

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Anna Mištová**

Mapování psychosociálních intervencí a přístupu pracovníků vybraných kontaktních center k uživatelům metamfetaminu

Mapping of psychosocial interventions and attitude of workers in selected low – threshold contact center to methamphetamine users

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jiří Brenza

Praha 2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17.07.2017

ANNA MIŠTOVÁ

.....

### **Identifikační záznam**

MIŠTOVÁ, Anna. *Mapování psychosociálních intervencí a přístupu pracovníků vybraných kontaktních center k uživatelům metamfetaminu. [Mapping of psychosocial interventions and attitude of workers in selected low – threshold contact center to methamphetamine users]*. Praha, 2017. 75 str., 2 tab., 2 obr. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Brenza, Jiří.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jiřímu Brenzovi, za jeho ochotu, odborné vedení, cenné rady a podnětné připomínky.

Také bych ráda poděkovala všem svým komunikačním partnerům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout, za jejich ochotu, čas a zkušenosti, které se mnou sdíleli při poskytování rozhovorů.

## **Abstrakt**

**VÝCHODISKA:** I přes jedinečné postavení metamfetaminu na české drogové scéně, kde počet problémových uživatelů MA tvoří bez mála 3/4 všech problémových uživatelů drog, je v odborné literatuře věnován minimální prostor tomu, jak v rámci systému adiktologické péče prakticky vypadá práce s touto cílovou skupinou.

**CÍL:** Cílem praktické části bylo zmapovat práci a přístup k uživatelům metamfetaminu ve vybraných k-centrech. Pozornost byla věnována představení klientů KC, vnímání klíčových motivů v jednotlivých fázích drogových trajektorií uživatelů, procesu práce s klienty od prvního kontaktu po případné zprostředkování léčby a popisu specifik přístupu k uživatelům MA.

**METODA:** Výběrový soubor byl zvolen na základě záměrného účelového výběru přes instituce. Sběr dat proběhl metodou polostrukturovaného rozhovoru, který byl fixován pomocí audio záznamu a následně přepisován. K analýze dat byla použita metoda zachycování vzorců.

**SOUBOR:** Výzkumný soubor byl tvořen osmi komunikačními partnery (čtyřmi muži). Jednalo se o pracovníky vybraných k-center, vždy jeden pracovník za zařízení, z různých krajů České republiky, s různě dlouhou praxí v oboru (2,5 až 16 let).

**VÝSLEDKY:** Klientelu KC tvoří v převážné většině uživatelé MA, často polyvalentní uživatelé, kombinující MA s jinými látkami, nejčastěji marihuanou, alkoholem a patologickým hráčstvím, méně často s BZD a opiáty, zejména substitučními preparáty a surovým opiem. Byly uvedeny skupiny uživatel se specifickými potřebami a to Romská a gay komunita. V oblasti práce a přístupu ke klientům byly spatřovány rozdíly, mmj. podle velikosti služby. Všichni respondenti uvedli, že k uživatelům MA neuplatňují specifický přístup, přičemž s každým klientem pracují individuálně s ohledem na jeho aktuální potřeby. Byla však vyzorována specifika uživatelů MA, která odlišný přístup předpokládají.

**ZÁVĚR:** Tato práce přináší jedinečný vhled do každodenní práce s uživateli metamfetaminu a reaguje tím na potřebu mapování léčby uživatelů MA ve spektru klíčových adiktologických služeb.

## **KLÍČOVÁ SLOVA:**

Metamfetamin – kontaktní centrum – psychosociální intervence – drogové trajektorie - přístup

## **Abstract**

**INTRODUCTION:** Despite the unique status of methamphetamine on the Czech drug scene, where the number of problem MA users accounts for 3/4 of all problematic drug users, there is a minimal amount of literature in the literature on how to work with this target group in the addictological care system.

**OBJECTIVE:** The practical part was to monitor the work and access to methamphetamine users in the selected k-centers. Attention was paid to presenting KC clients, perception of key motives in each phases of drug use trajectories, the process of working with clients from first contact to eventual mediation of treatment and description of the specifics of access to MA users.

**METHOD:** The chosen sample was selected on the basis of deliberate targeted selection through the institution. The data were collected by semi-structured interview, which was fixed with audio recording and subsequently transcribed. The patterns capture method as used to analyze the data.

**FILE:** The research sample consisted of eight communication partners (four men). They were employees of selected k-centers, always one worker per facility, from different regions of the Czech Republic, with various length of experience in field (2,5 to 16 years).

**RESULTS:** KC clients are mostly MA users, often polyvalent users, combining MA with other substances, most commonly marijuana, alcohol and pathological gambling, less often with BZD and opiates, especially substitution preparations and raw opium. There were listed groups of users with special needs, namely Roma and gay community. In area of work and client access, differences were seen, among other things by the size of the service. All respondents stated that they do not apply a specific approach to MA users, whereas they are working individually with each client with regards of their current needs. However, the specificities of the MA users, which assume a different approach, were observed.

**CONSLUSION:** This work provides a unique insight into everyday work with methamphetamine users and responds to the need for mapping the treatment of MA users in the spectrum of key addictology services.

### **KEY WORDS:**

Methamphetamine – low-threshold contact center – psychosocial interventions – drug use trajectories - attitude

# Obsah

Obsah .....	7
1 Úvod .....	9
2 Teoretická část .....	11
2.1 Metamfetamin .....	11
2.1.1 Rozšíření metamfetaminu .....	11
2.1.2 Důsledky dlouhodobého užívání .....	12
2.1.3 Způsoby užívání a účinky .....	13
2.1.4 Metamfetamin v kontextu českého prostředí .....	14
2.1.5 Léčba uživatelů MA .....	15
2.2 Vývojový přístup rozvoje závislosti .....	16
2.2.1 Životní cyklus .....	16
2.2.2 Vývojový koncept životního cyklu .....	17
2.2.3 Trajektorie životního cyklu .....	17
2.2.4 Body zvratu .....	18
2.2.5 Drogová trajektorie versus drogová kariéra .....	19
2.2.6 Drogové trajektorie různých látek .....	19
2.3 Drogové trajektorie uživatel metamfetaminu .....	21
2.3.1 Charakteristiky uživatelů metamfetaminu .....	21
2.3.2 Stádia drogových trajektorií uživatel MA a body zvratu .....	22
2.4 Kontaktní centra .....	26
2.4.1 Charakteristika klientů KC .....	26
2.4.2 Principy práce v rámci k-centra .....	27
2.4.3 Poradenství v k-centru .....	27
2.4.4 Předléčebné poradenství .....	28
2.4.5 Motivační rozhovory .....	29
2.4.6 Doporučování do různých typů léčby uživatelů MA .....	36
3 Praktická část .....	38
3.1 Cíl výzkumu .....	38
3.2 Výzkumné otázky .....	38
3.3 Výzkumný soubor .....	38
3.4 Metody sběru a analýzy dat .....	39
3.4.1 Výběr výzkumného souboru .....	39

3.4.2	Metoda sběru dat.....	40
3.4.3	Metoda zpracování a analýzy dat .....	41
3.5	Etické aspekty výzkumu .....	41
3.6	Výsledky výzkumu .....	42
3.6.1	Představení klientů vybraných k-center .....	42
3.6.2	Klíčové motivy v jednotlivých fázích DT .....	46
3.6.3	Proces práce s klientem .....	53
3.6.4	Specifika přístupu při práci s uživateli metamfetaminu.....	58
4	Diskuze .....	61
5	Závěr.....	66
6	Seznam literatury .....	68
7	Přílohy .....	75
7.1	Seznam obrázků .....	75
7.2	Seznam tabulek.....	75



# 1 Úvod

I přes dlouhou historii užívání metamfetaminu (MA, pervitinu) a jeho dominantní postavení na české drogové scéně, kde počet jeho problémových uživatelů tvoří bezmála tři čtvrtiny všech problémových uživatelů drog, je léčba uživatelů špatně zdokumentována a v odborné literatuře je věnován minimální prostor tomu jak, v rámci systému adiktologické péče, prakticky vypadá práce s touto cílovou skupinou (Zábranský, 2009). V České republice také chybí specifické programy pro uživatele MA a to i přes to, že z důvodu dlouhodobého nárůstu počtu uživatel metamfetaminu, bylo již opakovaně do Akčního plánu NMS zakomponováno, jako jedna z priorit, zaměření se na vysokou míru problémového užívání MA, přičemž zavedení specifických programů pro tuto cílovou skupinu bylo zmiňováno jedním z prostředků k dosažení tohoto cíle (Mravčík et al., 2016).

Úvodní část diplomové práce byla zaměřena na představení aktuální situace v oblasti užívání metamfetaminu a představení vybraných charakteristik samotných uživatelů. Dále byla pozornost věnována tématu drogových trajektorií (drogové kariéry), včetně „bodů zvratu“ tedy klíčovými motivům, které ovlivňují uživatele v jednotlivých fázích užívání drog. Teruya a Hser (2010) v této souvislosti uvádí, že pochopení faktorů a procesů, které ovlivňují přemýšlení o rozhodování uživatel k tomu pokračovat v užívání návykových látek, přestat nebo hledat léčbu, může pomoci k vytváření a zavádění účinnějších intervenčních strategií. Předpokládáme tedy, že na přístup pracovníků má velký vliv to, jakým způsobem přemýšlejí o životních příbězích svých klientů.

Zpracováno bylo dále téma kontaktních center pro uživatele návykových látek, zejména z hlediska principů práce a poskytovaných psychosociálních intervencí se zaměřením na předléčebné poradenství a motivační rozhovory. Libra (2003) uvádí, že kontaktní centra jsou pro uživatele jakousi pomyslnou vstupní branou do léčebného kontinua a je tedy vhodné nehledět na ně pouze optikou poskytování harm reduction služeb, ale vnímat je jako prostor, ve kterém řada klientů po mnoho let tráví svůj volný čas a kde se může odehrávat stěžejní poradenská a motivační práce, přičemž tato práce může mít zásadní vliv při rozhodování o změně životního stylu.

V praktické části této práce byla analyzována data, získaná skrze polostrukturované rozhovory s pracovníky vybraných kontaktních center. Témata rozhovorů se zaměřovaly na

představení klientů, se kterými respondenti pracují, klíčové motivy v jednotlivých fázích drogových trajektorií, které u svých klientů vnímají a proces práce s klienty, od první návštěvy zařízení po případné zprostředkování léčby, po celou dobu byli respondenti vedeni k přemýšlení nad specifiky práce s uživateli metamfetaminu. Z tohoto hlediska bylo zjištěno, že k uživatelům metamfetaminu je přistupováno stejně, jako k uživatelům jiných látek, zároveň je však uplatňován individuální přístup ke každému, tudíž může být reagováno na aktuální potřeby a specifika jednotlivých klientů. Další výsledky výzkumu byly rozpracovány v praktické části.

Výsledky této práce nám pomohou nahlédnout do každodenní praxe práce s klienty užívající metamfetamin v rámci kontaktních center a vzhledem ke zpracování tématu drogových trajektorií, mohou sloužit jako inspirace pro práci a přemýšlení nad touto cílovou skupinou. Dále mohou být jedním ze „sklíček“ v mozaice probíhajícího projektu, který se v jednom ze svých dílčích cílů věnuje mapování současné obvyklou praxi v léčbě uživatelů metamfetaminu ve spektru klíčových adiktologických služeb. V neposlední řadě může být podnětem pro další výzkum.

Výzkum byl realizován a spolufinancován v rámci projektu „Komplexní mapování připravenosti oblastí harm reduction a léčby na výzkum efektivity farmakoterapie a případné zavádění farmakoterapie závislosti na pervitinu v České republice“, pod vedením Mgr. Romana Gabrhelíka, Ph.D. Veškerá data a informace uvedené v této diplomové práci jsou výhradně výsledkem samostatného výzkumu prováděného autorkou práce.

## 2 Teoretická část

### 2.1 Metamfetamin

V následujícím textu je několik kapitol věnováno metamfetaminu (pervitinu, MA). Především byla pozornost věnována jeho rozšíření, základním vlastnostem, specifickému postavení na české drogové scéně a možnostem léčby.

#### 2.1.1 Rozšíření metamfetaminu

Metamfetamin (MA, pervitin) je jedním z nejrozšířenějších syntetických stimulantů na světě. V mnoha zemích je, po marihuaně, druhou nejužívanější nezákonnou návykovou látkou. Jeho masivní rozšíření souvisí s několika vzájemně se ovlivňujícími faktory. Od první syntézy pervitinu z efedrinu v roce 1919 prošlo jeho užívání mnoha proměnami. Původně se jednalo o legální látku, užívanou jako lék a následně, během druhé světové války, jako stimulant zvyšující výkon vojáků. Od konce čtyřicátých let znovu došlo k legalizaci metamfetaminu a jeho hojnému předepisování. Výroba a užívání metamfetaminu je nelegální od sedmdesátých let, ale v některých částech světa jeho obliba od devadesátých let neustále narůstá (EMCDDA & Europol, 2010).

Ve světě je užívání metamfetaminu rozšířené zejména v Severní Americe a Asii, ovšem rozšiřuje se i do nových oblastí, zejména na jižní polokouli a do některých rozvojových a rozvíjejících se zemí (Abdul-Khabir, Hall, Swanson, & Shoptaw, 2014). Evropa slouží jako tranzitní území, přes které probíhá mezinárodní obchodování s prekurzory, které jsou určeny zejména pro Severní Ameriku a Mexiko, přičemž metamfetamin je zde také vyráběn. Užívání (Abdul-Khabir et al., 2014) metamfetaminu se v Evropě vyskytuje, avšak ne v takové míře, podle statistických údajů ve většině oblastí převažuje užívání dalších stimulantů, tedy amfetaminu a kokainu. Podle evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), však tyto informace nemusí zcela odpovídat skutečné situaci, jelikož při běžných výzkumných šetřeních nebývá v řadě států metamfetamin odlišován od ostatních amfetaminů a není tedy k dispozici dostatek údajů o užívání metamfetaminu v evropské obecné populaci (EMCDDA | Methamphetamine profile, 2015).

S výjimkou několika oblastí je v Evropě amfetamin dostupnější než metamfetamin, podle EMCDDA a Europolu je významné užívání MA omezené pouze na několik zemí střední Evropy, avšak v Pobaltí a dalších severovýchodních zemích (zejm. Finsko, Norsko a Švédsko) začíná docházet k nahrazování amfetaminu užíváním metamfetaminu. A předpokládá se, že velmi podobný účinek těchto dvou látek může usnadnit jeho rozšíření i do dalších oblastí, kde zatím užívání amfetaminu převažuje. Metamfetamin je silnějším stimulantem, nicméně účinky těchto dvou látek jsou mnohdy jen těžko odlišitelné (EMCDDA & Europol, 2010).

### **2.1.2 Důsledky dlouhodobého užívání**

Užívání MA je řazeno mezi významné problémy veřejného zdraví a to v důsledku významných ekonomických a zdravotních důsledků, které s sebou přináší (např. EMCDDA & Europol, 2010; Obong'o, Alexander, Chavan, Dillon, & Kedia, 2017). Užívání metamfetaminu je globálně spojováno se závažnými důsledky v oblasti veřejného zdraví, zdravotními, sociálními a bezpečnostními problémy. Vzhledem k vysoké potenci závislosti, jelikož metamfetamin je vysoce návyková látka, a z hlediska dlouhodobého užívání je úzce spojená s neurologickými, psychologickými a psychosociálními problémy a změnami ve fyzickém vzhledu.

Mezi dlouhodobými uživateli metamfetaminu se, v důsledku anxiózního efektu, vyskytuje vysoká míra úzkosti a strachu a další psychiatrické poruchy, které mohou být zvláště závažné při vysazení. Uživatelé často trpí pocity pronásledování a ohrožení, halucinacemi a bludy, typicky paranoidně perzekučního charakteru, což odpovídá příznakům tzv. toxické psychózy (Abdul-Khabir et al., 2014; Scott et al., 2007). Chen a kol. (2003) uvádí, že psychóza se vyskytuje spíše u injekčních uživatelů a jedinců s dispozicemi k psychotickým příznakům, včetně schizoidních typů, přičemž přítomnost psychózy je obvykle přechodná, nicméně náchylnost k psychotickým epizodám může trvat ještě mnoho let po ukončení užívání. Mezi uživateli MA se často vyskytují také poruchy osobnosti a bipolárně afektivní porucha (C. K. Chen et al., 2003), zároveň byla v posledních letech pozorována také vysoká míra komorbidit s ADHD, které může přetrvávat do dospělosti, projevuje se nepozorností a těkavostí, a je rizikovým faktorem pro následné zneužívání návykových látek (Jaffe et al., 2005; Matsumoto, Kamijo, Yamaguchi, Iseki, & Hirayasu, 2005; Salo et al., 2013).

V oblasti zdravotních komplikací při dlouhodobém užívání metamfetaminu dochází k přetížení krevního oběhu s rizikem selhání srdce či cévní mozkové příhody. Mezi uživateli MA je zvýšené riziko výskytu infekcí jako HIV či různých typů hepatitidy, nejčastěji typu C, v důsledku injekční aplikace, sdílení injekčního náčiní a také vysoce rizikového sexuálního chování, zejména u homosexuálních mužů, (Gonzales, Marinelli-Casey, Shoptaw, Ang, & Rawson, 2006; Shoptaw, 2006). S injekční aplikací a nízkou hygienou však souvisí i další problémy jako abscesy, flegmóny a bércové vředy. Metamfetamin snižuje chuť k jídlu, objevuje se nechutenství a nápadné hubnutí, dlouhodobé užívání negativně působí také na chrup, kdy dochází k rychlému úbytku zubů a vyskytují se typická „pervitinová ústa“ (Scott et al., 2007; Winslow, Voorhees, & Pehl, 2007). Užívání metamfetaminu u těhotných žen, může způsobit odtržení placenty, retardaci růstu dítěte, předčasný porod a další porodní komplikace. Mnoho uživatelů s infekčním onemocněním jsou po dlouhou dobu neléčeni, pokud již farmakologickou léčbu podstoupí, často u nich nedochází k pozitivní reakci a úzdavě, což souvisí s životním stylem uživatelů, tedy špatnému stravování a nízké hygieně (Moore et al., 2012).

### **2.1.3 Způsoby užívání a účinky**

Metamfetamin je silný psychostimulant, který významně působí na centrální nervový systém. Při jeho užití se objevuje celé spektrum účinků, které ale závisí na řadě proměnných, jako je načasování, množství či způsob aplikace (Cretzmeyer, Sarrazin, Huber, Block, & Hall, 2003; Hart, Ward, Haney, Foltin, & Fischman, 2001). Metamfetamin se obvykle vyskytuje ve formě mikrokrystallického bílého (případně žluto-fialového) prášku, bez zápachu a hořké chuti. V České republice převažuje aplikace intravenózní, MA může být užíván také intranazálně, inhalací po zahřátí alobalu či per os (Gabrhelík, Šťastná, Holcnerová, Miovský, & Minařík, 2010). Pokud je látka užívána inhalací či injekčně, účinky se dostavují téměř okamžitě, šňupání přináší opožděné a méně intenzivní účinky. Eliminační poločas se pohybuje mezi osmi a třinácti hodinami a účinky trvají podobné časové období, což je výrazně déle než jiné stimulanty, např. kokain. Tato skutečnost může vysvětlit relativně rychlý progres od prvního užití k závislosti. Postupná potřeba zvyšujících se dávek k udržení stavu může vést ke zvýšení úzkosti, paranoidním stavům, halucinacím a deliriu. Pozitivní účinky metamfetaminu se postupem času stávají méně příjemné, zatímco

toxické účinky se začínají projevovat výrazněji, mezi ně mohou patřit zvýšená úzkost, podrážděnost, nespavost a zmatenost. Abstinenční příznaky se vyskytují po vysazení užívání a zahrnují dysforii, deprese, podrážděnost, úzkost, neschopnost koncentrace, zvýšenou únavu, paranoidní stavy, „neposednost“ a silný craving. Subjektivně jsou tyto příznaky velmi silné, ovšem ne život ohrožující, obvykle se zhoršují během jednoho týdne a jsou výraznější u dlouhodobých nebo injekčních uživatel (Scott et al., 2007).

