ve shodě s Kalinou se Carroll<sup>73</sup> domnívá, že nejúčinnější v léčbě závislostí je kombinace psychoterapie a farmakoterapie (v indikovaných případech). Farmakoterapie výrazně zvýší úspěšnost jednak při léčbě závislosti na opiátech a alkoholu, ale hlavně v případě kombinovaných poruch, např. deprese kombinované se závislostí.

Farmakoterapie v léčbě drogové závislosti má mnoho rolí, i když její použití je užší než použití psychoterapie. v zásadě lze farmaka využít čtyřmi způsoby:<sup>74</sup>

---

<sup>70</sup> Viz výše, kap. 3.1 této práce.

<sup>71</sup> Kalina 2003a, s. 79.

<sup>72</sup> Carrol in Rotgers a kol. 1999, s. 235

<sup>73</sup> Carrol in Rotgers a kol. 1999, stejně tak i další, např. Mercer, Woody, Luborsky 2005.

<sup>74</sup> Viz Carroll in Rotgers a kol. 1999.

- Detoxifikace – farmaka slouží ke zmírnění často životu nebezpečných abstinenčních příznaků při detoxikaci (především u opiátů, sedativ, hypnotik, alkoholu)
- Stabilizace a udržování – farmaka jsou dlouhodobě podávána jako substituce za návykovou látku (viz např. metadonová substituce za opiáty) v rámci harm reduction
- Léčba pomocí antagonistů a jiné behaviorálně orientované farmakoterapie – farmaka blokují účinek návykové látky, jejich užívání umožní vyhasnutí vztahu mezi podnětem k užití drogy a jejím účinkem<sup>75</sup>
- Léčba současně se vyskytujícími chorob – farmakologická léčba souběžně se vyskytujícími psychiatrickými poruch

Farmakoterapie má v léčbě závislostí na návykových látkách nezastupitelné místo. Výhodné je kombinovat ji s psychoterapií či poradenstvím, o čemž pojednávají následující kapitoly.

## **4.2 Substituce jako specifická forma farmakoterapie závislostí**

Substituční léčba závislosti na opioidech je přesně definovaná léčba za pomoci registrovaných substitučních látek.<sup>76</sup> v České republice jsou pro substituční léčbu

---

<sup>75</sup> O'Brien a Kampman (2005) hovoří především o používání naltrexonu (mezi agonity patří také naloxon); doporučují ho však pouze pro motivované pacienty, naltrexon snižuje craving, pouze anuluje účinek opiodních agonistů, jsou-li užity.

<sup>76</sup> Standard substituční léčby (<http://www.drogv-info.cz/article/archive/75/>, s. 3) uvádí: „Substituční léčba závislosti na opioidech lege artis je léčba, která splňuje v tomto materiálu uvedené postupy a používá substituční látku, která je výslovně uvedena v kapitole 1.1 tohoto Standardu. Zacházení se substitučními látkami je upraveno zvláštními předpisy, a to zejména zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů a vyhláškou č. 304/1998 Sb., kterou se stanoví případy, kdy se nevyžaduje vývozní povolení k vývozu pomocných látek, podrobnosti o evidenci návykových látek, přípravků a prekurzorů a o dokumentaci návykových látek.“

registrovány dva přípravky – metadon a buprenorfin<sup>77</sup>. Následující kapitoly popíší možnosti jejich využití, stejně tak jako historií substituční léčby.

Pro pacienty, resp. klienty v substitučním programu platí dle MKN10 diagnóza F 11.22, tzn. syndrom závislosti vyvolaný požíváním opioíidů, kdy pacient (klient) v současnosti abstínuje při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu. „Substituční léčba je standardním léčebným postupem, který svou charakteristikou patří do postupů harm reduction (minimalizace zdravotních a sociálních rizik). Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude pacient objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav.“<sup>78</sup>

To znamená, že substituce je v zásadě terciární prevencí. Tím, že klientovi umožníme užívat místo nelegální návykové látky lege artis předepsanou substanci, snižujeme tím klientova zdravotní i sociální rizika a předcházíme tak vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu postižení z užívání drog.<sup>79</sup> Zároveň se však jedná o uznávaný způsob léčby, kdy je klient užívající pouze předepsaný substituční přípravek považován za abstinujícího.<sup>80</sup> v názoru na to, zda klient užívající substituční látku abstínuje, či stále užívá nějakou drogu, návykovou látku, byť legálně předepisovanou, se odborníci různí.

Podle Prestona<sup>81</sup> jsou cíle substituční léčby následující:

- Udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu pacienta
- Zastavení injekční aplikace drogy
- Snižování užívání nezákonných návykových látek
- Snižování rizikového chování při užívání návykových látek

---

<sup>77</sup> Buprenorfin je v Čechách distribuován pod obchodní značkou Subutex®, metadon není určen k prodeji v lékárnách, nemá obchodní značku, uvádíme tedy pouze název účinné látky.

<sup>78</sup> Standard substituční léčby: <http://www.drogy-info.cz/article/archive/75/>, s. 3.

<sup>79</sup> Viz výše – definice terciární prevence dle Kaliny.

<sup>80</sup> Viz definice MKN-10.

<sup>81</sup> Preston 1999.

- Redukce přenosu infekce HIV a hepatitidy
- Snížení kriminality
- Zlepšení rodinných a sociálních vztahů
- Příprava pro zavedení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a trvalé abstinenci.

Standard substituční léčby<sup>82</sup> uvádí následující kontraindikace substituční léčby závislosti na opioidech:

**Absolutní kontraindikace metadonové léčby:**

- možnost a vhodnost léčby orientované na abstinenci
- převažující závislost jiného než opioidového typu
- nepřítomnost tělesné (somatické) závislosti
- věk nižší 16 let

**Absolutní kontraindikace buprenorfinové léčby:**

- převažující závislost jiného než opioidového typu
- věk nižší než 15 let
- akutní intoxikace alkoholem
- závažná jaterní onemocnění
- léčba inhibitory MAO a období 14ti dnů po jejím ukončení
- závažná respirační insuficience

---

<sup>82</sup> <http://www.drogy-info.cz/article/archive/75/>



## Relativní kontraindikace substituční léčby:

- zneužívání substitučního programu v anamnéze
- kombinované závislosti (především kombinace s dalšími prostředky, především benzodiazepiny či alkohol, jejichž užití spolu se substituční látkou může přivodit smrt)
- neschopnost přestat užívat další návykové látky navzdory dostatečně vysoké dávce substituční látky
- blízké uvěznění (není-li ve vězení dostupný substituční program, ve kterém by mohl klient pokračovat)
- těžší jaterní poškození (v každém případě je ovšem substituční látka pro tělo menší zátěží než látka pouliční)

Přípravků používaných pro substituci opiátů existuje několik. v Čechách je registrovaný metadon a buprenorfin. Buprenorfin, resp. Subutex<sup>®</sup>, je užíván jednak v dlouhodobé substituci opiátů, jednak bývá předepisován ve snižujících se dávkách během detoxikace pro zmírnění abstinčních příznaků, zároveň má i částečné antagonistické účinky a může tedy být částečně použit i v behaviorální léčbě antagonisty, i když zde se spíše používá naltrexon, který je čistým agonistou, či v Čechách dosud neregistrovaný Subuxon, v němž se buprenorfin kombinuje s naloxonem.<sup>83</sup> Jeho použití je tedy velmi široké. Metadon je předepisován především dlouhodobě. v USA se k substituci opiátů používá i derivát metadonu LAAM<sup>84</sup>, který však není v Čechách registrovaný. Důležitou složkou substitučních programů je poskytování poradenství či psychoterapie.<sup>85</sup> Odborníci<sup>86</sup> dokazují, že bez nich mají substituční programy mnohem menší efekt.

---

<sup>83</sup> Viz způsoby využití farmakoterapie dle Carroll, kap. 3.1.3 této práce či níže Lewis a Walter kap. 3.2.2.

<sup>84</sup> Viz např. Schottenfeld 2005 či Marlatt 1998.

<sup>85</sup> Viz kap. 3.3 této práce.

<sup>86</sup> Např. Schottenfeld 2005.

#### 4.2.1 Stručná historie substitute

Historie substitute návykových látek sahá do první poloviny 20. století. Na počátku 20. století nebyla závislost na návykových látkách vnímána v Evropě jako závažný společenský problém, proto většina států neměla instituce zabývající se léčbou závislostí, ani zákony upravující používání návykových látek. Tyto zákony se začaly objevovat až po první světové válce, původně v souvislosti se zneužíváním kokainu vojáky.

V roce 1916 bylo ve Velké Británii postaveno mimo zákon držení kokainu (kromě kokainu předepsaného lékařem), v roce 1920 a 1923 byl Zákonem o nebezpečných drogách rozšířen seznam látek, jejichž držení či prodej byly nezákonné, o opium a jeho deriváty (opět kromě lékařského předpisu, který však byl zákonem omezen). v USA vyšel zákon stavující kontrolu nad držením a distribucí drog již roku 1914 (Harrisonův zákon), povoloval použití drog pro lékařské účely, nicméně již roku 1922 Spojené státy rozhodly, že pokud lékař předepíše drogu závislému, dopouští se tak zločinu.

Narozdí od tohoto postoje bylo v Británii obecně uznáváno, že lékaři mohou v rámci léčení předepisovat návykové látky – lékaři předepisovali pacientům, u nichž nebylo možné v současné chvíli dosáhnout abstinence, heroin či morfin. Existovaly drogové kliniky, kde byly pacientům podávány chemicky čisté látky, často intravenózně (na většině kliniky byly k dispozici tzv. šlehárny).

V šedesátých letech dvacátého století došlo k obrovskému boomu užívání psychotropních látek.<sup>87</sup> Bylo zjištěno, že většina mladých lidí neužívá opiáty ke snížení bolesti, ale pro vyvolání pocitů euforie. Provozování klinik nabízejících heroin či morfin v injekční formě se ukázalo jako neefektivní, neboť tento přístup nevedl k žádné změně v chování pacientů. Během sedmdesátých let se v Británii postupně začali lékaři přiklánět k orálně podávanému metadonu a cílem se stala

---

<sup>87</sup> Velký podíl na tom mělo hnutí hippies a jejich filozofie. v USA bylo zjištěno masivní zneužívání návykových látek, především heroinu, mezi vojáky ve Vietnamské válce – naštěstí vysoké procento těchto vojáků po návratu do vlasti s užíváním heroinu samovolně přestalo. Předpokládá se, že šlo o sebemedikaci vojáků heroinem ve stresových válečných situacích.

klientova abstinence. Nárůst počtu substitučních možností, včetně dlouhodobé substituce, podnítil především strach z šíření HIV.<sup>88</sup>

V USA byla situace jiná. Přestože předepisování drog bylo nezákonné, začali počátkem šedesátých let 20. století dva psychiatři, dr. Marie Nyswander a dr. Vincent Dole, předepisovat svým pacientům závislým na opiátech metadon. Rozpracovali systém pravidel „Metadonové udržovací léčby“, který byl původně velmi striktní, postupně se však o něco rozvolnil. Tento systém byl založen na myšlence, že závislost na opiátech je metabolickou poruchou podobnou např. diabetes, u které jako „substituce“ funguje inzulín, zde byl pro stabilizaci organismu použit metadon. Nyswander a Dole používali velmi vysoké dávky metadonu (80-150mg) a dodnes je v americké tradici zvykem předepisovat mnohem vyšší dávky metadonu, než v Evropě.<sup>89</sup>

#### 4.2.2 Subutex®

Subutex® je lék určený pro substituci opiátů, pronikl však i na černý trh. Jeho používání v substituci opiátů má poměrně krátkou historii a stále mnoho otazníků. V České republice registrovala Subutex® firma Schering-Plough Central East AG, Lucerne, Švýcarsko. Účinnou látkou tohoto léku je buprenorphini hydrochloridum, čili buprenorfin. Indikační skupina antidotum a opioidní analgetikum. Buprenorfin se váže na vazebná místa v mozku, je částečným agonistou a částečným antagonistou opia.

Vedle metadonu je Subutex® jedinou legální náhražkou nelegálních opiátů v České republice. Lze ho použít k substituci i k detoxifikaci opiátů (např. heroinu, braunu, morfinu). v České republice se distribuuje ve formě tablet, které jsou určeny k sublingválnímu užití, tzn. tableta má být vložena pod jazyk, nekousat, nepolykat, nechat rozpustit, což může dle příbalového letáku trvat 5 až 10 minut.

---

<sup>88</sup> V Edimburgu osmdesátých let dvacátého století propukla mezi injekčními uživateli epidemie HIV, která v Británii vyvolala velkou obavu, podařilo se ji však zastavit – především díky rozvinutí sítě služeb harm reduction.

<sup>89</sup> Dle Preston 1999 a Levinthal 2004.

Drogová poradna<sup>90</sup> uvádí v rubrice Opiáty: „Buprenorfin byl objeven v roce 1960, v roce 1978 se začal používat jako lék proti bolesti a později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opioidech. Je to polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia – thebainu.... Subutex, resp. buprenorfin, je návyková psychotropní látka s podobnými účinky jako heroin, morfin nebo jiná látka ze skupiny opioidů. Jedná se tedy nejen o lék, ale i návykovou látku či drogu, jejíž pravidelné užívání ústí v závislost.“ Původně ovšem byly od buprenorfinu, tak jako od všech dříve objevených látek (např. heroinu či metadonu) s podobnými účinky, vkládány naděje, že se jedná o nenávykovou látku účinnou v boji proti bolesti.

Lewis a Walter uvádí výzkumy účinnosti buprenorfinu. Bylo zjištěno, že buprenorfin se do těla nejlépe vstřebává po injekčním podání, nebo při sublingválním podání – na rozdíl od metadonu, který se do organismu velmi dobře vstřebává orální cestou, se buprenorfin tímto způsobem užívat nedá, protože ztrácí na účinnosti až desetinásobně.<sup>91</sup>

Pokud má být buprenorfin užíván sublingválně, musí být tablety rozpustné ve vodě. To ovšem zvyšuje riziko, že při vydávání tablet buprenorfinu do domácího užívání jakožto substituce opiátů, aplikují uživatelé návykových látek buprenorfin intravenózně poté, co si jej rozpustili ve vodě.<sup>92</sup> Proto vědci vyvinuli preparát, v němž se mísí buprenorfin s naltrexonem či naloxonem. Naltrexon i naloxon jsou opioidními antagonisty. v praxi se pro své vlastnosti spíše používá naltrexon. Při intravenózním užití se naltrexon naváže na opioidní receptory v CNS a blokuje tak agonistické účinky buprenorfinu. To vyvolá u dlouhodobého uživatele opiátů abstinenční příznaky. Při užití sublingválním k tomuto efektu nedochází, neboť naltrexon se touto cestou vstřebává do organismu jen ve velmi omezené míře. Používat pro substituční léčbu závislosti na opiátech sublingvální tablety, v nichž je obsažen buprenorfin společně s naltrexonem je tedy výhodné, neboť uživatelé jsou nuceni užívat tablety sublingválně, aby netrpěli abstinenčními příznaky.<sup>93</sup>

---

<sup>90</sup> [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz) [2005-06-06].

<sup>91</sup> Lewis a Walter 1992.

<sup>92</sup> Viz situace v Čechách, zde kap. 2.1.1.

<sup>93</sup> Lewis a Walter 1992.

Buprenorfin je používán k substituci opiátů jednak díky svému specifickému způsobu vazby na opiodní receptory, jednak proto, že má dlouhý eliminační poločas – několiknásobně delší oproti heroinu například. Buprenorfin má určité maximum psychotropního účinku,<sup>94</sup> takže zvýšením dávek dojde pouze k prodloužení doby účinku, nikoli ke zvýšení jeho intenzity. Marlatt<sup>95</sup> tvrdí, že abstinenční příznaky při odejmutí buprenorfinu jsou jemnější, než je tomu u opiátových agonistů jako je morfin či metadon.<sup>96</sup>

Subutex<sup>®</sup> je v České republice od roku 2003 předepisován jen na zvláštní opiátové recepty, tzv. modré recepty (podle označení receptu modrým pruhem). Předepisování Subutexu<sup>®</sup> a dalších podobných látek upravuje zákon č. 223/2003 sbírky. „Modré recepty“ slouží k větší kontrole zacházení s těmito látkami. v praxi to funguje tak, že lékař (kterýkoli lékař včetně praktického lékaře) si může recepty s modrým pruhem vyzvednout na obecním úřadě, vyplňuje tento recept trojmo - jednu kopií si nechává pro svoji evidenci, jednu kopii si pro evidenci nechává lékárna, která lék pacientovi vydá a originál zasílá lékárna zdravotní pojišťovně.

Subutex<sup>®</sup> nehradí, ani částečně, žádná zdravotní pojišťovna – Ministerstvo zdravotnictví pouze poskytuje dotace některým odborným zařízením, která poskytují substituční léčbu vybraným skupinám klientů, zejména matkám, těhotným, nebo jinak extrémně rizikovým a sociálně slabým osobám. Cena Subutexu<sup>®</sup> v lékárnách je v současné době cca 870,- Kč za balení 7 krát 8mg tablet, na černém trhu pak zhruba 400,- Kč za jednu 8mg tabletu, přičemž o víkendech a svátcích, kdy se dostupnost Subutexu<sup>®</sup> snižuje díky tomu, že lékárny mají zavřeno a většina lékařů neordinuje, stoupá jeho cena až na 800,- Kč.<sup>97</sup>

Předepisování se zpřísnilo poté, co se rozrostl ilegální trh se Subutexem<sup>®</sup>. Odborníci stále diskutují o tom, zda je toto zpřísnění přínosem, či nikoli. „Subutex se v průběhu let 2002 a 2003 stal jednou z nejpoblárnějších drog opiátového typu

---

<sup>94</sup> Marlatt 1998, s. 169.

<sup>95</sup> Marlatt 1998, s. 169.

<sup>96</sup> Zdá se, že jsou sice mírnější fyzické příznaky, ale klienti popisují velmi nepříjemné psychické stavy rozlady, střídání nálad a poruchy spánku trvající i několik týdnů.

<sup>97</sup> Petroš a kol. 2005 a osobní rozhovory s klienty Prev-Centrum o.s.

na našem trhu. Dá se říci, že ve většině drogových scén vytlačil heroin a to i přes to, že účinek Subutexu je možné charakterizovat jako méně „zábavný“ ve srovnání s heroinem. Na oblibě užívání se pravděpodobně podílela:

Špatná kvalita heroinu, která cca od roku 1998 postupně klesá. Množství účinné látky by bylo možné v současnosti odhadnout jen na několik procent.

Výpadky v dostupnosti heroinu – závislost na opioidech má výraznou tělesnou složku. Nedostatečný přísun drogy nutí uživatele hledat jiné zdroje nebo náhradu.

Dobrá dostupnost léku. Až do září 2003 jej mohl předepsat kterýkoli lékař, resp. Subutex byl předepisován na obyčejné recepty. v současné době musí být Subutex předepsán na tzv. opiátové recepty (s modrým pruhem), které podléhají mnohem přísnější kontrole. Subutex proto v současné době předepisuje mnohem méně lékařů.<sup>98</sup>

Přesto, že je Subutex<sup>®</sup> zneužíván ilegálně, má jeho rozšíření mezi uživateli opiátů pozitivní důsledky v oblastech zdravotní i sociální. Jednak je o mnoho levnější než heroin, takže uživatelé, kteří se většinou živí nějakou z forem trestné nebo ilegální činnosti, páchají mnohem méně majetkoprávních i jiných trestných činů, jednak se jedná narozdíl od heroinu distribuovaného na černém trhu o chemicky čistou látku, což snižuje zdravotní rizika užívání. Další výhodou je nízká pravděpodobnost předávkování touto dávkou, což značně snižuje mortalitu uživatelů opiátů.<sup>99</sup> Většina uživatelů ilegálního Subutexu<sup>®</sup> ovšem aplikuje tuto látku injekčně, nikoli sublingválně.<sup>100</sup> Při tomto způsobu užívání jsou rizika srovnatelná s injekčním užíváním jakékoli jiné drogy. Nabízí se však otázka, proč se v Čechách k substituci opiátů neužívá přípravek, v němž se buprenorfin mísí s naltrexonem či naloxonem.<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup> [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz) [2005-06-06].

<sup>99</sup> V tom je výhoda Subutexu<sup>®</sup> oproti metadonu; ten je totiž pouze opioidním agonistou, což znamená, že po požití jiného opiátu na metadon nebo při požití zvýšené dávky samotného metadonu může dojít k předávkování, a tím i úmrtí, stejně snadno jako např. u heroinu. Vzhledem k tomu, že se metadon podává poze ve specializovaných centrech s velmi přísnými pravidly, je však jeho průnik na černý trh minimální.

<sup>100</sup> Petroš a kol. 2005. Zkušenosti z praxe ukazují, že bohužel i značná část uživatelů, kteří mají Subutex<sup>®</sup> předepsán lege artis, jej užívá injekčně.

<sup>101</sup> Viz výše v této kap. Lewis a Walter 1992.

### 4.2.3 Metadon versus Subutex®

Vedle Subutexu® je metadon jedinou legální substancí používanou v České republice k substituci opiátů. Historie metadonu je narozdíl od historie používání Subutexu® dlouhá, což není zdaleka jediný rozdíl mezi těmito přípravky, jak dokládá následující kapitola.

Metadon je syntetický opiát, který byl poprvé vyroben během druhé světové války jako náhrada přírodního opia a byl používán k tlumení bolesti. Doufalo se, že díky své struktuře, která není podobná struktuře morfia, nebude metadon návykový. Později se začal metadon využívat v léčbě opiátových závislostí; nejprve krátkodobě při zvládání opiátového abstinčního syndromu a od 60.let i dlouhodobě jako tzv. dlouhodobá substituce.<sup>102</sup> Celý název zní „methadon hydrochlorid“ a vyrábí se pod řadou obchodních názvů a v různých formách. v Čechách se používá většinou ochucený roztok, který se pije. Metadon se ale vyrábí i ve formě tablet, stejně jako Subutex®.

Rozdíl mezi metadonem a Subutexem® je především v účinku – jak je již výše uvedeno, buprenorfin je částečným agonistou opia a částečným antagonistou opia, kdežto metadon má pouze agonistické účinky. To znamená, že se buprenorfin v mozku váže na opiové receptory a z části z nich „vytlačí“ jiné opiáty, případně jim nedovolí se na receptory navázat.<sup>103</sup> Když uživatel užije před nebo po podání Subutexu® jiný opiát, např. heroin, účinek tohoto opiátu se tedy značně sníží. Proto je Subutex® v praxi využíván i v případě předávkování opiáty – i když zde se více využívá jiných látek, jejichž antagonistické vazby jsou silnější, např. naltrexon. Na rozdíl od Subutexu® nemá metadon žádné antagonistické vazby, působí v mnoha ohledech podobně jako např. heroin, lze se jím tedy předávkovat. Narozdíl od např. heroinu má metadon mnohem delší eliminační dobu.

V Čechách není povoleno prodávat metadon v lékárnách. Klienti v programech metadonové substituce tedy musí denně docházet do substitučních center, kde jim personál metadon vydá. Při delší pravidelné docházce a dodržování všech pravidel programu mohou ve většině programů klienti dostat několik dávek

---

<sup>102</sup> Viz kap. 3.2.1 této práce.

<sup>103</sup> Více viz kap. 2.4.1 této práce.



metadonu s sebou domů. Tento způsob distribuce má několik výhod a několik nevýhod. Výhodou je jednak nízká cena metadonu (farmaceutické firmy si nepřidávají marži), především však možnost kontroly způsobu aplikace metadonu<sup>104</sup> a jeho dávkování, v neposlední řadě také téměř nulový průnik metadonu na černý trh. Nevýhodou je časová i prostorová vázanost klientů na výdejní místo a jejich jistá nesamostatnost při kontrole způsobu aplikace, dávkování. Subutex<sup>®</sup> je oproti metadonu prodáván kromě substitučních center i na opiatový recept téměř ve všech lékárnách. Nevýhodou této možnosti je poměrně vysoká cena Subutexu<sup>®</sup>, větší možnost jeho zneužívání – aplikace, dávkování, prodej na černém trhu - výhodou větší odpovědnost klienta za své jednání a svou léčbu, klientova mobilita. Studie ovšem dokazují srovnatelnou účinnost buprenorfinu a metadonu v substituční léčbě závislosti na opiátech.<sup>105</sup>

#### **4.2.4 Substituční programy Subutexem<sup>®</sup> v Praze**

Cílem této práce není kompletní zmapování možnosti substituční léčby. Vzhledem k zaměření práce zde budou popsány pouze pražské substituční programy, které k substituci využívají Subutex<sup>®</sup> (buprenorfin), pro lepší představu možností, které závislí, kteří se pro řešení své situace za pomoci této substituce rozhodli, mají. Situace mimo Prahu je mnohem složitější, nabídka nebývá tak široká.

Substituční program zahrnuje jednak farmakoterapeutickou složku, jednak složku psychosociální. Preskripce substitučního preparátu nerovná se substituční program. Metodami práce v psychosociální složce substitučních programů bývají sociální práce, případně sociálně-právní poradenství, skupinová a/nebo individuální psychoterapie či poradenství, práce s rodinou uživatele.

##### **4.2.4.1 CADAS**

CADAS je jedním ze zařízení o.s. SANANIM, které je jednou z nejrozsáhlejších organizací poskytující v České republice služby v oblasti prevence užívání drog.

---

<sup>104</sup> Viz výše o rizicích injekční aplikace, především kap. 2.4 této práce.

<sup>105</sup> Např. Elkader, Sproule 2005 či Chadderton 2000 či Gibson a kol. 2003.



CADAS je ambulantní léčebné centrum poskytující služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, především opiátech a stimulantech.

Ke specifické farmakoterapii používají v CADASu buprenorfin (Subutex®) pro ambulantní detoxifikaci a časově omezenou substituci opiátů. Služby jsou určeny klientům ve věku od 17 let výše, bez ohledu na stupeň motivace k abstinenci léčbě a zajištění této léčby, předpokladem pro ambulantní léčbu je však základní sociální stabilita (např. dosažitelné rodinné zázemí, stálé bydliště), výhodou je spolupráce s rodiči či partnery klienta. Přijímání jsou i klienti s tělesnými i duševními komplikacemi spojenými s užíváním drog, doporučení od jiného lékaře nebo z jiného zařízení se nevyžaduje.

Hlavními metodami práce jsou farmakoterapie, psychoterapie, poradenství a sociální práce. Těžiště psychosociální složky spočívá v individuální práci s klientem, v současné době (léto 2005) nefunguje skupina, která jinak běží jedenkrát týdně. Klient je se zařízením v kontaktu obvykle jednou týdně, maximálně jednou za čtrnáct dnů, dle stavu klienta lze domluvit i jiné intervaly, v zařízení se provádějí i kontrolní toxikologická vyšetření moči. Pozitivní toxikologie nemusí být důvodem k vyloučení klienta z programu, nicméně není žádoucí. MUDr. Jakub Minařík dodává: „Máme výrazně sníženou toleranci vůči jiným depresantům CNS, zvláště benzodiazepinům.“<sup>106</sup>

Původní koncepce programu byla na roční léčbu, aktuálně se však délka léčby řídí především stavem klienta. Vysazování Subutexu® probíhá v ambulantních podmínkách, v případě zájmu klienta je zařízení schopno zprostředkovat mu pobyt na rezidenčním detoxifikačním oddělení. Po vysazení Subutexu® je klientům doporučováno pokračovat v následné péči.

Vedoucím zařízením je psychiatr a psychoterapeut MUDr. J. Minařík, kromě něj pracuje v ambulanci ještě jeden lékař-psychiatr a psychoterapeut (MUDr. Kamil Kalina) a dvě sociální pracovníce, z nichž jedna je zároveň zdravotní sestrou.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Toto stanovisko vychází z faktu, že současné užívání opiátů (tedy samozřejmě i buprenorfinu) a benzodiazepinů je vysoce rizikové – hrozí zástava dechového centra a následná smrt.

<sup>107</sup> Zdroje: MUDr. J. Minařík a <http://www.sananim.cz/fclilities.php?id=12>.

#### 4.2.4.2 Apolinář

Apolinář je střediskem odborného života v oblasti léčby závislostí a psychoterapii již řadu desetiletí. Zakladatelem a vůdčí osobností léčby závislostí v této nemocnici je doc.MUDr. Jaroslav Skála, CSc., který zde již v roce 1948 založil protialkoholní oddělení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. v současné době zahrnuje komplex služeb Apolináře léčebné oddělení, ambulanci, detoxifikační jednotku, úsek metadonové substituce, Středisko pro mládež a rodinnou terapii.

Toxi ambulance nemocnice u Apolináře, kterou vede MUDr. Vladimíra Zenáhlíková (kromě ní zde pracuje ještě zdravotní sestra a psychoterapeutka), nabízí substituční léčbu závislosti na opioidech buprenorfinem. Tato léčba má komplexní charakter a zahrnuje jednak psychoterapii (skupinovou i individuální), poradenství v oblasti zneužívání a léčbě závislostí, sociální práci a poradenství s klienty, podpůrnou skupinu pro rodinné příslušníky osob zasažených návykovými látkami (tuto skupinu mohou navštěvovat i příbuzní uživatelů, kteří se v ambulanci neléčí), součástí programu je pravidelný týdenní psychoterapeutický pobyt v přírodě, pravidelně dvakrát ročně, kterého se účastní klienti spolu se svými rodinnými příslušníky. Nedílnou součástí programu je péče o somatický stav klientů a toxikologická vyšetření.

Klienti dochází do ambulance minimálně jednou týdně, zpočátku je docházka intenzivnější, cca třikrát týdně. Jednou týdně se klienti účastní skupinového sezení (v programu běží dvě skupiny pro začátečníky a jedna pro klienty, kteří již v programu pokročili), jednou týdně absolvují individuální pohovor formou psychiatrické kontroly. Recepty na Subutex<sup>®</sup> předepisuje lékařka maximálně na týden, pouze ve výjimečných případech u stabilizovaných klientů je možná preskripce na delší dobu (např. v případě hospitalizace či dovolené klienta). Ve výjimečných případech vytváří lékařka tzv. individuální plány (dle jejich slov se jedná o případy klientů, kteří již prošli mnoha léčbami, tzv. „přestárlí toxikomané“).

Základními pravidly programu jsou:

- dodržování termínů docházky
- zákaz donášení drog do zařízení
- zákaz agrese

- zákaz sexuálních vztahů mezi členy skupiny
- povinnost spolupracovat při léčbě somatických komplikací

Pozitivní toxikologie moči není důvodem k vyloučení z programu, nicméně není žádoucí. Cílem programu je úplná abstinence od návykových látek včetně alkoholu (mimo cigarety, kofein apod.). Pokud má klient opakované pozitivní toxikologické vyšetření na jiné návykové látky, než je buprenorfin, je mu doporučen pobyt na detoxifikačním oddělení a návrat do ambulantního substitučního programu, případně jiná forma léčby. Po vysazení Subutexu<sup>®</sup> nabízí ambulance klientům skupinu následné péče.<sup>108</sup>

#### 4.2.4.3 Drop In

Drop In je dalším významným zařízením na poli prevence drogových závislostí v České republice. Substituci se věnuje především Centrum metadonové substituce I. a II., které v indikovaných případech poskytují i substituci buprenorfinem (Subutex<sup>®</sup>).

Klienti musí do center docházet většinou denně, platí zde poměrně přísná pravidla. Centra nabízejí dlouhodobou substituci I možnost ambulantní detoxikace. Do programu jsou přijímáni klienti s dlouholetou závislostí na opiátech po několika absolvovaných neúspěšných pokusech o abstinenci. Přednost mají gravidní klientky a somaticky nemocní (HIV, hepatitidy apod.). Vstupním filtrem pro přijetí do programu jsou nízkoprahová centra. Centrum metadonové substituce I. (dále CMS I.) má nižší práh, jeho vedoucím je MUDr. Zdeněk Veselý, vedoucím Centra metadonové substituce II. (dále CMS II.) je MUDr. Dušan Randák.

Jedním z kritérií pro vstup do CMS II. je klientovo legální zaměstnání či studium, stabilní sociální zázemí. i zde jsou preferovány matky a gravidní ženy. Klienti jsou podrobováni namátkovým kontrolám moči na přítomnost návykových látek, především opiátů, benzodiazepinů a amfetaminů. v případě, že je vyšetření pozitivní, je klient přeřazen do CMS I. a dostává se na konec čekací listiny na CMS II. Do centra dochází klienti dvakrát týdně, pokud pracují či studují, jinak

<sup>108</sup> Zdroje: MUDr. V. Zenáhlíková a <http://www.muiweb.cz/zdravi/apolinar/toxi.htm>.

třikrát týdně. Absolutně vyloučená je absence více než třikrát za měsíc, během roku si klient může vybrat dva týdny „dovolené“.

Klienti mají možnost pokračovat v následné péči v Centru následné péče Drop In, nicméně ji příliš nevyužívají. Matkám je nabízena možnost individuálních konzultací v Centru pro rodinu Drop In. Od začátku roku 2006 plánují v CMS II. zavést skupinovou terapii, arteterapii a dětský koutek pro matky s dětmi. Nyní probíhají individuální pohovory s klienty dle potřeby, sociální poradenství poskytuje COMMUNIO<sup>109</sup>, jednou týdně je v Kontaktním centru Drop In přítomen sociální pracovník, jehož služeb mohou klienti CMS využívat.