Užívání MA má za následek řadu účinků, které vyplývají z jeho působení na autonomní nervový systém, dostavují se příznaky jako hypertenze, tachykardie, zrychlené dýchání a zúžení krevních cév. Kognitivní a emoční účinky zahrnují výraznou euforii, zvýšení energie a ostražitosti, zvýšení fyzické a mentální kapacity a zvýšenou produktivitu. Běžné jsou také zvýšení sebeúcty či libida (Cretzmeyer et al., 2003; Hart et al., 2001). Ukázalo se, že užívání MA je často spojeno také se zvýšeným impulzivním a násilným chováním, což potvrzuje několik studií. Podle Cartiera a kol. (2006) byli uživatelé MA často ošetřováni na zdravotních pohotovostech v důsledku častých zranění z napadení a to častěji než obecná populace. Také další studie upozorňují na vysoký výskyt násilného chování mezi uživateli metamfetaminu. Zweben a kol. uvádí, že v léčbě závislosti MA bylo mezi pacienty 43 %, kteří uváděli historii násilných trestných činů nebo problémy s kontrolováním násilného chování (Cartier, Farabee, & Prendergast, 2006; von Mayrhauser, Brecht, & Anglin, 2002; Zweben et al., 2004).

#### **2.1.4 Metamfetamin v kontextu českého prostředí**

Metamfetamin má na české drogové scéně jedinečné postavení (Gabrhelík et al., 2010). Podle české výroční zprávy o stavu ve věcech drog, je ze skupiny drog amfetaminového typu v České republice užívám téměř výhradně metamfetamin. Jak uvádí tabulka č.1, v roce 2015 bylo v ČR odhadnuto 46,9 tisíc problémových uživatelů nelegálních návykových látek a z toho téměř 73 % (34,2 tisíc) tvořili uživatelé pervitinu. V kontaktu s nízkoprahovými programy bylo 41 tisíc uživatel drog a nejčastěji se jednalo právě o uživatele pervitinu. Z dlouhodobého hlediska je patrný postupný nárůst problémových uživatelů pervitinu, přestože v posledním roce došlo k mírnému poklesu. Pervitin se v českém prostředí vyrábí převážně v menších varnách situovaných v obytných objektech a jako hlavní prekurzor je používán Pseudoefedrin, který je extrahován z léčiv dovážených především z Polska.

Velkoobjemová výroba je doménou organizovaných skupin původem z Vietnamu (Mravčík et al., 2016).

Tabulka č. 1: Odhadovaný počet PUD v ČR v r. 2015, zobrazeno podle krajů (Mravčík et al., 2016, str. 96)

Kraj	Celkem PUD		Uživatelé opioidů				Uživatelé pervitinu	IUD
	Počet	Na 1 000 osob 15–64 let	Heroin	Buprenorfin	Jiné opioidy	Celkem		
Hl. m. Praha	14 900	17,58	3 000	5 300	400	8 600	6 300	13 500
Středočeský	2 400	2,72	100	500	<50	600	1 800	2 100
Jihočeský	2 900	6,80	100	300	200	500	2 400	2 800
Plzeňský	2 000	5,21	100	100	200	300	1 700	2 300
Karlovarský	1 500	7,42	<50	<50	<50	100	1 400	1 400
Ústecký	6 000	10,90	400	400	<50	900	5 100	5 800
Liberecký	2 500	8,58	<50	<50	<50	<50	2 500	2 300
Královéhradecký	1 000	2,64	<50	100	<50	100	800	1 400
Pardubický	400	1,25	<50	<50	<50	<50	400	400
Vysočina	1 000	2,82	<50	<50	<50	100	900	800
Jihomoravský	3 300	4,26	600	<50	100	700	2 600	2 800
Olomoucký	2 600	6,05	100	<50	<50	100	2 500	2 200
Zlínský	1 900	4,88	<50	<50	100	100	1 800	1 700
Moravskoslezský	4 700	5,75	200	300	100	700	4 100	4 400
<b>Celkem ČR</b>	<b>46 900</b>	<b>6,68</b>	<b>4 500</b>	<b>7 100</b>	<b>1 100</b>	<b>12 700</b>	<b>34 200</b>	<b>43 900</b>

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2016b)

### 2.1.5 Léčba uživatelů MA

V oblasti systému adiktologické péče pro uživatele návykových látek nejsou v České republice zavedeny specifické programy pro uživatele metamfetaminu. V rámci harm reduction služeb můžeme za specifickou intervenci pro uživatele MA považovat distribuci želatinových kapslí, které slouží pro aplikování metamfetaminu *per os* (Mravčík et al., 2016). Jak uvádí Gabrhelík a kol. (2010), hlavní charakteristikou léčby závislosti na metamfetaminu je to, že je vedena pouze abstinenční formou. Substituční léčba závislosti na stimulantech je v České republice stále nedostupná a to i přes to, že z výzkumů vyplývá, že by byla přijatelným typem léčby pro část problémových uživatelů pervitinu (Mravčík et al., 2016).

## 2.2 Vývojový přístup rozvoje závislosti

Je obecně uznáváno, že závislost je chronický, opakující se stav, který často překlenuje celá desetiletí života jedince, pozornost je tedy stále více zaměřována na přijetí dlouhodobé péče a kontinuity modelů péče pro porozumění a léčbu závislosti na návykových látkách. Také výzkum zneužívání návykových látek se snaží o zaujímání dlouhodobé perspektivy. U většiny uživatelů návykových látek se často vyskytují přidružené problémy v sociální, zdravotní nebo trestní oblasti, čemuž odpovídá nahlížení na povahu drogové závislosti perspektivou životního cyklu (life course), která využívá komplexnějšího - integrovaného či systémového přístupu a bere v úvahu rozmanité faktory, které přispívají k abstinenci, přetrvávání v užívání návykových látek po značnou část života anebo k relapsu. Tento přístup může být užitečný nejen vzhledem ke komplexní povaze zneužívání návykových látek a její dynamickou souhru s různými sociálními systémy, ale doplňuje posun v paradigmatech léčby a výzkumu krátkodobého nebo epizodického užívání a léčby na dlouhodobější vývojové vzorce chování a výsledky léčby v průběhu času a zohledňuje faktory, které mohou tyto systémy tvarovat nebo jimi být tvarovány (Teruya & Hser, 2010).

### 2.2.1 Životní cyklus

Perspektiva životního cyklu je multidisciplinární kategorií, která má své kořeny ve společenských vědách a zahrnuje myšlenky a empirická pozorování z různých oborů, včetně biologie, sociologie a historie. Nejedná se tedy pouze o teorii, nýbrž o způsob myšlení a studování lidských životů a jejich rozvoj. Pojem životní cyklus znamená více než jen trvání existence člověka, tedy více než jen čas mezi jeho narozením a smrtí a odkazuje na posloupnost věkových kategorií a sociálních rolí, které jsou společensky uznávány a očekávány vzhledem k dané věkové kategorii. Různé etapy života jsou od sebe typicky odděleny předem definovanými přechody a jsou uspořádány tak, že určité události mají předcházet jiným. V praxi se však často stává, že uspořádání těchto událostí je převráceno (Benson, 2013). Perspektivu vývoje životního cyklu stále častěji využívají kriminalisté ke studiu kriminální kariéry. Se zaměřením na vývojová stadia a formy chování v průběhu života, s přihlédnutím k individuálním a environmentálním faktorům, které mohly pachatele formovat, což jsou informace nezbytné pro pochopení vytrvalosti, anebo změny v chování (Teruya & Hser, 2010).



Klíčové pojmy životního cyklu zahrnují vývojové trajektorie, přechody a body zvratu a jejich vztah k sobě navzájem. Trajektorie jsou vzájemně závislé sekvence událostí v různých oblastech života (užívání návykových látek, páčání trestné činnosti, oblast duševního zdraví, zaměstnání, ap.). Přechody jsou změny ve fázích nebo rolích (např.: ženatý x rozvedený, zaměstnaný x ztráta zaměstnání), které jsou krátkodobé. Některé, ale ne všechny přechody vedou k bodům zvratu, které předznamenávají dlouhodobou změnu chování – trajektorie (Jessup et al., 2014; Teruya & Hser, 2010).

### **2.2.2 Vývojový koncept životního cyklu**

Přestože o vývoji a růstu, se tradičně přemýšlí především v souvislosti s dětstvím a dospíváním, perspektiva životního cyklu předpokládá, že stárnutí se neodehrává jednoduše za nějakým libovolným bodem v životě, ale spíše, že stárnutí a vývoj jsou nepřetržité procesy a tedy ani dospělost není statickou neměnnou podmínkou. I v dospělosti lidé procházejí nepřetržitými biologickými, psychologickými a sociálními změnami, přestože pomaleji než děti a dospívající (Benson, 2013). Načasování a posloupnost vývojových přechodů po celou dobu života, je důsledkem toho, že věkové a společenské normy jsou spojovány s určitými věkovými stupni, takže mohou ovlivnit, jak se člověk přizpůsobuje a naopak, jaký vliv to má na jeho životní styl. Jednotlivci jsou ovlivňováni různými věcmi v různých fázích života, zejména proto, že stárnou a tím se jejich role mění, ze studentů se stávají zaměstnanci, partneři nebo rodiče apod. Subjektivní význam zkušeností a souvisejících důsledků, jako užívání drog nebo trestná činnost, se mohou podle věku a životních zkušeností lišit po celou dobu života (Teruya & Hser, 2010).

### **2.2.3 Trajektorie životního cyklu**

Životní cyklus lze definovat jako soustavu vzájemně propojených trajektorií (drah). Trajektorie jsou přitom sekvencí vzájemně propojených bodů, v oblasti chování nebo zkušeností. Výzkumy se obvykle zaměřují především na trajektorie v biologické, psychologické a sociální oblasti lidského chování a fungování. Trajektorie v těchto oblastech jsou úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují. Biologický vývoj může ovlivnit naše psychologické a sociální trajektorie, což Benson (2013) uvádí na příkladu dospívajících dívek, jelikož dívky se rodí jako biologické bytosti bez schopnosti reprodukce a tuto

schopnost získávají až v pubertě. Puberta tedy tvoří biologický přechod, který má ale důležité přesahy do psychologické a sociální oblasti. Vzrůstající hladiny hormonů, které jsou vyplavovány v tomto období, mohou způsobovat prudké změny nálad, což u některých dívek může vést k depresím a úzkostem. Puberta tedy může zasáhnout do psychologických trajektorií mladých žen, což může ovlivnit výkon ve škole a tím pádem změnit jejich vzdělávací trajektorie. Také sociální události mohou naopak ovlivňovat psychologické a biologické trajektorie, v podstatě tedy trajektorie napříč různými oblastmi lidského chování a fungování vyvolávají vzájemné interakce.

Také Teruya a kol. (2010) zdůrazňuje ve studii drogových trajektorií důležitost komplexního zkoumání, s ohledem na rozmanité a neustále se měnící vlivy, vzájemných souvislostí mezi užíváním drog a dalšími trajektoriemi v průběhu životního cyklu. Celá řada faktorů, včetně časování, posloupnosti životních událostí, individuálních charakteristik, společenského a historického kontextu, mají vliv na trajektorie užívání drog a body obratu nabízí potenciálně plodné oblasti pro výzkum, který může zvýšit naše chápání toho, proč a jak uživatelé drog přestávají užívat v dlouhodobém horizontu. Pochopení faktorů a procesů, které ovlivňují přemýšlení o rozhodování uživatel k tomu přestat užívat návykové látky nebo hledat léčbu, může pomoci k vytváření a zavedení účinnějších intervenčních strategií.

#### **2.2.4 Body zvratu**

Bod zvratu (bod obratu, zlomový bod, rozhodující okamžik) je klíčovým konceptem ve vývojovém přístupu životního cyklu, často zahrnuje určitou událost, zkušenost nebo vědomost, které vedou ke změnám ve směru nebo trvalému přesměrování trajektorie v dlouhodobém horizontu, liší se tedy od dočasné změny nebo pouze kolísání v chování. Koncept bodů obratu, podle vzoru, kterým je uplatňován v oblasti společenských věd anebo vývoje kriminální kariéry, zvýšila povědomí o událostech a procesech, které mohou vyvolat přesměrování životní dráhy v průběhu času a mohou být podobně cenné při aplikaci na trajektorie užívání drog - iniciace, zvýšení užívání, pravidelné užívání, abstinence a relaps (Y.-I. Hser, Longshore, & Anglin, 2007). Porozumění drogovým trajektoriím může být obzvláště cenné při poskytování informací o komplikovaných procesech změn u dlouhodobých uživatelů drog a zjištění, proč například stejná životní událost (získání

zaměstnání či rodičovství) představuje bod zvratu - výrazného nárůstu nebo poklesu v užívání drog, pro některé, ale ne pro ostatní uživatele (Teruya & Hser, 2010).

### **2.2.5 Drogová trajektorie versus drogová kariéra**

Existuje mnoho lidí, užívajících návykové látky, které užívají a po nějaké době přestanou, určitá část z nich se ale stane častými uživateli a někteří z nich také problémovými a závislími. Problémoví a závislí uživatelé mají často tendenci přetrvávat v užívání drog po značné období jejich života (K. Chen, Kandel, & Davies, 1997; Y.-I. Hser et al., 2007, p. 200). Ve své dřívější publikaci Hser a kol. (1997) definovali drogovou kariéru jako proces, ve kterém je užívání návykových látek často stupňováno na závažnější úroveň a opakuje se v cyklech ukončení užívání a následných relapsů, které se vyskytují po delší dobu a které je vhodné studovat prostřednictvím dlouhodobého a dynamického přístupu (Y. I. Hser, Anglin, Grella, Longshore, & Prendergast, 1997).

V jedné z dalších publikací (2007), se však vymezují proti používání pojmu drogová kariéra a uvádí důvody, které poukazují na nevhodnost používání tohoto termínu, což podporují v několika bodech a to, že: (a) terminologie kariéry užívání drog nebo kariéry léčby má nežádoucí konotace, protože může být chápáno spíše jako něco, co by se mělo hledat a podporovat; (b) byla zjištěna značná rozdílnost modelů užívání návykových látek v průběhu života a potřeba brát v úvahu také další faktory jako historické kontexty, sociální prostředí a v neposlední řadě rozdíly mezi jednotlivci, (c) teoretický vývoj v jiných oborech může být inspirativním pro studium drogové závislosti, koncepty a metody používané v jiných oborech mohou být užitečné a použitelné při vytváření rámce užívání drog v průběhu života a mohou obohatit perspektivu užívání návykových látek v životním cyklu odhalováním dynamiky trajektorií užívání NL v průběhu života a přechodů a to včetně kontaktů s různými službami, ke kterým dochází v rámci těchto trajektorií (Y.-I. Hser et al., 2007).

### **2.2.6 Drogové trajektorie různých látek**

Zatímco závislost na heroinu se vyznačuje dlouhou dobou pravidelného užívání, přetrvávajícího v průběhu života, průběh užívání stimulantů je méně zřejmý. Hser a kol (2008) analyzovali dlouhodobé trajektorie uživatelů heroinu, kokainu a metamfetaminu.

Bylo zjištěno, že pokračující užívání během prvních deseti let od zahájení, vykazaly všechny tři látky, přičemž heroin na nejvyšší a kokain nejnižší úrovni. Všechny zkoumané látky mají tedy potenciál být přetrvávajícím problémem, který se objevuje po značnou část života jedinců, což poukazuje na chronickou povahu závislosti. Ve studii bylo dále identifikováno pět skupin, charakteristických z hlediska intenzity užívání v průběhu let, uživatelé vykazovali (a) konzistentně vysoké užívání, (b) zvyšující se užívání, (c) klesající užívání, (d) střední užívání a (e) nízké užívání. Také v tomto ohledu se trajektorie lišily dle užívané látky, uživatelé heroinu byli neúměrně zastoupeni v kategorii trvale vysoké intenzity užívání a téměř absenovali v kategorii trvale nízké frekvence. Uživatelé metamfetaminu a kokainu byli nejvíce zastoupeni v kategorii konzistentně středního užívání, a na rozdíl od uživatelů heroinu, u nich bylo pozorováno také epizodické či víkendové užívání.

Uživatelé, kteří spadali do kategorie vysokého užívání, obvykle začínali s užíváním v mladším věku, měli kriminální anamnézu a byli nezaměstnaní. Některé skupiny začínaly na vysokých dávkách a byly schopny postupného snižování, byly to pravděpodobně ženy, které dříve absolvovaly léčbu a lépe v ní prospívaly. Kriminální kariéra byla spojena s kratším časem nástupu relapsu a rychlejšímu nástupu pravidelného užívání a vedla k delší době užívání. Autoři studie v závěru upozorňují na omezení studie, jelikož se nemuselo jednat o reprezentativní vzorek a také nebyly sledovány sekundární drogy, nicméně doporučují, že léčebné programy a služby pro uživatele drog by v praxi měli znát a přizpůsobit se specifickým vzorcům a potřebám uživatelů různých drog, přičemž by si měli také uvědomovat, ve které fázi životního cyklu se nacházejí (Y.-I. Hser, Huang, Brecht, Libo Li, & Evans, 2008).

Hser a kol. (2005) uvádí další příklady faktorů, charakteristicky souvisejících s určitými návykovými látkami z hlediska dlouhodobého užívání. Jedná se například o věk, kdy užívání marihuany nebo metamfetaminu se zdá mít se zvyšujícím se věkem uživatelů klesající tendenci, zatímco užívání heroinu přetrvává nebo se zvyšuje (Y.-I. Hser, 2002). V další studii bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů starších padesáti let stále užívali heroin, v anamnéze měli 30 až 40 let užívání heroinu a různě dlouhá období dočasných abstinencí (Y.-I. Hser, Hoffman, Grella, & Anglin, 2001; Y.-I. Hser, Longshore, Brecht, & Anglin, 2005).

## 2.3 Drogové trajektorie uživatel metamfetaminu

V následujícím textu se pokusíme představit charakteristiky uživatel metamfetaminu a jejich drogové trajektorie, včetně jednotlivých stádií a bodů zvratu, které vedou k přesměrování těchto trajektorií z dlouhodobého hlediska.

### 2.3.1 Charakteristiky uživatelů metamfetaminu

Bylo zjištěno, že existují určitá specifika, kterými se uživatelé metamfetaminu liší od uživatelů jiných návykových látek, například jejich průměrný věk je zhruba o čtyři roky nižší než věk uživatelů opiátů a jsou častěji svobodní a bezdětní. Také se u nich, v porovnání s uživateli opiátů, vyskytuje větší psychická a emoční labilita, výskyt depresí a úzkostí, sebevražedných myšlenek a další psychiatrické komplikace (např. schizofrenie, toxická psychóza, poruchy příjmu potravy), z hlediska fyzického zdraví bývá jejich zdravotní stav, s výjimkou stomatologických problémů, lepší (Maxwell, 2014; Mravčík et al., 2009).

Mezi uživateli MA je časté polyvalentní užívání, v českém prostředí se jedná nejčastěji o kombinace s konopnými látkami, alkoholem a opiáty, častý je také výskyt patologického hráčství (Mravčík et al., 2009). Baker a Lee (2003) uvádí kombinace metamfetaminu zejména s benzodiazepiny, které slouží jako sebe-medikace psychických problémů plynoucích z užívání MA, a dále s opiáty, které bývají užívány jako náhrada v případě nedostatku stimulantů. Další autoři uvádějí významnou souvislost mezi každodenní intoxikací alkoholem a užíváním metamfetaminu. Autoři předpokládali, že těžcí pijáci mohou užívat metamfetamin pro potlačení nedostatků výkonu, v důsledku tlumícího účinku alkoholu na centrální nervový systém (Furr, Delva, & Anthony, 2000). V důsledku častého výskytu polymorfního užívání bylo doporučeno, aby při individuální práci bylo dostatečně zohledňováno (Baker & Lee, 2003).

Určitá specifika jsou patrná také s ohledem na pohlaví uživatelů. Ženy vykazují více komplikací v oblasti duševního zdraví, zejména zvýšenou úzkost a deprese, nižší sebevědomí a častěji než muži byly sexuálně zneužívány v dětství i dospělosti, mnohdy pracují v sex byznyse a metamfetamin užívají jako formu sebe-medikace a také pro jeho stimulační účinky - aby jim pomohl zvládat mnoho povinností a vyčerpání, nebo kvůli ztrátě hmotnosti (Dluzen & Liu, 2008; Maxwell, 2014; Shannon et al., 2011).

### 2.3.2 Stádia drogových trajektorií uživatel MA a body zvratu

V následujícím textu se pokusíme popsat jednotlivá stádia trajektorií uživatelů metamfetaminu a body zvratu, které přispívají k (a) iniciaci užívání, (b) zvyšování a (c) snižování užívání, (d) abstinenci a (e) relapsu.

#### 2.3.2.1 Začátek užívání MA

Literatura uvádí několik motivů, pro které začíná být metamfetamin obvykle užíván, jsou to zejména funkční či rekreační účely, v některých případech nahrazuje jinou návykovou látku (Boeri, Harbry, & Gibson, 2009; Lende, Leonard, Sterk, & Elifson, 2007).

##### Funkční užívání metamfetaminu

Do funkčního užívání řadí autoři (2007) motivy pro: (a) Zvýšení kvality - respondenti uváděli, že jakmile začali užívat metamfetamin, výrazně se zlepšila kvalita jejich práce, ovšem s pokračujícím užíváním se kvalita snižovala; (b) Zvýšení produktivity – tedy zvýšení množství nikoliv kvality práce, respondenti tedy mohli pracovat více hodin, ovšem znovu uváděli, že jakmile se užívání stalo chronickým, ani produktivita nezůstala vysoká; (c) Normální fungování – bylo uváděno v souvislosti s širším kontextem studie, která byla realizována v příměstském prostředí a normální fungování zde bylo definováno jako zvládání každodenních povinností, spojených s příměstským životem, tedy aby zvládali chodit do práce, vracet se domů ve stavu, kdy budou schopni ještě uklidit dům, postarat se o rodinu a dům, uvařit a ještě se u toho cítit dobře. K často užívaným motivům užívání MA patřila také (d) ztráta hmotnosti, a to zejména u žen (Shannon et al., 2011).

##### Rekreační užívání metamfetaminu

Zde byly uváděny motivy, jako: (a) Bavit se a vychutnat si přítomný okamžik; (c) Relaxace nebo (b) Zapadnout do sociální skupiny. Zvláštní podskupinou, která byla také zařazována do této kategorie bylo (c) užívání jako sebe - medikace, kdy uživatelé zdánlivě užívají pro rekreační účely, ovšem ve skutečnosti látka slouží jako náplast na psychologickou - emoční bolest (Lende et al., 2007).

### *Specifika příměstských uživatel metamphetamine*

Boeri et al. (2009) uvádí příklad drogových trajektorií příměstské populace v jihovýchodní části USA, kde tvoří velmi specifickou podskupinu uživatel, která se od populace městské, která je nejčastěji podrobována zkoumání, v řadě charakteristik liší. Uživatelé na předměstí uváděli, že k užívání metamphetamine se nejčastěji se dostali v práci, skrze rodiče, či jim ho nabídl dealer, který jim poskytoval jiné návykové látky – nejčastěji marihuanu. To, že uživatelé se dostávají k užívání metamphetamine poprvé od přátel, sousedů či partnerů je běžné, ale to, že se k užívání dostali v práci, se zdá být specifické pro tu příměstskou oblast, jako třeba i užívání rodičů, že jako děti někde našli jejich dávku (Boeri et al., 2009). V městských oblastech je užívání MA spojeno s rekreačním užíváním v nočních a gay klubech a je často spojeno s bezdomovectvím, chudobou a nezaměstnaností, což platí i pro část příměstské populace oblastech (Haight et al., 2005), ovšem uživatelé MA na předměstí jsou charakterizováni jako velmi rozmanitá populace, s různým socio-ekonomickým postavením. Některé vzorce užívání příměstské populace jsou tedy shodné s městskou populací, ale některé jsou typické jako zvládání rodinného životního stylu a ztráta zaměstnání nebo jiné finanční problémy mohou být bodem zlomu pro ztrátu kontroly nad užíváním nebo následně pro relaps (Boeri et al., 2009).

#### **2.3.2.2 Zvyšování užívání MA**

Jako motivy pro zvyšování užívání MA uvádí Boeri a kol. (2009): (a) zvýšení tolerance – kdy pro dosažení stejného účinku uživatelé potřebovali větší množství, (b) přechod na injekční formu aplikace, (c) potíže v rodině nebo v práci, (d) psychické nebo emocionální obtíže, (e) snadnější přístup k droze – například partnerky dealerů, (f) smrt nebo nemoc milovaného člověka, (g) historie sexuálního zneužívání v dětství nebo mladé dospělosti. Uživatelé, kteří pokračovali v užívání nebo zvýšili dávky či frekvenci, byli spíše starší a dlouhodobí uživatelé a vykazovali více nežádoucích účinků plynoucích z užívání (Sexton, Carlson, Leukefeld, & Booth, 2008).

#### **2.3.2.3 Snižování užívání MA**

Snižování užívání MA bylo nejčastěji uváděno: (a) v souvislosti se změnou legislativy, kdy docházelo k (b) nedostatku prekurzorů pro výrobu, tedy zejména omezení prodeje

Pseudoefedrinu a dalších látek, (c) otěhotnění uživatelky, což v některých případech motivovalo také partnery, (c) nárůst rodinných povinností, například péče o partnerovo dítě z předchozího vztahu, či dítě sourozence, (d) zdravotní komplikace, jako lokální bakteriální infekce v důsledku špatné aplikace, ale také infekční onemocnění typu HIV, VHC apod., kdy v důsledku špatné životosprávy – nedostatečný příjem potravy a spánku, hůře dochází k úzdavě (Sexton et al., 2008).

#### **2.3.2.4 Abstinence**

Motivy a body zvratu, které směřovaly uživatele k abstinenci, jsou pravděpodobně nejprozkoumanější oblastí drogových trajektorií uživatelů metamfetaminu. V následujícím přehledu se pokusíme představit nejčastěji uváděné.

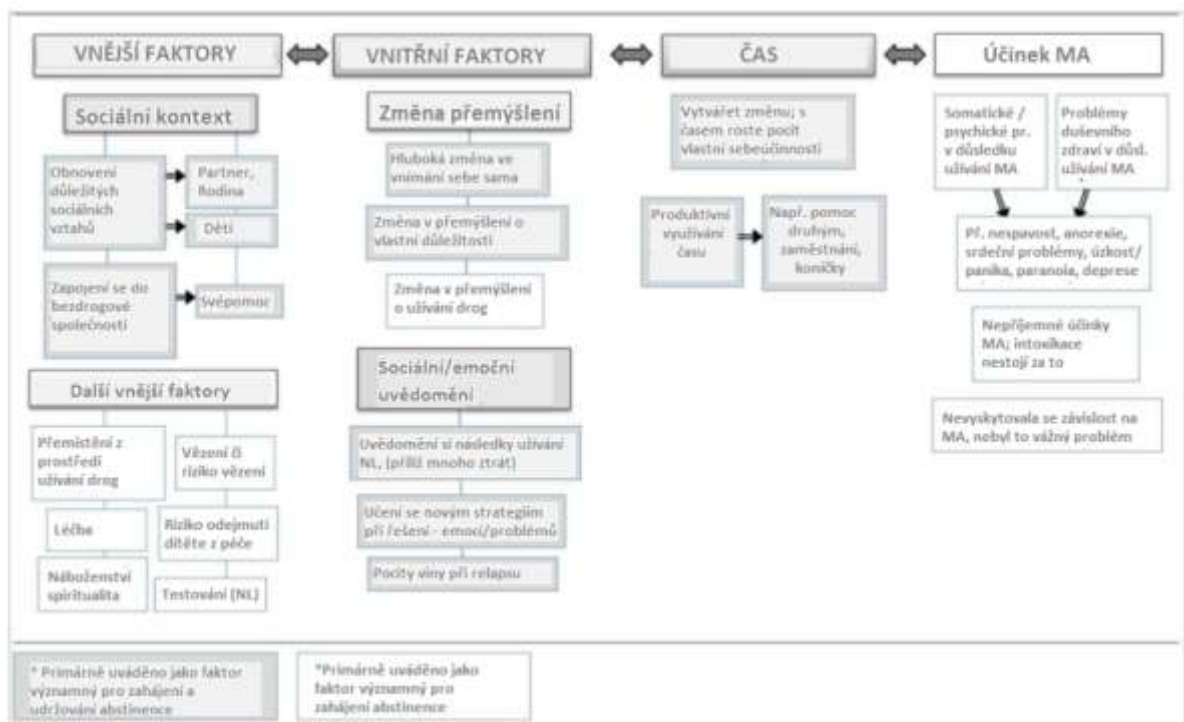
Obongo a kol. (2017) uvádí 10 témat, popisujících motivaci pro ukončení užívání metamfetaminu, tato témata rozděluje do čtyř zastřešujících oblastí. (a) Citlivost vnímání, která se projevovala (1) učením se od ostatních, uživatelé začali vnímat rizika užívání MA, které vidali u ostatních uživatel, jednalo se zejména o zkušenost s uvězněním, zdravotními problémy a smrtí, často také sebevražda přátel, (2) učením se od sebe sama, vlastní zkušenost a uvědomění si špatného zdravotního stavu, rizikového sexuálního chování, uvěznění nebo problémy ve vztazích a jejich možné příčiny v užívání. (b) Vnímání závažnosti, kam byla zařazen (3) strach ze smrti a (4) pokles zdraví a nevratné zdravotní komplikace. Další oblastí, jsou (c) Vnímané benefity, které získají abstinencí: (5) obnovení vztahu s rodinou, (6) začlenění se do společnosti – možnost vydělat si peníze a koupit si dům, (7) znovuzískání vlastní úcty. V poslední oblasti nazvaná (d) Podněty k akci a jsou uvedeny témata (8) dotek dna – kdy uživatelé ztratili už úplně všechno, (9) otěhotnění a (10) objevení Boha (Obong'o et al., 2017).

Další kolektiv autorů (2014) se zabýval studiem vzorců užívání metamfetaminu, procesem úzdavy a zkoumáním faktorů, které usnadňují anebo naopak brání abstinenci, z pohledu klientů dlouhodobě závislých na MA. Předpokládalo se, že tyto faktory se budou lišit podle toho, zda uživatelé podstoupili či nepodstoupili léčbu, do studie tedy byli zařazeni respondenti z obou skupin. Bývalí uživatelé v průběhu osmi let popisovali zkušenosti a motivace, díky kterým byli schopni iniciovat a udržet abstinenci. Byla hlášena řada



zkušeností od mírných po silně destruktivní onemocnění, ztráty významných vztahů, hluboké změny uvnitř jejich osobnosti, někteří respondenti uváděli, že byli opravdu zlí lidé. Krátce před zahájením abstinence se u uživatelů vyskytovaly závažné sociální a zdravotní problémy. Níže je uvedeno schéma (obrázek č. 2), které popisuje výsledky této studie a zobrazuje uvedené motivy (Herbeck, Brecht, Christou, & Lovinger, 2014).

Obrázek č. 1: Nejčastěji uváděné vnitřní a vnější motivy pro abstinenci (Herbeck et al., 2014)



Existuje řada dalších motivů a situací, které mohou směřovat uživatele metamfetaminu k abstinenci. Vedle závažných zdravotních, emočních a sociálních důsledků plynoucích z dlouhodobého těžkého užívání drog, byly uváděny i případy, kdy se například uživatelé podívali do zrcadla a nelíbilo se jim, co viděli, tak řekli dost a přestali užívat, nedobrovolně překonali „absták“, vstoupili do nějakého léčebného programu (i svépomocného) a nebo nahradili metamfetamin jinou látkou, nejčastěji marihuanou a alkoholem (Boeri et al., 2009; Sexton et al., 2008).

### **2.3.2.5 Relaps**

Boeri a kol. (2009) uvádí rozmanité důvody pro relaps od prodělání (a) sociálního traumatu, nepřijetí společností, kdy metamfetamin může být následně použit jako (b) sebe-medikace psychických a emočních potíží, někteří uživatelé mohou MA vnímat jako (c) odměnu za dobré chování, věří, že dokážou užívat kontrolovaně užívat. Na řadu abstinujících uživatel může také působit (d) vliv přátel nebo spolupracovníků, se kterými dříve užívali a (e) potřeba energie, (f) zjištění nevěry partnera, (g) smrt někoho blízkého anebo (h) užívání jiných návykových látek (včetně alkoholu a marihuany), které vedly zpátky k užívání MA, zde uvedeme příklad dvou respondentů, na které ovšem užívání dalších látek působilo opačně. První z respondentů uvedl, že jakmile se napije alkoholu, automaticky dostane chuť na MA, zato druhý respondent uvedl, že nemá carving, ale pokud by si nemohl dát pár piv, mohl by být v pokušení (Boeri et al., 2009).

Naopak existují strategie, které abstinujícím respondentům pomáhají zamezit relapsu. Jedná se například o vyhýbání se místům, kde dříve fetovali, zaměstnávání mysli při bažení (péče o děti, sport, práce, koukání na televizi), vytvoření podpůrné sítě přátel a blízké rodiny, a i zde se objevovalo užívání náhradních látek – alkoholu, marihuany a opioidů anebo naopak abstinence od všech návykových látek (Sexton et al., 2008).

## **2.4 Kontaktní centra**

V další části se budeme věnovat tématu nízkoprahových kontaktních center, ve kterých byl následně realizován kvalitativní výzkum. Přestože služby harm reduction jsou klíčovou součástí práce s klienty v rámci k-center, v tomto textu bude naše pozornost zaměřena na poradenskou a motivační práci vedoucí ke změně životního stylu.

### **2.4.1 Charakteristika klientů KC**

V roce 2016 byl realizován průzkum Multiplikátor 2016, jež je, formou průřezového dotazníkového šetření, realizován každé 2–3 roky za účelem odhadu problémových uživatelů drog. Zúčastnilo se jej 38 kontaktních center ze všech krajů ČR a soubor tvořilo celkem 1079 klientů, z toho bylo 71,7 % mužů a průměrný věk činil 33,6 roku. Většina

respondentů byla uživateli pervitinu (87,3 %), dále bylo uváděno užívání buprenorfinu (12,1 %) a heroinu (4,8 %). Oproti výsledkům studie z roku 2013, vzrostl podíl uživatelů pervitinu a klesl podíl uživatelů heroinu a buprenorfinu. Injekční aplikaci v posledních 30 dnech uvedlo 90,3 % souboru a užití surového opia v posledních 12 měsících 19,0 % klientů a nové syntetické drogy 9,1 % (Mravčík et al., 2016).

#### **2.4.2 Principy práce v rámci k-centra**

Práce s klienty v rámci kontaktního centra je vedena v souladu s principy public health a harm reduction, jejich neodmyslitelnou součástí je tedy výměnný program, edukace a distribuce informací v oblasti snižování rizik. Principy práce dále vycházejí z humanistických přístupů, orientovaných na člověka, které předpokládají, že člověk má v sobě pozitivní potenciál pro změnu a vývoj, a usilují o ovlivnění motivace ke změně životního stylu klientů (Libra et al., 2015).

Kontaktní centra by měla uplatňovat následující principy: (a) nízkoprahovost, tedy dostupnost pro všechny uživatele, bez ohledu na typ užívané návykové látky a osobnostní charakteristiky, (b) anonymita, která je základním předpokladem pro navázání vztahu a zamezuje stigmatizaci, (c) individuální přístup, reagující na aktuální potřeby a specifika klienta, (d) respektování svobodné vůle – klient má právo na životní styl, který si zvolil, (e) bezplatnost, (f) flexibilita, služba by měla reagovat na aktuální změny a revidovat své postupy a pravidla a v neposlední řadě se jedná také o (g) dodržování práv klientů (Sananim - Drogová poradna, 2009).

#### **2.4.3 Poradenství v k-centru**

Již samotný příchod do kontaktního centra může být u mnoha klientů považován jako jeden z významných okamžiků v jejich drogové kariéře. Klienti vstupem do prostor kontaktního centra neformálně deklarují, že patří mezi uživatele drog a že si pravděpodobně uvědomují také různá rizika, která s užíváním návykových látek souvisí, což ale neznamená, že jsou motivováni pro jakoukoliv změnu. Dosažení motivace může trvat i několik let, v některých případech se motivace k abstinenci nemusí dostavit vůbec.

Určitá forma poradenského procesu začíná již samotným vstupem klienta do kontaktního centra. Poradenský proces může postupem času vyústit v intenzivnější poradenství s dostatkem důvěry, což může být jeden z hlediska umožňující klientovi přijmout nabídku další péče – léčby. Cílem poradenství realizovaného v kontaktním centru není dosažení abstinence, ale vedení k postupnému zvědomování si problému s drogami, přebírání odpovědnosti za svoje činy, chování, svůj život a podpora klientových rozhodnutí a posilování motivace ke změně (Broža, 2008).

#### **2.4.4 Předléčebné poradenství**

Mezi specifické cíle kontaktního centra patří mimo jiné pomoci klientům při získávání, udržování a posilování motivace k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci), podporovat při změně životního stylu, připravovat klienty na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče a snaha o minimalizaci neúspěšných a nedokončených léčebných pokusů (Richterová Těmínová, 2008). Práce s motivací je v podstatě základem pro intervence, které vedou klienty ke změnám v chování, nicméně je účinnou nejen při individuální práci s klientem v rámci předléčebného a léčebného poradenství (Dobiášová, Broža, & Kalina, 2008).

Jak uvádí Kalina (Kalina, 2000) předléčebné poradenství je strukturované poradenství, které probíhá formou plánovaných sezení, obvykle individuálních, s frekvencí až několikrát týdně po dobu několika týdnů – do nástupu do léčby. Předléčebné poradenství posiluje účinnost léčby, zejména tím, že zlepšuje přístupnost léčení, podporuje motivaci klienta, vytváří podmínky pro indikaci vhodného typu léčby, urychluje vstup klienta do léčby a zvyšuje schopnost klienta se udržet v léčbě, zapojit a prosperovat v ní. Informace o možnostech léčby a zprostředkování léčby jsou součástí poradenství. Další součástí je tedy i párování potřeb klienta s vhodným, léčebným zařízením (matching), což síť služeb v ČR umožňuje (Richterová, Těmínová, 2008).

Efektivní předléčebné poradenství obsahuje (a) psychologickou podporu, (b) trénink motivace, (c) nasměrování klienta do léčby v zařízení vybraném tak, aby odpovídalo potřebám klienta – tedy párování potřeb klienta s vhodným, léčebným zařízením nebo-li matching (Richterová, Těmínová, 2008), (d) monitorování léčebného procesu a pokroků,

(e) zajištění dalšího kontaktu v případě vypadnutí z léčby. Kalina (2000) také dále zmiňuje faktor přípravy na roli klienta v léčbě – přiznání si problému, schopnost o tom hovořit, akceptuje názory druhých, dokáže vyjádřit vlastní a dodržuje režim. – pokud jsou tyto složky probrány v rámci předléčebního poradenství, snižuje se pravděpodobnost brzkého vypadnutí z léčby. Základním předpokladem úspěchu, je udržet klienta v kontaktu, jelikož dle různých údajů a zkušeností vypadává z předléčebního poradenství více než polovina klientů (značná část hned po prvním nebo druhém kontaktu a další významná část krátce před plánovaným nástupem. Řešení aktuálních problému (vztahových, sociálních, zdravotních) a podpora zvyšuje pravděpodobnost, že klient v předléčebním poradenském procesu vytrvá (Kalina, 2000).

Při výběru vhodné léčby pro klienta je důležité si uvědomit, že mnoho obecných přístupů, které jsou uplatňovány při léčbě závislosti jiných látek, jsou účinné i pro uživatele MA, zejm. motivační rozhovory. Pracovníci by měli pomoci klientům identifikovat jejich konkrétní cíle léčby (redukovat či abstinovat, vyřešit sociální či jiné problémy – zaměřit se na problémy tady a teď, to pomůže k posílení angažovanosti a rozvoji léčebného plánu – některé cíle se mohou změnit v průběhu – potřeba revize – např. uživatelé, kteří se rozhodli pro redukci a je pro ně obtížné to udržet, mohou přestat úplně. Pozornost by měla být věnována také dalším drogám, které uživatel užívá a označuje jako sekundární (Jenner & Lee, 2008).

#### **2.4.5 Motivační rozhovory**

Léčba užívání metamfetaminu by měla být přizpůsobena fázi klienta v ochotě ke změně. Jednotlivé fáze jsou provázány s vhodnými postupy, které mají pracovníci uplatňovat (Jenner & Lee, 2008). Motivační rozhovory vycházejí z Modelu změny (Prochaska a DiClemente).