Cílem programu je postupné snižování dávek substituce až k abstinenci, u některých klientů (s mnohaletou anamnézou zneužívání opiátů) je však tento cíl nereálný. CMS vychází vstříc jejich potřebám a cílem se zde stává stabilizace klientovy zdravotní a sociální situace a jeho abstinence od nelegálních návykových látek. Lze domluvit i ambulantní detoxifikaci Subutexem<sup>®</sup> u klientů, kteří jsou pro ni indikováni (tzn. stupeň jejich závislosti není tak vysoký, aby se detoxifikace nedala zvládnout ambulantně; příp. jsou to klienti, jimž by hospitalizace způsobila vážné rodinné či pracovní komplikace).<sup>110</sup>

#### 4.2.4.4 Prev-Centrum

Dalším pracovištěm poskytujícím služby klientům v substitučním programu Subutexem<sup>®</sup> je ambulantní Centrum poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum (dále CPMR). Toto zařízení poskytuje pouze psychosociální komponentu programu, medicínskou složku zajišťují zdravotnická zařízení, s nimiž centrum úzce spolupracuje.<sup>111</sup>

Substituční program Subutexem<sup>®</sup> (dále SPS) začal vznikat v Centru poradenství pro mládež a rodiny v průběhu roku 2003 na základě poptávky v síti drogových

---

<sup>109</sup> Viz <http://www.communio.cz/>

<sup>110</sup> Zdroje: MUDr. M. Flimelová (CMS II.) a <http://www.dropin.cz/metadonovasubstituce.shtml>

<sup>111</sup> V tomto zařízení je autorka této diplomové práce zaměstnána, stávající podobu programu spolu vtvářela a v praktické části této diplomové práce se zabývá analýzou poradensko-terapeutického procesu právě při své vlastní práci s klienty v substitučním programu Subutexem v o.s. Prev-Centrum. Kompletní koncepci SPS, včetně dalších materiálů, lze nalézt v části Přílohy.

služeb. CPMR začalo poskytovat služby motivačního kontaktu a ambulantní léčby účastníkům substitučního programu ve zdravotnických zařízeních, tzn. psychosociální komponentu substitučního programu. Zpočátku se jednalo o individuální poradenství a terapii, na základě zkušeností byla v červenci 2004 pro klienty v substitučním programu otevřena motivační skupina. Tato skupina funguje dodnes a má kromě motivační funkce, také funkci filtrační.

Další významná změna programu se udála v únoru 2005, kdy byl program lépe strukturován a rozšířen (přibýly garantské pohovory, prodloužila se motivační skupina, byl zaveden kreditový systém), v květnu 2005 program doplnila nabídka skupiny pro blízké klientů a sociální poradenství. v průběhu roku 2004 se garantem psychosociální komponenty substitučního programu v CPMR stal MUDr. Vratislav Řehák z Hepatologické poradny na Praze 4.

V současné době sestává SPS z několika fází, které se vzájemně doplňují či na sebe navazují. Po vstupním kontaktu - obvykle v rozsahu 2 až 4 sezení během jednoho, maximálně dvou týdnů - vstupuje klient do motivační skupiny (jinak MS). Během vstupního kontaktu zmapuje pracovník CPMR klientovu situaci, vysvětlí mu pravidla SPS<sup>112</sup>, případně doporučí jinou formu péče. Podmínky spolupráce všech tří zúčastněných stran – klienta, lékaře a CPMR – jsou popsány v Kontraktu SPS<sup>113</sup>, který všechny tři zúčastněné strany podepisují na začátku SPS. v Kontraktu SPS jsou popsána všechna základní pravidla programu, jedním z nich je pravidelný kontakt v CPMR, který je podmínkou preskripce Subutexu<sup>®</sup>. Klient také dává souhlas o vzájemném informování CPMR a lékaře o své docházce.

Docházka do CPMR v rámci SPS se řídí kreditovým systémem (byl zaveden spolu s jinými změnami v únoru 2005), který má klienty jednak motivovat k docházce, jednak zpřehlednit a zjednodušit komunikaci mezi CPMR a klientem o docházce. Za každou absolvovanou konzultaci či skupinu dostává klient 1 kredit, za každou absenci přichází o 1-2 kredity (podle toho, zda se omluví včas). Nulový počet kreditů může být důvodem k vyloučení klienta z programu, rozhodně je však důvodem k přehodnocení léčebného plánu.

---

<sup>112</sup> Viz Informační list pro klienta SPS v části Přílohy.

<sup>113</sup> Viz Přílohy.

Cílem motivační skupiny, která probíhá jednou týdně dvě hodiny a je rozdělena na komunitní a tématickou část, je stabilizace klientovy životní situace, především sociální a zdravotní – včetně dodržování předepsaných dávek Subutexu<sup>®</sup>, eliminace intravenózní aplikace i užívání jiných návykových látek, a také upevnění klientovy motivace ke snižování dávek Subutexu<sup>®</sup> a k abstinenci. Do motivační skupiny vstupuje klient, který užívá legálně předepisovaný Subutex<sup>®</sup>, po podepsání Kontraktu SPS. Motivační skupinu doplňují individuální garantské pohovory s frekvencí cca jedenkrát za 14 dnů, u indikovaných klientů také sociální poradenství ve zhruba stejné frekvenci. Tato fáze trvala donedávna nejméně 6 týdnů, nyní není její délka časově omezena, řídí se ukazateli klientovy stabilizace.

Po dohodě se svým garantem přechází klient do individuální fáze programu. Dochází 2-3krát týdně na individuální konzultace ke svému garantovi. Cílem této fáze programu je pomoci klientovi stabilizovat svou situaci natolik, aby se mu zdařilo snížit dle plánu dávky Subutexu<sup>®</sup> až k úplnému vysazení a abstinenci si udržet. v této fázi programu je možné domluvit ambulantní detoxifikaci podpořenou homeopatickými prostředky, či detoxifikaci pobytovou.

CPMR dále nabízí klientům následnou péči – kontakt je zpočátku intenzivnější (až 3krát týdně), později se rozvolňuje. Cílem následné péče je upevnit změny klientova chování a životního stylu, pomoci mu řešit každodenní problémy tak, aby dokázal žít spokojený život bez drog. v případě, že SPS nevede k abstinenci, domlouvá se pracovník CPMR, zpravidla klientův garant, s klientem na dalším postupu, většinou jiné formě péče – buď doporučuje zařízení poskytující dlouhodobou substituci, nebo pobytovou léčbu zaměřenou na abstinenci.

Popsaná pražská zařízení nabízející možnost substituce Subutexem<sup>®</sup> vzájemně spolupracují, pokud klient není indikován pro jejich služby (např. jeho partner by byl ve stejné terapeutické skupině, potřebuje odbornou psychiatrickou péči apod.), nebo je kapacita zařízení naplněná, doporučují mu jiné zařízení. Je zvykem, že při přijímání klientů si tato zařízení vycházejí vstříc.

Tato kapitola se věnoval především substituci Subutexem<sup>®</sup> v kontextu dalších služeb pro uživatele návykových látek v České republice. Byl popsán komplexní systém těchto služeb, farmakoterapie jako jedna z možných intervencí

a porovnány možnosti substituce Subutexem<sup>®</sup> a metadonem. Na závěr kapitoly jsou podrobněji popsány služby nabízené pražskými zařízeními v substituci Subutexem<sup>®</sup>.

### **4.3 Psychoterapie a poradenství v systému péče o uživatele návykových látek**

Poradenství a psychoterapie jsou nejrozšířenějšími intervencemi v léčbě závislostí na návykových látkách, zároveň jsou kritickými komponenty v efektivitě léčby.<sup>114</sup> Drapela<sup>115</sup> zdůvodňuje nárůst významu poradenství obecně značným omezením významu rodiny jako instituce, poklesem vlivu duchovních a učitelů jakožto nositelů výchovných, náboženských a etických hodnot za současného růstu nároků společnosti v době rychlých technických a kulturně- společenských změn. Člověk hledá oporu mimo rámec rodiny či náboženských, výchovných, ideologických skupin. Tuto oporu, prostor pro řešení svých problémů může nalézt právě v poradenském či terapeutickém zařízení. Psychoterapie a poradenství v léčbě závislostí se stále vyvíjí. u uživatelů opioidů byla např. před zavedením metadonové substituce považována psychoterapie za naprosto neefektivní.<sup>116</sup>

V této kapitole se autorka věnuje některým koncepcím vytvořeným právě pro změnu závislého chování, především teorii změny a prevenci relapsu, popisuje vývoj terapeutického vztahu v terapeuticko-poradenském procesu, nejprve se však pokouší definovat rozdíly a shody mezi poradenstvím a psychoterapií.

---

<sup>114</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 377.

<sup>115</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995.

<sup>116</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 383.



### 4.3.1 Psychoterapie a poradenství – rozdíly a shody

Pojem poradenství zahrnuje jednak osobnosti poradců, vztah poradce a klienta, repertoár intervencí, psychologický proces, jeho cíle, klienty a vztah poradenství a psychoterapie.<sup>117</sup> Definovat rozdíl mezi poradenstvím a psychoterapií je poměrně náročný úkol. Nelson-Jones<sup>118</sup> tvrdí, že pokusy o diferenciaci těchto dvou pojmů nebyly nikdy zcela úplné. On sám používá ve své knize *Practical Counselling an Helping Skills* pojem poradenství (counselling), protože „poradenství je méně elitní termín než psychoterapie.“<sup>119</sup> Tvrdí, že někteří autoři tyto dva termíny volně zaměňují<sup>120</sup> a říká, že mnohem důležitější je zkoumat nikoli rozdíly mezi těmito dvěma obory, ale to, co mají oba společné.<sup>121</sup>

Obecně je psychoterapie vnímána jako více klinický pojem než poradenství. Drapela tvrdí, že „podstatnou funkcí poradenství je pomáhat lidem v důležitých oblastech života“<sup>122</sup> přičemž poradenství se nespécializuje na léčení duševních chorob.<sup>123</sup> Nelson-Jones<sup>124</sup> tvrdí, že psychoterapie se zaměřuje spíše na změny v osobnosti člověka, kdežto poradenství spíše na chování, na pomoc člověku naučit se lépe žít. Tantam<sup>125</sup> píše, že terapie může být léčbou, ale někdy je o „objevování a realizování talentu a kreativity člověka“.

Mercer a kol. definují poradenství a psychoterapii v oblasti léčby závislosti následovně. Psychoterapie je „psychologická léčba zaměřující se na změnu problematického myšlení, pocitů a chování za současného utváření nového porozumění těm z nich, které se vztahují k pacientově závislosti... psychoterapie se zaměřuje na chování, myšlení a pocity, u nichž se zdá, že podporují, udržují, či

---

<sup>117</sup> Dle Nelson-Jones 1998, s. 5.

<sup>118</sup> Nelson-Jones 1998.

<sup>119</sup> Nelson-Jones 1998, s. 7.

<sup>120</sup> Např. D. Tantam 2002 či Harris 2005.

<sup>121</sup> Nelson-Jones 1998, s. 7.

<sup>122</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 9.

<sup>123</sup> To může být jedním ze zásadních rozdílů mezi poradenstvím a klinickou psychoterapií. Např. u deprese, která je závažným duševním onemocněním, je psychoterapie považována za neúčinnější způsob léčby (viz Prochaska, Norcross 1999, s. 421).

<sup>124</sup> Nelson-Jones 1998.

<sup>125</sup> Tantam 2002, s. xv.



jinak souvisí s pacientovou závislostí... jejím záměrem je odhalit a oslovit problematické aspekty pacientova života, ať již z minulého či současného, které přispívají k užívání drog ... zaměřuje se na intra a interpersonální procesy, spíše než na vnější okolnosti"<sup>126</sup> Poradenství v drogové oblasti, které autoři označují za nejrozšířenější léčebnou intervenci, se oproti tomu „mnohem méně zaměřuje na odhalení a změnu vnitřních psychologických procesů a mnohem více se zaměřuje na zvládnutí současných problémů souvisejících s užíváním drog a komplikacemi, které užívání drog přináší“, což činí prostřednictvím „dávání podpory, poskytování struktury, monitorování chování, dodávání odvahy k abstinenci, a provozování konkrétních služeb jako jsou sociální poradenství, doporučení pracovních agentur, ubytování, medicínského servisu či právní pomoci.“<sup>127</sup>

Poradenství funguje jako preventivní proces i jako proces nápravný. Drapela<sup>128</sup> vymezuje hlavní cíle poradenství takto:

- Umožnit klientům dojít lepšího sebezpoznání; uvědomit si své přednosti i slabiny
- Pomoci klientům ujasnit si krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle, případně je modifikovat
- Pomoci klientům poznat, v čem jejich problém (mají-li nějaký) spočívá a jak jej lze realisticky řešit
- Pomoci klientům rozhodovat se svobodně a umět přijmout důsledky svých rozhodnutí
- Pomoci klientům dosáhnout kladného sebehodnocení i hodnocení lidí ve svém okolí, umět získat sebedůvěru a schopnost důvěřovat jiným<sup>129</sup>

---

<sup>126</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 378.

<sup>127</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 378.

<sup>128</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 7-8.

<sup>129</sup> Právě sebedůvěra a důvěra jsou u dlouholetých uživatelů návykových látek velmi pochroumané. Tito lidé strávili většinu času (a to často již od formativního věku) mezi jinými uživateli, pro něž se droga stala tím nejdůležitějším na světě; důvěra nemá v tomto světě místo. Nedostatek sebedůvěry je dán jednak odsunutím uživatele na okraj společnosti, jednak nedostatkem jeho dovedností a kompetencí v běžném životě majoritní společnosti (často nedokončené vzdělání, žádná praxe apod.) a nedůvěrou v ně.

Poradenství i psychoterapie vychází ze stejných teoretických základů. Existuje mnoho terapeutických a poradenských směrů, jejichž analýza překračuje rámec této práce. Prochaska a Norcross<sup>130</sup> tvrdí, že rozdíly mezi nimi se týkají především toho, „zda je nejlepší určité problémy, např. drogovou závislost... pojímat jako konflikty intra či interpersonální.“ Snaží se definovat, co mají psychoterapeutické směry společné. Tvrdí, že „mnoho psychoterapeutických systémů se liší především svým obsahem, i když pracují se stejnými procesy změny.“<sup>131</sup> Na základě výzkumů definují společné účinné faktory psychoterapií:<sup>132</sup>

- Pozitivní očekávání
- Terapeutický vztah
- Zvláštní pozornost, kterou terapeut klientovi věnuje (Hawthornský efekt)

Upřednostňovat psychoterapii před poradenstvím doporučují Mercer a kol.<sup>133</sup> pouze u klientů s duálními diagnózami, tzn. s přidruženými psychiatrickým problémy. Drapela<sup>134</sup> píše, že „v oblastí psychologických služeb lze účinně integrovat mj. funkce klinických a poradenských pracovníků. Obě skupiny těchto odborníků pomáhají klientům dosáhnout lepšího psychického zdraví. Mají sice rozdílné zaměření, ale jejich práce směřuje namnoze k podobným nebo komplementárním cílům. Klinický psycholog se soustřeďuje na snížení klientovy patologie a tím posiluje jeho psychické zdraví. Poradenský psycholog se snaží rozvíjet pozitivní prvky klientovy osobnosti a tím snižuje jeho patologii, případně jí pomáhá předcházet.“ Stejně tak Mercer a kol.<sup>135</sup> uzavírají rozbor rozdílů mezi poradenstvím a psychoterapií konstatováním, že „stoupající měrou v současné léčebné praxi drogové poradenství a psychoterapie poněkud splývají“.

Autorka se na základě uvedených skutečností rozhodla používat v této práci pojem terapie, případně terapie-poradenství pro psychosociální složku programů

---

<sup>130</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 28.

<sup>131</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 27.

<sup>132</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 18-21.

<sup>133</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005.

<sup>134</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 8.

<sup>135</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 378.

věnujících se péči o uživatele návykových látek. v této oblasti se poradenství s psychoterapií velmi těsně kloubí a často prolíná.

#### 4.3.2 Procesy, stádia a úrovně změny

Přechod od života s drogou k abstinenci, či snaha klienta o bezpečnější způsob užívání, je výraznou změnou jeho životního stylu. Koncept teorie změny je jedním z nejdůležitějších modelů, který přináší transteoretický přístup v psychoterapii. Definovali jej Prochaska a DiClemente. Tento koncept sám procházel mnohými změnami. „Procesy změny jsou skryté či zjevné aktivity, do nichž lidé vstupují, aby změnilo emoce, myšlení, chování, nebo vztahy, týkající se určitých problémů nebo způsobů života.“<sup>136</sup> v současnosti popisují autoři deset procesů změny, které jsou podle nich nejlépe empiricky ověřeny. Jsou to:

- zvyšování vědomí
- katarze/dramatická úleva
- přehodnocení sebe
- přehodnocení okolí
- sebeosvobození
- sociální osvobození
- protipodmiňování
- ovládání podnětů
- manipulace s následky
- pomáhající vztah<sup>137</sup>

Dle Prochasky s Norcrosssem se většina terapeutických směrů shodne na důležité roli procesu zvyšování vědomí.

---

<sup>136</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 394.

<sup>137</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 394.

Druhou dimenzí změny jsou (vedle procesů) stadia změny. Stadia změny jsou jedinečným příspěvkem integrativního přístupu, neuvádí je žádný z hlavních systémů psychoterapie. „Stadia změny... představují specifické konstelace postojů, záměrů a chování, které se vztahují k postavení jedince v cyklu změny... každé stádium odráží nejen časový úsek, ale také řadu úkolů, které je nutné splnit, aby mohlo dojít k posunu do dalšího stádia.“<sup>138</sup> Původní koncept stadií změny počítal s cyklickým uspořádáním pěti stadií, jimiž jsou:

- Prekontemplace
- Kontemplace
- Příprava
- Akce
- Udržení

Postupem času však autoři došli k spirálovitému uspořádání těchto stadií, kdy může dojít k recidivě problému a lidé se vrací do stádia prekontemplace, kontemplace či přípravy (to záleží na mnoha okolnostech). u problémů jako je závislost na návykových látkách je recidiva spíše pravidlem než výjimkou, model spirály však předpokládá, a výzkum dokazuje, že většina recidivujících se nevrací na úplný počátek, nýbrž do stádia kontemplace či přípravy a ze své recidivy se snaží vzít poučení při plánování nové akce. Model spirály tedy nepředpokládá nekonečné točení v kruhu, nýbrž pokrok, postup až k vytyčenému cíli. „Ukončení problému nastává, když člověk přestane prožívat pokušení vrátit se k problematickému chování a nemusí se už namáhat, aby zabránil recidivě.“<sup>139</sup>

Je velmi důležité uvědomit si, že klienti vstupující do terapie nepřicházejí ve stejném stádiu změny. Ovšem stadium změny, v němž klient přichází je důležitou determinantou léčebného úspěchu. Je tedy velmi prospěšné stanovit stádium změny, v němž se přicházející klient nachází.

---

<sup>138</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 396.

<sup>139</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 399.

Popíšme jednotlivá stádia změny tak, jak je popisuje Prochaska a Norcross:<sup>140</sup>

### **Prekontemplace**

Nejniže na pomyslném žebříčku v procesu změny je stádium prekontemplace. Lidé v tomto stádiu „nemají problém“, respektive si svůj problém ještě neuvědomují. Na rozdíl od svého okolí svůj problém nevidí, nebo ho bagatelizují, nepociťují ho jako problém. Mohou si sice mnohdy změnu přát, ale není to vážné uvažování o změně v dohledné budoucnosti. Právě odpor k přiznání problému může být poznávacím znamením stádia prekontemplace.

Pokud takoví lidé přicházejí do terapie, jsou k ní většinou dotlačeni okolím či okolnostmi. Aby se mohli pohnout kupředu, musí si svůj problém uvědomit, uznat ho, silněji si uvědomit negativní aspekty svého problému, negativní důsledky svého chování a přesně zhodnotit své seberegulační kapacity.

Nejvhodnějšími terapeutickými intervencemi pro přechod ze stádia prekontemplace do stádia kontemplace se zdají být: zvyšování vědomí, dramatická úleva, přehodnocení okolí.<sup>141</sup> Jako techniky se osvědčují pozorování, konfrontace, interpretace pro zvýšení vědomí, techniky pomáhající uvolnit emoce (např. gestaltistická technika prázdné židle) pro dramatickou katarzi.

### **Kontemplace**

Ve stádiu kontemplace lidé již vážně uvažují o změně, ale ještě se k ní neodhodlali. Uvědomují si svůj problém a vážně se zabývají tím, jak ho zvládnout, promýšlejí a hodnotí možnosti. Přehodnocují také vliv svého chování na okolí, především lidi, na nichž jim záleží. Vytvářejí si plán akce, činí předsevzetí. v tomto stádiu úvah mohou lidé setrvat velmi dlouho, dokonce mohou uvíznout v bludném kruhu tzv. chronické kontemplace.

Lidé v tomto stádiu jsou již zapojeni v procesech přehodnocení sebe sama, zvyšují svou seberegulaci, zahájili změnu chování. v tomto stádiu lze dobře použít

---

<sup>140</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 396-398.

<sup>141</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 402.

techniky protipodmiňování a ovládnání podnětů, což zahrnuje učení se zdravějším alternativám chování, zvládnání přítomnosti či chybění situací, které podněty vyvolávají, zvyšování kontroly nad sebou samým.

Do terapie přichází nejvíce klientů právě ve stádiu kontempace.

## **Příprava**

Stádium přípravy kombinuje záměr a behaviorální kritéria. Lidé v tomto stádiu mají v úmyslu okamžitě provést nějakou akci, často dělají alespoň malé pokroky (např. sníží počet vykouřených cigaret za den). Zatím sice nedosáhli účinné akce, mají však v úmyslu ji v nejbližší době provést.

V tomto stádiu také přichází do terapie mnoho klientů. Je důležité, aby si v tomto přípravném stádiu stanovili cíle a priority a propracovali svůj specifický plán akce, kterou si vybrali.

Tito lidé jsou již často zapojeni v procesech změny zvyšujících seberegulaci a iniciujících změnu chování. Je důležité, aby v této fázi klienti postupovali na základě pocitu sebeosvobození. „Musí být přesvědčení, že mají autonomii k tomu, aby své životy v klíčových oblastech změnili. Také musí přijmout fakt, že donucovací síly jsou součástí života stejně jako autonomie.“<sup>142</sup> Tento proces je velmi podobný procesu dospívání a souvisí s ověřováním a zvyšováním vlastních kompetencí.<sup>143</sup>

Sebeosvobození, které je v této fázi žádoucí, vyžaduje nejen emocionální a kognitivní základ, nýbrž také behaviorální dovednosti. Vhodnými postupy jsou protipodmiňování, manipulace následků, ovládnání podnětů; terapeuti mohou

---

<sup>142</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 402.

<sup>143</sup> To je obzvláště důležité u klientů, kteří užívají návykové látky od svých formativních let. Užívání látek navozujících změnu vědomí jim totiž nedovolilo mnoho kompetencí získat, nebo si je ověřit. Mnoho těchto lidí se psychicky nachází ve věku, kdy začali ve větší míře užívat návykové látky. Ve chvíli, kdy se rozhodnou s užíváním skončit, omezit ho, či kontrolovat prostřednictvím užívání předepsaného množství substituční látky, začnou si uvědomovat, že zažívají úplně nové situace. Nevyznají se ve svých emocích, nejsou si jisti svými dovednostmi v každodenním životě (jako je např. chození na úřady, hledání zaměstnání, navazování vztahů s neuživateli). Terapeut zde pro ně může být důležitým průvodcem, ozvučnou deskou, poskytující zpětnou vazbu, dodávající podporu atd., jak o tom píše např. Bryant-Jefferies (Bryant-Jefferies, 2003, např. s. 19-20).

klientům poskytnout možnost nácviku dovedností zvyšujících pravděpodobnost úspěšné akce a udržení navozené změny.

## **Akce**

Akce zahrnuje nejnápadnější změny v chování jedince. v tomto stádiu jedinci uskutečňují změny, jež si naplánovali a předsevzali v předchozích stádiích, aktivně řeší svůj problém, pozměňují své chování, zážitky, okolí tak, aby překonali své problémy. Viditelné změny přinášejí také nejvíce uznání od okolí.

Bohužel však akce nerovná se změna. Nesmírně důležitá je také příprava na akci a úsilí nezbytné k udržení změn po akci. Prochaska a Norcross<sup>144</sup> uvádí, že jedinci jsou ve stadiu změny, pokud své problematické chování změnili, tzn. dosáhli specifického kritéria (např. abstinence), na dobu jednoho dne až šesti měsíců.

V tomto stádiu lidé potřebují určité dovednosti k využití klíčových procesů orientovaných na akci. Jsou jimi např. protipodmiňování, ovládání podnětů, manipulace s následky. Tyto dovednosti pomohou přerušit navyklé způsoby chování a osvojit si produktivnější způsoby. Lidé ve stádiu akce si uvědomují často nebezpečí, která mohou vést k narušení průběhu a pokračování akce. Potřebují proto strategie pro zvládnutí případného klopýtnutí, relapsu.

## **Udržení**

Vrcholem procesu změny je udržení navozené změny. Jedinci v tomto stádiu se snaží zabránit recidivě problému a skonzolidovat cíle, jichž dosáhli ve stádiu akce. Udržení není absencí změny, nýbrž jejím pokračováním. Většinou trvá zhruba šest měsíců, u chronických problémů, jako je např. závislost na návykových látkách, se rozšiřuje na dobu neurčitou.

Charakteristickými znaky udržení jsou stabilizace změny chování a vyhýbání se recidivě. Úspěšné udržení stojí na předcházejících procesech změny. Zahrnuje však také objektivní zhodnocení rizik a podmínek možné recidivy problému. Je

---

<sup>144</sup> Prochaska, Norcross, 1999.

nutné zhodnotit alternativy a neskončit u sebedopřívajících obranných mechanismů. v této fázi může být terapeut klientovi velmi nápomocný.<sup>145</sup>

Dalším konceptem teorie změny jsou **úrovně změny**. Ty představují hierarchicky uspořádané úrovně psychologických problémů. Tyto problémy jsou navzájem propojené. Důležitost jednotlivých úrovní se u jednotlivých klientů liší a to i v případech, kdy si klienti ztěžují na stejné symptomy. Transteoretický model dává přednost používání co nejméně ohrožujících atribucí a doporučuje začínat terapii na nejnižší úrovni, kde většinou dochází ke změně nejdříve a nejsnáze. Tento model předpokládá, že změna na jedné úrovni ovlivní úrovně další a ty se také pozmění. Lze také měnit úrovně, na nichž terapeut intervenuje, pokud se nedaří na dané úrovni změny dosáhnout. Jinou strategií je zaměření se na klíčové úrovně, obzvláště v případech, kde jsou příčiny klientových potíží zjevné, či obecně známé. Další možností je strategie maximálního dopadu, která klienta vede k současné změně na všech úrovních – tato strategie se doporučuje zejména u složitých klinických případů.

Úrovně změny uváděné transteoretickým modelem jsou následující:

- Symptomy a problémové situace
- Maladaptivní kognitivní procesy
- Současné interpersonální konflikty
- Rodinné a systémové konflikty
- Intrapersonální konflikty<sup>146</sup>

Pro každou úroveň změny v každém stádiu změny jsou typické jiné procesy změny. v každém stádiu a úrovni je také nejvhodnější jiná terapeutická škola.<sup>147</sup>

Vycházet v terapii léčby závislostí na návykových látkách z teorií změny doporučují mnozí autoři.<sup>148</sup> „Změna je v srdci každé léčebné iniciativy, zejména

---

<sup>145</sup> Viz koncept prevence relapsu, zde kap. 3.3.5.

<sup>146</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 403-407.

<sup>147</sup> Prochaska, Norcross, 1999, s. 404 a 406.

<sup>148</sup> Harris 2005, Miller, Rollnick 2002.



léčby závislosti“, píše Harris.<sup>149</sup> Pro každé stádium v procesu změny doporučuje Harris jinou léčebnou strategii a jiný psychotherapeutický či poradenský přístup.<sup>150</sup> Pro stádium prekontemplace, v němž je třeba pomoci klientovi dosáhnout rozšíření, zvýšení vědomí, by doporučil rogeriánské dovednosti naslouchání spolu se strategií harm reduction. Ve fázi kontemplace, kdy je důraz kladen na přehodnocení stávajících cílů a přesvědčení, doporučuje techniku motivačních rozhovorů.<sup>151</sup> Pro fázi přípravy, během níž musí terapeut klientům pomoci přestat negativní sebehodnocení, doporučuje Harris na řešení zaměřenou terapii (solution focused therapy).<sup>152</sup>

Harris si klade otázku, proč se tolik klientů v léčbě drogových závislostí vrací ze stádia kontemplace do stádia prekontemplace. Usuzuje, že jednou z možností je klientova paradoxní reakce – „když klienti hledají péči (léčbu), frekvence užívání drog vzrůstá,“ což je zřejmě způsobeno ambivalencí.<sup>153</sup> Ambivalence je dle Harrise překážkou na cestě ke změně. „Ambivalence může plodit velkou úzkost násobenou nejistotou klientů, zda mají potenciál k efektivnímu uskutečnění změny. Ti, kteří mají vysoké sebevědomí, se snaží zpracovat pocity úzkosti různými strategiemi na snížení obav a pozmění své problémové chování. Ti, kteří mají sebevědomí nízké, užívají víc drog, aby potlačili svůj strach z toho, že změna možná není dosažitelná.“<sup>154</sup>

Teorie změny je pro terapii a poradenství v péči o uživatele návykových látek nesmírně užitečná. Každý klient se nachází v jiném stádiu změny závislého chování, pro každého jsou vhodné jiné intervence. Terapeut pracující s touto klientelou by měl být schopen zhodnotit stádium, ve kterém se jeho klient nachází a podle toho s ním pracovat, případně jej odeslat na jiné pracoviště.

---

<sup>149</sup> Harris 2005.

<sup>150</sup> Harris (2005) ve své knize tyto dva pojmy používá jako synonyma.

<sup>151</sup> Miller, Rollnick 2002.

<sup>152</sup> Volně přeloženo dle Harris 2005, s. 80.

<sup>153</sup> Harris 2005, s. 83.

<sup>154</sup> Harris 2005, s. 83.

### 4.3.3 Fáze terapeuticko-poradenského procesu, vývoj terapeutického vztahu

Terapeutický vztah prochází během vývoje terapeuticko-poradenského procesu určitým vývojem. Terapeuticko-poradenský proces má své fáze, během nichž se tento vztah vyvíjí. Následující kapitola se věnuje právě tomuto vývoji.

Enormní důležitost terapeutického vztahu v efektivitě poradenství či psychoterapie v léčbě závislostí zdůrazňuje kromě Prochasky s Norcrosssem i Mercer a kol.<sup>155</sup>, kteří jej dokonce nazývají „terapeutickou aliancí“. Důležitou roli v této alianci hrají terapeutovy dovednosti<sup>156</sup> – schopnost přizpůsobit se, ochota pomoci, zájem o klienta a další, terapeutovo nasazení je dle nich jedním z nejsilnějších prediktorů úspěšnosti léčby. „Terapeut, který je schopen navázat s pacientem pozitivní spojení v počátku léčby, a který se pacientovi jeví jako ochotný pomoci, mnohem spíše dosáhne pozitivních výsledků.“<sup>157</sup> Některé psychoterapeutické teorie tvrdí, že jednou z důležitých kvalit terapeutické aliance je terapeutova emocionální reakce na klienta.

U závislých klientů, častěji než u jiných, však velmi často mohou být terapeutovy emoční reakce negativní a mnohem intenzivnější, což může terapeutickou alianci ohrozit. „Negativní reakce lze minimalizovat nebo se jim vyhnout, pokud je terapeut upřímně zainteresován a je smířen s problémy souvisejícími se závislostí, jež mohou mít rysy manipulativnosti, impulsivity, náročnosti a sebepoškozování“<sup>158</sup> Autoři terapeutům pracujícím s uživateli návykových látek doporučují být opravdu zainteresováni do své práce a být si vědomi její náročnosti, a upřesňují, že je k této práci třeba „vysoký stupeň empatie, důvěry a sebedůvěry, naděje, zároveň s nízkou potřebou pacienta kontrolovat.“<sup>159</sup>

---

<sup>155</sup> Prochaska, Norcross, 1999; Mercer, Woody, Luborsky 2005.

<sup>156</sup> K získání těchto a dalších terapeutických či poradenských dovedností je třeba adekvátní vzdělání, např. systematický psychoterapeutický výcvik, vysokoškolské vzdělání v humanitním směru.

<sup>157</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 381.

<sup>158</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 381.

<sup>159</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 381.

Terapeutický vztah se v průběhu terapie vyvíjí. Prochaska a Norcross<sup>160</sup> popisují vývoj terapeutického vztahu z hlediska teorie změny a přirovnávají sled měnících se postojů terapeuta ve vztahu ke klientovi v různých stádiích změny k měnícím se rolím úspěšného rodiče, jehož děti procházejí osobnostním vývojem. v procesu změny, podobně jako v procesu dospívání, rostou klientovy kompetence, zároveň se snižuje jejich potřeba struktury, klient zažívá stále vyšší autonomii. Terapeut by měl být klientovi průvodcem na jeho cestě ke změně. Prochaska a Norcross<sup>161</sup> charakterizují terapeutův postoj ke klientovi v různých stádiích změny takto: pečující rodič ve stádiu prekontemplace, sokratovský učitel ve stádiu kontemplace, zkušený trenér ve stádiu přípravy, konzultant ve stádiu akce a udržení. Pečující rodič dává klientovi strukturu, pomáhá mu, podporuje ho, toleruje, přijímá, jako rodič dospívajícího adolescenta, sokratovský učitel povzbuzuje klienty k utvoření vlastního náhledu na stav, v němž se nacházejí, trenér může poradit při výběru taktiky, či pomoci klientovi zrevidovat osobní plán, konzultant už je spíše v pozici někoho, kdo může poradit a podpořit, když akce neprobíhá hladce a dle plánu.

Drapela<sup>162</sup> popisuje čtyři fáze poradenského procesu, které vytvářejí obecně platnou strukturu poradensko-terapeutického procesu.<sup>163</sup> Každá tato fáze má jiné zaměření, jiný cíl, může mít jinou podobu, formu, také terapeutický vztah v těchto fázích vyvíjí a mění.