Motivační rozhovory jsou terapeutickým a komunikačním přístupem, který se zaměřuje na podporu vnitřní motivace u klientů při změně chování. Jedná se o klinicky ověřenou metodu, která je kromě léčby závislostí (sociální a zdravotnická oblast) využívána také například v pedagogice, soudnictví a firmách při změnách v organizacích. Tato metoda vychází z přístupu zaměřeného na klienta a zabývá se zkoumáním a řešením ambivalence, která souvisí s procesy změny a rozhodování – klient chce, ale i nechce. Motivace bývá

velmi proměnlivá a je značně ovlivnitelná pracovníkem, bohužel ale také i v negativním smyslu, pokud pracovník s motivací neumí pracovat. Předpokladem pro úspěšnou práci s motivací jsou zejména schopnost empatického naslouchání, porozumění individuální vnitřní motivaci klienta, podpora jeho schopností, respekt a důvěra, že změny dokáže dosáhnout, stanovení si jasných a reálných cílů (Soukup, 2008).

### Účinné postupy motivačních rozhovorů

Miller a Rollnick (2004) definují osm základních principů, které přispívají ke zvyšování klientovy motivace. (a) Předávání informací a rad – například týkajících se zdravotních důsledků užívání NL, poukazování na souvislosti mezi jeho potížemi a užíváním; (b) Odstraňování překážek – což v kontextu nízkoprahových služeb může znamenat například zajišťování dokladů, doprovázení do různých institucí; (c) Nabídka výběru – terapeut poukáže na různé alternativy zvládnutí problému a nechá na klientovi, aby zvolil ten pro něj nejvhodnější, tím zvýší jeho zodpovědnost; (d) Snižování přitažlivosti – tedy vážení kladů a záporů současného stavu – co mu přináší drogy a co mu přinese, že je nebude užívat a zároveň, co se bude dít, když bude dál užívat ve stejném tempu, důležité je, aby terapeut nebagatelizoval klientovi důvody; (e) Empatie – terapeut musí vyjadřovat podporu a respekt ke klientovi, umět vyjádřit že mu klient není lhostejný, umět naslouchat a pokusit se vidět situaci klientovým očima; (f) Poskytování zpětné vazby – terapeut by měl ale stále zůstat ve své roli a upozorňovat klienta na jeho situaci, zdravotní stav a další. Klient může získat zpětnou vazbu i tím, že si začne zapisovat kdy, jak a v jakých situacích užívá, jak se přitom cítí a zpětně si to přečíst, což může být ještě přínosnější pro něj; (g) Vyjasňování cílů – po poskytnutí zpětné vazby by mělo přicházet stanovování - ujasňování cílů a žádoucího stavu, ke kterému chce klient směřovat, terapeut by měl dohlížet na to, aby cíl byl stále dosažitelný a realistický; (h) Aktivní pomoc – tedy se jedná o aktivní doprovázení klientů do různých institucí, kontaktovat klienta, co se stalo v případě, že by nedorazil na sezení, což zároveň i zvyšuje pravděpodobnost, že klient z léčby nevypadne (Miller & Rollnick, 2004).

## Principy motivačních rozhovorů

Motivační rozhovor je terapeutický přístup, který má pomoci k tomu, aby si klient uvědomil své problémy a rozhodl je řešit. Terapeut tedy pomáhá klientovi, aby se ze stádií prekontemplace a kontemplace dostal do fáze akce. Terapeut by měl ale pouze doprovázet klienta a nepřebírat za něj zodpovědnost a určovat cíle místo klienta. Hlavním cílem motivačních rozhovorů je zvýšit vnitřní motivaci klienta k dosažení změny, tedy že se sám klient chce změnit. Bylo definováno pět základních principů motivačních rozhovorů, jako nejdůležitější je (a) vyjádření empatie – terapeut by měl respektovat klienta a umět vyjádřit pochopení bez odsuzování, kritiky či obviňování; (b) rozvíjení rozporů – tedy mezi tím, čeho chce dosáhnout a tím, co dělá, důležité je, aby sám klient si uvědomil tento rozpor; (c) vyhýbání se sporům, jelikož spor mezi terapeutem a klientem narušuje terapeutický vztah a brání procesu změny, klient se tím dostává do odporu, terapeut by měl změnit způsob vedení; (d) Využití odporu – jestliže klient uvádí argumenty bránící současný stav a tedy proti změně, terapeut by měl s těmito argumenty pracovat a dá jim trochu jiný význam; (e) Podpora důvěry ve vlastní schopnosti klienta – terapeut se snaží zvyšovat sebevědomí a sebedůvěru klienta, že je schopen se svým problémům postavit a zdat je. Klient by měl být chápán jako spojenec, terapeut y tedy měl vyjadřovat ke klientovi respekt a důvěru, že je schopen dosáhnout žádoucí změny (Miller & Rollnick, 2004).

### *2.4.5.1 Cyklický model změny Prochaska a DiClemente*

Téměř každá změna v chování člověka prochází určitými stádii, která se mohou cyklicky opakovat, jde o tzv. kolo změny (wheel of change). Změna je nevyhnutelnou součástí života, ale pouze některé změny jsou ale pod naší kontrolou - některé věci můžeme záměrně změnit - chování, myšlenky, pocity či návyky. Proces změny je každá aktivita, kterou člověk iniciuje, aby mohl změnit své myšlení, pocit nebo chování. Změna je rozvíjena v několika fázích a je důležité identifikovat, ve které fázi se klient nachází. Pokud se rozhodnou ke změně a zároveň na ni ještě nejsou připraveni, je velmi pravděpodobné, že dojde k selhání, naopak však, pokud stráví až příliš mnoho času v jedné fázi, například ve fázi rozhodování, může se celý proces pozastavit na dobu neurčitou, další zásadou pro úspěšnou změnu je fakt, že není možné některé ze stádií přeskočit (Prochaska, Norcross, &

DiClemente, 1995). V následujícím textu jsou uvedeny jednotlivé fáze kola změny, na každou fázi by měl terapeut reagovat specifickým přístupem a uplatňovat různé metody.

#### Prekontemplace „předuvažování“

Klienti v této fázi necítí ve svém životě žádný problém a nemají potřebu cokoliv řešit. Často mohou být tzv. v odporu, tedy popírat problém. Do léčby se tyto klienti mohou dostat v důsledku nátlaku okolí. Pokud je klient v této fázi, je kontraproduktivní jej přesvědčovat o léčbě, jelikož zde je velké riziko, že bude jeho odpor ještě prohlouben, terapeut by měl s klientem probrat jeho životní situaci a poskytnout informace, které ukazují na možný problém – cílem této fáze je dostat klienta do další fáze. Motivační rozhovory jsou vhodným přístupem.

#### Kontemplace (zvažování)

Klient si již své problémy uvědomuje, není si však jist, zda chce stávající stav změnit. Charakteristický je zde ambivalentní postoj „chci a nechci“, kdy na jednu stranu si klient změnu přeje, ale na druhou se mu do ní nechce. Terapeut by měl pomoci klientovi zvážit všechna pro a proti – vytvořit nesoulad mezi tím, jak se klient chová a tím, čeho chce dosáhnout a poukázat na rizika, která hrozí, pokud ke změně nedojde a dodat klientovi důvěru, že je změny schopen. DiClemente uvádí ještě jednu taktiku vhodnou pro tuto fázi, a sice že se terapeut může pokusit argumentovat proti změně a tím v ambivalentním klientovi vyvolá argumenty ve prospěch změny, což pojmenovává jako princip psychické reaktance. Motivační rozhovory jsou v tomto stádiu nejvhodnějším přístupem vůbec.

#### Rozhodování (příprava na změnu)

V této fázi může již být klient motivován pro změnu, ale toto rozhodnutí nemusí být stabilní, proto by se nemělo zapomínat na stálé motivování klienta. Terapeut by měl pomoci klientovi vytyčit reálné cíle a prostředky, které klient využije k jejich dosažení. V této fázi je vhodné využívat KBT metody.



## Akce

Tato fáze může trvat od jednoho dne až po několik měsíců, kdy klient uskutečňuje změnu, pro kterou se rozhodl. Může se setkat s mnoha úskalími, a proto je vhodné, aby byl terapeutem chválen a podporován a tím byla zvyšována jeho motivace. Pokud se úskalí neobjeví, může to také znamenat riziko, jelikož klienti mohou nabýt dojmu, že nepotřebují profesionální podporu a mohou vypadnout z léčby. I zde je vhodné využívání KBT metod.

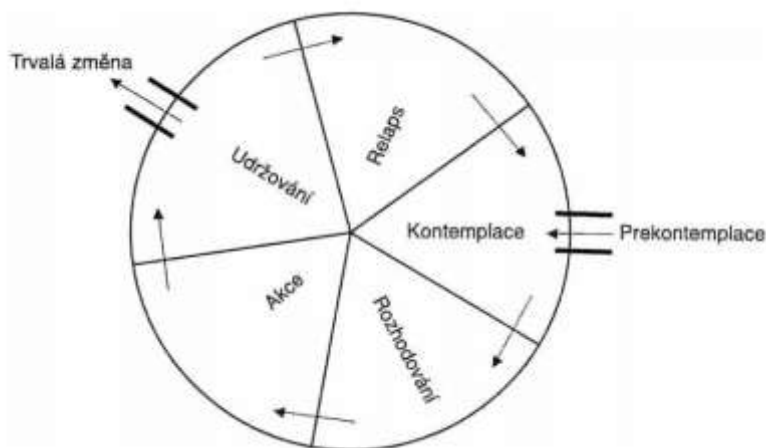
## Udržování změny

V této fázi pracuje terapeut s klientem na udržování pozitivní změny, podporuje ho a motivuje k vydržení a zapojuje techniky prevence relapsu, což je KBT metoda, kdy terapeut učí klienta rozpoznávat rizikové situace a ty zvládat anebo se jim vyhýbat. Terapeut tedy využívá metody KBT a motivační rozhovory.

## Relaps

Fáze relapsu je přirozenou součástí procesu změny, nemusí se ale vyskytnout u každého. Klient se zde částečně nebo úplně vrátí k původnímu problémovému chování. Důležité je však klienta připravit na tuto možnost – zabránit pocitům selhání a ustrnutí v tomto stádiu, aby klient s relapsem dokázal pracovat a byl co nejdříve zpět ve stádiu kontemplace (DiClemente, 2004).

Obrázek č. 2: Kruhový model změny - Prochaska a DiClemente (in Kalina, 2015)



#### **2.4.5.2 Proces změny**

Existuje skupina teorií, které se soustředí na životní cyklus závislosti, který popisují od počátečního osvojení si určitého chování přes rozvoj závislosti až po pokusy o úzdravu a úspěšnost či neúspěšnost těchto pokusů. Některé z těchto teorií se zaměřují na jednotlivé fáze v procesu změny, zatímco další si především všímají mechanismů, které se podílejí na změně motivace a přesvědčení. Osvojení si závislostního chování, rozvoj závislosti, pokusy o úzdravu a úspěšnost či neúspěšnost těchto pokusů se pojí s různými procesy, které mohou být vymezovány a ovlivňovány různými intervencemi.

V rámci teorií fází bylo prokázáno, že fáze, které jsou návazné, vykazují silnější vzájemnou časovou vazbu. Je pravděpodobnější, že klient přejde do fáze „kontemplace“ (úmysl dosáhnout změny v horizontu následujících měsíců, nikoliv však hned příští měsíc, do fáze přípravy – přestat v příštím měsíci, spíše než do fáze akce – realizování konkrétních kroků. U přesunu mezi jednotlivými fázemi byly popsány různé procesy změny. Bylo zjištěno, že u určitých populací a u některých typů závislostního chování mohou na různé fáze působit různé faktory. Vznik závislosti a neúspěšná úzdrava mohou vykazovat vyšší dědičnost než je tomu u iniciace návykového chování. Ve srovnání s úspěšností pokusů o úzdravu hraje zřejmě prožitek pozitivního afektu výraznější roli z hlediska rozhodování o úzdravě a ukazuje se také, že u některých populací a některých závislostí vykazují intervence realizované na úrovni dané populace rozdílné dopady na jednotlivé přechodové fáze a zároveň některé intervence na úrovni populace mohou mít za určitých okolností dopad na více nežli jednu fázi, jako zvýšení nákladů na obstarání si návykové látky či jejich prekurzorů nebo omezení její nabídky, ovšem pouze do určité míry (West, 2016).

#### **2.4.5.3 Faktory významné pro změnu**

Kalina (2015) uvádí faktory – na straně klienta, na straně léčebného zařízení a v průběhu léčby, které mohou být významné pro změnu a predikují k úspěšnosti změny.

Na straně klienta

K nejdůležitějším prediktorům patří (a) věk při začátku závislosti, jelikož při stejném léčebném působení má závislost, která vznikla až po dvacátém věku má až trojnásobně

příznivější prognózu než závislost vzniklá do šestnácti let; (b) délka užívání drog – čím déle trvá, tím obtížnější je dosáhnout a udržet změnu; (c) psychopatologické komplikace – klienti, kteří opakovaně selhávají v léčbě, se častěji vyznačují výraznými emočními a osobnostními komplikacemi jako deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti; (d) kriminální anamnéza – závažnější a opakovaná trestná činnost je často spojována s neúspěchem v léčbě; (e) motivace k léčbě – stupeň motivace při nástupu do léčby významně ovlivňuje setrvání v ní a výsledek, přičemž je uvažována i motivace vnější, tedy např. nátlak okolí – rodina, úřady ap.

### V průběhu léčby

V podstatě se jedná o faktory, které plynou z interakce mezi klientem a léčebným programem, může se tedy jednat zejména o (a) schopnost klienta zapojit se do léčby; (b) jeho postoje k léčbě; (c) problémy s drogami (craving); (d) vztahové problémy, ať už se jedná o navazování vztahů v léčbě, tak i mimo léčebnu a (e) osobní predispozice. Zároveň však, aby mohl mít klient z léčby prospěch, je nutné, aby v ní setrval po co nejdelší dobu, nejlépe aby ji dokončil, jelikož řádně ukončená léčba je považována za nejdůležitější prediktor udržení změny a právě předčasné ukončení léčby, nebo-li drop-out, je v léčbě závislosti velmi častým jevem. Nejčastěji klienti vypadávají v časných fázích léčby, kdy je následně pravděpodobnost návratu k závislostnímu chování nejvyšší.

### Na straně léčebného programu

Přínos léčby pro klienta mohou zvýšit zejména (a) vhodný výběr programu je stěžejním faktorem, který klade zodpovědnost na bedra klíčových pracovníků v nízkoprahových programech a je zde zdůrazňován individuální přístup a plánování, jelikož neexistuje léčba, která by byla vhodná pro všechny typy klientů a zároveň, pokud se tento krok podcení, je možné, že odsune úzdravu klienta o mnoho let; (b) integrita programu – tedy aby program splňoval to, co slibuje a klient přijal program jako odpovídající svým potřebám; (c) terapeutický vztah a styl; (d) přiměřená délka programu; (e) udržení a zapojení klienta do programu; (f) obsah programu – léčebný program by měl nabízet dostatečné podněty pro změnu, za nejvíce efektivní je pokládán intenzivní strukturovaný program, který kombinuje

různé metody; (g) kontinuita péče – následná péče zvyšuje dlouhodobé léčebné výsledky a také může do jisté míry kompenzovat délku léčby, v této souvislosti je zmiňován také vliv předléčebného poradenství, které může zlepšit schopnost a motivaci klienta se do léčby zapojit a vytrvat v ní; (h) realistické plánování – společně s klientem jsou stanovovány cíle a to již od kontaktu v nízkoprahových službách, cíle by měly být realistické a tedy dosažitelné (Kalina, 2015).

#### **2.4.6 Doporučování do různých typů léčby uživatelů MA**

I přes zjevné důkazy o tom, že by substituční léčba pro některé uživatele metamfetaminu byla účinná, je v našem prostředí léčba MA závislosti vedena téměř výhradně abstinčně (Zábranský, 2009). Oproti zahraniční, např. (Lee et al., 2007), nejsou v české odborné literatuře zpracovány doporučení a postupy výhradně pro léčbu uživatel metamfetaminu. V následujících řádcích uvedeme doporučení, která vydávají australští autoři pro práci s klienty užívající MA.

Studie prokázaly, že rezidenční léčba je účinná pouze pro některé uživatele MA, rezidenční léčbu představují jako program založený na principu dlouhodobého strukturovaného programu, kdy je vytvářeno vhodné prostředí pro řešení problému užívání návykových látek. Rezidenční rehabilitace je nejvhodnější zejména pro ty uživatele, kteří mají nestabilní bydlení, či bydlení vůbec nemají, nebo mají špatné či žádné sociální zázemí a opakovaně selhali v pokusech o abstinenci ve svém přirozeném prostředí, případně jsou také polyusers. Tyto programy obvykle zdůrazňují jako cíl abstinenci od všech návykových látek, někteří dokonce vylučují i užívání předepsaných léků, většina to ale dovoluje, jelikož mnoho dlouhodobých uživatel MA mají souběžné duševní problémy a tento přístup může pomoci vyřešit počáteční vysokou míru drop-outů. Tyto programy mohou zahrnovat individuální i skupinové poradenství a psychoterapii. Pracovníci by měli porozumět individuálním rozdílům a odkazovat klienty do konkrétních zařízení, které budou nejvhodněji reagovat na jejich potřeby (Lee et al., 2007).

Hser (2005) uvádí, že téměř všechny studie léčby závislosti návykových látek potvrzují celkovou účinnost pobytových, ambulantních, substitučních a dalších způsobů léčby, avšak příznivý účinek léčby bývá často krátkodobý a relaps je běžnou součástí léčby. Na druhou

stranu, ty studie, které se zaměřují na jednu epizodu léčby, nereagují na její možný dodatečný přínos v případě následné léčby a dále, u některých klientů jsou typické a mohou být nezbytné různé léčebné epizody, k dosažení postupného zlepšování až případné úzdravy – abstinence (Y. I. Hser et al., 1997; Y.-I. Hser et al., 2005; Weisner, Thomas Ray, Mertens, Satre, & Moore, 2003).

## **3 Praktická část**

### **3.1 Cíl výzkumu**

Cílem praktické části této diplomové práce bylo, skrze analýzu polostrukturovaných rozhovorů vedených s pracovníky vybraných kontaktních center, zmapovat současnou obvyklou praxi v práci s uživateli metamfetaminu a specifika přístupu k této majoritní skupině klientů.

Mezi oblasti, které byly mapovány, patří: (a) s jakými typy klientů respondenti pracují, (b) jaké klíčové motivy (body zvratu) vnímají v jednotlivých fázích drogových trajektorií uživatelů metamfetaminu, (c) jak probíhá práce s uživateli metamfetaminu od prvního kontaktu po případný posun klienta do léčby, (d) jaká jsou specifika práce s uživateli MA oproti uživatelům jiných návykových látek.

### **3.2 Výzkumné otázky**

Pro účely výzkumu byly definovány následující výzkumné otázky:

1. Jakou typologii vnímají pracovníci mezi klienty kontaktního centra?
2. Jaké motivy vnímají jako stěžejní v jednotlivých fázích užívání metamfetaminu?
3. Jak probíhá práce s uživateli MA od jejich první návštěvy zařízení po případné zprostředkování léčby?
4. Přistupují pracovníci k uživatelům MA jinak než k uživatelům jiných látek, případně jaká jsou tato specifika?

### **3.3 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor byl tvořen osmi komunikačními partnery (respondenty, informanty) - pracovníky nízkoprahových kontaktních center pro uživatele návykových látek, čtyřmi muži a ženami. Nejedná se o vzorek reprezentativní, ovšem o ten nebylo usilováno. Pokusili jsme se o pestrost výběrového souboru, tím, že byla oslovena kontaktní centra napříč různými kraji České republiky, do výzkumného souboru byly zahrnuty kontaktní centra z krajů Jihočeského, Jihomoravského, Moravskoslezského, Královéhradeckého, Ústeckého,

Vysočiny a hlavního města Prahy. V následující tabulce je uveden přehled komunikačních partnerů včetně jejich pohlaví, délky praxe v oboru a kraje, ve kterém pracují.