### **1. fáze: Seznámení a vytvoření kladného vztahu s klientem**

V první fázi poradenského procesu je nejdůležitějším úkolem terapeuta-poradce vytvořit pro klienta bezpečnou přijímající atmosféru. Poradce (terapeut) by měl zjistit, proč klient do zařízení přichází, jaká je jeho prvotní zakázka, i když není nutné, aby poradce klientův problém zcela do detailu pochopil. Důležité je, aby klient cítil, že je přijímán a respektován i se všemi svými zvláštnostmi.

Dalším důležitým bodem této fáze je dohoda o formálních stránkách průběhu terapie – Drapela uvádí nutnost domluvy dalšího termínu konzultace

---

<sup>160</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 408.

<sup>161</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 408.

<sup>162</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 10-13.

<sup>163</sup> o výjimkách puristů píše Drapela tamtéž na s.10

a stanovení přibližné délky poradenského procesu, mohli bychom ještě jmenovat domluvu o ceně terapie, způsobu zacházení s osobními údaji klienta, délku jednotlivých sezení, obvyklou či možnou frekvenci sezení, pravidla při pořizování audio či video nahrávek ze sezení, přítomnosti stážistů a další pravidla, kterými se dané zařízení řídí (tato pravidla mívají jednotlivá zařízení často k dispozici v písemné formě), o nichž se již Drapela nezmiňuje.

## **2. fáze: Diagnóza klientova problému**

Psychologicko poradenská diagnostika se velmi liší od diagnostiky lékařské. Role klienta je zde mnohem aktivnější, diagnóza vychází především z údajů, které klient sám udá, a z pozorování poradce-terapeuta, a zabývá se celou osobností klienta, patologickými i zdravými částmi, z kognitivní i emocionální perspektivy, v interpersonální i interpersonální rovině.<sup>164</sup>

Poradce-terapeut pomáhá klientovi dosáhnout náhledu na problém, objasnit či objevit mechanismus jeho fungování, délku jeho trvání apod. Drapela doporučuje v některých případech stanovení diagnózy odložit a nechat klientovi čas na přemýšlení a vstřebání odhalených okolností.

## **3. fáze: Volba cíle a alternativy řešení problému**

Tato fáze by se dala pojmenovat jako formulování zakázky či kontraktu. Klient společně s poradcem si mají v této fázi ujasnit, čeho chtějí dosáhnout. Drapela<sup>165</sup> tvrdí, že „cíl poradenského procesu je v praxi totožný s vyřešením problému zjištěného diagnózou.“<sup>166</sup> v této fázi musí poradce společně s klientem analyzovat všechny dostupné prostředky k dosažení cíle a zvolit ty z nich, které mají největší naději na úspěch a jsou nejvhodnější v klientově situaci. Často se jedná o kombinaci prostředků.

---

<sup>164</sup> Drapela (Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 10-13) diskutuje používání psychologických testů, on sám jejich použití považuje za opodstatněné pouze v indikovaných případech.

<sup>165</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 12.

<sup>166</sup> z hlediska strategie harm reduction by s tímto názorem bylo možné polemizovat; diagnózou může být závislost na návykových látkách, cílem poradenského procesu však může být pouze snížení zdravotních a sociálních rizik klientova užívání, nikoli léčba závislosti.

#### 4. fáze: Klientovo rozhodnutí a zhodnocení výsledku

Rozhodne-li se klient pro změnu svého dosavadního chování, dochází k tomu na základě dlouhodobého procesu spolupráce klienta s poradcem (terapeutem). Klient se v této chvíli pouští na neznámou stezku, což u něj vyvolává často úzkost a obavy, může to vzbuzovat i odpor k poradci-terapeutovi.<sup>167</sup> Díky tomu, že se rozhodne pro změnu, zvýší si klient své sebevědomí. Rozhodnutí ke změně v sobě nese velký emoční potenciál. Je dobré, aby klient a poradce zůstali nějaký čas ve styku, aby mohl poradce klientovi poskytnout podporu a zpětnou vazbu. Pokud klientovo rozhodnutí nevede k vytčenému cíli, jde dle Drapely<sup>168</sup> většinou o nesprávnou diagnózu, nebo o nesprávně zvolený způsob řešení problému. Poradce by měl v takovém případě motivovat klienta k návratu do potřebné fáze procesu.<sup>169</sup>

Drapela<sup>170</sup> zdůrazňuje, že uvedené fáze jsou epigenetické, což znamená, že každá z nich nezbytně bude na uspokojivém výsledku fáze předchozí, bez nějž nemůže následující fáze, tedy ani terapeuticko-poradenský proces jako celek, dosáhnout úspěchu.

Většina terapeutických a poradenských směrů předpokládá, že klienti mají vlastní potenciál ke změně svého chování, k vyřešení svých problémů. Terapeut je jakýmsi průvodcem (více či méně direktivním podle daného směru či školy), který tyto klientovy kompetence pomáhá odkrývat a objevovat. Odpovědnost za změnu leží především na klientovi samém.<sup>171</sup>

#### 4.3.4 Specifika práce s uživateli návykových látek

Problémoví uživatelé drog jsou specifickou poradenskou klientelou. Jejich potíže pokrývají řadu oblastí od problémů zdravotních (způsobených užíváním drog,

---

<sup>167</sup> Tento odpor by se dal vysvětlit pomocí teorie změny – viz kap 3.3.2, resp. 3.3.6 této práce.

<sup>168</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 13.

<sup>169</sup> z hlediska teorie změny je celá situace o něco komplikovanější a terapeut i klient by měli být připraveni na riziko možné recidivy problému.

<sup>170</sup> Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 10

<sup>171</sup> Viz Prochaska a Norcross 1999, s. 408.

životem na ulici, ale i jiných), přes potíže v sociální oblasti (ať už jsou to konflikty se zákonem, dluhy, absence zaměstnání a často i vzdělání či kvalifikace, neshody s rodinou, absence přátel apod.) až po problémy psychické (ať už se jedná o závažná duševní onemocnění, traumata z dětství či poměrně běžné překážky každodenního života).<sup>172</sup> Psychoterapeutická či poradenská, nebo pro zjednodušení terapeuticko poradenská, práce s touto klientelou předpokládá široké znalosti a dovednosti poradce-terapeuta.

Tato klientela není svým problémem, k těmto jedincům nelze přistupovat pouze jako k uživatelům návykových látek. Každý z nich je osobností, člověkem, a přestože některé jejich problémy jsou si hodně podobné, každý z našich klientů je jiný, každý je specifický, jedinečný a tak k nim také musíme přistupovat, chceme-li, aby naše terapeutické či poradenské intervence byly účinné. Musíme své klienty „respektovat jako svébytné lidské bytosti s právy na vlastní myšlenky, názory a pocity.“<sup>173</sup> To ovšem „neznamená, že terapeut musí souhlasit se vším, co klient říká,“ nicméně by terapeut měl sám v sobě mít dostatek bezpečí a respektu na to, aby „vyslechl klientovu verzi reality.“<sup>174</sup>

Přístupem k uživateli jako k jedinečnému individuu se zabývá kniha *Counseling a Recovering Drug User*<sup>175</sup>, která podrobně popisuje sérii terapeuticko-poradenských sezení s klientem v metadonovém programu. Terapeutka pracuje terapií zaměřenou na člověka, jejíž hlavní osobností byl Carl Rotgers. Její klient již nějakou dobu dochází do substitučního metadonového programu, kde má poradkyni, jež s ním řeší otázky kolem užívání metadonu a jiných návykových látek. Terapeutka Jeannie se tedy může věnovat během konzultací jiným tématům, dodržování podmínek metadonového programu je záležitostí jiného konzultanta. Bryant-Jefferies podmínku nezávislosti konzultanta zdůrazňuje: „Nabídka nezávislého poradenství v rámci nezávislého zařízení má mnoho výhod. Znamená to, že klient má prostor, kde může bez obav hovořit, a popsat své prožitky v terapeutickém vztahu s někým, kdo není zodpovědný za monitorování

---

<sup>172</sup> Viz Důsledky drogových závislostí, kap. 1.4 této práce.

<sup>173</sup> Nelson-Jones 1998, s. 103.

<sup>174</sup> Nelson-Jones 1998, s. 103.

<sup>175</sup> Bryant-Jefferies, R., 2003.

klientova užívání návykových látek či jiných služeb. Jedná se tak o jasně ohraničený vztah, v němž má klient svobodu vyjádřit sám sebe v atmosféře vřelého přijetí a opravdovosti, kde cítí, že je mu nasloucháno a může zažít pocit bezpečí a kde nejsou žádné okolnosti, které je třeba schovávat, protože se týkají jejich „léčby“, nabízí opravdovou příležitost k růstu a vývoji.“<sup>176</sup>

Mercer a kol.<sup>177</sup> shrnují důležitá pravidla pro profesionály pracující s uživateli návykových látek do následujících bodů:

- Být obeznámen s farmakologií zneužívaných drog, se subkulturou uživatelů a se svépomocnými programy
- Formulovat v začátku léčby jasný cíl, udržovat krok s pacientovým pokrokem směrem k abstinenci a být v souladu s dalšími aspekty léčby
- Vytvořit spolu s pacientem pozitivní podporující vztah
- Zajistit, aby součástí léčebného programu byly intervence zaměřené na oblast užívání drog
- Uvážit využití efektivní farmakoterapie, je-li k dispozici, v kombinaci s psychoterapií či poradenstvím
- Poznat, že nejefektivnější je terapie v rámci strukturovaného programu, který kromě terapie nabízí i další služby pro uživatele návykových látek (nebo tyto služby může zprostředkovat), neboť pacienti v procesu uzdravy obvykle potřebují strukturu a další složky péče mimo psychoterapii
- Uvědomit si důležitost testů na přítomnost psychoaktivní látky (ať v moči či dechu) a bezprostřední zpětné vazby o jejich výsledku
- Pochopit, že pro mnoho pacientů je závislost chronickým problémem a ocenit jakýkoli pacientův signifikantní pokrok, i když ještě pacient není zcela „uzdraven“
- Pamatovat na to, že psychoterapie má výsadní postavení a má být upřednostněna před drogovým poradenstvím pravděpodobně pouze

---

<sup>176</sup> Bryant-Jefferies 2003, s. 11-12.

<sup>177</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 386.

v případě pacientů s častým výskytem psychiatrických symptomů, jako jsou např. pacienti v dlouhodobé metadonové substituci

Práce s uživateli návykových látek má svá specifika a vyžaduje od terapeuta- poradce široké znalosti z mnoha oborů. Je důležité přistupovat k jednotlivým klientům jako jedinečným individuům, přesto že jejich problémy mohou být často podobné. Terapeut by měl být schopen poskytnout klientovi bezpečný prostor na základě pevného přijímajícího terapeutického vztahu. Přijetí klienta jako osobnosti nemusí znamenat naprostý souhlas s veškerým jeho chováním.

#### 4.3.5 Prevence relapsu

Jak již bylo výše řečeno, užívání návykových látek je chronický problém a při změně návykového chování dochází často k návratu k původnímu chování, recidivě či relapsu. Může tak dojít k neustálému opakování kolotoče léčby a návratu k nežádoucímu chování, které Prochaska a Norcross (1999) nazývají „efekt otočných dveří“. Aby tomu tak nebylo, je třeba věnovat velkou pozornost stádiu udržení.

Recidíva je běžnou součástí všech změn chování, návykového chování obzvlášť. Relaps je jednorázový či velmi krátkodobý návrat k původnímu chování (např. jednorázové užití návykové látky), recidíva je pak dlouhodobější či trvalý návrat k tomuto chování. Slovo laps, znamená anglicky uklouznutí. Relaps je tedy jakýmsi „uklouznutím“ k původnímu, nežádoucímu, chování. Relaps se může rozvinout v recidívu. Čím je návrat k původnímu chování déleodobější a výraznější, tím složitější je návrat do procesu změny.

Byl proto vyvinut systém prevence relapsu<sup>178</sup>, který je zaměřen na zamezení recidívám. Koncept prevence relapsu představil odborné veřejnosti Alan G. Marlatt na základě svého studia chování pacientů v léčbě alkoholových závislostí. Ve spolupráci se svou kolegyní Judith R. Gordonovou vypracoval a publikoval několik prací zabývajících se tímto konceptem, souvisejícími výzkumy a technikami

---

<sup>178</sup> Marlatt, Gordon, 1985.



prevence relapsu. Prochaska a Norcross<sup>179</sup> uvádí, že v tréninkovém programu prevence relapsu se klienti učí:

- chápat recidivu jako proces<sup>180</sup>
- odlišit situace, které jsou vysoce rizikové
- dovednostem, jak se vypořádat s touhou a nutkáním se angažovat v maladaptivním chování
- snížit nepříznivý vliv recidivy pomocí minimalizace negativních důsledků a učením se na základě zkušenosti
- dosáhnout harmonického životního stylu, soustředěného na podporu zdrženlivosti a sebeovládání

Cestu od závislosti k abstinenci lze pojímat jako jednu změnu, nebo jako systém mnoha změn. Užitečnější se zdá pojímat léčebný proces jako systém mnoha drobných na sebe navazujících změn. Obzvláště při práci s uživateli návykových látek je výhodné – pro klienta i pro terapeuta – moci ocenit každý krok směrem k abstinenci, který klient učiní. Tímto krokem může být např. omezení rizikového způsobu aplikace návykové látky, přechod z pouliční látky na lege artis získávanou substituci, či zlepšení vztahu s blízkými. Každá tato postupná změna také vyžaduje energii na své udržení.

Terapeut a klient jsou v procesu prevence relapsu partnery, kteří se snaží identifikovat v klientově životě situace, které by mohly vést k návratu nežádoucího chování, např. užívání návykových látek, zvýšit klientovu schopnost tyto situace předjímat a rozeznávat a nalézt účinné strategie, jak těmto situacím předcházet, nebo jak je řešit jinak než oním nežádoucím chováním.<sup>181</sup> Tyto situace v sobě nesou vysoké riziko relapsu, proto jim říkáme rizikové situace (high-risk situations). z kontextu vyplývá, že jednou z podstatných složek je učení klienta

---

<sup>179</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 420.

<sup>180</sup> Zde je rozdíl v pojmosloví – recidivu obvykle chápeme jako dlouhodobý návrat k problémovému chování, relaps jako jednorázové „uklouznutí“.

<sup>181</sup> Strategii prevence relapsu lze ale úspěšně použít při jakékoli změně chování, ať jde o poruchy příjmu potravy či kouření, nebo okusování nehtů.

adaptivním copingovým strategiím namísto používání maladaptivních, kterými je např. snížení pocitu stresu požitím alkoholu. Jako vhodnou podporu zdravějšího životního stylu doporučují Marlatt a Gordonová<sup>182</sup> např. fyzická cvičení, relaxaci, meditaci apod. Základem prevence relapsu je zmapování klientova současného životního stylu a naplánování postupných změn, které vedou ke zdravému, harmonickému životnímu stylu.

Prevence relapsu vychází z toho, že klient sice nenes plnou odpovědnost za stav, v němž se nachází, nicméně nese odpovědnost za řešení tohoto stavu.<sup>183</sup> To je rozdíl oproti medicínskému modelu, který pacientovi dává pocit nemožnosti svůj stav změnit. „Prevence relapsu je program na zvýšení sebekontroly, vycházející z principů teorie sociálního učení, kombinuje trénink behaviorálních dovedností, kognitivní intervence a procedury změn životního stylu.“<sup>184</sup> v otázce užívání návykových látek nevyžaduje koncept prevence relapsu naprostou abstinenci, cílem je vyvážený zdravý životní styl. u dlouhodobého užívání návykových látek ovšem považuje zřeknutí se těchto látek za účinnější cestu ke změně životního stylu.

Terapeut je klientovi průvodcem, úkolem terapeuta je naučit klienta, aby byl svým vlastním pomocníkem na cestě ke změně chování, aby on sám dokázal změnit svůj život a žádoucí změny udržet. Spolu s klientem zmapuje terapeut nejprve běžné klientovy dny, analyzuje je a vyhodnotí zdroje stresu podporující klienta v setrvávání v závislém životním stylu. Potom, opět ve spolupráci s klientem, navrhne možné změny v klientově způsobu života a strategie vedoucí k těmto změnám. Důležité je postupovat v těchto změnách pomalu, po drobných kouskách a na základě reálné situace. Jsou-li naplánované změny příliš složité, velké či pro klienta těžko dosažitelné, hrozí, že se je nepodaří uskutečnit a klient vypadne z terapie, přičemž se zároveň pravděpodobně sníží jeho sebedůvěra ve schopnost plánovanou změnu uskutečnit.

Mercer a kol. radí techniku prevence relapsu vedle kognitivně behaviorální terapie a říkají o ní, že znamenala důležitý zvrat v léčbě závislosti. „Tyto přístupy zahrnují

---

<sup>182</sup> Marlatt, Gordon 1985.

<sup>183</sup> Marlatt, Gordon 1985, s. 12-15.

<sup>184</sup> Marlatt, Gordon 1985, s. 3.

techniky a strategie ke zvýšení sebeovládání a podpoře abstinence. Jedná se o techniky a strategie zahrnující sebemonitorování sloužící k odhalení falešného přesvědčení a bažení po droze, identifikaci situace vysoce rizikové pro užití návykové látky a rozvíjení strategií předcházení situacím a zvládnání situací afektu či situací podporujících bažení po droze.<sup>185</sup>

Koncept prevence relapsu počítá s možnou recidivou či relapsem nežádoucího chování. Tento návrat k původnímu chování nepovažuje za klientovo selhání, ale za součást procesu. Základem prevence relapsu je zvýšení klientovy schopnosti rozpoznat ve svém životě rizikové situace a naučit se s nimi zacházet tak, aby pravděpodobnost návratu k původnímu chování byla co nejnižší, a případný relaps (či recidiva) přinesl co nejméně škod.

#### **4.3.6 Možné chyby v terapii závislosti**

V poradenství či psychoterapii uživatelů návykových látek dochází k některým typickým chybám. Tato kapitola se věnuje těm hlavním.

Časté chyby v terapii vycházejí z nerespektování stádia změny, v němž se klient nachází či nevhodného spojení procesů změny a stádia změny. Pokud terapeut a klient pracují každý v jiném stádiu změny, dochází k míjení klientova a terapeutova očekávání, často i k vyvolání odporu u klienta. Pokud je klient např. ve stádiu prekontemplace a terapeut již směřuje k akci, bude klient terapeuta pravděpodobně vnímat jako rodiče nutícího ke změně a odpovědnosti. Terapeutovy intervence budou klientem vnímány jako donucovací a necitlivé. Terapeut bude naopak cítit klientův odpor a pocity frustrace. Naopak klient připravený na akci bude zvyšování vědomí považovat za ztrátu času.<sup>186</sup>

Nevhodné spojení procesů a stádií změny nastává např. u terapeutů striktně pracujících v rámci jedné terapeutické školy. Zážitekové, kognitivně a psychoanalyticky orientované školy pracují především s procesy, které účinkují ve stádiu prekontemplace a kontemplace, školy existenciální a behaviorální

---

<sup>185</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 382.

<sup>186</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 407.

používají tradičně prostředky vhodné ve stádiu akce či udržení. Nevhodné spojení procesů a stádia změny nastává např. při používání zvyšování vědomí a přehodnocování sebe sama ve stádiu akce, či naopak používání procesů vhodných ve stádiu akce, bez předchozího dostatečného uvědomění, rozhodování a připravenosti na akci.<sup>187</sup> Prochaska a Norcross doporučují terapeutům, kteří nejsou schopni flexibilně se přizpůsobovat různým stádiím změny, v nichž jejich klienti do terapie vstupují a jimiž během terapie procházejí, raději si vybírat klienty pouze na té úrovni, v tom stádiu změny, na níž jsou schopni pracovat, aby jejich práce mohla být efektivní.<sup>188</sup>

Harris<sup>189</sup> diskutuje efektivní délku léčby. Je přesvědčen, že efektivita léčby není přímo úměrná její délce. Mnohdy naopak – příliš dlouhá terapie může klientův problém rozmělnit, přílišný perfekcionismus terapii škodí. Sám jako ideální shledává terapii dlouhou zhruba tři měsíce a své tvrzení podkládá výzkumy i příklady z praxe.<sup>190</sup> Po této době hrozí jakési preterapeutizování klienta a také hrozí jeho předčasné vypadnutí z léčebného programu. Harris nabádá k dalším výzkumům a pokrokům v utváření léčebných programů pro uživatele návykových látek.

Účinnou frekvencí terapie či poradenství v léčbě drogových závislostí se zabývají Mercer a kol.<sup>191</sup> Říkají, že „dávkování“ terapeutické péče vedoucí ke zlepšení klientova stavu není zcela jasné. Obvyklá jsou sezení jednou týdně, terapie či poradenství individuální je někdy kombinována s terapií skupinovou, rodinnou terapií či poradenstvím pro rodinné příslušníky. Na základě výzkumů docházejí Mercer a kol. k závěru, že frekvence a intenzita poradenských či psychoterapeutických sezení závisí především na zneužívané návykové látce. Zdá se, že klienti zneužívající stimulantia potřebují mnohem intenzivnější terapii než klienti zneužívající marihuanu či alkohol. v případě, že je dostupná účinná

---

<sup>187</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 403.

<sup>188</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 407.

<sup>189</sup> Harris 2005.

<sup>190</sup> 3 měsíce jsou cca 12 týdnů, hnutí Anonymních Alkoholiků vycházející ze 12 kroků předepisuje pro své relabující členy 90 sezení v 90 dnech, i v partnerských vztazích trvá nejintenzivnější fáze první 3 měsíce – partneri se o sobě dozvídají nové věci, navzájem se objevují apod. a dle Harris je to velmi podobné v terapeutickém vztahu.

<sup>191</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005.

farmakoterapie, doporučují ji s psychoterapií či poradenstvím kombinovat. u klientů zneužívajících opiáty předpokládají automaticky využití substituce.<sup>192</sup>

Marlatt a Gordonová<sup>193</sup> hovoří o důležitosti postupných, reálně dosažitelných změn. Zdůrazňují také partnerství klienta a terapeuta v analýze problému, plánování změn a jejich uskutečňování. Vypadnutí (drop-out) klienta ze systému péče může narušit jeho odvalu a odhodlání ke změně problematického chování, stejně tak jako poškodit jeho důvěru v nápomocnost terapie či poradenství na cestě ke změně.

Na závěr stručné shrnutí. Psychoterapie a poradenství se navzájem liší, nicméně v léčbě drogových závislostí v poslední době z velké části splývají či se prolínají. v dalším textu bude v tomto kontextu používán pojem terapie, či terapie-poradenství, terapeut, či terapeut-poradce. Důležitými modely, bez nichž se terapeuticko-poradenská práce v oblastí závislostí neobejde, jsou teorie změny a prevence relapsu, z nichž tato práce vychází. Terapeuticko-poradenský proces stojí především na terapeuticko-poradenském vztahu. Tento vztah se v procesu terapie vyvíjí.

---

<sup>192</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, s. 380.

<sup>193</sup> Marlatt, Gordon 1985.

## 5 Praktická část – analýza případových studií

V této části své práce se pokusím, na základě teoretických poznatků uvedených v předchozí části, analyzovat terapeuticko-poradenský proces dvou klientů v Substitučním programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-Centrum. Podobu tohoto programu jsem popsala v kapitole Substituční programy Subutexem<sup>®</sup> v Praze.<sup>194</sup> K analýze používám podrobné případové studie své vlastní práce s klienty. Mé pracovní zařazení je poradce-terapeut, v textu se označuji jako terapeut. Pro uživatele našich služeb, používám označení klient, neboť nejsme zdravotnické zařízení, kde by bylo namíste nazývat tyto osoby pacienti. Označení klient je v našem zařízení běžně používané. Poradensko-terapeutický proces nazývám terapií, i když jsem si vědoma nepřesnosti tohoto označení.<sup>195</sup>

Oba klienti souhlasili s použitím popisů mé práce s nimi pro účel této diplomové práce. Jejich jména a osobní údaje jsou změněny, aby byla zachována jejich anonymita.<sup>196</sup>

V průběhu obou popisovaných procesů docházelo v SPS ke změnám<sup>197</sup>, které průběh terapie ovlivnily, které však také byly naopak ovlivněny právě případy našich klientů. o obojím vlivu se zmiňuji v níže popsaných kazuistikách.

Výrazy či věty, které použili sami klienti, označuji v textu uvozovkami a tučnou kurzívou. Kazuistiky jsou členěny na anamnézu a průběh terapie (u Kamila ještě přidávám zakázku, se kterou naše zařízení poprvé navštívil, Esteriny první návštěvě jsem nebyla přítomna), vložena je část z mé supervize o klientech.

V textu používám některé zkratky – CPMR jako Centrum poradenství pro mládež a rodiny, SPS jako Substituční program Subutexem<sup>®</sup> CPMR o.s. Prev-Centrum, MS jako motivační skupina, i.v. jako intravenózní, HCV či HBV jako hepatitida typu C resp. B, IP jako individuální poradenství, A.N.O. jako Asociace neziskových organizací. Zkratky i slangové výrazy uvedené v textu jsou vysvětleny ve Slovníčku v oddílu Přílohy.

---

<sup>194</sup> Kapitola 3.2.4 této práce.

<sup>195</sup> Viz kap 3.3.1.

<sup>196</sup> Části uvedených kazuistik jsou přijaty k uveřejnění v odborném časopisu Adiktologie 3/2005.

<sup>197</sup> Viz kap. 3.2.4 této práce.

## 5.1 ESTER

### 5.1.1 Anamnéza

Ester je štíhlá vysoká pohledná osmnáctiletá dívka a dlouhými vlasy. Působí velmi křehce, mívá pomalé jakoby opatrné pohyby. Nosí brýle, občas kontaktní čočky. Většinou chodí oblečená v černém, občas nosila něco temně červeného či tmavě zeleného, nikdy jsem ji neviděla v sukni. Má jemný pearcing, ve škole si ho ale sundává, takže občas přišla bez něj. Vždy byla velmi upravená.

Ester bydlí společně se starším bratrem a matkou, rodiče jsou rozvedení. Otec je alkoholik, matku i děti bil – manželka se od něj s dětmi odstěhovala, když bylo Ester 15 let. Otec se znovu oženil, Ester ho občas navštěvuje. Matka se od té doby živí prostitucí; momentálně v zahraničí, domů jezdí jednou za několik měsíců, takže fakticky žijí sourozenci sami. Matka jim platí byt a přispívá na domácnost, Ester dostává občas od otce alimenty, bratr chodí do práce, na brigády, nebo má podporu v nezaměstnanosti, občas je úplně bez příjmů. Bratr – také uživatel opiátů – nastoupil ve stejné době do jiného substitučního programu.

Ester studuje druhý ročník odborného učiliště – působí ovšem velmi inteligentně, i z jejího vyprávění o škole vyplývá, že její intelekt by spíše odpovídal střední škole, a že jí učiliště „nestačí“. *Uvědomuji si, že je to má hypotéza – Ester na mě působí jako chytrá, milá, křehká dívka; tento úhel pohledu pravděpodobně ovlivnil vytváření našeho vztahu, resp. můj vztah k ní, má očekávání apod.*

Ester užívá návykové látky od 12 let, kdy poprvé experimentovala s marihuanou, ve 13 se seznámila s pervitinem, ve 14 s heroinem, asi po půl roce experimentování s heroinem začala užívat intravenózně střídavě heroin a pervitin. Pervitin užívala od 15let denně, zhruba v 16 a půl se jím „**přesytila**“ a užívala heroin, většinou každý den. v 17 letech zjistila, že má hepatitidu typu B i C, ještě rok brala heroin, pak se rozhodla skončit a nastoupila do našeho substitučního programu. Je v pravidelném kontaktu s hepatologem, který jí předepisuje

Subutex<sup>®</sup> (preskripce je podmíněna pravidelným navštěvováním CPMR), předpokládána je interferonová léčba hepatitíd<sup>198</sup>.

*Závěr: Jedná se o klientku s několikaletou anamnézou užívání návykových látek, můžeme diagnostikovat závislost na drogách opiátového typu.<sup>199</sup> Rodinné zázemí je téměř nulové, sociální situace špatná – klientka nemá žádný stálý příjem, studuje, bydlí ve společném bytě s dalším uživatelem návykových látek (bratr), nemá podporu rodičů. Vzhledem ke své sociální situaci si klientka nemůže dovolit jiné bydlení a je nucena přijmout riziko spolužití s další závislou osobou. Vzhledem k anamnéze bych klientce spíše doporučila pobytovou léčbu. Klientka se však rozhodla pro léčbu ambulantní – dlouhodobý detoxifikační program prostřednictvím buprenorfinu v kombinaci s psychosociální podporou zaměřený na abstinenci. Podávání substituce je vzhledem ke špatnému zdravotnímu stavu klientky namístě.*

*Předpokládané problémy na cestě k abstinenci – soužití s uživatelem, problematické rodinné vztahy, traumatické dospívání, finanční závislost, nulové zkušenosti s léčbou či pokusy o abstinenci. Pravděpodobnost dosažení a udržení abstinence při tomto pokusu o léčbu je velmi nízká.*

---

<sup>198</sup> V České republice se pro léčbu virové hepatitidy typu C a B používá kombinace interferonu a ribavirinu, které působí proti virům hepatitíd. Tato léčba je velmi náročná, a to jak finančně, tak na spolupráci klienta, resp. pacienta s lékařem. Cílem léčby je zbavit pacientovo tělo virů hepatitidy. Léčba trvá jeden rok a její úspěšnost je cca šedesátiprocentní. Při interferonové léčbě se často vyskytují vážné vedlejší příznaky, jako jsou bolesti kloubů, únava, chřipkovité stavy, krevní poruchy, poruchy zažívání, poruchy nálady, depresivní stavy, kožní problémy, vypadávání vlasů a pod. Některé z těchto stavů připomínají abstinenci příznaky. Vzhledem ke všem uvedeným okolnostem platí v českém zdravotnictví nepsané pravidlo, že tato léčba je poskytována pouze klientům, kteří abstinují. Pro další informace viz [www.cecko.cz](http://www.cecko.cz).

<sup>199</sup> Viz diagnostická kritéria v kap. 2.2 této práce.



### 5.1.2 Průběh terapie

S Ester jsem se poprvé setkala na její třetí motivační skupině krátce poté, co jsem do našeho zařízení, do nové práce, nastoupila. Vedla jsem tuto skupinu s kolegou, který ji vedl od jejího počátku. Než přešla Ester ke mně do individuální péče, viděly jsme se ještě jednou na skupině. To, že bude Ester pokračovat v terapii u mě, určil výše zmíněný kolega po diskusi se mnou. On jí to také oznámil, ona s tím souhlasila.

Poprvé ke mně Ester na individuální konzultaci přišla krátce před vánoci – možná i to podnítilo její mluvení o rodině. Na rozdíl od skupiny, kde neprojevovala žádné emoce a nemluvila o žádných svých problémech, resp. i problematické či bolestivé věci pronášela naprosto lakonicky, hned na tomto prvním sezení plakala. To když se při popisování rodinné situace dostala k tomu, že sobě a bratrovi vyčítá, že se jejich máma prostituuje, že ji k tomu „**dohnali**“ svým braním – především kvůli bratrovým excesům je vyhodili z bytu a matka teď musí vydělávat na dražší byt. Když mluvila o tom, že se o mámu bojí, aby jí **“nějaký prase něco neudělalo”**, třásl se jí hlas. Ocenila jsem, že dává své emoce najevo a sdělila své uvědomění, že na skupině jsem ji takovou neviděla. Podpořila jsem klientku v tom, že je v těžké situaci. Mluvila o rodině hodně a byly to dost těžké věci. Po tomto sezení jsem se cítila zavalená, vytvořila jsem si hypotézu, že Ester bude potřebovat hodně prostoru na to, aby mohla o své minulosti mluvit. Záhy jsem si však začala uvědomovat, že je to problém – o tom ale později.

*Náš terapeutický vztah se začal rozvíjet od prvního setkání na motivační skupině, intenzivněji ale až během individuální terapie. Již na prvním setkání se klientka hodně otevřela a projevila své emoce. Vzhledem k tomu, že to pro ni nebylo typické, svědčí to o velké důvěře v terapeuta. Toto otevření a projevení emocí jsem velmi ocenila a klientku podpořila – v počátku terapeutického vztahu je podpora klienta velmi důležitá.<sup>200</sup> Snažila jsem se klientku přijímat se vším, s čím do terapie přicházela.*

Na prvním sezení jsme se domluvily, že bude docházet jednou týdně na 50 minut. Navrhla jsem rámec čtyř sezení, po nichž se rozhodne, zda chce zůstat v mojí

---

<sup>200</sup> Viz kap. 3.3.3 této práce

péči a pak případně společně utvoříme kontrakt na základě zakázky, kterou si do té doby ujasní. Mluvily jsme také o rozdílu mezi individuálem a skupinou, o tom, k čemu individuál využít, jakým způsobem se případně omluvit a podobně.

*Tyto informace a formality je třeba domluvit hned na začátku terapeutického procesu<sup>201</sup>, aby pak nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním či konfliktům. v té době byl SPS dost striktně omezen dobou cca 4 měsíců<sup>202</sup> – to byla také součást dohody – což později vedlo k časovému presu a nutnosti přesněji definovat náplň terapie. Je také důležité, aby měl klient možnost volby terapeuta či zařízení.*

Téma rodiny se objevovalo ve všech následujících sezeních. Stále intenzivněji jsem cítila, že „je toho hodně“, uvědomovala jsem si, že Ester mluví hlavně o svých blízkých, o sobě téměř ne. Dalším uvědoměním byla moje úzkost z toho, že neřešíme její drogovou situaci, snižování Subutexu<sup>®</sup>, respektive, že tato témata přináším jenom já. Již na druhém sezení jsem Ester nabídla sezení dvakrát týdně – tuto frekvenci odmítla, říkala, že má hodně povinností. Moje úzkost a pocit zavalenosti, nepřehlednosti rostly.