Tabulka č. 2: Komunikační partneři - pohlaví, praxe v oboru a kraj k-centra, ve kterém pracují

Komunikační partneři	Pohlaví	Praxe v oboru (v letech)	Kraj
KP 1	Muž	16	Praha
KP 2	Muž	11	Vysočina
KP 3	Žena	9	Moravskoslezský
KP 4	Muž	7	Karlovarský
KP 5	Muž	5	Ústecký
KP 6	Žena	7	Královéhradecký
KP 7	Žena	7	Jihomoravský
KP 8	Žena	2,5	Jihočeský

### 3.4 Metody sběru a analýzy dat

#### 3.4.1 Výběr výzkumného souboru

Výběrový soubor byl zvolen na základě metody záměrného (účelového) výběru, konkrétně byl využit záměrný účelový výběr přes instituce. Jak uvádí Miovský (2006), díky této metodě můžeme zachytit postoj vybraných osob v instituci k zachycení názorů na témata, která jsou předmětem našeho zájmu. V rámci této metody má, podle Miovského (2006), být výzkumný vzorek určen na základě předem určených kritérií. V případě našeho výzkumu se jednalo o kritéria výběru komunikačních partnerů: (a) pracovník pracuje v přímém kontaktu s klienty, (b) má minimální jednoletou praxi v oboru, (c) souhlasí s účastí ve výzkumu.

Instituce, tedy v tomto případě kontaktní centra, byly voleny taktéž metodou záměrného výběru. Ve třech vlnách (listopad 2016, únor 2017 a duben 2017), byla formou emailu oslovena různá kontaktní centra, vždy jeden zástupce z kraje, s výjimkou hlavního města

Prahy, kde byla oslovena 2 zařízení. Kritériem výběru byl v tomto případě pouze souhlas osloveného kontaktního centra s účastí ve výzkumu, konkrétně tedy kladná odpověď na emailovou žádost, v některých případech byl email s žádostí odesílán opakovaně, v první vlně jsme nezískali žádnou odpověď a pokusili jsme se na oslovená zařízení obrátit telefonicky, v dalších vlnách byla návratnost souhlasných emailů mnohonásobně vyšší, takže už jsme žádná další zařízení telefonicky nekontaktovali.

Ve výsledku byla navázána spolupráce se všemi zařízeními, které souhlasily s účastí ve výzkumu. Jednalo se o 9 kontaktních center, ve kterých byly domluveny schůzky k účelu poskytnutí rozhovoru. Výběr komunikačních partnerů byl ponechán na domluvě týmu, pouze se žádostí o respektování požadovaných kritérií. V průběhu rozhovorů došlo k přerušení spolupráce, s žádostí o domluvu náhradního termínu z důvodu časové vytíženosti, jedním komunikačním partnerem. K náhradnímu rozhovoru ale nakonec nedošlo a tak byl nakonec výzkumný soubor tvořen osmi komunikačními partnery.

### **3.4.2 Metoda sběru dat**

Sběr dat proběhl kvalitativní metodou moderovaného rozhovoru, konkrétně se jednalo o polostrukturovaný rozhovor s pracovníky vybraných kontaktních center. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost pokládat doplňující otázky a tím reagovat na momentální situaci a rozvíjet odpovědi na nově se vynořující témata. Na druhou stranu je však postupováno podle určitého schématu, které je společné pro všechny respondenty, což usnadňuje následné zpracování získaných informací (Miovský, 2006).

Rozhovory byly v převážné většině realizovány v konkrétních zařízeních a byly nahrávány na audio záznamník. Ještě před začátkem rozhovoru byl respondenty podepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu, respektive projektu, jelikož výzkum byl realizován v rámci projektu: „Komplexní mapování připravenosti oblastí harm reduction a léčby na výzkum efektivity farmakoterapie a případné zavádění farmakoterapie závislosti na pervitinu v České republice“, pod vedením Mgr. Romana Gabrhelíka, Ph.D.

Ke sběru dat byla použita struktura rozhovoru, který pro účely tohoto projektu vytvořil Mgr. Jiří Brenza. Struktura byla dále doplněna o některá dílčí témata, která obohacovala



původní strukturu podle specifického zaměření této studie. Rozhovory trvaly v rozmezí od 90 do 150 minut, ne všechna témata rozhovoru byla zpracována v rámci této práce.

### **3.4.3 Metoda zpracování a analýzy dat**

Pořízené audio nahrávky byly průběžně přepisovány do textového editoru Word, přičemž bylo využíváno tzv. redukce prvního řádu, tedy v doslovném přepisu záznamu, byly vynechávány například nedokončené věty nebo výpovědi, které se opakovaly nebo nesdělovaly žádnou informaci (Miovský, 2006). Přepsaná data byla následně opakovaně pročitána, systematizována a analyzována.

Analýza dat probíhala pomocí metody zachycování vzorců („gestaltů“), kdy byly v rozhovorech vyhledávány určité opakující se vzorce (témata), a ty byly zaznamenávány. Miovský (2006) uvádí, že se jedná o postup, kdy jsou v datech, v tomto případě v přepsaných rozhovorech, vyhledávány určité obecnější principy, vzorce a struktury, které odpovídají specifickým jevům, vázaným na určitý kontext. Podle těch byly následně vytvářeny určité příběhy, které vyprávěli o zkoumaném jevu a byly průběžně doplňovány údaji z nově analyzovaných dat (dalších rozhovorů), které tyto příběhy rozšiřovaly a potvrzovaly, zároveň byly vyhledávány i ty údaje, které by tyto postupy vyvracely a ukazovaly možnosti jiného postupu. Pro zachování autenticity a co nejpřesnější ilustraci názorů komunikačních partnerů, byly používány citace částí rozhovorů.

## **3.5 Etické aspekty výzkumu**

Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s účelem sběru informací, účelem jejich použití a způsobem ochrany osobních dat. Všichni respondenti podepisovali informovaný souhlas a byli seznámeni s cíly celé práce, s dobrovolností zapojení se do výzkumného šetření a anonymitou. Byla zajištěna ochrana osobních a citlivých údajů, v rámci zachování anonymity jsou uváděny pouze informace týkající se pohlaví, délky praxe a kraji kontaktního centra, ve kterém komunikační partneři pracují.

Výzkum byl financován částečně z vlastních zdrojů a částečně s podporou projektu: „Komplexní mapování připravenosti oblastí harm reduction a léčby na výzkum efektivity farmakoterapie a případné zavádění farmakoterapie závislosti na pervitinu v České

republice“. Veškerá zde uvedená data a informace jsou ale výhradně výsledkem samostatného výzkumu prováděného autorkou práce.

### 3.6 Výsledky výzkumu

Výsledky analýzy dat, v tomto případě tedy transkribovaných polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky vybraných kontaktních center, byly rozděleny do kapitol, které odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám.

#### 3.6.1 Představení klientů vybraných k-center

V úvodu výzkumu bylo důležité zjistit, s jakými klienty se, pracovníci vybraných k-center setkávají. Základně respondenti rozdělovali své klienty podle toho, zda se jednalo o uživatele či osoby blízké, dle pohlaví, užívané drogy, sociální situace, zdravotního a psychického stavu a dalších charakteristik.

Respondenti uváděli, že jejich cílová skupina je velmi široká a různorodá: *„...je to velmi heterogenní skupina. Jsou tam lidi, který bydlej v zahradním domku a vypadaj jako bezdomovci, jsou tam lidi kteří jezdí na rychty a vypadají jako typický toxici a jsou tam lidi který chodí do práce a vypadají jako normální lidi. A ty všichni tam jako jsou a všichni se sem prostě vejdou a každej z nich chce trochu něčo jiného a vlastně něčo trochu stejného..“* (KP2).

#### Základní charakteristiky

Z hlediska základních charakteristik respondenti uváděli, že jejich službu využívá přibližně 1/3 žen: *„...něco mezi 30-40% žen - i jako poměrně velký počet žen..“* (KP7). Shoda panovala také v průměrném věku, který se pohyboval kolem třiceti let: *„...chodí k nám osoby různého věkového zastoupení, můžeme se setkat i s velmi mladým člověkem, třeba 15 nebo pod 15, což se tedy často neděje, ale taky máme klienty, kterým je třeba 55 let, takže tohle je různé, ale ten průměr je nějakých 30, možná trochu víc..“* (KP6).

## Užívaná návyková látka

Některá ze zařízení, měla rozšířenou cílovou skupinu o klienty, mající problém s alkoholem nebo nelátkovými závislostmi, zejména gamblingem. Z hlediska užívaných látek, v některých zařízeních téměř výhradně, dominovali uživatelé pervitinu: *„...Perník, perník, samý perník. Téměř nic jiného vlastně tady v okolí ani neexistuje. Nepochybně jsou tady zřejmě i nějaký lidi, co užívají něco jiného, jako občas, ale ti nejdou přes nás..“* (KP2). Na upřesnění jeden z respondentů uvedl: *„...No ve většině těch měst to tak je, že tam ty opiáty v podstatě skoro nejsou, že jo, že se tam užívá jenom pervitin, ale takový to, ta linie Budějovice – Praha – Ústí, když udělá takhle člověk čáru z toho Afghánistánu do Německa tak tam prostě ty opiáty jsou..“* (KP1), což víceméně korespondovalo s výpověďmi respondentů z těchto krajů, kteří uváděli vyšší podíl opiátových klientů než ostatní respondenti, ale i někteří další respondenti uváděli užívání opiátů mezi jejich klienty.

Velmi často se objevovalo polyvalentní užívání, tedy souběžné užívání více návykových látek, a to nejčastěji užívání pervitinu v kombinaci s dalšími látkami: *„...Mně přijde, že ti perníkáři, když nemají perník, tak si dávají co je prostě..“* (KP8). Nejčastěji uváděnými kombinacemi byly pervitin s marihuanou, alkoholem a gamblingem: *„...Často, často je u pervitinu sekundární droga marihuana a hodně silně jako alkohol, a občas se jako přicucává i s tím gemblingem..“* (KP7); *„...jakoby ta smíchaná závislost je vesměs o alkoholu, gamblingu a pervitinu..“* (KP3); *„...to asi většina pervitinových klientů chodí zároveň do heren..“* (KP6). Byly uváděny také kombinace pervitinu s opiáty, zejména substitučními preparáty a surovým opiem a benzodiazepiny: *„...v létě u nás bývá hojná opiová sezóna, my říkáme, že chodí „na máky“.. u nás překvapivě bývá, že jednak si uživatelé chodí pro Subutexy, Suboxony a zároveň si k tomu ještě užívají pervitin.. což je docela zajímavý, ale je to tak.. Ale nejvíc to jsou u nás pervitinoví klienti, kteří celý rok užívají pervitin a v létě chodí na ty máky.. to si myslím, že osob, který neužívají pervitin, to je pár.. to jsou kusy... a někteří teda jsou tomu pervitinu věrní a někteří.. mixují s tím Subutexem, no..“* (KP6). Názor ohledně kombinování s opiáty však nebyl jednotný: *„...Ne, to opiáty ne, to úplně minimálně, to je spíš jako Rivač nebo nějaký jiný léky..“* (KP7); *„...že by užívali opiáty k tomu.. co já vim, ten alkohol nebo trávu, to oni ani neberou, že by to byla droga a prášky taky, to on si každé někdy zobne, ale na ty opiáty maj názor, že je to hnus a že se jich bojí a tohle..“* (KP8).

## Sociální situace

Také co se týká sociální situace, je klientela vybraných k-center různorodá: „...máme jak kdyby 2-3 typy lidí. Základně jsou to lidi úplně jako bez nějakých závazků, sociálních sítí, sociálních kontaktů, kteří přespávají venku, ani nemají snahu bydlet někde na ubytovně, spíš jako squatují a na káčko chodí třeba denně za hygienickým servisem, za výměnou.. Pak je to klientela, která chodí třeba jenom na výměnu, mají zázemí, mají kde bydlet, mají třeba práci a chodí si jenom jako vyměnit si a potom to jsou lidi, kteří žijí v nějakých uživatelských skupinách, kdy třeba jsou na jednom bytě více uživatelů a.. mají tam různé role, jeden kupuje bedny, druhý jako vaří a jeden z těch 5-6ti má za úkol chodit k nám měnit, to jsou ty velkoobjemové výměny, co sem chodí s těma cestovníma taškama...“ (KP7). Nejčastěji se však jedná o klienty, kteří mají nedostatečné nebo téměř žádné sociální zázemí, osoby bez přístřeší, bez legálního příjmu: „...nemají žádný příjem, vydělávají si žebráním a trestnou činností, mnohdy ani nemají zařízené dávky, nemají kartičku pojišťovny, občanku a takovýchle základní věci, v hodně případech mají pouze základní vzdělání..“ (KP4). Ale mezi klienty se vyskytují zároveň i klienti, kteří: „...přijedou v Jeepu v obleku, s kufříčkem, nějaký manažer, co nám tam hodí na pult kufříček plnej stříkaček..“ (KP6).

## Zdravotní a psychické komplikace

Mezi nejčastěji zmiňované zdravotní komplikace mezi klienty patří podle respondentů abscesy, bércové vředy, drobná zranění a hepatitidy, především typu C. „...z hlediska somatického jako užívání drog tolik somatického jako nepřináší, spíš to způsobuje ten životní styl, jak ty lidi žijou na tom squatu, jak se kolikrát nastřelí za podmínek, které prostě nejsou hygienické, takže s tím souvisejí různé ty abscesy, žloutenky, nakažení se vším možným. A plus takový ty věci, které zase souvisí s tím agresivnějším stylem života, jako že má občas někdo nějakou rozbitou hlavu nebo propíchnutí stehno a takovýchle věci..“ (KP2). Nakažení se HIV se podle respondentů vyskytuje ojediněle: „...Vím o jednom, co je HIV, co jsme testovali, u ostatních to nevychází.. Céčko žloutenku tu má asi tak polovina klientů.. většinou tady docela blbě i fungují ty partnerský vztahy, že se často ty lidi jako střídají víceméně, ty partneři, že někdo chodí tejdén s tím, potom zase s tím a pořád jim nějak

*nemůžeme vysvětlit, že spát s kondomem je normální, pro ně je to překážka, nemaj to rádi..“ (KP8).*

Psychické problémy se mezi klienty objevují velmi často, podle respondentů dochází mezi uživateli často k sebe-medikaci užíváním pervitinu, na druhou stranu některé psychické problémy jsou důsledkem užívání, jako toxická psychóza. Respondenti uváděli, o jaké komplikace se pravděpodobně jedná, ovšem upřesňovali, že to jsou pouze jejich odhady: *„..jako my vlastně nevíme, protože žádný zprávy lékařský nedostáváme, takže jen víme, že je někdo divnej a že má asi nějakou emoční poruchu..“ (KP8).* Nejčastěji uváděli toxickou psychózu nebo schizofrenii, deprese, úzkosti, poruchy osobnosti a výkyvy nálad. *„..Jako kdybych to měl nějak procentuálně vymezit tak si myslím že minimálně u takových 20 - 30 % je vedle toho užívání ještě nějaký takovýhle psychický problém.. nejsem psychiatr, ale řekl bych nejčastěji jsou to nějaké poruchy osobnosti, asi i schizofrenie v některých případech, ale rozhodně ne ve všech, to spíš je to toxická psychóza a ta někdy má tendenci u toho užívání pervitinu přejít do té schizofrenie..“ (KP4).* Do této kategorie byly respondenty zařazeny i stavy související s abstinenčními příznaky: *„..když někdo tu drogu nemá, tak to samozřejmě taky hodně působí na tu psychiku, ta silná chuť na tu drogu.. abšták souvisí se špatnou náladou, deprese, je tam nějaká chuť jako poškodit nebo zasebevraždit se, s tím se určitě setkáváme..“ (KP5)* a nebo charakterovými vlastnostmi: *„..myslím že ty lidi mají velmi nízké sebevědomí a že je to vlastně hodně diskvalifikuje v životě a přináší zase ještě další problémy..“ (KP2).*

### Specifické skupiny

Jednou ze specifických skupin, je beze sporu romská klientela, která ale využívá služeb ve velmi omezené míře. Pokud vůbec do kontaktního centra přijdou, až na pár výjimek, je to pouze za účelem výměny: *„No, ti romové jsou hodně specifický, jako na kontaktku posedět nebo tak to nechodí, to vůbec, to už musí být v hodně blbý situaci.. oni, jak jsou ta rodina tak většinou si pomáhaj mezi sebou.. chodí na výměny.. většinou užívaj pervitin asi ani nevím o opiátovým.. je jich pár.. oni se tady hrozně štítí, protože oni většinou jako bydlí, to je někdy až vtipný, že chodí a ptaj se nás: „Pani, jak tady můžete pracovat, vždyť to tady hrozně smrdí?“ a když odcházej, tak chtějí vydezinfikovat ruce, přijdou úplně navoněný,*

*vypadaj fakt dobře a často i pracujou, že jeden pán tady vyváží popelnice a mává nám do okna a pak si přijde vyměnit jako ještě v obleku ASA.. je to fakt specifická skupina..“ (KP8).*

Další specifickou skupinou, která byla ovšem zmíněna pouze jednou respondentkou, jsou homosexuálníové: *„..máme také poměrně velkou klientelu, co se týče gay komunity.. u nich jakoby řešíme hlavně nějakou jako ochranu.. máme pro ně jako zesílené kondomy třeba nebo tak.. je jich asi tak 10-15, ale jsou to tací, kteří chodí denně, obden, takže jsou to jakože takové intenzivnější kontakty a známe je dost dobře, oni si tady řeší většinu té své agendy jo.. ona není žádná jak kdyby služba, která by tak nějak naplňovala ty jejich specifické potřeby..“ (KP7).*

### **3.6.2 Klíčové motivy v jednotlivých fázích DT**

Respondenti byli dotazováni, jak vnímají drogové příběhy svých klientů, uživatelů metamfetaminu. Bylo zjišťováno, co vede klienty k užívání návykových látek a proč si vybrali na celém spektru NL právě metamfetamin, jaké klíčové momenty přispívají k tomu, že se rozhodnou pro abstinenci či léčbu, co brání změně a jaké události mohou způsobit relaps.

#### Motivace pro užívání návykových látek

Respondenti uváděli, proč klienti začínají s užíváním návykových látek, shodli se na tom, že příčina je multifaktoriální a existuje spousta dílčích okolností, které k tomu přispívají, zejména pokud se setká více těchto vlivů zároveň, je riziko propadnutí návykovým látkám vysoké: *„..jsou lidi, kterým se sešli nějaký jako faktory.. jsou třeba psychiatrický nebo je někdo traumatizovat do vyšší míry než oni byli schopní zvládnout, možná jsou hodně citliví a nebo ty traumata byli prostě tak brutální.. a možná se prostě jako všechno sešlo a trefilo je to správně ve správný čas v nějakém jako bad-luck významu, že ho to úplně odrovná a kdyby se to stalo o měsíc později, dvakrát tak silný tak by mu to neublížilo..“ (KP2).*

Téměř ve všech případech byl zmiňován vliv rodiny a to ve velkém množství obměn. Důvodem může být jak nefungující rodina, která neprojevuje zájem a lásku o potomka: *„..nepodpora nebo jakoby nezájem rodičů, že to dítě se tak poflakuje jako po té ulici a nikdo*

se o něj moc nezajímá..“ (KP3) nebo naopak se vyznačuje až přílišnou péčí : „...někdo to svaluje na svoji rodinu, že třeba byli na něj moc.. teď jsem třeba slyšela, že rodiče byli takoví striktní, přísní a nedávali skoro žádné kapesné, z toho ten člověk jako utíká a experimentuje a vytváří si ten vlastní svět, někde zase za to mohou ti rodiče, že protože byli moc benevolentní a že všechno jako povolili... někde že ti rodiče byli furt přítomní, jinde zase nebyli vůbec přítomní..“ (KP6). Dále se může jednat o rodinu kde se objevovalo domácí násilí anebo užívání drog, v této souvislosti uvedla jedna respondentka zajímavý příklad: „...drtivá většina našich klientů jakoby vyrostla v podobný rodině.. je to deficit lásky, nějaké něhy od matky nebo jakékoliv lásky.. většinou, co slýchám, tak vyrůstali v ústavu a měli tam ty tety a pak ve 12 nebo 15 se dostali k nějaké partičce, kde se ty drogy užívaly.. a potom se to prostě předává generačně, protože spousta těhle mladejch maminek má děti a většinou nejsou schopný je vychovávat, takže hned po porodu je nechaj v nemocnici, kde zase jdou do ústavu a k těm pěstounům a mám pocit, že se to jako takhle cyklí no..“ (KP8).

S rodinným zázemím do jisté míry souvisí také prostředí, ve kterém jedinec žije. Jeden z respondentů, který pracuje v kraji, kde je zřejmě „nejvíce sociálně vyloučených lokalit v české republice“ (KP5) uvedl, jak prostředí, ve kterém člověk vyrůstá, může mít vliv na jeho vnímání patologických jevů: „...jako vůbec vzhled těch sociálně vyloučených lokalit určitě napomáhá k nějaké deprivaci a taky k tomu užívání drog.. prostě když žijete v čistém prostředí, tak nejste tak náchylná k tomu prostě užívat drogy.. no a v těch sociálně vyloučených lokalitách prostě nefunguje společenská kontrola nebo nějaký takovýhle věci, prostě tam už je to užívání drog tak vštípený, že už se to stalo součástí té sociálně vyloučené lokality. Což znamená, že užívání drog už je tam normální, když jsem tam byl s terénem, tak jako tříletý děti na nás křičely: „hej vy sbíráte ty píchačky, pojďte sem, my tady máme“. Takže prostě už tříleté děti ví, co je to ta stříkačka.. no a není to tak, že si tam šlehá týpek někde a sousedka by ne něj řvala: „jdi do p\*\*\*\*\*, co to děláš?!“, prostě ta sousedka na to kouká a je to normální“ (KP5).

Potřeba někam patřit a potřeba přijetí jsou dalšími motivy, které mohou souviset s nefunkční rodinou, ale také s vrstevnickou skupinou, partou, do které se uživatelé dostali a která je mezi sebe přijala: „...chcou někam patřit, chcou mít svobodu.. dneska mladý člověk, aby někam patřil, tak udělá de facto všechno pro to, aby tam patřil.. takže když

*prostě ho nepřijmou ti vzorní, no tak atomatically inklinuje k těm špatným no a aby ho ti špatní přijali, tak musí žejó..“ (KP3).*

Další okruh motivů, který respondenti uváděli, souvisí s jistým existenčním přesahem, patří sem motivy jako únik z reality, do lepšího světa: *„vytváří si nějaký jiný svět, v té chvíli si myslí, že nějaký lepší, protože v té skutečný se jim to nějakým způsobem nelíbí a tak utíkají někam jinam“ (KP6),* svoboda a hledání sebe sama: *„...ti lidé začínají s drogama kolem toho 15tého roku, takže vnímám, že ty drogy souvisí s nějakým sebeprosazením, s hledáním sám sebe, vytváření si vlastního světa, poznání sám sebe.. takže prostě to zkoušejí, experimentují, někdo to ochutná, vyzkouší na nějakou dobu a pak už toho nechá a zas se vrátí do toho našeho normálního života.. a někdo tomu propadne a zůstane u toho no..“ (KP6),*

Neopomenutelným motivem pro užívání návykových látek je v mnoha případech sebe medikace a to jak na fyzických, tak i psychických zranění *„...určitě je to nějaká forma sebe-medikace těch klientů což souvisí nebo je důsledkem nějakého většího průšvihů, když to tak řeknu, který tomu předcházelo..“ (KP4).* Může se jednat také o medikaci nějaké akutní krize, jako například smrt někoho blízkého: *„A pak si myslím že příčina té závislosti může být nějaká akutní krize kdy prostě ten klient ztratí někoho blízkého je mu špatně je z toho smutnej neví jak to řešit myslím si že pak ta osobnosti tak jako narušená a náchylnější k tomu do něčeho spadnout no..“ (KP5).*

#### Motivace pro užívání MA

Mezi základní motivy užívání pervitinu mezi klienty patří zejména jeho dostupnost: *„no já si myslím že největší roli hraje to že je nejvíc dostupný že prostě tady se dá koupit skoro všude.. prostě vysoká nabídka tím pádem je vysoká poptávka..“ (KP5),* nízká cena a pro část z nich také to, že jej lze snadno vyrobit: *„...heroin je málo dostupný, pervitin je jednoduché si uvařit a je levnější..“ (KP6).*

Metamfetamin je ale užíván také pro své stimulační účinky a s nimi spojené pocity síly a energie: *„...ten pervitin, jakoby dává pocit.. že prostě jsou nesmrtelní, zvládnou vše, jsou lepší než ostatní, nepotřebují spát, určitě nějaké euforie, co je na tom láká, tak to jsou ty*



*nájezdy, ty je určitě lákají..“ (KP6), urychlení myšlení, zvýšení hovornosti: „...vlastně v tom sociálním, vlastně najednou má víc kamarádů, víc jakože je výřečný, víc si věří, je zábavný..“ (KP7). Pervitin také pozitivně účinkuje na psychiku a emoce a slouží jako sebemedikace: „...bývá tam důvod také i ten sebeléčebný, ten bývá hodně z hlediska třeba těch mindráku a takových věcí jo, protože ty stimulanty hodně zvyšují sebedůvěru a sebevědomí..“ (KP1).*

### Motivace pro abstinenci/léčbu

Velmi významným momentem pro změnu životního stylu, je z pohledu respondentů pomyslný dotek dna, tedy situace, kdy se klientům „*zhrouť už úplně všechno*“ (KP6), potom jsou často motivováni k tomu, začít dělat věci jinak: „*Mně přijde, že jim jako někdy nejmíc pomůže, když jim najednou všechno jako zkrachuje, když už třeba přijdou o ty příležitostné brigády, nebo tady se zlikvidoval squat, kde byli téměř všichni klienti a najednou jako prostě neměli kam jít.. a ten doktor třeba jim už jako přestane předepisovat prášky.. a teď do toho mu vyjde ještě ta žloutenka, tak jako když se takhle nakumulují ty problémy, tak sem přijdou a řeknou, že fakt už jako to nedaj takhle.. a maj pocit, že tu léčbu teď zvládne..“ (KP8). Klienti jsou také mnohdy unavení životním stylem „*toxika*“ (KP2) a zatouží po normálním životě: „*Jako oni říkaj, že už je to nebaví, maj toho fakt plný kecky, hlavně třeba ti klienti z ulice a chtějí ten normální život, už je nebaví každý den furt někde schánět ty peníze na ty drogy.. si představujou takovou tu klasiku, že budou mít normální práci - tomu říkaj, chtěli by mít normální přítelkyni, přítele, normální vztah bez drog, aby tam nebyly ty aférky, kvůli drogám a bydlení, fakt jako takový ty základní věci, že říkaj, hej já bych chtěl žít jako vy..“ (KP8).**

Častou motivací pro léčbu jsou také zdravotní komplikace: „*...jsou to určitě ty zdravotní problémy jako když někdo má hodně abscesy a je to jako hodně bolestivý ty vpichy, anebo ten zánět srdeční chlopně nebo třeba přijdou o nohu, tak pak jako je to hodně motivuje k tomu se sebou něco dělat..“ (KP5). Jeden z respondentů uvedl zajímavý příklad motivování svých klientů, jelikož léčebna může posloužit také jako místo pro vyléčení dalších zdravotních problémů: „*...jsem se setkala, že třeba oni si řeknou, mám žloutenku a ve vězení nebo v léčbě si to můžu vyléčit a budu to mít v pohodě.. my se s nima i o tom jako bavíme, že je tady ta možnost.. jako oni si ji chtěj vyléčit takže jako jdou do toho.. no i ty různý**

*mokvavý nohy.. že jsou většinou rádi že jim to někdo ošepí, buď tady anebo pak v tý léčbě, že se toho zbavěj..“ (KP8). Respondenti uváděli, že se může jednat také o výsledek jejich motivační práce: „...no myslím si že občas se jako i nám daří ty lidi namotivovat..“ (KP5).*

Mezi zmiňované motivy pro abstinenci patřili také události jako těhotenství, smrt někoho blízkého: „...už je toho na ně vážně moc, děje se najednou hodně věcí kolem, třeba mrtví kamarádi“, také nucená abstinence např. v případě výkonu trestu: „...třeba někdy ve výkonu trestu přestanou brát drogy, protože je to pro ně mnohem složitější to tam shánět..“ (KP5), nebo nařízené léčby, což může motivovat také partnera: „...někdy třeba, když jeden z nich jde do vězení.. třeba když je to pár, tak ten druhý najednou si řekne, tak já zkusím tu léčebnu, protože on mi z vězení píše, hele teď abstinuju, je to dobrý, až vylezu, tak budeme žít jinak..“ (KP8). V některých případech může být zlomovým okamžikem také „odříznutí“ klienta rodinou: „...když ta rodina už ho prostě konečně vyhodí z domu a on najednou je venku na ulici a říká „ty vole, teď jsem jako bezdomovec jo, nebo co? Tak to ne, to já nechci, tak já se chci jít léčit“ nebo takhle prostě..“ (KP5).

#### Překážky v zotavení

Významnou překážkou zotavení je samotná závislost a chutě na drogu: „...vlastnosti těch látek, že pervitin je prostě stimulant a tak to může být hodně obtížné z hlediska toho cravingu..“ (KP1). U řady klientů se vyskytuje také nízká motivace pro změnu: „...hodně lidí říká, že nemají motivaci se měnit, že už si na tý ulici zvykli, že tam mají kamarády... a ti kamarádi, se nevytvorí jen tak jako hned teď.. a taky hrozně chybí ty koníčky, oni bez těch drog nic neumí a neví co by dělali jinýho..“ (KP8), spokojenost s životním stylem: „...nějaká jako nízká motivace těch klientů. My třeba máme klientku, která vlastně je v situaci, ve který se má nejlíp z celého života. Ona vyrůstala v naprosto šílený rodině, kde se užíval alkohol, rodiče se mlátili mezi sebou, pak se rozešli, potom se tam objevovali nějaký partneři, který jí taky jako mlátili a ve 14 letech byla těhotná, nechodila do školy, byla po ústavech a byli tam takovýhle různý běsy. Ted'ka bydlí v zahradnímu domku, je na úřadu práce, má stálého partnera a je spokojená..“ (KP2) a dětské chápání s

Mezi zcela zásadní překážky zotavení patřily, podle respondentů, různé sociální problémy. Ať už se jedná o absenci základního sociálního zázemí: „...když ten člověk kolem sebe nikoho

*nemá, nemá žádné zázemí, rodinu, která by ho podporovala, nemá kam se vrátit, nemá třeba nějaké přátele, nemá finanční prostředky, nemá odkud se odpíchnout a opravdu v té léčebně končí tak, že tam přijde z ulice a třeba 15 let nezná nic jiného než drogy a kšefty..“ (KP6) nebo dluhy: „velkou překážkou jsou ty dluhy, protože oni si nasekají fakt asi i nevědomky, jako za krádeže to chápu, ale za ten dopravní podnik, to jsou neskutečný částky.. Oni jsou na drogách, je jim fajn a neřeší nějakou pokutu v MHD a pak jim prostě přijde dopis, že mají třeba 1 milion dluh a najednou tyjo, a co s tím budu dělat?!.. A pak mají pocit, to nedám, milion už nikdy nesplatím, proto si nehledaj práci a nemaj jako snahu se sebou něco dělat..“ (KP8).*

Jeden z respondentů uvedl příklad toho, do jaké míry může špatná sociální situace znemožňovat práci na změně: *„...když chci s klientem pracovat a bavit se s ním trochu na úrovni, tak nejdřív musí být splněny základní věci, skoro podle té Maslowovy pyramidy potřeb. Aby ten klient byl částečně najezený, aby nějak vypadal, byl oblečený a pak s ním má cenu něco dělat, nemůžeme přijít a začít zkoušet něco dělat s lidmi, kteří nemají co jíst a nemají kde bydlet, je jim zima.. to jsou prostě základní věci - bezpečí a tohle to je když prostě někdo nemá splněné tyhle věci, tak není možné aby pracoval na nějakých nastavbových věcech jako je abstinence nebo něco..“ (KP5).*

Zároveň přesun z tohoto sociálního vyloučení na úroveň většinové společnosti může být další obrovskou překážkou: *„...hodně lidí se dostává do situace nějaké rezignace v tom smyslu, že se rozhodnou něco dělat, ale narazí na ty problémy, že mají obrovské dluhy, nemoce a takovéhle záležitosti.. Je fakt, že člověk, který přestává brát nebo který se socializuje to má mnohem těžší než zůstat ten takzvaně feťák. Ten feťák je vlastně úplně v pohodě oproti lidem, kteří se snaží dávat se dohromady, dávat si život do pořádku a mnohdy jako zjistí že mu to za to vlastně nestojí že ta socializace je vlastně mnohem blbější než být za toho feťáka úplně posledního tam dole..“ (KP1).*

### Příčiny relapsu

Podle komunikačních partnerů je příčin relapsu mnoho a jsou velmi různorodé, vedle silné chutě na drogu může být příčinou relapsu: *„...jakýkoliv malý problém jo.. od rozchodu s partnerem, přes smrt v rodině, přes nějaké jako vyhození z práce, je to jako hrozně široká*

*škála, u někoho opravu stačí jenom potkat staré známé, je tam hrozně tenká hranice, jestli vůbec nějaká..“ (KP7).*

Konkrétně byly opakovaně uváděny zkušenosti s tím, že klient zrelaboval po tom, co se vrátil z léčby do stejného prostředí. V tomto ohledu několik pracovníků uvedlo zkušenosti s tím, jak jsou klienti vracející se z léčby stahování kamarády z řad uživatelů, často prostřednictvím nabízení dávky zadarmo: *„...je to návrat třeba z té léčby, že tam fungovali a věřili si a pak jako přijeli zpátky, byli na tom nádraží, kde jsou všichni ti, se kterými fetovali.. často se setkáváme, já úplně nevím proč, ale často jim jejich staří známí ihned začnou nabízet drogy, řeknou, tak si dáš jenom jednou, zavzpomínáme, úplně tomu nerozumím, protože když člověk užívá dlouhodobě, tak mu samozřejmě nikdo nic zadarmo nedá, ale v okamžiku, kdy přestane, tak najednou všichni jako nabízej.. a děje se to opakovaně, možná ty lidi nechtějí být ve svém svrabu sami a nechtějí dopustit, že někomu se to povedlo se z toho vymanit...“ (KP6).*

Další důvody relapsu souvisí s délkou užívání návykových látek, jelikož mnohdy klienti začínají s užíváním v brzkém věku a v podstatě neumí žít jinak: *„...vlastně oni vyjdou z té léčebny a ten svět funguje nějak úplně jinak než oni si to plánovali a jako se třeba nuděj je to všechno šedý.. a prostě nevědí co s tím životem, protože oni vlastně nic jiného než fetování neznaj, tak se k tomu vrátěj no..“ (KP6),* také řešení problémů je pro ně problematické, zároveň po dlouhodobém užívání se obvykle vynoří velká spousta problémů, jako jsou dluhy nebo důsledky páchání trestné činnosti: *„...neumí žít jinak, neumí řešit problémy jiným způsobem, znají jenom to fetování..“ (KP4).*

Relaps může souviset také s tím, že na léčbu klient nebyl připraven a podstoupil jí na nátlak okolí spíše než kvůli vlastní motivaci: *„...když je ta léčba je uspěchaná, pokud jsou ty tlaky jako odněkud jinud.. My třeba když nám takhle jako volají rodiče nebo partněři, tak my se jim snažíme tohle vysvětlit, že to nefunguje, že když někoho někam zavřou, ta že by jim ho vrátili opravenýho, že to tak fakt jako není, takže pokud by se ten člověk sám, prostě nechce nebo nechce, ale tvrdí že jo, ale dělá to, aby neztratil svou holku, tak je to de facto odsouzení k zániku no..“ (KP6).*

V souvislosti s léčbou mohlo dojít ke špatně odvedené práci terapeutů: *„...někdy za může i ten terapeut, že nedokázal navázat vztah, že ten klient se mu neotevřel..“ (KP3)* a nemusela

být odhalena a řešena primární příčina užívání návykových látek: „...může dojít vlastně k tomu, že v té léčbě se nějakým způsobem dostatečně nepracovalo s psychickými problémy klienta, že nebyl vyřešen ten vlastně ten hlavní důvod, kvůli kterému třeba začal fetovat..“ (KP4).

### 3.6.3 Proces práce s klientem

V rámci polostrukturovaného rozhovoru bylo dále mapováno, jakým způsobem probíhá práce s klienty ve vybraných k-centrech od prvního okamžiku, kdy klienti poprvé vstoupí do zařízení až po okamžik, kdy opouští zařízení s cílem absolvování léčby. Výsledky jsou rozděleny do několika fází tak, jak respondenti uváděli posloupnost práce s klienty v průběhu let.

Určitá část klientů využívá služeb kontaktního centra po mnoho let. Někteří z nich využívají po celou dobu pouze služeb harm reduction, tedy zejména výměnu injekčních stříkaček a dalších parafernálií, jsou vedeni jako anonymové a o nic dalšího nemají zájem. Jsou však také klienti, kteří navštěvují k-centrum každý den a využívají nabízené služby v celém spektru a právě mapování práce s těmito klienty bylo naším záměrem.

#### Klient poprvé v zařízení

Pokud do k-centra přijde klient, kterého pracovníci neznají, dojde k oslovení klienta, většina respondentů uvedla, že oslovují Ahoj, tedy automaticky tykají nebo vyjednávají, která varianta bude pro klienty příjemnější, s výjimkou jednoho zařízení, které striktně upřednostňovalo vykání: „...Prvně když přijde klient, tak ho oslovíme: Dobrý den, je to z toho důvodu že, je považujeme za dospělé lidi, kteří mají nárok, aby se tak s nima zacházelo, když já přijdu do nemocnice, tak mi tam taky jako nikdo netyká..“ (KP1). Dalším krokem je zjišťování aktuální zakázky klienta a to, zda spadá do cílové skupiny: „...první co my musíme zjistit, tak je cílová skupina, jestli teda vůbec užívá, protože se nám hodně stává, že chodí třeba i kamarádi uživatelů, kteří vůbec neberou a jen tak se sem jako přijdou podívat..“ (KP7).

V rámci prvního setkání dále dochází k předání základních informací o zařízení - o jednotlivých službách, které mohou využívat, informace o anonymitě, bezplatnosti a pravidlech. Dále je klient tázán, zda ví, jakých služeb chce využívat, zda má zájem pouze o služby HR nebo o nějakou intenzivnější spolupráci: *„...to je takový úvodní rozhovor, kdy my mu tu službu představíme, co nabízíme, ujišťujeme ho, že je to bezpečný prostor, že je to anonymní, bezplatné a tak..potom od něj chceme vědět jak on na tom je, jak on to vidí a co vlastně z těch služeb chce využít.. Zda má zájem jen o ty HR služby, jako je výměna nebo jestli má i nějaký problém jinací, který by chtěl intenzivněji řešit. .. tu zakázku jako bysme měli zjistit vždycky, to musíme mít v záznamech..“*

### Prvokontakt

V rámci prvních několika setkání, obvykle tři až pět, probíhá tzv. prvokontakt, během kterého by klientovi měly být předány veškeré informace, vyplňuje se in-come dotazník a sestavuje se kód, pokud tedy klient má zájem, jinak se sestavuje no-code či je veden jako anonym. Během prvokontaktu jsou vyplňovány, vedle in-come dotazníku, další formuláře, které jsou následně založeny do složek klientů. Byly pozorovány rozdíly mezi respondenty z velkých a malých k-center. Malá k-centra dbala hodně na tuto administrativní část: *„...ty formuláře tam bohužel jsou nutný, takže vyplníme formuláře, nějaký základní anamnestický údaje.. samozřejmě v rámci toho prvního setkání určitě dostane ten kód, aby měl vlastně ten identifikátor, abysme ho tady měli zafixovanýho..“* (KP4), oproti velkým zařízením: *„...o některých klientech třeba řadu let vůbec nic nevíme, jen si sem chodí měnit a pak třeba přijdou: „Hele, já bych chtěl zjistit jestli nemám nějakou tu infekční nemoc..“, tak přijde a tady je potřeba už toho klienta odtajnit, protože to proplácí zdravotní pojišťovna, takže my potřebujeme vědět rodné číslo, pojišťovnu a tyhle věci.. takže už tam s ním vyplňujeme in-come, děláme tu složku, jako kartu a takhle..“*

### Navazování vztahu a důvěry

Postupem času se nenásilnou formou pracuje na budování vztahu a navazování důvěry. Což probíhá zejména během kontaktu při výměnách nebo případně na kontaktní místnosti: *„...většinou pak v té praxi oni využijí hlavně toho hygienického a potravinového servisu, jsou*

*rádi, že se dostali do tepla do nějakého jako prostředí, které je nějak příjemný pro ně, tak my si za nimi jdeme třeba sednout, popovídat si..“ (KP4). Při té příležitosti mohou být klientům nabízeny další služby, které mohou využít: „... my jako jsme hodně kontaktní, takže se s těmi lidmi dost bavíme, oni sem přijdou jenom si na čaj odpočinout, nechtějí nic řešit, jakože nejdou, že si budou obvolávat práci nebo hledat bydlení a tak my za nimi přicházíme a bavíme se na základní úrovni, jako prostě jak se máš, co se děje nebo neděje, jak to máš a.. a postupně jim.. tak se snažíme nabízet jako co by mohli, já nevím ty potřebuješ tohle, ale k tomuhle potřebuješ občanku, tak jak to uděláme a začnou se řešit takhle jako základní věci.“ (KP7), „...ptáme se třeba při té výměně jestli je na úřadu práce nebo kde pracuje a jak to má s bydlením, když třeba nebydlí, tak řekneme hele, když budeš mít zájem, můžem na tom zapracovat, máme tady seznam ubytoven..“ (KP8). Pokud má klient zájem něco řešit, dochází k individuální práci.*

### Individuální práce

Individuální práce může být jednorázová, zaměřená na aktuální problém nebo dlouhodobá. V některých zařízeních je běžné sestavovat s klienty dlouhodobý individuální plán, který je pravidelně revidován: „...No individuály děláme se všema, kteří prostě využívají služeb káčka, tak mají tady své karty a se všema se plánuje a potom se to jednou za půl roku reviduje, nebo když se splní, tak se reviduje dřív.. ta práce na tom individuálu je podle toho, kdy přijde, jak si řekne nebo když potřebuju já..“ (KP3). Naopak jedna respondentka uvedla: „...pokud už potřebují něco jako intenzivněji řešit, tak jako ho odkazujeme tady do toho poradenského centra, kde je na to vlastně větší prostor.. že to nemusí řešit, když je plná kontaktní lidí a my s ním sedíme u pc vymášíme, co máme třeba napsat za odvolání na soud, tak je jako jednodušší, když on půjde nahoru, tam bude sám..“ (KP7).