*Uvědomování si vlastních pocitů je jednou z důležitých terapeutických dovedností.*

Mapovala jsem klientčinu situaci. Zjistila jsem, že klientka na sebe bere tíhu celé domácnosti, de facto se stará o staršího bratra, navštěvuje jako jediná z rodiny otce, který ji v dětství bil, neplatí jí výživné..., „**aby nezůstal sám**“, matka v rodině chybí – „**máma byla vždycky spíš kamarádka**“. Cítím při jejím vyprávění tíhu, sděluji jí to, ona potvrzuje.

Ptám se, zda je někdo, nebo něco, kdo by jí s tou tíhou mohl pomoci. Dlouho přemýšlí. Po chvíli jmenuje mámu, babičku, tetu. Dozvídám se, že nikdo z jejích blízkých (kromě bratra s nímž brala drogy) neví o jejím braní drog, nikdo ani neví o její hepatitidě. „**Máma to asi tuší**“, říká Ester. Kamarádů, kteří neberou drogy Ester moc nemá – jedna nedrogová kamarádka jí nerozumí, protože nikdy nebrala; kamarádovi ze školy o braní ani hepatitidě říct nemůže, protože by se to mohli dozvědět ve škole a Ester se bojí, že by ji mohli vyhodit; další kamarád užívá Subutex<sup>®</sup>; jiný je bývalý uživatel opiátů, který momentálně nadužívá alkohol.

---

<sup>201</sup> Viz kap. 3.3.3 této práce.

<sup>202</sup> Viz kap.3.2.4 této práce.

v rodině nechce Ester o svém braní mluvit, aby ji neodsoudili – o bratrově braní rodina ví a nikdo ho neodsoudil, naopak ho podporují – reflektují jí tento rozpor. Teta se strejdu, ani babička nejspíš ani neví, že se Esterina matka žíví prostitucí. Pro Ester je matčina „**práce**“ horší, ale myslí si, že pro rodinu by bylo horší její braní. Sdělují klientce, že mi připadá osamělá, bez opory, zranitelná. Jen krčí rameny. Teprve na jednom z dalších sezení se dostáváme k tomu, co jí to přináší.

*Toto „mapování situace“ je vlastně zároveň součástí stanovování diagnózy, zjišťování, v jakém stádiu změny se klient nachází, jak svou situaci vnímá a prožívá, dochází k rozšiřování klientova uvědomění (zároveň vyslovuje nahlas věci, které možná nikomu neřekl, nebo si je nikdy neformuloval nahlas) a zároveň se postupně upevňuje a prohlubuje terapeutický vztah (klient se otevírá a zjišťuje, že je přijímán i přes to, že o sobě sděluje informace, které nejsou obecně přijímány či vnímány pozitivně). Je základem pro analýzu současné klientovy situace a vytipování rizikových situací.<sup>203</sup>*

*Dávala jsem klientce najevo svůj zájem o ni a její problémy. Rozšiřovala jsem klientčino uvědomění svými otázkami (např. zda a v kom má podporu), někdy sdělováním vlastního uvědomění (např. pocit tíhy, osamocení). Nesdělila jsem však klientce svůj pocit zavalenosti – terapie a náš vztah byly na začátku, klientka by to mohla vnímat jako kritiku.*

*Důležitá zjištění: klientka nemá kolem sebe vztahovou síť podporující její snahu o změnu životního stylu směrem k abstinenci; její okolí o jejích problémech buď neví (rodina, spolužáci apod.), nebo se jedná o lidi s problémovým užíváním návykových látek, kteří pro klientku nemohou být podporou při jejím pokusu o abstinenci. Bude třeba na tomto tématu pracovat – pomoci klientce uvědomit si potřebnost podpory pro udržení abstinence, její současnou absenci a pomoci klientce obnovit či navázat podporující vztahy s neuživateli.*

Před naším třetím sezením nečekaně přijela na delší dobu klientčina matka. Ester teď říká, že máma ví o tom, že je nyní v substitučním programu, i to, že brala heroin, přesto je toto téma doma tabu, stejně tak jako hepatitida. Ester říká: „**Nechci mámě přidělovat starosti**“. Předkládám jí své dvě hypotézy – nemluví

---

<sup>203</sup> Viz kap. 3.3.5 této práce.

o svém pokusu přestat brát heroin prostřednictvím substitučního programu a svém úmyslu abstinovat, protože má strach, že ji máma dostatečně neocení a zároveň si tím nechává otevřenou cestičku zpátky k heroinu v případě, že by se jí pokus o abstinenci nepovedl. Klientka říká: „**Hm, určitě to tak trochu je. Obojí.**“ a dodává „**Chci být mámina hodná holčička**“ – a proto nemůže mluvit o svých nedokonalostech, vadách, jako je závislost či hepatitida. Stejně tak před svými známými ze školy o obojím nechce mluvit, protože se bojí „**odmítnutí, pohrdání...**“ Vracíme se tak k tématu osamocení, která pramení ze strachu z odmítnutí, snahy být „hodná holčička“, která ale zároveň dává možnost skryt případné selhání.

*Na tomto sezení jsem již klientku konfrontovala se svými dvěma hypotézami o tom, proč neříká matce o svém pokusu o léčbu. Díky tomu jsme se dostaly k důležitému tématu „být hodná holčička“ a „bojím se odmítnutí“; došlo k rozšíření klientčina uvědomění, pojmenování důležitých motivů jednání. Tyto motivy si klientka pojmenovala sama, což je velmi důležité.*

Důležité: *poprvé se projevila klientčina ambivalence k proklamované změně; klientka se pravděpodobně nachází ve stádiu kontemplace, co se rozhodnutí abstinovat týče, ve změně k méně rizikovému chování již je ve stádiu akce (je v substitučním programu, dochází na terapie, užívá substituci v předepsaném množství předepsaným způsobem, daří se jí snižovat dávky).<sup>204</sup>*

### 5.1.3 Supervize

Po našem čtvrtém sezení jsem o této své klientce mluvila na individuální supervizi. Teprve po dotazech supervizora a svém vyprávění o klientce a mé práci s ní, jsem si uvědomila, že Ester je moje první klientka v individuální terapii a zároveň moje první klientka v nové práci. Tam jsem si uvědomila, jak moc do našeho společného pole přináším svou touhu obstát, být dobrá terapeutka a tato moje touha se mi propojila s klientčinou snahou být dobrá dcera, dobrá studentka,

---

<sup>204</sup> Viz kap. 3.3.2 této práce.

dobrá klientka.<sup>205</sup> Toto uvědomění mi pomohlo otevřít v naší společné práci téma snahy být dost dobrá.

Moje velká touha něco nepokazit mi také bránila mluvit s klientkou o tom, že mi připadá, že se točíme v kruhu, že stále mluví o své rodině a téměř vůbec o sobě samotné, svých pocitech, obavách, přáních apod. Uvědomila jsem si svou úzkost, že když klientce poskytnu dostatek prostoru na mluvení o její rodině, nezbyde nám čas na mluvení o problémech týkajících se klientčiny snahy o abstinenci – o rizikových situacích, chutích na drogy, prevenci relapsu vůbec. Zároveň jsem se bála, že klientku „zradím“, pokud utnu její potřebu mluvit o rodině a minulosti. Navíc jsem si uvědomovala, že někde v jejím dětství, ve vztazích a událostech z minulosti, z primární rodiny, je pravděpodobně „zakopaný pes“ jejího užívání návykových látek.

*Pojmenovala jsem si omezenost možností terapie – jak časovou tak obsahovou – a svou touhu po ideálu, dokonalosti. Uvědomila jsem si, že nemohu klientce pomoci vyřešit všechny její problémy. Přijmout fakt vlastní omezenosti není jednoduché, ale je to nutné. Právě v takových chvílích je supervize nepostradatelná. Supervizor mi pomohl odhalit skryté motivy mého jednání jakožto terapeutky tím, že mě dovedl k celkovému kontextu mé role, mého postavení, mé osoby. Osobnost terapeuta, poradce má na průběh terapie, poradenství enormní vliv.<sup>206</sup>*

Díky supervizi jsem si uvědomila, že potřebuji, aby klientka nejprve začala abstinovat a svou abstinenci si dostatečně upevnila a teprve později, v rámci následné péče<sup>207</sup> bude dost času a prostoru i na další témata. Supervizor mi navrhnul ještě možnost, aby klientka docházela dvakrát týdně a věnovaly jsme vždy jedno sezení rodině a jedno léčbě, přípravě na abstinenci, resp. prevencí relapsu – to pro mě bylo přijatelné a rozhodla jsem se, že klientce sdělím své obavy, navrhnou jí obě možnosti a nechám výběr na ní.

---

<sup>205</sup> Teorie pole je gestalt terapeutickým konceptem – předpokládá, že mezi terapeutem a klientem se tvoří společné pole, které oba ovlivňují svou minulostí i přítomností, svými myšlenkami, činy apod., vším co tzv. přinášíjí do pole.

<sup>206</sup> Viz kap. 3.3.3 této práce.

<sup>207</sup> Viz kap. 3.1.1.9 této práce-

*Na závěr supervize mi supervízor pomohl stanovit si priority – SPS je určeno pro léčbu drogové závislosti a směřování k abstinenci je to, co tento program nabízí, nehledě k tomu, že prioritou je pomoci klientovi dosáhnout vyšší kvality života, k níž rozhodně na prvním místě patří snížení zdravotních a sociálních rizik, dosažení spokojené abstinence je cílem dlouhodobým a každá dovednost, kterou se klient v průběhu své cesty naučí, se mu může hodit – a najít konkrétní návrhy řešení. Konečné řešení samozřejmě zůstalo na klientce.*

#### **5.1.4 Další průběh terapie**

Na dalším sezení jsem mluvily o kontraktu, respektive o klientčině zakázce. Ester ji definovala jako: „**Chci abych nebrala drogy.**“ Mluvíme o tom, co všechno pro to potřebuje, co musí ve svém životě změnit, co se naučit... Velmi záhy začíná Ester znovu mluvit o své rodině. Podporuji důležitost tohoto tématu, zároveň sděluji svoje obavy, že v čase, který zbývá do doby naprostého vysnižování dávek Subutexu® a k její abstinenci, nestihneme probrat důležité věci týkající se jejího brání, vysvětluji jí pojem prevence relapsu<sup>208</sup> a nabízím dvě možná řešení – odsunutí tématu rodina, nebo zvýšení frekvence terapie.

*Formulování kontraktu na základě možností a podmínek terapeuta a požadavků klienta je v počátku terapeutického procesu nezbytné.<sup>209</sup> Kontrakt by měl být co nejkonkrétnější, aby bylo možné jej průběžně hodnotit a sledovat tak, zda se jej daří naplňovat. Klientčina formulace „chci abych nebrala drogy“ byla příliš nekonkrétní, proto jsem se snažila dovést ji k uvědomění a pojmenování jednotlivých kroků, dílčích cílů, které, podle ní samotné, jsou k dosažení onoho „abych nebrala drogy“ nezbytné, či podstatné.<sup>210</sup>*

*V SPS je toto kontraktování rozděleno do dvou částí. Během vstupního kontaktu (tzn. první 2-4 konzultace před vstupem do motivační skupiny) klient vstupující do SPS podepisuje Kontrakt SPS<sup>211</sup> a souhlasí tak s podmínkami, které jsou předem*

<sup>208</sup> Viz kap. 3.3.5 této práce.

<sup>209</sup> Viz Drapela 1995 in Drapela, Hrabal a kol. 1995, s. 10-13, zde kap 3.3.3.

<sup>210</sup> Viz i postup v rámci prevence relapsu, zde kap. 3.3.5.

<sup>211</sup> Kontrakt SPS viz Přílohy, popis průběhu SPS viz kap. 3.2.4 této práce.

stanoveny. Klient má v tuto chvíli možnost buď s podmínkami souhlasit, kontrakt podepsat a vstoupit tak do SPS, který CPMR o.s. Prev-Centrum nabízí, nebo se rozhodnout pro jiný program, jiné zařízení, jiný způsob řešení své situace. o podmínkách stanovených tímto kontraktem však terapeut s klientem nediskutuje; pokud je klient nepřijme, nemůže do SPS vstoupit<sup>212</sup> Na začátku individuální fáze SPS ustanovuje terapeut společně s klientem terapeutický kontrakt – o něm se právě hovoří ve výše popsaném sezení – v němž jsou formulovány konkrétní cíle, jichž chce klient v terapii dosáhnout.

Klientčino odbočení od vytváření kontraktu k vyprávění o rodině jsem mohla vzít jako rozšíření zakázky a začít se více a hlouběji zabývat tématem rodina. Na základě supervize jsem tohoto jejího odbočení využila k vyjádření svých obav a pocitů a navrhla klientce možnosti, které jsem na supervizi objevila. Odpovědnost za rozhodnutí jsem nechala na klientce. Vycházela jsem z předpokladu sebeúdržavných kompetencí klientky, z toho, že klientka sama nejlíp ví, co momentálně na své cestě ke změně potřebuje.<sup>213</sup>

Ester souhlasí s důležitostí prevence relapsu a na příští sezení přichází s tím, že by téma rodina ráda odsunula na později. Dodává, že ji to vždycky „**hrozně rozhodilo**“. Reflektuji, že o svých pocitech nikdy nemluvila na sezení. Uvědomuji si, že Ester své city a pocity často nedává najevo, že o spoustě věcí mluví aniž by hnula brvou. Říkám jí:

T: „Vy svoje pocity málokdy dáváte najevo. Působíte na mě občas jako Ledová královna.“

K: (velmi živě reaguje) „**jo, to už mi lidi říkali... Já to tak dělám... Nesnáším, když mě někdo vidí brečet...**“

Mluvíme dál o této její potřebě, cítím se k Ester hodně blízko, sděluji jí tento svůj pocit. Zdá se mi, že mezi námi nastal průlom – můžeme spolu mluvit o svých pocitech.

---

<sup>212</sup> To ovšem neznamená, že s ním terapeut nemůže dál pracovat; znamená to jen, že tato spolupráce nebude v rámci SPS, a že tedy pravděpodobně lékař nebude ochoten klientovi předepisovat substituci.

<sup>213</sup> Viz Prochaska a Norcross 1999, s. 408, zde kap 3.3.2, či Marlatt a Gordonová 1985, zde kap. 3.3.5.



*Práce s emocemi je velmi důležitou složkou terapeuticko-poradenského procesu. Obraz Ledové královny, který mě napadl, když jsem k sobě pustila své pocity, které ve mně klientka vyvolávala, vyvolal značnou odezvu. Díky vyjádření vlastních emocí a fantazií jsem klientce zřejmě pomohla pojmenovat její vlastní pocity. Sdílení emocí je velmi intimní záležitost, proto jsem se ke klientce cítila tak blízko. Takovéto situace, okamžiky sdílení, značně upevňují a prohlubují terapeutický vztah, terapeutickou alianci.<sup>214</sup>*

*Uvědomuji si, že jsem nevěnovala dostatečnou pozornost klientčině zdůvodnění její volby odsunout téma rodiny na pozdější dobu. To mohlo být způsobeno tím, že se mi ulevilo, neboť situace se pro mě zjednodušila, ale také tím, že v tu chvíli bylo podstatnější to, že klientka o svých negativních pocitech z otevírání tohoto tématu nikdy nemluvila. Rozhodla jsem se respektovat její volbu. Možná i pro ni bylo jednodušší věnovat se pouze jednomu tématu.*

Jak lékař snižuje Ester dávky Subutexu<sup>®</sup>, častěji se objevuje její strach z toho, že začne znovu brát. Velké riziko pro ni představuje její bratr, obzvláště v situaci, kdy matka opět odjede do zahraničí a Ester bude s bratrem sama doma. Má obavy z toho, že bratr začne znovu brát heroin a bude ji k tomu svádět také. Ona ale už brát nechce, protože má jiné cíle, ambice.

*Z hlediska teorie změny je klientka ve stádiu přípravy na abstinenci – učinila již některé změny (přestala užívat pouliční drogu, užívá substituční látku, přestala aplikovat injekčné, užívá Subutex<sup>®</sup> předepsaným způsobem, sublingválně, daří se jí snižovat postupně dávky Subutexu<sup>®</sup>, tak jak je domluvena se svým lékařem, neužívá jiné návykové látky), nyní se však blíží změna zcela zásadní, abstinence.*

*Abstinence je pro klientku velká neznámá – musíme si uvědomit, že tato osmnáctiletá dívka strávila minimálně poslední čtyři roky svého života pod vlivem nějaké návykové látky. Není tedy divu, že se u ní objevuje úzkost z této neznámé situace. Pozitivní je, že si klientka uvědomuje některá konkrétní rizika recidívy, která její současný život skýtá, tzv. rizikové situace. Toto uvědomění dovoluje s těmito riziky pracovat, připravit se na ně, dát klientce nástroje pro jejich zvládnutí*

---

<sup>214</sup> Viz kap. 3.3.3 této práce.



a zvýšit tak její pocity kompetence, které zároveň sníží její úzkost z nové situace.<sup>215</sup>

*To, že Ester označila bratrovu případnou recidivu za vysoce pravděpodobné riziko své vlastní recidivy, potvrdilo mé vidění situace vycházející ze zkušenosti práce s klienty v podobné situaci.*

Navrhuji experiment – zkusit si přehrát scénu odmítání bratra. Ester souhlasí, zpočátku váhavě. Stavím proti sobě dvě křesla a vyzývám Ester, aby si do jednoho z nich sedla a stala se na chvíli svým bratrem – sedla si jako on, představila se jako on, popsala, jak vypadá, co má na sobě... Pak si má na opačném křesle představit samu sebe a lákat jako bratr imaginární Ester, aby „**si jela koupit**“ (myšleno heroin). Pak si místo mění a odpovídá za Ester. Místo si vyměňuje na mou instrukci ještě několikrát. Když scéna končí, ptám se Ester, jak se jakožto bratr cítila, když Ester na lákání odpovídala: „**Asi ne... Asi určitě ne... Nemám čas... Nemám peníze...**“ Ester říká, že ji to neodradilo, že jako bratr cítila převahu. a jak se cítila jako Ester? „**Nejistá.**“ Hovoříme o tom, jak její odpověď „zpevnit“, Ester říká, že by měla být jednoznačnější, navrhuji metodu ohrané desky. Ester zkouší přehrát situaci znovu. Její formulace odmítnutí zní: „**Ne, to už je tvůj problém.**“ Vyjadřuje potěšení nad tím, že pevná jasná odpověď jí dává jistotu a že v roli bratra cítila odmítnutí, to že „**tady není místo pro diskuzi**“. Hledáme společně ještě další možnosti, jak v dané situaci reagovat, jak sama sebe ochránit. Ester vypadá živější, veselejší, energičtější.

*Podobné experimenty jsou velmi časté v gestalt terapii. Nejedná se o předem stanovená cvičení, nýbrž skutečně o experimenty vycházející z dané situace. Jsem frekventantkou výcviku v gestalt terapii, navíc mám dlouholeté divadelní zkušenosti, což obojí přispělo k mému návrhu popsaného experimentu. Přímé přehrání obávané situace dalo klientce možnost prožít tuto situaci „nanečisto“ v bezpečném prostředí a vyzkoušet si jinou možnost řešení. Tento zážitek byl jednak emotivní, zároveň však klientce poskytl možnost nácviku, resp. vyzkoušení,*

---

<sup>215</sup> Viz prevence relapsu, kap. 3.3.5 této práce.

*nové strategie chování a zvýšil tak její kompetence k řešení podobné situace.<sup>216</sup> To klientka sama velmi kvitovala. Pozitivní dopad byl na klientce znát i navenek.*

Stále znovu se vrací téma podpory a osamocení. Když mluví klientka o své drogové i nedrogové minulosti (za pomoci časových os), nabývám dojmu, že vždy, když se o ni nikdo nezajímal, když byla hodně sama, brala drogy. Ester to připouští. Během vyprávění o minulosti se často vrtěla, několikrát zčervenala, ušklíbala se apod. Ptám se jí, co se s ní děje, Ester stále opakuje: „**Nic.**“ Na konci sezení jí reflektuji rozpor mezi tím, co je zjevné a tím, co říká a sděluji jí, že se v ní pak nevyznám, vyvolává to ve mně zmatek a mám o ni obavu.

*Uvědomuji si nyní problematičnost výše popsaného sezení, resp. mých reakcí. To, že jsem vyjádřila svou obavu o ni, mohla klientka vnímat jako zájem, ale také jako vyjádření nedůvěry či výčitku – ve smyslu „nehovoříte o svých emocích, tzn. že špatně spolupracujete“. Je možné, že jsem klientku dostatečně nepodpořila v situaci, která pro ni byla těžká a příliš „tlačila na pilu“. Bylo by zřejmě vhodnější nechat klientce svobodu v tom, že o svých pocitech nechce mluvit, nebo prostě připustit, že opravdu nic necítí, nebo si neuvědomuje, že by se s ní něco dělo, a případně se k této situaci vrátit na dalším sezení.*

Ester zjišťuje, že si nemá komu říci o podporu a pomoc v případě, že se dostane do nějaké rizikové situace (bratr se vrátí k heroinu; ona bude bez Subutexu<sup>®</sup> a bude jí smutno; bude se cítit osamělá; bude mít chuť na heroin...- tyto situace definovala klientka sama), protože o jejích problémech nikdo neví. Pracujeme společně na tom, jak a u koho by si o podporu mohla říci.

*Nejsem si jistá, zda potřeba podpory a pomoci byla skutečně klientčinou potřebou, nebo zda toto téma vyvěralo z mých potřeb „zařídít, aby bylo o klientku postaráno“, nebo ze zkušeností a teorie prevence relapsu, kdy je podpora okolí ve stádiu udržení změny velmi důležitá.*

Ester se rozhodla, že promluví se svou matkou – Ester mluví o svých obavách z plánovaného rozhovoru, nabídla jsem jí možnost společné konzultace, říká, že o tom bude přemýšlet. z hovoru nakonec sešlo a matka opět odjela. Na dalších

---

<sup>216</sup> Viz kap. 3.3.2 této práce.

sezeních uvažuje Ester o sblížení s tetou, chce využít toho, že spolu budou dělat autoškolu. Hovoříme o tom, co říci a co ne, co je pro Ester bezpečné...

*Napadá mě, že Ester matku nechtěla přivést, nechtěla s ní o svém pokusu o léčbu z nějakého důvodu mluvit. Možné jsou moje předchozí hypotézy (obava z nedostatečného ocenění snahy či otevřená cestička zpět k drogám), možné je i to, že vztah Ester s matkou tento rozhovor nedovoloval, že se Ester obávala (možná oprávněně) matčina nezájmu, paniky, odmítnutí – jsou to pouze moje fantazie a je nejspíš chybou, že jsem to s klientkou neprobrala víc.*

Dávky Subutexu<sup>®</sup> se snižují, Ester začíná občas pociťovat nepříjemné odvykací stavy – nervozitu, nespavost. Zvyšuje se její úzkost z úplného vysazení Subutexu<sup>®</sup> a její strach z abstinence. Říká, že by chtěla na stejných dávkách Subutexu<sup>®</sup> zůstat co nejdéle.

*Odborná literatura sice tvrdí, že buprenorfin, nezpůsobuje nijak závažné abstinenci příznaky<sup>217</sup>, klienti nicméně popisují velmi nepříjemné stavy především v psychické oblasti – časté střídání nálad, nespavost, nervozitu, hádavost apod., ale i chřipkovité stavy s bolestmi kloubů, pocity rozlámanosti, únavy. Klienti tyto stavy udávají dlouhodobě, někdy i po několik týdnů. Otázkou samozřejmě zůstává, zda popisované stavy jsou způsobeny snížením či vysazením dávek buprenorfinu, nebo „pouze“ obavou z abstinence, jako velké změny životního stylu, která jako každá velká změna přináší vysokou hladinu stresu; obzvláště pak změna, o níž nejsme přesvědčeni, že ji zvládneme učinit, o jejíž správnosti možná pochybujeme, kterou si neumíme představit... z hlediska terapeutického procesu je důležité, že klient tyto stavy skutečně pociťuje, že z nějakého důvodu zažívá stavy, které jsou pro něj nepříjemné. Spolu s terapeutem pak klient hledá cestu, jak si od těchto stavů ulevit, či jak je přestát, a nevrátit se při tom k rizikovému způsobu života, užívání nelegálních návykových látek.<sup>218</sup>*

---

<sup>217</sup> Viz kap. 3.2.2 této práce.

<sup>218</sup> Viz prevence relapsu, kap. 3.3.5 této práce.

T: Snižovat dávky (*myšleno Subutexu<sup>®</sup>*) musíte jenom v určitých typech programů, jsou i programy, kde jsou lidi dlouhodobě na substituci.

K: ***Jenže já na jednu stranu bych se toho chtěla zbavit, jenže na druhou stranu zase jen tak bez ničeho... nebo já nevím...***

T: Jaký by to bylo? Co vás napadá, když je to „jen tak bez ničeho“...

K: ***Jen tak bez ničeho... já nevím... podle mě je nejlepší abstinence takový to hození do vody. Kdybych nebrala ty Subutexy... Ted' je to takový hrozně jednodušší a až možná i horší ty Subutexy...***

T: Pro vás? (*snažím se dovést Ester k jejímu vnímání situace, jejím pocitům*)

K: ***Jasně. Možná i tak všeobecně... Asi teda pro mě, když to takhle říkám. Bych řekla, když sem brala drogy, kdybych si to odkroutila, tak normálně, že už bych třeba nebrala, bych si toho třeba i vážila, že jsem dokázala rychle odabstinovat... Já nevím, ty Subutexy, na to si člověk strašně rychle zvyká. Si myslím, že spousta lidí to nebere ani jako lék, ale aby se zmastil, jako. Což se dá taky u toho Subutexu.***

T: v tom máte určitě pravdu.

K: ***Jenže ono je to skoro z bláta do louže...***

T: (*uvědomuji si, že utíkáme k „odborným“ debatám a vracím Ester k pocitům*)  
Když říkáte, že máte strach z toho snižování..., já jsem tam trochu zaslechla, že máte strach i z té abstinence.

K: ***No, to určitě mám...***

T: Nějaký neznámo? Nebo já nevím... z čeho máte u té abstinence obavy?

K: (*dlouho váhá*) ***No já nevím.... Asi z toho, jak jsem si prostě navykla, že ráno vstanu a mám ten Subutex. Toho se bojím: „ježíš, jak budu ráno vstávat...“ nebo já nevím. Svým způsobem mě to i uklidňuje, ten Subutex... takovej pocit jenom... nebo já nevím.***

T: Takže se bojíte čeho? Že budete nervózní?

K: ***Asi jo, no.***

T: Ještě něčeho se obáváte?

**K: No, že když budu bez toho Subutexu, abych byla připravená na to, aby mě třeba nenapadlo, že si pojedou koupit, nebo já nevím... abych nebyla taková... rychle zlomitelná.**

T: Rychle zlomitelná k čemu?

**K: Jako abych si nejela koupit, nebo já nevím.**

Ester vyjadřuje velkou obavu z chystané změny. Chtěla by prodloužit stádium přípravy – v dnešní podobě SPS by to bylo možné a v Esteřině případě bych prodloužení velmi podpořila domluvou s lékařem o prodloužení doby preskripce stabilních nízkých dávek Subutexu<sup>®</sup>, což by Ester dalo čas lépe se připravit na akci, získat větší pocit kompetence k jejímu provedení a následnému udržení<sup>219</sup>

V předchozím dialogu jsem se snažila dovést klientku k co nejpřesnějšímu pojmenování jejích obav. s nekonkrétní úzkostí lze jen těžko bojovat, čím konkrétněji se mi podaří pojmenovat to, čeho se obávám, tím lépe se na to mohu připravit, nalézt strategie pro zvládnutí nadcházející situace.

Na začátku dialogu klientka vyjadřuje svou ambivalenci k životní změně k abstinenci, která pravděpodobně vyplývá z jejích obav být „jen tak bez ničeho“. Terapeutka se snaží dovést klientku k tomu, co pro ni ono „jen tak bez ničeho“ znamená. Dochází společně k tomu, že klientka má obavy jednak ze svého běžného života bez podpůrné substance (neumí si představit jak bude ráno vstávat), jednak z případné recidivy (aby si „nejela koupit“ heroin, když nebude užívat Subutex<sup>®</sup>), selhání v provedení plánované akce. Na tyto konkrétní obavy se lze mnohem lépe připravit v rámci prevence relapsu. Obavy z každodenního života by bylo dobré ještě víc konkretizovat. Toto téma je velmi důležité. Klientka potřebuje podporu v tom, že chystanou změnu (abstinance) může zvládnout a nástroje, dovednosti ke zvládnutí rizikových, problematických situací, stejně tak jako podporu v tom, že případný relaps či recidiva jsou přirozenou součástí procesu změny, nikoli osobním selháním klienta.

---

<sup>219</sup> Stádia změny viz v kap. 3.3.2 této práce.

Velkým problémem je pro Ester absence „domova“, tzn. čistého bezpečného prostředí. Bratrovi Ester sice věří víc, než např. před měsícem, věří, že bere Subutex® – „**poznám to na něm**“ – ale vadí jí, že si do bytu vodí toxi-kamarády.

*Čisté bezpečné prostředí znamená zázemí, kde se neberou drogy, kde ani není nikdo, kdo by drogy bral. Takové prostředí člověka, jenž se rozhodl abstinovat, může v jeho změně životního stylu velmi podpořit. v prostředí, kde se vyskytují drogy či uživatelé drog je velmi těžké abstinencí udržet,<sup>220</sup> zvláště když se jedná o lidi, s nimiž jedinec v minulosti drogy užíval. Důležitost stádia udržení změny zdůrazňují Prochaska a Norcross<sup>221</sup>, kteří tvrdí že u problémů jako je závislost se stádium změny prodlužuje na dobu neurčitou. Trvá vlastně do chvíle, kdy se u klienta objevuje craving, kdy některé situace jsou pro něj rizikové v možném návratu k užívání návykové látky. Kalina<sup>222</sup> diskutuje možnost svou závislost vývojově přerůst, o což se terapeuti se svými klienty snaží především v průběhu následné péče.<sup>223</sup>*

T: Máte strach, když si ty Subutexy vyberete, že by je po vás mohl někdo chtít třeba?

**K: No jasně, si je musím schovávat vždycky, aby je nenašla nějaká návštěva třeba... Prostě takovej blbej pocit no... Třeba včera jsem přišla domů a koukám, tam nějaký cizí boty a přijdu a tam sedí známej. Říkám: „Kde je brácha?“ „Noo, támhle odjel někam za kamarádem...“ Sem říkala „Cože?“ On tam nechá cizího člověka! Přitom já mám pokoj otevřenej, prostě už se nezamykám a takový blbý, no. (naštvaně, postupně ztišuje)**

...  
T: a když tam chodí ty cizí lidi, jaký to pro vás je?

**K: No, štve mě to. Vůbec třeba když přijdu domů, chci mít klid, chci si pustit svojí televizi, dělat si svoje zvyky a tak a mám tam někoho cizího... Nevim,**

---

<sup>220</sup> Viz kap. 3.3.5 této práce.

<sup>221</sup> Zde kap.3.3.2.

<sup>222</sup> Zde kap. 2.3.

<sup>223</sup> Viz kap. 3.1.1.9 této práce.

**vadí mi to. Hlavně když tam nikdo není! Neřeknu kdyby byl nákej rodinej přítel, tak možná, že by to tak nevadilo. Ale nevim, to je prostě kamarád jenom, známej, a ted' tam je sám a ještě on je zrovna takovej domácí typ, že si prostě udělá všechno co chce, aniž by něco řek. Takovej docela drzej, bych řekla. Tak mi to vadí no...**

*(její hlas se ztišuje, cítím smutek).*

T: Hmm. To je taky někdo, kdo bere?

K: **No, ted' ani ne. To je spíš takovej člověk, kterej jednou jo, jednou ne... Třeba půl roku jo, pak zas ne... tak to střídá.**

T: Takže to není ten důvod, proč by vám to nějak vadilo.

K: **Ani ne, pokud to nedělá u mě v bytě, tak je mi to jedno.**

T: Co vám na tom teda vadí?

K: *(naštvaně, bojovně)* **Vadí mi, že si jedou koupit a pak si jedou k nám domů a jak kdyby to byla nějaká šlehárna, nebo já nevim... To je takový, nevim no... To mi vadí hodně.**

T: To se stává často?

K: *(posmutněle)* **Hm, docela jo, no.**

*(ticho)*

T: a co se děje s váma, jak vás to ovlivňuje?

K: **Nevim, vadí mi to, snažím se to přehlížet. No nevším si toho asi nejde, ale nevim, asi nic moc s tím neudělám. Nemůžu běžet támhle za mámou a zavolat jí: „Hele mami, brácha dělá tadyto a tadyto..., tak mu něco řekni...“ s tím nic neudělám no.**

T: a co můžete?

K: **Můžu se sbalit a jít pryč. Nebo se zavřu do pokoje Ať mi daj všichni pokoj. Nic jinýho s tím neudělám.**

T: Sbalit se a jít KAM pryč?

K: **No, jít z domova... Jako ne odstěhovat se, nebo to (s úsměškem)... to ani nemůžu, ale nevím, prostě jít ven, dokavad nevypadnou...**

...

T: a vám to taky nabízej, abyste jim jela koupit?

K: **Hm, no, ne.**

T: Nikdy to nedělali?

K: **Myslím, že v poslední době ne. Ono je to i těžký, když třeba člověk nějakou chvíli nebere, to je pak těžký dostat se mezi ty lidi. To bych s těma lidma zas musela chvíli bejt, zase se seznámit s těma dealerama, protože ono je to každé měsíc skoro jiný..**

T: Takže teď nejste na tohle „použitelná“.

K: **Hm, no... Já ani nechci.**

Tento rozhovor se odehrál na naší poslední konzultaci. Vytvořila jsem si hypotézu, že si Ester nechává otevřenou cestičku zpět k braní drog, uvědomuje si to a zároveň ji to děsí, má z toho strach. Opět se objevilo téma „vzorné klientky“ – občas zadávám klientům úkoly, či témata k přemýšlení do příští konzultace. Chvilí po výše popsaném rozhovoru bylo delší ticho, po němž se Ester začala omlouvat, že si **„zapomněla ten domácí úkol“**, což rozproudilo debatu nad tím, v čem všem ji její snaha být „vzornou klientkou“, „vzornou dcerou“, „vzornou žačkou“ omezuje – nemůže chtít podporu, protože vlastně „nemá žádné problémy“. Ester mluvila o tom, že je to možná ze strachu, že ji nebudou mít rádi takovou, jaká je doopravdy.

Po tomto sezení přišla Ester ještě jednou, byla jsem ovšem nemocná, tak s ní konzultovala kolegyně – tzv. průběžný kontakt v průběhu substituční léčby. Potom Ester na konzultaci nedorazila, ještě jednou se objednala a opět bez omluvy nedorazila. Dvakrát jsem jí telefonovala, abych jí usnadnila znovuoobnovení kontaktu (věděla jsem, jak je pro ni těžké přiznat, že v něčem neobstála, selhala), nezvedla mi však telefon. Předpokládám, že se vrátila k braní opiátů, možná heroinu, spíše však nelegálního Subutexu®. Od jejího lékaře, který jí jednak předepisoval Subutex®, jednak léčil hepatitidu jsem se dozvěděla, že Ester již



Subutex<sup>®</sup> neužívá (resp. on jí ho nepředepisuje) a v brzké době by měla nastoupit léčbu interferonem, která je podmíněna abstinencí. Vzkazovala jsem Ester po lékaři, aby se ozvala, že bych ráda věděla, jak se jí daří, ona se však neozvala. o její abstinenci mám velké pochybnosti – předpokládám, že kdyby se jí podařilo Subutex<sup>®</sup> vysadit a abstinovat, ozvala by se.

Uvědomuji si, že na ní často myslím, přemýšlím, co s ní je. Často sem přemýšlela, co jsem mohla udělat jinak. Napadá mě, že jsem s Ester měla víc pracovat na tom, jak unést vlastní selhání – ať už relaps na návykových látkách, nebo vynechání konzultace. Dále mi zřetelně vystupuje absence práce s rodinou, hlavně s její matkou. v té době ale ještě v programu neexistovala rodičovská skupina a nabídka společné konzultace, kterou jsem Ester dala, bylo to jediné, co jsem mohla v dané situaci udělat. Stejně tak bylo v té době v našem programu obvyklé striktní vyžadování rychlého snižování dávek Subutexu<sup>®</sup>. Díky případu Ester a jiných jsme se rozhodli postupovat v závěrečné fázi programu s vysazováním pomaleji a více vycházet individuálním potřebám klienta.

### **5.1.5 Shrnutí**

Ester navštěvovala naše zařízení navštěvovala od začátku listopadu 2004 do poloviny března 2005. Absolvovala celkem 18 sezení, z toho 5 skupinových a 13 individuálních. z těchto 13 individuálních konzultací byly první dvě tzv. vstupní, 10 individuálních konzultací a jedna v rámci tzv. průběžného kontaktu. Výše popsaná kasuistika se věnuje terapeuticko-poradenskému procesu v průběhu oněch deseti konzultací.

Během té doby se podařilo dosáhnout přechodu klientky na substituční látku (buprenorfin) z pouličního heroinu, aplikovat tuto látku sublingválně (místo injekční aplikace heroinu), postupně dávky substituce snižovat. Podařilo se zmapovat některé rizikové situace (především případný bratrův návrat k užívání heroinu), téma osamělosti klientky a absence podpůrné vztahové sítě a otevřít důležité téma snahy být „hodná holčička“ pramenící z obavy z nepřijetí, které stojí za mnohým klientčíným chováním. Zdá se, že se terapeutce podařilo navázat s klientkou poměrně pevný a bezpečný terapeutický vztah, v jehož rámci mohla klientka hovořit i o svých emocích, pochybnostech či bolavých zážitcích z minulosti.

Nepodařilo se klientku dovést k vytyčenému cíli, tzn. abstinenci, ani ji udržet v kontaktu a pomoci jí případně nalézt jinou formu péče. Stejně tak se nepodařilo navázat spolupráci s rodinou klientky – především její matkou. Čas definovaný pro spolupráci byl 4 měsíce, zdá se však příliš krátký pro klientčiny potřeby. Bohužel se nepodařilo kontrakt včas předefinovat a přizpůsobit potřebám klientky.

## **5.2 KAMIL**

### **5.2.1 Anamnéza**

Kamil je 25-letý velmi štíhlý mladík „skejtáckého“ vzezření, působí však o několik let mladší. Je z úplné rodiny, má mladšího bratra; bratr je vyučený, pracuje, žije s přítelkyní mimo rodinu. Otec je vyučený technik, pracuje u jedné telekomunikační firmy, matka prodává v bistru. Rodina žije ve středně velkém bytě v centru Prahy. z širší rodiny udržuje Kamil častý kontakt s oběma babičkami – obě bydlí ve vesnicích poblíž Prahy, Kamil jim často jezdí pomáhat s chodem domácnosti.

Kamil je vyučený ve stejném oboru jako otec, půl roku po vojně pracoval ve stejné firmě jako otec, dva roky pak pracoval v potravinářské výrobě, rok rozvážel v jedné nemocnici jídlo – v té době už hodně bral drogy, v zaměstnání často absentoval, proto dostal výpověď pro nespolehlivost. Má záznam v rejstříku trestů - podmíněčný trest za krádeže.

Před nedávnem Kamil zjistil, že má hepatitidu typu C (dále jen HCV). Na jedno oko je slepý, měl by s ním jít znovu na operaci, údajně se mu v oku ucply cévy, zřejmě v důsledku intravenózního užívání návykových látek.

Klient udává jako svou primární drogu nelegálně získávaný Subutex® – užívá ho převážně intravenózně, výjimečně sublingválně, někdy sniff (pozn. velmi neobvyklé, šňupat tablety) v dávce 8 a více mg denně. Od 11 let do dnes užívá THC, od 14 let denně, v poslední době cca 3-4krát týdně. Od 18 let užíval heroin – půl roku sniff, další 2,5 roku intravenózně. Od 21 let 3 roky denně intravenózně užíval pervitin. Od 20 let užívá nelegálně získávaný Subutex®.

Závěr: U klienta můžeme diagnostikovat polymorfni závislost na návykových látkách.<sup>224</sup> Posledních 11 let prožil klient pod denním vlivem nějaké návykové látky, či případné jejich kombinaci. v posledních letech preferuje opiáty a konopné produkty. Klient působí nevyzrálým dojmem - zčásti to způsobuje jeho způsob oblékání a vyjadřování.

Poměrně stabilní je klientovo sociální zázemí – vazby na rodinu se zdají téměř nenarušené a dost silné, klient má stálé bydliště u rodiny (rodiče či babička). Pozitivní je dokončené vzdělání (vyučen), problematický záznam v rejstříku trestů a v zápočtovém listu (propuštěn pro nespolehlivost).

Zdravotní anamnéza je špatná, vážné problémy s okem a pokročilá hepatitida typu C.

Podávání substituce se zdá namísto vzhledem ke zdravotnímu stavu klienta a jeho nejasné motivaci k léčbě. Vzhledem k dlouholeté drogové anamnéze bych však doporučila spíše dlouhodobou rezidenční léčbu, nejlépe v terapeutické komunitě<sup>225</sup> – ta by také spíše pomohla klientovi osobnostně dozrát a osamostatnit se od rodiny, což by v jeho věku bylo přirozené. Klient se však nezdá k takové léčbě motivován.

## 5.2.2 Zakázka

Klient přichází s přáním vstoupit do Substitučního programu Subutexem®. Deklaruje úmysl přestat užívat návykové látky a nastoupit léčbu HCV interferonem<sup>226</sup>. Jedná se o jeho první pokus o léčbu závislosti na návykových látkách. Říká, že neví, co má od programu, od terapie čekat.

---

<sup>224</sup> Viz diagnostická kritéria, kap. 2.2 této práce.

<sup>225</sup> Viz kap. 3.1.1.7 této práce.

<sup>226</sup> Viz výše v předchozí kazuistice.

### 5.2.3 Průběh terapie

Kamil kontaktoval naše zařízení koncem listopadu se zakázkou substitučního programu. Naše zařízení mu doporučil lékař, u nějž je Kamil v hepatologické péči, zároveň mu tento lékař bude předepisovat Subutex<sup>®</sup>, ovšem s podmínkou současné terapie v našem zařízení. Jako hlavní důvod své účasti v SPS udává klient odhodlání léčit svou HCV interferonem.

*Hned při vstupu do programu se objevuje otázka klientovy motivace. Klient sám uvádí, že chce léčit svou hepatitidu, aby byl do léčebného programu přijat, musí abstínovat, což je pro něj jediný důvod, proč přestat užívat drogy.<sup>227</sup> Motivaci k léčbě závislosti tedy pro tohoto klienta při vstupu do programu je nutnost abstinence při vstupu do léčby interferonem. Prochaska a Norcross ovšem tvrdí, že i tlak vnější okolností je motivací.<sup>228</sup> Tento klient se pravděpodobně při vstupu do SPS nacházel ve stádiu kontemplace<sup>229</sup> – připouští, že má problém s návykovými látkami, není si ale úplně jist, zda a jak chce své chování změnit.*

Během tří týdnů proběhly s klientem tři konzultace v rámci vstupního kontaktu, během nichž byla získána klientova anamnestická data, představen náš program a jeho podmínky. Klient podepsal kontrakt SPS a souhlasil tak s danými podmínkami – tento kontrakt podepsal i pracovník našeho zařízení a klientův ošetřující lékař, poté lékař začal klientovi předepisovat Subutex<sup>®</sup>. Během této doby absentoval klient pouze jednou, omluvil se telefonicky s tím, že zapomněl termín konzultace. Před vstupem do motivační skupiny (dále MS) udává klient, že nedodrжуje denní předepsanou dávku 8mg Subutexu<sup>®</sup>, užívá denně 12-16mg, převážně i.v. či sniff; sublingvální aplikace ho neuspokojuje – „**nic to se mnou nedělá**“. Probíráme tedy společně odlišné postoje k Subutexu<sup>®</sup> – jako k droze, která má způsobovat nějakou změnu stavu vědomí versus jako k léku, který má odstranit abstinenční příznaky.

*Přes mé pochybnosti o jeho dostatečné motivaci začal klient pravidelně docházet do terapie, otevřeně hovoří o nedodrжování dávek a způsobu aplikace Subutexu<sup>®</sup>.*

---

<sup>227</sup> Viz výše v předchozí kazuistice pozn. o léčbě hepatitid.

<sup>228</sup> Prochaska a Norcross 1999, s. 402, zde kap 3.3.2.

<sup>229</sup> Viz kap 3.3.2 této práce.

Injekční aplikace Subutexu<sup>®</sup> s sebou nese vysoká zdravotní rizika. Proto je změna způsobu užívání z injekčního na sublingvální prvním úkolem, první změnou, kterou po našich klientech vyžadujeme. Dodržování předepsaných dávek a způsobu aplikace jsou jednou z podmínek úspěšné léčby. Otázkou je samozřejmě kontrola, která dost dobře není možná. Vycházíme pouze z informací, které nám klienti sami sdělí, případně usuzujeme z jejich chování (i v tomto případě se však ptáme klienta na pravý stav věci). Tento způsob klade na klienta větší odpovědnost za léčbu – pokud bude klient něco zastírat, pravděpodobně se v léčbě nikam neposune a z programu vypadne.

Kamilovi jsem uvedla možná rizika injekčního užívání Subutexu<sup>®</sup> (forma vzdělávání) a dala mu některé tipy na řešení situace, které vycházely z předchozích zkušeností jiných klientů (např. dát si lék k rodičům, vyhodit veškeré „nádobíčko“, mít přesný harmonogram užívání substituce podobně jako je to při užívání jiných léků). Vzhledem k tomu, že tento klient uváděl při vstupu do našeho zařízení Subutex<sup>®</sup> jako svou hlavní drogu, situace byla pro něj o to složitější. Pokusila jsem se tedy společně s klientem definovat rozdíl ve vnímání Subutexu<sup>®</sup> jako léku a Subutexu<sup>®</sup> jako drogy.

Jak vnímat stejnou látku jako substitucí? Je to vůbec substituce? V historii substituce<sup>230</sup> existují případy, kdy byla klientům na drogových klinikách předepisována stejná látka, jakou do té doby užívali nelegálně (heroin či morfin), často dokonce intravenózně podávaná. Tento způsob se však ukázal neefektivním léčebným postupem, i když samozřejmě vedl ke snížení negativních zdravotních a sociálních důsledků užívání nelegální drogy. Čistota Subutexu<sup>®</sup> získávaného z černého trhu je stejná jako lékařem předepsaného – jedná se o tentýž přípravek - tablety Subutexu<sup>®</sup> z černého trhu jen někdy bývají povrchově znečištěné, což může při i.v. aplikaci vést k závažným infekcím (dalším rizikem injekčního užívání rozpuštěných tablet Subutexu<sup>®</sup> je zvýšené riziko vzniku trombózy či embolie<sup>231</sup>). Většina uživatelů Subutexu<sup>®</sup> z černého trhu užívá tento přípravek injekčně. Přejít na sublingvální aplikaci tedy pro ně může být jasným znamením změny (nehledě na eliminaci zdravotních rizik).

---

<sup>230</sup> Viz Preston 1999 či kap. 3.2.1 této práce.

<sup>231</sup> Viz kap. 2.4 této práce.

Už na první MS, v polovině prosince, uvádí Kamil, že si dal Subutex® k matce, která mu jej denně vydává, což u něj jednak vedlo k dodržování předepsaných dávek, jednak se mu díky tomu podařilo snížit počet i.v. aplikací na úkor perorálních. Na třetí MS již udává, že díky vydávání léku matkou se mu daří užívat jej výhradně sublingválně. Na této skupině také udává výrazné zlepšení vztahů s rodiči – přestěhoval se od babičky zpět domů, rodiče z toho mají radost, podporují ho. Chodí pravidelně na brigádu, těší se na Silvestr na horách.

*Během prvních týdnů v programu učinil klient několik poměrně velkých změn svého chování. Především jde o eliminaci injekčního užívání a dodržování předepisovaných dávek – tato změna se možná zdá banální, ale velké části klientů se nedaří po několik měsíců, a jak uvidíme dále, není její udržení snadné; jedná se o zásadní změnu v klientově chování a v jeho vnímání Subutexu®.*

*Další významnou změnou je přestěhování od babičky zpět k rodičům – přestože se původně zdálo, že klientovy vztahy s rodinou jsou velmi dobré, ukázalo se, že klientovo bydlení u babičky na vesnici bylo jakýmsi druhem vyhození z domova; jeho přestěhování zpět odráží významné zlepšení vztahu s rodiči a posílení jejich důvěry ke klientovi. Toto velké a rychlé zlepšení vztahů bylo pravděpodobně podpořeno tím, že se jedná o klientův první pokus o léčbu, žádostí klienta o pomoc při dodržování předepsaných dávek Subutexu® a tím i zasvěcením, zapojením rodičů do procesu léčby.*

*To, že klient chodí pravidelně na brigádu a těší se na hory, odráží rozšíření klientových zájmů. Klient sám to velmi kvituje, říká, že na horách nebyl již několik let, i když předtím pravidelně snowboardoval.*

*Všechny uvedené změny oceňujeme. Uvědomuji si, že nastává otázka jejich udržení, to však Kamil nevidí jako problém.*

Několik skupin za sebou udává Kamil velké množství vypitého alkoholu (2-3krát týdně cca 10 piv) a téměř denní užívání THC – doporučujeme klientovi eliminovat, či alespoň výrazně omezit pití alkoholu (mimo jiné i kvůli HCV) a hovoříme s ním i o důsledcích užívání THC (např. poruchy paměti – viz dále). Jako své cíle v rámci SPS uvádí Kamil:

- **najít si čisté (tzn. neužívající drogy) známé**
- **najít si další práci, brigádu**

- **zasadit a sklídit konopí** – o tom dlouze diskutujeme
- **najít sport, který by mě bavil** – dříve in-line brusle, malá kopaná, snowboard...
- (po našem doporučení dodává) **řešit pití alkoholu**

Od této skupiny začíná Kamil střídavě absentovat, vždy se omlouvá telefonicky, jako důvod udává špatné naplánování návštěvy a výpomoci u babičky. Na další skupině si stěžuje, že dostal při snížení dávek Subutexu<sup>®</sup> na 6mg recept na celý měsíc – má tak u sebe velké množství Subutexu<sup>®</sup> a nedaří se mu dodržovat dávkování – doporučuji domluvit s lékařem předepisování na kratší časové úseky, podporuji – *tato destabilizace v užívání mohla být důvodem absence, stejně tak obnovení vztahu s bývalou přítelkyní (viz dále)*. Dal se opět dohromady s bývalou přítelkyní Monikou – ex-user pervitinu, údajně půl roku abstinuje (*zde je rozpor v informacích – zhruba za měsíc kontaktovala tato dívka naše zařízení a udala, že abstinuje od pervitinu zhruba dva týdny*), užívá ve zvýšené míře alkohol – Kamil v současnosti nevidí ve vztahu žádné riziko recidivy.

*V této době už vlastně klient prožíval relaps, nadužíval alkohol (de facto vyměnil jednu návykovou látku za druhou, tak jak to dělal téměř celý život – viz anamnéza), pravidelně užíval THC (často v kombinaci s alkoholem), nedocházel na sezení, nedodržel předepsané dávkování substitute, pravděpodobně ani předepsaný způsob aplikace. Nepodařilo se udržet navozené změny, došlo k návratu problémového chování a klient se ze stádia akce vrátil do stádia kontemplace.*

Na individuální konzultaci (zde náhrada za MS) zjišťuji, že Kamil má jen velmi málo informací o HCV a možnostech její léčby, i o programu SPS – informace o SPS opakuji, o HCV dávám pouze základní informace a doporučuji se ptát lékaře, příp. použít internet; důrazně doporučuji používat kondom při sexu.

*Opět se jedná o formu vzdělávání klienta. Otázkou je, zda informace klient nedostal, nebo je zapomněl (např. vlivem užívání THC). Podstatnou ovšem*

*zůstává snaha o minimalizaci rizik (harm reduction), zde především případné zhoršení HCV či její šíření*<sup>232</sup>

Probíráme klientův denní režim – hodně času tráví skládáním muziky na PC, často je u babičky, které pomáhá s hospodářstvím, má vyhlídku na stálou práci. Měl by jít k očnímu lékaři a na případnou operaci oka, měl by zaplatit dluh zdravotní pojišťovně – odkládá to - „**nechce se mi ted**“. 2-3 krát v týdnu vypije až 12 piv, mívá pak chuť „**prohloubit**“ si tento stav Subutexem<sup>®</sup> a dát si větší dávku – občas to tak i udělá, občas aplikuje i.v. – prý ve chvílích, kdy má strach, že mu dávka nebude stačit a bude mít „**abst'ák**“.

*Strach z nepříjemných abstinenčních příznaků – průjmy, pocení, bolesti kloubů apod. – se v průběhu Kamilovy terapie ukazuje jako velmi důležitý činitel. Zde ho klient popisuje jako rizikovou situaci pro injekční aplikaci Subutexu<sup>®</sup>.*

*Pokračuje nadužívání alkoholu, klient začíná nahlížet alkohol jako spouštěč chutí na opiáty.*

Při další návštěvě lékaře – konec ledna - si klient domluvil recept na dva týdny, současně mu lékař snížil dávky Subutexu<sup>®</sup> na 4mg. Zkrácení doby předpisu klient kvituje, snížení dávek prý zvládá bez problémů, aplikuje výhradně sublingválně. Výrazně omezil pití alkoholu – nyní maximálně 3 piva 1-2 krát týdně, THC užívá max. 1 krát týdně. Má se dozvědět o případné stálé práci, chce si požádat o výmaz z rejstříku trestů.

*Opět se zdá, že klient začal uskutečňovat některé změny chování – výrazně snížil užívání alkoholu i THC, zvládnul se domluvit s lékařem na změně preskripce*<sup>233</sup> *(musel zároveň přiznat, že mu dosavadní způsob činil obtíže), dodržuje opět dávkování i sublingvální aplikaci, podniká kroky k získání stálého zaměstnání. Zdá*

---

<sup>232</sup> *Hepatitid typu C existuje několik genotypů, které se mohou navzájem ovlivňovat, zhoršovat průběh nemoci apod., naši klienti se však poměrně často domnívají, že pokud sdlejí jehly či mají nechráněný pohlavní styk s někým, kdo má stejnou hepatitidu, „nemůže se nic stát, už je to jedno“. To je velmi rozšířený omyl. Pro více informací opět odkazují např. na [www.cecko.cz](http://www.cecko.cz).*

<sup>233</sup> *Jednání na úřadech či s lékaři patří k sociálním dovednostem, které jsou pro většinu populace běžně zvládnutelné, pro většinu uživatelů návykových látek bývají často velmi obtížnou překážkou. Tato jejich obava vyplývá z pocitu nedostatečných kompetencí, jež si tito lidé neměli možnost osvojit – v době dospívání, kdy si tyto dovednosti postupně osvojujeme, užívali drogy a osvojovali si naprosto jiné kompetence, vzdálené od života většinové populace.*



se, že se klient přesunul do stádia přípravy na akci, již by mělo být vysazení Subutexu® a následná abstinence.

V polovině února se změnila koncepce SPS, začal platit kreditový systém, změnil se čas konání a rozsah MS, byly zavedeny garantské pohovory a konzultace sociálního poradenství, otevřeli jsme skupinu pro rodiče a blízké klientů v SPS.<sup>234</sup>

Při první MS v jiném čase, dorazil Kamil na původní dobu, tzn. o hodinu později, takže již nebyl na skupinu vpuštěn – na náhradní konzultaci mu to bylo hloupé, říkal, že si nic nepamatuje, všechno si musí psát apod., společně jsme se dobrali k tomu, že to jsou pravděpodobně důsledky dlouhodobého pravidelného užívání THC.

Snaží se nepít alkohol, je našťvaný na přítelkyni, že za ním chodí v noci opilá. Chodí na brigádu už jen 2 krát týdně na 2 hodiny. Říká, že by rád pracoval, ale nechce se mu brzy vstávat, nechce „**podřadnou práci**“, vyhovuje mu, že se může poflakovat doma, hrát hry na PC... Mluvíme o tomto rozporu, doporučuji mu brát práci i jako prevenci relapsu, „boj proti závislosti“. Dostáváme se k jeho rozporu – „hodný kluk“, který pomáhá babičce versus „líný feťák“ – cítí to, hledáme, jak by si mohl „zazlobit“ a nemusel kvůli tomu brát drogy či páchat trestnou činnost; je to téma na delší dobu.

*Na této konzultaci jsme otevřeli několik klientových ambivalencí, rozporů, několik „ale“. To nasvědčuje tomu, že se klient nachází stále ve stádiu kontemplace, ne ve stádiu přípravy, jak se zdálo. Koresponduje to i s klientovou osobnostní nezralostí – konflikty typu „hodný kluk versus zlobivý fracek“ jsou časté v adolescenci a dospívání. Klientovi je 25 let, ale fázi dospívání utlumil užíváním návykových látek, de facto ji přeskočil, není tedy divu, že tímto vývojovým stádiem zatím neprošel. Jedna z mých hypotéz byla, že braní drog funguje pro Kamila jako způsob separace od rodiny, který sebou však nese nárok na dospění a převzetí odpovědnosti za svůj život. Abstinence rovná se v tomto případě dospělému jednání a nese s sebou nutnost přijetí odpovědnosti a hledání dospělejších cest k separaci. To může být jedním z důvodů klientova váhání a setrvávání ve stádiu kontemplace.*

---

<sup>234</sup> Viz kap. 3.2.4 této práce.

Začátkem března klesají dávky Subutexu® na 3mg, klient je užívá 1 krát denně sublingválně, udává časté chutě na i.v. aplikaci – probíráme možná řešení, pracujeme s chutěmi na i.v. aplikaci jako s chutěmi na drogu v rámci prevence relapsu. Kamil moc neví, co by mohl dělat jinak, uvědomuje si jen, že dřív souviselo zintenzívnění braní drog s rozchody s přítelkyní, teď už to ale ví a vyvaruje se toho; odmítá si připustit, že by chutě mohly být jinak, než že „**to na mě najednou spadne z ničeho nic**“.

*Opět se vzdává odpovědnosti za své chování. Odmítá hledat příčiny a řešení. Stále kontempluje.*

V té době měla Kamilova přítelkyně podezření, že je těhotná, Kamil tomu sice nevěřil, ale tvrdil, že by pro něj dítě bylo velkou motivací k abstinenci (podezření na těhotenství se nepotvrdilo). Práci si neshání, má brigádu, občas nějaké kšeftiky, podporují ho rodiče. Stále není registrován na úřadu práce (nyní končí půlroční lhůta, může se znovu registrovat), nesplácí dluh zdravotní pojišťovně, nehledá si práci. Má jít svědčit na policii proti známým, kteří vaří pervitin. Reflektuji mu rozpor v jeho chování a řečech o případném otcovství a rodině.

*Volání po nějakém vnějším důvodu, který by byl dostatečnou motivací pro abstinenci, je u uživatelů drog poměrně časté. Domnívám se, že to souvisí s potřebou silných impulsů, narušením dopaminogerního systému.<sup>235</sup> Realita je ovšem taková, že ani natolik silné impulsy, jako jsou zjištění těhotenství, hrozba vězení, ztráta rodiny, či zjištění smrtelného onemocnění (např. neléčená hepatitida) nebývají pro mnohé uživatele drog dostatečným impulsem pro abstinenci, často nevedou ani k zahájení pokusu o léčbu či omezení rizikového chování.*

Nepřipouští možnost neúspěchu SPS, odmítá apriori uvažovat o pobytové léčbě.

V polovině března další snížení dávek – na 2mg, neudává žádné obtíže, koncem března už říká, že užívá občas pouze 1mg, údajně vždy per os. Zbýlý Subutex® si nechává „**na horší časy**“ až ho už nebude mít předepsaný, kdyby mu bylo špatně při vysazování.

---

<sup>235</sup> Viz kap. 2.4.1 této práce.

*Klientova situace v užívání substituce se zdá stabilizovaná. Stejně tak jeho sociální situace. Klient má stálé bydlení, daří se mu užívat Subutex® sublingválně, daří se mu snižovat dávky. Naplnil požadovaný počet účastí na skupinových sezeních, nastává tedy, dle podmínek SPS<sup>236</sup>, čas k přechodu do další fáze SPS. Nevyřešena zůstává otázka pravidelného legálního finančního příjmu.*

*Individuální fáze SPS předpokládá, že se klient nachází ve stádiu přípravy na akci – v tomto případě docházelo, dle mého názoru, k míjení očekávaného stádia změny s klientovým aktuálním stádiem, jak dále uvidíme.*

Koncem března přechází Kamil do individuální fáze SPS, přestává docházet na MS, domlouváme se, že bude chodit na dvě individuální konzultace týdně ke mně. Říká, že je rád, protože na individuální konzultaci (dále IP) se více otevře. Společně plánujeme konec SPS. Klient má recept na Subutex® na měsíc s tím, že po dvou týdnech má přejít sám ze 2mg na 1mg denně. Deklaruje, že to nebude problém – už nyní užívá občas 1mg, jindy si ale dá 3mg, když se necítí dobře, takže mu žádný Subutex® nepřebývá. Doporučuji dodržovat dávkování, neužívat podle nálady – souhlasí s tím, že podle nálady bral vždy drogy.

*Stejné téma – rozdíl ve vnímání a užívání Subutexu® jako drogy a jako léku - se objevilo již na začátku klientovy terapie (viz výše). Blíží se konec preskripce Subutexu a konec SPS, tzn. akce vedoucí k abstinenci. Začínáme tedy spolupracovat na akčním plánu, viz stádium přípravy.<sup>237</sup>*

Nezařídil si registraci na úřadu práce (dále ÚP), protože „**tam byla fronta**“. Chystá se tam ve středu – vůbec neví, že ten den je státní svátek. Díky tomu se opět dostáváme k tomu, že občas žije mimo realitu, nemá žádný režim, nevnímá ani dny v týdnu. Prý mu to nevadí, režim prý k abstinenci nepotřebuje: „**chodil jsem do práce, i když jsem byl na heráku**“. Stále tvrdí, jak je „**všechno v pohodě**“, pak ale přiznává, že si před týdnem a půl „**šlehnul perník**“ – prý na něj měl několik dní chuť, kterou si v sobě hýčkal, a když se staval kamarád, jeli si

---

<sup>236</sup> Viz koncepce SPS v oddíle Přílohy.

<sup>237</sup> Viz kap. 3.3.2 této práce.

ho spolu koupit. Říká, že mu bylo špatně a už si pervitin nikdy nedá. Vzápětí ale říká, že by mohl „**absták ze Subáčů přebít lajnou perníku**“ – reflektuji mu rozpor v těchto tvrzeních.

Oceňuji, že o tomto relapsu mluví, doporučuji ho nepodceňovat. Kamil ale říká, že neví, proč chuť na pervitin přišla, z čeho mohla vzniknout, vyrůst. Vyjadřuje velké obavy z abstinčních příznaků při vysazování Subutexu<sup>®</sup>, probíráme možnosti závěru SPS – pobyt na detoxikačním oddělení, pobyt mimo Prahu apod. – necháváme zatím otevřené.

*Další klientův relaps a návrat do stádia kontemplace. Klient nepracuje na přípravě na akci, z nějakého důvodu – může jím být např. obava z abstinence, obava z dospělosti – Kamil nedokáže udržet navozené změny chování příliš dlouho. Vytvářím si hypotézu, že není plně rozhodnut, zda opravdu chce abstinovat. Už zde dochází k našemu míjení. Klient je pravděpodobně ve stádiu kontemplace, terapeutka po něm vyžaduje přípravu na akci což v klientovi vyvolává odpor. Časem se tak terapeutka dostává do role rodiče revoltujícího pubescenta.<sup>238</sup> Kamil opět hovoří o velkých obavách z abstinčních příznaků. Ty by mohly vést k užívání pervitinu, tzn. nežádoucího chování, k recidivě užívání nelegálních návykových látek – klient však v užití pervitinu pro zatření abstinčních příznaků při vysazení Subutexu<sup>®</sup> nevidí žádné riziko, pervitin má údajně plně pod kontrolou.*

Na další konzultaci přichází Kamil pod vlivem THC, což přiznává hned v začátku sezení, prý je ale schopný pracovat, takže sezení pokračuje, jen zdůrazňuji, že to není v pořádku a nechci, aby se to stalo normou (*uvažuji o tom, zda nebylo chybou neukončit sezení – klient to mohl chápat jako posun hranic – na druhou stranu mohlo být mé přijetí klienta i v tomto stavu posílením pro náš terapeutický vztah*). Prý je nervózní, protože jde dnes na policii; dostal předvolání k prostudování spisu - před delší dobou byl zadržen spolu s lidmi, kterým půjčil chatu, ve které oni vařili pervitin. Neví, co má čekat, nabízený kontakt na právní poradnu A.N.O. odmítá, prý se radí s tetou, právnickou.

Dále mluvíme o jeho chutích na drogy – vnímá to pouze jako drogy tzv. tvrdé - prý je přebíjí marihuanou, nebo na ně prostě přestane myslet. Vracím se k minule

---

<sup>238</sup> Viz kap. 3.3.6 této práce.

přiznanému relapsu na pervitinu – prý předtím nejspíš potkal „**nafrčený**“ lidi. Konec SPS by rád co nejvíce oddálil, chtěl by brát co nejdéle byt' i minimální dávky Subutexu®. Ptám se na registraci na ÚP, prý už je dva týdny registrovaný – reflektuji, že před týdnem tvrdil něco jiného, říká, že v tom má chaos.

*Získávám z klienta dojem, že do ničeho nechce vložit vlastní úsilí, že vlastně ani nechce abstinovat – to on však popírá. Vrací se mi znovu má hypotéza o Kamilově kontemplaci, kterou on popírá. Možná klient cítí, že po něm vyžadují, aby byl „někde dál“ (příprava versus kontemplace).<sup>239</sup>*

*Oceňuji, že objevil nějakou konkrétní možnou příčinu svého relapsu. s konkrétními riziky se dá pracovat, dá se na ně připravit, vyzbrojit.*

Začátkem dubna proběhly ještě dvě konzultace. Na jedné jsme se věnovali chutím a rizikovým situacím – Kamil nahlédl, že styk s intoxikovanými lidmi ho „**spouští**“ (vypráví o jednom kamarádovi, který kromě Subutexu® užívá i benzodiazepiny, když je „**zmaštěnej**“, Kamil se za něj stydí, zároveň však dostává chuť zažívat podobný stav, kdy je mu „**všechno jedno**“), nahlíží také, že spouštěčem by mohl být i alkohol, že mu marihuana nebude možná časem stačit apod. Uvažuje o tom, že v době vysazování Subutexu® odjede na měsíc na chatu na Šumavu, nechce na detoxifikační oddělení, protože by prý mohl odejít s někým ze spolupacientů brát.