Většinou se ale spíše, než na dlouhodobém plánování, pracuje v rámci jednorázových poradenství, podle toho, co klient aktuálně potřebuje. Nejčastěji se jedná o zařizování dávek a dokladů, hledání ubytování, asistenční doprovod na úřady a různá ošetření „...takže to může být vyřizování dávek a dokladů.. ty doklady jako opakovaně třeba několikrát do roka jako.. pak třeba nějaké ubytování, nějaké jako brigády..“ (KP4). Nebo v případě krizových situací poskytování krizové intervence: „...někdy třeba ten klient si přijde vyměnit, já se ho zeptám, jak se má a on řekne no hele, jsem úplně v p\*\*\*\*\*, všechno se mi sype,

*máma tohle.. asi to nezvládnou.. tak já řeknu dobrý, sednu si s ním a jedeme nějakou jako krizovou intervencí..“ (KP5).*

Ve své práci respondenti využívají také prvky motivačních rozhovorů a snaží se motivovat klienty ke změně životního stylu, ať už se jedná o bezpečnější užívání nebo abstinenci: „...snažíme se ty klienty nějak jako dostat do toho balancování, třeba v průběhu tý výměny, ono tam se toho dá udělat jako hodně, třeba se ptáme: „hele a jak dlouho ty vlastně bereš a kolik toho bereš a nepřemýšlel jsi třeba někdy, že by ses na to mohl vykašlat?.. A někdy jsou z toho jako hodně zajímavé výstupy..“ (KP6). U řady klientů, v průběhu několika let práce, nastane okamžik, kdy projeví zájem o abstinenci či léčbu, ať už je to v reakci na „motivování“ ze strany pracovníků či z jiných důvodů: „...někdy s tím chodí i oni sami, v takové době, jako jsou Vánoce a Nový rok, to je taková doba, kdy se to tak nějak děje u hodně lidí“ (KP6). Pokud dojde k něčemu takovému, téma je pracovníky rozvíjeno: „...vezmeme toho klienta bokem a sedneme si s ním a řekneme mu, co to vlastně jako znamená „léčba“ a snažíme se mu to nějak představit, jak to asi tam bude probíhat a jestli vůbec chce tu léčbu nebo si třeba sám zkusí vysnížovat doma..“ (KP6). Pokud si to klienti nerozmyslí, dochází k tzv. „předléčebnému poradenství.

### Předléčebné poradenství

V některých zařízeních na předléčebném poradenství pracují všichni pracovníci, někde mají vyčleněné poradce. Většina zařízení má zpracováno, jak by předléčebné poradenství mělo probíhat a jeho formální náležitosti. Obvykle se jedná o několik schůzek, respondenty uváděno různě mezi třemi až šesti setkáními, někdy až po nástup do léčby, v průběhu schůzek se řeší následující.

Prvním krokem je seznámení klienta s různými typy léčby, jak probíhají, co pro nástup bude potřebovat, jak dlouho trvají a také jak dlouhé jsou čekací lhůty. Poté, co si klient vybere typ zařízení, pracuje na samotném zařizování léčby, tedy obvolává jednotlivá zařízení. Podle respondentů si klienti vybírají zařízení zejména podle vzdálenosti, délky čekací lhůty ale také délky samotné léčby a často žádají o radu pracovníky. Situace se samozřejmě liší podle toho, zda se jedná o klienta, který už v léčbě byl anebo se jedná o první léčbu: „...jsou samozřejmě klienti kteří už mají tu zkušenost s léčbou, třeba i mnohonásobnou anebo



*naopak vůbec žádnou, od toho se odvíjí intenzita a zaměření té práce.. kdo už tu zkušenost má, tak tam je více prostoru věnovat se motivaci a plánům do budoucna..“ (KP4)*

Nedílnou součástí předléčebného poradenství je práce na motivaci klienta, jelikož čekací lhůty mohou být i několik měsíců: *„...my jako vlastně musíme připravovat ty klienty na to, že jako hele dobrý, teď jsi rozhodnutej pro léčbu, ale to rozhodnutí musí trvat jako delší dobu, protože to není tady a teď, že bys nastoupil, nebo že bys tam teď zavolal a oni ti řekli, zítra přijďte.. Někdy to člověka odradí, že si obvolá tři čtyři detoxy a zjistí, že prostě všude může jít za měsíc a půl, to je takové odrovnání jakože hele já jsem to zkusil a nazdar..“ (KP7).* To, že si to klienti v průběhu předléčebného poradenství rozmyslí, se stává často. Někteří z nich nedorazí ani na první domluvenou schůzku, další si to rozmyslí při zjištění, jak dlouho by na nástup museli čekat: *„...součástí předléčebka je i motivační trénink, kdy snažíme se toho člověka podporovat v té motivaci.. zjišťuju, kvůli čemu vlastně do té léčby chce a pak se na tom snažíme pracovat.. součástí toho je vlastně i to, jestli si te člověk dokáže představit, co bude po té léčbě, protože mně přijde, že většina lidí tohle vidí jako ten hlavní cíl, nastoupit do té léčby, popř. tam vydržet, ale už vůbec nepřemýšlí nad tím, co bude po tom, kam se budou vracet, jak bude vypadat jejich život, jestli si dokážou představit život bez drog a co budou dělat, protože u většiny ten život vypadá tak, teda těch, kteří nechodí do práce, tak že ráno vyrazí do ulic shánět peníze na drogy, pak drogy a zase další peníze, takže co vlastně budou dělat jinýho..“ (KP6).* *„...No tak se jako bavíme jak to prožívá, co mu běží v hlavě, co by chtěl, jak si to představuje po tý léčbě,..“ (KP3).*

V průběhu předléčebného poradenství se řeší různé praktické náležitosti: *„...my potom často, když to jsou lidi z ulice, tak s nima řešíme peníze, aby se dostali do té léčebny, já nevím cestovní tašku a oblečení s sebou, zubní kartáček, takovýchle věci oni jako často vůbec nemaj.. takže se to s nima snažíme vyřešit, aby byli připravení..“ (KP8).*

Jeden z respondentů uvedl, že nejsou vyhledávání těmi, kteří se chtějí léčit: *„...Naši klienti nejsou motivovaný k léčbě a hlavně a to je důležitý, většina klientů není motivovaná k tomu aby k nástupu do léčby využili káčko.. většina klientů svý pokusy o abstinenci zvládá sama.. nejsme k tomu využívány jako káčko to je naše zkušenost.. naše častá zkušenost je, že ty lidi vůbec nestojí o to aby jim v tom někdo asistoval mnohem častěji oslověj nějakého psychiatra, co jim napíše doporučení..“ (KP2).*

### 3.6.4 Specifika přístupu při práci s uživateli metamfetaminu

V další části rozhovoru jsme se pokusili zjišťovat, jakým způsobem respondenti přistupují k uživatelům pervitinu, zda je tento přístup specifický či odlišný oproti práci s uživateli jiných látek.

Ve většině případů komunikační partneři uváděli, že přistupují ke všem uživatelům stejně, bez ohledu na to, jakou látku užívají a zároveň, že ke každému klientovi přistupují individuálně a snaží se reagovat na jeho aktuální potřeby:

*„...Přístup je stejný, je stejný, neděláme rozdíly.. prostě jen podle toho klienta, co zrovna potřebuje..“ (KP3)*

*„...No nevím o tom, že bysme měli nějaký specifický přístup k uživatelům pervitinu.. Myslím si že ne, myslím si, že ty podmínky mají bez ohledu na to, kdo kam spadá podle té cílové drogy je mají všichni stejné a i ten rozsah té péče můžou všichni využít úplně stejně..“ (KP4).*

*„... Ne, tak mi většinou ani se neptáme, co jako vlastně berou, takže teda dokud.. pokud to není z nějakého důvodu nutné.. my máme jiný přístupy z hlediska třeba chování těch klientů to jo, ale ne z hlediska toho co berou..“ (KP1).*

*„...Tady se jede fakt jenom perník a potom ten přístup nějak odlišný není vůbec, protože my se snažíme být hlavně jako pružný v práci s tím klientem, nemáme stanovené žádné postupy, jak v těch případech postupovat co se dá vlastně jako dělat a je to na tom pracovníkovi.. Je to živý proces, práce s tím klientem, takže vlastně tohle máme nějak ošetřený.“ (KP2).*

*„...Ne, to se nemění jako přístup, to je dá se říct, že je úplně stejný..“ (KP7).*

*„...tak jako pro všechny je ten přístup takový individuální, že se s nima bavíme, co konkrétně.. co konkrétně je pro ně nejvíc tíživý..“ (KP8).*

Přestože respondenti uváděli shodný přístup ke všem a zároveň individuální přístup ke každému, bylo možné vyzorovat určitá specifika, která jsou společná pro uživatele pervitinu a předpokládají, že budou pracovníci pracovat přeci jen trochu odlišně. Tato specifika se týkala zejména dlouhodobých důsledků užívání pervitinu, tedy zrychlené myšlení, nesoustředěnost a nestálost, v některých případech i agresivitu.

*„Ten systém je pořád stejný, nicméně ta práce je trošku odlišná.. jak jsou ti uživatelé pervitinu takoví „pohrkání“, tak víc tam třeba nabízíme, jako aktivněji, ty doprovody do institucí a tak, protože to jako někdy úplně ti lidi nejsou schopní, ti co jsou v té substituci, tak jsou více schopni si ty věci zařídit sami.. Takže u těch pervitinových se víc jako snažíme, ne úplně vkládat, ale být jim víc po ruce. Ale jinak vlastně ten systém je stejný pro všechny..“ (KP6).*

*„...speciálnější přístup taky k těm lidem, kteří jsou potencionálně agresivní, protože to oni jako ti pervitinoví bývají, protože tam jde o nějakou sebeobranu, bezpečí v tom zařízení, tak tam sdělujeme, jak s těma lidma pracovat a dávat bacha..“ (KP1)*

*„...u těch na perníku.. s nima, když se něco řeší, tak je prostě musí člověk brzdit a tak podobně jako,.. perníkáři jsou takoví jako víc rozlitanější, že právě každou chvíli řeší něco jinýho, že prostě pokud přijde s tím, že tohle je prostě nejnutenější řešit, tak to pravděpodobně není úplně nejnutenější řešit, jo jako mají svoje priority, ale je potřeba trochu ty klienty potřeba zastavit, usadit je tady a teď a vůbec vlastně zjistit, co je ta nutnost.. No a je potřeba připravit se u nich na nějakou mírnou agresi.. na takové jako jemné posunování hranic a pravidel..“ (KP7)*

Někteří z respondentů uváděli, že raději pracují s uživateli opiátů, jelikož práce s uživateli metamfetaminu je velmi náročná:

*„...no tak když to tak řeknu je to teda asi divný, ale mně třeba jsou sympatičtější opiátový klienti protože jsou většinou takový klidní.. ale jako z toho pervitinu tady fakt jako blázní, dělají kravál, je tam velká možnost toxické psychózy na perníku a opravdu jako.. u nás tady je to i dost specifický tým, že ty lidi tady jsou schopní někteří sestřelit jako cokoliv, takže i když to prostě není bílý je to žlutý modrý nebo něco a pak tady z toho blázněj a my vůbec nevíme, co s nima je.. jo, takže když přijde intoxikovaný perníkář, tak to je velmi těžká spolupráce, to je skoro nemožný nějak spolupracovat..“ (KP5).*

*„...jakože celkově i pracovníci, jak tady jsme, tak cejtíme, že si někdo rozumí víc jako s uživateli pervitinu a s těma, co užívají opiáty. Pervitinoví jsou jeden den jako super, půjdeme, všechno bude a pak to druhý den všechno zruší.. a jsou takoví hrrr a furt se něco děje a jsou takoví víc jako rozlitaní.. ale snažíme se samozřejmě s každým jako pracovat*

*nějakým způsobem stejně, ale vim, že prostě ten perníkář není schopný dodržovat termíny, tak se s nim na individuálním plánování domluvíme, že mu dáme delší časovej interval na to přijít, protože není schopnej přijít do 15ti minut, protože je rozlítanej a celou noc nespí, pak přijde unavenej.. a třeba pak i v tom předléčebku si to častěji rozmýšlej, že na to jako zapomenou za dva dny, že se chtěli léčit“ (KP8).*

## 4 Diskuze

Hlavním cílem této diplomové práce bylo mapování práce a přístupu pracovníků vybraných kontaktních center k uživatelům metamfetaminu, se zaměřením na specifika přístupu oproti uživatelům jiných návykových látek. Dílčími cíly bylo dále představení klientů vybraných zařízení, zmapovat klíčové motivy, které pracovníci vnímají v jednotlivých fázích drogových příběhů svých klientů a zmapovat proces práce s klienty od prvního kontaktu po případné zprostředkování léčby.

Výzkumný soubor byl tvořen osmi komunikačními partnery, čtyřmi ženami, z různých krajů České republiky, kteří pracovali v různě velkých kontaktních centrech a měli různě dlouhou praxi v oboru. Velikost kontaktního centra byla odvozována od počtu klientů, kteří využívají jejich služeb, pojmem „větší“ byla označována k-centra v Praze, Ústeckém, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji. Výzkumný vzorek byl tedy poměrně pestrý a tato pestrost se odrážela také ve výpovědích komunikačních partnerů. Mnohdy byly zmiňované jevy dávány do souvislostí se specifickými charakteristikami kraje, ve kterém se k-centrum nacházelo.

Klientela vybraných k-center byla velmi různorodá, proto pro respondenty bylo těžké, představit ji v celém spektru. Základně se jednalo o rozlišení v tom smyslu, zda se jedná o uživatele návykových látek či osobu blízkou uživatelů. Všichni respondenti uváděli podobné složení své klientely z hlediska pohlaví a věku, podle pohlaví se jedná o asi 1/3 žen a průměrný věk byl kolem 30 let, což odpovídá údajům uváděným ve výroční zprávě MNS (Mravčík et al., 2016).

Respondenti své klienty rozdělovali nejčastěji podle užívané látky, kdy ve všech zařízeních výrazně převažovalo užívání pervitinu. Často bylo uváděno polyvalentní užívání, nejčastěji pervitin v kombinaci s alkoholem, marihuanou a gamblingem, případně BZD a opiáty. Polyvalentní užívání mezi uživateli MA je velmi často zmiňováno také v zahraničních studiích, kde se objevují všechny uváděné kombinace. Někteří z respondentů se podívovali nad možnými kombinacemi pervitinu a opiátů, z hlediska jejich účinků se to může zdát nesmyslné, ovšem tento jev byl popisován i v zahraničních studiích a byl zdůvodněn tím, že opiáty mohou být používány jako náhrada při nedostatku stimulantů (Lee et al., 2007). V tomto ohledu se uživatelé MA liší od uživatelů heroinu, kteří ve většině případů užívají

výhradně opiáty a méně často užívají další látky jako alkohol a marihuanu (Y.-I. Hser et al., 2008).

Zahraniční autoři dále zdůrazňují nutnost zaměřovat se při práci s klienty na další návykové látky, které jsou označovány jako sekundární, jelikož je zde vysoké riziko, že abstinenci od jedné látky, se závislost ve stejné závažnosti může přesunout na onu sekundární (Boeri et al., 2009; Sexton et al., 2008). Zároveň, pokud se klient pokouší o abstinenci od primární drogy a užije některou z látek, kterou užíval v kombinaci s primární, může to u něj způsobit relaps (Boeri et al., 2009).

Různorodost se projevovala také v sociální situaci klientů, převážně se jednalo o klienty se špatnou sociální situací - bez zázemí a střechy nad hlavou, ale z výpovědí respondentů vyplývalo, že klienti v menších KC, jsou na tom obecně sociálně poněkud lépe, mnohdy mají i práci nebo různé brigády, žijí v zahrádkářských koloniích nebo ubytovnách. K-centra v některých případech navštěvují také osoby, které jsou na tom sociálně „velmi dobře“, obvykle jsou to klienti, kteří chodí na velkoobjemové výměny a nevyužívají žádných jiných služeb, lze tedy předpokládat, že mění pro nějakou větší „skrytou“ skupinu uživatel, která není v kontaktu se službami.

Klienti k-center velmi často trpí také přidruženými zdravotními a psychickými problémy. Popisované přidružené problémy jsou v podstatě shodné s problémy uváděnými v odborné literatuře a plynou jednak z toxických účinků metamfetaminu na centrální nervový systém a jednak z injekční aplikace, která je často prováděna ve velmi nehygienických podmínkách (Scott et al., 2007; Winslow et al., 2007). Respondenti uvedli zvýšený výskyt hepatitidy C mezi svými klienty, což znovu souvisí s injekční aplikací a sdílením injekčního náčiní. Jelikož metamfetamin je látka, která zvyšuje sexuální libido a zlepšuje sexuální prožitek (von Mayrhauser et al., 2002), dalším důvodem vysokého výskytu infekčních onemocnění může být rizikové sexuální chování, zejména nechráněný sex a promiskuitní chování, jelikož, jak uvedl jeden z respondentů, v tamní komunitě uživatelů návykových látek velmi často dochází ke „střídání“ partnerů a používání ochrany není příliš oblíbené. V této souvislosti můžeme mluvit o štěstí, že výskyt HIV mezi uživateli návykových látek je stále velmi nízký.

Vysoké rozšíření HIV je časté zejména u homosexuálních mužů (Shoptaw, 2006) avšak ani v zařízení, kde byla respondentem uvedena, dle jeho slov „poměrně velká“ - 10 až 15 osob,

gay komunita, nebyl zaznamenán zvýšený výskyt HIV. Služba pružně zareagovala na specifické potřeby této cílové skupiny, nabízením zesílených kondomů a poskytováním intervencí zaměřených na toto téma. Další specifickou cílovou skupinu tvoří Romská klientela, která navštěvuje všechna vybraná k-centra, ovšem ve velmi omezeném počtu a i přes snahu pracovníků, zpravidla nevyužívá jiných než výměnných služeb, nabízených k-centrem.