*Na této konzultaci došlo k rozšíření klientova uvědomění – konkrétně pojmenoval některé rizikové faktory návratu k užívání nelegálních návykových látek (setkání s intoxikovanými osobami, touha po prohloubení opojného stavu po požití alkoholu či marihuany). Procesy zaměřené na rozšíření vědomí jsou efektivní, procesy vhodné ve stádiu kontemplace a prekontemplace, ve stádiu přípravy naproti tomu vyvolávají u klienta odpor. To potvrzuje výše zmiňovanou hypotézu o míjení klienta a terapeutky ve stádiích změny.<sup>240</sup>*

Na další konzultaci přichází Kamil s tím, že mu nějaký kamarád hospitalizaci na detoxifikační jednotce z vlastní zkušenosti doporučoval, takže už o ní také uvažuje

---

<sup>239</sup> Viz kap. 3.3.6 této práce.

<sup>240</sup> Viz kap. 3.3.6 této práce.

– probíráme plusy a mínusy případné rezidenční detoxifikace, vypracovává si seznam věcí, které vnímá jako pozitivní (lékařská péče, režim atd.) a negativní (např. lákání spolupacientů k odchodu při touze po drogách).

Mluví o tom, že na vsi u babičky bude „**navždycky feták**“ (je s tím smířený), kdežto doma v Praze ne, tam o něm sousedi nic nevědí, nikdy tam neměl „**žádné průšvih**“. Nedávno se po domě se na něj vyptávala policie, usoudil, že mu hrozí obvinění (viz výše o předvolání na policii).

Stále užívá 1mg Subutexu® per os – má recept na další dva týdny, pak je plánováno další snížení dávek.

*Klient odmítá s terapeutkou hovořit o svých pocitech, možná si je ani nepřipouští, které v něm vyvolává stigmatizace „fetáka“ či hrozba až několikaletého uvěznění.*

*Opět se objevuje mijení ve stádiích změny, terapeutka střídá intervence vhodné pro stádium přípravy (které po klientovi v logice SPS vyžaduje) s intervencemi vhodnými pro stádia prekontemplace a kontemplace, které se zdají lépe fungovat. Zdá se, že terapeutka cítí, že klientovi chybí jakýsi základ, proto se vrací i k rozšiřování uvědomění, a přehodnocování sebe a okolí. Dochází tak však ke zmatení a míšení fází.*

Po této konzultaci se klient dva týdny do našeho zařízení nedostavil. Telefonovali jsme tento fakt jeho ošetřujícímu lékaři – *nechtěli jsme takto v závěru SPS ukončit spolupráci příliš brzy, uvědomovali jsme si náročnost vysazování substituce, chtěli jsme klienta udržet v kontaktu, drop out je vždy nežádoucí* – a žádali ho, aby k nám klienta poslal, až se k němu dostaví, což se stalo. Klient se telefonicky objednal, na konzultaci dorazil dle plánu, potom několikrát konzultaci buď přeobjednával, nedorazil, nebo dorazil příliš pozdě, takže během dvou týdnů proběhla pouze 1 další konzultace. Na obou těchto konzultacích jsme řešili kromě plánu konce SPS především klientovo váhání mezi vlastní dospělostí, přijetím odpovědnosti za svůj život (včetně abstinence) a „užíváním si mládí“, tzn. nemít stálou práci, bydlet u rodičů, občas užívat různé návykové látky apod. Klient sám to komentoval: „**cítím se tak na 17 let**“.

*Uvědomovala jsem si, že jsem na klienta našťvaná, že mám pocit, že se úplně vzdává odpovědnosti, odmítá jakkoli řešit svou situaci, nepřipravuje se na konec*

*užívání substitute, i když se předepisované dávky stále snižují – pocity typicky vyplývající z rozcházení se ve fázích změny.<sup>241</sup>*

*Znovu se explicitně objevilo klientovo váhání mezi abstinencí a užíváním drog, přijetím odpovědnosti a užíváním si.*

*Na další konzultaci se mi příčina mého vzteku objasnila.*

Asi v polovině další konzultace, kdy jsem se opět snažila klienta přimět k tomu, aby si nějak naplánoval příští měsíc, během kterého bude vysazovat Subutex<sup>®</sup> (v té době měl předepisováno 0,8mg Subutexu<sup>®</sup> na den), mi Kamil řekl, že už nechce „**dál lhát, protože to stejně nemá cenu**“, že již zhruba měsíc si Subutex<sup>®</sup> dokupuje na černém trhu a užívá intravenózně cca 4mg denně. Injekční aplikaci obnovil v době, kdy předepsané dávky Subutexu<sup>®</sup> klesly pod 1mg a on ze strachu, že mu dávka nebude stačit a on bude pociťovat abstinenci příznaky, aplikoval 1mg Subutexu<sup>®</sup> i.v. Postupně si dávky zvyšoval až na ony 4mg denně. Nyní prý pochopil, že to nemá cenu, a že pokud chce opravdu přestat s braním drog a léčit HCV, nemá smysl lhát.

*Uvědomila jsem si, že se mi po klientově přiznání ulevilo, protože jeho předchozí „laxnost“ se mi zdůvodnila.*

S klientem jsem se domluvila, že pokud má zájem začít SPS znovu od začátku, pak, bude-li s tím souhlasit jeho lékař a bude mu ochoten dál předepisovat Subutex<sup>®</sup>, může nastoupit do SPS ještě jednou. Kamil říká, že je rád, že se mu ulevilo.

*Klient odhalil pravý stav věci, přiznal svůj relaps, což vyvolalo úlevu u terapeutky i u klienta. Terapeutčinu úlevu přineslo objasnění její tenze pramenící z klientova odporu, klientovu pravděpodobně to, že nemusí lhát a nebyl terapeutkou odmítnut. Klientovo přiznání relapsu umožnilo oběma návrat do stádia kontemplace.*

*Při pohledu zpět můžeme odvodit, že klientovy absence časově odpovídají začátku relapsu, resp. recidivě (návrat k dřívějšímu způsobu chování byl dlouhodobější). Klient pravděpodobně začal pociťovat úzkost z toho, zda zvládne*

---

<sup>241</sup> Viz kap 3.3.6. této práce.

rychle se blížící změnu<sup>242</sup>, pro niž navíc nebyl zřejmě plně rozhodnut (viz předposlední sezení), k čemuž se přidaly obavy z abstinenčních příznaků, což vedlo k návratu k injekčnímu užívání Subutexu<sup>®</sup> a postupnému zvýšení dávek dokupovaných na černém trhu – jedná se tedy o zatím nejzávažnější klientovu recidivu během SPS, o návrat na začátek; kromě výšky dávek se klientovo chování téměř v ničem nelišilo od jeho chování před vstupem do terapie. Klient však z terapie nevypadl – ať již díky telefonické intervenci terapeutky u ošetřujícího lékaře, upevnění klientovy vlastní motivace, pevnému terapeutickému vztahu, v němž se klient odvážil o své recidivě hovořit či obav klienta ze ztráty některých životních změn (bydlení u rodičů a jejich důvěra apod.).

#### 5.2.4 Druhý pokus

V polovině května nastupuje Kamil podruhé do SPS. Domlouváme se, že opět začne chodit na MS, navíc bude pokračovat i v IP (formou garantských pohovorů). o své situaci pravdivě informoval svého lékaře a ten mu vyhověl v žádosti o druhý pokus substitučního programu. Domluvili se, že začnou na dávkách 4 mg Subutexu<sup>®</sup> denně, tak jak je klient v poslední době užíval. Klient udává, že od té doby, kdy se znovu rozhodl nastoupit SPS a lékař mu předepisuje tuto zvýšenou dávku, daří se mu dodržovat dávkování i užívat Subutex<sup>®</sup> sublingválně. Rodičům řekl pouze, že mu předepisované dávky Subutexu<sup>®</sup> nestačily, podrobněji s nimi o své situaci nemluvil, rodiče to akceptovali.

Ptám se Kamila, co by mělo být teď, při jeho druhém pokusu v SPS jinak. Říká: „**ted' už vím, do čeho jdu...**“ chce si vše lépe plánovat, nezačít s i.v. aplikací, mluvit pravdu. Diskutujeme o tom, zda by si měl najít práci – moc se mu do toho nechce, ale nakonec souhlasí s tím, že by to asi bylo dobré, že by mu práce dala režim, nové známé apod., a tak mu snad pomohla v abstinenci. Souhlasí s tím, že mí do měsíce ukáže pracovní smlouvu. Kvůli hledání práce a dalším nesrovnalostem v sociální oblasti doporučuji klientovi sociální poradenství u kolegyně. Kamil říká, že je rád, že může znovu nastoupit do programu, vyjadřuje velké odhodlání program dokončit a abstinovat.

---

<sup>242</sup> Viz Harris2005 či v kap. 3.3.2 této práce.



*Návrat na začátek SPS není ovšem úplný. Terapeutka již počítá s určitými procesy, kterými klient prošel. Snaží se sice zvyšovat klientovo uvědomění, aby mohl ze své recidivy čerpat co nejvíce zkušeností, čímž respektuje jeho stádium kontemplace, na druhé straně ale od klienta očekává větší angažovanost a rozhodnost pro změnu. Dokonce terapeutka dá klientovi ultimátum – do měsíce si má najít práci. Brzy tedy opět začne docházet k podobné diskrepanci jako v minulém pokusu o abstinenci prostřednictvím SPS.*

Na první MS klient říká: „**problém mi asi bude dělat docházka sem**“ a když se ptáme, co bude dělat, pokud se mu ani tentokrát nepodaří snížit dávky Subutexu na nulu a abstinovat, říká: „**nevím, asi budu znova brát Subáč nelegálně**“. Reflektujeme mu, že se chová dost nezodpovědně, vůbec nebere ohled např. na svůj zdravotní stav. Souhlasí s námi a dodává: „**někdy si připadám, jako by mi bylo sedmnáct**“.

*Naše reflexe klientova chování a nazírání celé situace včetně případné další recidivy se zdají být částečně vyčítající a jakoby rodičovské. Nedáváme klientovi dost času na ujasnění si toho, co opravdu chce, nemá prostor pro kontemplaci.*

O týden později už na MS říká, že docházka mu problém dělat nebude, opět velmi odhodlaně proklamuje motivaci k abstinenci. Udává, že zažil něco, co ho motivuje k léčbě, nechce o tom na MS mluvit, zdá se ale, že to byl dost traumatický zážitek, Kamil se celý třese – o den později o tomto zážitku hovořil s kolegyní během konzultace sociálního poradenství; pokusil se někomu na nádraží odcizit tašku, dotyčný ho dopadl a tvrdil, že je vrchní soudce a že ho nechá zavřít, Kamil se toho velmi obává. Na této MS se Kamil hodně zapojuje – vyjadřuje svůj názor na chování ostatních klientů, sdílí s nimi své zkušenosti: „**zrelapsoval sem, protože sem si šlehal**“ apod.

Říká, že opět potkal bývalou přítelkyni Moniku, potěšilo ho to. Ona prý hodně pije, bydlí na nějakém squatu, Kamil by si jí rád nastěhoval k sobě domů, nebo si spolu s ní našel bydlení. Šel by i do práce, má v plánu si práci hledat, zařizuje si sociální dávky, dochází na ÚP.

Hned o týden později ale říká, že by to s Monikou „**nemělo cenu**“ – nedokáže říci, z čeho pramení tak rychlá změna. Říká: „**už mě to doma nebaví**“, rád by zašel do hospody, ale u babičky na vsi ho tam nepustí „**jsem tam pro ně feták**“, tak si

dává občas marihuanu, do hospody chodí na zapřenou občas na pivo – za poslední týden měl 4 piva. Nepřišlo mu žádné předvolání na policii, v případě z minulého týdne prý není žádné trestní oznámení – moc ho to potěšilo. Stále se mu daří užívat předepsané 4mg Subutexu® sublingválně. o víkendu hodně pracoval u babičky, rodiče to kvitovali.

*Znovu se projevuje klientovo váhání. Silný emocionální prožitek ho motivuje ke změně, ve chvíli, kdy klientovy emoce poleví, tato vnější motivace ztrácí svou sílu a klient znovu užívá alkohol a THC.*

*Úvahy o založení rodiny s bývalou partnerkou se také vrací (viz konzultace, kde měla partnerka podezření na těhotenství). Klient hledá vnější motivy, které by podpořily jeho rozhodnutí pro změnu. z nějakého důvodu je pro něj obtížné najít motivy sám v sobě, abstinovat sám pro sebe.*

*Co se týče abstinence, je klient ve stádiu kontemplace, co se týče změny rizikového chování je již ve stádiu udržení – opět se mu daří déledoběji dodržovat předepsané dávky Subutexu® i sublingvální aplikací.*

*Zajímavé je klientovo vnímání možnosti vstupu do hospody v babiččině vesnici – je pro něj znamením znovupřijetí místními, znamením zrovnoprávnění, zřejmě sebou nese i sejmutí (alespoň částečné) nálepky „feťáka“.*

Následuje individuální konzultace, na kterou Kamil přichází s cca desetiminutovým zpožděním. Mluvíme o tom, co by měl tentokrát v SPS udělat jinak (viz dále), hodně probíráme možné způsoby detoxikace – Kamil opět zmiňuje své obavy z nepříjemných abstinenčních příznaků. Často zdůrazňuje, že práce s jeho snahou o abstinenci nesouvisí. Hodně se těší na Czech-Tech, rád by tam hrál – hovoříme spolu o možných rizicích jeho účasti na takové akci, vysoké riziko relapsu, Kamil vysokou rizikovost akce nahlíží, svou účast ještě promyslí. Kamil uvádí, že tentokrát by v rámci SPS měl, cituji:

- **dodržovat dávky** (myšleno předepsané dávky Subutexu®)
- **jíst to** (myšlena sublingvální aplikace Subutexu®)

- **náplň volného času**
- **zůstat doma – opora rodiny**
- **nestýkat se s lidma co berou**
- **na konec léčby detox**

*Klient dokáže pojmenovat hlavní důvody své recidívy a vyvodit z nich důsledky pro nový pokus o léčbu. Problémem stále zůstává, že klient není pro změnu k abstinenci plně rozhodnut – terapeutka i klient tento fakt ignorují a tak dochází k dalšímu točení v kruhu, dalším relapsům, jak uvidíme dále.*

Na MS na začátku června uvádí Kamil, že opět porušil sublingvální aplikaci Subutexu® – o víkendu bral cca 9mg i.v. „**chtěl jsem se cejtit zmaštěnej**“. Chutě na i.v. aplikaci měl již od minulé MS, kdy jsme o situacích i.v. aplikace hovořili v tématické části. Na IP o nich nechtěl mluvit, chtěl si je hýčkat, počkal si na chatu, kde měl ještě schované „**buchny**“. Nejdřív byl na pivu a pak si stav omámenosti chtěl prohloubit Subutexem®, tak si ho „**šlehnul**“.

Sám vidí ve svém chování opakování modelu chování z minulého SPS, hned od pondělka začal opět se sublingvální aplikací, vrátil se k předepsaným dávkám. Na další MS ovšem uvádí, že o víkendu si opět dal i.v. – „**potřeboval jsem makat u babičky na zahradě, jsem jinak po tom Subáci takovej utlumenej, unavenej**“.

Práci si nehledá a hledat nechce –je spokojený se svým současným životním stylem (většinu času tráví hraním her na počítači, spánkem, poflakováním s kamarády apod.), o víkendu pracuje u babičky na zahradě, peněz má dost ze sociálních dávek a případných drobných kšeftíků, za měsíc by měl nastoupit léčbu interferonem, očekává vedlejší příznaky, kvůli kterým by stejně musel být v pracovní neschopnosti<sup>243</sup> navíc má kvůli záznamu v trestním rejstříku problém práci sehnat.

*Další relaps – injekční aplikace Subutexu® navíc ve zvýšených dávkách – tentokrát plánovaný. Klient nahlíží důvody relapsu, nicméně toto jeho uvědomění nevede ke změně chování a relaps se opakuje. Dle mého názoru to opět vyplývá z míjení ve stádiu změny, klient kontempluje, není pro abstinenci rozhodnut.*

<sup>243</sup> Viz výše o negativních vedlejších účincích léčby, či na [www.cecko.cz](http://www.cecko.cz).

*Podobně je tomu s prací. Práce pro klienta znamená pouze zdroj peněz, nepřináší pro něj změnu sociálního statutu (narozdíl od vstupu do hospody), což může být znakem klientovy osobnostní nezralosti, ale i odporu k terapeutčině striktnímu vyžadování toho, aby si práci našel.<sup>244</sup>*

Na následující individuální konzultaci se znovu k tématu práce vracíme – opakuje, že pracovat nechce, protože peněz má dost a k abstinenci mu práce nepomůže – **„fetoval jsem i když jsem chodil do práce“** – argument, že kvůli drogám v práci absentoval a proto mu dali výpověď, nebere. Naši dohodu o tom, že si do měsíce sežene práci, by chtěl zrušit.

*S klientem jsem nakonec souhlasila, sama sebe jsem totiž dostala do patové situace – nechtěla jsem s klientem po tak dlouhé terapii ukončit spolupráci, nepodařilo se mi však dovést ho k zařazení do pracovního procesu. v té chvíli jsem si neuvědomovala, že se opět mýjíme.*

Dnes měl dle domluvy s kolegyní navštívit odborného lékaře kvůli již dávno plánované operaci oka, prý na to zapomněl, nicméně tvrdí, že se tam ještě týž den vydá. Zhruba za měsíc by měl nastoupit léčbu interferonem. Jedná se o studii, která počítá s tím, že její účastníci užívají Subutex<sup>®</sup>, takže Kamil nemusí Subutex<sup>®</sup> vysadit před začátkem léčby, což je pro něj nové. Na jednu stranu je rád, na druhou stranu vyjadřuje velké obavy, protože se doslechl, že v kombinaci se Subutexem<sup>®</sup>, mívá interferon velmi nepříjemné a rozsáhlé vedlejší účinky. Proto je i nadále odhodlán postupně Subutex<sup>®</sup> vysadit a abstinovat.

Příští týden má strávit sám u babičky, která bude pryč, a starat se o domácnost, zahradu a zvířata. Těší se, že bude mít dům sám pro sebe a zároveň vyjadřuje obavy – starost o zvířata a celý dům je velká zodpovědnost, navíc za domem má makové pole, obává se chutí na makovinu<sup>245</sup>, která bude na dosah. Probíráme, co by mohl udělat, aby pro něj byla celá situace jednodušší, snesitelnější, aby se vše zdařilo tak, jak chce. Kamil říká: **„nesmím tam dělat bordel... tahat si tam kámoše... radši nebudu ani nikomu říkat, že sem tam sám...“** a ohledně chutí

---

<sup>244</sup> Opět nejspíš odpor vycházející z rozdílného stádia změny, viz kap 3.3.6 této práce.

<sup>245</sup> Jedná se o odvar z nezralých makovic, který v sobě obsahuje opium, ale také spoustu mechanických příměsí. Některé osoby tento odvar užívají injekčně, což je velmi rizikové, především z hlediska zdravotního – riziko různých infekcí, trombózy či embólie, ale i špatná možnost odhadnout množství účinné látky hrozcí předávkováním.

na makovinu: „**hlavně musím konečně vyhodit všechny ty buchny, co tam mám**“ a tvrdí, že pokud tam nebude mít žádné toxí-kamarády, sám si makovinu vyrábět nebude. Podporuji ho ve všech jmenovaných předsevzetích a zdůrazňuji jejich důležitost, oceňuji, že na tyto věci přišel sám.

*V dílčích oblastech, jako je eliminace rizikové aplikace či návrat k jiným druhům opiátů (viz makovina), má klient jasno, k tomuto se již vrátit nechce. Spolupráce na přípravě plánu pro udržení takové změny je proto produktivní. Oceňuji ho za jeho náhled a ochotu spolupracovat.*

Ptám se klienta, co mu jeho účast v SPS dává, zda vidí nějaké změny ve svém životě za poslední půl rok, kdy dochází do CPMR a užívá Subutex<sup>®</sup> legálně. Po chvíli přemítání říká: „**no, šel sem sem vlastně jen kvůli esku<sup>246</sup>, a kvůli interferonu...**“ a teď? „**Už se na některý věci dívám jinak... začal jsem to cucat,**“<sup>247</sup> hlavní motivací stále zůstává léčba HCV interferonem, už ale uvažuje i o případné pobytové léčbě v závěru detoxifikace „**tak asi na měsíc po tom detoxu**“, dokonce připouští dlouhodobou pobytovou léčbu v případě, že se mu tentokrát nepodaří SPS dokončit: „**klidně pudu někam i na půl roku, když to bude potřeba**“. Ptám se, zda se nějak změnil jeho vztah s rodiči. „**Ted' je to výborný... jsou rádi, že mě maj doma... si mě chtěj užít, než umřu asi...**“, zřejmě by chtěli, aby pracoval, ale netlačí ho, neptají se, kde bere peníze, mají pouze stanovené pravidlo „**nevodit si domů kámoše a nedělat tam bordel**“ (po mém dotazu Kamil upřesňuje, že to znamená nekrást, nevařit pervitin apod.). Kamil doma pomáhá s chodem domácnosti – úklid, vaření, výpomoc u babičky; přispívá 1.500,-Kč měsíčně na domácnost, za to má bydlení a jídlo.

*Moje snaha o rekapitulaci, o pojmenování klientových motivů pro pokračování v SPS, byla pravděpodobně vedena mým pocitem zmatenosti – na jedné straně frustrace z toho, že klient nepostupuje v přípravě na abstinenci, na druhé straně silné momenty spolupráce, nahlížení apod. – viz výše o různých stádiích změny. Pojmenování je jedním ze způsobů zvýšení vědomí. Klient sám tak hledá a ujasňuje si, co a proč vlastně v procesu terapie dělá, pojmenovává některé změny a uvědomění, jichž v dosavadním procesu dosáhl.*

---

<sup>246</sup> Myšlen Subutex<sup>®</sup>.

<sup>247</sup> Myšlena sublingvální aplikace Subutexu<sup>®</sup>

Zajímavá je klientova zmínka o jeho vlastní smrti, kterou však terapeutka s klientem dále nerozvíjela.

Na následujících dvou MS Kamil velmi kvituje své hospodaření u babičky: „**moc mě potěšilo, že mi nic nechcíplo**“, navíc „**zvládl sem tam bejt sám... nemaj mě tam rádi, že sem feťák... ale vzali mě zas mezi sebe, moh' sem zas normálně do hospody**“. Polovinu týdne tam strávil s Monikou: „**je furt stejná... hrozně pohodlná... a hodně chlastá**“, proto s ní už nechce chodit.

Snížil dávky Subutexu<sup>®</sup> na 3mg denně, užívá jej sublingválně v jedné ranní dávce. Snížení dávek proběhlo bez problémů. Cca za dva týdny má klient spolu s lékařem naplánováno další snížení, na 2mg denně. Plánuje pobyt na detoxikační jednotce v závěru SPS, zvažuje i možnost ambulantní homeopatické detoxifikace.

Měl několikrát THC, několikrát byl „**na pivku**“. Dostal první sociální dávku 5.100, Kč, je rád, dal mámě víc peněz na domácnost, zbylo mu na léky. Má dluh 2.100,- na VZP, rozhodl se splatit to vše najednou z příští dávky – doporučujeme mu splácet dluh postupně, aby mu zbytečně nenarůstalo penále. Na poště má dopis s modrým pruhem, předpokládá, že je to předvolání k soudu, doporučujeme přinést dopis na konzultaci sociálního poradenství.

*Zdá se, že se klient posunul do stádia přípravy na akci. Sublingvální užívání Subutexu<sup>®</sup> a dodržování předepsaných dávek se zdá stabilizováno. Klient plánuje a promýšlí strategie zvládnutí vysazení substituce, podobu detoxu, učinil některé další dílčí změny – zařídil si stálý legální příjem (sociální dávky), zjistil svůj dluh na VZP a chystá se ho zaplatit. Oceňuje znovupřijetí místními v babiččině vesnici, sám sebe oceňuje za zvládnutí hospodaření. Zdá se, že nahlíží problematičnost vztahu s Monikou. Pokračuje stále v příležitostném užívání THC a alkoholu.*

Další týden na MS Kamil udává, že „**poslední dobou**“ užívá Subutex<sup>®</sup> cca 2x týdně intravenózně: „**už mě to nebavilo, nic sem necejtil**“. Tvrdí ale, že chce znovu začít se sublingvální aplikací, pamatuje si, že minule se stejným způsobem „**rozjel**“ a to nechce. Znovu se pravidelně stýká s Monikou, zhruba dvakrát týdně spolu chodí na pivo – po dotazu jedné z klientek na MS uznává: „**jo, rozjíždí mě to... mám pak chutě... ale nějak to neřeším**“. Bylo proti němu zahájeno trestní stíhání, je obviněn ze spolupachatelství trestného činu, měl kontaktovat právní

poradnu A.N.O., zatím to neudělal – prý mu opět ukradli telefon: „**je to moje chyba, pučil sem ho nějakému fetákovi, aby si zavolaal...**“

Podobná situace jako při minulém neúspěchu v SPS; opět je zde minimálně časová souvislost pravidelného styku s ex-přítelkyní a pravidelné i.v. aplikace Subutexu®. Kamil se s Monikou stýká přesto, že ještě před týdnem tvrdil, že „to nemá cenu“. Pravidelný styk s touto dívkou – je otázka, zda se jedná o bývalou či aktivní uživatelku pervitinu – s níž Kamil užíval pervitin, a která nadužívá alkohol, je velmi pravděpodobně jednou z příčin Kamilova relapsu.

Kamil je nejspíš stále ve stádiu kontempace, „neřeší“ zjevné příčiny svého relapsu, nepodniká ani nic v otázce své obžaloby. Tento přístup je možná způsoben zčásti jeho pravidelným užíváním THC, které vyvolává tzv. amotivační syndrom. Klient mění informace o svém životě z týdne na týden.

Během dalších dvou týdnů se situace změnila. Kamil se vrátil k sublingválnímu užívání, během dovolené rodičů si dokonce dávkoval Subutex® sám a dařilo se mu dodržovat dávky i předepsaný způsob aplikace (2mg v jedné denní dávce sublingválně). Opět hospodařil sám u babičky, celá rodina to velmi ocenila. Byl „**na pivku**“, neměl ani THC, ani jiné návykové látky, proklamuje, že chce být v pořádku pro nástup do interferonové léčby. Je objednaný do právní poradny A.N.O., byl na ÚP, zaplatil část dluhu na VZP (zbývají mu ještě cca 4.000,- Kč – rozpor oproti posledním informacím; zřejmě původně svůj dluh jen odhadl a podcenil). Potkal ex-přítelkyni Moniku, kterou nějakou dobu neviděl, „**bydlí teď u nějakýho vaříče**“, Kamil tvrdí, že ona určitě pervitin nebere, když ho však vybídne k zamyšlení nad tou situací, uznává, že je velmi nepravděpodobné, aby ex-uživatelka žila s výrobcem „své“ drogy a neužívala. Kamil nazírá, že si to nechtěl připustit, aby se s ní mohl občas stýkat. Potěšilo ho, že zvládá hospodaření u babičky – čeká ho tam ještě jeden týden. Koupil si nějaké věci na počítač, má z nich radost. Plánuje jít na oční kvůli plánované operaci – má pro ně zprávu od hepatologa o interferonu, potřebuje ještě zprávu od nich pro hepatologa. Je objednaný do právní poradny A.N.O., chce „**oběhat si práce pro sociálku**“. Oceňujeme velký pokrok, „věci se začaly hýbat“.



Znovu zdá se Kamil přecházet do stádia přípravy na akci. Tento posun zřejmě způsobila jeho návštěva hepatologa a blížící se možnost vstupu do interferonové léčby HCV – opět vnější motiv.

Po této skupině však Kamil několikrát za sebou absentoval. Po třítydenní absenci přichází na individuální konzultaci. Přichází včas, nechal si narůst vousky, je upravený, vypadá velmi spokojeně a udržovaně. Říká, že má teď „**hodně zařizování**“ – za měsíc (začátkem září) ho čeká soud, pozítří má domluvenou konzultaci v právní poradně A.N.O., musel si vyhledat a ofotit nějaké informace ze svého soudního spisu, zjistil, že dluží 5.800,-Kč za soudní výlohy (část tohoto dluhu ihned zaplatil), v nejbližší době ho čeká operace oka, má začít užívat interferon. u soudu čeká podmíněčný trest, pokud by dostal trest nepodmínečný: „**odseděl bych si to, co by mi zbejvalo**“.

Ptám se na tři po sobě jdoucí absence na MS – poprvé „**sem měl zimnici... sem si to šlehnul a asi mi to neudělalo dobře**“, podruhé měl nějaké komplikace s vyzvednutím Subutexu<sup>®</sup> v lékárně, potřetí byla dopravní zácpa, takže přišel pozdě... „**sem si říkal, že když sem tu byl tolikrát za sebou, že se to nepo..., ale posledně sem fakt chtěl přijít.**“

Momentálně má předepsány 2mg Subutexu<sup>®</sup>, daří se mu dodržovat dávky i sublingvální aplikaci, ovšem pouze pod podmínkou, že má lék u rodičů. Vzhledem k tomu, že ho čeká hodně dramatických událostí, rád by zůstal na této dávce co nejdéle – podporuji jeho úmysl v současné době dávky Subutexu<sup>®</sup> nesnižovat, vybízím ho, aby se domluvil s lékařem s tím, že jeho žádost podpořím, což Kamil kvituje – chtěl by 2mg užívat ještě alespoň dva měsíce: „**já bych to pak chtěl asi vysadit i sám dřív, už mě to nebaví...**“

Tento víkend jede navštívit kamaráda, který je ve výkonu trestu – užíval Subutex<sup>®</sup> a benzodiazepiny, v dopisech deklaruje svůj úmysl nevracet se k užívání, nabádá Kamila „**abych byl taky čistej, až ho pustěj, abysme spolu mohli hrát systémy**“. Ptám se Kamila, do kdy tedy chce vyabstinovat, neví; říká, že do léta, pak ale říká, že kamaráda pustí kolem vánoc a v té době by chtěl být čistý... Říkám Kamilovi, že se mi zdá, že už tady toho má občas plné zuby. Dávám mu za úkol si naplánovat průběh SPS, který by pro něj byl ideální, včetně toho, jak často by měl docházet na terapii, zda by mělo jít o skupiny či individuální konzultace.



Připomínám Kamilovi, že za měsíc odjíždím na delší dobu z Čech a jeho garantem se stane jiný terapeut, ráda bych se s ním tedy domluvila jak bude jeho léčba pokračovat dál. Souhlasí.

*Po předchozí domluvě s kolegy a vedením CPMR jsem se rozhodla nechat odpovědnost za léčbu plně na klientovi. Nechtěla jsem na něj tlačit při vysazování Subutexu® – zhodnotili jsme z Kamilova případu i případů jiných klientů, že určitý tlak na změnu a konfrontace jsou účinné na počátku programu - resp. někdy zhruba ve třetině, když už je upevněn terapeutický vztah - především při dovedení klienta k sublingválnímu užívání a k ustálení dávek (samozřejmě je otázkou, zda si klienti pod tlakem raději nezačnou vymýšlet, místo aby změnilí své chování – objektivní kontrolu nemáme, ale zdá se, že klienti své chování buď změní, nebo z programu vypadnou již během motivační skupiny). Při velmi nízkých dávkách Subutexu® však pravděpodobně stoupá klientova úzkost a obava z připravenosti na změnu. v této fázi klienti často vypadávali z programu, který se „nezadržitelně řítil“ k abstinenci. Rozhodli jsme se tedy tuto poslední fázi rozvolnit a nechat klientovi více volnosti a odpovědnosti.*

*Kamil vyjadřuje potřebu podpory ve formě užívání Subutexu® při nastávajících stresových událostech. Tato potřeba je pochopitelná, podporuji ji, oceňuji, že své potřeby vyjadřuje. Snažím se vystoupit z role rodiče požadujícího změnu, nechávám klientovi svobodu v plánování dalšího postupu léčby.*

*Klient opět hovoří o relapsu v injekčním užívání Subutexu®, který ale údajně zastavil. Déledobější absence v terapii vycházela zřejmě částečně z tohoto relapsu, částečně i z pocitu přeterapeutizování<sup>248</sup>, částečně se vrátila klientova ambivalence hodný kluk-zlobivý feťák (viz začátek terapie) a s ní potřeba si „zazlobit“, „když jsem tu byl tolikrát za sebou“.*

Na MS Kamil říká, že užívá předepsané 2mg S, poslední 4 týdny však opět i.v. cca 4x týdně (odporuje tomu, co říkal na IP), chce se vrátit k sublingvální aplikaci (je to již poněkolkáté stejný kolotoč). Za pár dnů nastupuje na interferon, má obavy, slyšel od známých, že prý je lidem zle v kombinaci interferonu se Subutexem®. Rád by ještě pár týdnů zůstal na 2mg, pokud se mu ale pak nepodaří vysnížovat,

---

<sup>248</sup> Viz Harris 2005 či v kap. 3.3.6 této práce.

uvažuje o pobytové léčbě. Říká, že občas váhá, zda chce abstinovat *To je velmi důležitá úvaha – myslím, že o tom vlastně Kamil uvažuje celou dobu. Přesně to vyjadřuje jeho stádium kontempace. Není si jistý, zda chce změnu životního stylu směrem k abstinenci učinit. Potvrzuje tak mou hypotézu o míjení terapeutky a klienta ve stádiích změny.*

*Důležitý je posun v tom, že klient připouští možnost pobytové léčby v případě neúspěchu léčby ambulantní.*

O týden později na individuální konzultaci přiznává Kamil další relaps. o víkendu se zase **„chtěl cejtít zmaštěnej“** a měl peníze, tak si dokoupil 24mg Subutexu<sup>®</sup>, užil ho intravenózně. Od pondělí opět užívá předepsané 2mg per os. Svůj relaps komentuje slovy: **„já to mám vždycky tak po měsíci“**. Nenapadá ho žádný způsob, jak chutě zastavit, moje návrhy odmítá. Tvrdí, že až vyabstinuje, bude mu **„líto začínat znova“** a tím chutě odvrátí.

*Klient je přesvědčen, že „pouhé“ provedení akce (zde vysazení substituce) bude znamenat změnu, resp. že tato změna sama o sobě bude dostatečným důvodem pro své udržení. Terapeutčina upozornění na možná rizika recidivy nebere v úvahu, odmítá je brát v potaz. To svědčí o tom, že klient nemá na situaci náhled, což může být způsobeno tím, že jde o jeho první pokus o abstinenci, ale i tím, že se možností recidivy odmítá zabývat, připravovat se na toto riziko. Je také možné, že v klientovi představa možného selhání, kterým by pro něj a jeho okolí recidiva byla, vzbuzuje příliš úzkosti a jeho vztah s terapeutkou není natolik pevný, aby s ní mohl tyto pocity sdílet. Stejně tak je možné, že terapeutka nenašla vhodný způsob, jak s klientem o riziku recidivy hovořit.*

Kamil začal užívat interferon, bylo mu špatně: **„asi z těch prášků, co se k tomu berou... ale není to tak hrozný, čekal sem to horší.“** Kvůli užívání interferonu dostal od lékaře **„tašku buchen, vodiček, konzelinů...“**, stejně jako mívá z kontaktního centra<sup>249</sup>, objevují se u něj díky tomu chutě na i.v. aplikaci atd. Dochází k tomu, že pro něj bude lepší uschovat si tyto věci u rodičů.

Opět deklaruje svůj úmysl nastoupit residenční léčbu, **„jestli se to zase nepovede.“** Jaké jsou pro něj znaky toho, že se to nevede? **„Když se začnu zas**

---

<sup>249</sup> Viz kap. 3.1.1.2 této práce.

**rozjždět až budu dostávat miň jak dvojky“** (myšleny 2mg Subutex<sup>®</sup>); mluví o tom, že si začne hledat práci, protože mu chybí peníze, nemůže si pořídit, co by chtěl.

Zhruba za měsíc by měl nastoupit do nemocnice na operaci oka, pozítří jde na kontrolu, kde se nejspíš dozví termín operace. Připomínám mu úkol z minulé konzultace – naplánovat si ideální podobu SPS.

*Kamil se zabývá svou aktuální situací, nenaplánoval si svůj ideální další průběh SPS. Prožívá obavy z toho, jaké budou vedlejší příznaky interferonové léčby, ukazuje se, že jeho očekávání byla nadsazená (mám hypotézu, že u obav z abstinčních příznaků při vysazení interferonu to může být podobné). Co ho překvapilo, jsou injekční stříkačky a další zdravotnický materiál (část léku je aplikována injekčně, pacienti dostávají lék a zdravotnický materiál na určité období s sebou domů). Sám přišel s tím, že v něm tato snadná dosažitelnost těchto potřeb vyvolává bažení po injekční aplikaci, po konzultaci s terapeutkou sám i vymyslel možné řešení – to je velký pokrok v rámci prevence relapsu.<sup>250</sup>*

*Pozitivní je i klientovo odhodlání k pobytové léčbě, nebo přinejmenším uvažování o ní, nepovede-li léčba ambulantní k abstinenci. Jsem ovšem přesvědčená, že klient ještě není úplně rozhodnut pro abstinenci, což by měl být první krok, hledání možných řešení až krok další. Je ale dobré, že již uvažuje o možném nezdaru a případných jiných řešeních. Může se stát, že klient vypadne z kontaktu (což se v této závěrečné fázi bohužel stává poměrně často), a pokud ví o dalších možnostech řešení své situace, je zde velká šance, že ze sítě drogových služeb nevypadne úplně.*

*Klient uvažuje o pobytové léčbě, pokud se „to zase nepovede“, terapeutka se snaží dovést klienta k vlastní definici „kdy se to nevede“, pojmenování varovných signálů začínající recidívy. Zvyšuje tak klientovu možnost sebekontroly.<sup>251</sup>*

Poté již se mnou klient byl pouze v telefonickém kontaktu. Omluvil se ze dvou MS i z náhradní individuální konzultace. Oznámil mi, že za týden (na začátku září) nastupuje do nemocnice na operaci oka, s hepatologem i lékaři v nemocnici je prý

---

<sup>250</sup> Viz kap. 3.3.5 této práce.

<sup>251</sup> Viz prevence relapsu, kap. 3.3.5 této práce.

domluvený na užívání Subutexu<sup>®</sup> i interferonu v nemocnici, kvůli této hospitalizaci se nemůže zúčastnit soudního zasedání, zastoupí ho ale advokátka z právní poradny A.N.O. Domluvili jsme si telefonicky ještě jednu konzultaci před jeho nástupem do nemocnice, na tu se však Kamil již bez omluvy nedostavil.

Dodatek – zpráva od hepatologa: Kamil se vrátil z nemocnice, dochází pravidelně na interferonovou léčbu do hepatologické poradny, dál užívá Subutex<sup>®</sup>. v CPMR se však již Kamil neobjevil, ani se neozval.

### 5.2.5 Shrnutí

Kamil byl v kontaktu s CPMR o.s. Prev-Centrum od konce listopadu 2004 do začátku září 2005, tzn. zhruba 9 měsíců. Během této doby absolvoval celkem 45 konzultací. Při jeho prvním pokusu o absolvování Substitučního programu Subutexem<sup>®</sup>, který trval zhruba pět a půl měsíce, šlo o 14 individuálních sezení (z toho 3 v rámci vstupního pohovoru) a 10 motivačních skupin. Během druhého pokusu, zhruba tři a půl měsíce, absolvoval Kamil 6 individuálních garančních pohovorů, 4 konzultace sociálního poradenství a 11 motivačních skupin. Jeho rodiče navštívili třikrát naše zařízení v rámci skupiny pro rodiče a blízké klientů.<sup>252</sup> Všechny individuální konzultace (včetně garantských) vedla jedna terapeutka, motivační skupiny byly většinou vedeny terapeutickým párem (tato terapeutka a její kolega), rodičovské skupiny vedla jiná terapeutka z týmu, stejně tak konzultace sociálního poradenství. Tato práce vychází ze zápisů z motivačních skupin a individuálních konzultací, nezabývá se obsahem konzultací v rámci sociálního poradenství, ani skupin pro rodiče a blízké.

Prvním úspěchem v SPS byla klientova změna rizikového chování – začal dodržovat předepsané dávky substituce, začal Subutex<sup>®</sup> užívat sublingválně. Je zjevné, že se podařilo navázat spolupráci s klientovou rodinou. Klientovy vztahy s rodiči se zlepšily, klient se již během prvního pokusu o léčbu vrátil k bydlení u rodičů. Velkým úspěchem je to, že klient se přiznal ke své recidivě a dokázal se

---

<sup>252</sup> Zavedena od dubna 2005 – viz Dopis pro rodiče v Přílohy a kap. 3.2.4.

s terapeutkou domluvit na dalším postupu, jímž byl nový pokus o léčbu v rámci SPS. Pokrok lze sledovat v klientově uvažování o abstinenci a motivovanosti k ní – došlo k posunu a zvýšení klientova náhledu na situaci, klient připouští možnost pobytové léčby, má jasnější představu o svých cílech v léčbě.

Klient úspěšně nastoupil léčbu HCV, podrobil se dlouho odkládané nutné operaci oka. Registroval se znovu na úřadu práce, kam pravidelně docházel, získal stálý legální příjem. Ve spolupráci s právní poradnou A.N.O. aktivně řešil svou právní situaci. Splatil většinu svých dluhů.

Změny dosažené v oblasti rizikového užívání, injekční aplikace a užívání jiných, pouličních, návykových látek, nebyly stabilní, došlo k několika relapsům injekčního užívání Subutexu<sup>®</sup>, několika relapsům užití pervitinu a k jedné rozsáhlé recidivě injekčního užívání Subutexu<sup>®</sup> z černého trhu se stoupající tendencí dávkování. Klient po celou dobu léčby opakovaně užíval alkohol a THC. Zdá se, že klient nahlíží rizikovost tohoto chování (vzhledem k možné recidivě i vzhledem ke svému zdravotnímu stavu), není však zatím motivován k jeho změně.

Především se klienta nepodařilo udržet v kontaktu a on z léčby vypadnul (drop out). Klienta se také nepodařilo motivovat pro návrat do pracovního procesu.

### **5.3 Závěry analýzy**

Účelem výše provedené analýzy bylo identifikovat podstatné okamžiky terapeuticko-poradenského procesu v rámci Substitučního programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-Centrum a na jejich základě se pokusit navrhnout změny v tomto programu, zároveň se z nich poučit pro další terapeuticko-poradenskou praxi. Ani jeden z uvedených klientů nedošel zdárně k cíli substitučního programu, abstinenci. Následující odstavce se snaží pojmenovat možné oblasti vývoje programu.

Zdá se, že největší potíže v Substitučním programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-Centrum způsobuje jeho časové nastavení a předpoklad připravenosti klientů ke změně. Substituční program Subutexem<sup>®</sup> v Centru poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum je profilován jako krátkodobá ambulantní substituční léčba, či ještě spíše déledobá detoxifikace prostřednictvím Subutexu<sup>®</sup>. Toto

zaměření programu automaticky předpokládá, že klienti přicházejí silně motivováni pro abstinenci, jinými slovy tento program je nastaven na klienty ve stádiu přípravy na akci, či těsně před ním. Motivační skupina může pomoci klientům ve stádiu kontempace rozhodnout se, zda chtějí pokračovat dál směrem k abstinenci, v individuální fázi programu již na to „není čas“ – dávky substituce se snižují a klient se musí připravit na vysazení Subutexu®.

Další otázkou je možnost terapeuta-poradce poskytnout klientovi dostatečně bezpečný prostor. Bryant-Jefferies zdůrazňuje podmínku nezávislosti konzultanta v substitučním programu a psychoterapeuta, aby klient mohl v terapii cítit naprosté bezpečí vyjádřit i okolnosti, které nejsou ve shodě s pravidly substitučního programu.<sup>253</sup> v Substitučním programu Subutexem® v CPMR je tato podmínka splněna pouze částečně. Terapeuti-poradci nerozhodují o tom, zda klientovi bude nadále předepisována substituční látka, to je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Terapeuti jsou zde pro klienty a nabízejí jim prostor pro řešení jejich potíží s užíváním substituční látky, relapsů na jiných návykových látkách, nedodržování předepsaného způsobu užívání apod., zároveň je na individuálních konzultacích prostor pro širokou škálu klientových problémů, starostí i radostí. Na druhou stranu však jsou předem dána pravidla, mezi které patří i pravidelná docházka do CPMR a terapeuti dávají lékaři doporučení k ukončení preskripce substituční látky, pokud klient pravidla neustále porušuje, např. přestane do CPMR docházet. Jejich role tedy není a nemůže být klienty vnímána nezávisle na programu. Na obou stranách je zde předpoklad, že konzultace mají směřovat k naplnění cílů SPS, jimiž jsou především stabilizace klientových životních podmínek a životního stylu natolik, aby se zdařila klientova detoxifikace a on začal abstinovat.

Třetí problematickou oblastí je otázka testů na přítomnost Subutexu® případně jiných návykových látek v moči či dechu klientů. Mercer a kol.<sup>254</sup> toto testování výrazně doporučují a ostatní pražská zařízení provozující substituci Subutexem® namátkové testování provádí.<sup>255</sup> Zpětná vazba může být pozitivní – ocenění klienta za dodržování stanovených pravidel, neužívání nepředepsaných

---

<sup>253</sup> Bryant-Jefferies 2003, viz kap. 3.3.4 této práce.

<sup>254</sup> Mercer, Woody, Luborsky 2005, zde kap. 3.3.4.

<sup>255</sup> Viz kap. 3.2.4 této práce.

návykových látek; nebo negativní – vyloučení klienta z programu za nedodržování jeho podmínek, užívání nepředepsaných návykových látek; v každém případě však má podobu odměny či trestu. CMPR o.s. Prev-Centrum není zdravotnickým zařízením, což je jeden z důvodů, proč tyto testy neprovádí; testování je plně v kompetenci ošetřujících lékařů. Dalším důvodem pro neprovádění testů na přítomnost návykových látek je snaha o větší důraz na klientovu vlastní odpovědnost za změnu chování. Otázkou samozřejmě zůstává, který přístup je efektivnější.

Analýza terapeuticko-poradenského procesu ve výše uvedených konkrétních případech přinesla tři základní okruhy, v nichž lze v budoucnu uvažovat o změnách programu a intervencí. Jde jednak o případné testování klientů na přítomnost návykových látek v těle, potom o nezávislost terapeuta na procesu preskripce substituční látky a především o sladění programu, resp. terapeuta se stádiem změny, v němž se klient nachází.

## 6 Závěr

Diplomová práce Analýza poradensko-terapeutického procesu v rámci Substitučního programu Subutexem® o.s. Prev-Centrum podala čtenáři přehled o teoretických východiscích citovaného programu a v praktické části dospěla prostřednictvím analýzy konkrétních případových studií k několika zásadním otázkám možného dalšího vývoje programu.

V první části byla na základě české i zahraniční literatury zasazena problematika užívání návykových látek do celospolečenského kontextu. Čtenář se dozvěděl, jaké jsou hlavní strategie protidrogové politiky obecně i konkrétně v České republice, ale i jak vypadá situace v oblasti užívání návykových látek v České republice i celkově v Evropě. Pozornost byla věnována bio-psycho-sociálnímu modelu, v současnosti nejrozšířenějšímu teoretickému modelu vzniku závislostí, i diagnostickým kritériím závislostí na návykových látkách. Byl popsán princip fungování drog, konkrétně opiátů, v nervovém systému, stručný exkurs do historie byl také zaměřen zvláště na opiáty, což je dáno zaměřením celé práce na substituční léčbu závislostí na opiátech. Zdůrazněny byly důsledky, které dlouhodobé užívání drog přináší.

Druhá část práce se věnovala léčbě závislostí. Velká pozornost byla věnována možnostem substituční léčby závislosti na opiátech, její historii a konkrétní situaci v České republice, se zvláštním zřetelem na používání Subutexu®. Čtenář měl možnost seznámit se se systémem péče o uživatele návykových látek, podrobně pak s nabídkou služeb v oblasti substituce Subutexem® v Praze. Kromě možností farmakoterapie se tato kapitola věnovala psychosociální komponentě léčby drogových závislostí, psychoterapii a poradenství, bez nichž farmakoterapie ztrácí z velké části na efektivitě. Po definování rozdílů a shod mezi psychoterapií a poradenstvím a následným konstatováním, že v současné péči o uživatele návykových látek oba tyto obory do značné míry splývají a mísí se, byla značná pozornost věnována dvěma konkrétním terapeutickým modelům užitečným v práci se závislými – teorii změny a konceptu prevence relapsu. Zmíněna byla výlučná role terapeutického vztahu v procesu terapie, včetně jeho vývoje. Na závěr kapitoly byl čtenář upozorněn na obvyklé chyby v terapii závislostí.



Závěrečná část této diplomové práce přinesla tři základní okruhy možných problémů a změn v terapeutických intervencích i samotném substitučním programu o.s. Prev-Centrum. Rozbor vlastní práce s klienty vedl autorku k poznání hlavních problematických oblastí. Nejdůležitějším a nejvýraznějším bylo vzájemné míjení terapeutky a jejího klienta v Kamilově kasuistice, které vedlo k zamyšlení nad stádií změny, jež substituční program o.s. Prev-Centrum od svých klientů očekává a konstatování, že tento program je nastaven na klienty ve stádiu přípravy na akci či těsně před ním. Klienti, kteří nemohou nebo nechtějí do tohoto stádia pokročit a setrvávají v chronické kontemplaci, nemohou být v tomto programu úspěšní. Druhou problematickou oblastí je velké propojení terapeuta s lékařem rozhodujícím o další preskripci substituční látky. Terapeut, který má klienta přijímat a vytvořit pro něj bezpečné prostředí, se tak stává součástí rozhodovacího procesu o klientově setrvání v programu, což může klientův pocit bezpečí, a s ním pak celou terapeutickou alianci, naopak vážně narušit. Poslední otázkou je případné testování klientů na přítomnost návykových látek v těle, kterou někteří odborníci doporučují.

Ve své diplomové práci jsem se snažila zhodnotit své teoretické i praktické zkušenosti a dovednosti z oblasti práce s uživateli návykových látek. Vycházela jsem z české i cizojazyčné literatury i z informací z internetu, abych čtenáři podala co nejucelenější představu o teoretické základně, kterou poradce-terapeut při práci s klienty v substitučním programu potřebuje. Analyzovala jsem také vlastní práci se dvěma klienty Substitučního programu Subutexem<sup>®</sup> o.s. Prev-Centrum, kde pracuji. Tato analýza mne osobně velmi obohatila pro mou další terapeuticko-poradenskou praxi a doufám, že přinese i podněty k dalšímu rozvoji našeho substitučního programu, abychom mohli „vycházet vstříc skutečným, nikoli domnělým potřebám klienta“<sup>256</sup> a dosáhl tak co největší efektivity programu a terapeutických intervencí.

---

<sup>256</sup> M. Miovský, viz motto této práce.

## 7 Seznam literatury

1. ATKINSON, R.L. et kol. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003.
2. BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
3. BRYANT-JEFFERIES, R. *Counselling a Recovering Drug User*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2003.
4. CADAS, o.s. *Sananim*. [cit. 2005-09-04]. Dostupné na WWW: <http://www.sananim.cz/fcilities.php?id=12>.
5. *Centrum metadonové substituce Drop In*. [cit. 2005-11-05]. Dostupné na WWW: <http://www.dropin.cz/metadonovasubstituce.shtml>.
6. *Co dělají drogy v mozku*. [cit. 2005-10-04]. Dostupné na WWW: <http://www.drogovaporadna.cz/>
7. DRAPELA, J. V., HRABAL, VI. a kol.: *Vybrané poradenské směry: Teorie a strategie*. Praha: UK, 1995.
8. *O drogách: Buprenorfin – Subutex*. [cit. 2005-06-06]. Dostupné na WWW: <http://www.drogovaporadna.cz/>.
9. DRYDEN, W., SPURLING, L. *On Becoming a Psychotherapist*. London: Routledge, 1989.
10. ELKADER, A., SPROULE, B. *Buprenorphine: Clinical Pharmacokinetics in the Treatment of Opioid Dependence*. In Clin Pharmacokinet 2005; 44 (7), s. 661-680.
11. FIŠEROVÁ, M. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. [cit. 2005-09-06]. Dostupné na WWW: [http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm).
12. FIŠEROVÁ, M. *Neurobiologie drogových závislostí*. [cit. 2005-09-04]. Dostupné na WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/index.html>.
13. GALANTER, M., KLEBER, H. D. *Textbook of Substance Abuse Treatment (Third Edition)*. The American Psychiatric Publishing 2004.

14. GIBSON, A.E., DORAN, C.M., BELL, J.R., RYAN, A., LINTZERIS, N. A *comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care setting: a randomised trial*. Medical Journal of Australia, 2003, roč. 17, č. 9, s. 38-42.
15. HAMPL, K. *Substituční léčba závislosti na pervitinu*. In Československá psychiatrie, 2004, roč. 100, č. 5, s. 274-278.
16. HARRIS, P. *Drug Induced: Addiction and treatment in perspective*. Dorset: Russel House Publishing, 2005.
17. *Hepatitída C*. [cit. 2005-10-08]. Dostupné na WWW: [http://www.cecko.cz/index\\_first.php](http://www.cecko.cz/index_first.php).
18. CHADDERTON, A. *Clinical issues in using buprenorphine in the treatment of opiate dependence*. Drug and Alcohol review, 2000, roč. 19, č. 3, s. 329-335 (7).
19. JAFFE, J. H., JAFFE, A. B. *Neurobiology of Opioids*. In Galanter, M., Kleber, H. D.: *Textbook of Substance Abuse Treatment (Third Edition)*. The American Psychiatric Publishing, 2004, s. 17 – 30.
20. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády české republiky 2003a.
21. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády české republiky 2003b.
22. KALINA, K. *Systém léčby drogově závislých*. [cit. 2005-09-08]. Dostupné na WWW: <http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>.
23. KOOYMANN, M. *Terapeutické komunity pro závislé*. 1993. Nepublikovaný překlad.
24. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997.
25. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997.
26. KUDRLE, S. *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. 2000. [cit. 2005-11-04]. Dostupné na WWW: <http://dis.sananim.cz//>.
27. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998.

28. LEVINTHAL, Ch. F. *Drugs, Behavior and Modern Society (Fourth Edition)*. Boston: Pearson Education, 2005.
29. LEWIS, J. W., WALTER, D. *Buprenorphine-Background to Its Development as a Treatment for Opiate Dependence*. In *Buprenorphine: An Alternative Treatment for Opioid Dependence*. Research Monograph Series, National Institute on Drug Abuse, 1992, s. 5-11.
30. MARLATT, G.A. *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. New York: The Guilford Press, 1998.
31. MARLATT, G.A., GORDON, J.R. *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press, 1985.
32. MERCER, D., WOODY, G. E., LUBORSKY, L. *Individual Psychotherapy*. In Galanter, M., Kleber, H. D.: *Textbook of Substance Abuse Treatment (Third Edition)*. The American Psychiatric Publishing, 2004, s. 377-389.
33. *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1992.
34. MILLER, W., ROLLNICK, S. *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003.
35. MRAVČÍK, V. *Výroční zpráva 2005: Stav drogové problematiky v Evropě*. Praha: Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2005.
36. MRAVČÍK, V., KORČIŠOVÁ, B., LEJČKOVÁ, P., MIOVSKÁ, L., ŠKRDLANTOVÁ, E., PETROŠ, O., SKLENÁŘ, V., VOPRAVIL, J. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005.
37. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Úřad české vlády, 2005. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/article/articleview/1781/1/123/>.
38. NELSON-JONES, R. *Practical Counseling and Helping Skills*. London: Cassell, 1998.

39. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách 1*. Praha: KLP, 1997.
40. O'BRIEN, CH. P., KAMPMAN, K. M. *Opioids, Antagonists and Partial Agonists*. In Galanter, M., Kleber, H. D. *Textbook of Substance Abuse Treatment* (Third Edition). The American Psychiatric Publishing, 2004, s. 305-319.
41. Pagliaro, A. M., Pagliaro, L. A. *Substance Use Among Women*. Lillington, NC: Edwards Brothers, 1999.
42. PETROŠ, O., MRAVČÍK, V., KORČIŠOVÁ, B. *Spotřeba drog problémovými uživateli*. In *Adiktologie*, 2005, č. 1, s. 48-59.
43. PRESTON, A. *Drogy na předpis II. – Vše o metadonu*. Olomouc: Votobia, 1999.
44. *Prev-Centrum o.s.* Dostupné na WWW: <http://www.prevcentrum.cz>.
45. PROCHASKA, J. O., NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing, 1999.
46. *Psychická onemocnění a drogy*. [cit. 2005-09-04] Dostupné na WWW: <http://www.drogovaporadna.cz/doctop>.
47. ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999.
48. SCHOTTENFELD, R. S. *Opioids, Maintenance Treatment*. In Galanter, M., Kleber, H. D. *Textbook of Substance Abuse Treatment* (Third Edition). The American Psychiatric Publishing, 2004, s. 291-304.
49. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Olomouc: Maxdorf, 2002.
50. *Substituční program Subutexem o.s. Prev-Centrum*. [cit. 2005-08-10]. Dostupné na WWW: <http://www.prevcentrum.cz/browseresult.php?href=nas#sps>.
51. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 1999.
52. TANTAM, D. *Psychoterapy and Counseling in Practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

53. *Toxi-ambulance nemocnice Apolinář*. [cit. 2005-09-15]. Dostupné na WWW: <http://www.muiweb.cz/zdravi/apolinar/toxi.htm>.
54. TYTER, P. and kol. *Drug Treatment in Psychiatry*. Reed Educational and Professional Publishing Ltd 1997.
55. *Velký lékařský slovník*. Olomouc: Maxdorf. [cit. 2005-09-17]. Dostupné na WWW: <http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls>
56. WOODS, J. H., a kol. *Behavioral Pharmacology of Buprenorphine: Issues Relevant to Its Potential in Treating Drug Abuse*. In *Buprenorphine: An Alternative Treatment for Opioid Dependence*. Research Monograph Series, National Institute on Drug Abuse, 1992, s. 12-27.
57. YALOM, I. D. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace, 1999.
58. ZÁBRANSKÝ, T., VOREL, F., BALÍKOVÁ, M., ŠEJVL, J. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami v ČR – stručný souhrn a manuál pro monitorování*. Praha: Úřad vlády ČR, 2004.
59. *Zaostřeno na drogy*. 2005, č. 5. Praha: Úřad vlády ČR, 2005.

## 8 Přílohy

1	Seznam příloh	1
2	Seznam příloh	1
3	Seznam příloh	1
4	Seznam příloh	1
5	Seznam příloh	1
6	Seznam příloh	1
7	Seznam příloh	1
8	Seznam příloh	1
9	Seznam příloh	1
10	Seznam příloh	1
11	Seznam příloh	1
12	Seznam příloh	1
13	Seznam příloh	1
14	Seznam příloh	1
15	Seznam příloh	1
16	Seznam příloh	1
17	Seznam příloh	1
18	Seznam příloh	1
19	Seznam příloh	1
20	Seznam příloh	1
21	Seznam příloh	1
22	Seznam příloh	1
23	Seznam příloh	1
24	Seznam příloh	1
25	Seznam příloh	1
26	Seznam příloh	1
27	Seznam příloh	1
28	Seznam příloh	1
29	Seznam příloh	1
30	Seznam příloh	1
31	Seznam příloh	1
32	Seznam příloh	1
33	Seznam příloh	1
34	Seznam příloh	1
35	Seznam příloh	1
36	Seznam příloh	1
37	Seznam příloh	1
38	Seznam příloh	1
39	Seznam příloh	1
40	Seznam příloh	1
41	Seznam příloh	1
42	Seznam příloh	1
43	Seznam příloh	1
44	Seznam příloh	1
45	Seznam příloh	1
46	Seznam příloh	1
47	Seznam příloh	1
48	Seznam příloh	1
49	Seznam příloh	1
50	Seznam příloh	1
51	Seznam příloh	1
52	Seznam příloh	1
53	Seznam příloh	1
54	Seznam příloh	1
55	Seznam příloh	1
56	Seznam příloh	1
57	Seznam příloh	1
58	Seznam příloh	1
59	Seznam příloh	1
60	Seznam příloh	1
61	Seznam příloh	1
62	Seznam příloh	1
63	Seznam příloh	1
64	Seznam příloh	1
65	Seznam příloh	1
66	Seznam příloh	1
67	Seznam příloh	1
68	Seznam příloh	1
69	Seznam příloh	1
70	Seznam příloh	1
71	Seznam příloh	1
72	Seznam příloh	1
73	Seznam příloh	1
74	Seznam příloh	1
75	Seznam příloh	1
76	Seznam příloh	1
77	Seznam příloh	1
78	Seznam příloh	1
79	Seznam příloh	1
80	Seznam příloh	1
81	Seznam příloh	1
82	Seznam příloh	1
83	Seznam příloh	1
84	Seznam příloh	1
85	Seznam příloh	1
86	Seznam příloh	1
87	Seznam příloh	1
88	Seznam příloh	1
89	Seznam příloh	1
90	Seznam příloh	1
91	Seznam příloh	1
92	Seznam příloh	1
93	Seznam příloh	1
94	Seznam příloh	1
95	Seznam příloh	1
96	Seznam příloh	1
97	Seznam příloh	1
98	Seznam příloh	1
99	Seznam příloh	1
100	Seznam příloh	1

1	Slovníček použitých zkratk a slangových výrazů .....	2
2	Občanské sdružení Prev-Centrum .....	4
3	Koncepce SPS .....	11
4	Motivační skupina .....	18
5	Informační list pro klienta SPS .....	22
6	Kontrakt SPS .....	23
7	Dopis pro rodiče a blízké klienta v SPS .....	24
8	Homeopatická podpora detoxifikace v SPS - informační list pro klienta .....	25

CPP – Česká přírodní polytechnická univerzita, Prev-Centrum Praha  
 Detox – detoxifikační jednotka, detoxikace  
 Hnutí – hnutí  
 Chvilá – skupina lidí sdílejících zájmy  
 I v – individuální posouzení  
 Interakce – vzájemná působení a vlivy mezi jednotlivými složkami systému  
 IP – individuální posouzení  
 Křepky, barvy – barvy, křepky  
 MS – multi-sensory  
 Někdy – někdy  
 Ověřte – ověřte  
 Párty, pořádky – pořádky  
 Sada – sada  
 Společně – společně  
 Sada, sada – sada



# 1 Slovníček použitých zkratk a slangových výrazů

A.N.O. – Asociace neziskových organizací

Absták – abstinenční syndrom

Buchny – injekční stříkačky s jehlami

CKA – Centrum komunitních aktivit o.s. Prev-Centrum Praha

CMS – Centrum metadonové substituce

CNS –centrální nervová soustava

CPMR – Centrum poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum Praha

CPP – Centrum primární prevence o.s. Prev-Centrum Praha

Detox – detoxifikační jednotka, detoxifikace

Herák - heroin

Chutě – nutkání užít návykovou látku

I.v. – intravenózní, nitrožilní

Interferon – látka používaná k léčbě virových hepatitid B a C; mívá značné vedlejší příznaky; více viz na [www.cecko.cz](http://www.cecko.cz)

IP – individuální poradenství

Klepky, benzáky - benzodiazepiny

MS – motivační skupina

Nafrčený – intoxikovaný, většinou povzbudivými látkami

Per os, perorální –ústy, užívaný ústy

Perník, peří - pervitin

Relaps – z anglického „laps“, uklouznutí, jednorázový návrat k návykovému chování.

Sniff – šňupání, způsob užívání látek typický např. pro kokain či pervitin

Spouštěč, spouštět – podnět vyvolávající bažení, craving

Subáč, Esko - Subutex<sup>®</sup>

Sublingvální – pod jazyk, způsob užívání látek

Šlehnout si, šlehat si – užívat injekčně

ÚP – Úřad práce

Zmstit, zmaštěný – intoxikovaný, většinou tlumivými látkami

## **2 Občanské sdružení Prev-Centrum**

### **2.1 Historie sdružení**

Občanské sdružení Prev-Centrum vzniklo v Praze v roce 1997 a jedním z prvních jeho cílů byla realizace dlouhodobého programu specifické primární prevence drogových závislostí a jiných sociálně patologických jevů na základních školách. V roce 1999 začalo sdružení na základě poptávky poskytovat ambulanti poradenské služby v rámci informačního a poradenského servisu v návaznosti na výše zmiňované programy. Během roku 2000 došlo k nárůstu poptávky o obě služby, bylo tedy nutné rozdělit oba programy a poskytované služby na dvě samostatná centra – tak vzniklo Centrum primární prevence a Centrum poradenství pro mládež a rodiny. Od 31.12.2001 sídlí o.s. Prev-Centrum společně s Fokusem Praha v prostorách v Meziškolské ulici v Praze 6. Kromě stávající nabídky obou organizací je společný projekt zaměřen na prevenci v komunitě a komunitní práci. V rámci o.s. Prev-Centrum vzniklo Centrum komunitních aktivit, jehož hlavní náplní je právě prevence v komunitě. V současné době tvoří občanské sdružení Prev-Centrum tři samostatné programy – Centrum poradenství pro mládež a rodiny, Centrum primární prevence a Centrum komunitních aktivit. Všechna centra občanského sdružení Prev-Centrum spolu úzce spolupracují, čímž vytváří širokou nabídku služeb v oblasti prevence sociálně patologických jevů v Praze a okolí.

## **Centrum primární prevence**

Centrum primární prevence (CPP) zajišťuje komplexní program primární prevence drogových závislostí a sociálně patologických jevů.

### **2.1.1 Aktivity CPP**

- Programy primární prevence:
  - Všeobecná primární prevence – dlouhodobá primární prevence sociálně patologických jevů probíhající přímo ve školních třídách druhého stupně ZŠ
  - Selektivní primární prevence – práce s indikovanými třídami v prostorách CPP
  - Indikovaná primární prevence – klub pro děti, které mají výchovné potíže nebo je jejich postavení ve třídě nějak problematické
  - Odborné konzultace pro děti, rodiče a pedagogy
- Vzdělávací a jiné aktivity:
  - Vzdělávací kurz pro lektory primární prevence
  - Vzdělávací semináře pro rodiče a pedagogy
  - Vzdělávací semináře pro odbornou i laickou veřejnost
  - Vydávání informačních a kontaktních materiálů
  - Výzkumné projekty
  - Provoz internetových stránek na [www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz)

### **2.2 Centrum komunitních aktivit**

Centrum komunitních aktivit (CKA) je nejnovější program o.s. Prev-Centrum. Jeho záměrem je podpora a rozvoj sounáležitosti občanů Prahy 6 s prostředím, v němž žijí, studují, nebo pracují. Programy vychází z principů

občanské společnosti. Nespecifická prevence v komunitě je založena komunitní práci a zahrnuje všechny aktivity podporující zdravý způsob života.

### **2.2.1 Aktivity CKA**

Činnost programu je zaměřena na vytváření specifických aktivit dle aktuálních i dlouhodobých potřeb místní komunity.

- Nízkoprahový klub pro děti a mládež
- Provoz webových stránek [www.kmen.info](http://www.kmen.info)
- Informační servis
- Jednorázové akce

### **2.3 Centrum poradenství pro mládež a rodiny**

Centrum poradenství pro mládež a rodiny (CPMR) je odborné nezdravotnické ambulantní zařízení poskytující poradenské, terapeutické a sociální služby pro mladistvé experimentátory, uživatele návykových látek a rodiny těchto uživatelů, tj. osobám ohroženým důsledky užívání nealkoholových drog či nacházejících se v dalších rizikových a sociálně nepříznivých situacích.