Z hlediska bodů zvratu v jednotlivých fázích drogových trajektorií uživatelů, se uváděné motivy ve velké míře shodovaly se zahraničními výzkumy uváděnými v teoretické části. Některé klíčové motivy se ve výpovědích respondentů objevují opakovaně, v různých fázích působí na zvrát drogových trajektorií různým směrem. Jako například smrt někoho z blízkých, která byla uváděna jak v motivech pro iniciaci užívání, tak pro abstinenci, ale velmi často také pro relaps. Všechny tři důsledky tohoto případu jsou pochopitelné, jelikož ztráta blízkého člověka je velká rána a lidé hledají způsob, jak zmírnit bolest, mohou se tedy uchýlit k užívání návykových látek a tím se sebededikovat. V dalším případě, kdy se jedná například o dlouhodobého uživatele, může naopak smrt někoho z přátel z řad uživatelů natolik vystrašit, že se rozhodnou skoncovat s užíváním. Ve třetím případě, kdy se jedná o abstinujícího klienta, kterého smrt blízkého také zasáhne a vzhledem k tomu, že po mnoho let nebyl schopen řešit problémy jiným způsobem než užíváním látky, je velmi obtížné vydat se v takto tíživé situaci jinou cestou. Jedná se tedy o velmi složitý, multifaktoriální koncept, kde musí být zohledněny všechny oblasti klientova životního příběhu.

Proces práce s klienty od jejich první návštěvy po případný přesun do léčebného zařízení trvá obvykle mnoho let, u některých klientů k zprostředkování léčby nedojde nikdy. Tento proces by se dal shrnout do několika fází, na kterých se respondenti shodli a který v podstatě odpovídá tomu, jak jej definují standardy odborné způsobilosti (Libra et al., 2015). Mezi jednotlivými zařízeními byly pozorovány některé rozdíly, které často souvisely s velikostí sužby. Zařízení, která měla menší počet klientů, z našeho pohledu velmi dbala na formální náležitosti, snažila se o to, aby nejlépe všichni jejich klienti měli kód, vyplněný income dotazník a další formuláře. Velká k-centra mají velký počet anonymních klientů a formuláře vyplňují obvykle, až když klient chce řešit nějaký problém.

Jedním z hlavních cílů bylo zjistit, zda pracovníci přistupují k uživatelům metamfetaminu specificky tedy jinak než k uživatelům ostatních látek. Respondenti shodně uváděli, že s uživateli metamfetaminu pracují stejným způsobem jako s uživateli jakýchkoli jiných látek, přičemž zdůrazňovali individuální přístup ke každému z klientů, podle jeho aktuálních potřeb. Když ale respondenti popisovali samotnou práci, vynořovaly se různé odlišnosti, které souvisejí zejména s charakterovými vlastnostmi, které souvisejí s dlouhodobým užíváním MA, které specifika přístupu předpokládají. Jedná se zejména o nestálost, roztržitost, neschopnost dodržování termínů či agrese.

Z hlediska metodologických omezení má tato práce několik nedostatků. Jedním z nich může být použití metody záměrného (účelového) výběru přes instituce, při výběru komunikačních partnerů. Výzkumný soubor se skládal z osmi komunikačních partnerů a lze předpokládat, přestože byla vybrána různě velká zařízení, že výsledky analýzy dat nereprezentují názory a přístupy všech pracovníků k-center v České republice, tedy, že nebylo dosaženo teoretické saturaci dat. Na druhou stranu cílem této práce nebylo přinést komplexní obraz práce a přístupu k uživatelům metamfetaminu v rámci k-center v České republice, ale získat autentické příklady a názory na zkoumaná témata, která mohou přinést nové podněty k přemýšlení a diskuzi nad zkoumanou problematikou. Komunikační partneři pracovali byli navíc z r. Také volba metody sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, s sebou přináší potenciaální rizika a to zejména, že pozornost komunikačního partnera může být zaměřena pouze na určitá témata a ostatní důležitá témata mohou být opomenuta, s čímž jsme se v průběhu výzkumu opakovaně setkávali.

Základní limity této práce však spočívají v samotném designu výzkumu, konkrétně v nedostatečném zaměření a hloubce zkoumaných témat, které se, v konečném důsledku, mohou zdát povrchní a všeobjímající. Důvodem může být nedostatečná zkušenost autorky s kvalitativním typem výzkumu, jež se mohla projevit již od samého počátku, tedy moderování polostrukturovaných rozhovorů, kdy autorka působila spíše direktivně v určování probíraných témat a nevedla komunikační partnery k hlubšímu zamýšlení a rozvádění odpovědí směrem k autentickým příkladům z jejich každodenní praxe.

Přínosem výzkumu mohou být zejména informace týkající se specifík přístupu k uživatelům MA, tedy zjištění, že pracovníci vybraných k-center v podstatě k uživatelům MA



nepřístupují nijak odlišně a že nemají, z jejich pohledu, žádné specifické potřeby, na které by mělo být reagováno vytvořením specifické nízkoprahové služby. Tato práce může být obohacující také vzhledem ke zpracování tématu drogových trajektorií uživatelů metametaminu a pohled na klíčové motivy právě pracovníky k-center. Tito pracovníci často přicházejí v rámci kontaktní práce do styku s uživateli po mnoho let a mohou tak vidět jejich dlouhodobý vývoj. Tento „syrový“ vhled může být inspirující pro práci např. pracovníků v léčebných zařízeních, či terapeutických komunitách, kam se dostávají klienti mnohdy po několika měsících abstinence, čistí a bez abstinenčních příznaků.

## 5 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala tématem přístupu k uživatelům metamfetaminu v prostředí kontaktních center. Teoretická část byla zaměřena na tři základní kapitoly, v první části se jednalo o popis aktuální situace v oblasti užívání metamfetaminu, dále byla pozornost věnována klíčovým motivům (bodům zvratu) v drogových trajektoriích uživatelů MA, které vyplývají vývojového přístupu rozvoje závislosti, a nakonec byly představeny kontaktní centra z hlediska k principům práce a intervencím v oblasti poskytování předléčebného poradenství a motivačních rozhovorů. Cílem praktické části byla analýza polostrukturovaných rozhovorů realizovaných s osmi pracovníky vybraných kontaktních center. Rozhovory byly zaměřeny na témata typologie jejich klientů, motivace v rámci jednotlivých fází drogových trajektorií uživatelů MA, procesu práce s klienty a specifika přístupu k uživatelům MA.

Klientelu vybraných k- center tvoří v převážné většině uživatelé MA, často se jedná také o polyvalentní uživatele, kombinující užívání MA s jinými látkami, nejčastěji marihuanou a alkoholem a patologickým hráčstvím, méně často se jedná o kombinace s benzodiazepiny a opiáty, zejména substitučními preparáty a surovým opiem. Specifickou skupinu uživatel MA tvoří Romská klientela a, v jednom případě, gay komunita. V oblasti práce a přístupu ke klientům byly spatřovány menší rozdíly, které byly dány zejména velikostí služby. Ve všech zařízeních bylo při práci s klienty postupováno v souladu se standardy odborné způsobilosti, na které se respondenti často odvolávali. Všichni respondenti uvedli, že k uživatelům MA přistupují stejně jako k uživatelům jiných látek, zároveň uplatňují individuální přístup ke každému z klientů v závislosti k jeho aktuálním potřebám. Podle výpovědí respondentů však bylo možné vyzorovat drobná specifika, která souvisí s dlouhodobými účinky MA, jako nestálost, roztržitost, neschopnost dodržování termínů či agrese, které specifický přístup předpokládají. Klíčové motivy v oblasti užívání MA, z hlediska jednotlivých fází drogových trajektorií, se v mnohém shodují s výsledky uváděnými v odborné literatuře a kvalitativních zahraničních studií.

Výsledky této práce nám pomohou nahlédnout do každodenní praxe práce s klienty užívající metamfetamin v rámci kontaktních center a vzhledem ke zpracování tématu drogových trajektorií, mohou sloužit jako inspirace pro práci a přemýšlení nad touto cílovou

skupinou. Dále mohou být jedním ze „sklíček“ v mozaice probíhajícího projektu, který se v jednom ze svých dílčích cílů věnuje mapování současné obvyklé praxi v léčbě uživatelů metamfetaminu ve spektru klíčových adiktologických služeb. V neposlední řadě může být podnětem pro další výzkum.

## 6 Seznam literatury

- Abdul-Khabir, W., Hall, T., Swanson, A.-N., & Shoptaw, S. (2014). Intimate Partner Violence and Reproductive Health Among Methamphetamine-Using Women in Los Angeles: A Qualitative Pilot Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 310–316.  
<https://doi.org/10.1080/02791072.2014.934978>
- Baker, A., & Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug & Alcohol Review*, 22(3), 323.
- Benson, M., L. (2013). *Crime and the Lifecourse: An Introduction* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis.
- Boeri, M. W., Harbry, L., & Gibson, D. (2009). A qualitative exploration of trajectories among suburban users of methamphetamine. *Journal of Ethnographic & Qualitative Research*, 3(3), 139–151.
- Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In K. Kalina, *Základy klinické adiktologie* (pp. 111–119). Grada.
- Cartier, J., Farabee, D., & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435–445. <https://doi.org/10.1177/0886260505285724>
- Chen, C. K., Lin, S. K., Sham, P. C., Ball, D., Loh, E. W., Hsiao, C. C., ... Murray, R. M. (2003). Pre-morbid characteristics and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, 33(8), 1407–1414.
- Chen, K., Kandel, D. B., & Davies, M. (1997). Relationships between frequency and quantity of marijuana use and last year proxy dependence among adolescents and adults in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 46(1–2), 53–67.
- Cretzmeyer, M., Sarrazin, M. V., Huber, D. L., Block, R. I., & Hall, J. A. (2003). Treatment of methamphetamine abuse: research findings and clinical directions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(3), 267–277.

- DiClemente, C. (2004). Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. In W. Miller & S. Rollnick. Sdružení SCAN.
- Dluzen, D. E., & Liu, B. (2008). Gender differences in methamphetamine use and responses: A review. *Gender Medicine, 5*(1), 24–35. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2008.03.017>
- Dobiášová, D., Broža, J., & Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In K. Kalina, *Základy klinické adiktologie* (pp. 121–129). Grada.
- EMCDDA | Methamphetamine profile (chemistry, effects, other names, synthesis, mode of use, pharmacology, medical use, control status). (2015). Retrieved May 12, 2017, from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine#prevalence>
- EMCDDA & Europol. (2010). *Metamfetamin (pervitin): Situace v EU a její globální kontext*. Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/17/2475/Metamfetamin-pervitin-situace-v-EU-a-jeji-globalni-kontext>
- Furr, C. D. M., Delva, J., & Anthony, J. C. (2000). The suspected association between methamphetamine (“ice”) smoking and frequent episodes of alcohol intoxication: data from the 1993 National Household Survey on Drug Abuse. *Drug & Alcohol Dependence, 59*(1), 89–93. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00078-2](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00078-2)
- Gabrhelík, R., Šťastná, L., Holcnerová, P., Miovský, M., & Minařík, J. (2010). Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie, 10*(2), 92–100.
- Gonzales, R., Marinelli-Casey, P., Shoptaw, S., Ang, A., & Rawson, R. A. (2006). Hepatitis C virus infection among methamphetamine-dependent individuals in outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.006>
- Haight, W., Jacobsen, T., Black, J., Kingery, L., Sheridan, K., & Mulder, C. (2005). “In these bleak days”: Parent methamphetamine abuse and child welfare in the rural Midwest. *Children & Youth Services Review, 27*(8), 949–971. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.025>

- Hart, C. L., Ward, A. S., Haney, M., Foltin, R. W., & Fischman, M. W. (2001). Methamphetamine self-administration by humans. *Psychopharmacology*, *157*(1), 75–81.
- Herbeck, D. M., Brecht, M.-L., Christou, D., & Lovinger, K. (2014). A Qualitative Study of Methamphetamine Users' Perspectives on Barriers and Facilitators of Drug Abstinence. *Journal of Psychoactive Drugs*, *46*(3), 215–225.  
<https://doi.org/10.1080/02791072.2014.914611>
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., Grella, C., Longshore, D., & Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *14*(6), 543–558.
- Hser, Y.-I. (2002). Drug use careers: recovery and mortality. In *Substance Use by Older Adults: Estimates of Future Impact on the Treatment System*. DHHS Publication (SMA).
- Hser, Y.-I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-Year Follow-up of Narcotics Addicts. *Archives of General Psychiatry*, *58*(5), 503.
- Hser, Y.-I., Huang, D., Brecht, M.-L., Libo Li, & Evans, E. (2008). Contrasting Trajectories of Heroin, Cocaine, and Methamphetamine Use. *Journal of Addictive Diseases*, *27*(3), 13–21.  
<https://doi.org/10.1080/10550880802122554>
- Hser, Y.-I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation Review*, *31*(6), 515–547. <https://doi.org/10.1177/0193841X07307316>
- Hser, Y.-I., Longshore, D., Brecht, M.-L., & Anglin, M. D. (2005). Studying the Natural History of Drug Use. In Z. Sloboda (Ed.), *Epidemiology of Drug Abuse* (pp. 29–43). New York: Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/0-387-24416-6\\_3](https://doi.org/10.1007/0-387-24416-6_3)
- Jaffe, C., Bush, K. R., Straits-Troster, K., Meredith, C., Romwall, L., Rosenbaum, G., ... Saxon, A. J. (2005). A comparison of methamphetamine-dependent inpatients childhood attention deficit hyperactivity disorder symptomatology. *Journal of Addictive Diseases*, *24*(3), 133–152. [https://doi.org/10.1300/J069v24n03\\_11](https://doi.org/10.1300/J069v24n03_11)

- Jenner, L., & Lee, N. (2008). *Treatment Approaches for Users of Methamphetamine: A Practical Guide for Frontline Workers*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing. Retrieved from [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/8D2E281FAC2346BBCA25764D007D2D3A/\\$File/tremeth.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/Publishing.nsf/content/8D2E281FAC2346BBCA25764D007D2D3A/$File/tremeth.pdf)
- Jessup, M. A., Ross, T. B., Jones, A. L., Satre, D. D., Weisner, C., Chi, F., & Mertens, J. R. (2014). Significant Life Events and Their Impact on Alcohol and Drug Use: A Qualitative Study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(5), 450–459. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.962715>
- Kalina, K. (2000). Léčba drogově závislých. In *Sborník "Drogy ze všech stran II"* (p. 16). Praha: Institut FILIA.
- Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In K. Kalina, *Klinická adiktologie* (pp. 607–622). Praha: Grada.
- Lee, N., Johns, L., Jenkinson, R., Johnston, J., Connolly, K., Hall, K., & Cash, R. (2007). Methamphetamine Dependence and Treatment. In *Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians*. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.
- Lende, D. H., Leonard, T., Sterk, C. E., & Elifson, K. (2007). Functional methamphetamine use: The insider's perspective. *Addiction Research & Theory*, 15(5), 465–477. <https://doi.org/10.1080/16066350701284552>
- Libra, J., Adameček, D., Herzog, A., Krutilová, D., Randák, D., Sklenář, V., ... Sedláčková, I. (2015). Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. RVKPP. Retrieved from [https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy\\_odborne\\_zpusobilosti\\_uprava\\_zari\\_2015.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf)
- Matsumoto, T., Kamijo, A., Yamaguchi, A., Iseki, E., & Hirayasu, Y. (2005). Childhood histories of attention-deficit hyperactivity disorders in Japanese methamphetamine and inhalant

- abusers: Preliminary report. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 102–105.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2005.01340.x>
- Maxwell, J. C. (2014). A New Survey of Methamphetamine Users in Treatment: Who They are, Why They Like “Meth,” and Why They Need Additional Services. *Substance Use & Misuse*, 49(6), 639–644. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.841244>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Sdružení SCAN. Retrieved from [http://kratke-intervence.info/wp-content/uploads/2015/08/5\\_MOTIVACNI\\_ROZHOVORY-.pdf](http://kratke-intervence.info/wp-content/uploads/2015/08/5_MOTIVACNI_ROZHOVORY-.pdf)
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Moore, D. J., Blackstone, K., Woods, S. P., Ellis, R. J., Atkinson, J. H., Heaton, R. K., ... Group, the T. (2012). Methamphetamine use and neuropsychiatric factors are associated with antiretroviral non-adherence. *AIDS Care*, 24(12), 1504–1513.  
<https://doi.org/10.1080/09540121.2012.672718>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* (MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.). Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Retrieved from <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2015/>
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., ... Vopravil, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008* (Vol. 8). Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Obong’o, C. O., Alexander, A. C., Chavan, P. P., Dillon, P. J., & Kedia, S. K. (2017). Choosing to Live or Die: Online Narratives of Recovering from Methamphetamine Abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(1), 52–58. <https://doi.org/10.1080/02791072.2016.1262085>
- Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1995). *Changing for Good*. New York: Avon Books.



- Richterová, Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina, *Základy klinické adiktologie* (pp. 369–385). Grada.
- Salo, R., Fassbender, C., Iosif, A.-M., Ursu, S., Leamon, M. H., & Cameron, C. (2013). Predictors of methamphetamine psychosis: History of ADHD-relevant childhood behaviors and drug exposure. *Psychiatry Research*, *210*(2). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.030>
- Sananim - Drogová poradna | Streetwork, K-centra. (2009). Retrieved June 2, 2017, from <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>
- Scott, J. C., Woods, S. P., Matt, G. E., Meyer, R. A., Heaton, R. K., Atkinson, J. H., & Grant, I. (2007). Neurocognitive Effects of Methamphetamine: A Critical Review and Meta-analysis. *Neuropsychology Review*, *17*(3), 275–297. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9031-0>
- Sexton, R. L., Carlson, R. G., Leukefeld, C. G., & Booth, B. M. (2008). Trajectories of Methamphetamine Use in the Rural South: A Longitudinal Qualitative Study. *Human Organization*, *67*(2), 180–193.
- Shannon, K., Strathdee, S., Shoveller, J., Zhang, R., Montaner, J., & Tyndall, M. (2011). Crystal methamphetamine use among female street-based sex workers: Moving beyond individual-focused interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, *113*(1), 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.07.011>
- Shoptaw, S. (2006). Methamphetamine use in urban gay and bisexual populations. *Topics in HIV Medicine: A Publication of the International AIDS Society, USA*, *14*(2), 84–87.
- Soukup, J. (2008). Motivační rozhovory. Retrieved June 5, 2017, from [http://motivacnirozhovory.cz/o\\_motivacnich\\_rozhovorech#kestazeni](http://motivacnirozhovory.cz/o_motivacnich_rozhovorech#kestazeni)
- Teruya, C., & Hser, Y.-I. (2010). Turning points in the life course: current findings and future directions in drug use research. *Current Drug Abuse Reviews*, *3*(3), 189–195.
- von Mayrhauser, Brecht, M.-L., & Anglin, M. D. (2002). Use ecology and drug use motivations of methamphetamine users admitted to substance abuse treatment facilities in Los Angeles: an emerging profile. *Journal of Addictive Diseases*, *21*(1), 45–60.

- Weisner, C., Thomas Ray, G., Mertens, J. R., Satre, D. D., & Moore, C. (2003). Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. *Drug & Alcohol Dependence*, 71(3), 281. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(03\)00167-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(03)00167-4)
- West, R. (2016). *Modely závislosti*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Retrieved from <https://www.vlada.cz/assets/urad-vlady/vydavatelstvi/vydane-publikace/Modely-zavislosti.pdf>
- Winslow, B. T., Voorhees, K. I., & Pehl, K. A. (2007). Methamphetamine abuse. *American Family Physician*, 76(8), 1169–1174.
- Zábranský, T. (2009). Metamphetamine in the Czech Republic, 9(2), 106–118.
- Zweben, J. E., Cohen, J. B., Christian, D., Galloway, G. P., Salinardi, M., Parent, D., ... Methamphetamine Treatment Project. (2004). Psychiatric symptoms in methamphetamine users. *The American Journal on Addictions*, 13(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/10550490490436055>

## **7 Přílohy**

### **7.1 Seznam obrázků**

Obrázek 1: Kruhový model změny - Prochaska a DiClemente (in Kalina, 2015).....	33
Obrázek 2: Nejčastěji uváděné vnitřní a vnější motivy pro abstinenci (Herbeck et al., 2014).....	25

### **7.2 Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Odhadovaný počet PUD v ČR v r. 2015, (Mravčík et al., 2016, str. 96).....	15
Tabulka č. 2: Komunikační partneři - pohlaví, praxe v oboru a kraj k-centra, ve kterém pracují.....	39