Na základě poptávky veřejnosti a škol zapojených do programu primární prevence užívání návykových látek v roce 1999 začalo občanské sdružení Prev-Centrum poskytovat ambulantní služby v rámci informačního a poradenského servisu v návaznosti na programy primární prevence. V roce 2001 došlo ke vzniku samostatného Centra poradenství pro mládež a rodiny s vlastním personálním a organizačním zabezpečením. Hlavní část poskytovaných služeb tvořila práce s rodinami v kontextu drogové problematiky, další část služeb byla poskytována příležitostným a problémovým uživatelům a klientům s drogovou zkušeností. V průběhu roku 2003 Centrum poradenství pro mládež a rodiny učinilo další koncepční změnu na základě poptávky v síti drogových služeb, kdy začalo poskytovat služby motivačního kontaktu a ambulantní léčby účastníkům substitučního programu ve zdravotnickém zařízení. V případě práce s rodinami začalo Centrum poradenství pro mládež a rodiny poskytovat služby rodinného

poradenství a rodinné terapie rodinám nacházejícím se v dalších rizikových a sociálně nepříznivých situacích.

### 2.3.1 Cílová skupina CPMR

Centrum poradenství pro mládež a rodiny se orientuje na motivované (pasivně, aktivně) uživatele drog a jejich blízké osoby. Cílová skupina se liší s ohledem na typ a rámec poskytovaných služeb.

- Děti a mladiství experimentující s nealkoholovými drogami
  - děti a mladiství, kteří příležitostně užívají nealkoholové drogy, převážně kanabinoidy, případně extázi a jiné návykové látky
- Problémoví uživatelé návykových látek
  - klienti ve věku kolem 20ti let a více nacházející se v různých fázích závislosti nebo abstinence.
- Neuživatelé
  - rodiče, partneři a další příbuzní a jinak blízké osoby uživatelů drog
  - klienti - neuživatelé drog (záškoláctví, krádeže, útěky z domova apod.)

### 2.3.2 Aktivity CPMR

Služby Centra poradenství pro mládež a rodiny jsou zaměřeny na:

- Ambulantní poradenské, terapeutické a sociální služby:
  - služby prvního kontaktu
  - jednorázové poradenské služby
  - předléčebný a motivační kontakt
  - ambulantní léčba v kombinaci se substitučním programem Buprenorfinem

- rodinné poradenství / rodinná terapie
- následná péče, doléčování
- sociální práce
- poradenské služby pro rodiče a blízké uživatelů návykových látek
- krizová intervence
- poradenský a informační servis prostřednictvím telefonické linky a internetu
- Vzdělávací aktivity:
  - kurz rodinného poradenství v rozsahu 122 hodin pro profesionály zabývající se problematikou užívání drog
  - pracovní semináře ORT – o rodinné terapii (pravidelná setkávání pracovníků pražských zařízení zabývajících se problematikou drogových závislostí v rodinném systému)
  - otevřené mezioborové semináře

### **2.3.3 Substituční program Subutexem v rámci služeb Centra poradenství pro mládež a rodiny**

Jednou z nejvýraznějších změn ve vývoji aktivit programu zaznamenala v Centru poradenství pro mládež a rodiny ambulantní léčba v kombinaci se substitučním programem Buprenorfinem (Subutex®), tj. psychosociální komponenta substitučního programu. Tento vývoj byl ovlivněn zejména změnou na drogové scéně v Praze a ve Středočeském kraji - nárůst počtu uživatelů Subutexu (legálně nebo nelegálně). Program Centra poradenství pro mládež a rodiny zareagoval na tento trend rozšířením a změnou struktury služeb pro tuto cílovou skupinu. Byla navázána spolupráce se zdravotnickými zařízeními, které poskytují substituční program Buprenorfinem (Subutex®). Jednalo se zejména o intenzivní spolupráci s hepatologickou ordinací MUDr. Řeháka a MUDr. Krekulové s tím, že v průběhu roku 2004 se MUDr. Řehák stal oficiálně garantem psychosociální komponenty substitučního programu v Centru poradenství pro mládež a rodiny. Dalšími spolupracujícími zdravotnickými zařízeními v roce 2004 byly AT ordinace

v Praze 6, některé ordinace praktického lékaře, infekční oddělení FN Motol a ambulantně léčebné centrum CADAS Sananim.

Tato spolupráce spočívala na vypracované dohodě o poskytování společné péče uživatelům drog v substitučním programu Buprenorfinem (Subutex®). Spolupracující lékaři zajišťují těmto klientům zdravotní servis (substituce, toxikologické testy, specializovaná lékařská péče v případě hepatitid atd.) a Centrum poradenství pro mládež a rodiny klientům poskytuje v rámci ambulantní léčby psychosociální komponentu zahrnující zejména podporu a stabilizaci klienta (motivace k rozvoji a upevnění změny chování a sociálních dovedností životního stylu, řešení každodenních způsobů života, minimalizace zdravotních a sociálních rizik, umožnění osobnostního růstu apod.). V rámci tohoto programu je s klientem podepisován třístranný kontrakt o podmínkách poskytování ambulantní léčby s jasně definovaným plánem a pravidly. Klienti, kteří ukončili substituční program, mají dále možnost pokračovat v našem zařízení v rámci následné péče (v případě dokončení programu) nebo je těmto klientům zprostředkována pobytová léčba (v případě předčasného ukončení programu).

Zpočátku byly služby v tomto programu klientům poskytovány v rámci individuálních konzultací. Vzhledem k získaným zkušenostem a vývoji substitučního programu Buprenorfinem (Subutex®) byla na začátku 2. pololetí 2004 otevřena motivační skupina, která pravidelně probíhala jednou týdně a stala se tak další důležitou součástí tohoto programu. K další podstatné změně koncepce substitučního programu došlo v únoru 2005. Tento program je stále ve vývoji a na pravidelných schůzkách týmu, či týmu se spolupracujícími zdravotnickými zařízeními dochází k dalším úpravám programu.

## **Uživatelé návykových látek – analýza klientely v roce 2004**

Vývoj této cílové skupiny lze reflektovat z několika hledisek:

### Věkové složení:

V roce 2004 se mírně zvýšil věk identifikovaných klientů, který byl 22,5 let (v roce 2003 - 21,9). Stejně tak jako v předešlých obdobích byl průměrný věk identifikovaných klientů, kteří byli v kontaktu v rámci ambulantních poradenských a terapeutických služeb pro rodiny, nižší a to 17,5 let. Průměrný věk klientů v



substitučním programu Buprenorfinem (Subutex®) byl 24 let, klientů v následné péči 24,3.

#### Primární droga:

V případě primárních drog užívalo Subutex-legálně 73 osob (tj. 45,5% z celkového počtu uživatelů drog), 37 osob THC (tj. 23%), 21 osob heroin (tj. 13%), 18 osob pervitin (tj. 11%) a 12 (tj. 7,5%) osob užívalo ostatní primární drogy (alkohol, nikotin, těkavé látky, Braun).

#### Sociální situace:

Při bližším zmapování sociální situace identifikovaných klientů, se kterými proběhl v Centru poradenství pro mládež a rodiny celý anamnestický rozhovor, se ukázalo, že 81,5% klientů bydlelo s rodiči (v roce 2003 84,5%), 7% s partnerem (v roce 2003 6%), 1% s partnerem a dítětem (v roce 2003 0%), 4% s přáteli (v roce 2003 3%) a 6% sami 7% s partnerem (v roce 2003 také 7%). 90% identifikovaných klientů bydlelo s neuživatелеm (v roce 2003 89%) a 10% s uživatelem drog (v roce 2003 11%).

V případě zaměstnání bylo 12% klientů bez zaměstnání (v roce 2003 také 12%), 4% mělo příležitostní práci (v roce 2003 5%), 19% bylo registrováno na úřadu práce (v roce 2003 20%), 39% docházelo do školy (v roce 2003 52%), 22% pravidelně pracovalo (v roce 2003 20%) a 3,5% bylo na dávkách sociálních zabezpečení (v roce 2003 2,6%).

12,4% klientů měli neukončené základní vzdělání (v roce 2003 14,7%), 53% ukončilo základní vzdělání (v roce 2003 58%), 24% se vyučilo (v roce 2003 12%) a 11% ukončilo střední školu s maturitou (v roce 2003 16%).

V případě aktuálního místa bydliště 80% klientů bydlelo v Praze (v roce 2003 84%) a 20% klientů bydlelo ve Středočeském kraji (v roce 2003 16%).

### **3 Koncepce SPS**

Substituční program Subutexem (dále jen SPS) je komplexní forma substituční ambulantní léčby. Medicínskou složku – preskripce Buprenorfinu, resp. Subutexu - zajišťují zdravotnická zařízení, Centrum poradenství pro mládež a rodiny o.s. Prev-Centrum (dále jen CPMR) zajišťuje složku psychosociální. Spolupráce všech tří zúčastněných složek – klienta, lékaře a CPMR – je popsána v Kontraktu SPS (viz příloha 1), který všechny tři zúčastněné strany podepisují na začátku SPS. Pravidelný kontakt v CPMR je podmínkou preskripce Subutexu.

#### **3.1 Indikace klienta do SPS**

##### **3.1.1 Indikace:**

- pasivní motivace
- nestabilní sociální zázemí
  - bez zaměstnání
  - žije s osobou užívající drogy ve společné domácnosti

##### **3.1.2 Absolutní kontraindikace:**

- partneři a příbuzní v SPS
- osoby, se kterými klient užíval v minulosti drogy
- klient si obstarává substituci nelegálně, mimo lékařský dohled

##### **3.1.3 Relativní kontraindikace:**

- zneužívání substitučního programu v anamnéze (např. prodej substituční látky na nelegálním trhu, distribuce návykových látek klientům v prostorách o.s. Prev-Centrum nebo v jeho blízkém okolí)

## 3.2 Průběh SPS

Klient buď přichází od lékaře, s nímž je domluven na případném předepisování Subutexu v rámci SPS, nebo sám. V rámci vstupního kontaktu, který se skládá cca ze 3 konzultací (2-4 konzultace do 14 dní od 1.kontaktu), zmapuje pracovník CPMR klientovu situaci a doporučí vhodný další postup. Během první konzultace vyplní pracovník CPMR s klientem In-come dotazník (pokud už u nás klient In-come vyplněný má, pouze dojde k aktualizaci). V dalších konzultacích zmapuje pracovník klientovu anamnézu a vysvětlí mu průběh SPS – je-li pro SPS klient indikován. Pracovník sepisuje v závěru vstupního kontaktu s klientem kontrakt SPS (viz příloha 1). Tento kontrakt podepisuje též klient a jeho lékař. V případě, že klient nemá předchozí domluvu o preskripci Subutexu s některým ze spolupracujících lékařů, doporučí mu pracovník lékaře a předá mu na něj kontakt. Ve chvíli, kdy indikovaný klient již užívá legálně předepisovaný Subutex a absolvoval vstupní kontakt, vstupuje do motivační skupiny.

Motivační skupina probíhá jednou týdně dvě hodiny, klient je povinen zúčastnit s minimálně šesti skupin. Každému klientovi je do dvou týdnů přidělen jeho garant, což je jeden ze členů terapeutického týmu CPMR. Docházku na motivační skupinu doplňují pravidelné individuální garantské konzultace. Ukončení klientovy docházky do motivační skupiny je možné po dohodě s garantem.

Další fází programu je individuální ambulantní léčba, ve které klient pokračuje zpravidla u svého garanta. Frekvence konzultací záleží na dohodě klienta s garantem, minimálně však jednou týdně. V průběhu ambulantní léčby dojde ke snížení dávek Subutexu až k úplnému vysazení. Cílem léčby je klientova abstinence.

Abstinující klient může vstoupit do programu následné péče, který na SPS navazuje. V tomto programu může klient pokračovat u svého garanta.

### 3.2.1 Kreditový systém

Účast klienta v psychosociální složce SPS v CPMR je hodnocena kreditovým systémem. Za každou absolvovanou individuální konzultaci nebo motivační skupinu dostane klient jeden kredit. Za každou neúčast mu budou odebrány kredity dva za neomluvenou neúčast, jeden za předem omluvenou neúčast. Výjimku tvoří fáze vstupního kontaktu, kde se kredity neodečítají.

Nulový počet kreditů znamená ukončení SPS, respektive ve chvíli, kdy počet jeho kreditů dosáhne nuly, má klient čtyři pracovní dny na to, aby si se svým garantem domluvil a absolvoval náhradní konzultaci.

Absolvovaná individuální konzultace	+ 1 kredit
Absolvovaná motivační skupina	+ 1 kredit
24 hodin předem omluvená absence na indiv. konzultaci	- 1 kredit
24 hodin předem omluvená absence na motivační skupině	- 1 kredit
Neomluvená či pozdě omluvená absence na Indiv. konzultaci	- 2 kredity
Neomluvená či pozdě omluvená absence na motivační skupině	- 2 kredity

### 3.3 Motivační skupina

Motivační skupina (dále MS) probíhá 1x týdně, trvá 2 hodiny a je rozdělena do 2 částí – komunitní a tématické (viz příloha 2). Do motivační skupiny vstupují klienti užívající legálně předepisovaný Subutex ihned po absolvování vstupního kontaktu. Abstinence ani detoxifikace není podmínkou vstupu do motivační skupiny.

Klient je povinen účastnit se motivačních skupin dle pravidel motivační skupiny (viz příloha 3). Pokud se nemůže z vážných důvodů na MS dostavit, předem se omluví a domluví si se svým garantem individuální konzultaci v tomtéž týdnu. Garantem je člen terapeutického týmu CPMR– domluva, kdo bude klientovým garantem proběhne nejpozději na druhé motivační skupině.

Během prvních dvou MS si klient zmapuje a určí své cíle v SPS, konzultuje je se svým garantem v individuální konzultaci a na své 3. MS pak klient předloží terapeutický kontrakt SPS, kde své cíle sepiše, představí ho ostatním členům MS. Klient i garant tento kontrakt podepíší (POZN. Terapeutický kontrakt SPS by měl obsahovat cíle klienta a jednotlivé oblasti a konkrétní změny, na nichž by chtěl v průběhu SPS pracovat – tento kontrakt klient reviduje spolu se svým garantem cca jednou za měsíc).

Motivační skupinu doplňují individuální garantské konzultace – klient je povinen domluvit si se svým garantem 2 takové konzultace do měsíce.

V případě úspěšného ukončení motivační skupiny klient přechází do ambulantní léčby v rámci SPS (viz dále) při zachování podmínek kontraktu. Zahájení ambulantní léčby je podmíněno schopností klienta spolupracovat v rámci motivační skupiny a splněním formálních podmínek (počet účastí na skupině a počet kreditů – viz dále). Dále pak stabilizaci jeho životních podmínek natolik, aby byla ambulantní léčba efektivní. Tyto ukazatele průběžně společně s klientem hodnotí vedoucí terapeuti motivační skupiny a jeho garant.

### **3.3.1 Cíle motivační skupiny:**

- zprostředkování náhledu klientovi na vlastní situaci
- stabilizace klienta
  - pravidelný režim (skupina, volný čas)
  - zaměstnání
  - řešení sociálně-právních záležitostí
  - zlepšení zdravotního stavu
- dodržování pravidel SPS
  - užívání Subutexu per os
  - pravidelná docházka

- motivace ke snižování dávek
- podpora v orientaci v řešení každodenních problémů
- možnost výměny zkušeností se zvládáním substituce
- změna rizikového způsobu chování

### **3.4 Ambulantní léčba**

V určité fázi SPS – po absolvování minimálně 6 MS, získání minimálně 7 kreditů a po dohodě s garantem (viz výše) – vstupuje klient do individuální fáze SPS. Klient zůstává v péči svého garanta, přestává chodit na MS, navštěvuje pravidelné individuální konzultace – zpočátku dvakrát týdně, po dohodě s garantem potom jednou týdně.

Na začátku této individuální fáze zreviduje klient spolu s garantem svůj Terapeutický kontrakt – přičemž Kontrakt SPS platí po celou dobu účasti klienta v SPS.

#### **3.4.1 Cíle ambulantní léčby:**

- snižování dávek Subutexu podle plánu SPS až k úplné abstinenci
- zmapování rizikových situací, adaptivní způsoby jejich řešení
- prevence relapsu
- stabilizace klientovy sociální situace, upevnění návyků
  - denní režim
  - zaměstnání, škola
  - hospodaření s penězi
  - volný čas
- zlepšení vztahů s rodinou
- vybudování pevné vztahové sítě s neuživateli
- naplňování cílů Terapeutického kontraktu

### **3.5 Následná péče**

Po vysazení Subutexu přechází klient do následné péče. Zpočátku absolvuje individuální konzultace jednou či dvakrát týdně, postupně - po dohodě s terapeutem a po stabilizaci klientovy situace – se kontakt rozvolňuje. V rámci následné péče vytváří klient společně s terapeutem nový terapeutický kontrakt. Následná péče po SPS má stejné parametry jako následná péče po jakékoli jiné formě léčby.

#### **3.5.1 Cíle následné péče:**

- prevence relapsu
- udržení a posílení návyků vybudovaných během ambulantní léčby
- upevňování zdravého životního stylu
- posílení klientových kompetencí v řešení rizikových i jiných životních situací

### **3.6 Spolupráce s lékaři**

V rámci SPS spolupracuje CPMR s několika lékaři. Podmínky této spolupráce jsou přesně dány v Kontraktu SPS. Tento kontrakt je třístranný, tzn. že ho podepisuje klient, zástupce CPMR a lékař předepisující Subutex. V kontraktu jsou dána pravidla spolupráce a předpokládaná délka SPS. CPMR a lékaři se vzájemně informují o dodržování kontraktu klientem, resp. pravidel SPS. Nedodržení podmínek stanovených v Kontraktu SPS je důvodem k rozvázání spolupráce.

#### **3.6.1 Osvědčilo se:**

- Vzájemné oboustranné informování CPMR a lékařů o docházce klientů, jejich dodržování pravidel SPS, o jejich případném přerušení kontaktu...
- Vyzvedávání preskripce na Subutex v krátkých (max. 14 denních) intervalech – alespoň v počátku SPS

- Častější kontakt klienta v CPMR – min. 1 x týdně
- Přesné naplánování průběhu SPS – plán snižování dávek Subutexu a plánované ukončení SPS
- Vzájemné informování o změně plánu SPS
- Preskripce Subutexu až po vstupním kontaktu v CPMR (cca 2 konzultace), resp. po podepsání kontraktu

### 3.6.2 Přílohy:

1. kontrakt SPS
2. koncepce MS
3. pravidla MS – in IL skupina



## 4 Motivační skupina

### 4.1.1 Komunitní část

17.30-18.20

Tato část skupiny je přesně strukturovaná. Každý má slovo přesně stanovenou dobu, každý musí mluvit o následujících bodech. Na začátku se vyřídí technické a formální záležitosti – zprávy od lékaře, neschopenky apod. Terapeuti podají zprávu o nepřítomných členech skupiny – např. jejich omluvy, vyloučení z programu, nástup do pobytové léčby apod.

Pak dostávají slovo jednotliví členové skupiny. Nejprve se představují noví členové skupiny. Ti řeknou svoje jméno, něco o sobě a stručně popíší svou dosavadní drogovou kariéru. Nezapomenou také na důvod, proč jsou v SPS – co je k tomu přivedlo, jakou mají motivaci ke změně dosavadního stavu a způsobu života, případně se pokusí nastínit své cíle, kterých chtějí v programu CPMR a v SPS dosáhnout. Každému členovi skupiny dají ostatní členové potom reflexe na to, co od něj slyšeli. Reflexe jsou krátká vyjádření toho, jak na mě daný člověk a jeho jednání působí (např. Z toho, jak mluvíš o své motivaci, se mi zdá, že nebereš léčbu vůbec vážně. nebo Když slyším, jak se chováš ke své mámě, naštvává mě to. nebo Je mi sympatické, že splácíš své dluhy. nebo S dodržováním dávek Subutexu jsem měl podobný problém, pomohlo mi...).

Čas určený jednotlivým členům i čas určený na reflexe sledují terapeuti.

- Jaké dávky Subutexu užívám a jaké mám předepsány
- Jakým způsobem si ho aplikuji
- Co mi v rámci SPS dělá problém – sublingvální užívání, dodržování předepsaných dávek, včasné příchody na skupinu, docházka...
- Užívání dalších návykových látek – alkohol, THC, léky...
- Sociální oblast – stručně shrnout, co je nového v oblasti práce, úřadů, financí, dluhů, trestního stíhání apod.
- Vztahy v rodině, s partnerem... - stručně charakterizovat aktuální situaci
- Co mě v uplynulém týdnu nejvíc potěšilo, co se mi povedlo...
- Co si plánuji na příští týden.

Celá skupina se věnuje jednomu tématu – téma mohou navrhnout terapeuti, ale také kdokoli ze členů skupiny – schvalují ho ale vždy terapeuti.

**Návrhy témat:**

- Obavy z abstinčních příznaků
  - Čeho se bojím
  - Jak se na to připravuji
  - Kdo, nebo co mi může pomoci v úspěšném vyabstinování
  - Odkud mám informace
  - Kde získat relevantní informace
- Co pro mě znamená abstinence
  - Co ztratím tím, že budu „čistý/á“
  - Co tím získám
  - Na co se těším a na co už tolik ne
  - Čeho se obávám, co pro mě bude těžké
- Rizikové situace
  - Co je to relaps
  - Znáš to?
  - Ve kterých situacích se mi může stát, že znovu sáhnu po droze, zvýším si dávku Subutexu, „šlehnu si“...
  - Mohu udělat něco pro to, aby mě taková situace nezaskočila?
- Plány do budoucna – ideály, sny a realita
  - Čeho chci v životě dosáhnout
  - Rodina
  - Práce
  - Bydlení
  - A další

- Rodina
  - Jak to u nás doma bylo, když jsem ještě nebral/a
  - Jak to doma vypadalo, když jsem bral/a drogy
  - Jak to u nás doma vypadá teď
  - Kdo ví o tom, že užívám Subutex?
  - Kdo ne a proč?
  - Moje představa naší ideální rodiny
- Práce
  - Mám práci?
  - Kdy a kde jsem pracoval/a, jaké to tam bylo
  - Proč nemohu práci najít
  - Co mohu udělat pro to, abych si nějakou práci našel/našla
  - Co umím, co mohu nabídnout
  - Co od své práce chci
- Bydlení
  - Kde a s kým bydlím
  - Ideál
  - Jak se k ideálu přiblížit
- Dluhy, problémy se zákonem...
  - Aktuální situace
  - Z čeho mám obavy
  - Jak ji budu řešit
  - Kdo a co mi v tom pomůže
- Přátelé, kamarádi, známí
  - S kým se stýkám
  - Mohou tito lidé nějak ohrozit můj úmysl abstinovat?
  - Jak a kde si hledat „čisté“ známé

- Partnerské vztahy
  - Aktuální problémy v partnerských vztazích
  - Moje zkušenosti z partnerských vztahů
  - Moje představa ideálního partnerského vztahu
  - Ideální partner/ka
  - Můj partner a-nebo moje abstinence?
- Volný čas
  - Jak trávím volný čas
  - Nuda, nenaplnění... a drogy
  - Co s tím můžu dělat – nové koníčky, známi... - kde a jak je hledat – co lze dělat bez peněz
- Hepatitída
  - Čeho se obávám
  - Jaká mi přináší omezení
  - Životospráva
  - Ochrana okolí - způsoby přenosu
  - HCV pozitivní a plazení dětí
  - Jak říci o HCV svému okolí
- Subutex
  - Co je to Subutex – Buprenorfin?
  - Jak funguje?
  - Zkušenosti ze světa
  - Jak ho užívat a proč
  - Co od užívání Subutexu můžu očekávat

## **PROVOZNÍ DOBA**

### **Centra poradenství pro mládež a rodiny**

<b>Den</b>	<b>Hodiny</b>
PONĚLÍ	8:00 – 18:00
ÚTERÝ	8:00 – 18:00
STŘEDA	8:00 – 18:00
ČTVRTEK	8:00 – 18:00
PÁTEK	8:00 – 16:00

## **KONTAKT**

**o.s. Prev-Centrum**  
**Centrum poradenství pro mládež a rodiny**  
Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6 – Břevnov  
Tel.: 233 355 459, GSM: 777 161 138  
poradna@prevcentrum.cz  
[www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz)



**PREV - CENTRUM**

**Bankovní spojení o.s. Prev-Centrum**  
**č.ú. 1272022283/0300**

# Centrum poradenství pro mládež a rodiny



**PREV - CENTRUM**

**Informační list pro klienta  
Substitučního programu  
Subutexem**

Centrum poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum

## TERAPEUTICKÝ KONTRAKT

v rámci substitučního programu Subutexem

Terapeutický kontrakt uzavírá:

terapeut / poradce Centra poradenství pro mládež a rodiny (dále jen CPMR)

.....  
klient .....

lékař předepisující Subutex .....

- Informace sdělené v průběhu konzultace jsou důvěrné, pracovník CPMR není oprávněn předávat je bez souhlasu klienta.
- Podmínkou substitučního programu Subutexem je individuální nebo skupinové sezení v CPMR. Účast klienta se řídí kreditovým systémem.
- Cíle spolupráce mezi klientem a CPMR jsou formulovány dle individuálních potřeb klienta na základě dohody mezi klientem a pracovníkem CPMR.
- Pracovník CPMR průběžně informuje lékaře o docházce klienta do CPMR.
- Klient je povinen dodržovat dohodnuté termíny a časy konzultací v CPMR, omluva je možná z vážných důvodů, např. nemoc, pracovní/studijní záležitosti apod. Je nutné se omlouvat osobně nebo telefonicky s časovým předstihem před domluvenou konzultací.
- Pokud se klient bez omluvy nedostaví na konzultaci a do jednoho týdne od tohoto termínu si nedomluví konzultaci náhradní, bude pracovník CPMR považovat spolupráci za ukončenou a tuto zprávu sdělí lékaři. Lékař za těchto podmínek nebude pokračovat v dlouhodobém programu Subutexem.
- Zahájení ambulantní léčby je podmíněno schopností klienta spolupracovat v rámci motivační skupiny. Dále pak stabilizací jeho životních podmínek natolik, aby byla ambulantní léčba efektivní. Tyto ukazatele průběžně společně s klientem hodnotí vedoucí terapeuti motivační skupiny.

Byl jsem seznámen se všemi body kontraktu, souhlasím s touto podobou spolupráce:

V Praze dne .....

Podpis klienta ..... Podpis terapeuta / poradce CPMR .....

Výše jmenovaný klient byl přijat do substitučního programu Subutexem za výše uvedených podmínek kontraktu dne .....

Plánované datum ukončení substitučního programu Subutexem .....

V Praze dne .....

Podpis lékaře .....



## Centrum poradenství pro mládež a rodiny

Dobrý den,

Váš syn, Vaše dcera, partner či jinak blízký člověk se rozhodl vstoupit do substitučního programu Subutexem, který provozuje Centrum poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum ve spolupráci se zdravotnickými zařízeními.

Psychosociální složka substitučního programu Subutexem je součástí služeb Centra poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum, které poskytuje ambulantní poradenské a terapeutické služby uživatelům návykových látek a jejich rodinám.

Substituční program Subutexem, do kterého se Váš blízký rozhodl vstoupit, je koncipován jako strukturovaný léčebný ambulantní program, jehož hlavním cílem je abstinence. Program obsahuje skupinovou a individuální terapii a poradenství.

Součástí substitučního programu je také skupina pro rodiče a blízké klientů, kteří do programu vstoupili. Rádi bychom Vám nabídli účast na skupině, kde se můžete dozvědět podrobné informace o substitučním programu Subutexem včetně základních informací o Subutexu, jeho významu v léčbě závislostí, způsobu a zásadách jeho užívání a setkat se s lidmi v podobné životní situaci. Můžete zde získat odpovědi na otázky týkající se závislosti nebo se jen seznámit se zařízením, které Váš blízký navštěvuje.

Skupina probíhá vždy poslední středu v měsíci do 18.00 do 19.00 hodin. Vaše účast na skupině není povinná, nemusíte se ani předem objednávat. Můžete přijít jednou nebo chodit pravidelně, záleží na Vás.

V roce 2005 se budou skupiny pro rodiče a blízké konat v těchto termínech: 27.4., 25.5., 29.6., 27.7., 31.8., 21.9., 26.10. a 30.11. vždy v prostorách Centra poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum na adrese Meziškolská 2, Praha 6 - Břevnov (vchod máme z Anastázovy ulice). Dopravní spojení je autobusem číslo 108 nebo 174 z metra Hradčanská na zastávku Břevnovská.

Podrobnější informace o Centru poradenství pro mládež a rodiny, včetně profesních životopisů terapeutického týmu a dalších programech realizovaných o.s. PrevCentrum jsou k dispozici na [www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz).

Na shledanou se těší

Mgr. Barbora Trapková

Centrum poradenství pro mládež a rodiny, o.s. Prev-Centrum





PREV - CENTRUM

## Centrum poradenství pro mládež a rodiny

### Homeopatická podpora detoxifikace v Substitučním programu Subutexem o.s. Prev-Centrum - informační list pro klienta

#### Co je homeopatie

Homeopatie je léčebná metoda, která byla objevena před více než 200 lety německým lékařem Samuelem Hahnemannem a patří ke metodám komplementární medicíny. Je založena na principu podobnosti léčené nemoci a léčícího přípravku. Vychází z představy, že jaké příznaky vyvolá podaná látka u zdravého jedince, takové může léčit u nemocného, ať již jsou vyvolané jakýmkoliv podnětem. Léčivá látka však musí být upravena, naředěna a potencována, to znamená protřepávána. Léky jsou vyrobeny převážně z rostlin, ale také ze zvířat a minerálů. Počáteční roztok dané látky v alkoholu, tzv. matečná tinktura, je dále ředěna v poměru 1:10 nebo 1:100 a protřepávána. Roztok je pak navázán na kuličky mléčného cukru.

Podle klasické fyziky již od ředění D12, tzn. že bylo 12x provedeno ředění 1:10, nelze již v roztoku prokázat ani jednu molekulu původní látky. Přesto je zkušenost homeopatů taková, že léky více naředěné jsou mnohem silnější ve svém účinku než níže ředěné. Toto je nejčastější spor současných fyziků a homeopatů. Nikdo zatím nedokázal, jak homeopatie působí a homeopaté doufají, že tuto léčbu, která prokazatelně přes 200 let funguje, přece jen někdo v budoucnu vysvětlí.

#### Jak se stanoví, co čím léčit

Každý homeopatický lék byl zkoumán tak, že byl sestaven kompletní obraz léku s příznaky na úrovni tělesné, duševní i emocionální. Tyto obrazy částečně vycházejí z toxikologie, částečně z tzv. zkoušky léku, kdy byly léky podávány zdravým jedincům. Během homeopatického vyšetření a následné analýzy vlastně srovnáváme celý obraz pacienta s jednotlivými obrazy léků. Protože léků je nyní již přes 2000, je používán software, který už s analýzou může významně pomoci.

Některé homeopatické léky jsou již tak dobře vyzkoušené, že u nich byl stanoveny tzv. osvědčené indikace, to znamená, že lze jimi léčit příznaky u většiny pacientů bez ohledu na jejich individualitu. U jiných homeopatických léků je jednotlivý obraz naopak tak zvláštní, že jeho podání je velmi vzácné a záleží významně na psychologickém profilu léčeného.

#### Jakým způsobem se uplatní homeopatie v terapii závislosti

V rámci substitučního programu Subutexem doporučujeme indikovaným klientům homeopatickou podporu či léčbu při vysazování substitute.

*Homeopatie se zde uplatní ve třech krocích:*

- Podpora detoxifikace organismu a následné čištění
- Zmírnění tělesných i psychických příznaků při přechodu ze substituce na život bez podpůrných látek
- Celostní terapie – individuální lék jako podpora při změně životního stylu

První dva kroky jsou určeny všem zájemcům o homeopatickou léčbu, krok třetí předpokládá individuální přístup a delší, asi 1-2 hodinový rozhovor s homeopatem nejen o všech příznacích tělesných, ale i o celém životě léčeného.

Cena vstupního vyšetření je pro klienty substitučního programu o.s. Prev-Centrum:

o Pracující klienti	500,- Kč
o Klienti registrovaní na ÚP, SSZ	300,- Kč
o Matky na MD, studenti, důchodci	150,- Kč

### **Pravidla:**

- Klient se na vstupní homeopatickou konzultaci objednává, po dohodě se svým garantem, nejméně jeden pracovní den před konzultací.
- Nemůže-li se klient na objednanou konzultaci dostavit, omluví se nejméně jeden pracovní den předem.
- Nedostaví-li se klient na objednanou konzultaci bez omluvy, má již jen jednu možnost dalšího objednání – pokud se bez omluvy nedostaví ani na další objednanou konzultaci, nebude již moci program homeopatické detoxifikace nastoupit.

### **Odborné zajištění:**

MUDr. Zuzana Škodová, praktická lékařka a homeopatka

### **Organizační zajištění:**

Služby homeopatické léčby, respektive homeopatické detoxifikace zajišťuje MUDr. Zuzana Škodová v prostorách o.s. Prev-Centrum ve vyhrazených hodinách. Je nutné se vždy předem objednat.

Tato služba není přímou součástí žádného programu o.s. Prev-Centrum – využívání či odmítnutí této služby v žádném případě neovlivní další spolupráci s klientem o.s. Prev-Centrum.

## **KONTAKT**

**o.s. Prev-Centrum**

**Centrum poradenství pro mládež a rodiny**

Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6 – Břevnov

Tel.: 233 355 459, GSM: 777 161 138

[poradna@prevcentrum.cz](mailto:poradna@prevcentrum.cz) [www.prevcentrum.cz](http://www.prevcentrum.cz)